T.C.
ADNAN MENDERS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM- KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI
HDK-YL–2010–0002

AYDIN İLİNDE GEBELİKTE YAŞANAN SAĞLIK SORUNLARI VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Gülsün ÖZÇELİK

DANIŞMAN

Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM

AYDIN–2010

T.C
ADNAN MENDERS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gülsün ÖZÇELİK tarafından hazırlanan "**Aydın İlinde Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi**" başlıklı tez, 14.09.2010 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :	**Üniversitesi :**	**İmzası:**
1. **(Başkan)** Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM	ADÜ-ASYO	
2. Yrd. Doç. Dr. Ayten TAŞPINAR	ADÜ-ASYO	
3. Yrd. Doç. Dr. Sevgi GÖKDEMİREL	ADÜ-ASYO	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun ……..Sayılı kararıyla…….. tarihinde onaylanmıştır.

Doç. Dr. Muharrem BALKAYA
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Ülke nüfusunun yaklaşık yarısını oluşturan kadınların sağlıklı olmaları oldukça önemlidir. Kadınların sağlıklı olmaları sadece kendileri için değil tüm toplum sağlığı açısından da önemlidir. Sağlıklı bireylerin yetişmesi ancak sağlıklı anneler ile gerçekleşebilir. Kadınların doğurganlık dönemi olan 15–49 yaş aralığında, gebelik için en uygun 20-30 yaş aralığıdır. Doğal bir süreç olan gebelik, anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler meydana getirmektedir. Bu değişiklikler gebenin yaşam kalitesini etkileyebilir. Yeterli doğum öncesi bakım ve tarama testleri ile gebelikte yüksek risk faktörleri saptanabilir ve uygun bakım ve tedavisi sağlanabilir. Kadının cinsel yaşamında meydana gelen değişiklikler, ruhsal değişiklikler, sistemik hastalıkların varlığı, sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatması, yaş, gelir düzeyini düşük algılaması, planlanmamış gebeliği bulunması, resmi nikâhının olmaması yaşam kalitesini etkilemektedir. Gebelikte risk faktörlerinin bulunması fetal, maternal komplikasyon riskini artırmaktadır. Bu araştırma gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Gebelikte yaşam kalitesini olumsuz etkileyen risklerin bilinmesi ebe ve hemşirelerin yapacakları eğitimin başarılı bir biçimde planlanmasını ve uygulanmasını sağlayarak anne ve bebek sağlığının gelişimine katkıda bulunabilir. Ebe ve hemşirelerin bu tezin sonuçlarından yararlanarak, gebelerin yaşam kalitesini geliştirebilecek bakımı planlamaları ve sunmaları ile anne ve bebek sağlığını geliştirmeleri ve fetal ve maternal komplikasyon gelişme riskinin azaltılmasına katkıda bulunmalarını umut ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY.....i
ÖNSÖZ.....ii

İÇİNDEKİLER.....iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....vii
GRAFİKLER DİZİNİ.....ix
EKLER DİZİNİ.....x
1. GİRİŞ.....1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....1
1.2. Araştırmanın Amacı.....4
1.3. Genel Bilgiler.....4
1.3.1.Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar ve Baş etme Yolları.....5
1.3.2. Gebelikte Oluşan Ruhsal Değişiklikler.....9
1.3.3. Gebelikte Cinsel Yaşamda Oluşan Değişiklikler.....10
1.3.4. Gebelikte Yüksek Riskli Durumlar ve Anne-Bebek Sağlığı Açısından Önemi.....11
1.3.5. Gebelik ve Sistemik Hastalıklar.....14
1.3.5.1. Gebelik ve kalp hastalığı.....14
1.3.5.2. Gebelik ve diyabet.....15
1.3.5.3. Gebelik ve anemi.....17
1.3.6. Sağlık Sorunu Bulunan Gebelerin İzlem ve Bakımı.....18
1.3.7. Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunlarının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi.....21
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....24
2.1. Araştırmanın Şekli.....24
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....24
2.3. Araştırmanın Zamanı.....25
2.4. Araştırmanın Evreni.....26
2.5. Araştırmanın Örneklemi.....27
2.6. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri.....28

2.7. Veri Toplama Araçları....28
2.7.1. Anket formu....28
2.7.2. Risk Değerlendirme Formu....29
2.7.3. Beck Depresyon Envanteri....29
2.7.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği....30
2.8. Ön Uygulama....30
2.9. Verilerin Toplanması....31
2.10. Verilerin Değerlendirilmesi....31
2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler....32
2.12. Araştırmada Etik....33
3. BULGULAR....34
3.1. Kadınların Sosyo-Demografik ve ve Obstetrik Özellikleri.... 34
3.2. Gebelerin Gebelik Öncesi ve Gebelik Döneminde Sağlık Durumları....38
3.3. Gebelerin Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna Göre Yüksek Risk durumları....48
3.4 Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt ölçek Puan Ortalamalarının dağılımı....51
3.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon....56
3.6. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları.... .57
3.7. Gebelerin Eş ve Evlilik ile ilgili Verilerine Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları 61
3.8. Gebelerin Gebelik Öncesi ve Gebelik Döneminde Sağlık Durumlarına Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları....62
3.9. Gebelerin Yüksek Depresyon Riskinde Bulunma Durumuna Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları 65
3.10. Gebelerin Yüksek Risk Altında Bulunma Durumuna Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları 65
3.11. Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile İlgili Regresyon Analizi Sonuçları....66
4. TARTIŞMA....68
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerinin İncelenmesi....68
4.2. Gebelerin Gebelik Öncesi ve Gebelikteki Sağlık Durumlarının İncelenmesi....71

4.3. Gebelerin Beck Depresyon Envanteri Ölçek Puanına Göre Yüksek Depresyon Riskinde Bulunma Durumlarının İncelenmesi.....74
4.4. Gebelerin Gebelik Öncesi ve Süresince Cinsel Yaşamlarının İncelenmesi.....74
4.5. Gebelerin Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna Göre Yüksek Risk Durumlarının İncelenmesi.....75
4.6. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre S-F 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....75
4.7. Gebelerin Gebelik Öncesi ve Gebelik Döneminde Sağlık Durumlarına Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....77
4.8. Gebelerin Yüksek Depresyon Riskinde Bulunma Durumuna Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Toplam Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....78
4.9. Gebelerin Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna Göre Yüksek Risk Durumları ile SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....79
4.10. Regresyon Analiz Sonuçları.....79
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 80
5.1. Sonuçlar.....80
5.2. Öneriler.....82
ÖZET.....84
SUMMARY.....85
KAYNAKLAR.....86
ÖZGEÇMİŞ.....93
TEŞEKKÜR.....94
EKLER.....95

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA: American Diyabetes Association

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BKİ: Beden Kitle İndeksi

EİAÖP: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Esenliğe İlişkin Alt Ölçeği Puanı

FDİAÖP: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fonksiyonel Duruma İlişkin Alt Ölçeği puanı

DM: Diabetus Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus

GSİAÖP: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Genel Sağlığa İlişkin Alt Ölçeği puanı

OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi

SF36ÖTP: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı

SPSS: Statistical Package for The Social Sciences Version

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UAÖA: Ulusal Anne Ölümleri Araştırması

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 1.3.4.1. Yüksek risk faktörlerinin gebeliğe etkileri.....12
Çizelge 2.2.1. Aydın İl Sağlık Müdürlüğü 2009 verilerine göre; 1-9 Nolu sağlık ocakları bölgelerinde ikamet eden 15-49 yaş kadın nüfusu eğitim durumları ve toplam bölge nüfusunun sağlık ocaklarına göre dağılımı.....24
Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı.....26
Çizelge 2.4.1. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Haziran 2009 verilerine göre sağlık ocakları bölgelerinde takip edilen gebe sayıları.....27
Çizelge 2.5.1. Görüşme yapılan ve yapılamayan gebelerin sağlık ocakları bölgelerine göre dağılımı.....28
Çizelge 3.1.1. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....35
Çizelge 3.1.2. Gebelerin eş ve evlilik ile ilgili verileri.....36
Çizelge 3.1.3. Gebelerin obstetrik özellikleri.....37
Çizelge 3.1.4. Gebelerin doğum öncesi bakım alma durumu.....38
Çizelge 3.2.1. Gebelerin gebelik öncesi dönemde sağlık durumları ve ilaç kullanma ile ilgili verileri.....39
Çizelge 3.2.2. Gebelik süresince yaşanan sağlık sorunları.....41
Çizelge 3.2.3. Gebelerin gebelik döneminde sağlık sorunu ile ilgili uygulamalarının ve ilaç kullanımlarının dağılımı 44
Çizelge 3.2.4. Gebelerin sağlık sorunu nedeni ile ilgili hastaneye yatma durumu.....46
Çizelge 3.2.5. Gebelerin Beck Depresyon Envanteri skorlarına göre depresyon riski bulunma durumu 47
Çizelge 3.2.6. Gebelerin gebelik öncesi cinsel sorun bulunma ve gebelik süresince cinsel yaşamları ile ilgili değişiklik olma.....48
Çizelge 3.3.1 Risk faktörünün sayısal dağılımı.....49
Çizelge 3.3.2. Gebelerin Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna göre risk durumları.....50
Çizelge 3.4.1. Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaşam kalitesi ölçek puanları.....51
Çizelge 3.5.1. SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar.....57

Çizelge 3.6.1. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları.....59
Çizelge 3.6.2. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları.....61
Çizelge 3.7.1. Gebelerin eş ve evlilik ile ilgili verilerine göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları 62
Çizelge 3.8.1. Gebelerin gebelik öncesi ve süresince doğum öncesi bakım alma ve sağlık durumlarına göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları.....64
Çizelge 3.8.2. Gebelerin gebelik öncesi ve süresince cinsel yaşamları ile ilgili sorunlarına göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları.....65
Çizelge 3.9.1. Gebelerin yüksek depresyon riskinde bulunma durumuna göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları.....65
Çizelge 3.10.1. Gebelerin risk faktörünün sayısal dağılımına göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları.....66
Çizelge 3.11.1. Gebelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler.....67

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı.....52
Grafik 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı.....53
Grafik 3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fonksiyonel Duruma İlişkin Alt Ölçek puanı.....54
Grafik 4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Esenliğe İlişkin Alt Ölçek puanı.....55
Grafik 5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Genel Sağlığa İlişkin Alt Ölçek puanı.....56

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Anket formu

Ek 2. Risk Değerlendirme Formu

Ek 3. Beck Depresyon Envanteri

Ek 4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek 5. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

Ek 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı Ön Onayı

Ek 7. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu Kararı

Ek 8. Bilgilendirilmiş Olur Metni

Ek 9. Bilgilendirilmiş Olur Formu

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik, kadının biyo-psikososyal dengesinin, aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, anne ve bebek arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu yaşamsal bir kriz dönemidir (Oskay 2001, Taşkın 2007). Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen, anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Fertilizasyondan hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler, hem annenin hem de fetusun sağlığını en iyi şekilde sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik değişiklikleri sağlamak amacıyla gerçekleşmektedir. Anne vücudu bu değişikliklere yeterli düzeyde uyum sağlayamadığında, anne ve fetüsün sağlığını tehdit eden sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle gebelikteki sağlık sorunları ve yüksek riskli gebelerin erken tanılanması, tedavi ve bakımın sağlanması, anne ve bebek mortalite ve morbiditesinin azaltılmasında önemlidir (London ve ark 2003, Nazik 2005). Ayrıca anne organizmasında meydana gelen bu değişiklikler gebe ve diğer aile üyeleri için günlük yaşamlarını yeniden düzenlemelerini gerektirir (London ve ark 2003).

Gebelikte çok sayıda fizyolojik ve psikolojik rahatsızlık yaşanmaktadır. Gebelikte oluşan fiziksel rahatsızlıkların bazılarının nedeni bilinmezken, çoğunun hormonal değişikliklere ve genişleyen uterusa bağlı olarak oluştuğu bilinmektedir. Bu rahatsızlıklar, gebeden gebeye farklılık gösterebildiği gibi aynı kadının farklı gebeliklerinde de değişiklik gösterebilir. Yaklaşık 40 hafta süren gebelik boyunca ortaya çıkan olağan rahatsızlıklar, gebelik dönemlerine göre de değişiklik göstermektedir (Nazik 2005, Ricci 2007, Taşkın 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, birinci trimestirdeki gebelerin %87,8'inin, ikinci trimestirde %37,6'sının ve üçüncü trimestirde %33,0'ının bulantı ve kusma şikâyeti yaşadığı, yine aynı çalışmada sık idrara çıkma şikâyetinin birinci trimestirde %63,7, ikinci trimestirde %79,9, üçüncü trimestirde %88,4 oranında yaşandığı bildirilmiştir (Nazik 2005).

Sağlıklı bir gebelik ve sonuçta sağlıklı bir anne-bebek için, ailenin gebelikle birlikte yaşamlarında meydana gelen değişimlere uyum sağlayabilmeleri önemlidir. Bazı kadınlar için gebelik çok önemli ve mutlu bir olay olmasına rağmen bazıları için de üzüntü kaynağı olabilir. Kadının gebeliğe tepkisi ve uyumunu etkileyen bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlar;

kendi bireysel ve kişisel deneyimleri, kültür düzeyi ve yaşam felsefesi, ailedeki mutluluk derecesi, gebeliğin planlanıp planlanmadığı ve istenip istenmediği, ailenin ekonomik durumu, ailedeki diğer çocukların sayısı ve yaşları, ailenin var olan sosyal destek sistemi, kadının olgunlaşma düzeyi ve doğuma hazır olma durumudur (Burroughs ve Leifer 2001, Taşkın 2007, Taşpınar 2008).

Gebelik sırasında kadınlar ambivalan duygular, kabullenme, hızlı ruhsal değişiklik, içe dönüklük, korku, alınganlık ve anksiyete hissedebilirler (Burroughs ve Leifer 2001). Yurt dışında komplikasyonu olmayan gebelerle yapılan bir çalışmada gebelerin %51,0'ında yüksek depresyon belirtileri olduğu bildirilmiştir (Zayas ve ark 2002). Şahsıvar (2007)'ın yaptığı araştırmada ise riskli gebelerin %42,6'sında depresyon belirtilerinin görüldüğü bildirilmiştir.

Gebelikte ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar anne, fetüs ve yenidoğanda mortalite ve morbidite riskini artırdığında, bu durum yüksek riskli gebelik olarak tanımlanmaktadır (Ayhan ve ark 1996, Gonik ve ark 2008). Yirminci yüzyılın başlarında doğum sırasında veya sonrasında hayatını kaybeden kadınları duymak oldukça sık rastlanan olaylardandı. Postpartum hemoraji, anestezi sırasında aspirasyon, enfeksiyon ve preeklampsi-eklampsi başlıca maternal mortalite nedenleri haline gelmişti. Bu değişikliklerin sonucunda, obstetrik bakımda yaklaşım annenin yanı sıra fetusa ve yenidoğana doğru yönelmiştir (Ayhan 1996, World Health Organization 2007).

Ulusal Anne Ölümleri Araştırması'nda (UAÖA, 2005) Türkiye'de gebeliğe bağlı ölüm oranının 100,000 canlı doğumda 38,3 olduğu bildirilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2006). Yapılan bir çalışmada Denizli ilinde anne ölüm oranı yüz binde 30,3 olarak bildirilmiştir (Karabulut ve ark 2009). Fetal ölümlerin 2/3'den daha fazlasının doğum öncesi dönemde oluştuğu tahmin edilmektedir (Gilbert ve Harmon 2002).

Gebeler düşük riskli, riskli ve yüksek riskli olmak üzere farklı düzeylerde risk taşıyabilirler. Ayrıca gebelikte yaşanan çok sayıda risk faktörü bulunmaktadır. Bunlar; metabolik bozukluklar, gebelik öyküsü, anatomik anormallikler, psikososyal faktörler, gebelikle ilgili riskler, sosyoekonomik faktörler, yaşam biçimi, çevresel faktörlerdir (Lowdermilk ve ark 2000, Hobbins ve Queenan 2008).

UAÖA 2005'te yer alan gebeliğe bağlı ölümler ve anne ölümleri için risk kategorileri tablosunda; anne ölümlerinin yaklaşık %65'inde en az bir biyo-medikal risk faktörü olduğu

görülmektedir. En yaygın risk faktörü genç veya ileri yaşta anne olmaktır. Anne yaşının 35'ten büyük olması halinde hipertansif veya metabolik bozuklukların yaşandığı bildirilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2006). Paritenin dörtten fazla olması halinde annenin organizması, gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere uyum sağlamakta güçlük yaşamakta, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde ağır kanama riskinde artış olmaktadır. Yine bu çalışmada kadınların önceden var olan hastalıklar ya da kronik hipertansif bozukluklar görülme oranı (%13), dolaşım sistemi hastalıkları (%4,8), diyabet gibi endokrin ve metabolik bozukluklar (%5,5), anemi (%2,7) obezite (%1,7) ve sigara (%2,0)'nın görüldüğü de bildirilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2006).

Gebelikte yaşanan fiziksel ve ruhsal değişimler, ortaya çıkan rahatsızlıklar gebenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Bedenin temel gereksinimlerinin karşılanması ve bireyin hayatını ve yaşantısını normal bir şekilde sürdürmesi yaşam kalitesini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini hedefleri, beklentileri ve standartları ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi olarak tanımlamaktadır. Bir diğer ifadeyle yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyo-kültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını ifade etmektedir (World Health Organization Quality of Life Group 1994). Yaşam kalitesinin pek çok bileşeni bulunmaktadır. Bunlar sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenliktir. Bu bileşenlerin hepsi her birey için önemlidir. Bunlardan birinin bile eksik olması bireyin kaliteli yaşam sürdürme duygusunu zedeleyebilir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğundan ne ölçüde rahatsızlık hissettiklerinin saptanması amaçlanmaktadır.

Hemşirelerin; gebelerin izlem ve bakımı, sağlık sorunlarının değerlendirilmesi, riskli durumların saptanması, ileri sevk ve tedavisi, bakımı ve yaşam kalitesinin geliştirilmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Antepartum izlemin amacı, herhangi bir sağlık sorunu ortaya çıkmadan önce riskin tespit edilmesi, gerekli önlemlerin alınması fetüs, anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Doğum öncesi bakım hizmetleri anne, fetüs ve yenidoğan sağlığının en üst düzeyde olmasını sağlamak için planlanmakta ve verilmektedir. Bunlar sağlığı koruyucu, geliştirici erken tanı ve tedavi hizmetlerini kapsamaktadır

(Lowdermilk ve ark 2000, Taşkın 2007). Sağlık sorunu bulunan gebeler, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için hastaneye yatırılmaktadır. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde hastanede yatış süresinin, dolayısıyla maliyetin azaltılması amacıyla yüksek riskli gebelerin izlenmesinde ve postpartum erken loğusalık döneminde, hastane merkezli evde bakım programları işlevsellik kazanmıştır. Bu programlarda özel eğitim almış ve deneyimli hemşireler hastanede verdikleri bakımdan farklı olarak, bir ekibin doğrudan yardımı ve yönlendirmesi olmaksızın bağımsız olarak rol almaktadırlar. Gebelerde ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal sorunlar, gebe ve ailesinin yüksek riskli gebeliğe uyumları ve bu süreçte bakım ve yardım gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığı hemşire tarafından sürekli olarak değerlendirilmelidir (Coşkun1996, Lowdermilk ve ark 2000, Oskay 2004, Brooten ve ark 2007, Çoban 2008).

1.2. Araştırmanın Amacı

Gebelik süresince birçok fiziksel ve ruhsal sağlık sorunu yaşanmaktadır. Bu sağlık sorunları gebe kadın ve ailesinin yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz yönde etkileyebilir. Hemşirenin gebelerde oluşan fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri tanımlama, gebelerin bu değişikliklerle baş etme becerisini geliştirme, sağlık sorunu ve/veya yüksek riskli durum ortaya çıktığında ileri sevkini, hastanede ve evde bakımı ve izlemini sağlama, dolayısıyla yaşam kalitesini geliştirmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumlulukları yerine getirirken ve bakımı planlarken hemşirenin gebelerin hangi sağlık sorunlarını yaşadıkları ve bu sağlık sorunlarının yaşam kalitesini nasıl etkilediği ile ilgili veriye gereksinimi bulunmaktadır. Ancak ülkemizde gebelikte yaşanan fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları ve bu sorunların yaşam kalitesi ile ilişkisi konusunda yeterli sayıda araştırma bulunmadığı gözlenmektedir. Bu nedenle bu araştırma gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile planlanmıştır.

1.3. Genel Bilgiler

Gebelik süreci yaş, eğitim, sosyal güvence, gelir düzeyi, çalışma durumu, aile tipi gibi sosyodemografik özelliklerinin yanında yeterli doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumu, evdeki çocukların sayısı, düşük ve kürtajların varlığı, gebeliğin planlanıp planlanmadığı gibi obstetrik özellikler tarafından olumlu ya da olumsuz etkilenmektedir.

Gebelik öncesi ve gebelik döneminde fiziksel ve ruhsal sorunların varlığı gebelik sürecini negatif etkilemektedir. Erken gebelik döneminde ortaya çıkan bulantı ve kusma, sık idrara çıkma, göğüslerde hassasiyet, yorgunluk gibi fiziksel sorunlar, daha önceden var olan

veya gebelikte oluşan sistemik hastalıklar yaşanması gebenin ruhsal durumunu, cinsel yaşantısını ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Gebelikten önce kronik hastalığın bulunmasında gebeler daha sık takip edilmekte, tarama testlerinden geçmekte ve sonuçta evde veya hastanede kısmi veya kesin yatak istirahatine alınmakta evinden ve ailesinden uzakta kalmaktadır. Kişisel bakım gereksinimleri sağlık personeli veya diğer kişiler tarafından yerine getirilmektedir. Sonuçta gebelikte yaşanan bu sağlık sorunları gebenin yaşam kalitesini negatif yönde etkileyecektir.

1.3.1. Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar ve Baş Etme Yolları

Normal gebelikte fizyolojik ve anotomik değişiklikler sonucu oluşan yakınmalar, gebenin ve fetusun yaşamını tehdit etmediği için minör rahatsızlıklar olarak kabul edilmektedir. Bu rahatsızlıkların tamamına yakını doğumdan sonra kaybolmaktadır. Ancak yaşanan bu olağan yakınmalar hem gebede hem de ailesinde endişe ve korkuya sebep olabildiği gibi kadının günlük yaşam aktivitelerini de önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Nazik 2005, Terzioğlu 2007).

Gebelikte erken dönem rahatsızlıkları olarak bulantı ve kusma, burun tıkanıklığı, burun kanaması, yorgunluk, sık idrara çıkma, göğüslerde hassasiyet, pityalizm, vajinal akıntıda artma görülmektedir. Bulantı ve kusma, gebelerin yaklaşık %50-%75'inde görülmektedir. Bulantı ve kusmanın etiyolojisi ile ilgili birçok teori ileri sürülmesine rağmen, nedeni tam olarak bilinmemektedir. Bulantı ve kusmaya Human Chorionic Gonodotropin hormon düzeyindeki yükselmenin, karbonhidrat metabolizmasındaki değişikliklerin (kan şekerinin düşmesi vs.), annenin gebeliğe ve gebeliğin getireceği durumlara göstereceği psikolojik tepkinin, yorgunluğun ve gastrointestinal sistemdeki peristaltik hareketlerin yavaşlamasının neden olduğu düşünülmektedir (London ve ark 2003, Nazik 2005, Ricci 2007, Hill ve Pickinpaugh 2008). Bulantı ve kusma ile baş etmede, karbonhidrat içeren besinlerin az ve sık aralarla tüketimi, prenatal vitaminlerin yatmadan önce alınması, rahatsız edici kokulardan kaçınılması, sabahları kalkmadan önce küçük bir dilim ekmek ya da tuzlu bir şeyler yenmesi etkili olabilmektedir (Terzioğlu 2007, Mckinney ve ark 2009).

Gebelikte östrojen seviyesindeki artış burun mukozasında ödeme neden olmaktadır. Bunun sonucunda burun tıkanıklığı ve burun kanaması görülebilmektedir (Ricci 2007). Gebenin burun tıkanıklığı ve burun kanaması ile baş etmesine, soğuk hava buharı ve maden tuzlu burun damlaları yardımcı olabilmektedir (Terzioğlu 2007).

Yorgunluk, gebeliğin erken dönemlerinde görülmektedir. Gebelikte yorgunluğun oksijen tüketiminin, progesteron hormon seviyesinin ve metabolik ihtiyaçların artması sonucu geliştiği düşünülmektedir. Yorgunluk şikâyetinin giderilmesinde, gebeye dinlenmek için tüm fırsatları değerlendirmesi ve Sims pozisyonunu kullanması önerilmektedir (Ricci 2007, Terzioğlu 2007).

Gebelikte göğüslerde hassasiyet östrojen ve progesteron hormonlarının artması nedeni ile görülmektedir. Bu hormonların düzeylerindeki artış göğüs uçlarının duyarlılığının artmasına, göğüslerde sızlama ve acıya neden olmaktadır. Göğüslerdeki ağrı ve hassasiyeti hafifletmek için göğüsleri iyi saran ve destekleyen sütyen kullanılması ve soğuk uygulama yapılması önerilmektedir (London ve ark 2003, Nazik 2005).

Pityalizm, salya üretiminde artma olarak tanımlanmakta ve gebelikte nadiren görülmektedir. Gebenin pityalizm rahatsızlığının hafifletilmesine lokal olarak vazokonstrüksiyon yapıcı solüsyonlarla ağız içinin çalkalanması, sakız çiğneme, sert bir şekerlemenin emilmesi yardımcı olabilmektedir (London ve ark 2003, Lowdermilk ve Wilson 2006).

Sık idrara çıkma, gebelikte birinci ve üçüncü trimesterde büyüyen uterusun mesane üzerine baskı yapması sonucu oluşmaktadır. Gebelikte sık idrara çıkma şikâyetini azaltmaya yönelik herhangi bir önlem yoktur. Sık idrara çıkmayı önlemek için sıvı alımı asla kısıtlanmamalıdır. Mesane kontrolü için Kegel egzersizlerinin yapılması etkili olmaktadır (Terzioğlu 2007, Hill ve Pickinpaugh 2008, Mckinney ve ark 2009).

Gebelikte vajinal mukozanın hiperplazisi, östrojen seviyesinin yükselmesi, serviks ve vajinal epitelyuma kan desteğinin artması sonucu vajinal akıntıda artma görülmektedir. Renksiz ve kokusuz olan bu akıntıya lökore denir. Gebelikte artan vajinal akıntı şikâyetini hafifletmek için herhangi bir önlem yoktur. Ancak artmış enfeksiyon riskine karşı gebeye doğru genital hijyen davranışlarını (pamuklu iç çamaşırı tercih etmek, iç çamaşırlarını sık değiştirmek, vulvayı temiz ve kuru tutmak, vajinal duştan sakınmak gibi) sürdürmesi önerilmektedir (London ve ark 2003, Terzioğlu 2007).

Gebelikte ikinci ve üçüncü trimester rahatsızlıkları olarak mide yanması, ayak bileklerinde ödem, variköz venler, gaz, hemoroid, konstipasyon, sırt ağrısı, bacak krampları sık görülmektedir. Mide yanması, gebelikte gastrik motilitenin azalması, uterusun büyüyerek

mideyi yukarıya doğru itmesi, progesteron sentezinde artma nedeniyle gastrointestinal sistemde peristaltik hareketlerin yavaşlaması bu rahatsızlığa neden olmaktadır (London ve ark 2003, Lowdermilk ve Wilson 2006, Terzioğlu 2007). Mide yanması olan gebelere aşırı yemek yememeleri, yağlı ve kızartılmış yiyeceklerden kaçınmaları, kahve ve sigaradan uzak durmaları, yatmadan hemen önce bir şey yiyip içmekten kaçınmaları, yemeklerden sonra uzanmak yerine sırtı küçük bir yastıkla destekleyerek kısa bir süre dinlenmeleri önerilebilir. Ayrıca sık ve küçük öğünler halinde yemeleri, yemeklerden sonra ağzı sodyumbikarbonat ile çalkalamaları ve doktor kontrolünde antiasit kullanmaları da önerilmektedir (Nazik 2005, Terzioğlu 2007, Mckinney ve ark 2009).

Ayak bileklerinde ödem, genellikle gebeliğin geç aylarında ortaya çıkmaktadır. Ödem gebenin uzun süre oturması, ayakta kalması, kapiller permeabilitenin artması, venöz dönüşün engellenmesi sonucu oluşmaktadır (Terzioğlu 2007). Gebe kadına ödem şikâyetini hafifletmek için, uzun süre oturmaktan ya da ayakta durmaktan kaçınması, otururken ya da dinlenirken bacaklarını ve kalçasını yükseltmesi, diyette tuz ayarlaması yapması, sıkan çorap giymekten kaçınması, geniş ve alçak topuklu ayakkabı giymesi ve ayak egzersizleri yapması önerilebilir. Ayrıca gebe kadına 12 saatlik yatak istirahatinden sonra bacaklarda gode bırakan ödem, ellerde ve yüzde görülen ödem ve haftada 1000 gr'ın üzerinde kilo artışı olduğunda eklemsi ve preeklemsi açısından sağlık kuruluşuna başvurması da önerilir (Ricci 2007, Taşkın 2007).

Gebelikte daha çok ikinci ve üçüncü trimestirde oluşan varikoz venler, alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesi, progesteronun gevşetici etkisi, ileri anne yaşı, herediter faktörler, aşırı kilo alımı, fazla ayakta durmayı gerektiren işlerde çalışma, çoğul gebelik, iri fetüs ve pelvik konjesyon gibi nedenler ile oluşmaktadır. Varis şikâyeti olan gebeye venöz dönüşü arttırmaya yardımcı olacak önerilerde bulunulmaktadır. Gebe kadına, uzun süre oturmaktan ya da ayakta durmaktan ve venöz basıncı engelleyeceğinden bacak bacak üstüne atmaktan kaçınması, sıkan giysiler ya da çoraplar kullanmaması aşırı kilo almaktan kaçınması önerilebilir. Ayrıca yürüme ya da yüzme gibi düzenli egzersizler yapması, destekleyici ya da elastik çoraplar giymesi, gün içinde belirli zamanlarda ayaklarını yükselterek dinlenmesi, alçak topuklu ayakkabı giymesi de önerilmektedir (Lowdermilk ve Wilson 2006, Ricci 2007, Mckinney ve ark 2009).

Gebelikte progesteron hormonunun düz kaslar üzerine olan etkisinden dolayı gastrointestinal motilitenin azalması, büyüyen uterusun kalın bağırsaklar üzerine baskı yapması, bağırsakların boşalmasının gecikmesi ve hava yutma nedenleri ile mide ve bağırsaklarda gaz yakınması oluşmaktadır. Gaz şikâyetini azaltmak ve önlemek için, gebeye sık ve az yemek yemesi, yiyecekleri iyice çiğnemesi, gaz yapıcı ve asit arttırıcı yiyeceklerden kaçınması, hergün düzenli egzersiz yapması, düzenli bağırsak alışkanlığını sürdürmesi önerilmektedir (Nazik 2005, Mckinney ve ark 2009).

Hemoroid gebelikte yaygın görülen bir rahatsızlıktır. Gebelikte hemoroide fetusun büyümesi ile venler üzerine olan basıncın artmasına bağlı venöz dolaşımın engellenmesi, bağırsakların yer değiştirmesi ve progesteronun damar düz kaslarına olan gevşetici etkisi neden olmaktadır. Hemoroid şikâyetini hafifletmek için öncelikle konstipasyonun önlenmesi gerekir. Bunun için gebelerin meyve ve sebze gibi lifli besinleri daha fazla tüketmesi, yeterli sıvı alması, düzenli egzersiz yapması önerilir. Ayrıca gebelere uzun süre ayakta durmaktan kaçınması, oturma banyoları uygulaması ve gerektiğinde doktorun önerdiği lokal anestetik ajanlar ve merhemlerin kullanması önerilebilir (London ve ark 2003, Ricci 2007, Terzioğlu 2007).

Gebelerde sırt ağrısı, büyüyen uterusun lumbo sakral vertebra eğimini artırması, artan progesteron düzeyinin eklemlerdeki kartilaj dokuyu yumuşatması, meme dokusunun büyümesi ve vücut mekaniklerinin uygun kullanılmamasına bağlı olarak gelişebilir. Sırt ağrısı olan gebeye vücut mekaniğini uygun kullanması, yüksek topuklu ayakkabı giymemesi, ağır şeyleri kaldırmaktan kaçınması, otururken sırtını dik bir şekilde desteklemesi ve egzersiz yapması önerilebilir (London ve ark 2003, Ricci 2007, Mckinney ve ark 2009).

Gebelik sırasında bacak krampları, büyüyen uterusun bacak sinirlerine bası yapması ve kalsiyum yetersizliği nedeni ile oluşmaktadır. Bacak kramplarını önlemek veya hafifletmek için gebeye yatmadan önce bacaklarını kasıklardan ayaklara kadar titreşim halinde sallaması ve sıcak duş alması, kalsiyumdan zengin yiyecekler tüketmesi (süt ve süt ürünleri, fındık, fıstık, susam vs.), mümkünse gün içinde düzenli olarak bacaklarını yükseltmesi ve düzenli egzersiz yapması, bacaklara hafif, lokal sıcak uygulama yapması önerilmektedir (Nazik 2005, Kılıçarslan 2008, Mckinney ve ark 2009).

1.3.2. Gebelikte Oluşan Ruhsal Değişiklikler

Gebelik, kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuları ön plana çıkaran bir dönem olarak tanımlanmaktadır (Dülgerler ve ark 2005). Dünyada gebeliklerin %40,0'ının planlanmadığı bilinmektedir (World Health Organization 2003). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2008'e göre ise ülkemizde gebeliklerin %29,0'ının planlanmadığı bildirilmiştir (Eryurt ve ark 2009). Kadın gebeliği planlamış olsa bile gebelik gerçekleştiğinde hemen uyum sağlayamamaktadır. Kadının gebeliği, fetüsü ve annelik rolünü kabullenmesi gebelik boyunca gelişen bir süreçtir. Kadının gebeliğe karşı tepkisini etkileyen faktörler; kişisel deneyimleri, kültür düzeyi ve yaşam felsefesi, ailedeki mutluluk derecesi, ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları, ailenin sosyo-ekonomik yapısı, ailedeki çocuk yapısı, gebeliğin istenen ya da istenmeyen, planlanmış ya da planlanmamış olması ve kadının doğuma hazır olmasıdır (Taşkın 2007, Taşpınar 2008).

Gebeliğin birinci trimestirinde gebeliği kabullenme ve reddetme gibi zıt duygular aynı anda yaşanmaktadır. Bu trimestirde gebelerin duygularının bulantı, kusma, baş dönmesi gibi fizyolojik değişikliklerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Rofe ve ark 2006).

Gebeliğin ikinci trimestirinde görülen fiziksel değişiklikler ambivalan duyguların ortadan kalkmasını hızlandırmaktadır. Gebelik bu dönemde çoğunlukla kabullenilmiştir. Bu dönemde gebeler yoğun olarak içe dönüklük, kendini beğenme, pasiflik, beden görünümündeki değişmeye bağlı utanma ya da gurur yaşamaktadırlar (Taşpınar 2008).

Gebeliğin üçüncü trimestirinde fiziksel rahatsızlıklar artmıştır. Doğumun şekli, bebeğe zarar geleceği korkusu yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. En önemli belirtiler anksiyete ve stres olarak görülmektedir (Rofe ve ark 2006, Taşpınar 2008).

Doğum öncesi komplikasyonlar depresyon gelişmesini etkilemektedir. Gebelik öncesi dönemde kadının anksiyetesi, stres yaşaması, depresyon öyküsü, sosyal desteğin olmaması, istenmeyen gebelik bulunması, sosyal güvence durumu, aile içi şiddet görmesi, düşük gelir ve düşük eğitim seviyesi, sigara kullanımı, akrabalık ilişkilerinin zayıf olması gibi etkenlerin depresyonla yüksek ilişkili olduğu bildirilmiştir (Lancaster ve ark 2010).

Yüksek riskli gebeliklerde stres ve anksiyetenin arttığı gösterilmiştir (Maloni ve ark 2005). Bir diğer çalışma gebelerin %33'ünde depresyon riski olduğunu göstermiştir (Jesse ve

Swanson 2007). Yine üçüncü trimestir gebelerde yapılan bir başka çalışmada, gebelerin %52,0'ının depresyon riski taşıdığı gösterilmiştir (Records ve Rice 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise gebelerin %27,9'unun yüksek depresyon riskinde oldukları ve gebelikte yaşanan depresyon ve anksiyetenin; algılanan sosyal destek, son zamanlarda evlilik problemi yaşama, gebelik süresince psikolojik problem yaşama, gebelik öncesinde psikolojik problemlerin varlığı, son zamanlarda yaşamsal stres olayları ile karşılaşma, olumsuz benlik algısı, fiziksel şiddet, gebelik süresince fiziksel rahatsızlık, evlilik hayatından memnun olmama, ev hanımı olma, yaş, istenmeyen gebelik ve evli olma ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Karaçam ve Ançel 2009).

1.3.3. Gebelikte Cinsel Yaşamda Oluşan Değişiklikler

Gebelik dönemindeki cinsel yaşam; kadının cinselliği algılayışı, kültürel normlar, anne baba olma düşüncesi, ekonomik faktörler, bilgi yetersizliği, cinsel yaşama yönelik olumsuz düşünceler, mitler, yanlış inanışlar ve bebeğe zarar verme düşüncesi olmak üzere çok sayıda olumsuz faktörden etkilenmektedir (Gökyıldız ve Beji 2005, Efe 2006, Gürkan 2007). Erken gebelik döneminde görülen bulantı ve kusma, halsizlik, yorgunluk şikâyetleri, mide yanması, sık idrara çıkma isteği ve göğüslerdeki hassasiyet seksüel istekte azalmaya neden olmaktadır (Aslan 2005, Efe 2006, Taşkın 2007, Ricci 2007). Birinci trimesterdeki yakınmalardan kurtulan ve psikolojik olarak gebeliğe uyum sağlayan gebenin cinsel ilişkiye karşı ilgisinin arttığı gözlemlenmektedir (Eryılmaz ve ark 2002, Terzioğlu 2007).

Gebeliğin üçüncü trimesterinde fiziksel şikâyetler uterusun büyümesine paralel olarak farklı bir şekilde tekrar ortaya çıkmaktadır. Yorgunluk, halsizlik, mide problemleri, solunum sıkıntısı, pelvik ligament ağrıları, sık idrara çıkma, hareketin azalması, memelerden süt gelmesi gibi belirtiler, bebeğe zarar geleceği korkusu, cinsel ilişki ve orgazm sırasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları seksüel istekte azalmaya neden olmaktadır (Aslan 2005, Gürkan 2007).

Tayvan'da yapılan bir çalışmada gebelerin %11,2'sinin gebelikte cinsellik yaşamaktan mutlu oldukları, %47,0'ının fetüse zarar geleceği korkusu yaşadıkları ve % 90'nının son dört haftadır cinsel ilişkide bulunmadıkları belirtilmiştir (Kerdarunsukri ve Manusirivithaya 2010). Nijerya'da yapılan çalışmada da ise gebelerin %30,0'ının gebeliğin erken döneminde bulantı kusmaya bağlı cinsel ilişki sıklığının azaldığını, %12,0'ının düşük yapma ve % 12,0'sinin de bebeğe zarar geleceği korkusu yaşadıklarını ifade ettikleri bildirilmiştir (Orji ve ark 2002).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise gebelerin %64,3'ünün yorgunluk ve halsizlik, %55,9'unun cinsel isteksizlik, %49,2'sinin bebeğe zarar geleceği korkusu ve %34,0'ının da düşük korkusu nedeniyle cinsel ilişki sayısını azalttıkları bildirilmiştir (Eryılmaz ve ark 2002).

1.3.4. Gebelikte Yüksek Riskli Durumlar ve Anne-Bebek Sağlığı Açısından Önemi

Yüksek riskli gebelik, "Annenin, fetüsün veya yenidoğanın yaşamını ve sağlığını tehlikeye sokan, hastalık ve ölüm riskini arttıran, fizyolojik ve psikososyal bir durum" olarak tanımlanmaktadır. Gebeler risk bakımından üç grupta incelenmektedir. Bunlar (Heaman 1990, Oskay 2001, Hobbins ve Queenan 2008);

- Düşük riskli gebelik: Tüm gebelik boyunca laboratuar ve tarama testleri normal olan gebelerdir.
- Riskli gebelik: Laboratuar testleri normal olan, fakat testlerinin tekrarı gereken gebelerdir. Gebelerin çoğu testler tamamlandığında düşük riskli gruba dâhil olmaktadırlar.
- Yüksek riskli gebelik: Bu grupta yer alan gebeler ikiye ayrılır. Birincisi, riski ortaya koyan pozitif test sonucu vardır, fakat risk mevcut olabilir ya da olmayabilir. İkincisi, gebeliğin başlangıcında riski ortaya koyan tıbbi problemleri mevcuttur.

Gebelikte düşük sosyo-ekonomik düzeyde olma, fiziksel şiddet görme, anne rolüne uyumda sorun yaşama, yanlış dini-kültürel ve etnik uygulamalar, anne yaşı, doğum sayısı, doğum sıklığı, çoğul gebelik, anomalili bebek öyküsü, beslenme yetersizliği, sigara, ilaç ve alkol kullanımı, kronik sistemik hastalığın olması, önceki gebelikte veya şimdiki gebelikte komplikasyon öyküsü, gebeliğin ilk üç ayında viral enfeksiyon, istenmeyen gebelikler yüksek risk faktörlerini oluşturmaktadır (Lowdermilk ve Wilson 2006, Taşkın 2007). Yüksek risk faktörlerinin gebeliğe etkileri Çizelge 1.3.4.1'de verilmiştir.

Çizelge 1.3.4.1. Yüksek risk faktörlerinin gebeliğe etkileri

Faktörler	Etkileri
Demografik faktörler	
18 yaştan küçük 35 yaştan büyük anne yaşı	Preterm eylem, gebelik hipertansiyonu, konjenital anomali riskinde artış
Düşük sosyo-ekonomik düzey	Preterm eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek, anne ve bebek morbidite ve mortalitesinde artış
Sık ve çok doğum (2 yıldan kısa aralarla ve/veya 4 ve üzeri gebelik)	Gebelik kaybı, antenatal ve postnatal kanama, sezeryan
Düşük BKİ (19'dan düşük) Yüksek BKİ (30'dan yüksek)	Düşük doğum ağırlıklı bebek, Gebelik hipertansiyonu, zor doğum eylemi, iri bebek, sezeryan
Kısa boy (150 cm. den kısa	Sefalopelvik uyuşmazlığa bağlı sezeryan doğum
Sigara içme	Düşük doğum ağırlıklı bebek, preterm eylem
Alkol ya da ilaç kullanma	Konjenital anomali, neonatal alkol sendromu
Obstetrik faktörler	
İri bebek hikâyesi (4000 gr'ın üstünde çocuk doğumu)	Sezeyan doğum, doğum travması, neonatal hiperglisemi, maternal gestasyonel diyabet
Ölü doğum hikâyesi	Annede psikolojik distres
Rh uyuşmazlığı	Fetal anemi, eritroblastozis fetalis, kernikterus
Mevcut tıbbi durum	
Diyabetus Mellitus	Gebelik hipertansiyonu, intrauterin gelişme geriliği ya da iri bebek, neonatal hipoglisemi, fetal-neonatal ölüm, konjenital anomali
Tiroid bozukluğu, hipotiroidizm	Spontan abortus, konjenital anomali, konjenital hipotroidizm
Hipertiroidizm	Gebelik hipertansiyonu, toksik guatr ya da postpartum hemoraji
Kardiyak hastalık	Kardiyak dekompansasyon ve maternal ölüm, neonatal hipertiroidi
Renal hastalık	Renal yetmezlik, preterm eylem, intrauterin gelişme geriliği
Gebelikte enfeksiyon hastalıkları	İlk trimestirde geçirilen rubella gibi enfeksiyon hastalıkları ciddi fetal etkilere neden olur (kalp hastalığı, körlük, sağırlık gibi konjenital anomali), spontan abortus

Ricci SS. Essentials of Maternity, Newborn And Women's Health Nursing. Philadelpia Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

Gebelik süresince var olan ve gebelik sonucunun olumsuz olma ihtimalini artıran durum ve davranışlar biyomedikal risk faktörleri olarak adlandırılmaktadır (Lowdermilk ve Wilson 2006). Anne ölümlerinin yaklaşık %65'inde en az bir biyo-medikal risk faktörü

görülmektedir. En yaygın risk faktörü genç veya ileri yaşta anne olmaktır. Anne yaşının 35'ten büyük olması halinde hipertansif hastalıklar veya metabolik bozukluklar gelişebilir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2006). Paritenin dörtten fazla olması halinde annenin organizması, gebelikte meydana gelen fizyolojik ve patolojik değişikliklere uyum sağlamada güçlük yaşar. Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde ağır kanama riskinde artış görülebilir. UAÖÇ 2005'de, gebelerin %13,0'ının kronik hipertansif hastalıklarının, %4,8'inin dolaşım sistemi hastalıklarının, %2,7'sinin anemisinin, %1,7'inin obezitesinin, %5,5'inin endokrin bozukluklarının olduğu ve %2,0'ının sigara kullandığı bildirilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2006).

Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl meydana gelen yaklaşık dört milyon doğumdan beş yüzbininde anne veya fetüse ait komplikasyonlar bulunmakta ve bu gebelikler yüksek risk kategorisinde yer almaktadır. Ayrıca gebelik öncesi veya gebelik döneminde doğum öncesi bakım almayan, evsiz, yalnız veya sigortası olmayan kadınların sayısında artış olmasının da anne ve fetuste risk oluşmasına katkıda bulunduğu bildirilmektedir (Lowdermilk ve Wilson 2006).

Tüm dünyada anne ölümlerinin tamamına yakını (%99,0) gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Bu ölümlerin yarıdan fazlasınının Afrika'da sahranın alt kısmında, üçte birinin de Güney Asya'da olduğu bildirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde her 100.000 canlı doğumda 450 anne ölümüne karşın, gelişmiş ülkelerde bu oran her 100.000 canlı doğumda dokuz olarak görülmektedir. Afganistan, Angola, Burundi gibi geri kalmış ülkelerde ise çok yüksek oranda her 100.000 canlı doğumda 1000 anne ölümü olduğu ve başlıca anne ölüm nedenleri arasında postpartum hemoraji, eklemsi gibi hipertansif hastalıklar ve zor doğum eyleminin olduğu rapor edilmiştir (Ronsmans ve Graham 2006).

Ülkemizde ise anne ölüm oranı her 100.000 canlı doğumda 28,5 olarak bildirilmiştir. Bu ölümlerin kanama (gebeliğe bağlı ölümlerin %17'si), hipertansif bozukluklar (gebeliğe bağlı ölümlerin %14'ü), antepartum, intraparum ve postpartum dönemde gelişen emboli ve uterus rüptürü gibi nedenler ya da cerrahi işlemlerle doğrudan ilgili nedenlere bağlı geliştiği bildirilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2006).

TNSA 2008'de, Türkiye'de meydana gelen doğumların %61,0'ının herhangi bir yüksek risk kategorisinde olduğu gösterilmektedir. Türkiye'de doğumların 10'da biri birden fazla; üçü'ü ise sadece bir önlenebilir yüksek risk kategorisinde yer almaktadır. En sık

karşılaşılan risk kategorilerinin ise doğum sırasının üç ve daha fazla (%11,2) ve doğum aralığının 24 aydan kısa olması (%8,2) olarak bildirilmiştir (Koç ve ark 2009).

Bebek ve anne ölüm hızları bir ülkenin gelişmişlik derecesinin göstergesidir. Yenidoğan döneminde ölüm nedenleri arasında konjenital anomaliler, düşük doğum ağırlığı ile ilişkili durumlar, ani bebek ölümü, respiratuar distres sendromu ve maternal komplikasyonlar gelmektedir (Lowdermilk ve Wilson 2006, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2006).

Kayseri'de yapılan bir çalışmada bebek ölümlerinin %25,0'ının 18 yaş altı ve 35 yaş üstü anne bebeklerinde olduğu bildirilmiştir (Balcı ve ark 2008). Anne-bebek ölümlerinin azaltılması için antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin arttırılması gerekmektedir (Lowdermilk ve Wilson 2006).

1.3.5. Gebelik ve Sistemik Hastalıklar

Gebelikte kronik sistemik hastalığın varlığı, gebelik sırasında hastalığın ilerlemesine ve annenin ölümüne neden olabilir. Bu hastalıklar fetuste perinatal mortaliteye, prematüriteye veya düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna neden olmaktadırlar (Taşkın 2007). Bu nedenle kronik hastalığı bulunan gebelerin, gebeliğin planlanma aşamasında, gebelik süresince ve gebelik sonrası dönemlerde daha sık takip ve izlemlerinin yapılması ve bu konuda bilinçlendirilmeleri gerekmektedir.

1.3.5.1. Gebelik ve kalp hastalığı

Gebelik sırasında anne ölümlerine neden olan önemli hastalıklar arasında yer alan kalp hastalıkları gebelerin %1'inde görülmektedir. Kalp hastalığı olan gebelerde maternal veya fetal mortalite ve morbidite riski, mevcut olan kalp hastalığının tipine ve derecesine bağlı olarak değişmektedir (Beksaç ve ark 2001). Gebelik sırasında kardiyovasküler sistemde birçok fizyolojik değişiklik meydana gelmektedir. Plazma hacmi, büyüyen embriyo ve uterusun gereksinimini karşılamak için özellikle gebeliğin ilk iki trimesteri boyunca %30-%50 arasında artmaktadır (Taşkın 2007, Hill ve Pickinpaugh 2008). Erken postpartum dönemde vena kava inferiorun üzerindeki basının ortadan kalkmasına bağlı olarak venöz dönüşün artması ve kontrakte olan uterustan dolaşıma geçen kan, kardiyak debi ve atım volümünde artışa neden olmaktadır. Daha sonra kalp atım hızında azalmaya bağlı olarak kardiyak debi giderek azalır ve 24 saat sonra gebelik öncesi seviyelere geriler.

Kardiyovasküler değişiklikler iyi tolere edilemezse gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kalp yetmezliği gelişebilmektedir (Chugh 2003, Lowdermilk ve Wilson 2006).

Gebe kadının fonksiyonel kapasite olarak hangi grupta olduğu fetal mortalite açısından önemlidir. New York Kalp Birliği kalp hastaları için bir sınflandırma geliştirmiştir (Chacko 1995). Bu sınıflandırma;

1. Sınıf; normal aktiviteler sırasında yetmezlik belirtisi göstermeyenler,
2. Sınıf; normal aktivitelerde geçici yetmezlik belirtisi gösterenler,
3. Sınıf; istirahat sırasında rahat, aktivite sırasında yetmezlik belirtisi gösterenler,
4. Sınıf; istirahat sırasında bile yetmezlik belirtisi gösterenler şeklindedir.

Yapılan bir çalışmada gebelikte kalp hastalığı görülme sıklığı %0,98 olarak bildirilmiştir (Kolusarı ve ark 2008). Bir diğer çalışmada ise kalp hastası gebelerde anne ölüm hızının %2,7, prematüre doğum oranının %11,9, ölü doğumun %2,9 ve düşük oranının %5,6 olduğu rapor edilmiştir (Avila ve ark 2003). UAÖA 2005'de ise gebelerin %4,8'inde dolaşım sistemi hastalıkları görüldüğü ifade edilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2006).

1.3.5.2. Gebelik ve diyabet

Diabetes mellitus (DM), pankreas hücrelerinden salgılanan insülin hormon sekresyonunun eksikliği, yokluğu veya değişik derecede insülin direnci sonucunda oluşan, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmalarında düzensizliğe yol açan, kronik hiperglisemi ile seyreden, etyolojisinde birden fazla faktörün rol oynadığı metabolik bir hastalıktır (Lowdermilk ve Wilson 2006, Unger 2007, Güven 2010). Diyabet sınıflamasının hem klinik tanımlayıcı kriterlere dayanan diyabet evrelerini hem de etiyolojik gruplamayı içermesi önerilmektedir. American Diyabetes Associtaion (ADA) uzman grubu tarafından tanımlanan diyabet sınıflandırmasına göre diyabet, dört başlık altında gruplanmaktadır (American Diyabetes Association 2009). Bunlar;

A) Tip1 DM (yaşam için insülin gerektiren DM)

a) Otoimmün

b) İdiyopatik

B) Tip 2 DM

a) Şişman olmayan

b) Şişman

C) Diğer spesifik DM tipler

D) Gestasyonel DM'dur.

UAÖA 2005'de, gebeliğe bağlı ölümler içinde endokrin ve metabolik hastalıklardan ölüm oranı %5,5 olarak bildirilmiştir. Yeterli doğum öncesi bakım hizmetleri ile endokrin ve metabolik hastalıklardan ölüm, sezeryan doğum, intrauterin gelişme geriliği ya da iri bebek, neonatal hipoglisemi, fetal-neonatal ölüm, konjenital anomali gelişme riskleri azaltılabilir ve gebelerin yaşam kaliteleri arttırılabilir (Khatib 2006, Lowdermilk ve Wilson 2006).

Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), gebe kadınlarda teşhis edilen glikoz intoleransı şeklidir. Gebelerin %4-12'sinde GDM gelişmekte ve bunların %90'ı gebelik sonrası ortadan kaybolmaktadır (Kim ve ark 2007, American Diyabetes Association 2009). Gestasyonel diyabete aday olan kadınlar; önceden belirlenen glikoz intoleransı hikâyesi, 30 yaş ve üstü gebelikleri, birinci derece akrabalarında diyabet öyküsü, önceki bebekte makrosomi, nedeni bilinmeyen fetal ölüm ya da anomalili doğum, tekrarlayan genitoüriner enfeksiyona sahip olanlardır (Khatib 2006, Çoban 2008).

Gestasyonel diyabetes mellitus'un tanısında gebeliğin 24–28. haftalarında 50 gr glikozun oral yolla verilmesini takiben bir saat sonraki glikoz değeri incelenir. Bu değer 140 mg/dl veya üzerinde ise 100 gr glikoz ile üç saatlik oral glikoz tolerans testi (OGTT) yapılmalıdır. OGTT sonucu iki ve üzeri değerin yüksek görülmesi durumunda GDM tanısı konulmaktadır (Khatib 2006, American Diyabetes Association 2009). Gestasyonel diyabetin anneye ait komplikasyonlarını pre-eklemsi, hipertansiyon, idrar yolu enfeksiyonu, preterm doğum, sezaryan, gelecekte diyabet ve metabolik sendrom oluşturmaktadır. Fetüse ait komlikasyonlar ise makrosemi, intra uterin ölüm, preterm doğum, doğum sonrası hipoglisemi, hiperbilurubinemi, hipokalsemi, respiratuar distress sendromu, polisitemi, gelecekte obezite veya Tip 2 diyabet riskinde artış oluşturmaktadır (Unger 2007, Adamson 2008). Gestasyonel diyabet hastalarının yaklaşık % 20-50'sinde Tip 2 diyabet geliştiği bildirilmektedir (American Diyabetes Association 2009).

Gestasyonel diyabet hastalarının uygun insülin tedavisi, düzenli egzersiz ve yeterli beslenmenin dışında kan şekerindeki anlık değişikliklerin ve özelliklerinin farkında olması

gerektiği vurgulanmaktadır (Valk ve ark 2006). Hastaların kesin tanısı için doğumdan sonra açlık plazma glikoz düzeyleri tayin edilmelidir.

Yapılan bir çalışmada pre-gestasyonel Tip 2 diyabeti bulunan gebelerin %13,6'sında spontan abortus, %8,9'unda pre-eklemsi, %21,4'ünde preterm doğum, %42,9'unda sezeryan, %42,9'unda makrosemi, %5,1'inde major konjenital malformasyonlar bulunduğu rapor edilmiştir (Valk ve ark 2006). Dunne ve arkadaşları (2003) nın yaptığı çalışmada ise 182 gebenin % 8,8'i spontan düşükle, % 0,99'unun konjenital malformasyonla, %1,2'sinin ölü doğum ile %28,0'ının postterm gebelik ile %9,3'ünün 4000 gr.dan fazla doğum ağırlığı olan yenidoğan ve % 37,0'ının sezeryan doğumla karşılaştıkları bildirilmiştir.

1.3.5.3. Gebelik ve anemi

Anemi, periferik kandaki hemoglobin miktarının hastanın yaş ve cinsiyeti için bildirilen normal değerlerinin 2 standart sapma altında olmasıdır. Hemoglobin düzeyinin kadınlar için 12g/dl'nin altında olması anemi olarak kabul edilmektedir (Ekşi 2006, Kaya 2006, Taşkın 2007, Kanber 2008). Gebelikte karşılaşılan hematolojik değişiklikler normal beklenen değişimler olabileceği gibi beslenme biçimi, alışkanlıklar, çevresel koşullar, kadının gebelik sayısı vb. faktörlerden etkilenebilmektedir (Kanber 2008). DSÖ'ne göre gebelikte anemi, gebeliğin herhangi bir döneminde hemoglobin seviyesinin 11 gr/dl'nin altında olması olarak belirtilmiştir ve genellikle klinik uygulamalarda da bu sınır kullanılmaktadır (World Health Organization 2008). Gebelikte görülen anemilerin büyük çoğunluğu demir eksikliği anemisi olmak üzere, folik asit ve B12 vitamini eksikliği anemisidir. Gebelikte görülen anemilerin %95'e yakınının demir eksikliğine bağlı olduğu bilinmektedir (Göynümer ve ark 2004). Ayrıca orak hücreli anemi ve talasemi de sıklıkla görülmektedir (Ekşi 2006, Taşkın 2007).

DSÖ verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %30'unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organization 2008). Yapılan bir çalışmada da gebelikte anemi prevelansı 1970'li yıllarda % 43,7 iken 2000'li yılların başında %89,8 olduğu bildirilmektedir (Chumak ve ark 2010). Bir diğer çalışmada da anemik gebelerin bebeklerinin yenidoğan ünitesine sevk edilme oranının %44,8 olduğu belirtilmiştir (Sak ve ark 2009). Bu nedenle anemi, anne ve bebek sağlığı açısından çok önemle ele alınması gereken bir sorundur. Ciddi anemi, anne ölümlerinde beş kat artışa yol açmaktadır. Anemik annelerde doğum veya gebelik kayıpları sırasındaki düşük

düzeylerdeki kan kayıpları ciddi sonuçlara, hatta kalp yetmezliği gelişmesi ile maternal mortaliteye yol açmaktadır. Anemi ayrıca annenin genel sağlığını bozarak kendiliğinden düşük, preterm eylem, postpartum kanama ve puerperal sepsis riskini de arttırmaktadır (Kaya 2006, Taşkın 2007, Kanber 2008).

1.3.6. Sağlık Sorunu Bulunan Gebelerin İzlem ve Bakımı

Doğum öncesi bakım anne fetüs ve yenidoğan sağlığının en üst düzeye ulaşmasını sağlamaya yöneliktir. Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli bir yeri olan doğum öncesi bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Antepartum izlemde, hasar ortaya çıkmadan önce riskin tespit edilmesi ile gebeliklerde önemli ölçüde yarar sağlanır. En son yapılan nüfus istatistiklerine göre fetal ölümlerin 2/3'den daha fazlasının antepartum dönemde oluştuğu tahmin edilmektedir. İyi bir doğum öncesi bakım, gebe kalmadan önce başlamalıdır. İdeal olarak doğum öncesi bakım annenin bebeklik döneminden itibaren, dengeli ve yeterli beslenmesini içerir. Sağlıklı bir gebelik ve doğum sürecinin yaşanması gebelikten önce sağlığın yükseltilmesini, kadınlık, doğum ve cinsellik hakkında pozitif tutumların geliştirilmesini gerektirir. Cinsel yönden aktif olan bir kadının sağlıklı bir şekilde gebeliğe hazırlanması önemlidir (Lowdermilk ve ark 2000, Ricci 2007,Terzioğlu 2007).

Son 50 yılda, ulusal doğum öncesi bakım ile ilgili çalışmalar, doğum öncesi bakım almayan kadınlarda gebelik sonuçlarının kötü etkilendiğini göstermiştir. Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda da prenatal bakım ile mortalitenin azalmasında nedensel ilişkinin olduğu gösterilmiştir (Gonik ve ark 2008).

Düşük risk taşıyan gebeliklerde prenatal bakımın amaçları;

- Kadına ve ailesine önerilerde bulunma, eğitim yapma, endişelerini giderme ve onları desteklemek,
- Gebelikle ilgili minör semptomları tedavi etmek,
- Gebeliğin düşük riskli olduğunu doğrulamak için devamlı tarama programı sunmak
- Anne ve yenidoğan sağlığını kötü yönde etkileyen faktörlerin önlenmesi,
- Rutin labaratuar ve tarama testleri ile yüksek riskli gebelerin tanımlanmasını sağlamaktadır (Ricci 2007, Gonik ve ark 2008).

Gebelikte kontroller, genellikle herhangi bir sorun yoksa, ilk üç ayda gebelik tanısı konulduktan sonra, 28. haftaya kadar ayda bir, 28-36. haftalar arasında iki haftada bir, 37. haftadan doğuma kadar haftada bir olmak üzere yapılmaktadır. Standart bakım modeline göre doğum öncesi muayene sayısı 11 olmalıdır (Taşpınar 2008). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğüne göre ise gebelik izlemlerinin;

- Birinci izlem gebeliğin 14. haftasında,
- İkinci izlem gebeliğin 18-24. haftaları arasında,
- Üçüncü izlem 30-32. haftaları arasında,
- Dördüncü izlem 36-38. haftalar arasında olması önerilmektedir (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2008).

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğünün önerdiği gebelik izlem sayısı koşullara ve gebenin özelliklerine göre artırılabilir. Ancak gebelik izlemlerine gebeliğin 14. haftadan sonra başlanıldığında ve dört izlemden daha az olduğunda doğum öncesi izlemlerin yetersiz olduğu kabul edilmektedir (Ergöçmen ve ark 2009).

Yüksek riskli gebelik tanısı konmuş anne adayları tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için hastaneye yatırılmaktadır. Hastanede yatan yüksek riskli gebenin bakım gereksinimleri arasında antenatal bakım, fetal değerlendirme ve yatak istirahatiyle ortaya çıkan fiziksel sorunlara yönelik girişimler ve psikososyal bakım gereksinimleri yer almaktadır. Hastanede yatan gebelerin fiziksel ve psikososyal sorunlarının doğru ve yeterli düzeyde tanımlanması, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması için temel koşuldur. Gebelerin yaşadıkları bireysel sorunlar saptanarak, her gebenin mevcut durumla baş etmesine yardım edecek bireysel girişim/çözümleri içeren bakım planı hazırlanabilir. Maternal ve fetal durum günden güne değişebileceğinden, değerlendirme gebe hastanede kaldığı sürede devamlı olarak yapılmalıdır (Oskay 2004, Çoban 2008).

- Hastaneye yatırılan yüksek riskli gebeler gebelik, yüksek riskli gebeliğe yol açan sağlık sorunları ve aktivite azalması nedeniyle fiziksel sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar:
- Uzun süre yatmaya bağlı kaslarda güçsüzlük ve ağrı,
- Uzun süre yatakta kalmaya bağlı aktivite intoleransı,
- Hastane ortamı, aktivite yetersizliği ve iştahta azalmaya bağlı kilo kaybı,

- Yatak istirahatine bağlı kulak, burun dolgunluğu ve başağrısı,
- Uyku problemleri ve yorgunluk,
- Psikososyal sorunlar,
- Kendi yaşamıyla ilgili kontrol kaybı,
- Aile bütünlüğünün bozulması,
- Can sıkıntısı ve yalnızlık duygusu,
- Antenatal eğitim gereksinimi,
- Sosyal destek ve sağlık profesyonellerinin desteğine gereksinimdir (Oskay 2004, Çoban 2008).

Hastanede yatan yüksek riskli gebeye bakım veren hemşirenin, rutin bakım gereksinimlerini karşılamasının yanı sıra, yüksek riskli durumunun gerektirdiği izlemlerle gebeliği izleme, fetal değerlendirmeye yönelik testlerin yapılmasında hekime yardım etme, gebeyi bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti verme gibi sorumlulukları vardır. Uzun sürelerle hastaneye yatırılan ve yüksek riskli durumu nedeniyle zamanının çoğunu yatakta geçirmek zorunda kalan gebelerin yaşadıkları fiziksel ve psiko-sosyal sorunlar da farklı hemşirelik girişimleri gerektirmektedir (Coşkun1996, Lowdermilk ve ark 2000, Oskay 2004).

Hastanede yatan yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan fiziksel ve psiko-sosyal sorunlar, gebe ve ailesinin yüksek riskli gebeliğe uyumları ve bu süreçte ihtiyaç duydukları bakım ve yardım gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığı, hemşire tarafından sürekli olarak değerlendirilmelidir. Bu amaçla uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliği izlenerek, gebe ve ailesinin sorunlarla başa çıkma becerileri artırılmalıdır (Oskay 2004, Çoban 2008).

Son yıllarda gelişmiş ülkelerde hastanede yatış süresinin, dolayısıyla maliyetin azaltılması amacıyla yüksek riskli gebelerin izlenmesinde ve postpartum erken loğusalık döneminde, hastane merkezli evde bakım programları (Hospital-Based Perinatal Home Care Program) işlevsellik kazanmıştır. Bu programlarda özel eğitim almış, deneyimli hemşireler, hastanede verdikleri bakımdan farklı olarak bir ekibin doğrudan yardımı ve yönlendirmesi olmaksızın bağımsız olarak rol almaktadırlar. Sağlık ekibi üyeleri tarafından evde bakım programında kullanılmak üzere hazırlanan standart bakım protokollerinin bulunması, ev ortamında maternal ve fetal sağlığı değerlendirmek amacıyla kullanılmak üzere geliştirilen çeşitli araç ve gereçler, bakım ve izlemde büyük kolaylık sağlamaktadır. Evde bakımda

görevli hemşire, hastanedeki tıbbi bakım ekibi ile sürekli iletişim içinde bulunmaktadır (Lowdermilk ve ark 2000, Oskay 2004, Çoban 2008).

Sonuç olarak sağlık sorunu bulunan ve yüksek risk altında olan gebelerin karşılanması gereken birçok fiziksel ve psikososyal gereksinimleri vardır. Hemşire, bu gereksinimlerin karşılanmasında diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapmalı ve bireye özgü bakım planı hazırlamalıdır. Böylece anne, bebek sağlığı ve toplum sağlığı geliştirilebilir.

1.3.7. Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunlarının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Günümüzde sağlığın ölçümünde kullanılan geleneksel göstergelerin (hastalık, ölüm, beklenen yaşam umudu vb.) bireylerin sağlıklılık düzeylerini tanımlamadaki yetersizliği nedeniyle, bu konuya yaşam kalitesi kavramı ile açıklık getirilmeye çalışılmaktadır (Dindaş 2008). Yaşam kalitesi yaşamı tüm yönleri ile birlikte değerlendirmeyi amaçlayan geniş kapsamlı bir kavramdır ve farklı yaşam deneyimlerine sahip grupları karşılaştırmaya imkân vermektedir. Bu nedenle, yaşam kalitesi hemen hemen her bilimsel disiplinin, her yaşam pratiğinin, toplumdaki her faaliyetin ilgi alanına girmektedir (Alsaker ve ark 2006, Arpacı ve Ersoy 2007).

Yaşam kalitesi, bireyin tüm temel gereksinimlerinin karşılaması, yaşamdan doyum bulması, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziki durumunun iyi olması, kişilerarası ilişkilerde iyi olma, benlik saygısı, önceki bilgi ve tecrübelerin tümünü kapsamaktadır (Özer 2002). Yaşam kalitesi kavramı bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyumu ifade etmektedir. Yaşam kalitesi günlük yaşamda kullanıldığında, hayatın günlük ihtiyaçlarının ve ekonomik yaklaşımların yanı sıra, sosyal, psikolojik ve fiziksel boyutlara kadar uzanmaktadır (Özyılkan 2004).

Yaşam kalitesi sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümü olması bakımından önemlidir. Ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanımını yapmak güçtür. Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram gibi görülmelidir. Yaşam kalitesi yeterli fiziksel iyilik haliyle birlikte, kendinden

memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir (Başaran ve ark 2005, Altıparmak 2006).

Yaşam kalitesi göstergeleri objektif ve subjektif olarak iki bölümde incelenmektedir. Yaşam kalitesinin ölçümünde bunların birlikte kullanımı önerilmektedir. Bunlar;

1. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri: Bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını yerine getirebilmesi ve kişinin bu durumdan doyum sağlaması ile ilgilenmektedir. Bunlar (Güven 2010);

- Fiziksel iyilik hali,
- Kendine bakabilme (beslenme, giyinme, banyo ve tuvaleti kullanma, uyku),
- Hareket (evin içinde ve dışında hareket etme),
- Fiziksel etkinlik (yürüme, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma, yorgunluk),
- Rol etkinliği (aile ve işle bağlantı, sosyal roller),
- Sağlık ve hastalık inancıdır.

2. Yaşam kalitesinin subjektif göstergeleri: Doğrudan yaşamla ilgili algılamalar üzerinde durmakta ve insanların kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgilenmektedir. Bunlar; (Güven 2010).

- Psilolojik iyilik hali (yaşama doyumu, psikolojik etki, emosyonel iyilik),
- Sosyal ve bireysel iyilik hali (kişinin eş, aile ve arkadaşları ile olan ilişkilerinin niteliği ve niceliği ile sosyal faaliyetlere katılma sıklığı, sosyal destek görme ve rollerini yerine getirme süreci),
- Maddi iyilik halidir (varolan durumdaki geleceğe yönelik güvenlik duygusu, barınma, sağlık sigortası ve iş güvencesi gibi fonksiyonlar).

Gebelik süresince meydana gelen hormonal ve fiziksel değişiklikler gebenin fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarını etkilemekte ve yaşam kalitesinde de değişikliğe neden olabilmektedir. Standart yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılan araştırmalarda normal gebelik boyunca fiziksel fonksiyonların azaldığı rapor edilmiştir (Hueston ve Kasik-Miller 1998, Otchet ve ark 1999). Gebeliğin erken döneminde oluşan bulantı ve kusmanın kadının yaşam şekline önemli sınırlamalar getirdiği ve sonuçta aile, sosyal çevre ve iş yaşantısını etkilediği bildirilmiştir (Attard ve ark 2002). Bununla birlikte gebe kadının fiziksel

semptomları, yorgunluk, duygusal değişimler ve yaşadığı sınırlılıkların gebelikle ilişkili olduğu ve bu durumların yaşam kalitesinin birçok alanında azalmaya neden olduğu ifade edilmiştir (Magee ve ark 2002).

Kadınların çoğu iyi bir destekle ve fazla bir tıbbi girişime gerek kalmadan gebelik sürecini sağlıklı bir şekilde geçirmektedirler. Ancak bazı gebelerde farklı derece ve türlerde yüksek risk oluşmaktadır. Gebelikte yüksek risk oluştuğunda, gebelerin doğum öncesi bakım sıklığı artmakta, evde veya hastanede yatak istirahatine alınması gerekmektedir. Bunun sonucunda sosyal ilişkilerinde ve aile üyelerinin rollerinde, sosyo-ekonomik düzeyde değişiklikler gelişmektedir. Gebelik öncesi ve gebelik döneminde etkin ve nitelikli sağlık bakımının gerçekleşebilmesi ile yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve fiziksel iyilik hali gibi boyutları olumlu yönde geliştirilebilir (Baykal 2008, Kılıçarslan 2008).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Aydın il merkezi kentsel bölge sınırları içinde bulunan sağlık ocakları bölgelerinde ikamet eden gebelerde, gebelikleri sırasında yaşadıkları sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Aydın il merkezindeki 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ve 9 No'lu sağlık ocaklarında yapılmıştır. Bu sağlık ocakları bölgelerinde 15–49 yaş grubu toplam 50.717 evli kadın yaşamaktadır.

Çizelge 2.2.1. Aydın İl Sağlık Müdürlüğü 2009 verilerine göre; 1-9 Nolu sağlık ocakları bölgelerinde ikamet eden 15-49 yaş kadın nüfusu eğitim durumları ve toplam bölge nüfusunun sağlık ocaklarına göre dağılımı

	Sağlık ocağı numaraları								
Eğitim düzeyleri	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Okuryazar değil	1118	1034	466	455	438	366	1364	3475	1112
Okuryazar	270	1930	1682	802	1419	366	1364	3475	2808
İlkokul	11477	9588	6189	7006	7038	1751	6469	7642	9764
Ortaokul	3288	3195	2296	1409	2156	241	2604	1196	4073
Lise	4671	5312	3787	1591	3263	227	5177	714	5706
Yüksekokul	2136	2965	2867	839	2231	32	4367	124	4769
15-49 yaş kadın nüfusu	7394	7458	5453	3837	5293	887	6322	4843	9230
Toplam bölge nüfusu	27127	26388	19023	13446	18449	3535	22135	18844	31748

Sağlık ocağı çalışanlarının ve araştırmacının gözlemlerine dayanarak;

Bir ve Yedi No'lu Sağlık Ocağı bölgesi, şehrin merkezinde yer alan, farklı sosyo kültürel özellikleri bulunan ve yaş ortalaması yüksek bir bölgedir. Bu bölgede oturanların birçoğu memur ve esnaftır. Bu bölgede yaşayan bireylerin eğitim ve gelir durumları orta düzeydedir. Binaların çoğu apartman, tek katlı ve bahçeli müstakil evlerdir.

İki ve Üç No'lu Sağlık Ocakları bölgelerinde kadınların çoğu ev hanımıdır ve eğitim düzeyleri düşüktür. Kadınların eşleri ise esnaf veya memurdur. Bu bölgede evler apartman

tarzında ve müstakildir. Bu bölgede yaşayan insanların çoğu sağlık hizmetlerini bu sağlık ocaklarından almaktadırlar.

Dört No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan kadınların çoğu ev hanımıdır, eşlerin çoğu ise bölgede yer alan sanayide çalışmaktadır. Ayrıca kadınların bir kısmı mevsimlik tarım işlerinde çalışmaktadır. Bölgedeki evler çoğunlukla tek katlı ya da iki katlıdır ve odun-kömürle ısınmaktadır. Bu bölgede yaşayan bireyler sağlık ocağından aile planlaması hizmetlerinin yanında diğer sağlık hizmetlerinden de yararlanmaktadırlar.

Beş No'lu Sağlık Ocağı bölgesi farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip, eğitim ve gelir bölgenin bir bölümünde daha iyi, bir bölümünde daha düşük düzeydedir. Binaların çoğu apartman tarzındadır.

Altı No'lu Sağlık Ocağı, Aydın'ın en dışında yer alan ve küçük nüfusa sahip olan bir bölgedir. Bu bölgede yaşayan bireylerin eğitim düzeyleri ve gelir durumları düşüktür. Kadınlar ve erkekler geçici tarım işçiliği ile uğraşmaktadır. Evler tek katlı, bahçelidir ve bazı evlerin tuvaleti dışarıda bulunmaktadır. Bu bölgedeki evlerin birçoğu sağlıklı yaşam koşulları için uygun görülmemektedir.

Sekiz No'lu Sağlık Ocağı bölgesinin nüfusu daha çok doğu bölgelerimizden göç alan bireylerden oluşmaktadır. Bölgede eğitim durumları oldukça düşük, hatta okuma yazma bilmeyen ve Türkçe konuşamayan kadınlar bulunmaktadır. Bölge halkının gelir düzeyi oldukça düşüktür ve daha çok inşaat işçiliği ve mevsimlik tarım işçiliği ile uğraşmaktadırlar.

Dokuz No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan kadınların sosyo-ekonomik durumu, gelir durumu ve eğitim seviyesi yüksektir. Daha çok genç bireylerin bulunduğu bölgede doğurganlık hızı diğer bölgelere göre daha yüksektir. Konutlar apartman, site ve müstakil evlerden oluşmaktadır.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zamanı Çizelge 2.3.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.3.1 Araştırmanın zamanı

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	Haziran 2009
Tez önerisinin hazırlanması	Haziran-Temmuz 2009
Anket formunun oluşturulması	16.07.2009- 20.07.2009
Aydın İl Sağlık Müdürlüğünden resmi iznin alınması	02.09.2009
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından ön onayının alınması	03.11.2009
Anket formunun ön uygulamasının yapılması	18.11.2009–20.11.2009
Araştırma verilerinin toplanması	21.11.2009- 02.05.2010
Verilerin analizi, araştırma raporunun hazırlanması	03.05.2010–14.08.2010
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu Kararının Alınması	04.10.2010

2.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Haziran 2009 Aydın İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre, Aydın il merkezi kentsel bölgede bulunan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ve 9 No'lu sağlık ocakları bölgelerinde kayıtlı olan ve kentsel bölgede ikamet eden 1442 gebe oluşturmuştur. Bu gebelerin sağlık ocaklarına göre dağılımı çizelge 2.4.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.4.1 Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Haziran 2009 verilerine göre sağlık ocakları bölgelerinde takip edilen gebe sayıları

Sağlık ocakları	Bölgede takip edilen gebe sayısı
1 No'lu	187
2 No'lu	154
3 No'lu	156
4 No'lu	136
5 No'lu	127
6 No'lu	25
7 No'lu	106
8 No'lu	261
9 No'lu	290
Toplam	1442

2.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, gebeliğinin 28-42 haftasında olan 905 gebe kadın oluşturmuştur. Araştırma kapsamına alınacak en az gebe sayısı Epi İnfo 2000 programı ile; populasyon hacmi: 500, beklenen sıklık: 0,50, worst acceptabele: 0,05, güven aralığı: %95 alınarak hesaplanmış ve 327 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada araştırma verilerinin toplanmasına ayrılan süre içinde gebeliğinin son trimesterinde olan gebelerin tamamına (n=905) ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak bu gebelerin 298'i çizelge 2.5.1'de belirtilen nedenlerden dolayı örneklem kapsamı dışında kalmış olup, araştırma 607 gebe ile tamamlanmıştır.

Çizelge 2.5.1 Görüşme yapılan ve yapılamayan gebelerin sağlık ocakları bölgelerine göre dağılımı

Sağlık ocağı no'su	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Toplam
Görüşülen gebe sayısı	83	68	62	65	69	8	58	65	129	607
Görüşmek istemeyen gebe sayısı	6	8	11	3	10		8	3	19	68
Ulaşılamayan gebe sayısı	9	5	9	2	4		4	2	9	44
Taşınan gebe sayısı	2	4	1	1	2		2	3	3	18
Doğum yapan gebe sayısı	7	5	7	3	8		5	9	28	72
Okur-yazar olan ve olmayan gebe sayısı	3	3	4	12		1	1	67	5	96
Toplam gebe sayısı	110	93	94	86	93	9	78	149	193	905

2.6. Araştırmaya Dâhil Etme ve Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Bu araştırmada, gebelik süresince yaşanan sağlık sorunlarının tamamını belirleyebilmek için gebeliğinin son trimestirinde olan tüm gebelerle görüşme yapılmıştır. Araştırma verilerinin bazıları kendini bildirim yöntemi ile toplandığından, araştırmaya ilkokul ve üstü eğitimi olanlar dâhil edilmiştir. Okur-yazar olan ve olmayan ve araştırmaya katılmayı reddeden kadınlar araştırmadan dışlanmıştır.

2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından tarafından geliştirilen anket formu (Ek 1), Risk Değerlendirme Formu (Ek 2), Beck Depresyon Envanteri (Ek 3) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 4) ile toplanmıştır.

2.7.1. Anket formu

Anket formunda gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyo-ekonomik durumu, medeni durumu), obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, kürtaj sayısı), gebeliğin planlanıp planlanmadığı, doğum öncesi bakım alma durumu gebelikten önce herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığı, ilaç kullanma, gebelerin yaşadıkları sağlık sorunları, yaşanan sağlık sorunları ile başa çıkmak için neler yaptıkları, gebelik

sırasında ilaç kullanma durumları, doğum öncesi izlemlerde yaşadıkları sağlık sorunları ile ilgili bilgi alıp almadığı, hangi bilgilerin alındığı ve bilgiyi kimlerden aldıkları, gebelikte hastaneye yatma durumu, gebelikten önce ve gebelik sırasında cinsel yönden herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumunu sorgulayan 30 soru bulunmaktadır (Ek 1).

2.7.2. Risk Değerlendirme Formu

Bu çalışmada yüksek riskli gebeleri saptamak için T.C Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen Risk Değerlendirme formu kullanılmıştır. Bu formda kadınların obstetrik öyküsü, mevcut gebelik ve genel tıbbi öyküsü ile ilgili riskli durumlar sorgulanmaktadır. Risk değerlendirme formundaki kriterlerden herhangi birine evet cevabı verilirse, gebenin yüksek riskli olduğu kabul edilmekte ve mutlaka kadın doğum uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna başvurması gerekmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Müdürlüğü 2009) (Ek 2).

2.7.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Araştırmada gebelerin depresyon düzeyini belirlemek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından 1979 yılında geliştirilen ve Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği, 1988 yılında Hisli tarafından yapılan Beck Depresyon Envanteri (Beck ve ark 1979, Hisli 1988) kullanılmıştır (Ek 3).

BDE depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtilerin şiddetini ölçmeyi hedefleyen, 21 maddelik, kendini bildirim ölçeğidir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Bu ölçeğin İngilizce ve Türkçe formları arasındaki korelasyon katsayıları 0,81 ve 0,73 (dil geçerliği), yarıya bölme güvenirliği 0,74 ve MMPI-D skalası ile ölçüt bağıntılı geçerliği 0,63 olarak hesaplanmıştır. BDE'nin 17 ve üstündeki puanlarının %90'dan daha fazla doğrulukla tedavi gerektirebilecek depresyonu ayırt edebildiği belirtilmektedir. Değerlendirmede her madde 0 ile 3 arasında puan alır ve her maddeden alınan puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür (Savaşır ve Şahin 1997). Bu ölçek daha önce gebelerle yapılan farklı çalışmalarda kullanılmıştır (Maloni ve ark. 2005, Sevindik 2005, Jesse ve Sawanson 2007, Şahsıvar 2007, Kamysheva ve ark 2009).

2.7.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey SF-36)

Bu araştırmada gebelerin yaşam kalitesini belirlemek için SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır (Ek 4). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware ve Sherbourne tarafından klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel populasyon incelemelerinde kullanılmak üzere 1989 yılında geliştirilmiştir. 36 ifade içeren ölçek, üç ana başlık (fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı) ve sekiz sağlık kavramını (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, emosyonel rol fonksiyon, mental sağlık, zindelik-yorgunluk, ağrı, genel sağlık) değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir (Ware ve Sherbourne 1992).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 1995 yılında Pınar (1995) tarafından diyabet hastaları, kardiyoloji hastaları ve böbrek hastalarını içeren kronik hastalıklarda geçerlik ve güvenirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Pınar'ın çalışmasında SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin test-retest değeri 0,94 ve iç tutarlılığında Cronbach Alfa değeri 0,91 olarak bildirilmiştir (Pınar 1995).

Ölçekte yer alan tüm ifadeler son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilir. Ölçekte son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde ("Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?") bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde bu madde dikkate alınmaz. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği her sağlık alanının puanı yükseldikçe; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Örneğin, ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu gösterecektir. Ölçek ile hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları, hem de evrensel olarak yaşam kalitesi değerlendirilebilir. Her bir alt boyutun puanı 0 ile 100 arasında değişir; evrensel puanı da 0 ile 100 arasındadır. Toplam puanda 0 en kötü sağlığı, 100 en iyi sağlık durumunu göstermektedir (Ware ve Sherbourne 1992, Pınar 1995). Bu ölçek gebelerle yapılan farklı çalışmalarda kullanılmıştır (Mckee ve ark 2001, Nansel ve ark 2004, Zhou ve ark 2006, Kahraman 2009).

2.8. Ön Uygulama

Anket formlarındaki soruların anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini geliştirmek amacıyla araştırma öncesi 8 No'lu sağlık ocağı hizmet bölgesinden 15 gebe ile yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda anket

formunda değişikliğe gerek olmadığı görülmüştür. Ön uygulama kapsamına alınan gebeler araştırma örneklemine dâhil edilmemiştir.

2.9. Verilerin Toplanması

Örnekleme alınan gebelerin adres bilgileri ev halkı tespit fişlerinden elde edilmiştir. Kayıtlardan alınan bu bilgilere göre gebeliğinin son trimestirinde olan kadınlar evlerinde ziyaret edilmiş, tanışılmış ve kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu ve risk değerlendirme formları doldurulmuştur. Anket ve risk değerlendirme formlarının doldurulması yaklaşık 15–30 dakika sürmüştür.

Anket formu ve risk değerlendirme formları doldurulduktan sonra Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin doldurulmasına ilişkin gebelere açıklama yapılmış ve öz bildirime dayalı olarak bu formları doldurmaları sağlanmıştır. BDE ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin doldurulması yaklaşık 15–30 dakika sürmüştür. BDE ve SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeklerini doldururken ölçek maddelerini anlamada güçlüğü olan kadınlara, araştırmacı tarafından ölçeğin her bir maddesi açıklanmış ve kadınların ölçek maddelerini anlayarak cevaplandırmaları sağlanmıştır.

Tüm veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 30–60 dakikada tamamlanmıştır. Veri toplama işlemi 21.11.2009- 02.05.2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Ayrıca araştırma sırasında yaşadıkları sağlık sorunları ile ilgili bilgi eksikliği olan gebelere danışmanlık verilmiş ve soruları yanıtlanmıştır. Toplam BDE puanı 17 ve üstünde olan gebeler de ileri tanı ve tedaviye yönlendirilmiştir. İlk ziyarette ulaşılamayan gebelere ikinci, ikinci ziyarette ulaşılamayanlara da üçüncü kez ziyaret yapılmıştır.

2.10.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler Adnan Menderes Üniversitesi'nde kullanılan istatistik paket programı Statistical Package for the Social Sciences Version 11,5 (SPSS Inc., IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yüzdelik, aritmetik ortalama±standart sapma ile gösterilmiştir. Tüm veriler için parametrik varsayımlar test edilmiş ve iki grubun verilerinin karşılaştırılmasında; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) ya da Mann Whitney U testi, ikiden çok grubun karşılaştırılmasında ise; Kruskall- Wallis veya

Anova varyans analizleri kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri arasındaki korelasyonda çoklu bağlantıyı (multicollinearity) saptamak için Pearson Correlation test (two-tailed) kullanıldı. Burns ve Grove (2001) 0, 65'ten büyük olan korelasyonun çoklu bağlantıyı gösterdiğini bildirmişlerdir. Bu çalışmada gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arasında yüksek korelasyon olduğu tespit edilmiştir (r=0,684). Bu nedenle bu değişkenlerden gebelik sayısının değişken olarak alınmasına karar verilmiştir. Gebelerin yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerin seçiminde stepwise metodu ile çoklu linear regresyon analizi kullanılmıştır. Bu analizde gebenin yaşı, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, medeni durumu, evlilik yılı, eşin eğitim düzeyi ve çalışma durumu, gebelik sayısı, planlanmamış gebelik öyküsü, gebelik haftası, gebelikten önce sağlık problemi bulunma, gebelikten önce ilaç kullanma durumu, sağlık sorunu ile ilgili bilgi alma, gebelik süresince hastaneye yatma, gebelikten önce cinsel sorunu olma, gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik, yüksek depresyon riskinde olma, risk değerlendirme formuna göre risk sayısından oluşan 21 tane bağımsız değişken modele alınmıştır. Modelin bağımlı değişkenini ise SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı oluşturmuştur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı bağımsız değişkeni ile oluşturulan modelden elde edilen hata terimi analizleri verilerin normallik, doğrusallık ve sabit varyans (homoscedasticity) varsayımların sağlandığını gösterdi. Ayrıca veriler arasında otokorelasyon olmadığı görüldü (Durbin-Watson=2,038). Durbin-Watson istatistik sonucunun 2 civarında olması otokorelasyon olmadığını göstermektedir (Akgül 2003). Bu modelde bir vakada uç değer olduğu belirlendi. Uç değer gösteren veriye ilişkin yapılan incelemede, bu değerin herhangi bir hataya bağlı olmadığı saptandı ve bu veri modelde kaldı. Tüm değerlendirmeler için yanılma düzeyi olarak 0,05 değeri seçilmiştir. Bu değere eşit ya da küçük p değerleri için istatistiksel olarak önemli (anlamlı) yorumu yapılmıştır.

2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, araştırmada kullanılan anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Bu nedenle anket formunda yer alan özellikle cinsellikle ilgili sorular bazı kadınlar tarafından mahremiyet olarak algılanmış ve mevcut durumlarını tam olarak yansıtmayan yanıtlar vermiş olabilirler. İkincisi Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçekleri kendini bildirim yöntemi ile doldurulmuştur. Bu nedenle sonuçları sağlık çalışanları tarafından gözlemlenen sonuçlardan farklı olabilir. Araştırma kesitsel olarak yapılmıştır, elde edilen veriler sadece araştırmanın

yapıldığı zaman için geçerlidir, zamana bağlı olarak değişebilir. Araştırmaya alınan bireyler randomize olarak belirlenmemiştir. Bu nedenle elde edilen bilgiler sadece örneklem grubunu temsil edebilir ve genellenemez.

2.12. Araştırmada Etik

Araştırmanın Aydın İl Merkezindeki tüm sağlık ocaklarında yapılabilmesi için Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 02.09.2009 tarihinde yazılı izin alınmıştır (Ek 5) Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 03.11.2009 tarihinde ön onay verilmiştir (Ek 6). Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu tarafından araştırma için 04.10.2010 tarihinde karar verilmiştir (Ek 7). Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, yazılı onamları alınmıştır (Ek 8 ve Ek 9).

3. BULGULAR

3.1. Kadınların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri

Çizelge 3.1.1 gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27,42±5,04 olarak bulunmuştur. Kadınların yaş grupları incelendiğinde %61,1'inin 20-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %31,7'sinin ilkokul, %15,2'sinin ortaokul, %30,0'ının lise ve %23,1'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Gebelerin %85,7'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %27,3'ünün çalıştığı, %62,7'sinin gelir düzeylerini orta olarak algıladıkları, %92,1'inin sosyal güvencesinin olduğu, %2,6'sının resmi nikâhının olmadığı görülmüştür (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.1. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=607)

Sosyal özellikler	n	%
Yaş		
19 ve altı	31	5,1
20–29	371	61,1
30 ve üzeri	205	33,8
Eğitim durumları		
İlkokul	193	31,7
Ortaokul	92	15,2
Lise	182	30,0
Üniversite	140	23,1
Aile Tipi		
Çekirdek aile	520	85,7
Geniş aile	87	14,3
Çalışma durumu		
Çalışan	166	27,3
Çalışmayan	441	72,7
Algılanan gelir düzeyi		
Düşük	177	29,2
Orta	381	62,7
Yüksek	49	8,1
Sosyal güvence		
Olan	559	92,1
Olmayan	48	7,9
Medeni durum		
Resmi nikâh var	591	97,4
Resmi nikâh yok	16	2,6

Çizelge 3.1.2'de gebelerin eşlerinin eğitimi, çalışma durumu ve evlilik süresine ilişkin verileri görülmektedir. Kadınların eşlerinin daha çok (%35,8) ilkokul mezunu oldukları ve %93,2'sinin çalıştıkları belirlenmiştir. Gebelerin evlilik süresi ortalaması 5,19±4,32 yıl olarak bulunmuştur. Gebelerin %64,7'sinin 5 yıl ve altı, %23,6'sının 6–10 yıl arasında, %8,4'ünün 11–15 yıl arasında ve %3,3'ünün 16 ve daha fazla süredir evli oldukları saptanmıştır.

Çizelge 3.1.2. Gebelerin eş ve evlilik ile ilgili verileri (n=607)

Eş-evlilik	n	%
Eşin eğitimi		
İlkokul*	217	35,8
Ortaokul	84	13,8
Lise	142	23,4
Üniversite*	164	27,0
Eşin çalışma durumu		
Çalışan	566	93,2
Çalışmayan	41	6,8
Evlilik süresi (yıl)		
5 yıl ve altı	393	64,7
6–10	143	23,6
11–15	51	8,4
16 ve üstü	20	3,3

*Okuryazar olan 3 eş ve okuryazar olmayan 7 eş ilkokul eğitimi almış olan gruba, lisansüstü eğitime sahip olan 23 eş üniversite grubuna dâhil edilmiştir.

Gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin veriler Çizelge 3.1.3'de verilmiştir. Araştırma kapsamındaki kadınların ortalama gebelik sayısı 2,03±1,19'dır. Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun (%42,1) ilk gebeliği olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %48,6'sının 1-3 yaşayan çocuğu olduğu bulunmaktadır. Gebelerin %11,2'si bir kez, %4'ü iki ve daha fazla sayıda düşük; %7,2'si bir ve %1,5'i iki kez kürtaj olduklarını bildirmişlerdir. Gebelerin %32,9'unun bir, %10,4'ünün iki, %2,6'sının üç ve %1,5'inin dört ve daha fazla canlı doğum yaptığı; %1,5'inin bir ve %0,3'ünün iki kez ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Gebelik aralığı 24 ay ve daha az olan gebe oranı %16,5 ve planlanmamış gebelik oranı %34,4 olarak bulunmuştur. Gebelerin, %56,6'sı gebeliklerinin 28-32, %35,7'si 33-37, %7,7'si, 38-41 haftasında olduklarını bildirmişlerdir.

Çizelge 3.1.3. Gebelerin obstetrik özellikleri (n=607)

Obstetrik özellikler	n	%
Gebelik sayısı		
1	256	42,1
2	180	29,7
3	109	18,0
4 ve üzeri	62	10,2
Yaşayan çocuk sayısı		
1–3	295	48,6
4 ve üzeri	6	1,0
Düşük sayısı		
1	68	11,2
2 ve üzeri	24	4,0
Canlı doğum sayısı		
1	200	32,9
2	63	10,4
3	16	2,6
4 ve üzeri	9	1,5
Ölü doğum sayısı		
1	9	1,5
2	2	0,3
Kürtaj sayısı		
1	44	7,2
2*	9	1,5
Gebelik aralığı		
24 ay ve daha az	100	16,5
25 ay ve üzeri	251	41,4
Planlanmış gebeliği		
Olan	398	65,6
Olmayan	209	34,4
Gebelik haftası		
28–32	343	56,6
33–37	217	35,7
38–41	47	7,7

*Kürtaj sayısı dört olan bir kişi bu gruba eklenmiştir.

Çizelge 3.1.4'de gebelerin prenatal bakım alma durumu incelenmiştir. Gebelerin tamamı prenatal bakım aldıklarını; %96,9'u 1-3. ayında, %3,1'i 4. aydan sonra doğum öncesi bakım almaya başladıklarını bildirmişlerdir. Gebelerin %2,6'sı sağlık çalışanlarının uygun gördüğü sıklıkta izleme katılamadıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 3.1.4. Gebelerin doğum öncesi bakım alma durumu (n=607)

Doğum öncesi bakım alma ile ilgili bilgiler	n	%
Doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı		
1–3 ay	588	96,9
4 ay ve üzeri	19	3,1
Yeterli sıklıkta doğum öncesi bakım alma		
Alan	591	97,4
Almayan	16	2,6

3.2. Gebelerin Gebelik Öncesi ve Gebelik Döneminde Sağlık Durumları

Gebelerin %32,6'sı gebelik öncesi dönemde sağlık sorunlarının olduğunu bildirmişlerdir. En sık görülen sağlık problemlerinin sırasıyla gastrointestinal sisteme ilişkin rahatsızlıklar (%7,2), varis (%7,2), guatr (%3,6) ve anemi (%3,6) olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %23,4'ünün gebelik öncesi dönemde ilaç kullandığı; en sık kullanılan ilaçların sırasıyla mineral grup (%5,8), oral kontraseptifler (%4), analjezikler (%3,3) ve tiroid hormon ilaçları (%3,1) olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.2.1).

Çizelge 3.2.1. Gebelerin gebelik öncesi dönemde sağlık durumları ve ilaç kullanma ile ilgili verileri (=607)

Sağlık durumu	n	%
Sağlık problemi		
Olan	198	32,6
Olmayan	409	67,4
Gebelik öncesi yaşanan ve halen devam eden sağlık problemleri (n=198)		
Varis, yüzeyel tromboflebit	44	7,2
Gastrointestinal sistem rahatsızlıkları (hemoroid, kabızlık, ülseratif kolit, ülser, gastrit, reflü)	44	7,2
Anemi, talasemi taşıyıcı	22	3,6
Guatr	22	3,6
Migren	15	2,5
Bel fıtığı, göbek fıtığı, boyun fıtığı	12	2,0
Üriner sistem enfeksiyonu, böbrek kisti, böbrek taşı	12	2,0
Astım, bronşit, sinüzit, farenjit	10	1,6
Kalp iletim bozukluğu, aort kapak anevrizması, çarpıntı, hipertansiyon, mitral kapak yetmezliği	8	1,3
Saç dökülmesi, sedef, egzama, vitiligo	6	1,0
Alerjik rinit, alerji	6	1,6
Major depresyon	5	0,8
Polikistik over, over kisti, bartolin kisti, rahim ağzında polip, myom, uterus didelfis	5	0,8
Bel ağrısı	3	0,5
Vajinal enfeksiyon	3	0,5
Hepatit B, Hepatit C taşıyıcısı	3	0,5
Romatizma	3	0,5
Kolestatik sendrom, safra kesesi taşı	3	0,5
Kolesterol yüksekliği, trigliserit yüksekliği	2	0,3
Epilepsi	2	0,3
Vertigo	1	0,2
Diabetes mellitus	1	0,2
Uykusuzluk	1	0,2
İlaç kullanımı		
Kullanan	142	23,4
Kullanmayan	465	76,6
Kullanılan ilaç grupları (n=142)		
Mineral grup ilaçlar (demir, folik asit, vitamin)	35	5,8
Oral kontraseptif	24	4,0
Analjezik	20	3,3
Tiroid hormon ilaçları (Levatiron, euthyrox, tefor)	19	3,1
Antibiyotik	14	2,3
Antidepresan	11	1,8
Antiastmatik	8	1,3
Antiülser (Lansor)	5	0,8
Antiagregan	4	0,7
Antipsoriatik (Psorkutan, m- furo)	3	0,5
Antialerjik	3	0,5
Dermatolojik ilaçlar (Dermovate, elidel krem, roaccutane)	2	0,3
Goserelin (Zoladex)	1	0,2
Fenobibrat (Lipanthyl)	1	0,2
Antihipertansif ilaç grubu	1	0,2
Oral antidiyabetik	1	0,2
Betahistin dihidroklorid	1	0,2
Antiepileptik	1	0,2
Kolşisin	1	0,2

Çizelge 3.2.2.'de kadınların gebelik döneminde yaşadıkları sağlık sorunları görülmektedir. Kadınların yaklaşık tamamı (%99,8) gebelikleri süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Gebelerin gebelikte sık karşılaşılan sağlık sorunlarından en fazla görülme sıklığına göre; sık idrara çıkma (%81,0), bulantı ve kusma (%66,1), mide yanması (%58,4), sırt ağrısı (%53,7), renksiz ve kokusuz vajinal akıntıda artma (%45,3), üriner sistem enfeksiyonu (%45,0), yorgunluk (%40,4), bacak krampları (%36,7), göğüslerde hassasiyet (%36,2), gastroözefageal reflü (%35,7), uyku sorunu (%34,4), vücutta çatlak /ciltte kaşıntı (%33,1), round ligament ağrısı (%29,7), baş ağrısı (%28,5), solunum sıkıntısı (%26,6), diş eti kanaması (%22,7), alt ekstremitede ödem (%15,2), iştahta değişiklikler (%13,9), burun tıkanıklığı (%13,7), kabızlık (%13,3), mide barsaklarda gaz (%12,0), burun kanaması (%10,5), bacaklarda varis (%8,7), hemoroid (%6,4), karpal tunel sendromu (%3,1), genital bölgede varis (%2,1), aşırı tükrük salgılanması (%1,0), gebelik maskesinin oluşması (%1,0), palmar eritem (%0,7), pika (%0,5) yaşadıkları saptanmıştır. Yine gebelerin diğer sağlık sorunlarından daha çok vajinal kanama (%15,3), vajinal enfeksiyon (%10,9) ve kasık ağrısı (%5,4) yaşadıkları bulunmuştur.

Çizelge 3.2.2. Gebelik süresince yaşanan sağlık sorunları (n=607)

Sağlık sorunu	n	%
Sağlık sorunu		
Olan	606	99,8
Olmayan	1	0,2
Gebelikte sık karşılaşılan sağlık sorunları (n=606)*		
Sık idrara çıkma	493	81,0
Bulantı- kusma	401	66,1
Mide yanması	355	58,4
Sırt ağrısı	326	53,7
Renksiz ve kokusuz vajinal akıntıda artma	275	45,3
Üriner sistem enfeksiyonu	273	45,0
Yorgunluk	245	40,4
Bacak krampları	223	36,7
Göğüslerde hassasiyet	220	36,2
Gastroözefageal reflü	217	35,7
Uyku sorunu	209	34,4
Vücutta çatlak /ciltte kaşıntı	201	33,1
Round ligament ağrısı	180	29,7
Baş ağrısı	173	28,5
Solunum sıkıntısı	183	26,6
Diş eti kanaması	138	22,7
Alt ekstremitede ödem	92	15,2
İştahta değişiklikler	84	13,9
Burun tıkanıklığı	83	13,7
Kabızlık	81	13,3
Burun kanaması	64	10,5
Bacaklarda varis	53	8,7
Hemoroid	39	6,4
Karpal tunel sendromu	19	3,1
Genital bölgede varis	13	2,1
Aşırı tükrük salgılanması	6	1,0
Gebelik maskesinin oluşması	6	1,0
Palmar eritem	4	0,7
Pika	3	0,5
Diğer sağlık sorunları (n=606)*		
Vajinal kanama	93	15,3
Vajinal enfeksiyon	66	10,9
Kasık ağrısı	33	5,4
Grip, farenjit, bronşit	24	4,0
GDM	18	3,0
Böbrek taşı	17	2,8
Diş ağrısı	12	2,0
Kalça ağrısı, kuyruk kemiği ağrısı	12	2,0
Kan şekeri yüksekliği	12	2,0
Bacaklarda ağrı	9	1,5

Çizelge 3.2.2. ***Devam*** Gebelik süresince yaşanan sağlık sorunları (n=606)

Gülerken hapşururken idrar kaçırma	4	0,7
Vücutta ödem	4	0,7
Hidronefroz	3	0,5
Trombosit düşüklüğü	3	0,5
Düşük tehditi	2	0,3
Bacaklarda uyuşma	2	0,3
Kolelithiazis	2	0,3
Çarpıntı	2	0,3
Myoma bağlı karın ağrısı	2	0,3
Kolda uyuşma	1	0,2
Pıhtılaşma faktörleri mutasyona uğramış	2	0,3
Boyun ağrısı	2	0,3
Kolesterol yüksekliği, trigliserit yüksek.	2	0,3
Kist dermoid sakral	1	0,2
Gıda zehirlenmesi	1	0,2
Sol böbrek fonksiyon kaybı	1	0,2
Göbek fıtığı	1	0,2
T.A yükselmesi	1	0,2
Karında kasılma	1	0,2
Toxoplazma	1	0,2
Tokluk kan şekeri düşmesi	1	0,2
Panik atak	1	0,2
Suyun gelmesi	2	0,3
Guatr	1	0,2
Topukta morarma	1	0,2

*Bazı gebeler, birden fazla sağlık sorunu yaşadığı için n'de katlanmalar olmuştur. Ancak yüzdeler toplam örneklem sayısı üzerinden alınmıştır.

Gebelerin %91,1'i sağlık sorunu ile ilgili bilgi aldıklarını bildirmişlerdir. Gebelerin sağlık sorunları ile ilgili aldıkları bilgiler incelendiğinde; beslenme şekli ve içeriği (%72,0), bazı rahatsızlıkların gebelikte normal olduğunu açıklama (%27,8), dinlenme (%22,4), ilaç kullanımı (%13,5), rahatsızlığına özel bilgi (%11,0), egzersiz (%4,9), hijyen önerileri (%4,1), cinsel ilişki yasağı (%2,1), aşılar (%0,7) konusunda bilgilendirildiklerini bildirmişlerdir. Gebelerin sağlık sorunu ile ilgili alınan bilgi kaynağının %67,1 ebe, %61,9 doktor ve %3,8 diğer (internet, TV, kitap, öğrenci ebe) olduğu saptanmıştır. Gebelerin sağlık sorunu ile baş etmek için beslenmelerine dikkat ettiği (%42,8), sağlık kurumuna başvurdukları (%40,4), hijyene dikkat ettikleri (%36,9); yürüyüş, ılık süt içme bacakları yüksekte tutma gibi farklı yöntemleri kullandıkları (%33,4) görülmüştür (Çizelge 3.2.3).

Gebelerin gebelik süresince ilaç kullanımı Çizelge 3.2.3'de incelenmiştir. Gebelerin tamamına yakınının (%99) gebelikleri süresince çok farklı türlerde ilaç kullandıkları gözlenmiştir. Bu ilaçların dağılımı Çizelgede 3.2.3'de verilmiştir.

Çizelge 3.2.3. Gebelerin gebelik döneminde sağlık sorunu ile ilgili uygulamalarının ve ilaç kullanımlarının dağılımı (n=607)

	n	%
Sağlık sorunu ile ilgili bilgi		
Alan	553	91,1
Almayan	54	8,9
Sağlık sorunu ile ilgili alınan bilginin içeriği * (n=553)		
Beslenme şekli ve içeriği	437	72,0
Bazı rahatsızlıkların gebelikte normal olduğunu açıklama	169	27,8
Dinlenme	136	22,4
İlaç kullanımı	82	13,5
Rahatsızlığına özel bilgi	67	11,0
Egzersiz	30	4,9
Hijyen önerileri	25	4,1
Cinsel ilişki	13	2,1
Aşılar	4	0,7
Sağlık sorunu ile ilgili alınan bilginin kaynağı * (n=553)		
Ebe	407	67,1
Doktor	376	61,9
Diğer (internet, TV, kitap, öğrenci ebe)	23	3,8
Sağlık sorunu ile başa çıkma için ne yapıldığı * (n=553)		
Sağlık kurumuna gitme	245	40,4
Beslenmeye dikkat etme	260	42,8
Dinlenmek, uyumak, yatak istirahati	226	37,2
Hijyene dikkat etme	224	36,9
Diğer (yürüyüş, ılık süt içme, bacakları yüksekte tutma gibi)	203	33,4
Hiçbir şey yapmama	25	4,1
İlaç kullanımı		
Kullanan	601	99,0
Kullanmayan	6	1,0
Kullanılan ilaç grupları* (n=601)		
Mineral grup (vitamin, demir, magnezyum, d vit, kalsiyum, folik asit, balıkyağı)	585	96,4
Antibiyotik	210	34,6
Antasit (rennie, gaviscon, lansor, talcid)	97	16,0
Progesteron (progestan, proloton, duphaston)	74	12,2
Antifungal (gynolomexan, trovocort, trosyd, diprospan)	61	10,0
Antiemetik	51	8,4
Analjezik	44	7,2
Antihipertansif (tensinor, alfamet nidilat, isoptin)	20	3,3
Tiroid hormon ilaçları (euthyrox, levotiron propycil, thyromazol)	15	2,5
Antitrombotik (coraspin clexan, clexan 0.4, aspirin)	12	2,0
Laksatif (bt enema, becunis, pursenid)	10	1,6
Antiastmatikler (Symbicort, Ventolin, Seretide, Miflonide)	5	0,8
Deri pomadı (phytolastil, bepanten, garmesten, fito krem)	4	0,7
Üst solununyolu enfeksiyonu ilaçları (perebron, asist, bricanyl, burun spreyi)	3	0,5
İnsülin	3	0,5
Antialerjik (advantan, zyrtec, otrivine)	2	0,3
Antidepresan (faverin)	2	0,3
Antiepileptik (tegretol)	1	0,2
Prepar,	1	0,2
Östrojen hormonu (estrofem)	1	0,2

*Bazı gebeler sağlık sorunları ile başa çıkmak için birden fazla yöntem kullandığı, birden fazla ilaç kullandığı, sağlık sorunları ile ilgili birden fazla bilgi aldığı ve bu bilgiyi birden çok kaynaktan aldığı için n'de katlanmalar olmuştur. Ancak yüzdelikler toplam örneklem sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Çizelge 3.2.4'de gebelerin sağlık sorunu nedeni ile ilgili hastaneye yatma durumu görülmektedir. Gebelerin daha çok sırası ile bulantı ve kusma (%5,4), vajinal kanama (%4,0) ve ağrı (%3,3) teşhisleri ile hastaneye başvurdukları görülmüştür. Gebelerin %14,8'inin sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattıkları; en fazla hiperemezis (%5,1), düşük tehditi (%5,0) ve erken doğum tehditi (%2,0) nedenleri ile hastaneye yattıkları saptanmıştır. Gebelerin %6,4'ünün bir gün, %3,1'inin iki gün, %2,5'inin üç gün, %2,8'inin dört ve daha fazla gün hastanede kaldıkları belirlenmiştir. Gebelerin %11,2'si 4-20. ve %3,6'sı 21-35. hafta arasında hastanede yattıklarını bildirmişlerdir.

Çizelge 3.2.4. Gebelerin sağlık sorunu nedeni ile ilgili hastaneye yatma durumu (n=607)

Hastaneye yatma ile ilgili bilgiler	n	%
Sağlık sorunu nedeni ile hastaneye		
Yatan	90	14,8
Yatmayan	517	85,2
Hastaneye başvurma nedeni (n=90)		
Bulantı ve kusma	33	5,4
Vajinal kanama	24	4,0
Ağrı	20	3,3
Anemi	3	0,5
Serviks yetmezliği	2	0,3
Üst solunum yolu enfeksiyonu	2	0,3
Suyun gelmesi	1	0,2
Kan uyuşmazlığı	1	0,2
Ateş	1	0,2
Tansiyon düşüklüğü	1	0,2
Vajinal enfeksiyon	1	0,2
Fetal hareket yokluğu	1	0,2
Hastaneye yatış teşhisi (n=90)		
Hiperemezis	31	5,1
Düşük tehditi	30	5,0
Erken doğum tehditi	12	2,0
Üriner sistem enfeksiyonu	7	1,1
Servikal serkilaj	2	0,3
Kan transfüzyonu	2	0,3
Üst solunum yolu enfeksiyonu	2	0,3
Tansiyon düşüklüğü	1	0,2
Anemi	1	0,2
Vajinal enfeksiyon	1	0,2
Anti-D enjeksiyonu	1	0,2
Hastanede kalma süresi (n=90)		
1 gün	39	6,4
2 gün	19	3,1
3 gün	15	2,5
4 ve üzeri	17	2,8
Gebelik haftası (n=90)		
4–20	68	11,2
21–35	22	3,6

*Yüzdeler toplam n üzerinden alınmıştır.

Çizelge 3.2.5 Gebelerin Beck Depresyon Envanteri skorlarına göre depresyon riski bulunma durumunu göstermektedir. Gebelerin %16,1'inin BDE toplam puan ortalamalarının 17 ve üstünde olduğu ve yüksek depresyon riski taşıdıkları saptanmıştır.

Çizelge 3.2.5. Gebelerin Beck Depresyon Envanteri skorlarına göre depresyon riski bulunma durumu (n=607)

	n	%
Yüksek depresyon riskinde		
Olan	98	16,1
Olmayan	509	83,9

Çizelge 3.2.6'da Gebelerin gebelik öncesi cinsel sorun bulunma ve gebelik süresince cinsel yaşamları ile ilgili değişiklik olma durumları incelenmiştir. Gebelerin %13,8'i gebelik öncesi dönemde cinsel sorunu olduğunu; %9,9'u cinsel isteksizlik, %6,8'i ağrı ve yanma yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Gebelerin %80,1'i gebelik döneminde cinsel yaşamlarında değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir. Gebelik süresince en sık görülen değişikliklerin %47,3 cinsel istekte ve cinsel ilişki sıklığında azalma, %11,0 bebeğe zarar geleceği korkusu ile daha az sayıda cinsel ilişki, %5,1 cinsel ilişki sırasında ağrı, %4,4 ilk üç ay doktorun cinsel ilişki yasağı olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.2.6).

Çizelge 3.2.6. Gebelerin gebelik öncesi cinsel sorun bulunma ve gebelik süresince cinsel yaşamları ile ilgili değişiklik olma (n=607)

Cinsel sağlık sorunu ile ilgili bilgiler	n	%
Gebelikten önce cinsel sorunu		
Olan	84	13,8
Olmayan	523	86,2
Gebelikten önce yaşanan cinsel sorunlar (n=101)*		
Cinsel isteksizlik	60	9,9
Ağrı, yanma	41	6,8
Gebelik süresince cinsel yaşam değişiklik (n=607)		
Olan	486	80,1
Olmayan	121	19,9
Gebelik süresince cinsel yaşamda oluşan değişiklikler (n=486)*		
Cinsel istekte ve cinsel ilişki sıklığında azalma	287	47,3
Cinsel ilişki sırasında ağrı	31	5,1
Bebeğe zarar geleceği korkusu ile daha az sayıda cinsel ilişki	67	11,0
Gebelik boyunca cinsel ilişkide bulunmama **	29	4,8
İlk 3 ay ve son 3 ay cinsel ilişkide bulunmama	4	0,7
Üçüncü trimesterde cinsel ilişkide bulunmama	20	3,3
Gebelikte günah olduğunu düşünceşi ile cinsel ilişkide bulunmama	6	1,0
İlk 3 ay doktor yasağı	27	4,4
İlk 3 ay son 3 ay doktor yasağı	8	1,3
Tüm gebelik boyunca doktor yasağı	27	4,4
Cinsel ilişki sırasında bacak ağrısı	2	0,3
Gebelik öncesine göre daha iyi	2	0,3

*Bazı gebeler, gebelikten önce ve gebelik süresince cinsel yaşamlarında birden fazla değişiklik yaşadıkları için n'de katlanmalar olmuştur. Ancak yüzdelikler toplam örneklem sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

**Eşi askerde olduğu için cinsel ilişkide bulunmayan bir kişi bu gruba eklenmiştir.

3.3. Gebelerin Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna Göre Yüksek Risk Durumları

Çizelge 3.4.1'de gebelerin Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna göre durumları incelendiğinde, (%84,8, n=515) en az bir risk faktörü bulunduğu saptanmıştır. Gebelerin %44,8'inin bir, %24,5'ının iki, %15,5'inin üç ve daha fazla sayıda risk faktörü bulunduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.3.1 Risk faktörünün sayısal dağılımı (n=607)

	n	%
Riski olmayan	92	15,2
1 adet riski bulunan	272	44,8
2 adet riski bulunan	149	24,5
3 ve daha fazla riski bulunan	94	15,5

Gebelerin en fazla taşıdıkları riskin anemi öyküsü (%69,2), vajinal kanama (%17,5) ve üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon (%14,7) olduğu görülmüştür (Çizelge 3.3.2).

Çizelge 3.3.2. Gebelerin Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna göre risk durumları (n=607)

Yüksek riskli gebelik	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Obstetrik öykü				
Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yeni doğan kaybı	9	1,5	598	98,5
3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü	5	0,8	602	99,2
Erken doğum öyküsü (22-37 hafta arası)	13	2,1	594	97,9
Anomalili bebek doğurma öyküsü	5	0,8	602	99,2
Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g	22	3,6	585	96,4
Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g	1	0,2	606	99,8
Son gebelik: Yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış	4	0,7	603	99,3
Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon?	90	14,9	518	85,3
Sezeryan	79	13	528	87,0
Over kistektomi	3	0,5	604	99,5
Laporoskopi	3	0,5	604	99,5
Servikal serkilaj	3	0,5	604	99,5
Servikal biyopsi	1	0,2	606	99,8
Dış gebelik	1	0,2	606	99,8
Mevcut gebelik				
Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik	9	1,5	598	98,5
18 yaşından genç	5	0,8	602	99,2
35 yaş ve üstü	45	7,4	562	92,6
Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu	48	7,9	559	92,1
Vajinal kanama	106	17,5	501	82,5
Pelvik kitle	0	0,0	607	100,0
Diastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olması	0	0,0	607	100,0
Anemi öyküsü	420	69,2	187	30,8
Genel tıbbi öyküsü				
İnsülin bağımlı diyabet hastası	1	0,2	606	99,8
Renal hastalık	1	0,2	606	99,8
Kardiyovasküler hastalık	3	0,5	604	99,5
Tiroid hastalığı	17	2,8	590	97,2
Talasemi taşıyıcılığı	8	1,3	599	98,7
Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı	54	8,9	553	91,1
Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum	20	3,3	587	96,7
Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum				
Astım	4	0,7	603	99,3
Migren	4	0,7	603	99,3
Orak hücreli anemi	4	0,7	603	99,3
Hepatit B ve C taşıyıcı	2	0,3	606	99,7
Romatizma	2	0,3	605	99,7
Belde kist	1	0,2	606	99,8
Guatr	1	0,2	606	99,8
Hemofili faktör 8 eksikliği	1	0,2	606	99,8
Alerji	1	0,2	606	99,8
Epilepsi	1	0,2	606	99,8
Bronşit	1	0,2	606	99,8
Ülseratif kolit	1	0,2	606	99,8
Bel fıtığı	1	0,2	606	99,8

[http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2A4F192C55D7367761] Erişim tarihi: 30.06.2009

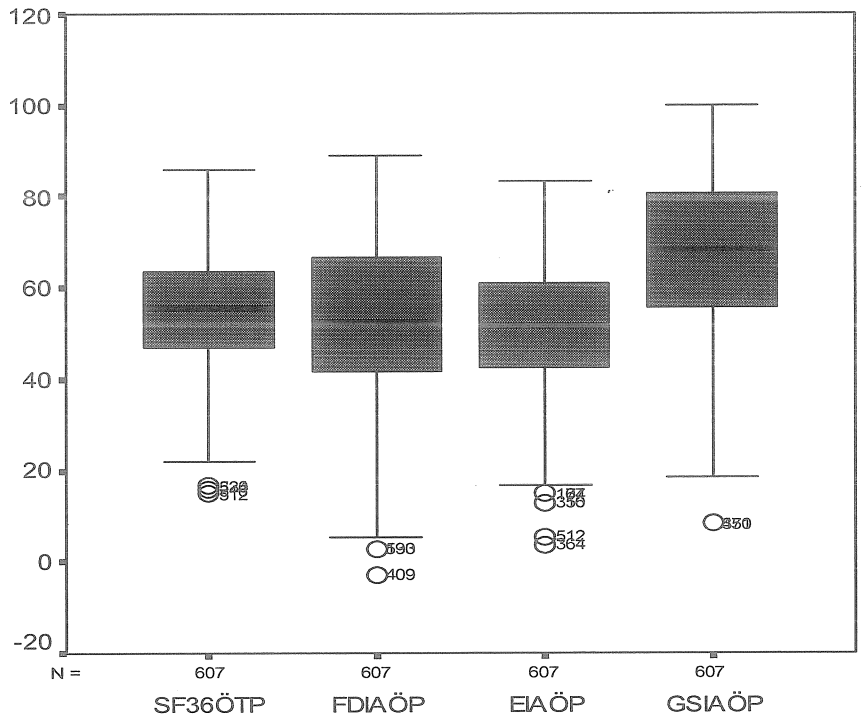
3.4. Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Ölçek puan ortalamalarının dağılımı Çizelge 3.4.1'de verilmiştir. Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının 54,71±12,94 olduğu ve normal dağılım özelliği gösterdiği belirlenmiştir (Grafik 1).

Çizelge 3.4.1. Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaşam kalitesi ölçek puanları (n=607)

Yaşam kalitesi bileşenleri	Ortalama	SD*	Aralık
SF-36 toplam ölçek puanı	54,71	12,94	14,91–85,96
Fonksiyonel duruma ilişkin alt ölçek puanı	52,95	17,70	-2,78–88,90
Esenliğe ilişkin alt ölçek puanı	50,48	13,93	3,70–83,33
Genel sağlığa ilişkin alt ölçek puanı	66,88	16,69	8,33–100,00

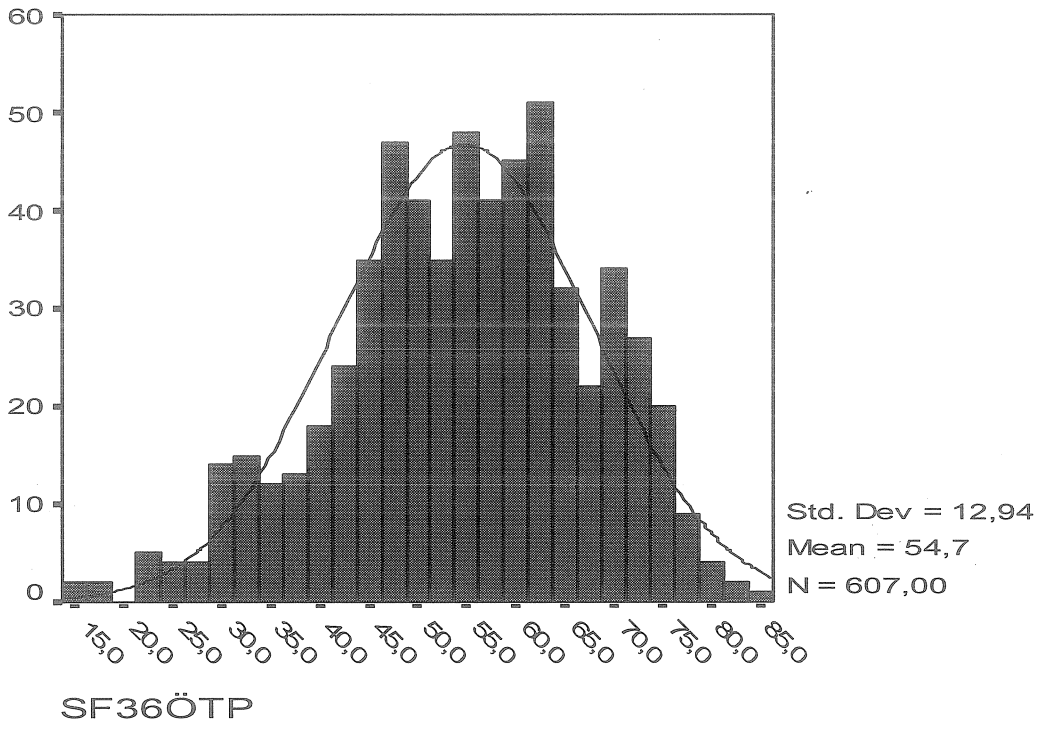
*SD: Standart sapma



Grafik 1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı

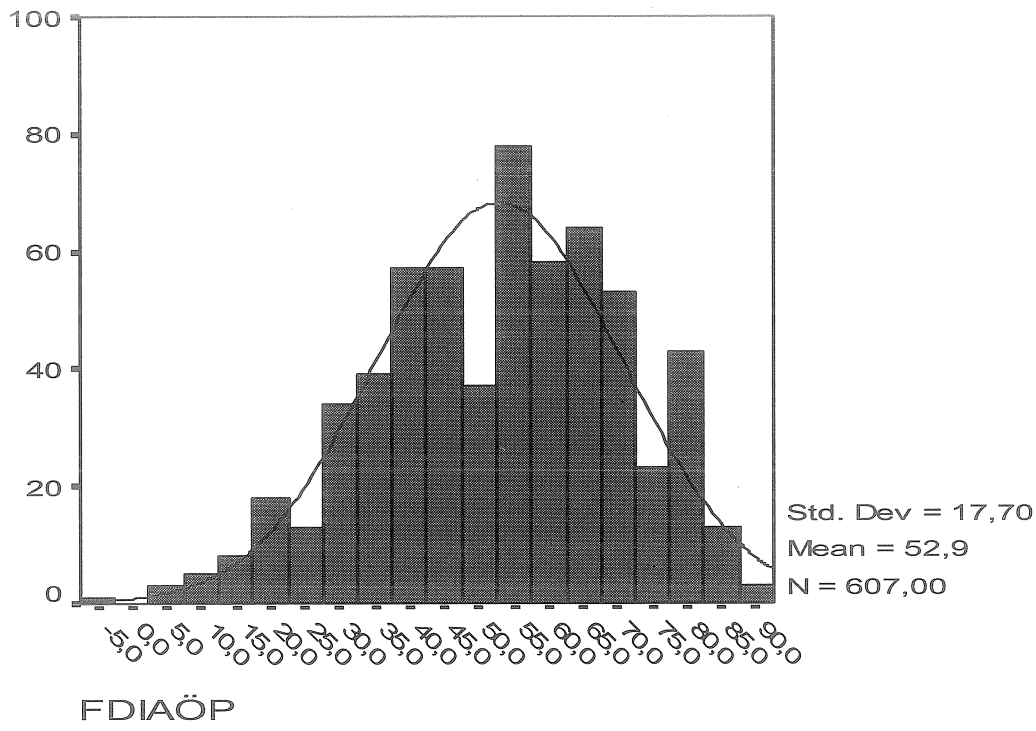
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Ölçekler ile ilgili kısaltmalar;

- SF36ÖTP: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı
- FDİAÖP: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fonksiyonel Duruma İlişkin Alt Ölçeği puanı
- EİAÖP: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Esenliğe İlişkin Alt Ölçeği puanı
- GSİAÖP: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Genel Sağlığa İlişkin Alt Ölçeği puanı

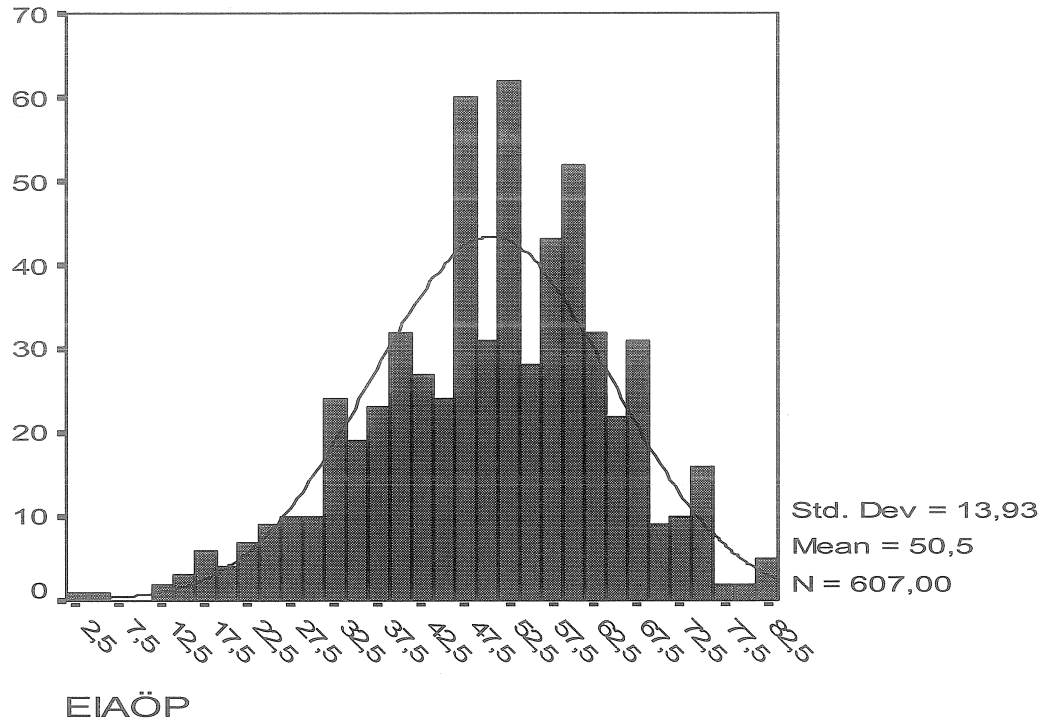


Grafik 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı

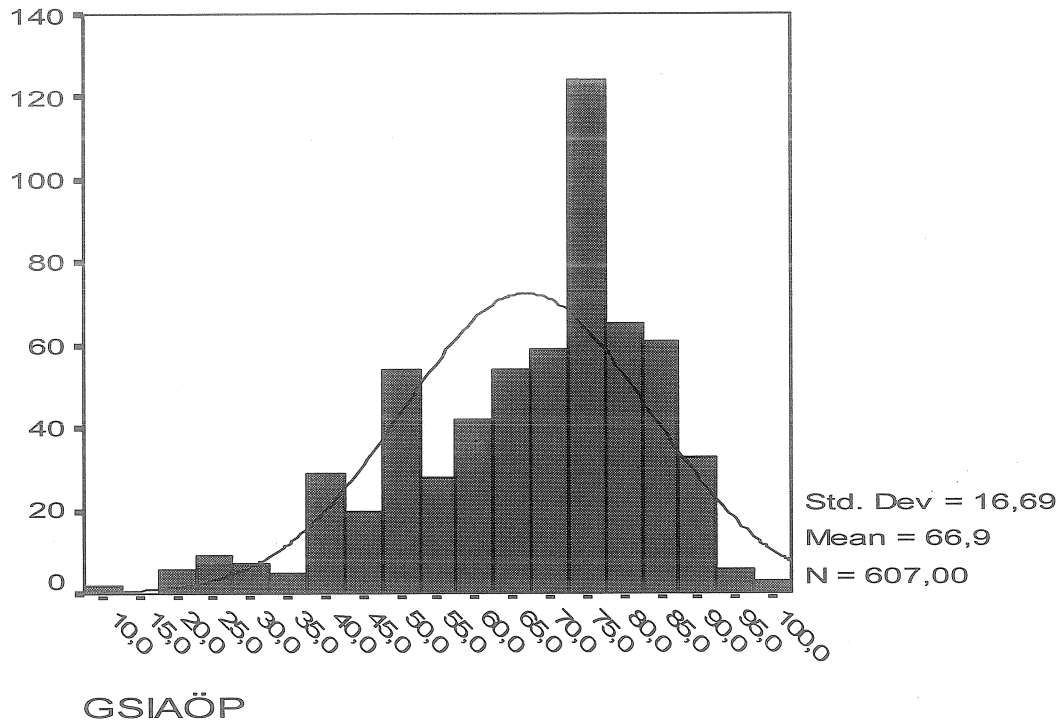
Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Duruma İlişkin alt ölçek puan ortalamasının 52,95±17,70 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.4.1, Grafik 3). Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Esenliğe İlişkin puan ortalamasının 50,48±13,93 olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.5.1, Grafik 4). Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlığa İlişkin puan ortalamasının 66,88±16,69 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.5.1, Grafik 5).



Grafik 3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fonksiyonel Duruma İlişkin Alt Ölçek puanı



Grafik 4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Esenliğe İlişkin Alt Ölçeği puanı



Grafik 5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini Genel Sağlığa İlişkin Alt Ölçek puanı

3.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Ölçek puanları arasındaki korelasyon değerleri Çizelge 3.5.1'de verilmiştir. SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ile Fonksiyonel Duruma İlişkin Alt Ölçek puanı arasındaki korelasyon r=0,828, Esenliğe İlişkin Alt Ölçek puan ortalaması arasındaki korelasyon r=0,876 ve Genel Sağlığa İlişkin Alt Ölçek puanı arasındaki korelasyon ise r=0,720 olarak bulunmuştur. Fonksiyonel Duruma İlişkin Alt Ölçek puanının Esenliğe ilişkin Alt ölçek puanı ile korelasyonu r=0,535 ve Fonksiyonel Duruma İlişkin Alt Ölçek puanının Genel Sağlığa İlişkin Alt Ölçek puanları arasındaki korelasyon r=0,454 olarak bulunmuştur. Esenliğe ilişkin Alt Ölçek puanları ile Genel Sağlığa İlişkin Alt Ölçek puanları arasındaki korelasyon r=0,496 olarak belirlenmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi toplam ölçek puanı ile alt ölçek puanları arasındaki korelasyonların yüksek bulunması nedeniyle karşılaştırmalar sadece toplam ölçek puanı ile yapılmıştır.

Çizelge 3.5.1. SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar (n=607)

	1	2	3	4
(1) Sf- 36 yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı	–			
(2) Fonksiyonel durum	0,828*	–		
(3) Esenlik	0,876*	0,535*	–	
(4) Genel sağlık	0,720*	0,454*	0,496*	–

*P<0,000

3.6. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyodemografik özelliklere ilişkin verilerinin SF-36 toplam puan ortalamaları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA), t-testi, Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.6.1'de verilmiştir. Yaş grupları 19 ve altı, 20-29 ve 30 ve üzeri olanlara göre yapılan incelemede gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($F(2,604)=0,449$, $p>0,05$). Gebelerin ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeylerine göre gruplar arası farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($F(3,603)=1,902$, $p>0,05$).

Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları üzerinde aile tipinin etkisi incelendiğinde çekirdek ailede yaşayan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (54,64±13,11; n=520) geniş ailede yaşayan kadınlara (55,08±11,93; n=87) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($t=0,610$, $p>0,05$). Araştırmada çalışmayan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (51,93±11,78; n=441) çalışan gebelere (55,76±13,50; n=166) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($t=0,205$, $p>0,05$) (Çizelge 3.6.1).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları üzerinde gebelerin algıladıkları gelir düzeylerinin etkileri incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F(2,604)=7,439$, $p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan etkilendiğini belirlemek için yapılan çoklu karşılaştırma test sonucu (Tukey HSD) bu farkın gelir düzeyini düşük olarak algılayan grup ile orta ve yüksek olarak algılayan gruplardan kaynaklandığını göstermiştir (Çizelge 3.6.1).

Sosyal güvencesi olan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının ($54,95\pm13,02$; $n=559$) sosyal güvencesi olmayan gebelere ($51,93\pm11,78$; $n=48$) göre daha yüksek olduğu, ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($t=0,297$, $p>0,05$). Yine resmi nikahı olan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının ($54,86\pm12,92$; $n=591$) resmi nikahı olmayan gebelere ($49,30\pm13,14$; $n=16$) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($U=3373,00$, $p\leq0,05$) (Çizelge 3.6.1).

Çizelge 3.6.1. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları (n=607)

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F	t	KW	U	p
Yaş							
19 ve altı	31 (5,1)	56,51 (12,04)	0,449				
20–29	371 (61,1)	54,82 (12,90)					0,639
30 ve üzeri	205 (33,8)	54,24 (13,18)					
Eğitim durumları							
İlkokul	193 (31,7)	54,00 (12,66)					
Ortaokul	92 (15,2)	55,93 (12,57)	1,902				0,128
Lise	182 (30,0)	53,48 (13,58)					
Üniversite	140 (23,1)	56,48 (12,59)					
Aile Tipi							
Çekirdek aile	520 (85,7)	54,65 (13,11)		0,210			0,772
Geniş aile	87 (14,3)	55,08 (11,93)					
Çalışma durumu							
Çalışan	166 (27,3)	55,76 (13,50)		0,205			0,218
Çalışmayan	441 (72,7)	54,31 (12,72)					
Algılanan gelir düzeyi							
Düşük	177 (29,2)	51,77 (13,12)	7,439				0,001
Orta	381 (62,7)	55,63 (12,64)					
Yüksek	49 (8,1)	58,18 (12,96)					
Sosyal güvence							
Olan	559 (92,1)	54,95 (13,02)		1,550			0,122
Olmayan	48 (7,9)	51,93 (11,78)					
Medeni durum							
Resmi nikâh var	591 (97,4)	54,86 (12,92)				3373,00	0,050
Resmi nikâh yok	16 (2,6)	49,30 (13,14)					

F: varyans analizi (ANOVA), t: t testi, KW: Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U

Araştırma kapsamına alınan gebelerin obstetrik özelliklere ilişkin verilerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları üzerindeki etkileri t-testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.6.2'de verilmiştir. Bir kez gebe kalan, iki kez gebe kalan, üç kez gebe kalan, dört ve daha fazla gebe kalan gebeler arasında yapılan incelemede gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (KW=6,873, p>0,05).

Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları üzerinde yaşayan çocuk sayısının etkilerine bakıldığında, yaşayan çocuk sayısı bir ile üç arası olan gebelerin toplam ölçek puan ortalamasının (53,61±13,02; n=295) yaşayan çocuk sayısı dört ve daha fazla

olan gebelere (46,73±12,81; n=6) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamsız olduğu görülmüştür (U=579,00, p>0,05). Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları üzerinde bir kez düşük yapan gebelerin (54,06±13,38, n=68) iki ve daha fazla düşüğü olan gebelere (59,74±12,63; n=24) göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (U=587,00, p<0,05). Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları üzerinde canlı doğum sayısının etkilerine bakıldığında; ise bir kez, iki kez ve üç ve daha fazla canlı doğum yapmış kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmüştür (KW=2,459, p>0,05) (Çizelge 3.6.2).

Gebelik aralığı 24 ay ve daha az olanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (53,39±16,5; n=100) gebelik aralığı 25 ay ve daha fazla olan gebelere göre (53,73±12,97; n=251) istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (t=-0,218, p>0,05). Planlanmış gebeliği olan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (55,56±12,62; n=398) planlanmamış gebeliği olan gebelere (53,09±13,42; n=209) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (t=0,734, p<0,05). Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları üzerinde gebelik haftasının etkileri incelendiğinde ise gebelik haftası 28-32, 33-37, 38-41 hafta olan gebeler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmüştür (KW=4,803, p>0,05) (Çizelge 3.6.2).

Çizelge 3.6.2. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları (n=607)

Obstetrik özellikler	Sayı (%)	Ortalama(SD)	t	KW	U	p
Gebelik sayısı						
1	256 (42,1)	56,19 (12,62)				
2	180 (29,7)	54,14 (13,04)		6,873		0,076
3	109 (18,0)	53,82 (13,15)				
4 ve üzeri	62 (10,2)	51,83 (12,94)				
Yaşayan çocuk sayısı						
1–3						
4 ve üzeri	295 (48,6)	53,61 (13,02)			579,00	0,147
	6 (1,0)	46,73 (12,81)				
Düşük sayısı						
1	68 (11,2)	54,06 (13,58)			587,00	0,042
2 ve üzeri	24 (4,0)	59,74 (12,63)				
Canlı doğum sayısı						
1	200 (32,9)	54,25 (12,78)				
2	63 (10,4)	51,86 (14,29)		2,459		0,292
3 ve üzeri	25 (4,1)	51,79 (9,50)				
Gebelik aralığı						
24 ay ve daha az	100 (16,5)	53,39 (13,41)	-0,218			0,828
25 ay ve üzeri	251(41,4)	53,73 (12,98)				
Planlanmış gebeliği						
Olan	398 (65,6)	55,56 (12,62)				
Olmayan	209 (34,4)	53,10 (13,42)	2,233			0,026
Gebelik haftası						
28–32	343 (56,6)	55,72 (12,60)				
33–37	217 (35,7)	53,24 (13,40)		4,803		0,091
38–41	47 (7,7)	54,10 (12,87)				

t: t testi, KW: Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U

3.7. Gebelerin Eş ve Evlilik ile ilgili Verilerine Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eş ve evlilik ile ilgili verilerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA) ve Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.7.1'de verilmiştir. Gebelerin eşlerinin ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitim düzeylerine göre yapılan incelemede gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($F=(3,603)=1,142$, $p>0,05$). Gebelerin eşlerinin çalışma durumuna göre yapılan incelemede eşi çalışan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (54,79±12,84;

n=566) eşi çalışmayanlara (53,62±14,46; n=41) göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (U=11174,00, p>0,05). Evlilik süresi beş yıl ve altı, altı ile on yıl arası, 11-15 yıl ve 16 ve daha fazla olan gruplara göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarında yapılan incelemede gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (KW=4,169, p>0,05).

Çizelge 3.7.1. Gebelerin eş ve evlilik ile ilgili verilerine göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları (n=607)

Eş-evlilik	Sayı (%)	Ortalama(SD)	F	KW	U	p
Eşin eğitimi						
İlkokul	217 (35,6)	54,49 (12,75)				
Ortaokul	84 (13,8)	54,74 (12,66)	1,142			0,332
Lise	142 (23,4)	53,41 (13,51)				
Üniversite	164 (27,0)	56,11 (12,82)				
Eşin çalışma durumu						
Çalışan	566 (93,2)	54,79 (12,84)			11174,00	0,692
Çalışmayan	41(6,8)	53,62 (14,46)				
Evlilik süresi (yıl)						
5 yıl ve altı	393 (64,7)	55,54 (13,09)				
6–10	143 (23,6)	53,30 (12,75)		4,169		0,124
11–15	51 (8,4)	52,89 (12,12)				
16– ve üstü	20 (3,3)	53,11(12,94)				

F: varyans analizi (ANOVA), KW: Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U

3.8. Gebelerin Gebelik Öncesi ve Gebelik Döneminde Sağlık Durumlarına Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

Araştırma örneklemine alınan gebelerin doğum öncesi bakım alma durumlarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı üzerindeki etkileri t-testi ve Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.8.1'de verilmiştir. Doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı bir ile üç ay arası olan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (54,77±12,96; n=588) dört ay ve daha fazla olan gebelere (52,86±12,70; n=19) göre istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır (U=4812,50, p>0,05). Yine yeterli sıklıkta bakım alan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamasının (54,74±13,00; n=591), almayanlara (53,41±10,75) göre daha yüksek olduğu, ancak yapılan istatistiksel analizde bu farkın anlamsız olduğu görülmüştür (U=4204,50, p>0,05).

Çizelge 3.8.1'de gebelik öncesi sağlık problemi olan gebelerin SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (52,97±14,04, n=198) sağlık problemi olmayanlara (55,55±12,30, n=409) göre daha düşük olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür (U=36273,50; p<0,05). Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı üzerinde ilaç kullanma durumunun etkileri analiz edildiğinde ise ilaç kullanan gebelerin puan ortalamalarının (52,78±13,83; n=142) kullanmayanlara (55,30±12,61; n=465) göre daha düşük olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmüştür (U=29639,50, p>0,05) (Çizelge 3.8.1).

Örneklem kapsamına alınan gebelerin gebelik döneminde sağlık durumları ve ilaç kullanımının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması üzerindeki etkileri incelendiğinde; gebelik döneminde ilaç kullanan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (99,0±54,73; n=601) ilaç kullanmayanlara (1,0±52,95; n=6) göre benzer özellikte olduğu görülmüştür. Yine sağlık sorunu ile ilgili bilgi alan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (54,74±12,91; n=553) bilgi almayan gebelere (54,38±13,42; n=54) benzer olduğu görülmüştür (t=0,194, p>0,05) (Çizelge 3.8.1).

Sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (46,70±13,28, n=90) hastaneye yatmayanlara (56,10±12,38, n=517) göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t=-6,583, p<0,05) (Çizelge 3.8.1). Bu araştırmada hastanede 1-2 gün kalan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamasının (48,13±13,70; n=58) üç ve daha fazla kalanlara (44,11±12,27; n=32) göre daha yüksek olduğu ve ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (U=295,50, p>0,05). Yine hastaneye yatırılan, gebelik haftası 4-20 olan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (47,26±13,46; n=68) gebelik haftası 21-35 olanlara (44,97±12,85; n=22) göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın da istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (U=0,668,50, p>0,05) (Çizelge 3.8.1).

Çizelge 3.8.1. Gebelerin gebelik öncesi ve süresince doğum öncesi bakım alma ve sağlık durumlarına göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları (n=607)

	Sayı (%)	Ortalama (SD)	t	U	p
Gebelik öncesi dönem					
Doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı					
1–3 ay	588 (96,9)	54,77 (12,96)		4812,50	0,304
4 ay ve üzeri	19 (3,1)	52,86 (12,70)			
Yeterli sıklıkta doğum öncesi bakım alma					
Alan	591 (97,4)	54,74 (13,00)		4204,50	0,449
Almayan	16 (2,6)	53,41 (10,75)			
Sağlık problemi					
Olan	198 (32,6)	52,97 (14,04)		36273,50	0,037
Olmayan	409 (67,4)	55,55 (12,30)			
İlaç kullanımı					
Kullanan	142 (23,4)	52,78 (13,83)		29639,50	0,065
Kullanmayan	465 (76,6)	55,30 (12,61)			
Gebelik dönemi					
İlaç kullanımı					
Kullanan	601(99,01)	99,0 (54,73)		1698,00	0,806
Kullanmayan	6 (0,99)	1,0 (52,95)			
Sağlık sorunu ile ilgili bilgi					
Alan	553 (91,1)	54,74 (12,91)	0,194		0,846
Almayan	54 (8,9)	54,38 (13,42)			
Sağlık sorunu nedeni ile hastaneye					
Yatan	90 (14,8)	46,70 (13,28)	-6,583		0,000
Yatmayan	517 (85,2)	56,10 (12,38)			
Hastanede kalma süresi					
1- 2 gün	58 (9,6)	48,13 (13,70)			
3 ve daha üzeri	32 (5,3)	44,11 (12,27)		295,50	0,214
Gebelik haftası					
4–20	68 (11,2)	47,26 (13,46)		668,50	0,455
21–35	22 (3,6)	44,97 (12,85)			

Araştırmada gebelikten önce cinsel sorunu olan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (47,57±13,63, n=84) olmayanlara (55,86±12,47, n=523) göre daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t=-5,581, $p<0,05$). Gebelik süresince cinsel yaşamında değişiklik yaşayan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (53,89±13,09; n=486) da olmayanlara (57,98±11,83, n=121) göre daha düşük olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t=-3,133, $p<0,05$) (Çizelge 3.8.2).

Çizelge 3.8.2. Gebelerin gebelik öncesi ve süresince cinsel yaşamları ile ilgili sorunlarına göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları (n=607)

Cinsel sağlık sorunu ile ilgili bilgiler	Sayı (%)	Ortalama (SD)	t	p	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
Gebelikten önce cinsel sorunu						
Olan	84 (13,8)	47,57 (13,63)	-5,581	0,000	-11,20	-5,37
Olmayan	523 (86,2)	55,86 (12,47)				
Gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik						
Olan	486 (80,1)	53,89 (13,09)	-3,133	0,002	-6,65	-1,53
Olmayan	121 (19,9)	57,98 (11,83)				

3.9. Gebelerin Yüksek Depresyon Riskinde Bulunma Durumuna Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

Örnekleme alınan gebelerin Beck Depresyon Envanterine göre depresyon riskinde olma durumunun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları üzerindeki etkileri t-testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.9.1'de verilmiştir. Depresyon riski olan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının (41,02±12,81; n=98) bulunmayanlara (57,34±11,20; n=509) göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t=-11,779, p<0,05).

Çizelge 3.9.1. Gebelerin yüksek depresyon riskinde bulunma durumuna göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları (n=607)

	Sayı (%)	Ortalama (SD)	t	p	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
Yüksek depresyon riski						
Olan	98 (16,1)	41,02(12,81)	-11,779	0,000	-19,06	-13,58
Olmayan	509 (83,9)	57,34(11,20)				

3.10. Gebelerin Yüksek Risk Altında Bulunma Durumuna Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları üzerinde gebelerin risk değerlendirme formuna göre yüksek risk durumları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F(3,603)=12,622, p<0,05). Yapılan çoklu

karşılaştırma test sonucu (Tukey HSD) bu farkın, riski bulunmayan ile iki adet riski bulunan ve üç ve daha fazla riski bulunan gruplar arasındaki farktan ve bir adet riski bulunanlar ile iki adet riski bulunan ve üç ve daha fazla riski bulunan gruplardan kaynaklandığını göstermiştir.

Çizelge 3.10.1. Gebelerin risk faktörünün sayısal dağılımına göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları (n=607)

	Sayı (%)	Ortalama (SD)	F	p	%95 güven aralığı	
					Alt	Üst
Riski olmayan	92 (15,2)	59,13 (11,17)			56,82	61,44
1 adet riski bulunan	272 (44,8)	56,27 (12,66)			54,76	57,78
2 adet riski bulunan	149 (24,5)	52,62 (13,12)	12,622	0,000	50,49	54,74
3 ve daha fazla riski bulunan	94 (15,5)	49,17 (12,85)			46,54	51,81

3.11. Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile İlgili Regresyon Analizi Sonuçları

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek toplam puanı bağımlı değişkeni ile oluşturulan modelden elde edilen hata terimi analizleri verilerin normallik, doğrusallık ve sabit varyans (homoscedasticity) varsayımlarının sağlandığını gösterdi. Ayrıca veriler arasında otokorelasyon olmadığı görüldü (Durbin-Watson=2,038). Bu modelde bir vakada uç değer olduğu belirlenmiş olup; uç değer gösteren veriye ilişkin yapılan incelemede, bu değerin herhangi bir hataya bağlı olmadığı saptandı ve bu veri modelde kaldı.

Gebelerin yaşam kalitesini etkileyen değişkenleri belirlemede kullanılan stepwise çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü (tanımlayıcılık oranını) artıran beş tane değişken olduğunu gösterdi (Çizelge 3.11.1). Bunlar modelin gücüne en fazla katkıda bulunma sırasına göre; yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, Risk Değerlendirme Formuna göre risk sayısı, gebelikten önce cinsel sorunu olma, gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama idi. Bu model gebelerin yaşam kalitesi varyansının %32,0'ını açıklamıştır.

Bu çalışmada gebelikte yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, Risk Değerlendirme Formuna göre risk sayısı, gebelikten önce cinsel sorunu olma, gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik olma ile gebelerin yaşam kaliteleri arasında negatif ilişkinin olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.12.1).

Çizelge 3.11.1. Gebelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler (n=607)

Faktörler	Beta	Std. hata	t	%95 güven aralığı		Toplam R^2
				Alt	Üst	
(Constant)	63,988	1,127	56,795*	61,776	66,201	
Yüksek depresyon riskinde olma	-14,232	1,202	-11,837*	-16,593	-11,871	0,216
Gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma†	-7,380	1,230	-5,999*	-9,797	-4,964	0,265
Risk değerlendirme formuna göre risk sayısı	-2,026	0,416	-4,872*	-2,842	-1,209	0,297
Gebelikten önce cinsel sorunu olma†	-5,558	1,278	-4,350*	-8,067	-3,049	0,317
Gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik olma†	-2,704	1,096	-2,467*	-4,856	-0,551	0,324

*P<0,05

† Dummy kodlama: evet=1, hayır=0

4. TARTIŞMA

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının 27,42±5,04 ve çoğunun (%61,1) 20–29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Edirne'de yapılan bir araştırmada da gebelerin yaş ortalaması 26,87±4,82 olarak bildirilmiştir (Kılıçarslan 2008). Malatya'da yapılan bir başka çalışmada da gebelerin yaş ortalamasının 28,42±5,313 olduğu rapor edilmiştir (Aladağ 2008). Erzurum'da yapılan çalışmada ise gebelerin yaş ortalaması 27,83±5,5 olarak ifade edilmiştir (Nazik 2005). Bu sonuçlar bu çalışmada gebelerin yaş ortalamasının ideal doğum yapma yaş aralığında (20–30 yaş) ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile benzer özellikte olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 kentsel bölge sonuçlarına benzer şekilde daha çok ilkokul mezunu olduğu (%31,7) bulunmuştur (Yiğit ve ark 2009). Kentsel bölgelerde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Kaya 2006, Kahraman 2009, Sunal ve Demiryay 2009, Güven 2010).

Araştırmada yer alan gebelerin çoğunun (%72,7) ev hanımı oldukları belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde Türkiye'nin batısında yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Kaya ve Serin 2008, Kılıçarslan 2008, Gürkan 2009). Bu sonuçlar kadınların büyük çoğunluğunun gelir getiren bir işte çalışmadığını ve bu durumunda ailede gelir ve refah düzeyinin azalmasına neden olabileceğini gösterebilir.

Bu çalışmada gebelerin büyük bir bölümü gelir düzeylerini orta (%62,7) olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Bu konuda Altıparmak (2006) ve Yazıcı ve Demirsoy (2009)'un yaptıkları araştırmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Gelir düzeyinin düşük olması doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmayı, yeterli ve dengeli beslenmeyi olumsuz etkileyebilir. Gebelerin daha çok gelir düzeylerini orta olarak ifade etmeleri temel gereksinimlerinin karşılandığını göstermesi bakımından önemlidir.

Bu araştırmada gebelerin büyük bir bölümünün (%85,7) çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır. Ülkemizin batısında yapılan diğer çalışmalarda da gebelerin büyük bir bölümünün çekirdek ailede yaşadığı (%80,2-%85,0) bildirilmiştir (Altıparmak 2006, Sunal ve Demiryay 2009).

Bu araştırmada gebelerin tamamına yakınının (%92,1) sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda ise kadınların benzer oranda (%86,4-%92,3) sosyal güvencesinin olduğu bildirilmektedir (Kaya ve Serin 2008, Kısacık ve Gölbaşı 2009). Gebelerin sosyal güvencesinin olması, sağlık kurumlarından ve doğum öncesi bakım hizmetlerinden kolaylıkla yararlanmalarını ve dolayısı ile anne ve bebek mortalite ve morbidite oranlarının azalmasını sağlayabilir.

Yine bu çalışmada gebelerin büyük bir bölümünün resmi nikâhının (%97,4) olduğu belirlenmiştir. Şahsıvar (2007)'ın Konya'da yaptığı çalışmada, gebelerin bu çalışma sonuçlarından daha düşük oranda (%94,8) resmi nikâhının bulunduğu bildirilmiştir. Dülgerler ve arkadaşları (2005)'nın İzmir'de yaptığı araştırmada da yine gebelerin daha düşük oranda (%94,7) resmi nikâhlı oldukları belirtilmiştir. Kurki ve arkadaşlarının (2000) Helsinki'de yaptığı araştırmada ise gebelerin %61,3'ünün resmi nikâhının bulunduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar ülkemizde resmi nikah ile evliliğin yüksek olmasını göstermesi bakımından önemlidir. Resmi nikâhın varlığı gebenin eşine ait sosyal güvence imkânlarından yararlanmaları bakımından önemlidir.

Bu çalışmada araştırmaya alınan gebelerin çok az bir kısmı (%10,2) dört ve daha fazla gebeliği olduğunu ifade etmişlerdir. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan diğer çalışmalarda ise gebelerin daha yüksek oranda (%14,5-%16,5) dört ve daha fazla gebeliği olduğu bildirilmiştir (Records ve Rice 2007, Yazıcı ve Demirsoy 2009). Bu sonuçlar gebelerin önemli bir bölümünün anne ve bebek morbidite ve mortalitesi açısından "çok sayıda doğum" yüksek risk altında olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin %48,6'sının 1-3, %1,0'ının dört ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğu olduğu bulunmuştur. Mersin'de yapılan bir araştırmada ise gebelerin %49,4'ünün 1-3 ve %17,0'ının dört ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğu olduğu bildirilmiştir (Kaya 2006).

Bu araştırmada gebelerin %11,2'si bir kez, %4,0'ı iki ve daha fazla sayıda düşük yaptığı bulunmuştur. Bu araştırmadan farklı olarak TNSA 2008'de düşük oranı %10,5 olarak bildirilmiştir (Tezcan ve ark 2009). Mersin'de yapılan bir çalışmada ise gebelerin %27,2'sinin bir kez, %11,1'inin iki ve daha fazla sayıda düşük yaptığı rapor edilmiştir (Kaya 2006). Bu araştırmada düşük yapma oranının diğer araştırma sonuçlarına göre daha düşük olması Aydın il merkezi kentsel bölgede doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma oranının yüksek olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada gebelerin %32,9'unun bir, %10,4'ünün iki, %2,6'sının üç ve %1,5'inin dört ve daha fazla sayıda canlı doğum yaptığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, benzer şekilde gebelerin %53,1'inin bir kez, %34,4'ünün iki kez ve %9,4'ünün üç kez, %3,1'inin dört ve daha fazla canlı doğum yaptığı bildirilmiştir (Turan ve ark 2008). Paritenin dörtten fazla olması halinde annenin organizması, gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere uyum sağlamakta güçlük çekebileceği, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde ağır kanama riskinde artış olabileceği ve bunun da yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünülmektedir (Taşkın 2007).

Bu araştırmada gebelerin %1,5'inin bir kez, %0,3'ünün iki ve daha fazla sayıda ölü doğum yaptıkları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde gebelerin %2,5'inin bir, %1,2'sinin iki ve daha fazla ölü doğum yaptığı bildirilmiştir (Kaya 2006).

Bu çalışmada gebelerin %8,7'sinin en az bir kez kürtaj olduğu bulunmuştur. TNSA 2008'de kürtaj oranı %10,0 olarak bildirilmiştir (Tezcan ve ark 2009). Hollanda'da yapılan başka bir çalışmada da gebelerin %13,6'sının kürtaj olduğu belirtilmiştir (Valk ve ark 2006). Kuzey Karolina'da yapılan bir çalışmada ise gebelerin %26,4'ünün önceki gebeliklerinde kürtaj olduğu bildirilmiştir (Yang ve ark 2004). Bu sonuçlardaki farklılığın ülkelerde dini inanışların ve yasaların izin verdiği sürelerdeki değişimden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kısa doğum aralıkları, anne ve çocuk için yüksek ölüm riski taşımaktadır. Bu araştırmada gebelerin %16,5'unun gebelik aralığı 24 ay ve daha az olduğu saptanmıştır. Afyon'da yapılan bir çalışmada da kadınların %23,3'ünün gebelik aralığı 24 ay ve daha az olduğu bildirilmiştir (Kanber 2008). Erzurum'da yapılan bir çalışmada ise gebelerin %82,5'inin gebelik aralığının 24 ay ve daha az olduğu rapor edilmiştir (Nazik 2005). Bu sonuçların farklı olması araştırma yapılan bölgelerin değişik sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklere sahip olmasından ve aile planlaması yöntem kullanma durumlarının farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada gebelerin %34,4'ünün planlanmamış gebeliğinin olduğu bulunmuştur. Sakarya'da yapılan bir çalışmada ise daha düşük oranda gebelerin %20,7'ünün planlanmamış gebeliği olduğu bildirilmiştir (Sözeri ve ark 2006). TNSA 2008'de de planlanmamış gebelik oranı %29 olarak bildirilmiştir (Eryurt ve ark 2009). Elde edilen sonuçlar araştırmada yeralan gebelerin büyük çoğunluğunun (%42,2) ilk gebeliği olması ve kadınlara evlilik öncesi ve aile

planlaması hizmetleri danışmanlığında gebeliğin planlaması ile ilgili yeterli düzeyde eğitim verilmemesi ile ilgili olabilir.

Bu araştırmada gebelerin tamamının doğum öncesi bakım aldığı ancak gebelerin %3,1'inin geç dönemde (dördüncü ay ve daha sonra) doğum öncesi bakım almaya başladıkları ve çağrı yapılan her kontrole gidemedikleri görülmüştür. Kaya ve Serin (2008)'de Çanakkale'de yaptıkları çalışmada gebelerin tamamının doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlandıklarını bildirmişlerdir. Benzer şekilde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'de de kentsel bölgede doğum öncesi bakım alan kadınların oranı %94,7 olarak bildirilmiştir (Ergöçmen ve ark 2009). Doğum öncesi bakım için ilk ziyaret, gebeliğin ilk üç ayında yapılmalıdır. Araştırmamızda doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma oranının yüksek olması, gebelerin tamamının Aydın il merkezi kentsel bölgede yaşamasının yanında bu bölgede ebelerin çok iyi izlem yapmaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada gebelerin tamamına yakınının (%97,4) yeterli sıklıkta doğum öncesi bakım aldığı saptanmıştır. TNSA 2008'de kadınların yaklaşık dörtte üçünün, dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım aldıkları bildirilmiştir (Ergöçmen ve ark 2009). Denizli'de yapılan bir çalışmada, gebelerin yaklaşık dörtte üçünün (%77,1) yeterli sıklıkta doğum öncesi bakım aldığı bildirilmiştir (Turan ve ark 2008). Malatya'da yapılan bir çalışmada ise gebelerin daha düşük oranda (%48,0) doğum öncesi bakım aldıkları ifade edilmiştir (Çetin ve ark 2005). Bu sonuçlara göre Aydın il merkezi kentsel bölgede doğum öncesi bakım hizmetlerinin yüksek düzeyde olduğu ve ebelerin verdiği doğum öncesi bakım hizmetlerinin etkili ve yeterli ile ilgili olduğu söylenebilir.

4.2. Gebelerin Gebelik Öncesi ve Gebelikteki Sağlık Durumlarının İncelenmesi

Bu araştırmada gebelik öncesinde gebelerin önemli bir bölümünün (%32,6) sağlık sorunu olduğu ve en sık görülen sağlık problemlerinin; gastrointestinal sisteme ilişkin rahatsızlıklar, varis ve yüzeyel tromboflebit, anemi, guatr olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada gebelik öncesinde gebelerin %23,8'inin sağlık sorunu bulunduğu ve bu sağlık problemlerinin; anemi, astım, depresyon ve diğer kronik hastalıklar olduğu bildirilmiştir (Haas 2004). Bu sonuçlar kadınların önemli bir bölümünün gebelik öncesi dönemde sağlık probleminin bulunduğunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre maternal ve fetal komplikasyonların azaltılabilmesi için doğum öncesi bakım hizmetlerinin gebelik öncesi dönemde başlatılması gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada gebelik öncesinde gebelerin yaklaşık beşte birinin (%23,4) ilaç kullandığı ve en sık kullanılan ilaçların; mineral grup (%5,8), oral kontraseptifler (%4), analjezikler (%3,3) ve tiroid hormon ilaçları (%3,1) olduğu bulunmuştur. Gebelik oluşmadan önce mevcut hastalıkların yanında kullanılan ilaçların da kontrol altına alınması ve gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada gebelerin gebelik döneminde yaklaşık tamamının herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştıkları ve bu sorunların en fazla görülme sıklığına göre; gebelikte sık karşılaşılan sağlık sorunlarından sık idrara çıkma, bulantı ve kusma, mide yanması, sırt ağrısı, renksiz ve kokusuz vajinal akıntıda artma, üriner sistem enfeksiyonu, yorgunluk, bacak krampları, göğüslerde hassasiyet, gastroözefageal reflü, uyku sorunu, vücutta çatlak /ciltte kaşıntı, round ligament ağrısı, baş ağrısı, solunum sıkıntısı, diş eti kanaması, alt ekstremitede ödem, iştahta değişiklikler, burun tıkanıklığı, kabızlık, mide barsaklarda gaz, burun kanaması, bacaklarda varis, hemoroid, karpal tunel sendromu, genital bölgede varis, aşırı tükrük salgılanması, gebelik maskesinin oluşması, palmar eritem, pika oldu+ğu gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da gebelerin en fazla görülme sıklığına göre; sık idrara çıkma, yorgunluk, bulantı ve kusma, bel ağrısı, baş ağrısı, bacak krampları, iştahta artma, iştahta azalma, kabızlık, diş ağrısı ve uyuma güçlüğü yaşadıkları rapor edilmiştir (Sunal ve Demiryay 2009). Bir başka çalışmada ise gebelerin en fazla görülme sıklığına göre; yorgunluk, sık idrara çıkma, bulantı ve kusma, baş ağrısı, vajinal akıntıda artma, mide barsaklarda gaz, kabızlık, iştahta artma, uykusuzluk, solunum sıkıntısı, sırt ağrısı, mide yanması yaşadıkları bildirilmiştir (Kamysheva ve ark 2009). Bu sonuçlarının farklı olmasının nedeni, araştırmalara dâhil edilen gebelerin gebelik haftalarının, bireysel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada gebelerin gebelik döneminde %91,1'i, sağlık sorunu ile ilgili bilgi aldıklarını ve bu bilgilerin; beslenme şekli ve içeriği (%72,0), bazı rahatsızlıkların gebelikte normal olduğu (%27,8), dinlenme (%22,4), ilaç kullanımı (%13,5), rahatsızlığına özel bilgi (%11,0), egzersiz (%4,9), hijyen önerileri (%4,1), cinsel ilişki yasağı (%2,1), aşılar (%0,7) ile ilgili olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan bir çalışmada gebelerin dengeli beslenme (%75,5), genital bölge temizliği ve enfeksiyon (%31,4), egzersiz-yürüyüş yapmanın gerekliliği (%66,7), kullanması gereken ilaçlar (%93,1), düşük tehditi ve cinsel ilişki yasağı (%45,1) ile ilgili bilgi aldıkları bildirilmiştir (Işık 2010). Bu konuda yapılan bir diğer çalışmada gebelerin daha çok gebelikte beslenme (%92,4), gebelikte sık görülen rahatsızlıklar

(% 91,4), alkol, sigara ve ilaç kullanımı (% 87,9) ile ilgili bilgi aldıkları ifade edilmiştir (Kaya ve Serin 2008). Bu sonuçlara göre gebelerin büyük bir bölümünün sağlık çalışanları tarafından bilgilendirildiği, gebelerin bu bilgileri kullanması ile fetal ve maternal komplikasyon oluşma riskinini azaltabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada gebeler sağlık sorunları ile ilgili bilgileri daha çok ebe (%67,1) ve doktordan (%61,9) edinmişlerdir. Bir diğer çalışmada gebelerin, gebelikle ilgili bilgileri sağlık çalışanlarından (%57,7) aile büyüklerinden, (%37,4) arkadaşlarından (%27,7) edindikleri rapor edilmiştir (Sözeri ve ark 2006). Bu sonuç gebelerin daha çok ebe ve doktor olmak üzere sağlık çalışanlarından bilgi aldıklarını, gebelerin sağlık çalışanları ile rahat iletişim kurabildiklerini ve daha doğru bilgiye ulaşabildiklerini göstermesi bakımından önemlidir.

Bu araştırmada gebelerin tamamına yakınının (%99) gebelikleri süresince çok farklı türlerde ilaç kullandıkları gözlenmiştir. Gebelerin en sık kullandıkları ilaçların; mineral grup (%96,4), antibiyotik (%34,6) antasit (%16,0) ve antitrombotik (%12,2) olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada gebelik sırasında en sık kullanılan ilaçların vitamin (%71,6), demir preperatları (%61,0) ve bulantı giderici ilaçlar (%10,6) olduğu ifade edilmiştir (Sözeri ve ark 2006). Bu sonuçlar gebelerin doktor kontrolünde ve bebeğin büyüme gelişmesi açısından önemli olan ilaçların kullanıldığını göstermesi bakımından önemlidir.

Bu çalışmada gebelerin sağlık sorunu ile baş etmek için beslenmelerine dikkat ettiği (%42,8), sağlık kurumuna başvurdukları (%40,4), hijyene dikkat ettikleri (%36,9), yürüyüş, ılık süt içme, bacakları yüksekte tutma gibi farklı yöntemleri kullandıkları (%33,4) görülmüştür. Bu sonuç gebelerin sağlık sorunu ile baş etmek için daha çok sağlık kurumuna başvurarak ve uygun davranış sergileyerek olumlu bir yaklaşım da bulunduklarını göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin %14,8'inin sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattıkları bunlardan on üç tanesinin iki kez, beş tanesinin üç kez, bir tanesinin dört kez ve bir tanesinin beş kez hastanede yattığı belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada da gebelerin %8,7'i bir veya daha fazla sayıda hastaneye yattıkları rapor edilmiştir (Gazmararian ve ark 2002). Yapılan bir başka çalışmada ise gebelerin hastaneye yatma oranı %8,9 olarak bildirilmiştir. Bu sonuçlar Aydın ili kentsel bölgede gebelerin hastaneye yatma oranının, diğer çalışma sonuçlarından daha fazla olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Bu çalışmada gebelerin en fazla hastaneye yatma nedenlerinin bulantı ve kusma (%5,1), düşük tehditi (%5,0), erken doğum tehditi (%2,0) olduğu saptanmıştır. Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada gebelerin preterm eylem (%24,4), hiperemezis (%9,3), böbrek hastalıkları (%6,2), erken membran rüptürü (%6,1) tanısı alarak hastaneye yattıkları bildirilmiştir (Gazmararian ve ark 2002). Bir diğer çalışmada ise gebelerin en sık hastaneye yatış nedenleri preterm eylem (%29), bulantı ve kusma (%11,4), genito-üriner enfeksiyonlar (%9,7), hipertansiyon (%6,2), kanama (%5,6), enfeksiyon (%2,3) olarak bildirilmiştir (Bacak ve ark 2005). Bu sonuçlar gebelerin gebelikle ilgili ya da sistemik hastalıklar ile ilgili çok sayıda nedenle hastaneye yattıklarını göstermektedir. Bu çalışmaya katılan gebelerin hastaneye yatma nedenlerinin çok sayıda olması, gebelik haftalarının ve bireysel özelliklerinin farklı olması ile ilgili olabilir.

4.3. Gebelerin Beck Depresyon Envanteri Ölçek Puanına Göre Yüksek Depresyon Riskinde Bulunma Durumlarının İncelenmesi

Bu araştırmada gebelerin bir bölümünün (%16,1) Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamalarının 17 ve üstünde olduğu ve yüksek depresyon riski taşıdıkları saptanmıştır. Daha önce yapılan araştırmalarda ise gebelerin daha yüksek oranda (%30-%27,9-%33) depresyon riski taşıdığı ifade edilmiştir (Kurki ve ark 2000, Karaçam ve Ançel 2007, Jesse ve Swanson 2007). Bu sonuç örneklem gruplarının farklı özellikleri ile ilgili olabilir. Depresyon riskinde olan gebelerin erken saptanması, sevk ve tedavilerinin sağlanması ile postpartum dönemde gelişebilecek ruhsal problemlerin azaltılmasına katkı oluşturulabilir.

4.4. Gebelerin Gebelik Öncesi ve Süresince Cinsel Yaşamlarının İncelenmesi

Bu çalışmada gebelerin %13,8'i gebelik öncesi dönemde cinsel sorunu olduğunu, en çok görülme sıklığına göre; cinsel isteksizlik (%9,9), ağrı ve yanma (%6,8) yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu konu ile ilgili Gürkan (2007)'ın yaptığı çalışmada, kadınların gebelik öncesi dönemde daha yüksek oranda cinsel isteksizlik (%26,6), cinsel ilişki sırasında ağrı ve vajinal kuruluk (%21,1) yaşadığını ifade ettikleri bildirilmiştir. Bu sorunların erken tespiti ve tedavisi ile kadınların cinsel sorunları azaltılabilir ve yaşam kalitesi geliştirilebilir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin büyük bir bölümü (%80,1) gebelik döneminde cinsel yaşamlarında değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir. Gebelik döneminde cinsel yaşamda en sık görülen değişikliklerin; cinsel istekte ve cinsel ilişki sıklığında azalma (%47,3), bebeğe zarar geleceği korkusu ile daha az sayıda cinsel ilişkide bulunma (%11,0), cinsel ilişki

sırasında ağrı (%5,1), gebelik boyunca cinsel ilişkide bulunmama (%4,8) olduğu görülmüştür. Tayland'da yapılan bir çalışmada ise gebelerin cinsel yaşamla ilgili sorunlarının bebeğe zarar geleceği korkusu (%47,0) ve son dört haftada hiç cinsel ilişkide bulunmama (%19,0) olduğu ifade edilmiştir (Kerdarunsuksri ve Manusirivithaya 2010). Nijerya'da yapılan çalışmada da gebelerin, bebeğe zarar geleceği korkusu (%12,0), cinsel isteksizlik (%10,0) nedeniyle cinsel ilişki sıklığını azalttıkları bildirilmiştir (Orji ve ark 2002). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise gebelerin %6,9'unun bebeğe zarar geleceği korkusu, %16,9'unun gebelik sırasında hiç cinsel ilişkide bulunmama durumlarının olduğu belirtilmiştir (Gürkan 2007). Bu sonuçlar gebelerin büyük bir bölümünün cinsel yaşamları ile ilgili sorun yaşadıkları ve bu sorunların çok sayıda çeşitlilikte olduğunu göstermektedir.

4.5. Gebelerin Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna Göre Yüksek Risk Durumlarının İncelenmesi

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna göre durumları incelendiğinde, gebelerin %84,8'inin en az bir risk faktörü taşıdığı saptanmıştır. Ayrıca gebelerin %44,8'i bir, %24,5'i iki, %15,5'i üç ve daha fazla sayıda risk faktörüne sahip oldukları da belirlenmiştir. Gebelerin en fazla taşıdıkları riskin anemi öyküsü (%69,2), vajinal kanama (%17,5) ve üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon (%14,7) ve bu operasyonlardan sezeryen (%13) olduğu görülmüştür. Kaya (2006)'nın yaptığı araştırmada da gebelerin yaklaşık yarısında (%49,4) anemi öyküsü olduğu bildirilmiştir. Yang ve arkadaşları (2004) ise gebelerin %24,4'ünün vajinal kanamalarının olduğunu bildirmişlerdir. Diğer çalışmalarda da gebeliklerin %37,0-%40,7'sinin sezeryan ile sonuçlandığı rapor edilmiştir (Ergöçmen ve ark 2009, Haider ve ark 2009). Bu sonuçlar gebelerin önemli bir bölümünün yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Yüksek risk faktörlerinin erken tespiti ve uygun bakım ve tedavisinin sağlanması ile gebelerin sorunları azaltılabilir ve yaşam kalitesi geliştirilebilir.

4.6. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre S-F 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Bu çalışmada yaş grupları 19 ve altı, 20-29 ve 30 ve üzeri olanlara göre yapılan incelemede SF-36 Yaşam Kalitesi toplam ölçek puan ortalaması üzerinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçlarından farklı

olarak Kahraman (2009) ise çalışmasında adölesan gebeğin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir.

Bu çalışmada gebelerin eğitim seviyesinin SF-36 Yaşam Kalitesi toplam ölçek puan ortalaması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırmadan farklı olarak Kılıçarslan (2008) eşin eğitim seviyesinin gebelerin yaşam kalitesini etkilediğini bildirmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin aile tipinin, çalışma durumlarının ve sosyal güvencelerinin bulunması SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer olarak Hueston ve Miller (1998) de gebelerin çalışma durumunun yaşam kalitesini etkilemediğini bildirmişlerdir. Çekirdek ailede yaşayan gebelerin daha az kişinin sorumluluklarını yüklenmiş olması, kişisel bakımına daha fazla zaman ayırabilmesini sağlar ve dolayısı ile yaşam kalitesine olumlu etkisi olabilir.

Bu araştırma sonuçları gelir düzeyi yüksek olan gebelerin orta ve düşük olanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Yüksek gelire sahip olma gereksinimlerinin yeterince karşılanmasını sağlayarak, gebelik döneminde yaşam kalitelerini olumlu etkileyebilir. Benzer bir araştırmada da gebelik döneminde ev ve yiyecek için yetersiz paraya sahip olmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Haas ve ark 2004). Bu bilgilerin aksine bir başka çalışmada da gelir düzeyinin düşük olmasının yaşam kalitesini etkilemediği ifade edilmiştir (Hueston ve Miller 1998).

Bu çalışma sonuçlarına göre resmi nikâhı olmayan gebelerin olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuç resmi nikâhı olmayan gebelerin evliliklerinin, kişisel ve toplumsal kabulünün yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve eşe ait sosyal güvenceden yararlanamadıklarını düşündürmektedir.

Bu çalışmada gebelerin eşlerinin eğitim düzeylerinin, çalışma durumlarının ve evlilik sürelerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç eşin sosyo-demografik özelliklerinin gebelerin yaşam kalitesini etkilemediğini göstermesi bakımından önemlidir.

Bu çalışma sonuçlarına göre gebelerin gebelik, yaşayan çocuk ve canlı doğum sayıları ve gebelik aralığı SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç araştırmaya katılan gebelerin büyük bir bölümünün yaşayan çocuk sayılarının az olması ile ilişkili olabilir. Ayrıca bu çalışmada bir kez düşük yapan gebelerin iki ve daha fazla düşüğü olan gebelere göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre düşük sayısının artmasının gebelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir. Bu durum gebenin tekrar düşük yapacağına ilişkin korku yaşaması ile ilgili olabilir.

Bu çalışmada planlanmamış gebeliği olan gebelerin diğerlerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç planlanmamış gebeliklerde, gebeliğin kabulünün, bireysel bakımın ve doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmanın olumsuz etkilenmesi ve gebelik süresince fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkların daha fazla olması ile ilgili olabilir.

Arştırmaya katılan gebelerin gebelik haftalarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Hueston ve Miller (1998)'in yaptığı çalışmada son trimestirde olan gebelerin, birinci ve ikinci trimestirde olanlara göre daha düşük yaşam kalitesi ölçek puanına sahip oldukları bildirilmiştir. Bu çalışmada gebelik haftasının yaşam kalitesini etkilememesinin nedeni gebelerin tamamının üçüncü trimestirde olmaları ile ilgili olabilir.

4.7. Gebelerin Gebelik Öncesi ve Gebelik Döneminde Sağlık Durumlarına Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Toplam Ölçek Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Bu çalışmada gebelerin doğum öncesi bakım almaya başlama zamanının ve bakım alma sıklığının SF-36 Yaşam Kalitesi toplam puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç ülkemizde doğum öncesi bakım hizmetlerinin daha çok izlemden oluştuğu ve gebelerin bireysel sorunlarına yönelik eğitim, danışmanlık ve çözüm önerilerine yönelmediği ile ilgili olabilir.

Bu araştırmada gebelerin gebelik öncesi dönemde sağlık problemi olmayanların olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek SF–36 Yaşam Kalitesi

toplam ölçek puanına sahip oldukları saptanmıştır. Bu sonuç kadınların gebelik öncesi sağlık sorunlarının gebelikte de devam edebileceği ile açıklanabilir.

Bu çalışmada örneklem kapsamına alınan gebelerin gebelik döneminde sağlık durumlarının ve ilaç kullanımlarının SF-36 Yaşam kalitesi toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Lacesse ve arkadaşları (2008) ise gebeliğin birinci trimestirinde yaşanan bulantı ve kusmanın yaşam kalitesini etkilediğini bildirmişlerdir. Yine sağlık sorunu ile ilgili bilgi alan gebelerin SF-36 Yaşam kalitesi toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar kullanılan ilaçların vitamin ve mineral gibi ilaçlar olması ve bilgilerin sınırlı kapsamda verilmesi ile açıklanabilir.

Bu çalışma sonuçları gebelik süresince hastaneye yatmayan gebelerin yatanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ancak gebelerin hastanede kalma süresi ve gebelik haftalarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Hastanede yatan gebeler evinden, ailesinden, çalışma hayatından uzakta kalmakta ve alışık olduğu günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememektedirler. Bu durumun sonucunda gebelerin yaşam kaliteleri olumsuz etkilenebilir.

Bu çalışmada gebelikten önce cinsel sorunu olmayan gebelerin olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Yine bu çalışmada gebelik süresince cinsel yaşamında değişiklik olmayan gebelerin olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanına sahip oldukları da belirlenmiştir. Maslow (1954)'un temel insan gereksinimlerinin hiyerarşik olarak verildiği piramitte cinsellik en temel fizyolojik gereksinimlerden biridir (Maslow 1954). Bu sonuç gebelerin en temel gereksinim olarak cinsellikle ilgili sorun yaşamasının yaşam kalitesini etkilediğini göstermesi bakımından önemlidir.

4.8. Gebelerin Yüksek Depresyon Riskinde Bulunma Durumuna Göre SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Bu çalışmada Beck Depresyon Envanterine göre yüksek depresyon riskinde olan gebelerin olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanına sahip oldukları bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda da

gebelerin Beck Depresyon ölçeği skorlarının yüksek olmasının, yaşam kalitesini düzeyini düşürdüğü bildirilmiştir (Mckee ve ark 2001, Kılıçarslan 2008). Elde edilen sonuçlar gebelikte yüksek depresyon riskinde olmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Gebelikte depresyon riskinde olan kadınların belirlenmesi, ileri tanı ve tedavi için sevk edilmesi, tedavi ve bakımının sağlanması ile gebelerin yaşam kalitesinin gelişimine katkı oluşturulabilir.

4.9. Gebelerin Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna Göre Yüksek Risk Durumları ile SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Bu araştırmada risk değerlendirme formuna göre yüksek riski olmayan gebelerin olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanına sahip oldukları saptanmıştır. Gebelerde yüksek risk oluştuğunda, doğum öncesi bakım sıklığı artmakta, evde veya hastanede yatak istirahatine alınmaktadır. Bunun sonucunda sosyal ilişkilerinde ve aile üyelerinin rollerinde, sosyoekonomik düzeyde değişiklikler gelişmektedir. Gebelik boyunca oluşan bu fizyolojik değişiklikler ve sağlık sorunları gebelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş olabilir.

4.10. Regresyon Analiz Sonuçları

Bu çalışmada regresyon analizi sonuçları gebelikte yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, sahip olunan yüksek risk sayısı, gebelikten önce cinsel sorunu olma ve gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama ile gebelerin yaşam kaliteleri arasında negatif ilişkinin olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar bir Türk toplumu örneğinde, gebelerin yaşam kalitelerinin yukarda sayılan faktörler ile ilişkili olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Nicholson ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada depresyon belirtileri gösteren gebelerin, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alanı hariç, tüm alanlarında düştüğü bildirilmiştir. Şahsıvar (2007)'ın yaptığı araştırmada ise riskli gebeliğin yaşam kalitesini düşürdüğü rapor edilmiştir. Lacesse ve arkadaşları (2008)'nın çalışmasında da hiperemezisin yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği bildirilmiştir. Bu sonuçlar gebelikte fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu çalışmada ayrıca cinsel sorunların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucu da elde edilmiştir. Bu sonuca göre gebelerin cinsel yaşamı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği farklı çalışmalara gereksinim duyulduğu söylenebilir.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Aydın ilinde olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen 607 gebe ile gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelendiği bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının 27,42±5,04 ve %61,1'inin 20–29 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Gebelerin %31,7'sinin ilkokul mezunu olduğu, %85,7'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %27,3'ünün çalıştığı, %92,1'inin sosyal güvenceye sahip oldukları, %97,4'ünün resmi nikâhının olduğu ve %62,7'inin gelir düzeylerini orta olarak algıladıkları belirlenmiştir.

Gebelerin eşlerinin %35,8'inin ilkokul mezunu oldukları ve %93,2'sinin çalıştıkları, 5,19±4,32 yıldır evli oldukları ve %64,7'inin 5 yıl ve az süredir evli oldukları saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların ortalama gebelik sayısının 2,03±1,19, %42,1'inin ilk gebeliğinin, %48,6'sının 1-3 yaşayan çocuğunun, %11,2'sinin bir kez düşük ve %32,9'unun bir canlı doğum yaptığı, %7,2'sinin bir kez kürtaj olduğu ve %1,5'inin bir ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Gebelerin %16,5'inin aralığının 24 ay ve daha az, %34,4'inin planlanmamış gebelik ve %56,6'sının 28-32. gebelik haftasında oldukları bulunmuştur.

Gebelerin tamamının doğum öncesi bakım aldıkları, %96,9'unun 1-3. ayında, doğum öncesi bakım almaya başladıkları ve %2,6'sının sağlık çalışanlarının uygun gördüğü sıklıkta izleme katılamadıkları bulunmuştur.

Gebelerin %32,6'sının gebelik öncesi dönemde sağlık sorunlarının olduğunu, en sık görülen sağlık problemlerinin sırasıyla gastrointestinal sisteme ilişkin rahatsızlıklar (%7,2), varis (%7,2), guatr (%3,6) ve anemi (%3) olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin %23,4'ünün gebelik öncesi dönemde ilaç kullandığı; en sık kullanılan ilaçların sırasıyla mineral grup (%5,8), oral kontraseptifler (%4), analjezikler (%3,3) ve tiroid hormon ilaçları (%3,1) olduğu bulunmuştur.

Araştırma örneklemine alınan gebelerin %99,8'inin gebelikleri süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşadıkları, bu sorunların en fazla sık idrara çıkma (%81,0), bulantı ve kusma

(%66,1), mide yanması (%58,4), sırt ağrısı (%53,7), renksiz ve kokusuz vajinal akıntıda artma (%45,3), vajinal kanama (%15,3) olduğu saptanmıştır.

Araştırmada gebelerin %91,1'inin sağlık sorunu ile ilgili bilgi aldıkları, alınan bilgilerin daha çok beslenme şekli ve içeriği (%72,0) ile ilgili olduğu, bu bilginin daha çok ebeden (%67,1) alındığı, %99'0'ının gebelikleri süresince farklı türlerde ilaç kullandıkları ve %42,8'inin sağlık sorunu ile baş etmek için beslenmelerine dikkat ettikleri saptanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin %14,8'inin sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattıkları, daha çok (%6,4) bir gün hastanede kaldıkları, en fazla 4-20. (%11,2) gebelik haftasında, bulantı ve kusma (%5,1) nedeni ile hastaneye başvurdukları ve hiperemezis (%5,1) teşhisi ile hastaneye yattıkları görülmüştür.

Bu çalışmada gebelerin Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna göre durumları incelendiğinde, (%84,8, n=515) en az bir risk faktörü bulunduğu saptanmıştır. Gebelerin %44,8'inin bir, %24,5'ının iki, %15,5'inin üç ve daha fazla sayıda risk faktörü bulunduğu belirlenmiştir.

Gebelerin %13,8'inin gebelik öncesi dönemde cinsel sorunun olduğu ve sorunun daha çok (%9,9) cinsel isteksizlik olduğu, %80,1'inin gebelik döneminde cinsel yaşamlarında değişiklik olduğunu ve en sık görülen değişikliklerin cinsel istekte ve cinsel ilişki sıklığında azalma (%47,3) olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna göre gebelerin %84,8'inde en az bir risk faktörü bulunduğu; %44,8'inin bir, %24,5'inin iki ve %12,85'inin üç risk faktörü taşıdıkları ve en sık görülen riskin anemi öyküsü (%69,2) olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada, gelir düzeyini düşük olarak algılayan, resmi nikâhı bulunmayan, iki ve daha fazla düşük yapan, planlanmamış gebeliği olan, gebelik öncesi dönemde sağlık problemi olan, sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatan, yüksek depresyon riskinde olan, gebelikten önce cinsel sorunu olan, gebelik süresince cinsel yaşamında değişiklik olan ve risk değerlendirme formuna göre yüksek riski olan gebelerin, SF-36 Yaşam Kalitesi toplam ölçek puan ortalamasının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmada gebelerin yaşının, eğitim seviyesinin, aile tipinin, çalışma durumunun, sosyal güvencesinin, eşlerinin eğitim düzeylerinin, çalışma durumlarının ve evlilik sürelerinin, gebelik, yaşayan çocuk ve canlı doğum sayısının, gebelik aralığının, gebelik haftalarının, doğum öncesi bakım almaya başlama zamanının, bakım alma sıklığının, gebelik öncesi dönemde ilaç kullanma durumunun, gebelik döneminde sağlık durumlarının ve ilaç kullanımlarının, sağlık sorunu ile ilgili bilgi almanın, hastanede kalma süresinin SF-36 Yaşam Kalitesi toplam ölçek puan ortalaması üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada regresyon analizi sonuçlarına göre, gebelikte yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, sahip olunan yüksek risk sayısı, gebelikten önce cinsel sorunu olma, gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama ile gebelerin yaşam kaliteleri arasında negatif ilişkinin olduğu saptanmıştır.

5.2. Öneriler

Gebelerin yaşadıkları sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilşkisinin incelendiği bu araştırmada elde edilen verilere dayalı olarak;

- Bu çalışmanın gebelikte yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, sahip olunan yüksek risk sayısı, gebelikten önce cinsel sorunu olma, gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama ile gebelerin yaşam kaliteleri arasında negatif ilişki bulunduğu sonucuna dayalı olarak, sağlık hizmeti veren ebe ve hemşirelerin gebelerin yaşadıkları yaşam kalitesini olumsuz etkileyen riskler konusunda duyarlılıklarını geliştirmeye yönelik hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması ve yürütülmesi,

- Doğum öncesi bakım hizmetlerini yürüten sağlık çalışanlarının gebelerin ruhsal sorunlarını uygun tarama araçları ile belirlemeleri ve yüksek depresyon riskinde bulunan gebeleri ileri tetkik ve tedaviye sevk etmeleri,

- Sağlık çalışanları tarafından, hastanede yatarak tedavi gören gebelerin fiziksel sağlığının yükseltilmesi yanında, psiko-sosyal sorunlarınında çözümlenebilmesi, doğru ve yeterli tanılama ve bakım gereksinimlerinin karşılanması,

- Doğum öncesi bakım hizmetlerini yürüten sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna göre tüm gebeleri taramaları ve saptadıkları yüksek

riskli gebelere sağlık sorunları ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmeti vermelerinin, gebelerin yaşam kalitesini geliştirebilecek biçimde düzenlemeleri,

- Gebelik öncesi dönemde cinsel sorun yaşamanın gebenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle başta ebe ve hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının, üreme çağındaki tüm kadınların cinsel yaşamlarıyla ilgili veri toplamaları, sorunlarını saptamaları ve sorunları olduğunda eğitim ve danışmanlık vermeleri, ileri tanı ve tedavi için sevk etmeleri,

- Sağlık çalışanlarının gebelik süresince, doğum öncesi kontroller sırasında gebelerin cinsel yaşamında meydana gelen değişiklikleri belirlemeleri ve bu değişikliklerle baş etme ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri,

- Araştırmanın farklı özelliği olan örneklem grupları ile tekrarlanması ve elde edilen bulguların bu araştırma sonuçları ile karşılaştırılması,

- Gebelerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanan alanlara yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkinliğini gösteren deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

ÖZET

Özçelik G. Aydın ilinde gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi.

Araştırma Aydın ilinde gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmaya Kasım 2009- Mayıs 2010 tarihlerinde Aydın il merkezi kentsel bölgede ikamet eden, gebeliğinin üçüncü trimestrinde olan, olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenen 607 gebe alınmıştır.

Araştırmanın verileri gebelerin tanıtıcı özelliklerinin ve araştırmanın bağımsız değişkenlerinin sorgulandığı anket formu, Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu, Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, varyans analizi, t-testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, korelasyon ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki gebelerin yaş ortalaması 27,42±5,04 idi. Gebelerin %99,8'i gebelikleri süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşadıklarını, en fazla görülme sıklığına göre; sık idrara çıkma (%81,0), bulantı ve kusma (%66,1), mide yanması (%58,4) ve sırt ağrısı (%53,7) yaşadıklarını bildirmişlerdir. Gebelerin %16,1'inin yüksek depresyon riskinde olduğu, %14,8'inin sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattığı, %84,8'inin en az bir risk faktörü taşıdığı, %13,8'inin gebelikten önce cinsel sorunu bulunduğu ve %80,1'inin gebelik döneminde cinsel yaşamlarında değişiklik olduğunu saptanmıştır.

Çoklu regresyon analizi sonucu, gebelikte yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, sahip olunan yüksek risk sayısı, gebelikten önce cinsel sorunu olma ve gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama ile gebelerin yaşam kaliteleri arasında negatif ilişkinin olduğunu göstermiştir.

Bu sonuçlara göre, doğum öncesi bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumunda gebelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin göz önünde bulundurulması ile anne ve bebek sağlığının gelişimine katkı oluşturulabilir.

Anahtar kelimeler: Doğum öncesi bakım, gebelik, sağlık sorunları, yaşam kalitesi.

SUMMARY

Özçelik G. Health problems during pregnancy and their relationship with quality of life in the city of Aydın.

The present cross-sectional study was conducted in order to investigate the health problems during pregnancy and the relationship between these problems and quality of life in the city of Aydın. Between November 2009 and May 2010, 607 pregnant women in the third trimester, who were living in the urban region of Aydın City Center, determined by non-probability sampling method, were included in the study.

The data of the study were obtained through a questionnaire investigating the independent study variables and the descriptive characteristics of the pregnant women, the risk assessment form of the Ministry of Health, the Beck Depression Inventory as well as the Short Form (SF)-36 quality of life scale. Descriptive statistics, variance analysis, t-test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, correlation and multiple regression analysis were used for the evaluation of data.

The mean age of the pregnant women was 27.42±5.04. 99.8% of the pregnant women reported a health problem during their pregnancies. The most frequent problem was polyuria (81.0%), followed by nausea-vomiting (66.1), heartburn (58.4%) and back pain (53.7%). Of the pregnant women, 16.1% were at high risk of depression, 14.8% were hospitalized due to health problems, 84,8% had at least one risk factor, 13.8% had sexual problems prior to pregnancy, and 80.1% experienced changes in sexual life during pregnancy.

In multiple regression analysis, a negative correlation was determined between the quality of life of pregnant women and being at high risk of depression, being hospitalized due to health problems during pregnancy, having a high number of risk factors, having sexual problems prior to pregnancy and experiencing changes in sexual life during pregnancy.

According to these results, consideration of the factors affecting the quality of life of pregnant women during planning and presentation of the prenatal care services, may contribute to the improvement of mother-and-child health.

Key words: Health problems, pregnancy, prenatal care, quality of life.

KAYNAKLAR

Adamson KA, Mcknight JA. Management of diabetes in pregnancy. Trends in Urology Gynaecology & Sexual Health 2008;13(5): 32-35.

Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri: SPSS uygulamaları. 2. baskı. Ankara: Emek Ofset Ltd. Şti., 2003.

Aladağ H. Gebelik diyabeti erken gebelik haftalarında saptanabilir mi? Uzmanlık Tezi. İnönü Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Malatya, Türkiye. 2008.

Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health-related quality of life among abused women. Quality of Life Research 2006;15(6):959- 965.

Altıparmak S. Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2006;5(6): 416-423.

American Diyabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2009. Diyabetes Care 2009;32 (Suppl 1): 62-67.

Arpacı F, Ersoy AF. Kadının çalışmasının ailelerin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi 2007; 9(3): 41-50.

Aslan G. Gebelerde cinsel yaşam ve cinsel sağlık, Androloji Bülteni 2005;23:59-362.

Attard CL, Kohli MA, Coleman S, Bradley C, Hux, M, Atanockovic G, Torrance GW. The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002; 186(5):222-227.

Avila WS, Rossi EG, Ramires JAF, Grinberg M, Bortolotto MRL, Zugaib M, Daluz PL. Pregnancy in patients with heart disease: experience with 1,000 cases. Clinical Cardiology 2003; 26(3):135-142.

Ayhan A, Durukan T, Gökşin E, Gürgan T, Kişnişçi G, Önderoğlu LF. Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Ankara: Melisa Matbaacılık; 1996. s.319.

Bacak SJ, Callaghan WM, Dietz PM, Crouse C. Pregnancy-associated hospitalizations in the United States, 1999-2000. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005;192:592–597.

Balcı E, Küçük E, Gün İ, Gülgün M, Kılıç B, Çetinkara K. Kayseri ili Melikgazi ilçesinde 2006 yılında meydana gelen bebek ölümleri. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2008;22(6): 323-326.

Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri, Romatizma 2005;20(1):55-63.

Baykal Z. Bel ağrısı olan gebelerde progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı algısına ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2008.

Beck AT, Rushs AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. Guilford Pres 1979;New York.

Beksaç M, Demir N, Koç A, Yüksel A. Maternal-Fetal & Perinatoloji. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2001.

Brooten D, Youngblut JM, Donahue D, Hamilton M, Hannan J, Neff DF. Women with high-risk pregnancies, problems, and apn interventions. Journal of Nursing Scholarship 2007;39(4):349-57.

Burns N, Grove SK. The practice of nursing research. 4nd ed. Philadelphia: Saunders Company; 2001.

Burroughs A, Leifer G. Maternity Nursing an Introductory Text, 8nd Ed. Philadelphia: Saunders Company; 2001. p. 49-71.

Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, Üstün Y. Turgut Özal tıp merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;12(4): 247-252.

Chacko KA. AHA Medical/Scientific Statement: 1994 revisions to classification of functional capacity and objective assesment of patients with diseases of the heart. Circulation 1995;92(7):2003-2004.

Chugh R. Management of pregnancy in patients with congenital heart disease and systemic ventricular failure. Progress in Pediatric Cardiology 2004;19(1):47–60.

Chumak EL, Grjibovski AM. Anemia in pregnancy and its association with pregnancy outcomes in the arctic Russian town of monchegorsk, 1973–2002. International Journal of Circumpolar Health 2010;69(3): 265-277.

Coşkun A. Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. Perinatolaji Dergisi 1996;4(3):181-184.

Çoban A. Riskli Gebelik, Şirin A, Kavlak O (Eds), Kadın sağlığı. İstanbul: Bedray Yayıncılık; 2008. s. 557-560.

Dindaş H. Kadına yönelik eş şiddetinin sosyoekonomik durum ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Türkiye. 2008.

Dunne F, Brydon P, Smith K, Gee H. Pregnancy in women with Type 2 diabetes: 12 years data 1990-2002. Diabetic Medicine 2003;20(9):734-738.

Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21(1):115-126.

Efe H. Gebeliğin kadın cinselliği üzerindeki etkileri. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye. 2006.

Ekşi Z. Gebelikte anemilerde semptom değerlendirmesi ve hemoglobin renk skalasının (who haemoglobin colour scale) kullanımının etkinliği. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2006.

Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Journal Gynecology Obstetrics 2009;19(2):67-74.

Ergöçmen BA, Tezcan S, Çağatay P. Üreme sağlığı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009. s: 143-158.

Eryılmaz G, Ege E, Zincir H. Gebelikte cinsel yaşamı etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;5(1):1-18.

Eryurt M A, Türkyılmaz AS, Çağatay P. Doğurganlık tercihleri, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009. s: 119-130.

Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ, Schild L, Adams MM, Deshpande AD, Franks AL. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. The American College of Obstetricians and Gynecologists 2002;100(1):94-100.

Gilbert SE, Harmon JS. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, 2. Baskı (Ed), Taşkın L, (Ed) Palme Yayıncılık, Ankara. 2002

Gonik B, James DK, Steer PJ, Weiner CP. Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri, Güner H (Ed). 3. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi; 2008.

Gökyıldız Ş, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. Journal of Sex Marital Therapy 2005;31(3):201-215.

Göynümer G, Sav SN, Sümbül M. Gebelikte demir kullanımı ve hematolojik yansımaları, Perinatoloji Dergisi 2004;12(4):168-172.

Gürkan ÖC. Gebelik döneminde cinsellik nasıl etkileniyor. Androloji Bülteni 2007;28:80-85.

Güven N. Diabetes mellituslu hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2010.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara, 2006.

Haas JS, Jackson RA, Afflick EF, Stewart AL, Dean M L, Brawarsky P, Escobar GJ. Changes in the health status of women during and after pregnancy. Journal of General Internal Medicine 2004;20:45-51.

Haider G, Zehra N, Munir AA, Haider A. Frequency and indications of cesarean section in a tertiary care hospital. Pakistan Journal of Medical Sciences 2009;25(5):791-796.

Heaman M. Psychosocial aspects of antepartum hospitalization. NAAGOC's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing 1990;1(3):333-41.

Hill CC, Pickinpaugh J. Physiologic changes in pregnancy. Surgical Clinics North America 2008;88(2):391-401.

Hisli N. One study on Beck Depression Inventory, Journal of Psychology 1988:6,118-122.

Hobbins JC, Queenan JT. Yüksek riskli gebeliklerde tanı ve tedavi protokolleri. Güner H (Ed). 3. Baskı Ankara: Zirve Ofset ltd. Şti.2008.

Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. Journal of Family Practise 1998;47(3): 209-212.

Işık MT. Gebelik sürecinde tıbbi aydınlanma. Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye. 2010.

Jesse E, Swanson SM. Risks and resources associated with antepartum risk for depression among rural southern women. Nursing Research 2007;56(6):378-386.

Kahraman S. Kayseri il merkezindeki adölesan gebelerin yaşam kalitesinin 20-29 yaş grubu gebelerle karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Türkiye. 2009.

Kamysheva E, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Milgrom J. Frequency, severity and effect on life of physical symtoms experienced during pregnancy. Journal of Midwifery & Womens Health 2009;54(1):43-49.

Kanber NA. Gebelere verilen beslenme eğitiminin anemi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, Türkiye. 2008.

Karabulut, İstanbullu B, Karahan T, Özdemir K. Denizli bölgesinde iki yıllık bebek ve anne ölümlerinin incelenmesi. Journal of the Turkish-German Gynecological Association 2009;10(2):95-98.

Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. Midwifery 2009;25(4):344-356.

Kaya D. Bir sağlık ocağı bölgesinde gebelerde anemi görülme sıklığının incelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Türkiye. 2006.

Kaya F, Serin Ö. Doğum öncesi bakımın niteliği. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2008;5(1):28- 35.

Kerdarunsukri A, Manusirivithaya S. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. Journal of the Medical Association of Thailand 2010;93(3):265-71.

Khatib O. Guidelines for the prevention, management and care of diabetes mellitus 2006, http://www.emro.who.int/dsaf/dsa664.pdf. Erişim Tarihi: 23 Temmuz 2010.

Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Edirne, Türkiye. 2008.

Kısacık G, Gölbaşı Z. Gebe kadınların sigara içme davranışları ve gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgileri. Jinekoloji-Obstetrik Dergisi 2009;(4):197-205.

Kim C, Berger DK, Chamany S. Recurrence of gestational diabetes mellitus. Diabetes Care 2007;30(5):1314-1319.

Koç İ, Yüksel İ, Eryurt MA. Bebek ve çocuk ölümlülüğü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009. s: 139-141.

Kolusarı A, Zeteroğlu Ş, Şahin HG, Kamacı M. Gebelik ve kalp hastalığı: altmışyedi olgunun değerlendirilmesi. Perinatoloji Dergisi 2008;16(1):14-18.

Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstetrics&Gneocology 2000;95(4):487-490.

Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Berard A. Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life? BJOG-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2008;115(12):1484-1493.

Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2010;202(1):5-14.

London ML, Ladewig PW, Ball JW, Bindler RC. Maternal-Newborn & Child Nursing: family centered care. 3nd Ed. New Jersey: Pearson Education Inc; 2003. p. 183–189.

Lowdermilk DL, Perry S, Bobak I Maternity Women's Health Care. 7nd Ed, St, Louis: Mosby Inc; 2000. p.790–883.

Lowdermilk P, Wilson WH. Maternal Child Nursing Care. 3nd Ed, Philadelpia: Mosby Inc; 2006. p. 329–369.

Magee LA, Chandra K, Mazotta P, Stewart D, Koren G, Guyatt G. Development of health related quality of life insurument for nausea and vomiting of pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002;186(5):232-238.

Maloni AJ, Park S, Anthony MK, Musil CM. Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy. Research in Nursing & Health 2005;28(1):16-26.

Maslow AH. Motivation and Personality. 3nd Ed, Newyork: Harper & Row Publishers Inc. Company; 1954.

Mckee MD, Cunnıngham M, Jankowski KRB, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obstetric & Gynecology 2001;97(6):998-993.

Mckinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. Maternal-Child Nursing. 3nd Ed, Canada: An Imprint of Elsevier Inc; 2009. p. 270-272.

Nansel TR, Doyle F, Frederick MM, Zhang J. Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2005;34(4):473-481.

Nazik E. Gebelikte görülen olağan rahatsızlıklar ve gebelerin uyguladıkları baş etme yöntemleri. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Türkiye. 2005.

Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. Obstetrics & Gynecology 2006; 107(4):798-806.

Otchet F, Carey MA, Adam L. General health and psycological symptom status in pregnancy and puerperium: what is normal? Obstetrics and Gynaecology 1999;94(6):935-941.

Oskay ÜY. Hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan sorunların giderilmesinde hemşirenin rolünün belirlenmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2001.

Oskay ÜY. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. Perinatoloji Dergisi 2004;12(1):11-16.

Orji EO, Ogunlola IO, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. Journal of Obstetrics and Gyneacology 2002;22(2):166-168.

Özer S. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2002.

Özyılkan Ö. Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi, http//www.bayar.edu.tr/. Erişim Tarihi: 07.08.2010.

Pınar R. Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram; yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalıklarda geçerlilik ve güvenirliğinin incelenmesi. Hemşirelik Bülteni 1995;9(38):85-95.

Records K, Rice M. Psychosocial correlates of depression symptoms during the third trimester of pregnancy. The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 2007;36(3):231-242.

Ricci SS. Essentials of Maternity, Newborn And Women's Health Nursing. Philadelpia Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

Rofé Y, Littner MB, Lewin I. Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. Journall of Clinical Psychology 2006;49(1):3-12.

Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet 2006;368:1189–1200.

Sak ME, Özkul Ö, Evsen MS, Sak S, Evliyaoglu O. Gebelik anemisinin perinatal sonuçlara etkisi. Dicle Tıp Dergisi 2009;36(1): 39-42.

Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler. Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1997; 23-38.

Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevelansı ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, Türkiye. 2005.

Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(2):1-13.

Sunal N, Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):99-110.

Şahsıvar MŞ. Riskli gebeliklerde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye. 2007.

Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 8. baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007. s: 251-274.

Taşpınar A. Normal Gebelik. In: Şirin A, Kavlak O (Eds). Kadın Sağlığı. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Yayıncılık; 2008. s. 557-560.

T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum öncesi izlem protokolü (19.02.2008), http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2A4F192C55D7367761. Erişim Tarihi: 30.06.2009.

T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Risk değerlendirme formu (19.02.2008), http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2A4F192C55D7367761. Erişim tarihi: 30.06.2009

Tezcan S, Ergöçmen BA, Çağatay P. Üreme sağlığı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009. s: 143-158.

Terzioğlu F. Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım. In: Taşkın L (Ed). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbacılık; 2007. s. 151-179.

Tezcan S, Ergöçmen B, Tunçkanat FH. Düşükler ve ölü doğumlar, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana

Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009. s: 97-108.

Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(9):157-168.

Unger J. Management of diabetes in pregnancy, childhood, and adolescence. Primary Care 2007;34(4):849-43.

Valk HW, Nieuwaal N, Visser G. Pregnancy outcome in type 2 diabetes mellitus: a retrospective analysis from the Netherlands. Review Diabetic Studies 2006;3(3):134–142.

Ware JE, Sherbourne CD. The mos 36-item short-form health survey (SF-36), I. Conceptual Framework and İtemselection. Med Care 1992;30(6):473-83.

World Health Organization Quality of Life Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. International Journal Mental Health 1994;23(3):24–56.

World Health Organization (2003) Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality, http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Unsafe_Abortion.pdf.ErişimTarihi: 04 Ağustos 2010.

World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. WHO Pres 2008;1-40.

World Health Organization (2007) Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva. http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/index.html. Erişim tarihi: 03 Ağustos 2010.

Yang J, Hartmann KE, Savitz DA, Herring AH, Dole N, Olshan AF, Thorp JM. Vaginal bleeding during pregnancy and preterm birth. American Journal of Epidemiology 2004;160:118-125.

Yazıcı S, Demirsoy G. Gebelikte üriner sistem enfeksiyonu ve genital hijyen. Türkiye Klinikleri Gynecology of Obstetrics 2009;19(5):241-248.

Yiğit E, Yüksel İ, Türkyılmaz AS. Kadınların temel özellikleri, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009. s: 43-58.

Zayas LH, Cunningham M, McKee MD, Jankowski KRB. Depression and negative life events among pregnant African-American and Hispanic women. Women's Health Issues 2002;12(1):16-22.

Zhou SJ, Gibson RA, Crowther CA, Baghurst P, Makrides M. Effect of iron supplementation during pregnancy on the intelligence quotient and behavior of children at 4 y of age: long-term follow-up of a randomized controlled trial. American Journal of Clinical Nutrition 2006;83(5):1112-1117.

ÖZGEÇMİŞ

Gülsün ÖZÇELİK 1973 yılında Aydın'da doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini Aydın'da tamamladıktan sonra, İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'na girmiş, 05/1994–09/1994 tarihleri arasında özel bir hastanede çalışmış ve bir yandan eğitimini sürdürmüştür. Özçelik 1995 yılında lisans eğitimini tamamlamıştır. Aynı yıl İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi servisinde çalışmaya başlamış, 2001–2003 yılları arasında ise Periferik Damar Cerrahisi servisinde sorumlu hemşire olarak çalışmıştır. Daha sonra Ağustos 2003'te Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesine naklen atanmış ve Acil Serviste göreve başlamıştır. Araştırmacı 2008 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamış ve Eylül 2010'da tamamlamıştır. Halen Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Enfeksiyon Kontrol Hemşire'si olarak görevine devam etmektedir.

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında, tezin bütün aşamalarına titizlikle eğilen, tezime yol gösterici çok değerli katkılarda bulunan saygıdeğer hocam Sayın Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli görüş ve önerileriyle bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr Ayten TAŞPINAR'a ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Sevgi GÖKDEMİREL'e

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli katılımcılara,

Araştırma verilerinin toplanması aşamasındaki destek ve katkılarından dolayı Aydın Valiliği, Aydın İl Sağlık Müdürlüğü, Aydın ili merkez ilçesi sağlık ocaklarında çalışan ebe ve diğer sağlık çalışanlarına,

Ayrıca bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini esirgemeyen ve hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan çok sevdiğim annem Dürdane ÖZÇELİK ve babam Arif Ali ÖZÇELİK'e sonsuz teşekkür ederim.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Anket sıra no:

1. Kaç yaşındasınız? .....
2. Eğitim düzeyiniz nedir?
   1( ) İlkokul 2( ) Ortaokul 3( ) Lise 4( ) Üniversite ve üzeri
3. Siz, eşiniz ve çocuklarınız dışında birlikte yaşadığınız aile büyükleri ya da akrabalarınız var mı?
   1( ) Evet 2( ) Hayır
4. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
   1( ) Evet 2( ) Hayır
   Cevabınız evet ise; ne iş yapıyorsunuz?.....
5. Gelir düzeyinizi gideriniz ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?
   1( ) Düşük (Gelir giderden az)
   2( ) Orta (Gelir gidere denk)
   3( ) Yüksek (gelir giderden fazla)
6. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı? 1( ) Evet 2( ) Hayır
7. Medeni durumunuz nedir?
   1( ) Evli, resmi nikah var 2( ) Evli, resmi nikah yok 3( ) Diğer.....
8. Kaç yıldır evlisiniz?.....
9. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?
   1( ) Okur- yazar değil 2 ( ) Okur- yazar 3( ) İlkokul mezunu 4( ) Ortaokul mezunu
   5( ) Lise mezunu 6 ( ) Üniversite 7( ) Üniversite üzeri
10. Eşiniz gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor mu? 1( ) Evet 2( ) Hayır
    Cevabınız evet ise; eşiniz ne iş yapıyor?.....
11. Obstetrik Öykünüz?
    Toplam gebelik sayınız..... Canlı doğum sayınız.....
    Yaşayan çocuk sayınız..... Ölü doğum sayınız.....
    Düşük sayınız..... Kürtaj sayınız.....
12. **(Daha önce gebeliği bulunanlara sorulacak)** Bir önceki gebeliğiniz ile bu gebeliğiniz arasındaki süre ne kadar? .....
13. Bu gebeliğinizi istiyor musunuz? 1( ) Evet 2( ) Hayır
14. Bu gebeliğinizi planlamış mıydınız? 1( ) Evet 2( ) Hayır
15. Şu anda gebeliğiniz kaç aylık/ haftalık? .....

16. Gebeliğiniz süresince doğum öncesi bakım aldınız mı?/ Takip için ebe ya da doktora gittiniz mi?

    1( ) Evet 2( ) Hayır

17. **(16. soruya cevabınız evet ise)** Bu gebeliğinizde doğum öncesi bakım almaya gebeliğin kaçıncı ayında başladınız?.....

18. **(16. soruya cevabınız evet ise)** Daha sonra her çağrıldığınızda sağlık kurumuna doğum öncesi bakım almak için gittiniz mi?

    1( ) Evet 2( ) Hayır

19. Gebeliğinizden önce var olan ve halen devam eden herhangi bir sağlık sorununuz var mı?

    1( ) Evet 2( ) Hayır

    Cevabınız evet ise belirtiniz.....

20. Gebeliğinizden önce kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

    1( ) Evet 2( ) Hayır

    Cevabınız evet ise belirtiniz.....

21. Gebeliğiniz süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

    1( ) Evet 2( ) Hayır

    Cevabınız evet ise belirtiniz.....

22. Gebeliğiniz süresince kullandığınız herhangi bir ilaç var mı? 1( ) Evet 2( ) Hayır

    Cevabınız evet ise belirtiniz.....

23. **(21. soruya cevabınız evet ise)** Gebelikte yaşadığınız sağlık sorunu/ sorunları ile başa çıkmak için neler yaptığınızı açıklayınız?

    .....

24. **(21. soruya cevabınız evet ise)** Doğum öncesi izlemlerde, size yaşadığınız sağlık sorunları ile ilgili bilgi verildi mi?

    1( ) Evet 2( ) Hayır

25. **(24. soruya cevabınız evet ise)** hangi bilgilerin verildiğini açıklayınız?

    .....

26. Gebelikte yaşadığınız sağlık sorunlarınızla ilgili bilgiyi kimden aldınız?

    1( ) Ebe 2( ) Hemşire 3( ) Doktor 4( ) Diğer

27. Gebeliğiniz süresince herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yattınız mı?

    1( ) Evet 2( ) Hayır

28. **(27. soruya cevabınız evet ise)** sağlık sorununuzu belirtiniz.....

Hastaneye Yatma Nedeni	Hastanede Kalma Süresi	Gebelik Haftası
1.....	.....	.....
2.....	.....	.....
3.....	.....	.....

29. Gebelikten önceki dönemde cinsel yaşamınızla ilgili ağrı, cinsel isteksizlik gibi herhangi bir sorununuz var mı idi?

1( ) Evet 2( ) Hayır

Cevabınız evet ise belirtiniz.....

30. Gebeliğiniz süresince cinsel yaşamınızda herhangi bir değişiklik oldu mu?

1( ) Evet 2( ) Hayır

Cevabınız evet ise belirtiniz.....

Ek 2. Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu

Bu risk değerlendirme formu "**yüksek riskli gebeleri**" saptamak için kullanılır; tüm gebelere uygulanır. Bu form uzman görüşü alınarak izlem sayısı ve izlemin nerede, nasıl yapılacağı konusunda karar verilmesi içindir. Risk değerlendirme formu sevk kriterlerini içermez. Sevk kriterleri doğum öncesi bakım protokolünün içende yer almaktadır. Bunlardan herhangi biri olmayan gebede de gebelik süresi içerisinde sevki gerektiren bir komplikasyon yaşanabilir.

Hastanın Adı:..... **Klinik Kayıt Numarası:**

Adres:..... **Telefon:**

TC Kimlik Numarası: .....

Aşağıdaki tüm soruları karşılık gelen kutuyu işaretleyerek cevaplandırınız.

OBSTETRIK ÖYKÜ	**Hayır**	**Evet**
1. Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yeni doğan kaybı	□	□
2. 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü	□	□
3. Erken doğum öyküsü (22-37 hf.arası)	□	□
4. Anomalili bebek doğurma öyküsü	□	□
5. Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g	□	□
6. Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g	□	□
7. Son gebelik: Yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış	□	□
8. Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon? (Miyomektomi, septum ameliyatı, kone biyopsi, klasik CS servikal serklaj)	□	□
MEVCUT GEBELİK	**Hayır**	**Evet**
9. Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik	□	□
10. 18 yaşından genç	□	□
11. 35 yaş ve üstü	□	□
12. Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu	□	□
13. Vajinal kanama	□	□
14. Pelvik kitle	□	□
15. Diastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olması	□	□
16. Anemi öyküsü	□	□
GENEL TIBBİ ÖYKÜSÜ	**Hayır**	**Evet**
17. İnsülin bağımlı diyabet hastası	□	□
18. Renal hastalık	□	□
19. Kardiyovasküler hastalık	□	□
20.Tiroid hastalığı	□	□
21. Talasemi taşıyıcılığı	□	□
22. Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı	□	□
23. Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum	□	□

Lütfen belirtin.....

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile "evet" cevabı verilir ise, mutlaka Kadın-Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı arttırılır.

http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2A4F192C55D7367761 Erişim tarihi: 30.06.2009

Ek 3. Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
   (b) Kendimi üzgün hissediyorum.
   (c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
   (d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum

2. (a) Gelecekten umutsuz değilim.
   (b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
   (c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
   (d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum;
   (b) Çevremdeki birçok-kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
   (c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
   (d) Kendimi-tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
   (b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
   (c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
   (d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.

5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
   (b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
   (c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
   (d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
   (b) Bazı şeyler için cezalandırabileceğimi hissediyorum
   (c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
   (d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. (a) Kendimden hoşnudum.
   (b) Kendimden pek hoşnut değilim.
   (c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
   (d) Kendimden nefret ediyorum.

8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm

10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum

12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı

13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum
(c) Kararlarım vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.

14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.

16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor,
(d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.

18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü
(d) Artık hiç iştahım yok.

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet ( ) Hayır ( )

20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Ek 4. Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF–36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1.Genel olarak sağlığınız,

Mükemmel Çok iyi İyi Orta Kötü

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesine göre çok daha iyi Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
Hemen hemen aynı Bir yıl öncesinden biraz daha kötü
Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Engelliyorsa ne kadar engelliyor?

AKTİVİTELER	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a) Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde			
b) Masayı, elektrik süpürgesini itme gibi orta/hafif aktivitelerde			
c) Paket ve çanta taşırken			
d) Birkaç kat merdiven çıkarken			
e) Bir kat merdiven çıkarken			
f) Eğilirken, çömelirken			
g) Bir kilometreden fazla yürürken			
h) Birkaç yüz metre yürürken			
ı) Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken			
j) Giyinirken veya yıkanırken			

4. Geçen bir ay boyunca işinizde veya rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu?

	Evet	Hayır
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İş ve aktivitelerinizi kolay olanlarla sınırladınız mı?		
d) İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?		

5. Geçen bir ay boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli) aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?		

6. Geçen bir ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Pek etkilemedi Çok az Orta
Oldukça Aşırı

7. Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Çok hafif Hafif Orta Fazla Çok fazla

8. Geçen bir ay boyunca sağlığınızla ilgili şikayetleriniz işlerinizi yapmanıza ne kadar olumsuz etki gösterdi? (Ev ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere)

Çok değil Az Orta Fazla Çok fazla

9. Bu sorular geçen bir ay boyunca ne kadar sürede kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır.

	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a) Tam enerjik hissettiniz						
b) Çok sinirli biriydiniz						
c) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkkındı						
d) Sakin ve huzurluydunuz						
e) Fazla enerjiniz vardı						
f) Moralsiz ve kederli hissettiniz						
g) Çok yorgun hissettiniz						
h) Hiç mutlu oldunuz mu?						
i) Yorgun hissettiniz mi?						

10. Sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Çoğunlukla doğru	Kesinlikle doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim					
b) Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım					
c) Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum					
d) Sağlığım mükemmel					

Ek 5. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI: B.10.4.ISM.4.09.00.SPK.-605-04 - 132
KONU: Tez Çalışması

02.09.2009* 18092

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
AYDIN

İLGİ: 19.08.2009 tarih ve 5389 sayılı yazınıza.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gülsün ÖZÇELİK'in, 15.10.2009–31.12.2010 tarihleri arasında, Aydın Merkez 1,2,3,4,5,6,7,8 ve 9 no'lu sağlık ocakları bölgelerinde, **Aydın İlinde Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi** konulu tez çalışması yapmayı planladığı belirtilmektedir.

Söz konusu çalışmanın yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, etik kurul onayının 23.10.2009 tarihine kadar Strateji Geliştirme, Planlama ve Koordinasyon Birimine gönderilmesi gerekmektedir. İlgili izin onayı yazımız ekindedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Hüsnü TIRPANCI
Vali a.
Sağlık Müdürü

EKİ: 1 Adet Valilik Onayı

GELEN EVRAK	
Tarihi	
Dosya No	840.500
Kayıt No	13547
Havale edildiği birim	Sağlık Hizmetleri Grup.

SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ-(Strateji Geliştirme, Planlama ve Koordinasyon Birimi) Adres: Hasan Efendi Mah. Gençlik Cad. No:3 www.aydin.saglik.gov.tr
Tel: 0 (256) 2135000 Faks: 0.(256) 2151611

Ek 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı Ön Onayı

T.C.
AYDIN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI
AYDIN

Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/ 010 – 247 3./11/200.9
Konu : Çalışmanız hk.

Sayın, Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ASYO Ebelik Anabilim Dalı

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 27.10.2009 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 21 nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR 21

Protokol No : 2009/00335
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM- ASYO

Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü- Ebelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "Aydın ilinde gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi" isimli araştırması görüşüldü.

Sonuçta, çalışmanın protokolü, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme formu ve ekli bulunan diğer belgeler dikkate alınarak incelenmiş ve adı geçen araştırmaya başlanmasında Etik Kurulca sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca çalışmadaki gönüllülere sunulan bilgilendirilmiş olur formu ile bilgilendirilmiş olur metni formlarının gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.

Kurulumuzca bu çalışmada olduğu gibi **Ön onay verilen** çalışmaların sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Tüm yürütücülere web sayfamızda yer alan metnin burada bir kez daha duyurulmasına gereksinim duyulmuştur. Çalışmaları TÜBİTAK, DPT, v.b. veya ADÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonunca kabul edilen ve Etik Kurula başvuran tüm (ilaç, ilaç dışı, retrospektif, anket veya doku "hasta, kadavra v.s." materyali ile ilgili çalışmalar) klinik araştırmaların bütçelerinin desteklendiğine dair belgenin bir örneğinin dosyaya konulmak üzere Etik Kurula gönderilmesi gerekmektedir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : http://www.site.adu.edu.tr/med/insanetikkurulu/ e-posta: etik@adu.edu.tr

Ek 7. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu Kararı

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR DANIŞMA KOMİSYONU
AYDIN

Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/ 720-40 4./10/2010...
Konu :

Sayın, Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ASYO Ebelik Bölümü
Ebelik AD Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonunun 28.09.2010 tarihli toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 2 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu Başkanı

KARAR 2

Aydın Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun:
Protokol No : 2009/00335
Sorumlu Yürütücü: Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM- ASYO

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "**Aydın ilinde gebelikte oluşan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi**" isimli araştırmasının dilekçesi görüşüldü.

Yürütmesi durdurulan Aydın Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun faal olarak çalıştığı tarihler arasında arşiv dosya taramasından Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "**Aydın ilinde gebelikte oluşan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi**" isimli araştırmasına 27.10.2009 tarihli kurul kararıyla ön onay verilmiş olduğu görülmüştür.

Yürütücünün 14.09.2010 tarihli gelen dilekçesinde ise çalışmanın tamamlanmış olduğu bildirilmektedir.

Sonuçta, kurulumuza gelen bu dilekçeyle çalışmanın tamamlandığı hakkında bilgi edinilmiş olup çalışma dosyasına dilekçesinin konulmasına karar verilmiştir.

Adres: Adnan Mend. Üniv. Tıp Fak. Dekanlığı 09100 AYDIN
Tel: 256- 225 31 66 **Faks : 256- 212 31 69**
internet adresi: http://www.site.adu.edu.tr/akaet/ e-posta: etik@adu.edu.tr

Ek 8. Bilgilendirilmiş Olur Metni

Değerli Hanımefendi;

"Aydın İlinde Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi" konulu bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın amacı Aydın ilinde gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile planlanmıştır. Araştırmaya Aydın il merkezi kentsel bölge sınırları içinde bulunan ve gebeliğinin son üç ayında olan kadınları almaktayız. Sizi de araştırmamıza katılmaya davet ediyoruz.

Gebelik sırasında bulantı, kusma, sık idrara çıkma, düşük, kanama, bacaklarda varis, enfeksiyon gibi fiziksel değişikliklerin yanında içe kapanma, korku, sıkıntı gibi ruhsal değişiklikler gibi sağlık sorunları gelişebilir. Gebelikte yaşanan sağlık sorunlarına ulaşmak amacıyla hazırlanmış anket formunda, gebe kadınları tanıtıcı bilgiler, yaşadıkları gebelik ve doğumlara ilişkin sorular bulunmaktadır. Ayrıca depresyon düzeyini belirlemek amacıyla Beck Depresyon Envanteri ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacı ile de SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve yüksek riskli gebeleri saptamak için T.C Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Risk Değerlendirme Formu kullanılacaktır. Veri toplama formunda belirtilen durumların sizde olup olmaması araştırmaya katılmanıza engel değildir. Formların doldurulması araştırmanın gerçekleşmesi için yeterli ve önemlidir.

Sizden beklenen bu sorulara uygun yanıt vermenizdir. Elde ettiğimiz bu bilgiler kimlik belirtilmeden bilimsel yayınlarda kullanılacaktır. Araştırmaya, gönüllü/istekli olanlar katılacaktır. Araştırmadan istediğiniz anda ayrılabilirsiniz. Böyle bir durumda herhangi bir sorumluluk veya engelleme söz konusu değildir. Bu araştırmada belirteceğiniz size ait bilgilere etik kurul veya resmi makamlar ulaşabilir, ancak kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacaktır. Bilgilendirilmiş olur formunu imzalamakla bunu kabul etmiş sayılacaksınız.

Araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllük ilkesine dayanmaktadır. Araştırmada yer alacak gönüllü sayısı 800 kişi olarak hesaplanmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılmakla harcayacağınız zaman ve emek için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Ancak araştırma için bir arada bulunduğumuz sürede, biz araştırmacılar sizlere kendi bakımınızla ilgili danışmanlık yapabiliriz. Daha sonrada size verdiğimiz telefon numaralarından bize ulaşabilirsiniz.

Katılmanızdan dolayı teşekkür eder, sağlıklı bir yaşam dileriz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih,

Adresi (telefon no varsa faks no)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Tarih, Görevi

Ek 9. Bilgilendirilmiş Olur Formu

1. Aşağıda imzası olan ben "AYDIN İLİNDE GEBELİKTE YAŞANAN SAĞLIK SORUNLARI VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ" başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM ve Gülsün ÖZÇELİK çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşırsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM ve Gülsün ÖZÇELİK çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM ve Gülsün ÖZÇELİK ile tam bir uyum içinde çalışacağıma ve sağlığımla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu arayacağımı kabul ediyorum.
5. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini kabul ediyorum.
6. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Bireyin adı, soyadı, adresi .

İmza, tarih :

Araştırmacının adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

Tanığın adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :