

PULMONER ENDARTEREKTOMİ SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

NURSING CARE AFTER PULMONARY ENDARTERECTOMY

Uzman Hemşire Aynur KAYNAR ŞİMŞEK*

*T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bu makale 24 Mart 2013 tarihinde Antalya'da , 9.Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresinde sunulmuştur.

ÖZET

Pulmoner tromboendarterektomi (PTE) kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonun (KTEPH) tedavisinde etkin bir yöntemdir. Günümüzde PTE uygulaması giderek artmaktadır. PTE'nin başarılı sonuçlanması, başarılı bir cerrahi tekniğin yanında kaliteli bir hemşirelik bakımına bağlıdır. Ancak literatür incelendiğinde PTE sonrası hemşirelik bakımını içeren kaynaklara rastlanamamıştır. PTE sonrası hemşirelik bakımı açık kalp cerrahisine yönelik hemşirelik bakımını ve PTE'nin özel komplikasyonlarına yönelik hemşirelik bakımını içerir. Bu makale pulmoner tromboendarterektomi sonrası hemşirelik bakımında yol göstermek amacı ile yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner tromboendarterektomi, Pulmoner tromboendarterektomi komplikasyonları, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Pulmonary thromboendarterectomy (PTE) is an effective method in the treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension (CTEPH). Today, PTE operation is increasing. Besides a successful surgical technique, result of the successful PTE depends on the quality of nursing care. However, after reviewing the literature, resources about nursing care after PTE were not found. Nursing care after PTE includes both nursing care of open cardiac surgery and nursing care of complication related to PTE. This article is written due to showing the way of nursing care after pulmonary thromboendarterectomy.

Keywords: *Pulmonary thromboendarterectomy, Pulmonary of complications, nursing care.*

GİRİŞ

Günümüzde akut yada kronik iskemi ve inmeden sonra en sık karşılaşılan kardiyovasküler patoloji pulmoner embolidir. Kardiyovasküler hastalıklar ve

kanserden sonra 3.sıradaki ölüm sebebidir. Pulmoner emboli akut bir durum olabildiği gibi tekrarlayan embolilere bağlı kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyona (KTEPH) yol açarak kronik bir hastalık tablosuna ortaya çıkarabilir (Çilek 2012).

Akut pulmoner emboliyi takiben bir saat içinde olguların %20-40'ında hemodinamik yetmezlik gelişir ve ölümlü sonuçlanır. Sağ kalan hastalarda ise lokal fibrinolizis ile pulmoner arter yatak korunur. Hemostaz, fibrinolizdeki bozukluklar ve nöks emboliler nedeni ile vakaların %1-4'ünde emboli çözülmez ve pulmoner arter yatak içerisinde organize olur. Pulmoner arter intimasındaki fibröz kalınlaşma pulmoner arterin intraperikardiyal kısmında başlar, ilerleyerek lobal ve segmental arterlere devam eder. Pulmoner arterler kalınlaşır ve pulmoner arter yatak tıkanmaya başlar. Bu durum KTEPH olarak tanımlanır. (Çiçek 2012, Yıldızeli ve ark 2010, Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005). Pulmoner vasküler yatağın %40'ı tıkanırsa sağ kalp yetersizliğine yönelik semptomlar görülmeye başlar (ISHLT 2009). KTEPH fatal seyirlidir (Çiçek 2012, Yıldızeli ve ark 2010, Öztürk ve ark 2006). Ortalama pulmoner arter basıncı 50 mmHg'nın üzerinde olan hastaların 5 yıllık sağ kalım oranı %10 olarak bildirilmiştir (Yıldızeli ve ark 2010, Özcan ve ark 2008, Mares ve ark 2000).

KTEPH tedavisinde medikal yaklaşım, akciğer veya kalp akciğer nakli gibi tedavi yaklaşımları olsada, hastalığın günümüzdeki tek ve gerçekçi çözümü pulmoner tromboendarrektomidir (PTE). Çünkü KTEPH mekanik bir hadisedir. Hiç bir medikal ajan organize trombus meteryalini çözemez, uzaklaştırılmaz ve ortadan kaldıramaz; akciğer ve kalp-akciğer transplantasyonu ise PTE' den daha kötü sonuçlanmaktadır. PTE doğru endikasyonlarda uygulandığında akciğer ve kalp-akciğer transplantasyonuna oranla mortalite ve morbiditesi düşük başarılı bir tedavi yöntemidir (Çilek 2012, Yıldızeli ve ark 2010, ISHLT 2009, Öztürk ve ark 2006, Mares ve ark 2000).

Pulmoner Tromboendarrektomi

Pulmoner tromboendarrektomi organize trombusun pulmoner arter intimasından soyularak uzaklaştırılması işlemidir. İlk defa 1957 yılında uygulanan bu tedavinin dünyada kullanımı giderek artmaktadır (Öztürk ve ark 2006). PTE'nin uygulanması için açık kalp cerrahisi gerekir. KTEPH'da, trombus fibröz hale geldiği için antikoagülasyon yada fibrinolitik tedavinin pulmoner arter yatağa etkisi yoktur. Hastada yeni bir emboli yada lokal trombus ile klinik tablonun kötüleşmemesi için antikoagulan tedavi başlanmalıdır. Bunun dışında oksijen tedavisi, diüretik, pozitif inotropik ve vazodilatör ilaçlar sağ kalp yetmezliği tedavisinde kullanılanlar medikal ajanlardır. Ancak kesin çözüm PTE'dir (Yıldızeli ve ark 2010). PTE'nin yayınlarda mortalitesi %5- 7 olarak bildirilmektedir (Özcan ve ark 2008, Öztürk ve ark 2006). PTE, istirahat yada egzersiz halinde hemodinamik yetmezliği yada solunum sıkıntısı olan tüm hastalarda endikedir (Yıldızeli ve ark 2010).

Pulmoner Tromboendarrektomi Tekniği

Amaç ; ekstrakorporeal sirkülasyon altında, ulaşılabilinen tüm pulmoner arter dallarına pulmoner vasküler rezistansı erken dönemde %50 azaltacak kadar

endarterektomi yapmaktır. Ameliyat median sternotomi ile intraperikardiyak yapılır, plevralar açılmaz.

Tekrarlayan pulmoner emboliler nedeni ile bu hastalarda sistemik hipervaskülarizasyona bağlı bronşiyal arterlere, parietal plevra ve intrakostal arterlerden kollateraller gelişir. Bu kollateraller prekapiller düzeyde pulmoner arter ile bağlantılı olduğundan, endarterektomi sırasında geri kanamaya (back-bleeding) yol açacaktır. Ameliyat sahasının kan ile dolmaması için bu kollateral sirkülasyonu durdurmanın tek yolu sirkülatuar arest uygulamaktır. Bunun içinde 18-20 °C derin hipotermi uygulanır. Sağ ve sol ana pulmoner arterden başlanarak endarterektomi yapılır (Çiçek 2012, Yıldızeli ve ark 2010).

Hastanın Postoperatif Dönemde Yoğunbakım Ünitesinde Takibi

PTE sonrası hastalar yoğun bakım ünitesine alınırlar. Mekanik ventilasyon ile beraber nitrik oksit inhalasyonu başlatılır. Hastaların entübe kalış süresi ortalama 2 gündür (Sunar ve ark 2013, Yıldızeli ve ark 2010). Ventilatör tidal volümü 6-8 ml/kg şeklinde ayarlanmalıdır. Ekspiryum sonu pozitif basınç (PEEP) 5 mmHg altında tutulmalıdır. Ekstübasyonla birlikte inhalasyon yoluyla iloprost tedavisi günde yedi kez ve üç ay boyunca uygulanabilir. Yoğun bakım boyunca negatif sıvı dengesi hedeflenmelidir (Sunar ve ark 2013).

Pulmoner arter basıncın ve pulmoner vasküler direncin düşmesi klinik iyileşmeyi belirler. Restorasyon başarılı olduysa pulmoner arter basıncının operasyon sonrası normale dönmesi beklenir. Pulmoner dolaşımın normale dönmesi ile kardiyak hemodinami düzelmeye başlar ve hastalarda görülen kalp yetmezliği bulguları kaybolur (Sunar ve ark 2013).

Hastaların yoğun bakım ünitesinde kalış süresi 4-10 (ortalama 7) gün, hastanede yatış süresi ise 7-15 (ortalama 11) gündür. Hastalar operasyondan sonrası ömür boyu warfarin kullanmak zorundadırlar (Sunar ve ark 2013, ISHLT 2009, Meras ve ark 2000). INR değerleri 2.5-3 olacak şekilde warfarin kullanımı önerilmektedir (Kayıkçıoğlu ve Kültürsay 2009). Hastalara ilk hafta 3 kez, ikinci hafta 2 kez, 1 ay haftada bir, 2 ay 2 haftada bir ve sonra ayda bir kez INR takibi yapmaları ve anormal değerleri doktora bildirmeleri anlatılmalıdır (Alay ve ark 2011).

Yapılan araştırmalarda görülmüştür ki yüksek INR değerine bağlı en sık karşılaşılan kanama gastrointestinal kanamalardır (Eroğlu SE ve ark 2012, Eroğlu ve ark 2011). Gastrointestinal kanamalar kolaylıkla fark edilebilmelerine karşın hastaların % 50 'si kanamadan 12 saat sonra hastaneye başvurmaktadırlar. Bunun nedeni bilgi eksikliği olarak bildirilmiştir. Melena, hemoptizi konusunda hastalara eğitimler verilmeli ve bu gibi durumlarda doktora gitmeleri konusunda bilgilendirilerek taburcu edilmelidirler (Eroğlu SE ve ark 2012).

Postoperatif Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı

Postoperatif dönemde açık kalp cerrahisi sonrası görülebilecek tüm komplikasyonlar ve PTE'nin özel komplikasyonları görülebilir (Narayana ve ark 2010). Pulmoner endarterektomiye yönelik özel komplikasyonlar ;

1.Reperfüzyon akciğer hasarı:

İlk 24 saatte gelişen oksijen ve mekanik ventilasyon ihtiyacını arttıran (> 2), reperfüzyona verilen akut bir yanıttır. Reperfüzyon ödemi olarak da adlandırılan bu durum orta-ağır akut akciğer hasarına yol açarak (nadiren pulmoner hemoraji) ölüme sebep olabilir (Yıldızeli ve ark 2010). PTE ameliyatı sonrası %10 hastada reperfüzyon hasarı ve akciğer ödemi gelişebilmektedir (Freed ve ark 2010, Özcan ve ark 2008, Mares ve ark 2000). Akciğer hasarı ilk 24 saatte başlar ancak bulguların ortaya çıkması 72 saati bulabilir (Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005).

Reperfüzyon akciğer hasarı bir inflamasyon sendromu ve artmış permeabilite olarak tanımlanabilir. İskemik kalan dokuda, nötrofillerin akciğer endoteline adezyonunu takiben proteolitik enzimler ve serbest oksijen radikalleri açığa çıkar. Buna bağlı pulmoner kapiller permeabilite artar. Pulmoner ödem gelişmesiyle akciğerlerin ventilasyon/perfüzyon oranı bozulur (Freed ve ark 2010, Özcan ve ark 2008, Ekim ve ark 2005). Akciğerlerde hasar, hipoksemi, pulmoner hipertansiyon ve non-hidrostatik akciğer ödeminden akut respiratuar distres sendromuna (ARDS) kadar değişen bir klinik spektrum gösterebilir (Ekim ve ark 2005).

Hemşirelik Bakımı:

- Endotrekeal tüpten, kanlı köpüklü sekresyon gelmesi akut akciğer hasarını düşündürmelidir. Bu konuda dikkatli davranılmalı ve hasta yakından izlenmelidir (Çiçek 2012). Reperfüzyon akciğer hasarı gelişmesi durumunda yüksek basınçlı ventilasyon yapılır. Yüksek PEEP (5mmHg ve üstünde) uygulanarak V/P oranı düzeltilmeye çalışılmalıdır (Sunar ve ark 2013, Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005, Mares ve ark 2000, Fedullo ve ark 1999). Inverso-ratio ventilasyon (İ/E normalde 1/2 sn dir bu oran 2/1 sn ayarlanır) ve düşük tidal volümlü ventilasyon (<8 ml/kg) uygulanmalıdır (Sunar ve ark 2013, Demir ve Ünser 2008, Fedullo ve ark 1999). Serbest oksijen radikallerinin oluşumunu engellemek amacı ile FİO₂ seviyesi düşük tutulmalıdır, hastalarda satürasyonun %90 kadar düşmesine izin verilebilir (Çiçek 2012, Yıldızeli ve ark 2010). Kan viskozitesini artırarak akciğer ödemi engellemek için hemotokrit seviyesi %32-36 ve daha yüksek tutulmalıdır.(Sunar ve ark 2013, Özcan ve ark 2008, Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005).
- Ameliyat sonrası verilen sıvı volümü çok önemlidir. Aldığı çıkardığı izlemi çok dikkatli yapılmalıdır (Asgar Pour ve Demir Korkmaz 2010, Demir ve Ünser 2008). Doktor istemi doğrultusunda uygun diüretik ve kortikosteroid tedavisi yapılır (Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005). Diüretiklerin ve kortikosteroidlerin yan etkileri takip edilmelidir (hiponatremi, hipokalsemi, dehidratasyon, mental konfüzyon) (Demir ve Ünser 2008). Ağır olgularda inhaler nitrik oksit ve hatta ECMO (extra corporeal membrane oxygenation) uygulanır. Nitrik oksit inhalasyonunun gaz değişimine fayda sağladığı ancak etkisinin kısa süreli olduğu bildirilmiştir (Yıldızeli ve ark 2010, Freed ve ark 2010, Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005, Mares ve ark 2000, Fedullo ve ark 1999).
- Extübe hastalarda acil ilaçlar ve entübasyon malzemeleri hazırda bulundurulmalıdır, hastaların entübe edilmesi gerekebilir. Arteriyel kanda oksijen basıncı % 90'ı geçene kadar maske ile %100 oksijen verilir. Eğer %100 oksijen

verilmesine rağmen PaO₂ 60 mmHg'nın altında, PaCO₂ 50 mmHg'nın üstünde ise hasta entübe edilmelidir (Sunar ve ark 2013).

- Hastanın anksiyetesini azaltmak için çevresel uyaranlar azaltılır, her uygulama öncesi hasta bilgilendirilmelidir (Demir 2008). Hastanın uyuması için imkan sağlanması anksiyetesini azaltmak için diğer bir yöntemdir (Asgar Pour ve Demir Korkmaz 2010).
- Hastanın durumu stabilize olduktan sonra hangi aktivitelerin önemli olduğu ve öncelikli aktiviteler hasta ile birlikte belirlenmelidir. Yatak içinde 2 saatte bir pozisyon değişikliği yapmak, oda içinde hareket edebilmesine olanak sağlamak hasta için yararlı olacaktır. Aktivite artışını dereceli olarak yapmak gerekir. Yatakta, oturarak veya yatak kenarında ROM egzersizleri yaptırılabilir (Demir ve Ünser 2008). Egzersizlere günde 10-15 dakika ile başlanmalı yavaş yavaş artırılmalıdır (Hanözü 2006).

2. Rezidüel pulmoner hipertansiyon

Olguların %10-15'inde görülür. PTE sonrası cerrahi mortaliteyi arttıran bir durumdur (Yıldızeli ve ark 2010). PTE sonrası hastaların 2/3'sinde ameliyat sonrasında anlamlı hemodinamik düzelme görülmektedir; olguların sadece %3-5'inde düzelme çok az olmakta veya hiç olmamaktadır (Auger 2004). Cerrahiden yararlanamamanın nedeni yetersiz endarterektomi, distal trombolitik patoloji veya sekonder vaskülopati olabilir (Sunar ve ark 2013).

Bu dönemdeki hastalara yaklaşımın hedefi, sistemik oksijen tüketimini en aza indirmek, sağ ventrikül yükünü en uygun düzeye getirmek ve inotropik destek sağlamaktır. Ancak, bu yaklaşımlar sırasında, sistemik hipotansiyondan ve koroner perfüzyon basıncındaki düşüklükten sakınılmalıdır. Hasta, ameliyat sonrası bu komplikasyonlu dönemi atlatabilirse, uzun dönemde pulmoner vazodilatör tedaviye (intravenöz epoprostenol veya endotelin antagonisti) mutlaka başlanmalıdır (Kayıkçıoğlu ve Rubin 2005, Auger 2004).

Hemşirelik Bakımı:

- Kalp hızı ve ritmi, kalp sesleri, hemodinamisi değerlendirilmeli ve özellikle taşikardi, hipotansiyon, kardiyak aritmiler varsa hekime bildirilmelidir (Demir 2008).
- Hastanın bakımı, aralıklı dinlenme periyotlarına izin verecek şekilde organize edilmelidir. Hastada dispne, solunum hızında yavaşlama, yüzeysel solunum, algılama düzeyinde azalma ya da koordinasyon kaybı varsa aktivite kısıtlanmalıdır (Demir 2008). Fiziksel hareket hastanın tolere edebildiği ölçüde yavaş yavaş kademeli olarak arttırılmalıdır. Göğüs ağrısı, bas dönmesi, nefes darlığı ve yorgunluğa neden olan hareketleri bırakması söylenmeli ve kaçınılması gereken aktiviteler konusunda hekim önerilerine bağlı kalması sağlanmalıdır. Hareket toleransı azalmışsa hekim ya da hemşireye haber vermesi gerektiği anlatılmalıdır (Demir ve Ünser 2008, Demir 2008).
- Hipoksemi, güçlü bir pulmoner vazokonstriktör olduğundan, hipoksemi belirti ve bulguları (konfüzyon, huzursuzluk, dispne, aritmi, taşikardi, siyanoz)

gözlenmelidir (Demir 2008). KTEPH hastalarına oksijen satürasyonu sürekli >%90 kalacak şekilde oksijen destek tedavisi önerilmektedir. Özellikle uyku döneminde olası hipoksi açısından hastalar değerlendirilmelidir (ISHLT 2009).

- Sıvı volüm fazlalığı belirti ve bulguları değerlendirilmeli, aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır. Özellikle tibia ve sakrum üzerindeki bölgeler palpe edilerek ödem kontrolü yapılmalıdır. Sıvı yüklenmesi var ise sodyum ve sıvı kısıtlanmalıdır. Doktor istemine göre diuretikler verilmeli ve potansiyel yan etkiler izlenmelidir (hipopotasemi, hiponatremi, hipomagnezemi) (Demir 2008).
- Yeterli beslenmeyi sürdürebilmek için besin gereksinimini karşılayan, hoşça giden yiyecek ve sıvıları seçmede hastaya yardım edilmeli ve öğünlerden önce ağız bakımı sağlanmalıdır. Büyük öğünler yerine sık ve küçük öğünler tavsiye edilir. Düşük sodyumlu diyeti daha lezzetli hale getirmek için hekim ve diyetisyen uygun buluyorsa baharat, çeşni kullanması önerilir. Gastrik distansiyon ve diyafragmada basınç artışı önlemek için gaz yapan yiyeceklerden, karbonatlı içeceklerden kaçınılması önerilmelidir (Demir 2008).
- Hastada anksiyete belirtileri (huzursuzluk, terleme, taşikardi, iştahsızlık, uykusuzluk) varsa sessiz ve rahat bir ortam sağlanmalıdır. Hekim istemine göre sedatize edilebilir. Ziyaretçi sayısı ve süresi sınırlandırılmalıdır (Demir 2008).

3. Abondan hemoptizi

Peroperatif dönemde K Antivitaminleri ile oral antikoagülan ilaç kullanımı, açık kalp ameliyatı sırasında hastaya antikoagülan ilaçların verilmesi, hipotermi ve ekstrakorporal sirkülasyon uygulanmasına bağlı postoperatif erken dönemde hastaların kanama riski çok yüksektir (Narayana ve ark 2010, Asgar Pour ve Demir Korkmaz 2010).

Bu terim 24 saatte pulmoner arterlerden en az 600 ml kanamanın olması demektir. Ölüme yol açabilen diğer bir durumdur. Pulmoner hemoraji korkulan bir komplikasyon olup diseksiyon planının parenkime kadar ilerlediğini yada mekanik bir travmayı gösterir. Kanamada öncelik kanamanın lokalizasyonu ve endobronşial bloker ile durdurulmasıdır. Bu işlemler yapılırken muhakkak ameliyat hazırlığı yapılmalı kanamanın durmaması halinde hasta ameliyata alınarak kanama durdurulmalıdır. Lokalize edilebilen hemoptiziler embolizasyon ile tedavi edilir (Sunar ve ark 2013).

Hemşirelik Bakımı :

- Endotrokeal aspirasyon, tekniğine uygun yapılmalı ve küçük numaralı aspirasyon sondaları kullanılmalıdır. Endotrokeal aspirasyonda vakum basıncının yüksek olmasından (aspiratör basıncı 80-140 mmHg, duvar tipi aspiratörler 110-120 mmHg) kaçınılmalıdır. Sekresyonun rengine ve hemoptizik olup olmadığına dikkat edilmelidir (Ovayolu ve ark 2008, Özden 2007).
- Hasta sakinleştirilmeye, korku ve kaygıları giderilmeye çalışılmalı, sakin bir ses tonu ile anlaşılır şekilde konuşularak işlemler anlatılmalıdır (Ovayolu ve ark 2008).

- Acil durumlar için trakeostomi seti, entübasyon malzemeleri ve aspirasyon işlemleri için araç gereç hazır bulundurulmalıdır. Ağız bakımı sık sık yapılmalıdır. İşlemler devam ederken hasta için ameliyat hazırlıkları başlatılmalıdır (Ovayolu ve ark 2008).

SONUÇ

Son dönemlerde PTE sonrası uzun dönem sonuçlar da yayınlanmaya başlanmıştır. PTE sonrası >6 yıl sağ kalım oranı %75'dir. Bu oran akciğer veya kalp-akciğer transplantasyonundan yüksektir. Olguların %62'si işlerine dönmüşlerdir. Hastaların sadece %10'unda, PTE sonrası oksijen ihtiyacı devam etmiştir. Bu sonuçlar PTE'nin sağ kalım oranını ve yaşam kalitesini arttırdığını göstermektedir (Çiçek 2012, Yıldızeli ve ark 2010).

Hastaların iyileşme sürecini cerrahi işlemin başarısı kadar etkileyen diğer bir durum ise kaliteli hemşirelik bakımı almalarından geçmektedir. Doğru hemşirelik bakımının iyileşme süreci üzerine etkisi tartışılmazdır. Hastaların kaliteli sağlık hizmeti almaları ve normal hayatlarına daha çabuk dönmeleri ; bilgili, deneyimli hemşirelerin varlığı ve ameliyat sonrası etkin bakım planları ile mümkündür.

KAYNAKLAR

- Alay M, Demir C, Atmaca M ve ark . Oral Antikoagulan Tedavi Seyrinde Kanama Komplikasyonu ile Gelen Hastaların Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi 2011; 18 (1): 9-14
- Asgar Pour H, Demir Korkmaz F. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010; 26(1): 77-86.
- Auger WR, Kerr KM, Kim NH ve ark. Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. Cardiol Clin 2004; 22: 453-66.
- Bilge Öztürk A, Mertoglu M, Okumuş G ve ark. Pulmoner Tromboendarterektomi: Olgu Sunumu. Toraks Dergisi 2006; 7(2): 132-134.
- Çiçek S. Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon Tedavisinde Gerçekçi Bir Çözüm: Pulmoner Tromboendarterektomi. Kardio Vital 2012; Ocak (6): 1-2.
- Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Edirne: T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı; 2008.
- Demir M, Ünser S. Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3 (8): 120-130.
- Ekim H, Erdoğan HB, Kutay V ve ark. Abdominal Aortaya Kros Klemp Konmasının Neden Olduğu İskemi/reperfüzyon Hasarının Akciğerlere Etkisi. Van Tıp Dergisi 2005; 12 (3):175-178.
- Eroglu M, Çınar O, Çevik E ve ark. Varfarin Tedavisine Bağlı Komplikasyonlar Nedeniyle Acil Servisten Yoğun Bakıma Yatırılan Olguların Analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2011 ;11(1):9-12.
- Eroglu SE, Altınok Denizbaşı A, Özpolat Ç ve ark. Varfarin Kullanım Öyküsü Olan Hastalarda, INR Değerleriyle Komplikasyon Gelişim Risk İlişkisinin Ortaya Konması. Marmara Medical Journal 2012; 25: 138-42.
- Fedullo PF, Auger WR, Dembitsky WP. Postoperative Management of The Patient Undergoing Pulmonary Thromboendarterectomy. Semin Thorac Cardiovasc Surg 1999 ;11: 172-8.

- Freed DH, Thomson BM, Berman M ve ark. Survival Afer Pulmonary Thromboendarterectomy: Effect of Residual Pulmonary Hypertension. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2010; May: 12
- Hanözü M. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Gelişen Torasik Komplikasyonlar. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Siyami Ersak Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2006
- Kayıkçıoğlu M, Kültürsay H. Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon Tedavisine Güncel Yaklaşım ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Kliniği'nin Deneyimi. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol* 2009; 37(8): 580-590.
- Kayıkçıoğlu M, Rubin LJ. Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon. *Türk Kardiyol Dern Arfl - Arch Turk Soc Cardiol* 2005; 33(7): 423-432.
- Mares P, Gilbert TB, Tschernko EM ve ark. Pulmonary Artery Thromboendarterectomy: A Comparison of Two Different Postoperative Treatment Strategies. *Anesth Analg* 2000: 267-73.
- Narayana Iyengar RM, Hegde D, Chattuparambil B ve ark. Postoperative Management of Pulmonary Endarterectomy and Outcome. *Ann Card Anaesth* 2010; 13: 22-7.
- Ovayolu N , Ovayolu Ö , Ateş Ç. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3 (9): 3-14.
- Özen D. Kapalı Sistem Aspirasyon Yöntemi. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 11(3): 29-37.
- Pulmoner Hipertansiyon Tanı ve Tedavi kılavuzu Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Solunum Derneği (ERS) Pulmoner Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Görev Grubu tarafından oluşturulmuş ve Uluslararası Kalp ve Akciğer Transplantasyonu Derneği (ISHLT) tarafından onaylanmıştır. *European Heart Journal* 2009; 30: 2493-2537
- Sunar H, Yıldızeli B, Taş S ve ark. Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyonda Pulmoner Endarterektomi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2013; 21(1): 7-13.
- Vefa Özcan A, Baltalarlı A, Sungur Tekin H ve ark. Pulmoner Tromboendarterektomi Olgusu. *Fırat Tıp Dergisi* 2008; 13(2): 156-158.
- Yıldızeli B, İsbir S, Dal D. Pulmoner Tromboendarterektomi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2010; 1-7

GEBELİKTE SIK KARŞILAŞILAN YAKINMALAR, FİZİKSEL, RUHSAL VE CİNSEL SAĞLIK SORUNLARI, RİSK FAKTÖRLERİ VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİLERİ

COMMON SYMPTOMS, HEALTH PROBLEMS, RISK FACTORS, AND RELATIONSHIPS WITH THEIR QUALITY OF LIFE DURING THE PREGNANCY

Uz. Hem. Gülsün ÖZÇELİK*

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM**

*Adnan Menderes Üniversitesi, Uygulama ve Araştırma Hastanesi

**Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü

Bu çalışma Şanlıurfa'da 19-21 Ekim 2011 tarihinde yapılan 13. Uluslararası Hemşirelik Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma kesitsel olarak olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenen 607 gebe kadın ile yapılmıştır. 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 sayı, yüzde ve çoklu linear regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki gebelerin yaş ortalaması $27,42 \pm 5,04$ idi. Gebelerin %99,8'inin gebelikleri süresince bir ve daha fazla sık karşılaşılan yakınma ile karşılaştıkları saptanmıştır. En fazla karşılaşılan yakınmaların sık idrara çıkma (%81,0), bulantı ve kusma (%66,1), mide yanması (%58,4), sırt ağrısı (%53,7), vajinal akıntıda artış (%45,3) ve üriner sistem enfeksiyonu (%45,0) olduğu görülmüştür. Gebelerin %84,8'inin en az bir yüksek risk faktörü taşıdığı, %14,8'inin sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattığı, %16,1'inin yüksek depresyon riskinde olduğu, %80,1'inin gebelik döneminde cinsel yaşamlarında değişiklik olduğu ve %13,8'inin gebelikten önce cinsel sorunu bulunduğu saptanmıştır. Çoklu regresyon analizi sonuçları yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, yüksek risk sayısındaki artış, gebelikten önce cinsel sorunu olma ve gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama durumlarının gebelerinin yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde olumsuz etkilediğini göstermiştir.

Sonuç: Bu araştırmada, gebelerin çok büyük bir bölümünde bir ve daha fazla gebeliğe ilişkin yüksek riskli durumun bulunduğu, yaygın bir biçimde fiziksel, ruhsal ve cinsel problemler yaşadıkları; tüm bunların gebelerin yaşam kalitesini olumsuz biçimde etkilediği sonuçları açığa çıkarılmıştır. Bu sonuçların mevcut doğum öncesi bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumunda kullanılması ile anne ve bebek sağlığının gelişimine katkı oluşturulabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebe kadınlar, gebelik komplikasyonları, depresyon, yaşam kalitesi, risk faktörleri, prenatal bakım.

ABSTRACT

Aim: *The present study aimed to investigate the physical, psychological and sexual health problems during pregnancy, risk factors and the relationship with quality of life.*

Method: *The cross-sectional study was conducted with 607 pregnant women determined by non-probability sampling method. 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 and the Short Form (SF)-36 quality of life scale. Data were analyzed with the number, percentage, and multiple linear regression analysis.*

Results: *The mean age of the pregnant women was 27.42±5.04. 99.8% of the pregnant women reported one or more common complaints. The most frequent problem was polyuria (81.0%), followed by nausea-vomiting (66.1%), heartburn (58.4%) and back pain (53.7%), vaginal discharge (45.3%) and urinary tract infection (45.0%). Of the pregnant women, 84.8% had at least one risk factor, 14.8% were hospitalized due to health problems, 16.1% were at high risk of depression, 80.1% experienced changes in sexual life during pregnancy, and 13.8% had sexual problems prior to 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.*

Conclusion: *In this study, it is concluded that a very large part of the pregnant women have got at one and more high risk for pregnancy, experienced widespread physical, psychological and sexual problems, all of them adversely affect the quality of life of pregnant women. Using of these results in the planning and presentation of the prenatal care services, mother-and-child health might be improvement.*

Key Words: *Pregnant women, pregnancy complications, depression, quality of life, risk factors, prenatal care.*

GİRİŞ

Gebelik heyecan ve belirsizliklerin yoğun biçimde yaşandığı bir dönemdir. Ülkemizde 2011 yılında yaklaşık 1 238 970 kadın doğum yapmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı 2011). Bu kadınların gebelikleri süresince çok sayıda fiziksel, psiko-sosyal, ekonomik ve kültürel problem ile karşı karşıya geldiği tahmin edilmektedir. Gebelik süresince oluşan fiziksel ve ruhsal problemlerin çoğunun hormonal değişikliklere ve genişleyen uterusu bağlı olarak geliştiği bilinmektedir. Bu problemler, bazı yüksek risk faktörleri ile bir araya geldiğinde gebenin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, anne ve bebek ölüm ve hastalanma oranlarını artırmaktadır.

Gebelik süresince kadının vücut fonksiyonlarında önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Genellikle fiziksel belirti ya da gebelikte sık karşılaşılan yakınma olarak

ifade edilen bu değişiklikler, bulantı-kusma ve mide ekşimesinden bacaklarda kramp, hemoroit ve solunum sıkıntısına kadar geniş bir yelpazede farklılık göstermektedir. Bu yakınmalar kadının hoşnutsuzluğuna neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Kamysheva ve ark. 2009, Ricci 2007).

Gebelikte perinatal morbidite ve mortaliteyi etkileyen çok sayıda risk faktörü bulunmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'de, ülkemizdeki doğumların %61,0'ünün herhangi bir yüksek risk kategorisinde olduğu gösterilmektedir. En sık karşılaşılan risk kategorileri de doğum sırasının üç ve daha fazla (%11,2) ve doğum aralığının 24 aydan kısa (%8,2) olması olarak bildirilmiştir (Koç ve ark. 2009).

Yüksek riskli gebeliklerin anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilmek için yakın izlem ve bakımları gerekmektedir. Yüksek riskli gebelik tanısı konmuş gebeler gerektiğinde, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için hastaneye yatırılabilirler. Hastanede yatan yüksek riskli gebenin bakım gereksinimleri arasında antenatal bakım, fetal sağlığı değerlendirme ve yatak istirahatıyla ortaya çıkan fiziksel sorunlara yönelik girişimler ve psikososyal bakım gereksinimleri yer almaktadır (Lowdermilk ve Perry 2007).

Gebelik psikolojik değişikliklerin de yoğun bir biçimde yaşandığı gelişimsel bir kriz dönemidir. Gebenin yaşadığı ambivalan duyguları, kendisinin ve bebeğinin sağlığına ilişkin anksiyetesi, doğum sonu yaşamında oluşabilecek değişimlere ilişkin endişe ve başa çıkamama korkusu, özellikle primipar annelerde, normal olarak kabul edilmektedir. Ancak, gebeliğin ilk trimestrinde yaşanan mide bulantısı, memelerde hassasiyet ve diğer fiziksel değişimler, kadının ruhsal dengesini değiştirebilir. İkinci trimestirde daha çok bedende, beden imgesinde ve seksüel ilgide oluşan değişimler, doğuma ilişkin anksiyete, ruhsal durumdaki değişimleri daha da artırabilir. Gebeliğin son trimestirinde ise, doğuma hazırlanma, bebeğin bakımına ilişkin fiziksel ve zihinsel meşguliyetin artması ve sosyal izolasyon, ruhsal dengeyi olumsuz yönde etkilemektedir (Cantwell ve Cox 2003, Kuğu ve Akyüz 2001).

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, Gürkan 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların %38,3'ünün gebelikten önceki yaşamlarında ve %33,0'ünün gebelikleri süresince cinsel problem yaşadıklarını bildirdikleri rapor edilmiştir (Acele ve Karaçam 2011). Tayland'ta yapılan bir çalışmada ise gebelerin sadece %11,2'sinin gebelikte cinsel yaşamlarından memnun oldukları; %47,0'ünün fetüse zarar geleceği korkusu yaşadıkları ve % 90'nının da son dört haftadır cinsel ilişkide bulunmadıkları bildirilmiştir (Kerdarunsukri ve Manusirivithaya 2010).

Gebelik süresince meydana gelen bütün bu değişimler gebenin fiziksel, psiko-sosyal ve cinsel fonksiyonlarını ve yaşam kalitesi olumsuz etkilemektedir. Yaşam kalitesinin incelendiği bazı araştırmalarda normal gebelik boyunca yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alanında azalma olduğu rapor edilmiştir (Hueston ve Kasik-Miller 1998, Otchet ve ark. 1999). Ayrıca gebeliğin erken döneminde oluşan bulantı ve

kusmanın da kadının yaşam şekline önemli sınırlamalar getirdiği ve sonuçta aile, sosyal çevre ve iş yaşantısını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Attard ve ark. 2002).

Hemşirenin, gebelerde oluşan fiziksel, psiko-sosyal ve cinsel değişiklikleri tanılama, gebelerin bu değişikliklerle baş etme becerisini geliştirme, sağlık sorunu ve/veya yüksek riskli durum ortaya çıktığında ileri sevkini, hastanede ve evde bakımı ve izlemine sağlama, dolayısıyla yaşam kalitesini geliştirmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumlulukları yerine getirirken ve bakımı planlarken, hemşirenin gebelerin hangi sağlık sorunlarını yaşadıkları, hangi yüksek risk kategorisinde buldukları ve bu sağlık sorunlarının yaşam kalitesini nasıl etkilediği ile ilgili veriye gereksinimi bulunmaktadır. Bu veriler hemşirelik hizmetlerinin planlanması ve sunumuna katkı sağlayabilir. Ancak, lkemizde gebelikte yaşanan fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmasına rağmen, bu sorunların yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın soruları ise; 1) gebelerin sık karşılaştıkları yakınmalar ve görülme sıklıkları nedir? 2) gebelikte risk faktörlerinin görülme sıklığı nedir? 3) gebelerin sağlık sorunları ve hastaneye yatma durumları nedir? 4) gebelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler nedir? idi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma kesitsel olarak, Kasım 2009 ve Mayıs 2010 tarihleri arasında, Aydın il merkezi kentsel bölgede bulunan dokuz adet sağlık ocağına bağlı bölgelerde ikamet eden gebeler ile yapılmıştır. Araştırmaya olasılıksız örnekleme yöntemi ile gebeliğinin 28-42 haftasında olan 607 kadın dâhil edilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı dönemde Aydın il merkezi kentsel bölgede ikamet eden tüm gebe sayısı 1442 idi. Örnekleme alınacak en az birey sayısı %95 güven aralığı ($\alpha=0,05$), $P=0.50$ ve $n=1442$ evren sayısı ile hesaplanmış ve 304 bulunmuştur. Verilerinin toplanmasına ayrılan süre içinde gebeliğinin son trimesterinde olan 905 gebe araştırmaya davet edildi. Ancak bu gebelerden 68'i araştırmaya katılmayı kabul etmediği, 44'üne ulaşılamadığı, 18'i taşındığı, 72'si doğum yaptığı, 96'sı ilkokul mezunu olmadığı için çalışma 607 gebe ile tamamlanmıştır. Verilerinin toplanmasında kullanılan ölçüm araçları gebeler tarafından doldurulduğu için ilkokul / ilköğretim mezunu olmayan gebeler (96 kişi) araştırma kapsamına alınmamıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu, Risk Değerlendirme Formu, Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Anket formu; ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanan anket formunda gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, doğum öncesi bakım, sık karşılaşılan yakınmalar, sağlık sorunları ve hastaneye yatma, gebelik öncesi ve sırasında cinsel yaşama ilişkin durumların sorgulandığı 30 soru yer almakta idi (Cantwell ve Cox 2003, Gökyıldız ve Beji 2005, Kamysheva ve ark. 2009, Lowdermilk ve Perry 2007). Bu forma ilişkin Doğum ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında doktora eğitimi olan altı hemşirenin görüşleri alınmış ve öneriler

doğrultusunda yeniden düzenleme yapılmıştır. Ardından 15 gebe ile ön uygulama yapılmış ve anket formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği geliştirilmiştir. Ön uygulama yapılan gebeler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Risk Değerlendirme Formu; bu çalışmada yüksek riskli gebeleri saptamak için T.C Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen Risk Değerlendirme Formu kullanılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2011). Bu formda kadınların obstetrik öykü, mevcut gebelik ve genel tıbbi öyküleri ile ilgili riskli durumların sorgulandığı 23 soru yer almaktadır. Formdaki her soru "Evet" ve "Hayır" şeklinde cevaplanmaktadır. Forma göre, sorulardan herhangi birine evet cevabı verilirse, gebenin yüksek riskli olduğu kabul edilmekte ve mutlaka kadın doğum uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda bu form gebeler ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuş ve verilen cevaba göre her soru "Evet" ve "Hayır" şeklinde değerlendirilmiştir. Veri toplama işlemi tamamlandıktan sonra, formdaki bir ve daha fazla soruya "Evet" cevabı veren gebeler aile hekimi / ebesi ile görüşme yapmak üzere yönlendirilmiştir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE); Araştırmada gebelerin depresyon düzeyini belirlemek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği, yapılan BDE kullanılmıştır (Beck ve ark. 1979, Hisli 1988). Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. 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. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında iki yarım test güvenilirlik katsayısının 0,74 olduğu bildirilmiştir (Savaşır ve Şahin 1997). Bu çalışmada gebelerin toplam BDE puanları hesaplanmış ve 17 ve üzerinde puanı olanlar yüksek depresyon riskinde olarak değerlendirilmiştir.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey SF-36); Ware ve Sherbourne tarafından klinik uygulama ve araştırmalarda, ağılık politikalarını n değerlendirilmesinde ve genel populasyon incelemelerinde kullanılmak üzere 1989 yılında geliştirilmiştir (Ware ve Sherbourne 1992). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 1995 yılında Pınar tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır (Pınar 1995). Pınar'ın (1995) çalışmasında SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin test-retest değeri 0,94 ve iç tutarlılığında Cronbach Alfa değeri 0,91 olarak bildirilmiştir. Ölçek ile hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları, hem de toplam olarak yaşam kalitesi değerlendirilebilir. Toplam puanda 0 en kötü sağlığı, 100 en iyi sağlık durumunu göstermektedir (Pınar 1995, Ware ve Sherbourne 1992). Ölçeğin bu çalışmanın verilerine göre hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0,89'dir.

Araştırmanın uygulanmasında, önce Aydın il merkezi kentsel bölgede ikamet eden ve gebeliğinin son trimesterinde olan gebelerin adres bilgileri ev halkı tespit fişlerinden elde edilmiştir. Tespit edilen adreslere gidilerek, gebelere araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu ve risk değerlendirme formu

doldurulmuştur. Daha sonra gebelere Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin doldurulmasına ilişkin açıklama yapılmış ve bu ölçekleri doldurmaları sağlanmıştır. Tüm veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 30–60 dakikada tamamlanmıştır. İlk ziyarette ulaşılamayan gebelere ikinci, ikinci ziyarette ulaşılamayanlara da üçüncü kez ziyaret yapılmıştır. Araştırma sırasında sağlık sorunu saptanan gebelere eğitim yapılmış, danışmanlık verilmiş, soruları yanıtlanmış ve hizmet aldıkları sağlık kurumuna sevk edilmişlerdir. Ayrıca toplam BDE puanı 17 ve üstünde olan gebeler ileri tanı ve tedaviye yönlendirilmiştir. Araştırmanın veri toplama sürecine ayrılan süre içinde tüm gebelere ulaşılmaması hedeflendiğinden, sağlık kurumlarında veri toplamaya uygun fiziksel ortamların bulunmamasından ve Aydın il merkezinde ulaşımın kolay olmasından dolayı ev ziyareti yapılması tercih edilmiştir.

Araştırmanın Aydın il merkezindeki tüm sağlık ocaklarına bağılı bölgelerde yapılabilmesi için Aydın Valiliğı İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma protokolü Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences Version 11,5 (SPSS Inc., IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, doğum öncesi bakım, sık karşılaşılan yakınmalar, sağlık sorunları ve hastaneye yatma, gebelik öncesi ve sırasında cinsel yaşam, yüksek risk faktörü ve depresyon ile ilgili verileri sayı, yüzde ve ortalama ile incelenmiştir. Gebelerin yaşam kalitesini etkileyen değışkenlerin seçiminde, stepwise metodu ile çoklu linear regresyon analizi kullanılmıştır. Bu analizde gebenin yaşı, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesine sahip olma, medeni durumu, evlilik yılı, eşin eğitim düzeyi ve çalışma durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, canlı doğum 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 değışiklik, risk değılendirme formuna göre risk sayısından oluşan 22 tane bağımsız değışken modele alınmıştır. Modelin bağımlı değışkenini ise SF-36 Yaşam Kalitesi Öleğı toplam puanı oluşturmuştur. $P < 0,05$ değıerleri için istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

BULGULAR VE YORUM

Araştırmada, gebeliğinin üçüncü trimestirinde olan 607 gebenin 343 (% 56,5)' 28–32, 217 (% 35,7)'si 33–37 ve 47 (% 7,7)'si 38–41 gebelik haftasında idiler. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $27,42 \pm 5,04$ (Aralık:16-44) idi. Gebelerin yaş grubu, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, sosyal güvencesi, medeni durumu, evlilik süresi, eşinin eğitim ve çalışma durumları ile ilgili veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Gebelerin tanıtıcı özellikleri (n=607)

Değişkenler	n (%)
Yaş	
16 ve 17	6 (1,0)
18-34	546 (90,0)
35-44	55 (9,0)
Eğitim durumları	
İlkokul	193 (31,8)
Ortaokul	92 (15,2)
Lise	182 (30,0)
Üniversite	140 (23,0)
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)
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)	
1-5	393 (64,7)
6-10	143 (23,6)
11-15	51 (8,4)
16-29	20 (3,3)

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

Araştırma kapsamındaki gebelerin %47,7'sinin iki-üç kez gebe kaldığı, %32,9'unun bir kez canlı doğum yaptığı, %48,6'sının 1-3 tane yaşayan çocuğunun olduğu, %15,2'sinin bir ve daha fazla düşük ve %1,8'inin bir ve daha fazla ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Gebelerin %34,4'ünün planlanmamış gebeliğe sahip oldukları ve %16,5'inin gebelik aralığının 24 ay'dan daha az olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin tamamı doğum öncesi bakım aldıklarını, %96,9'u gebeliğinin 1-3. ayında doğum öncesi bakım almaya başladıklarını ve %97,4'ü sağlık çalışanlarının

uygun gördüğü sıklıkta izleme katıldıklarını bildirmişlerdir. Gebelerin %31,6'sının gebelik öncesi dönemde kronik bir sağlık sorunlarının olduğu ve %10,2'sinin sürekli kullandıkları ilaçlarının bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Gebelerin sık karşılaştıkları yakınmalar ile ilgili verileri (n=607)

Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar	Sayı (%)
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 / burun kanaması	147 (24,2)
Kabızlık	81 (13,3)
Bacaklarda / genital bölgede varis	66 (10,9)
Hemoroid	39 (6,4)
Karpal tunel sendromu	19 (3,1)
Aşırı tükrük salgılanması	6 (1,0)
Gebelik maskesinin oluşması	6 (1,0)
Palmar eritem	4 (0,7)
Pika	3 (0,5)

Araştırma örneklemine alınan gebelerin sık karşılaşılan problemler ile ilgili verileri Tablo 2’te verilmiştir. Gebelerin %99,8’inin gebelikleri süresince herhangi bir gebelikte sık karşılaşılan yakınma yaşadıkları; en fazla sık idrara çıkma (%81,0), bulantı ve kusma (%66,1), mide yanması (%58,4), sırt ağrısı (%53,7), vajinal akıntıda artış (%45,3) ve üriner sistem enfeksiyonu (%45,0) sorunlarını yaşadıkları belirlenmiştir.

Tablo 3. 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
Üç 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	n	%	n	%
Astım / bronşit/ alerji	6	1,0	601	99,0
Migren	4	0,7	603	99,3
Orak hücreli anemi	4	0,7	603	99,3
Hepatit B ve C taşıyıcı	2	0,3	605	99,7
Romatizma	2	0,3	605	99,7
Guatr	1	0,2	606	99,8
Hemofili faktör 8 eksikliği	1	0,2	606	99,8
Epilepsi	1	0,2	606	99,8
Ülseratif kolit	1	0,2	606	99,8
Bel fıtığı	1	0,2	606	99,8
Gestasyonel diyabet	2	0,3	605	99,7

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 %15,5'inin üç ve daha fazla sayıda risk faktörü taşıdıkları saptanmıştır. Tablo 3 gebelerin taşıdıkları risk faktörlerini göstermektedir.

Tablo 4: Gebelerin Sağlık Sorunları ve Hastaneye Yatma İle İlgili Verileri (N=607)

Hastaneye yatma ile ilgili bilgiler	n (%)
Gebelik süresince hastaneye yatma	
Yatan	90 (14,8)
Yatmayan	517 (85,2)
Hastaneye başvurma nedeni	
Bulantı-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 uyumsuzluğu	1 (0,2)
Ateş	1 (0,2)
Tansiyon düşüklüğü	1 (0,2)
Vajinal enfeksiyon	1 (0,2)
Fetal hareket yokluğu	1 (0,2)
Hastaneye yattığı gebelik haftası	
4-20	68 (11,2)
21-35	22 (3,6)
Hastanede kalma süresi	
1 gün	39 (6,4)
2 gün	19 (3,1)
3 gün	15 (2,5)
4-17 gün	17 (2,8)
Yüksek depresyon riskinde	
Olan	98 (16,1)
Olmayan	509 (83,9)
Gebelikten önce cinsel sorunu	
Olan	84 (13,8)
Olmayan	523 (86,2)
Gebelikten süresince cinsel yaşamda değişiklik	
Olan	486 (80,1)
Olmayan	121 (19,9)

Araştırmada gebelerin %14,8'i sağlık sorunu nedeniyle hastanede yatarak tedavi almışlardır. Hastaneye yatırılıp yapılan gebelerin daha fazla bulantı-kusma (%5,4; n=33), vajinal kanama (%4,0; n=24) ve ağrı (%3,3; n=20) şikâyetleri ile başvuruda buldukları, %11,2'sinin gebeliklerinin 4-20. haftalarında hastaneye yatırıldıkları ve bir gün süre ile yatak istirahatına (%6,4; n=39) alındıkları belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %16,1'inin Beck Depresyon Envanteri toplam puanının 17 ve üstünde olduğu ve yüksek depresyon riski taşıdıkları saptanmıştır. Gebelerin %13,8'i gebelikten önce cinsel sorunu bulunduğunu ve %80,1'i gebelik döneminde cinsel yaşamlarında değişiklik olduğunu bildirmişlerdir. Gebelik süresince cinsel yaşamda oluşan bu değişikliklerin cinsel istekte ve cinsel ilişki sıklığında azalma (%47,3), cinsel ilişki sırasında ağrı (%5,1), bebeğe zarar geleceği korkusu ile cinsel ilişkide bulunmama ya da daha az sayıda cinsel ilişkide bulunma (%19,8), doktor önerisi ile ilişkide bulunmama (%10,2) ve gebelikte günah olduğu düşüncesiyle cinsel ilişkide bulunmama (%1,0) olduğu saptanmıştır. Gebelerin sadece %0,3'ü gebelik öncesine göre cinsel yaşamdan daha fazla memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 5. Gebelerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler (n=607)

Faktörler	Beta	Std. hata	t	%95 güven aralığı		Kümülatif 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
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

Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Ölçek puan ortalamalarının dağılımı Tablo 5'de verilmiştir. Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının 54,71±12,94 olduğu ve normal dağılım özelliği gösterdiği belirlenmiştir. Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Duruma ilişkin alt ölçek puan ortalamasının 52,95±17,70, Esenliğe ilişkin puan ortalamasının 50,48±13,93 ve Genel Sağlığa ilişkin puan ortalamasının 66,88±16,69 olduğu belirlenmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ile Fonksiyonel Duruma ilişkin Alt Ölçek puanı arasındaki korelasyon r=0,828, Esenliğe ilişkin Alt Ölçek puan ortalaması arasındaki korelasyon r=0,876 ve Genel Sağlığa ilişkin Alt Ölçek puanı arasındaki korelasyon ise r=0,720 olarak bulunmuştur. SF-36 Yaşam Kalitesi toplam

Ölçek puanı ile alt ölçek puanları arasında yüksek düzeyde korelasyon bulunması nedeniyle karşılaştırmalar sadece toplam ölçek puanı ile yapılmıştır.

Gebelerin yaşam kalitesini etkileyen değişkenleri belirlemede kullanılan stepwise çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü artıran ve gebenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen beş tane değişken olduğunu göstermiştir (Tablo 5). Bunlar modelin gücüne en fazla katkıda bulunma sırasına göre; yüksek depresyon riskinde olma, hastaneye yatma, yüksek risk sayısı, gebelikten önce cinsel sorunu olma, gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama idi. Bu model gebelerin yaşam kalitesi varyansının % 32,0'ını açıklamıştır. Tablo 5'te belirtilen "Beta" kısmi korelasyon katsayısı olup, diğer bağımsız değişkenlerin etkisi sabit tutulduğunda her bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken ile ilişkisini göstermektedir (Akgl 2003). Bu araştırmada söz konusu korelasyonlar sırası ile -14,23, -7,38, -2,03, -5,56 ve -2,70 olarak hesaplanmıştır.

TARTIşMA

Bu araştırma, gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemek amacı ile kesitsel olarak Aydın il merkezinde ikamet eden ve uygunluk rneklemeye yöntemi seçilen 607 gebe kadın ile yapılmıştır. Araştırmada gebelerin tamamına yakınının gebelikleri süresince bir ve daha fazla sayıda gebelikte sık karşılaşılan yakınma yaşadığı, büyük bir bölümünün en az bir gebelik ile ilgili risk faktörü taşıdığı saptanmıştır. Yine araştırmada gebelerin önemli bir bölümünün sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattıkları, yüksek depresyon riski taşıdıkları ve cinsel yaşamlarında değişiklik olduğu görülmüştür. Araştırmanın çoklu regresyon analizi sonuçları gebelikte yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, sahip olunan yüksek risk sayısında artış, gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama durumları ile gebelerin yaşam kalite puanları arasında negatif ilişkinin olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, risk faktörleri, sağlık sorunları, hastaneye yatma ve bu durumların yaşam kalitesi ile ilişkisi hakkında ülkemizdeki gebelere ilişkin veri sunması bakımından önemlidir.

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının $27,42\pm 5.04$ ve çoğunun (%90) 18–34 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Kılıçarslan ve şahin 2010, şahsivar ve Marakoğlu 2010). Bu sonuçlara göre, çalışmaya dahil edilen kadınların yaş ortalamasının ideal doğum yapma yaş aralığında (20–30 yaş) ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile benzer özellikte olduğu söylenebilir.

Bu alışmada, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 kentsel bölge sonuçlarına benzer şekilde, gebelerin daha çok ilkokul mezunu olduğu (%31,8) görülmüştür (Yiğit ve ark. 2009). Kentsel bölgelerde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Kanber ve ark. 2011, Sunal ve Demiryay 2009). Bu sonuçlarla ülkemizde halen gebelerin eğitim seviyesinin düşük olduğu söylenebilir. Bu durum anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilir.

Araştırmaya katılan gebelerde resmi nikâha sahip olma oranının (%97,4), ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada bildirilen orandan (%94,7) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Dülgerler ve ark. 2005). Kurki ve arkadaşlarının Helsinki'de yaptığı araştırmada ise gebelerin sadece %61,3'ünün resmi nikâhının bulunduğu bildirilmiştir (Kurki ve ark. 2000). Resmi nikâhın varlığı gebenin eşine ait sosyal güvence imkânlarından yararlanmaları bakımından önemlidir. Ancak bu durumda kültürel farklılıkların da göz önünde bulundurulması gereklidir.

Bu araştırmada planlanmamış gebelik oranının (%34,4) Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 ve Sakarya'da yapılan bir araştırma sonucuna göre daha fazla olduğu görülmüştür (sırası ile %29,0 ve %20,7) (Eryurt ve ark. 2009, Sözeri ve ark. 2006). Planlanmamış gebelik, kadının psiko-sosyal ve ekonomik yönden gebeliğe hazır olamamanın yanında, doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmasını da azaltabilir ve bu durumda gebelik sonuçlarını olumsuz etkileyebilir.

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 (%77,1) ve Malatya'da (%48,0) yapılan çalışmalarda, bu oranın daha düşük olduğu görülmektedir (Çetin ve ark. 2005, Turan ve ark. 2008). Aydın il merkezi kentsel bölgede doğum öncesi bakım hizmetlerinin yüksek düzeyde olmasının, bu bölgede ebelik bakımının etkili ve yeterli verilmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada gebelerin önemli bir bölümünün (%32,6) gebelik öncesi dönemde bazı sağlık sorunlarının bulunduğu; en sık görülen sağlık problemlerinin gastrointestinal sisteme ilişkin rahatsızlıklar, varis, anemi, guatr olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan bir çalışmada Haas ve ark. (2004), gebelerin %23,8'inin, gebelik öncesi dönemde anemi, astım, depresyon ve diğer kronik hastalıklar gibi sağlık sorunları yaşadıklarını bildirmiştir. Kadınların gebelik öncesi dönemde anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilecek sağlık sorunlarına sahip olmaları, doğum öncesi bakım hizmetlerinin gebelik öncesi dönemde başlatılmasının gerekliliğini göstermesi bakımından önemlidir.

Sunal ve Demiryay'ın (2009) çalışma sonuçlarına benzer şekilde, bu araştırmada gebelerin yaklaşık tamamının bir ve daha fazla sık karşılaşılan yakınma ile karşılaştıkları görülmüştür. Bu yakınmalar sık idrara çıkmadan pikaya kadar çok farklı özellik göstermekte idi.

Bu araştırmada, gebelerde herhangi bir risk faktörü bulunma oranı TNSA 2008'de bildirilenden (%84,8'e karşı %61,0) daha yüksekti (Koç ve ark. 2009). Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada da gebelerin farklı oranlarda ve çok sayıda risk faktörüne sahip oldukları bildirilmiştir (Saka ve ark. 2001). Yine bu araştırmada literatüre benzer bir şekilde gebelerin en fazla taşıdıkları risk faktörünün anemi olduğu görülmüştür (Saka ve ark. 2001). Yapılan çalışmalarda, gebelikte aneminin, yenidoğanlarda da anemi görülmesinin yanında, ölü doğum ve preterm doğum eylemi görülme oranını artırdığı belirtilmektedir (Chumak ve Grjibovski 2010). Bu sonuçlar gebelerin önemli bir bölümünün başta anemi olmak üzere çok sayıda yüksek risk altında olduğunu

göstermektedir. Yüksek risk altındaki gebelerin erken tespiti ve uygun bakım ve tedavisinin sağlanması ile gebelerin sağlık sorunları azaltılabilir ve yaşam memnuniyetine katkı oluşturulabilir.

Hastaneye yatma gebelerin evinden, ailesinden, çalışma hayatından uzakta kalmasına ve alışık olduğu günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememelerine ve dolayısı ile yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Yüksek riskli gebeliklerin anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilmek için bazen hastaneye yatırılarak yakını izlem ve bakımı gerekli olabilir (Lowdermilk ve Perry 2007). Bu çalışmada hastaneye yatırılarak tedavi altına alınan gebelerin oranı (%14,8) Gazmararian ve arkadaşlarının çalışmasında bildirilen orandan (%8,7) daha fazla olduğu görülmüştür (Gazmararian ve ark. 2002). Ayrıca bu çalışmada gebelerin hastaneye yatma nedenleri de diğer çalışma bulgularına benzer özellik göstermekte idi (Gazmararian ve ark. 2002, Bacak ve ark. 2005).

Bu araştırmaya katılan gebelerin önemli bir bölümünün (%16,1) yüksek depresyon riskinde oldukları saptanmıştır. Ancak bu oran ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan araştırma bulgularından (%27,9-33,0) daha düşüktü (Kurki ve ark. 2000, Karaçam ve Ançel 2009). 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.

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'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 (Gürkan 2007).

Araştırma kapsamındaki gebelerin büyük bir bölümü (%80,1) gebelik döneminde cinsel yaşamlarında değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir. Gebelik döneminde cinsel yaşamda oluşan değişikliklerin; cinsel istek ve ilişki sıklığında azalma (%47,3), bebeğe zarar vereceği korkusu ile daha az sayıda cinsel ilişkide bulunma (%11,0) ve hiç ilişkide bulunmama (%4,8), cinsel ilişki sırasında ağrı (%5,1) olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada ise gebelerin %6,9'unun bebeğe zarar geleceği korkusu yaşadıkları ve %16,9'unun gebelik sırasında hiç cinsel ilişkide bulunmadıkları belirtilmiştir (Gürkan 2007). Tayland ve Nijerya'da yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Kerdarunsukri ve Manusirivithaya 2010, Orji ve ark. 2002). Bu sonuçlar kadınların önemli bir bölümünün gebelik süresince cinsel sorun yaşadığını göstermektedir.

Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümü olması bakımından önemlidir. Yaşam kalitesi yeterli fiziksel iyilik haliyle birlikte, kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi içermektedir (Altıparmak 2006). Bu bağlamda gebelikte yaşanan fiziksel ve ruhsal değişimler ve ortaya çıkan rahatsızlıklar

gebenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu çalışmada 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 görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da gebelikte depresyon ile yaşam kalitesi puanları arasında negatif ilişkinin bulunduğu bildirilmiştir (Şahsivar ve Marakoğlu 2010). Bu sonuçlar ülkemizde gebelerin yaşam kalitelerinin yukarıda sayılan birçok faktör ile ilişkili olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, çalışmada 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 verilmiş olabilir. İkincisi, çalışmada gebeliğinin üçüncü trimestirinde olan gebeler ile görüşme yapılmış ve bütün gebelik süresine ilişkin veriler sorgulanmıştır. Bu nedenle, bazı gebeler geriye dönük tüm bilgileri tam olarak hatırlayamamış olabilirler ve bu durum araştırma sonuçlarını etkilemiş olabilir. Üçüncüsü, Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçekleri kendini bildirim yöntemi ile doldurulmuştur. Bu nedenle sonuçları sağlık çalışanları tarafından gözlemlenen sonuçlardan farklı olabilir. Dördüncüsü, araştırma kesitsel olarak yapılmıştır, elde edilen veriler sadece araştırmanın yapıldığı zaman için geçerlidir, zamana bağlı olarak değişebilir. Beşincisi, çalışmaya alınan bireyler randomize olarak belirlenmediği için, elde edilen bilgiler sadece örneklem grubunu temsil edebilir ve genellenemez.

Sonuç olarak bu çalışmada; literatüre benzer şekilde, gebelerin tamamına yakını gebelikte sık karşılaşılan yakınma ile karşılaştıkları, çok büyük bir bölümünün bir ve daha fazla risk faktörü taşıdığı ve cinsel yaşamlarında değişiklik yaşadıkları, önemli bir bölümünün sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattığı ve yüksek depresyon riskinde olduğu sonuçları elde edilmiştir. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, risk sayısındaki artış, gebelikten önce cinsel sorunu olma ve gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama durumlarının gebelerin yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde olumsuz etkilediğini göstermiştir. Bu sonuçlara göre, doğum öncesi bakım hizmetleri alanında görev yapan hemşire ve ebelere, bakımın planlanması ve sunumunda gebelerin yaşam kalitesini etkileyen bu durumları göz önünde bulundurarak, mevcut gebe izlemlerinin kapsamını yeniden yapılandırılmaları önerilebilir. Ayrıca, gebelerinin yaşam kalitesinin bu çalışmada belirlenemeyen varyansını açıklamak için daha ileri araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Teşekkür

Araştırmanın giderleri Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimi tarafından karşılanmıştır. Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı yüksek lisans tezi olarak yapılmıştır. Araştırma verilerinin

toplanabilmesi için katılımcıların adreslerinin tespitinde kayıtlarını bizimle paylaşımlarından dolayı Aydın ili kentsel bölgede bulunan sağlık ocaklarında çalışan ebelere ve diğer sağlık personeline teşekkür ederiz. Araştırmamıza katılan gebelere katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- Acele EÖ, Karaçam Z. Sexual Problems in Women During The First Postpartum Year And Related Conditions. *J Clin Nurs* 2011; 21(7-8): 929-37.
- Akgül A. *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri*. 2. Baskı, Ankara: Emek Ofset Ltd; 2003). 361.
- Altıparmak S. The Relationship between Quality of Life And Self-Care Agency in Pregnant. *TAF Prev Med Bull* 2006; 5(6): 416-23.
- Attard CL, Kohli MA, Coleman S ve ark. The Burden of Illness of Severe Nausea and Vomiting of Pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol* (2002), 186(5): 222-7.
- Bacak SJ, Callaghan WM, Dietz PM et al. Pregnancy-Associated Hospitalizations in the United States 1999-2000. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(2): 592-7.
- Beck AT, Rushs AJ, Shaw BF et al. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press. 1979.
- Cantwell R, Cox JL. *Psychiatric Disorders in Pregnancy And The Puerperium*. *Curr Obstet Gynaecol* 2003; 13(1): 7-13.
- Chumak EL Grjilovski AM. Anaemia in Pregnancy And Its Association With Pregnancy Outcomes in the Arctic Russian Town of Monchegorsk 1973-2002. *Int J Circumpolar Health* 2010; 69(3): 265-77.
- Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L et al. Turgut Özal Medical Center of Mothers Giving Birth And Breastfeeding Getting Started Prenatal Care Status And Factors Influencing. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 12(4): 247-52.
- Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Investigation of Distribution of Pregnant Women with Symptom. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21(1):115-26.
- Ergöçmen BA, Tezcan S, Çağatay P. Reproductive Health. In: *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK; 2009. 143-58.
- Eryurt MA, Türkyılmaz AS, Çağatay P. Fertility Preferences. In: *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK; 2009. 119-30.
- Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ et al. Hospitalizations During Pregnancy Among Managed Care Enrolees. *ACOG* 2002; 100(1): 94-100.
- Gökylıdız Ş, Beji NK. The Effects of Pregnancy on Sexual Life. *J Sex Marital Ther* 2005; 31(3): 201-15.
- Gürkan ÖC. How sexuality is affected during pregnancy? *Androloji Bülteni* 2007; 28(1): 80-5.
- Haas JS, Jackson RA, Afflick EF et al. Changes in The Health Status Of Women During And After Pregnancy. *J Gen Intern Med* 2004; 20(1): 45-51.
- Hisli N. One Study on The Validity of Beck Depression Inventory. *J Psychol* 1988; 6(1): 118-22.
- Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in Functional Health Status during Normal Pregnancy. *J Fam Pract* 1998; 47(3): 209-12.

- Kamysheva E, Wertheim EH, Skouteris H et al. Frequency, Severity And Effect On Life Of Physical Symptoms Experienced During Pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 2009; 54(1): 43-9.
- Kanber NA, Demirel R, Köken GN. Determination of Nutritional Training for The Prevention of Anaemia on Pregnant Women. *TAF Prev Med Bull* 2011; 10(1): 45-52.
- Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25(4): 344-56.
- Kerdarunsukri A, Manusirivithaya S. Attitudes and Sexual Function in Thai Pregnant Women. *J Med Assoc Thai* 2010; 93(3): 265-71.
- Kılıçarslan S, Şahin EM. Depressive, Anxiety Levels And Affecting Factors of Third Trimester Pregnant Women. *Balkan Med J* 2010; 27(1): 51-8.
- Koç İ, Yüksel İ, Eryurt MA. Infant and Child Mortality. In: *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK; 2009. 139-41.
- Kuşu N, Akyüz G. Psychological Situation in Pregnancy. *CMJ* 2001; 23(1): 61-64.
- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R et al. Depression And Anxiety in Early Pregnancy And Risk for Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95(4): 487-90.
- Lowdermilk DL, Perry EP. *Maternity & Women's Health Care*. 9nd. ed. Philadelphia: Mosby Inc; 2007. 925-74.
- Orji EO, Ogunlola İO, Fasubaa OB. Sexuality among Pregnant Women in South West Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2002; 22(2): 166-68.
- Otchet F, Carey MA, Adam L. General Health And Psychological Symptom Status in Pregnancy And Puerperium: What Is Normal? *Obstet Gynecol* 1999; 94(6): 935-41.
- Ricci SS. *Essentials of Maternity, Newborn and Women's Health Nursing*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. 209-98.
- Pınar R. A New Concept in Health Research, And Life Quality, Validity And Reliability of An Examination of The Quality Of Life Scale For Chronic Diseases. *Hemşirelik Bülteni* 1995; 9(38): 85-95.
- Saka G, Ertem M, İlçin E. Risk Factors in Pregnant Who Delivered At Maternity Hospital in Diyarbakır: A Preliminary Study. *Perinatoloji Dergisi* 2001; 9(2): 1-6.
- Savaşır I, Şahin NH. Evaluation of Cognitive-Behavioral Therapy: Scales Used Frequently. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997. 23-38.
- Sözerci C, Cevahir R, Şahin S et al. The Knowledge And Attitudes of Pregnant Women About Pregnancy Period. *FSHD* 2006; 1(2): 1-13.
- Sunal N, Demiryay A. Physical And Emotional Complaints Perceived By Pregnancy Woman. *FSHD* 2009; 4(12): 99-110.
- Şahsivar MŞ, Marakoğlu K. A Case-Control Study Evaluating Depression And Quality of Life in High-Risk Pregnant Women. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010; 30(3): 871-9.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Risk Değerlendirme Formu <http://www.saglik.gov.tr> [Erişim Tarihi: 12.10.2011].
- Turan T, Ceylan SS, Tevikiçi S. Influencing Factors And Situation Of The Mothers To Take Regular Prenatal Care. *FSHD* 2008; 3(9): 157-68.
- Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, Sayı; 216. <http://www.tuik.gov.tr> [Erişim Tarihi: 10.10.2011].

Ware JE, Sherbourne CD. The Mos 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework And Item Selection. Med Care 1992; 30(6): 473-83.

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

GEBELİKTE SIK KARŞILAŞILAN YAKINMALAR, FİZİKSEL, RUHSAL VE CİNSEL SAĞLIK SORUNLARI, RİSK FAKTÖRLERİ VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİLERİ

COMMON SYMPTOMS, HEALTH PROBLEMS, RISK FACTORS, AND RELATIONSHIPS WITH THEIR QUALITY OF LIFE DURING THE PREGNANCY

Uz. Hem. Gülsün ÖZÇELİK*

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM**

*Adnan Menderes Üniversitesi, Uygulama ve Araştırma Hastanesi

**Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü

Bu çalışma Şanlıurfa'da 19-21 Ekim 2011 tarihinde yapılan 13. Uluslararası Hemşirelik Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma kesitsel olarak olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenen 607 gebe kadın ile yapılmıştır. 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 sayı, yüzde ve çoklu linear regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki gebelerin yaş ortalaması $27,42 \pm 5,04$ idi. Gebelerin %99,8'inin gebelikleri süresince bir ve daha fazla sık karşılaşılan yakınma ile karşılaştıkları saptanmıştır. En fazla karşılaşılan yakınmaların sık idrara çıkma (%81,0), bulantı ve kusma (%66,1), mide yanması (%58,4), sırt ağrısı (%53,7), vajinal akıntıda artış (%45,3) ve üriner sistem enfeksiyonu (%45,0) olduğu görülmüştür. Gebelerin %84,8'inin en az bir yüksek risk faktörü taşıdığı, %14,8'inin sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattığı, %16,1'inin yüksek depresyon riskinde olduğu, %80,1'inin gebelik döneminde cinsel yaşamlarında değişiklik olduğu ve %13,8'inin gebelikten önce cinsel sorunu bulunduğu saptanmıştır. Çoklu regresyon analizi sonuçları yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, yüksek risk sayısındaki artış, gebelikten önce cinsel sorunu olma ve gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama durumlarının gebelerinin yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde olumsuz etkilediğini göstermiştir.

Sonuç: Bu araştırmada, gebelerin çok büyük bir bölümünde bir ve daha fazla gebeliğe ilişkin yüksek riskli durumun bulunduğu, yaygın bir biçimde fiziksel, ruhsal ve cinsel problemler yaşadıkları; tüm bunların gebelerin yaşam kalitesini olumsuz biçimde etkilediği sonuçları açığa çıkarılmıştır. Bu sonuçların mevcut doğum öncesi bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumunda kullanılması ile anne ve bebek sağlığının gelişimine katkı oluşturulabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebe kadınlar, gebelik komplikasyonları, depresyon, yaşam kalitesi, risk faktörleri, prenatal bakım.

ABSTRACT

Aim: *The present study aimed to investigate the physical, psychological and sexual health problems during pregnancy, risk factors and the relationship with quality of life.*

Method: *The cross-sectional study was conducted with 607 pregnant women determined by non-probability sampling method. 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 and the Short Form (SF)-36 quality of life scale. Data were analyzed with the number, percentage, and multiple linear regression analysis.*

Results: *The mean age of the pregnant women was 27.42±5.04. 99.8% of the pregnant women reported one or more common complaints. The most frequent problem was polyuria (81.0%), followed by nausea-vomiting (66.1%), heartburn (58.4%) and back pain (53.7%), vaginal discharge (45.3%) and urinary tract infection (45.0%). Of the pregnant women, 84.8% had at least one risk factor, 14.8% were hospitalized due to health problems, 16.1% were at high risk of depression, 80.1% experienced changes in sexual life during pregnancy, and 13.8% had sexual problems prior to 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.*

Conclusion: *In this study, it is concluded that a very large part of the pregnant women have got at one and more high risk for pregnancy, experienced widespread physical, psychological and sexual problems, all of them adversely affect the quality of life of pregnant women. Using of these results in the planning and presentation of the prenatal care services, mother-and-child health might be improvement.*

Key Words: *Pregnant women, pregnancy complications, depression, quality of life, risk factors, prenatal care.*

GİRİŞ

Gebelik heyecan ve belirsizliklerin yoğun biçimde yaşandığı bir dönemdir. Ülkemizde 2011 yılında yaklaşık 1 238 970 kadın doğum yapmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı 2011). Bu kadınların gebelikleri süresince çok sayıda fiziksel, psiko-sosyal, ekonomik ve kültürel problem ile karşı karşıya geldiği tahmin edilmektedir. Gebelik süresince oluşan fiziksel ve ruhsal problemlerin çoğunun hormonal değişikliklere ve genişleyen uterusu bağlı olarak geliştiği bilinmektedir. Bu problemler, bazı yüksek risk faktörleri ile bir araya geldiğinde gebenin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, anne ve bebek ölüm ve hastalanma oranlarını artırmaktadır.

Gebelik süresince kadının vücut fonksiyonlarında önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Genellikle fiziksel belirti ya da gebelikte sık karşılaşılan yakınma olarak

ifade edilen bu değişiklikler, bulantı-kusma ve mide ekşimesinden bacaklarda kramp, hemoroit ve solunum sıkıntısına kadar geniş bir yelpazede farklılık göstermektedir. Bu yakınmalar kadının hoşnutsuzluğuna neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Kamysheva ve ark. 2009, Ricci 2007).

Gebelikte perinatal morbidite ve mortaliteyi etkileyen çok sayıda risk faktörü bulunmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'de, ülkemizdeki doğumların %61,0'ünün herhangi bir yüksek risk kategorisinde olduğu gösterilmektedir. En sık karşılaşılan risk kategorileri de doğum sırasının üç ve daha fazla (%11,2) ve doğum aralığının 24 aydan kısa (%8,2) olması olarak bildirilmiştir (Koç ve ark. 2009).

Yüksek riskli gebeliklerin anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilmek için yakın izlem ve bakımları gerekmektedir. Yüksek riskli gebelik tanısı konmuş gebeler gerektiğinde, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için hastaneye yatırılabilirler. Hastanede yatan yüksek riskli gebenin bakım gereksinimleri arasında antenatal bakım, fetal sağlığı değerlendirme ve yatak istirahatıyla ortaya çıkan fiziksel sorunlara yönelik girişimler ve psikososyal bakım gereksinimleri yer almaktadır (Lowdermilk ve Perry 2007).

Gebelik psikolojik değişikliklerin de yoğun bir biçimde yaşandığı gelişimsel bir kriz dönemidir. Gebenin yaşadığı ambivalan duyguları, kendisinin ve bebeğinin sağlığına ilişkin anksiyetesi, doğum sonu yaşamında oluşabilecek değişimlere ilişkin endişe ve başa çıkamama korkusu, özellikle primipar annelerde, normal olarak kabul edilmektedir. Ancak, gebeliğin ilk trimestrinde yaşanan mide bulantısı, memelerde hassasiyet ve diğer fiziksel değişimler, kadının ruhsal dengesini değiştirebilir. İkinci trimestirde daha çok bedende, beden imgesinde ve seksüel ilgide oluşan değişimler, doğuma ilişkin anksiyete, ruhsal durumdaki değişimleri daha da artırabilir. Gebeliğin son trimestirinde ise, doğuma hazırlanma, bebeğin bakımına ilişkin fiziksel ve zihinsel meşguliyetin artması ve sosyal izolasyon, ruhsal dengeyi olumsuz yönde etkilemektedir (Cantwell ve Cox 2003, Kuğu ve Akyüz 2001).

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, Gürkan 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların %38,3'ünün gebelikten önceki yaşamlarında ve %33,0'ünün gebelikleri süresince cinsel problem yaşadıklarını bildirdikleri rapor edilmiştir (Acele ve Karaçam 2011). Tayland'ta yapılan bir çalışmada ise gebelerin sadece %11,2'sinin gebelikte cinsel yaşamlarından memnun oldukları; %47,0'ünün fetüse zarar geleceği korkusu yaşadıkları ve % 90'nının da son dört haftadır cinsel ilişkide bulunmadıkları bildirilmiştir (Kerdarunsukri ve Manusirivithaya 2010).

Gebelik süresince meydana gelen bütün bu değişimler gebenin fiziksel, psiko-sosyal ve cinsel fonksiyonlarını ve yaşam kalitesi olumsuz etkilemektedir. Yaşam kalitesinin incelendiği bazı araştırmalarda normal gebelik boyunca yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alanında azalma olduğu rapor edilmiştir (Hueston ve Kasik-Miller 1998, Otchet ve ark. 1999). Ayrıca gebeliğin erken döneminde oluşan bulantı ve

kusmanın da kadının yaşam şekline önemli sınırlamalar getirdiği ve sonuçta aile, sosyal çevre ve iş yaşantısını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Attard ve ark. 2002).

Hemşirenin, gebelerde oluşan fiziksel, psiko-sosyal ve cinsel değişiklikleri tanılama, gebelerin bu değişikliklerle baş etme becerisini geliştirme, sağlık sorunu ve/veya yüksek riskli durum ortaya çıktığında ileri sevkini, hastanede ve evde bakımı ve izlemine sağlama, dolayısıyla yaşam kalitesini geliştirmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumlulukları yerine getirirken ve bakımı planlarken, hemşirenin gebelerin hangi sağlık sorunlarını yaşadıkları, hangi yüksek risk kategorisinde buldukları ve bu sağlık sorunlarının yaşam kalitesini nasıl etkilediği ile ilgili veriye gereksinimi bulunmaktadır. Bu veriler hemşirelik hizmetlerinin planlanması ve sunumuna katkı sağlayabilir. Ancak, ülkemizde gebelikte yaşanan fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmasına rağmen, bu sorunların yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın soruları ise; 1) gebelerin sık karşılaştıkları yakınmalar ve görülme sıklıkları nedir? 2) gebelikte risk faktörlerinin görülme sıklığı nedir? 3) gebelerin sağlık sorunları ve hastaneye yatma durumları nedir? 4) gebelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler nedir? idi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma kesitsel olarak, Kasım 2009 ve Mayıs 2010 tarihleri arasında, Aydın il merkezi kentsel bölgede bulunan dokuz adet sağlık ocağına bağlı bölgelerde ikamet eden gebeler ile yapılmıştır. Araştırmaya olasılıksız örnekleme yöntemi ile gebeliğinin 28-42 haftasında olan 607 kadın dâhil edilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı dönemde Aydın il merkezi kentsel bölgede ikamet eden tüm gebe sayısı 1442 idi. Örnekleme alınacak en az birey sayısı %95 güven aralığı ($\alpha=0,05$), $P=0.50$ ve $n=1442$ evren sayısı ile hesaplanmış ve 304 bulunmuştur. Verilerinin toplanmasına ayrılan süre içinde gebeliğinin son trimesterinde olan 905 gebe araştırmaya davet edildi. Ancak bu gebelerden 68'i araştırmaya katılmayı kabul etmediği, 44'üne ulaşamadığı, 18'i taşındığı, 72'si doğum yaptığı, 96'sı ilkököl mezunu olmadığı için çalışma 607 gebe ile tamamlanmıştır. Verilerinin toplanmasında kullanılan ölçüm araçları gebeler tarafından doldurulduğu için ilkököl / ilköğretim mezunu olmayan gebeler (96 kişi) araştırma kapsamına alınmamıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu, Risk Değerlendirme Formu, Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Anket formu; ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanan anket formunda gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, doğum öncesi bakım, sık karşılaşılan yakınmalar, sağlık sorunları ve hastaneye yatma, gebelik öncesi ve sırasında cinsel yaşama ilişkin durumların sorgulandığı 30 soru yer almakta idi (Cantwell ve Cox 2003, Gökyıldız ve Beji 2005, Kamysheva ve ark. 2009, Lowdermilk ve Perry 2007). Bu forma ilişkin Doğum ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında doktora eğitimi olan altı hemşirenin görüşleri alınmış ve öneriler

doğrultusunda yeniden düzenleme yapılmıştır. Ardından 15 gebe ile ön uygulama yapılmış ve anket formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği geliştirilmiştir. Ön uygulama yapılan gebeler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Risk Değerlendirme Formu; bu çalışmada yüksek riskli gebeleri saptamak için T.C Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen Risk Değerlendirme Formu kullanılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2011). Bu formda kadınların obstetrik öykü, mevcut gebelik ve genel tıbbi öyküleri ile ilgili riskli durumların sorgulandığı 23 soru yer almaktadır. Formdaki her soru "Evet" ve "Hayır" şeklinde cevaplanmaktadır. Forma göre, sorulardan herhangi birine evet cevabı verilirse, gebenin yüksek riskli olduğu kabul edilmekte ve mutlaka kadın doğum uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda bu form gebeler ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuş ve verilen cevaba göre her soru "Evet" ve "Hayır" şeklinde değerlendirilmiştir. Veri toplama işlemi tamamlandıktan sonra, formdaki bir ve daha fazla soruya "Evet" cevabı veren gebeler aile hekimi / ebesi ile görüşme yapmak üzere yönlendirilmiştir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE); Araştırmada gebelerin depresyon düzeyini belirlemek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği, yapılan BDE kullanılmıştır (Beck ve ark. 1979, Hisli 1988). Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. 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. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında iki yarım test güvenilirlik katsayısının 0,74 olduğu bildirilmiştir (Savaşır ve Şahin 1997). Bu çalışmada gebelerin toplam BDE puanları hesaplanmış ve 17 ve üzerinde puanı olanlar yüksek depresyon riskinde olarak değerlendirilmiştir.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey SF-36); Ware ve Sherbourne tarafından klinik uygulama ve araştırmalarda, ağılık politikalarını n değerlendirilmesinde ve genel populasyon incelemelerinde kullanılmak üzere 1989 yılında geliştirilmiştir (Ware ve Sherbourne 1992). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 1995 yılında Pınar tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır (Pınar 1995). Pınar'ın (1995) çalışmasında SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin test-retest değeri 0,94 ve iç tutarlılığında Cronbach Alfa değeri 0,91 olarak bildirilmiştir. Ölçek ile hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları, hem de toplam olarak yaşam kalitesi değerlendirilebilir. Toplam puanda 0 en kötü sağlığı, 100 en iyi sağlık durumunu göstermektedir (Pınar 1995, Ware ve Sherbourne 1992). Ölçeğin bu çalışmanın verilerine göre hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0,89'dir.

Araştırmanın uygulanmasında, önce Aydın il merkezi kentsel bölgede ikamet eden ve gebeliğinin son trimesterinde olan gebelerin adres bilgileri ev halkı tespit fişlerinden elde edilmiştir. Tespit edilen adreslere gidilerek, gebelere araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu ve risk değerlendirme formu

doldurulmuştur. Daha sonra gebelere Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin doldurulmasına ilişkin açıklama yapılmış ve bu ölçekleri doldurmaları sağlanmıştır. Tüm veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 30–60 dakikada tamamlanmıştır. İlk ziyarette ulaşılamayan gebelere ikinci, ikinci ziyarette ulaşılamayanlara da üçüncü kez ziyaret yapılmıştır. Araştırma sırasında sağlık sorunu saptanan gebelere eğitim yapılmış, danışmanlık verilmiş, soruları yanıtlanmış ve hizmet aldıkları sağlık kurumuna sevk edilmişlerdir. Ayrıca toplam BDE puanı 17 ve üstünde olan gebeler ileri tanı ve tedaviye yönlendirilmiştir. Araştırmanın veri toplama sürecine ayrılan süre içinde tüm gebelere ulaşılması hedeflendiğinden, sağlık kurumlarında veri toplamaya uygun fiziksel ortamların bulunmamasından ve Aydın il merkezinde ulaşımın kolay olmasından dolayı ev ziyareti yapılması tercih edilmiştir.

Araştırmanın Aydın il merkezindeki tüm sağlık ocaklarına bağlı bölgelerde yapılabilmesi için Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma protokolü Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences Version 11,5 (SPSS Inc., IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, doğum öncesi bakım, sık karşılaşılan yakınmalar, sağlık sorunları ve hastaneye yatma, gebelik öncesi ve sırasında cinsel yaşam, yüksek risk faktörü ve depresyon ile ilgili verileri sayı, yüzde ve ortalama ile incelenmiştir. 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 güvencesine sahip olma, medeni durumu, evlilik yılı, eşin eğitim düzeyi ve çalışma durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, canlı doğum 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, risk değerlendirme formuna göre risk sayısından oluşan 22 tane bağımsız değişken modele alınmıştır. Modelin bağımlı değişkenini ise SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı oluşturmuştur. $P < 0,05$ değerleri için istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

BULGULAR VE YORUM

Araştırmada, gebeliğinin üçüncü trimestirinde olan 607 gebenin 343 (% 56,5)'ü 28–32, 217 (% 35,7)'si 33–37 ve 47 (% 7,7)'si 38–41 gebelik haftasında idiler. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $27,42 \pm 5,04$ (Aralık:16-44) idi. Gebelerin yaş grubu, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, sosyal güvencesi, medeni durumu, evlilik süresi, eşinin eğitim ve çalışma durumları ile ilgili veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Gebelerin tanıtıcı özellikleri (n=607)

Değişkenler	n (%)
Yaş	
16 ve 17	6 (1,0)
18-34	546 (90,0)
35-44	55 (9,0)
Eğitim durumları	
İlkokul	193 (31,8)
Ortaokul	92 (15,2)
Lise	182 (30,0)
Üniversite	140 (23,0)
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)
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)	
1-5	393 (64,7)
6-10	143 (23,6)
11-15	51 (8,4)
16-29	20 (3,3)

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

Araştırma kapsamındaki gebelerin %47,7'sinin iki-üç kez gebe kaldığı, %32,9'unun bir kez canlı doğum yaptığı, %48,6'sının 1-3 tane yaşayan çocuğunun olduğu, %15,2'sinin bir ve daha fazla düşük ve %1,8'inin bir ve daha fazla ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Gebelerin %34,4'ünün planlanmamış gebeliğe sahip oldukları ve %16,5'inin gebelik aralığının 24 ay'dan daha az olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin tamamı doğum öncesi bakım aldıklarını, %96,9'u gebeliğinin 1-3. ayında doğum öncesi bakım almaya başladıklarını ve %97,4'ü sağlık çalışanlarının

uygun gördüğü sıklıkta izleme katıldıklarını bildirmişlerdir. Gebelerin %31,6'sının gebelik öncesi dönemde kronik bir sağlık sorunlarının olduğu ve %10,2'sinin sürekli kullandıkları ilaçlarının bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Gebelerin sık karşılaştıkları yakınmalar ile ilgili verileri (n=607)

Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar	Sayı (%)
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 atlak /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 dem	92 (15,2)
İştahta değişiklikler	84 (13,9)
Burun tıkanıklığı / burun kanaması	147 (24,2)
Kabızlık	81 (13,3)
Bacaklarda / genital bölgede varis	66 (10,9)
Hemoroid	39 (6,4)
Karpal tunel sendromu	19 (3,1)
Aşırı tükrük salgılanması	6 (1,0)
Gebelik maskesinin oluşması	6 (1,0)
Palmar eritem	4 (0,7)
Pika	3 (0,5)

Araştırma rneklemine alınan gebelerin sık karşılaşılan problemler ile ilgili verileri Tablo 2'te verilmiştir. Gebelerin %99,8'inin gebelikleri süresince herhangi bir gebelikte sık karşılaşılan yakınma yaşadıkları; en fazla sık idrara çıkma (%81,0), bulantı ve kusma (%66,1), mide yanması (%58,4), sırt ağrısı (%53,7), vajinal akıntıda artış (%45,3) ve üriner sistem enfeksiyonu (%45,0) sorunlarını yaşadıkları belirlenmiştir.

Tablo 3. 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
Üç 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	n	%	n	%
Astım / bronşit/ alerji	6	1,0	601	99,0
Migren	4	0,7	603	99,3
Orak hücreli anemi	4	0,7	603	99,3
Hepatit B ve C taşıyıcı	2	0,3	605	99,7
Romatizma	2	0,3	605	99,7
Guatr	1	0,2	606	99,8
Hemofili faktör 8 eksikliği	1	0,2	606	99,8
Epilepsi	1	0,2	606	99,8
Ülseratif kolit	1	0,2	606	99,8
Bel fıtığı	1	0,2	606	99,8
Gestasyonel diyabet	2	0,3	605	99,7

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 %15,5'inin üç ve daha fazla sayıda risk faktörü taşıdıkları saptanmıştır. Tablo 3 gebelerin taşıdıkları risk faktörlerini göstermektedir.

Tablo 4: Gebelerin Sağlık Sorunları ve Hastaneye Yatma İle İlgili Verileri (N=607)

Hastaneye yatma ile ilgili bilgiler	n (%)
Gebelik süresince hastaneye yatma	
Yatan	90 (14,8)
Yatmayan	517 (85,2)
Hastaneye başvurma nedeni	
Bulantı-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 yattığı gebelik haftası	
4-20	68 (11,2)
21-35	22 (3,6)
Hastanede kalma süresi	
1 gün	39 (6,4)
2 gün	19 (3,1)
3 gün	15 (2,5)
4-17 gün	17 (2,8)
Yüksek depresyon riskinde	
Olan	98 (16,1)
Olmayan	509 (83,9)
Gebelikten önce cinsel sorunu	
Olan	84 (13,8)
Olmayan	523 (86,2)
Gebelikten süresince cinsel yaşamda değişiklik	
Olan	486 (80,1)
Olmayan	121 (19,9)

Araştırmada gebelerin %14,8'i sağlık sorunu nedeniyle hastanede yatarak tedavi almışlardır. Hastaneye yatırılıp yapılan gebelerin daha fazla bulantı-kusma (%5,4; n=33), vajinal kanama (%4,0; n=24) ve ağrı (%3,3; n=20) şikâyetleri ile başvuruda buldukları, %11,2'sinin gebeliklerinin 4-20. haftalarında hastaneye yatırıldıkları ve bir gün süre ile yatak istirahatına (%6,4; n=39) alındıkları belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %16,1'inin Beck Depresyon Envanteri toplam puanının 17 ve üstünde olduğu ve yüksek depresyon riski taşıdıkları saptanmıştır. Gebelerin %13,8'i gebelikten önce cinsel sorunu bulunduğunu ve %80,1'i gebelik döneminde cinsel yaşamlarında değişiklik olduğunu bildirmişlerdir. Gebelik süresince cinsel yaşamda oluşan bu değişikliklerin cinsel istekte ve cinsel ilişki sıklığında azalma (%47,3), cinsel ilişki sırasında ağrı (%5,1), bebeğe zarar geleceği korkusu ile cinsel ilişkide bulunmama ya da daha az sayıda cinsel ilişkide bulunma (%19,8), doktor önerisi ile ilişkide bulunmama (%10,2) ve gebelikte günah olduğu düşüncesiyle cinsel ilişkide bulunmama (%1,0) olduğu saptanmıştır. Gebelerin sadece %0,3'ü gebelik öncesine göre cinsel yaşamdan daha fazla memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 5. Gebelerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler (n=607)

Faktörler	Beta	Std. hata	t	%95 güven aralığı		Kümülatif 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
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

Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Ölçek puan ortalamalarının dağılımı Tablo 5'de verilmiştir. Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının 54,71±12,94 olduğu ve normal dağılım özelliği gösterdiği belirlenmiştir. Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Duruma ilişkin alt ölçek puan ortalamasının 52,95±17,70, Esenliğe ilişkin puan ortalamasının 50,48±13,93 ve Genel Sağlığa ilişkin puan ortalamasının 66,88±16,69 olduğu belirlenmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ile Fonksiyonel Duruma ilişkin Alt Ölçek puanı arasındaki korelasyon r=0,828, Esenliğe ilişkin Alt Ölçek puan ortalaması arasındaki korelasyon r=0,876 ve Genel Sağlığa ilişkin Alt Ölçek puanı arasındaki korelasyon ise r=0,720 olarak bulunmuştur. SF-36 Yaşam Kalitesi toplam

ölçek puanı ile alt ölçek puanları arasında yüksek düzeyde korelasyon bulunması nedeniyle karşılaştırmalar sadece toplam ölçek puanı ile yapılmıştır.

Gebelerin yaşam kalitesini etkileyen değişkenleri belirlemede kullanılan stepwise çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü artıran ve gebenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen beş tane değişken olduğunu göstermiştir (Tablo 5). Bunlar modelin gücüne en fazla katkıda bulunma sırasına göre; yüksek depresyon riskinde olma, hastaneye yatma, yüksek risk sayısı, gebelikten önce cinsel sorunu olma, gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama idi. Bu model gebelerin yaşam kalitesi varyansının % 32,0'ını açıklamıştır. Tablo 5'te belirtilen "Beta" kısmi korelasyon katsayısı olup, diğer bağımsız değişkenlerin etkisi sabit tutulduğunda her bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken ile ilişkisini göstermektedir (Akgül 2003). Bu araştırmada söz konusu korelasyonlar sırası ile -14,23, -7,38, -2,03, -5,56 ve -2,70 olarak hesaplanmıştır.

TARTIŞMA

Bu araştırma, gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemek amacı ile kesitsel olarak Aydın il merkezinde ikamet eden ve uygunluk örnekleme yöntemi seçilen 607 gebe kadın ile yapılmıştır. Araştırmada gebelerin tamamına yakınının gebelikleri süresince bir ve daha fazla sayıda gebelikte sık karşılaşılan yakınma yaşadığı, büyük bir bölümünün en az bir gebelik ile ilgili risk faktörü taşıdığı saptanmıştır. Yine araştırmada gebelerin önemli bir bölümünün sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattıkları, yüksek depresyon riski taşıdıkları ve cinsel yaşamlarında değişiklik olduğu görülmüştür. Araştırmanın çoklu regresyon analizi sonuçları gebelikte yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, sahip olunan yüksek risk sayısında artış, gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama durumları ile gebelerin yaşam kalite puanları arasında negatif ilişkinin olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, risk faktörleri, sağlık sorunları, hastaneye yatma ve bu durumların yaşam kalitesi ile ilişkisi hakkında ülkemizdeki gebelere ilişkin veri sunması bakımından önemlidir.

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının $27,42 \pm 5.04$ ve çoğunun (%90) 18–34 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Kılıçarslan ve Şahin 2010, Şahsivar ve Marakoğlu 2010). Bu sonuçlara göre, çalışmaya dahil edilen kadınların yaş ortalamasının ideal doğum yapma yaş aralığında (20–30 yaş) ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile benzer özellikte olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 kentsel bölge sonuçlarına benzer şekilde, gebelerin daha çok ilkököl mezunu olduğu (%31,8) görülmüştür (Yiğit ve ark. 2009). Kentsel bölgelerde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Kanber ve ark. 2011, Sunal ve Demiryay 2009). Bu sonuçlarla ülkemizde halen gebelerin eğitim seviyesinin düşük olduğu söylenebilir. Bu durum anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilir.

Araştırmaya katılan gebelerde resmi nikâha sahip olma oranının (%97,4), ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada bildirilen orandan (%94,7) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Dülgerler ve ark. 2005). Kurki ve arkadaşlarının Helsinki'de yaptığı araştırmada ise gebelerin sadece %61,3'ünün resmi nikâhının bulunduğu bildirilmiştir (Kurki ve ark. 2000). Resmi nikâhın varlığı gebenin eşine ait sosyal güvence imkânlarından yararlanmaları bakımından önemlidir. Ancak bu durumda kültürel farklılıkların da göz önünde bulundurulması gereklidir.

Bu araştırmada planlanmamış gebelik oranının (%34,4) Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 ve Sakarya'da yapılan bir araştırma sonucuna göre daha fazla olduğu görülmüştür (sırası ile %29,0 ve %20,7) (Eryurt ve ark. 2009, Sözeri ve ark. 2006). Planlanmamış gebelik, kadının psiko-sosyal ve ekonomik yönden gebeliğe hazır olamamanın yanında, doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmasını da azaltabilir ve bu durumda gebelik sonuçlarını olumsuz etkileyebilir.

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 (%77,1) ve Malatya'da (%48,0) yapılan çalışmalarda, bu oranın daha düşük olduğu görülmektedir (Çetin ve ark. 2005, Turan ve ark. 2008). Aydın il merkezi kentsel bölgede doğum öncesi bakım hizmetlerinin yüksek düzeyde olmasının, bu bölgede ebelik bakımının etkili ve yeterli verilmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada gebelerin önemli bir bölümünün (%32,6) gebelik öncesi dönemde bazı sağlık sorunlarının bulunduğu; en sık görülen sağlık problemlerinin gastrointestinal sisteme ilişkin rahatsızlıklar, varis, anemi, guatr olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan bir çalışmada Haas ve ark. (2004), gebelerin %23,8'inin, gebelik öncesi dönemde anemi, astım, depresyon ve diğer kronik hastalıklar gibi sağlık sorunları yaşadıklarını bildirmiştir. Kadınların gebelik öncesi dönemde anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilecek sağlık sorunlarına sahip olmaları, doğum öncesi bakım hizmetlerinin gebelik öncesi dönemde başlatılmasının gerekliliğini göstermesi bakımından önemlidir.

Sunal ve Demiryay'ın (2009) çalışma sonuçlarına benzer şekilde, bu araştırmada gebelerin yaklaşık tamamının bir ve daha fazla sık karşılaşılan yakınma ile karşılaştıkları görülmüştür. Bu yakınmalar sık idrara çıkmadan pikaya kadar çok farklı özellik göstermekte idi.

Bu araştırmada, gebelerde herhangi bir risk faktörü bulunma oranı TNSA 2008'de bildirilenden (%84,8'e karşı %61,0) daha yüksekti (Koç ve ark. 2009). Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada da gebelerin farklı oranlarda ve çok sayıda risk faktörüne sahip oldukları bildirilmiştir (Saka ve ark. 2001). Yine bu araştırmada literatüre benzer bir şekilde gebelerin en fazla taşıdıkları risk faktörünün anemi olduğu görülmüştür (Saka ve ark. 2001). Yapılan çalışmalarda, gebelikte aneminin, yenidoğanlarda da anemi görülmesinin yanında, ölü doğum ve preterm doğum eylemi görülme oranını artırdığı belirtilmektedir (Chumak ve Grjibovski 2010). Bu sonuçlar gebelerin önemli bir bölümünün başta anemi olmak üzere çok sayıda yüksek risk altında olduğunu

göstermektedir. Yüksek risk altındaki gebelerin erken tespiti ve uygun bakım ve tedavisinin sağlanması ile gebelerin sağlık sorunları azaltılabilir ve yaşam memnuniyetine katkı oluşturulabilir.

Hastaneye yatma gebelerin evinden, ailesinden, çalışma hayatından uzakta kalmasına ve alışık olduğu günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememelerine ve dolayısı ile yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Yüksek riskli gebeliklerin anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilmek için bazen hastaneye yatırılarak yakını izlem ve bakımı gerekli olabilir (Lowdermilk ve Perry 2007). Bu çalışmada hastaneye yatırılarak tedavi altına alınan gebelerin oranı (%14,8) Gazmararian ve arkadaşlarının çalışmasında bildirilen orandan (%8,7) daha fazla olduğu görülmüştür (Gazmararian ve ark. 2002). Ayrıca bu çalışmada gebelerin hastaneye yatma nedenleri de diğer çalışma bulgularına benzer özellik göstermekte idi (Gazmararian ve ark. 2002, Bacak ve ark. 2005).

Bu araştırmaya katılan gebelerin önemli bir bölümünün (%16,1) yüksek depresyon riskinde oldukları saptanmıştır. Ancak bu oran ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan araştırma bulgularından (%27,9-33,0) daha düşüktü (Kurki ve ark. 2000, Karaçam ve Ançel 2009). 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.

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'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 (Gürkan 2007).

Araştırma kapsamındaki gebelerin büyük bir bölümü (%80,1) gebelik döneminde cinsel yaşamlarında değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir. Gebelik döneminde cinsel yaşamda oluşan değişikliklerin; cinsel istek ve ilişki sıklığında azalma (%47,3), bebeğe zarar vereceği korkusu ile daha az sayıda cinsel ilişkide bulunma (%11,0) ve hiç ilişkide bulunmama (%4,8), cinsel ilişki sırasında ağrı (%5,1) olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada ise gebelerin %6,9'unun bebeğe zarar geleceği korkusu yaşadıkları ve %16,9'unun gebelik sırasında hiç cinsel ilişkide bulunmadıkları belirtilmiştir (Gürkan 2007). Tayland ve Nijerya'da yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Kerdarunsukri ve Manusirivithaya 2010, Orji ve ark. 2002). Bu sonuçlar kadınların önemli bir bölümünün gebelik süresince cinsel sorun yaşadığını göstermektedir.

Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümü olması bakımından önemlidir. Yaşam kalitesi yeterli fiziksel iyilik haliyle birlikte, kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi içermektedir (Altıparmak 2006). Bu bağlamda gebelikte yaşanan fiziksel ve ruhsal değişimler ve ortaya çıkan rahatsızlıklar

gebenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu çalışmada 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 görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da gebelikte depresyon ile yaşam kalitesi puanları arasında negatif ilişkinin bulunduğu bildirilmiştir (Şahsivar ve Marakoğlu 2010). Bu sonuçlar ülkemizde gebelerin yaşam kalitelerinin yukarıda sayılan birçok faktör ile ilişkili olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, çalışmada 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 verilmiş olabilir. İkincisi, çalışmada gebeliğinin üçüncü trimestirinde olan gebeler ile görüşme yapılmış ve bütün gebelik süresine ilişkin veriler sorgulanmıştır. Bu nedenle, bazı gebeler geriye dönük tüm bilgileri tam olarak hatırlayamamış olabilirler ve bu durum araştırma sonuçlarını etkilemiş olabilir. Üçüncüsü, Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçekleri kendini bildirim yöntemi ile doldurulmuştur. Bu nedenle sonuçları sağlık çalışanları tarafından gözlemlenen sonuçlardan farklı olabilir. Dördüncüsü, araştırma kesitsel olarak yapılmıştır, elde edilen veriler sadece araştırmanın yapıldığı zaman için geçerlidir, zamana bağlı olarak değişebilir. Beşincisi, çalışmaya alınan bireyler randomize olarak belirlenmediği için, elde edilen bilgiler sadece örneklem grubunu temsil edebilir ve genellenemez.

Sonuç olarak bu çalışmada; literatüre benzer şekilde, gebelerin tamamına yakını gebelikte sık karşılaşılan yakınma ile karşılaştıkları, çok büyük bir bölümünün bir ve daha fazla risk faktörü taşıdığı ve cinsel yaşamlarında değişiklik yaşadıkları, önemli bir bölümünün sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattığı ve yüksek depresyon riskinde olduğu sonuçları elde edilmiştir. Ayrıca yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları yüksek depresyon riskinde olma, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeni ile hastaneye yatma, risk sayısındaki artış, gebelikten önce cinsel sorunu olma ve gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama durumlarının gebelerin yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde olumsuz etkilediğini göstermiştir. Bu sonuçlara göre, doğum öncesi bakım hizmetleri alanında görev yapan hemşire ve ebelere, bakımın planlanması ve sunumunda gebelerin yaşam kalitesini etkileyen bu durumları göz önünde bulundurarak, mevcut gebe izlemlerinin kapsamını yeniden yapılandırılmaları önerilebilir. Ayrıca, gebelerinin yaşam kalitesinin bu çalışmada belirlenemeyen varyansını açıklamak için daha ileri araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Teşekkür

Araştırmanın giderleri Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimi tarafından karşılanmıştır. Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı yüksek lisans tezi olarak yapılmıştır. Araştırma verilerinin

toplanabilmesi için katılımcıların adreslerinin tespitinde kayıtlarını bizimle paylaşımlarından dolayı Aydın ili kentsel bölgede bulunan sağlık ocaklarında çalışan ebelere ve diğer sağlık personeline teşekkür ederiz. Araştırmamıza katılan gebelere katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- Acele EÖ, Karaçam Z. Sexual Problems in Women During The First Postpartum Year And Related Conditions. *J Clin Nurs* 2011; 21(7-8): 929-37.
- Akgül A. *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri*. 2. Baskı, Ankara: Emek Ofset Ltd; 2003). 361.
- Altıparmak S. The Relationship between Quality of Life And Self-Care Agency in Pregnant. *TAF Prev Med Bull* 2006; 5(6): 416-23.
- Attard CL, Kohli MA, Coleman S ve ark. The Burden of Illness of Severe Nausea and Vomiting of Pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol* (2002), 186(5): 222-7.
- Bacak SJ, Callaghan WM, Dietz PM et al. Pregnancy-Associated Hospitalizations in the United States 1999-2000. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(2): 592-7.
- Beck AT, Rushs AJ, Shaw BF et al. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press. 1979.
- Cantwell R, Cox JL. *Psychiatric Disorders in Pregnancy And The Puerperium*. *Curr Obstet Gynaecol* 2003; 13(1): 7-13.
- Chumak EL Grjilovski AM. Anaemia in Pregnancy And Its Association With Pregnancy Outcomes in the Arctic Russian Town of Monchegorsk 1973-2002. *Int J Circumpolar Health* 2010; 69(3): 265-77.
- Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L et al. Turgut Özal Medical Center of Mothers Giving Birth And Breastfeeding Getting Started Prenatal Care Status And Factors Influencing. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 12(4): 247-52.
- Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Investigation of Distribution of Pregnant Women with Symptom. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21(1):115-26.
- Ergöçmen BA, Tezcan S, Çağatay P. Reproductive Health. In: *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK; 2009. 143-58.
- Eryurt MA, Türkyılmaz AS, Çağatay P. Fertility Preferences. In: *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK; 2009. 119-30.
- Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ et al. Hospitalizations During Pregnancy Among Managed Care Enrolees. *ACOG* 2002; 100(1): 94-100.
- Gökylıdız Ş, Beji NK. The Effects of Pregnancy on Sexual Life. *J Sex Marital Ther* 2005; 31(3): 201-15.
- Gürkan ÖC. How sexuality is affected during pregnancy? *Androloji Bülteni* 2007; 28(1): 80-5.
- Haas JS, Jackson RA, Afflick EF et al. Changes in The Health Status Of Women During And After Pregnancy. *J Gen Intern Med* 2004; 20(1): 45-51.
- Hisli N. One Study on The Validity of Beck Depression Inventory. *J Psychol* 1988; 6(1): 118-22.
- Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in Functional Health Status during Normal Pregnancy. *J Fam Pract* 1998; 47(3): 209-12.

- Kamysheva E, Wertheim EH, Skouteris H et al. Frequency, Severity And Effect On Life Of Physical Symptoms Experienced During Pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 2009; 54(1): 43-9.
- Kanber NA, Demirel R, Köken GN. Determination of Nutritional Training for The Prevention of Anaemia on Pregnant Women. *TAF Prev Med Bull* 2011; 10(1): 45-52.
- Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25(4): 344-56.
- Kerdarunsukri A, Manusirivithaya S. Attitudes and Sexual Function in Thai Pregnant Women. *J Med Assoc Thai* 2010; 93(3): 265-71.
- Kılıçarslan S, Şahin EM. Depressive, Anxiety Levels And Affecting Factors of Third Trimester Pregnant Women. *Balkan Med J* 2010; 27(1): 51-8.
- Koç İ, Yüksel İ, Eryurt MA. Infant and Child Mortality. In: *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK; 2009. 139-41.
- Kuşu N, Akyüz G. Psychological Situation in Pregnancy. *CMJ* 2001; 23(1): 61-64.
- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R et al. Depression And Anxiety in Early Pregnancy And Risk for Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95(4): 487-90.
- Lowdermilk DL, Perry EP. *Maternity & Women's Health Care*. 9nd. ed. Philadelphia: Mosby Inc; 2007. 925-74.
- Orji EO, Ogunlola İO, Fasubaa OB. Sexuality among Pregnant Women in South West Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2002; 22(2): 166-68.
- Otchet F, Carey MA, Adam L. General Health And Psychological Symptom Status in Pregnancy And Puerperium: What Is Normal? *Obstet Gynecol* 1999; 94(6): 935-41.
- Ricci SS. *Essentials of Maternity, Newborn and Women's Health Nursing*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. 209-98.
- Pınar R. A New Concept in Health Research, And Life Quality, Validity And Reliability of An Examination of The Quality Of Life Scale For Chronic Diseases. *Hemşirelik Bülteni* 1995; 9(38): 85-95.
- Saka G, Ertem M, İlçin E. Risk Factors in Pregnant Who Delivered At Maternity Hospital in Diyarbakır: A Preliminary Study. *Perinatoloji Dergisi* 2001; 9(2): 1-6.
- Savaşır I, Şahin NH. Evaluation of Cognitive-Behavioral Therapy: Scales Used Frequently. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997. 23-38.
- Sözerci C, Cevahir R, Şahin S et al. The Knowledge And Attitudes of Pregnant Women About Pregnancy Period. *FSHD* 2006; 1(2): 1-13.
- Sunal N, Demiryay A. Physical And Emotional Complaints Perceived By Pregnancy Woman. *FSHD* 2009; 4(12): 99-110.
- Şahsivar MŞ, Marakoğlu K. A Case-Control Study Evaluating Depression And Quality of Life in High-Risk Pregnant Women. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010; 30(3): 871-9.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Risk Değerlendirme Formu <http://www.saglik.gov.tr> [Erişim Tarihi: 12.10.2011].
- Turan T, Ceylan SS, Tevikiçi S. Influencing Factors And Situation Of The Mothers To Take Regular Prenatal Care. *FSHD* 2008; 3(9): 157-68.
- Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, Sayı; 216. <http://www.tuik.gov.tr> [Erişim Tarihi: 10.10.2011].

- Ware JE, Sherbourne CD. The Mos 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework And Item Selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473-83.
- Yiğit E, Yüksel İ, Türkyılmaz AS. Women's Basic Properties. In: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK; 2009. 43-58.