



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2014-0004**

GEBELİK DÖNEMİNDE EŞLER ARASI UYUM

SEVİLAY ÇOBANLAR AKKAŞ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA**

AYDIN-2014

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2014-0004**

GEBELİK DÖNEMİNDE EŞLER ARASI UYUM

SEVİLAY ÇOBANLAR AKKAŞ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA**

AYDIN-2014

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hatice ÖZDEMİR tarafından hazırlanan “Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi” başlıklı tez, 17/07/2014 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Ünvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmzası</u>
Prof. Dr. Ümran SEVİL	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA	ADÜ Aydın Sağlık Yüksekokulu	
Yard. Doç. Dr. Belgin ÖZERUS YILDIRIM	ADÜ Aydın Sağlık Yüksekokulu	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun..... sayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Güzel DİŞÇİGİL
Enstitü Müdürü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
09100- AYDIN
Santral : (256) 218 20 00 Direk Telefon: 218 20 44 *Fax : (256) 218 20 44

ÖNSÖZ

Gebelik kadın hayatında fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan önemli değişikliklerin yaşandığı önemli bir dönemdir. Özellikle, gebelik dönemindeki uyum ve önceki yaşanmışlıklar doğum ve doğum sonrasını etkilediği için daha önemlidir. Sağlıklı bir şekilde sürdürülen gebelik sonucunda sağlıklı bir bebek ve mutlu bir aile, dolayısıyla da sağlam bir toplum oluşur. Aslında, bunun temelinde yer alan uyumlu bir evliliştir. Gebeliğin yanında sosyo-demografik ve kültürel özellikler de evlilik uyumunu etkiler. Gebelik dönemine uyumu etkileyen faktörlerin başında gebeliğin istenip istenmemesi, fiziksel ve ruhsal iyilik, anneliğe hazır oluşluk ve evlilik/eş uyumu gelmekle birlikte, tüm bu faktörleri etkileyen eş desteği ve uyumunun üzerinde yeterince durulmamaktadır.

Birçok bilimsel çalışma, doğum sonu dönem ve bu dönemde yaşanan ruhsal sıkıntıların önemini destekler niteliktedir. Ülkemizde, gebelik ve doğum sonrası anksiyete ve depresyon ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda, gebelik döneminde yaşanan ruhsal sorunların doğum ve postpartum dönemdeki sorunların gelişmesine neden olabileceği de belirtilmektedir. Gebelik ve öncesi dönemdeki ruhsal sorunların varlığı, sonraki dönem için bir risk oluşturmaktadır. Gebelik dönemindeki bu sorunların nedenleri arasında eş uyumu yer almakla birlikte, bu konudaki çalışmalar kısıtlıdır. Bilindiği üzere eşler arası ilişkiler ve eşler arası uyum, birçok fiziksel ve ruhsal sorunun temelini oluşturmaktadır. Gebelik döneminde bazı kadınlar önemli bir sosyal destek olan eşlerinden yeterli ilgi ve yardımı alırken, ne yazık ki bazıları bundan mahrum kalmakta ve eş ve aile uyumları, dolayısıyla gebelik dönemindeki sağlıkları ciddi derecede olumsuz etkilenebilmekte ve gebelik kadınların aklında olumsuz bir deneyim olarak hatırlanmaktadır. Gebelikteki olumsuz etkilenmelerin, sadece içinde bulunulan dönemi ve kişileri (fetus dahil) değil, sonraki gebeliği ve kadın ile birlikte çevresindeki kişileri de olumsuz etkileyeceği bilinen bir gerçektir.

Fiziksel ve ruhsal sağlığın iyileşmesinde önemli bir etken olan sosyal destek sistemi, aslında koruyucu bir görev üstlenmektedir. Gebelik uyumunu da arttırdığı bilinen destek sisteminin en başında eş gelmektedir. Kadınlar bu dönemde en çok eşlerinden destek almak istemekte ve bu da hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını olumlu yönde etkilemektedir. Ülkemizde gebeler sıklıkla eş, anne, kayınvalide, arkadaş ve

komşularından destek almaktadırlar. Ancak, gebe kadınlar genellikle aldıkları desteği yetersiz görebilmektedirler.

Gebeliğin, özellikle istenen ve planlanan bir gebeliğin evlilik ve eş uyumunu olumlu yönde etkilemesi ve buna bağlı eş desteğinin de artması beklenir. Bunun tersi düşünülürse, isteyerek yapılan bir evlilik ve eş seçiminin de gebeliği olumlu etkilemesi beklenir. Ancak, ülkemizde gebelik kadınların statüsünü artıran bir olgu olarak görülmektedir. Kadının statüsünün doğurganlık, özellikle de erkek çocuk doğurma ile arttığı düşünülürse, kadınların evlilikteki uyumları için daha çok çocuk doğurma ve eşini mutlu etme yönünde bir eğilimleri ve çabalarının olduğu dikkati çekmektedir. Günümüzde kadının doğurganlığını teşvik eden politikaların da artması, aileler ve kadın için çok önemli olan gebelik olgusunun bütüncül sağlık anlayışı doğrultusunda her açıdan incelenmesini zorunlu kılmaktadır. Tüm bu gerekçeler, gebelikteki eş uyumunun nasıl olduğu ve bu dönemde eşlerden alınan desteğin ne kadar etkili ve yeterli olduğu konusunda merak uyandırmış ve gebelikte eşler arası uyum konulu bu çalışmanın yapılmasında etkili olmuştur. Ege Bölgesi'nde boşanmaların yoğun olarak yaşanması ve en çok eş uyumsuzluğu-geçimsizliği nedeniyle boşanmaların gerçekleşmesi, bunun yanında gebelerin eşleri ile olan ilişkilerinde olumsuz iletişim ve etkileşimlerin olduğunu gözlemlemem de bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde önemli olmuştur. Ayrıca bu araştırmayı yaparken yakın zamanda yaşadığım gebelik ve annelik deneyimimde, gebeliğin eş uyumunu önemli ölçüde etkilediğini rahatlıkla söyleyebilirim. Pozitif etkilenmelerin kişinin bakış açısına, evlilik ilişkilerine, kısaca hayatına renk kattığını da paylaşmak isterim. Bunun yanında, olumlu etkilenmelerin gerek evlilik gerekse gebelik ve annelik rolünde müthiş bir doyuma neden olduğunu da belirtmek isterim.

Bu araştırma ile elde edilen bulguların, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışan hemşire ve ebe olmak üzere tüm sağlık personeline, gebelik döneminde uyum ve eşler arası uyum sorunu yaşayan kadınlara sunacakları hizmetler konusunda yol göstereceği umulmaktadır. Planlanacak önleyici uygulamalar ile kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde yaşadıkları fizyolojik ve ruhsal sıkıntıların yanı sıra, uyum sorunlarını yaşamalarının engellenmesi ve aile fertlerine yönelik planlanacak eğitim uygulamaları ile kadının ihtiyacı olan yeterli eş ve aile desteğini almalarının sağlanması hedeflenmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin çocuk sahibi olmaya karar veren çiftlerin evlilik uyumlarını değerlendirmeleri, eş uyumu düşük olan çiftlerin hangi alanlarda sorun

yaşadıklarının belirlenerek soruna yönelik danışmanlık hizmeti vermeleri ve gerekirse de evlilik danışmanlığı alabilecekleri kişi ve kuruluşlara yönlendirilmeleri mümkün olabilecektir. Çalışma, ülkemizde daha önce bu konuda yapılan bir araştırmaya rastlanılmamış olması sebebiyle de önem taşımaktadır. Sonraki çalışmalar için temel oluşturması ve yön göstermesi beklenen bu çalışmanın önemi ortadadır. Yapılan bu çalışma sonuçlarının literatüre ve bilimsel bilgilere dayalı hizmetlerin geliştirilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyim. Bununla birlikte aşırtma sonuçlarının, gebe ve baba adayları ile sağlık personeline ve bu alanda eğitim alan öğrencilere yararlı olmasını da umuyorum. İlerleyen yıllarda gebeliğin her anne, baba ve bebek için mutlu bir olay olarak yaşanması ve hatırlanması, ayrıca mutlu ve doyumlu evliliklerin artması dileğimle...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ	x
EKLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.2.1. Hipotezler	7
1.3. Genel Bilgiler	7
1.3.1. Aile ve Evlilik	7
1.3.2. Evlilik Uyumu	9
1.3.3. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler	11
1.3.4. Ebeveynlik	12
1.3.5. Gebelik	13
1.3.6. Gebelik ve Evlilik Uyumu	14
1.3.7. Gebelikteki Uyumunu Etkileyen Faktörler	15
1.3.8. Gebelikteki Uyumun Doğum Sonu Döneme Etkisi	18
1.3.9. Evlilik Uyumu ve Hemşirelik	18
2. GEREÇ VE YÖNTEM	24
2.1. Araştırmanın Şekli	24
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
2.3. Araştırmanın Zamanı	24
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
2.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	26
2.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	26
2.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	26
2.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	26

2.6.1. Veri Toplama Araçları	26
2.6.1.1. Soru formu	27
2.6.1.2. Çiftler uyum ölçeği (ÇUÖ)	27
2.6.1.3. Soru formunun ön uygulaması	29
2.6.2. Verilerin Toplanması	29
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi	30
2.7.1. Bağımlı Değişkenler	31
2.7.2. Bağımsız Değişkenler	31
2.8. Araştırmanın Güçlükleri	31
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
2.10. Araştırmada Etik	32
3. BULGULAR	33
3.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	33
3.1.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular	33
3.1.2. Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebeliğe İlişkin Bulgular	34
3.1.3. Sosyal Destek Özelliklerine İlişkin Bulgular	37
3.1.4. Evlilik ve Eş İlişkilerine İlişkin Bulgular	38
3.1.5. Gebelerin, Gebeliğin Evlilik, Eş İlişkisi ve Yaklaşımına Yönelik Düşüncelerine İlişkin Bulgular	39
3.2. Eşler Arası Uyuma İlişkin Bulgular	40
3.3. Eşler Arası Uyumu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	40
3.3.1. Sosyodemografik Özelliklerin Eşler Arası Uyuma Etkisine İlişkin Bulgular	40
3.3.2. Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelikle İlgili Özelliklerin Eşler Arası Uyuma Etkisine İlişkin Bulgular	43
3.3.3. Sosyal Destekle İlgili Özelliklerin Eşler Arası Uyuma Etkisine İlişkin Bulgular	48
3.3.4. Evlilik ve Eş İlişkisi İle ilgili Özelliklerin Eşler Arası Uyuma Etkisine İlişkin Bulgular	50
3.3.5. Gebelerin, Gebeliğin Evlilik, Eş İlişkisi ve Yaklaşımına Yönelik Düşüncelerinin Eşler Arası Uyuma Etkisine İlişkin Bulgular	53
3.3.6. Eşler Arası Uyumu En Fazla Etkileyen Faktörlere İlişkin	55

Bulgular	
4. TARTIŞMA	57
4.1. Eşler Arası Uyuma İlişkin Bulguların Tartışılması	58
4.2. Eşler Arası Uyumu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması	59
4.2.1. Sosyodemografik Özelliklerin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Tartışılması	59
4.2.2. Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelikle İlgili Özelliklerin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Tartışılması	66
4.2.3. Sosyal Destek Özelliklerinin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Tartışılması	74
4.2.4. Evlilik ve Eş İlişkilerinin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Tartışılması	77
4.2.5. Gebelerin, Gebeliğin Evlilik, Eş İlişkisi ve Yaklaşımına Etkisine Yönelik Düşüncelerinin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Tartışılması	79
4.2.6. Eşler Arası Uyumu En Fazla Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	81
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
5.1. Sonuç	83
5.1.1. Eşler Arası Uyuma Yönelik Sonuçlar	83
5.1.2. Eşler Arası Uyumu Etkileyen Faktörlere Yönelik Sonuçlar	83
5.1.2.1. Sosyodemografik özelliklerin eşler arası uyuma etkisine yönelik sonuçlar	83
5.1.2.2. Obstetrik öykü ve şimdiki gebelikle ilgili özelliklerin eşler arası uyuma etkisine yönelik sonuçlar	84
5.1.2.3. Sosyal destekle ilgili özelliklerin eşler arası uyuma etkisine yönelik sonuçlar	87
5.1.2.4. Evlilik ve eş ilişkisi özelliklerinin eşler arası uyuma etkisine yönelik sonuçlar	88
5.1.2.5. Gebelerin, gebeliğin evlilik, eş ilişkisi ve yaklaşımına yönelik düşüncelerinin eşler arası uyuma etkisine yönelik sonuçlar	89

5.1.2.6. Eşler arası uyumu en fazla etkileyen faktörlere yönelik sonuçlar	90
5.2. Öneriler	90
ÖZET	95
SUMMARY	96
KAYNAKLAR	97
ÖZGEÇMİŞ	114
TEŞEKKÜRLER	115
EKLER	116
Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu	116
Ek 2. Soru Formu	119
Ek 3. Çiftler uyum Ölçeği (ÇUÖ)	125
Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı İzin Yazısı	126
Ek 5. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	127
Ek 6. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı (Ek İzin)	128
Ek 7. Çiftler uyum Ölçeği Kullanım İzin Yazısı	129

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: American Congress of Obstreticians and Gynecologists
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ASH	: Aile Sağlığı Hekimi
AWHONN	: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
ÇUÖ	: Çiftler Uyum Ölçeği
DAS	: Diadic Adjustment Scale (Çiftler Uyum Ölçeği)
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSD	: Doğum Sonu Depresyon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DÖBYR	: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi
DSBYR	: Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi
ICN	: International Council of Nurses
PPD	: Postpartum Depresyon
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSP	: Türkiye Üreme Sağlığı Programı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSHGM	: Türkiye Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa No
Çizelge 2.3.1. Araştırmayla İlgili İşlemler ve Zamanı	25
Çizelge 2.4.1. Bir No'lu ASM Merkezi'nde Araştırmaya Alınan ve Ulaşılan Gebe Sayıları	26
Çizelge 2.7.1. Çiftler Uyum Ölçeği Cronbach Alfa Değerleri	31
Çizelge 3.1.1.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
Çizelge 3.1.2.1. Gebelerin Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelikle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	34
Çizelge 3.1.2.2. Gebelerin, Gebelikte Sağlık Sorunu ve Endişe/Kaygı Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	36
Çizelge 3.1.2.3. Gebelerin DÖB ve Gebelikle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı	37
Çizelge 3.1.3.1. Gebelerin Sosyal Destekle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Çizelge 3.1.4.1. Gebelerin Evlilik ve Eş İlişkilerine Yönelik Özelliklerine Göre Dağılımı	38
Çizelge 3.1.5.1. Gebelerin, Gebeliklerinin Evlilik, Eş İlişkisi ve Yaklaşımına Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre Dağılımı	39
Çizelge 3.2.1. Gebelerin Çiftler Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
Çizelge 3.3.1.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
Çizelge 3.3.2.1. Gebelerin, Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelikle İle İlgili Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Çizelge 3.3.3.1. Gebelerin Sosyal Destekle İlgili Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Çizelge 3.3.4.1. Gebelerin, Evlilik ve Eş İlişkilerine Yönelik Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Çizelge 3.3.5.1. Gebelerin, Gebeliğin Evlilik, Eş İlişkisi ve Yaklaşımına Etkisine Yönelik Düşüncelerine Göre ÇUÖ Puan	

	Ortalamalarının Dağılımı	53
Çizelge 3.3.6.1.	Çiftler Uyum Ölçeği Regresyon Modeli Özeti ve ANOVA Analizi	55
Çizelge 3.3.6.2.	Gebelerin Eş Uyumlarını En Fazla Etkileyen Faktörler..	56

EKLER DİZİNİ

	Sayfa No
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	116
Ek 2. Soru Formu	119
Ek 3. Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) (Dyadic Adjustment Scale)	125
Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Yazısı	126
Ek 5. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	127
Ek 6. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı (Ek İzin)	128
Ek 7. Çiftler Uyum Ölçeği Kullanım İzin Yazısı	129

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Aile toplumun vazgeçilmez, geleneksel ve sosyal bir kurumudur. İnsan soyunun devamının sağlanması, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesi ve kültürün kuşaktan kuşağa aktarılmasında ailenin evrensel bir görev ve sorumluluğu bulunmaktadır. Bu evrensel rol, doğurganlık fonksiyonu ile yerine getirilmektedir (Donaldson-Myles 2011). Gebelik, fizyolojik bir süreç olmakla birlikte, kadın için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır. Gebelik, kadınların sadece biyolojik durumunu değil, psikolojik ve sosyal durumunu da etkilemektedir. Ayrıca, kadınların sosyal ilişkilerinde ve aile üyelerinin rollerinde de değişikliklere neden olmaktadır (ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Bu nedenle gebelik olgusu, önemli bir stres faktörü olarak ta değerlendirilmektedir. Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumlarını araştıran bir çalışmada, gebeliğin %53,5 oranla 1. sırada, evliliğin %49,6 oranla 2. sırada ve aileye yeni birinin katılmasının (doğum, evlat edinme) ise %36,5 oranla 4. sırada strese neden olan yaşam olayı olduğu bulunmuştur (Bayık ve ark 2006).

Kadın, aile ve toplum içindeki statüsünü gebelik ve doğum ile değiştirmekte, yeni sorumlulukları üstlenmekte ve yeni rolleri yerine getirmek zorunda kalmaktadır. Yerine getirilmesi gereken bu zorunlu rol ve sorumluluklar, bazı bireylerde uyum problemlerini ortaya çıkartabilmektedir. Ayrıca, gebelik önemli psikososyal ve gelişimsel geçiş ve adaptasyon zamanıdır. Gebeliğe ve getirdiği değişikliklere uyum, her kadın ve aile tarafından farklı algılanmakta ve bu nedenle uyuma yönelik farklı tepkiler ve sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Demiryay 2006, Yanikkerem ve ark 2006, AWHONN 2013). Bu sorunlar, evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili birçok farklı konuda olabilir. Gebelik döneminde yaşanan bu sorunlar, fizyolojik olan bu durumu ağır bir yük ve stres haline dönüştürebilir (Seehausen ve ark 2005, Manjunath ve Venkatesh 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir esenlik halinde olma durumudur (WHO 2006). Gebeliğe uyum, DSÖ'nün bu sağlık tanımına kuşkusuz her yönüyle katkıda bulunacaktır. Gebelik deneyimi kadının sosyal çevresinden etkilendiği gibi, sosyal çevre de gebeliğin gidişini etkilemektedir. Gebe

kadının fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Gebelik deneyimini şekillendiren ve gebeliğe uyumu etkileyen sosyal çevredeki faktörler aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entellektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir (Hudson ve ark 2001, Taşkın 2011). Gebeliğe uyumda sosyal destek, eş ve evlilik uyumunun önemi büyüktür. Aile üyelerinden, arkadaşlardan ve diğer sosyal ilişkilerden sağlanan desteklerin bütünü olarak nitelendirilen sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (Faulkner ve Davies 2005). Çünkü, sosyal destek sistemleri, kişilerin yeni durumlarına uyumunu kolaylaştırmaktadır (Özkan ve Sevil 2007). Destek türünün yanı sıra, desteği kimin sağladığı da önemli olmaktadır (Aladağ 2000, Van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014).

Gebeliğin getirdiği fiziksel ve psikolojik değişiklikleri kabul etmede ve uyum sağlamada sorun yaşayan anne, çözüm için sosyal çevresinden destek beklemektedir. Kadına en yakın sosyal ağ üyelerinden (eş, aile, arkadaş, komşu) verilen destek, annenin beklentilerine cevap verecek düzeyde sağlanırsa annenin uyumu ve baş etmesi kolaylaşmaktadır (Akbaş ve ark 2008, Van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014). Eşler arasındaki desteğin, ailenin diğer üyeleri ve arkadaşlara göre daha gerçekçi olduğu saptanmıştır (Aladağ 2000). Gebeler en fazla yakınlık ve desteği eşlerinden almaktadırlar (Dülgerler ve ark 2005).

Gebelikteki hızlı değişimler ve gebeliğe adaptasyonun sağlanamaması, kadın ve ailesi için oldukça stresli olabilmektedir. Bu nedenle gebelik ve postpartum dönem, ruhsal hastalıklar açısından riskin arttığı bir dönem olarak kabul edilmektedir (Cunningham ve ark 2009, Murray ve McKinney 2014). Gebelik ve postpartum dönemde anksiyete ve depresif bozukluklar oldukça sık görülmektedir (Cunningham ve ark 2009, Segre ve O'Hara 2010, Murray ve McKinney 2014). Bu hastalıkları önemli kılan, anneye birlikte bebeği ve diğer aile üyelerini de olumsuz etkileyip, yaşam kalitesi ve güvenliğini tehlikeye düşürmesidir (Karaçam ve Ançel 2009, Segre ve O'Hara 2010, Cunningham ve ark 2009). Yeterince destek olan bir eşin varlığı, gebelik ve sonrası dönemde anksiyete ve depresyona karşı koruyucu görev almaktadır (Van der Akker 2012). Gebelikte eşin sağladığı duygusal ve sosyal destek azaldığında depresyon riskinin arttığı bildirilmiştir (Kılıçarslan 2008, Van der Akker 2012). Sosyal destek, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal imkanlardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkeni ve kaygı ile daha fazla baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır. Gebelik

döneminde sosyal destek en çok eş, aile ve arkadaşlar tarafından sağlanan destektir (Akbaş ve ark 2008).

Sosyal destek yanında evlilik sorunları da depresyon görülme sıklığını artırmaktadır (Akdeniz ve Gönül 2004). Arslantaş ve ark (2009)'ın Aydın ilinde yaptığı çalışmada, evliliklerinde sorun olan kadınlarda postpartum depresyon (PPD) riski yaşama olasılığının arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca, gebelik depresyonunun evlilik süresi ile de pozitif bir bağlantısı olduğu bulunmuştur (Akbaş ve ark 2008). Holmes ve Rahe (2000), yüksek yaşam değişiklikleri olan ve yakın çevrelerinden yetersiz destek gören kadınlarda, hamilelik ve doğum komplikasyonuna rastlanma olasılığının çok yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bunun yanında eşlerinden, ana-babalarından veya kardeşlerinden duygusal ve ekonomik destek göreceklere inanan kadınlarda, hamilelik ve doğum komplikasyonu düzeyinin son derece düşük olduğu saptanmıştır. Gebelik depresyonu, fetüsü ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi, PPD'ye zemin hazırlaması, ayrıca ebe ve hemşirelerin %73.4'ünün PPD'ye hazırlayıcı risk faktörlerini bilmemeleri nedeniyle gebe kadın ve ailesi için üzerinde önemle durulması ve erken tanı koyulup tedavi edilmesi gereken önemli bir sağlık sorundur (Ayvaz ve ark 2006, Bunevicius ve ark 2009, Işık ve Bilgili 2010). Gebelik döneminde yaşanan depresyon PPD riskini altı kat artırmaktadır (Heron ve ark 2004).

Gebenin çevresi ve özellikle eşi ile olan ilişkileri, gebeliğin kabulünde önemli bir rol oynamaktadır. Eşinden aldığı destek yeterliyse gebelik daha kolay kabullenilmektedir (Kılıçarslan 2008). Gebe kadınlar, eşleriyle yüksek kalitede bir ilişkiye sahip olunca, eşlerinden daha etkili destek algılamaktadırlar (Rini ve ark 2006). Karşılıklı etkileşen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla mutluluk, doyum ve beklentilerin gerçekleşmesi, evlilikte karşılıklı uyum ile mümkündür (Erberk ve ark 2005). Yani, uyumlu bir evlilik için eşler arası uyum gerekmektedir. Evlilikte sadece eşler birbirine bağlanmamakta; aileler, çevre ve dolayısıyla toplum da bu evlilikten hem etkilenmekte, hem de bu evliliği etkilemektedir (Yılmaz 2001, Erberk ve ark 2005).

Son yıllarda evlilik ve eş uyumu üzerine yapılan çalışmalarda artış dikkati çekmektedir. Çalışmalarda daha çok evli çiftlerin sosyodemografik özellikleri ile evlilik uyumu arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Şener ve Terzioğlu 2002, Tutarel Kışlak ve Çabukça 2002). Araştırmacılar eşler arasındaki uyumu, genellikle iletişim ve çatışma gibi ilişkinin kapsadığı özellikleri kullanarak değerlendirmişlerdir (Yılmaz 2001, Erberk ve ark 2005). Sonuç olarak, evli bireylerin eş tükenmişliğini en iyi yordayan değişkenin evlilik uyumu olduğu saptanmıştır (Çapri ve Gökçakan 2013).

Eşler arası uyumu etkileyen faktörlere yönelik çalışmalarda akraba evliliği (Fışıloğlu 2001), artan çocuk sayısı (Şener ve Terzioğlu 2002) ve evlilik yılının (Şener ve Terzioğlu 2002, Demiryay 2006, Güzel Ertop 2012) evlilik uyumunu negatif, isteyerek yapılan evliliklerin ise pozitif yönde etkilediği (Cingisiz 2010) saptanmıştır. Yukarıdaki çalışmalardan farklı olarak eşlerin evlilik uyumlarının evlilik yılı, çocuk sayısı gibi değişkenlerle bağlantılı olmadığı da belirtilmektedir (Tutarel Kışlak ve Çabukça 2002). Kılıçarslan (2008)'a göre, gebeliğin istenmesi ve planlı olması, yakınları ile eşin destek olma oranını artırmakta ve çocuk sayısı, eşin gebeliği öğrenince sevinme ve destek olma durumunu etkilemektedir. Ayrıca, yakınlarının destek olma durumu çocuk sayısı ve evlilik süresi arttıkça azalmaktadır.

Eşler arası uyumun ve evlilik kalitesinin yükseltilmesinin, gebe ve eşlerin olduğu kadar gelecek kuşakların ruh sağlığı açısından da önemi büyüktür. Evlilikte (eşler arasında) yaşanan mutsuzluk ve sıkıntı, hem çiftlerin hem de çocukların fiziksel ve duygusal sağlığı üzerinde zararlı etkilere neden olabilmektedir (Erberk ve ark 2005). Literatürde evlilik uyumunun gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme etkisine yönelik yeterli çalışma bulunmamaktadır. Yapılan araştırmalarda, evlilik uyumu arttıkça gebelikte bulantı kusma şiddetinin azaldığı (Yekenkurnıl ve Mete 2012) ve evlilik uyumu düşük olan bireylerde hiperemezis gravidarum riskinin arttığı (Taşçı 2004) bildirilmektedir.

Gebelik döneminde ve doğum sonrasında kadınlara fizyolojik gelişim ve iyileşmeleri ile ilgili birçok müdahale ve desteklerin verilmesine rağmen, kadının yeni rollere, sosyal statüsü ve sorumluluklarına uyumu ile ilgili neredeyse hiç müdahale planlanmamakta, bu uyum tamamen kadının kendisine bırakılmaktadır (Doyurgan 2009). Bu durumun eş uyumunu da etkileyeceği düşünülebilir. Çünkü, bu dönemdeki uyum sorunları bazen kadın tarafından yakın çevreye davranışlarla yansıtılmakta, bazen de

bastırılarak içe atılmaktadır. Fark edilemeyen bu uyum sorunları kadının eşi, akrabaları ve yakın çevresindeki arkadaşları ile olan iletişimini ve yaşam düzenini bozmakta, hatta annenin sosyal uyumunu ve bebeğe verilen bakımın kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Doyurgan 2009, Murray ve McKinney 2014).

Sosyal destek kaynakları evlilik uyumunu artırmaktadır (Okanlı ve ark 2003, Kaner 2010). Çünkü sosyal destek, insanları yaşam değişikliklerinin stres dolu etkilerinden koruyabilmektedir (Bayık ve ark 2006). Anne, bebek ve dolayısıyla aile sağlığının sürdürülebilmesi için gebelik döneminde sosyal desteğin verilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır (Mermer ve ark 2010). Gebelik ve evlilik stresli yaşam olaylarının başında geldiğine göre; stres altındaki bireyde olan değişiklikleri fark edecek olan en iyi sosyal destek kaynaklarından biri de hemşire denilebilir. Hemşireler, anneleri iletişim kurmaları, mevcut ilişkilerini devam ettirmeleri ve geliştirmeleri için cesaretlendirerek hem psikolojik hem de fiziksel yönden eş ve aile desteğini almasını ve yeni yaşamlarına daha çabuk ve olumlu adapte olarak bebekleri ve eşleri ile daha mutlu bir başlangıç yapabilmelerini sağlayabilirler (Pantley 2003).

Kadınların, ebeveynlik rolüne geçişte değişen aile dengeleri ve yeni rollerine uyum sağlayabilmeleri, ayrıca bu değişim aşamasında stresle baş etme stratejilerini öğrenmeleri için hemşirelere ve diğer sağlık personeline önemli görevler düşmektedir (Taşkın 2011, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Ancak, yetişkinlerin genellikle duygusal ve araçsal desteği aile ve arkadaşlarından aldıkları, sağlık bakım çalışanlarının ise onlara bilgi desteği için kaynak oluşturdukları bildirilmektedir (Toljamo ve Hentinen 2001). Çünkü, sağlık personelinin bilgi ve uygulama becerilerini geliştirici yapılandırılmış eğitim programları, depresif durumları tanılama, tedavi etme ve önlemede oldukça etkilidir (Jones ve ark 2012). Ülkemizde, ruh sağlığı hizmetlerinin toplumda büyük oranda sağlığı geliştirici ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini içermesi ve tüm sağlık personelinin ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (DÖBYR) ve Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (DSBYR)'nde de bu hizmetlerin önemi vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, T.C. Sağlık Bakanlığı 2012). Ancak, çalışmalar sağlık personelinin ruh sağlığı ile ilgili bilgi ve becerilerinin yetersiz olduğunu ve ağırlıklı olarak antidepresan tedavileri uyguladıklarını ortaya koymuştur (Buist ve ark 2006, Jones ve ark 2012). Ülkemizde de sağlık personelinin bu konudaki bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğu

vurgulanmaktadır (Tezel 2006, Işık ve Bilgili 2010, Kurtcu 2010, Karagöz 2011). Bu nedenle, sağlık personelinin holistik sağlık anlayışına göre hizmet vermesi son derece önemli ve kaçınılmaz bir zorunluluktur. Sağlık çalışanlarının gebelik dönemindeki ruhsal sıkıntıları ve bunlara neden olan etmenleri belirlemeleri, sağlık personelinin bu konudaki farkındalıklarının ve duyarlılıklarının artırılmasına, böylece evlilik ve eş sorunlarına yönelik koruyucu ve önleyici stratejiler ile baş etme stratejilerine yönelik girişimlerin hayata geçirilmesine olanak sağlayacaktır.

Tüm zorluklarına rağmen, kadının en önemli özelliği anne olabilmesidir ve büyük bir çoğunluğu doğurganlık dönemini evlilik içinde tamamlamaktadır. Ülkemizde kadınlar 25’li yaşlarda ilk doğumlarını yapmakta ve neredeyse %90’ı otuzlu yaşların başına ulaştığında evli veya en az bir kez evlenmiş olmaktadır (Eryurt ve ark 2009). Ayrıca, çocukların ve doğurganlık çağındaki kadınların nüfus içinde büyük yer tutması (TÜİK 2013) ve doğum öncesi bakım hizmetleri (DÖB)’nin nitelik olarak yetersizliği (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009), hemşirelerin gebelerin sağlığını koruma ve geliştirmek için bakım, eğitim, danışmanlık ve rehberlik gibi görevlerini en iyi şekilde kullanmalarını gerektirir. DÖB hizmetinin verimliliğini artırmak için hemşirelerin, gebelerin algıladığı psikososyal sorunlar ile evlilik ve eş uyumlarını sürekli olarak değerlendirmeleri, psikososyal destek sağlamaları ve gerektiğinde profesyonel yardım almaları için bir uzmana yönlendirmeleri gerekmektedir (Murray ve McKinney 2014).

Önceliklerin bilinmesi, hizmet veren ve alan kişilere pek çok yarar sağlayacaktır Çünkü evlilik uyumu aileyi etkilediği gibi aile dışındaki ilişkileri de etkileyebilmektedir. Bu açıdan uyumlu bir evlilik için gerekli olan eşler arası uyum ile ilgili yapılacak çalışmaların oldukça gerekli olduğu düşünülebilir. Çünkü, yeni bir duruma uyum kadının gebelik, doğum, postpartum dönem ve annelik ile aile ve eş ilişkilerini de etkilemektedir (Akbaş ve ark 2008, Doyurgan 2009, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Bu nedenlerle çalışma, gebelikte eşler arası uyumun nasıl etkilendiğini irdelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Gebelik dönemi; gerek kadın, gerekse eşi ve ailesi için önemli bir yaşam dönemidir. Bu dönemin sağlıklı geçirilebilmesi için gebeliğe uyumun sağlanması son derece önemlidir. Kadınların gebeliğe uyumlarının sağlanmasında sosyal destek sistemleri,

özellikle de eşler önemli bir role sahiptirler. Olumlu bir evlilik ilişkisi ve dolayısıyla eşler arası uyumun kalitesi, gebelik döneminde eşler arasındaki uyumun da irdelenmesini gerektirir. Bu nedenle araştırma, gebelik döneminde eşler arasındaki uyumu belirlemeyi amaçlamaktadır.

1.2.1. Hipotezler

Araştırmanın hipotezleri şunlardır:

Ho: Kadınların gebelik döneminde çift uyum ölçeği (ÇUÖ) puan ortalamaları düşüktür.

H1: Kadınların gebelik döneminde ÇUÖ puan ortalamaları yüksektir.

Ho: Kadınların gebelik döneminde ÇUÖ'nün alt ölçeklerinden (fikir birliği, çift doyumu, duygusal ifade, çiftlerin bağlılığı) aldıkları puan ortalamaları düşüktür.

H1: Kadınların gebelik döneminde ÇUÖ'nün alt ölçeklerinden (fikir birliği, çift doyumu, duygusal ifade, çiftlerin bağlılığı) aldıkları puan ortalamaları yüksektir.

Ho: Kadınların gebelik döneminde ÇUÖ puan ortalamalarını etkileyen herhangi bir değişken yoktur.

H1: Kadınların gebelik döneminde ÇUÖ puan ortalamalarını etkileyen herhangi bir değişken vardır.

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Aile ve Evlilik

“Aile, aralarında kan ve evlilik bağı olan, bir çatı altında yaşayan, ortak geliri paylaşan, kendilerine özgü benzer görgü, inanç ve değerleri bulunan, toplumsal rolleri ile iletişim ve etkileşim içindeki insanlardan oluşan en küçük toplumsal kuruma denmektedir” (Ünsel 2010). Aile, insan yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. Kişilerin beden ve ruh sağlığı için gerekli sevgi, yakın ilgi ve bakım bulabilecekleri en doğal ortam aile ortamı olmaktadır (Özcan 2002).

Dünyada ve ülkemizde hızla gelişen sosyoekonomik ve kültürel değişimlere bağlı olarak aile fertlerinin sahip oldukları rollerde de önemli değişimler meydana gelmektedir. Ailenin ve eşlerin sosyo-ekonomik ve eğitim düzeylerinin yükselmesi, anlaşarak evlenme, kadının çalışması ve ortak gelire katkısının artması gibi nedenlerle, modern yapıdaki ailede kadın-erkek rolleri daha eşitlikçi yönde değişmektedir. Yine, geleneksel ailede mevcut olan baba otoritesi yerini, kadın ve erkeğin eşit otoritesine bırakmaktadır (Abanoz 2005).

Günümüzde aile birliğinin gerçekleşmesi genellikle evlilik ile başlamaktadır. *"Evlilik; bir erkek ve bir kadın arasında toplum tarafından onaylanmış ilişki, karşılıklı dayanışma, toplumsal onaylama sonucunda gerçekleşen bir sözleşme ve toplumsal yasaklamaların tamamen dışında tutulan cinsel ihtiyaçların doyuma ulaştırıldığı bir kaynaşma durumu olarak tanımlanmaktadır"* (Saridoğan ve Karahan 2005).

Aileyi bir sistemler bütünü olarak ele alan genel yaklaşıma bakıldığında, eşler arasındaki sistemin aile kurumunun temelinde yer aldığı görülmektedir. Aralarında iyi bir ilişki bulunan, geleceğini, güvenliğini düşünen ve geleceğe iyimser bakan bir evlilik sisteminin sağlam bir aile yapısını temsil ettiği belirtilmekle beraber, birbirlerine karşı sorumluluk duygusu taşıyan, birbirlerini sosyal açıdan destekleyen, birlikte isteyerek zaman geçiren, üyeler arası açık bir iletişim olan ve kriz durumunda birbirine kenetlenen bireylerin oluşturduğu sistem evlilik olarak nitelendirilmektedir (Erdoğan 2007). Bununla beraber, evlilik eşlerin psikolojik sağlığını korumakta (Saridoğan ve Karahan 2005), hastalık ve ölüm oranlarını düşürmektedir (Ross ve Mirowsky 2002). Evliliğin, kişinin yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğu da belirtilmektedir (Hünler ve Gençöz 2003, Atta-Alla 2009). Başka bir deyişle *"sağlıklı evlilik ilişkisi, bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıkları üzerinde olumlu etkiler yaratan bir güce sahiptir"* (Canel 2012). Hawkins'in de belirttiği gibi (2005), mutsuz bir evliliği sürdürmek genel mutluluk, yaşam doyumu, benlik saygısı ve genel sağlıkla olumsuz yönde ilişkilidir. Aile yaşamında eşler arasında uyum sağlanarak mutluluğun elde edilebilmesi için eşlerin; iletişim, değer ve amaçlar, karar verme, evle ilgili faaliyetlerin yürütülme biçimi, yakın akrabalarla ilişkiler, serbest zamanların değerlendirilmesi, gelir idaresi gibi konularda görüş ve çabalarını birleştirmeleri gerekmektedir (Şener ve Terzioğlu 2002).

Sağlıklı toplumun temelini sağlıklı aile oluşturur. Sağlıklı aile ise gücünü sağlıklı bir eşler arası ilişkiden alır (Canel 2012). Sağlıklı evlilikler hem bireyler hem de toplum açısından önemli olduğundan, aile içerisinde eşlerin uyumu üzerinde durulan ve çeşitli araştırmaların yapıldığı önemli bir konu haline gelmektedir. Günümüzde meydana gelen hızlı sosyal, ekonomik ve kültürel değişimlerin bir yansıması olarak toplumumuzda da evlilik ilişkileri değişmekte, karmaşıklaşmakta, evlilikte yaşanan sorunlar geçmişe oranla çeşitlenmekte ve eşler arasındaki uyum sorunları da artmaktadır (Sevil ve Yanikkerem 2005, Bulut 2007). Eşlerin psikolojik dünyalarının evlilikle birlikte değişmesi, romantik duyguların yerini gerçeklerin alması, eşler

arasında toplumsal açıdan farklı beklentiler ve farklı yaşam biçiminin belirginleşmesi, ailede sarsıntılara yol açmaktadır (Sevil ve Yanikkerem 2005).

1.3.2. Evlilik Uyumu

Sosyal bir varlık olan insanın en önemli yetilerinden biri uyum yapabilmesidir. İnsan kendisine ve çevresine uyum yapabildiği ve bu uyumu sürdürebildiği ölçüde mutlu ve sağlıklı hisseder. Sosyal yaşamın bir parçası olan evlilik de bireylerin uyum yapmasını gerekli kılan bir beraberliktir. Fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal ilişkileri içeren evlilikte uyumun sağlanması, eşlerin ve ailedeki diğer bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının temelini oluşturan önemli bir etkidir (Kalkan 2002).

Spanier (1976), çiftler arası uyumun; “1) eşler arasında sorun yaratan farklılıklar, 2) kişiler arası gerginlik ve kişisel anksiyete, 3) eşler arası tatmin, 4) eşler arası bağlılık ve 5) yapılmakta olan işlerin önemi konusunda eşler arasındaki fikir birliğinin dereceleriyle karar verilecek bir süreç” olduğunu belirtmektedir.

İnsanın doğası gereği evlilikte kadın ve erkek arasındaki uyum, eskiden beri önemli bir sorundur ve günümüzde uzmanların ilgilenmesi gereken bir konudur. Çünkü aile, sadece iki kişinin bir araya gelmesiyle oluşan bir kurum değildir. Her şeyden önce bu iki kişinin birbirine uyması, ailenin sürekliliği için zorunludur. Ailenin işleyişinde bozukluklar varsa, toplumda da aksamalar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, eşler arası uyumun olması önemlidir.

“Birbirleri ile etkileşen, evliliklerini ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen eşlerin evlilikleri, uyumlu evlilikler” olarak kabul edilmektedir. Evlilik uyumu kavramı, “eşlerin uyumlu birliktelikleri sonucu evlilik hayatlarındaki mutluluk ve memnuniyeti” de içermektedir (Erbek ve ark 2005). Evlilik uyumu “evlilikte isteklerin, beklentilerin, ihtiyaçların karşılanma derecesi ve evliliğin her yönüyle öznel olarak değerlendirilmesi” olarak ta tanımlanmaktadır (Demiray 2006). Dolayısıyla mutluluk, doyum ve beklentilerin gerçekleşmesi, evlilikte karşılıklı uyum ile mümkündür (Erbek ve ark 2005). Yani uyumlu bir evlilik için eşler arası uyum gerekmektedir. Bu, ülkemizde giderek artan boşanmalar açısından oldukça önemlidir. Kaba boşanma hızları istatistiki bölgelere göre incelendiğinde, Ege Bölgesi'nin %2.33 ile en yüksek boşanma oranına sahip olduğu

görülmektedir. Ülkemizde boşanma nedenleri arasında ilk sırada %95.3 ile geçimsizlik, yani çeşitli alanlarda eşler arasındaki uyumsuzluk gelmektedir (TÜİK 2013).

Aile araştırmaları literatüründe önemli bir yer tutan eşler arası uyum kavramı, evlilik tatmini, evlilik mutluluğu ve evlilik başarısı gibi kavramlarla ilişkilendirilmektedir (Fışıloğlu 2001). Rhoden (2003), evliliğin çok boyutlu bir kavram olduğunu ve evlilikte mutluluğun evlilik tatmini ve eşler arası uyum olarak kavramsallaştırıldığını belirtmektedir. Spanier (1976) eşler arası uyumu, “*eşlerin günlük yaşantıya ve yaşantı içinde değişen koşullara uyum sağlaması ve belirli bir süre içinde birbirlerine uygun olarak değişmeleri*” şeklinde tanımlamaktadır.

Evlilik ilişkisi söz konusu olduğunda, tanımlamaya yönelik pek çok kavramın kullanıldığı görülmektedir (Taşçı 2004, Erdoğan 2007). Evlilik uyumu, evlilik doyumu, mutluluğu ve evlilik bütünlüğü kavramları evlilik ilişkisinin kalitesini tanımlamak için kullanılan kavramlardır. Evlilik kalitesi kavramı; evlilik doyumu, evlilik uyumu ve evlilik bütünlüğünü de kapsayan genel bir kavramdır (Spanier 1979). Evlilik kalitesi, “*evli çiftlerin ilişkilerinin öznel değerlendirilmesi*” olarak tanımlanmaktadır. Yüksek evlilik kalitesinin iyi uyum, yeterli iletişim, evlilik ilişkisinde yüksek doyum ve mutluluk derecesi ile ilişkili olduğu düşünölmektedir (Spanier 1979). Evliliğin niteliğini yordamada, uyumun daha önemli olduğu düşünölmektedir. Bu nedenle evliliğin niteliğini değerlendiren çalışmalarında, sıklıkla çift uyumunu değerlendiren ölçekler kullanılmaktadır.

Evlilik uyumu, “*çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatındaki memnuniyeti ve mutluluğu*” da tanımlamaktadır. Bu noktada daha genel bir kavram olması nedeniyle evlilik doyumu ile karışmaktadır. Oysaki çift uyumunda, evlilik doyumunda olduğu gibi bireylerin öznel algısı değil, aralarındaki ilişkinin niteliği değerlendirilmektedir. Bu nedenle evlilik uyumunda, eşlerden her birinin iyi bir ilişki sürdürebilme kapasiteleri de önemlidir (Tutarel Kışlak ve Çabukça 2002).

Çok boyutlu olan eşler arası uyumun nasıl tanımlandığı ve neleri kapsaması gerektiğine ilişkin görüş ayrılıkları vardır. Dolayısıyla evlilik ilişkisi incelenirken, kavramların çok iyi tanımlanması ve eşler arasındaki uyumun, çatışma ve doyumdan farklı bir kavram olduğunun anlaşılması gerekmektedir (Yılmaz 2001).

1.3.3. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler

Mutlu ve uyumlu bir evlilik, her şeyden önce sağlıklı ve yeterli bir iletişim ve eşlerin bundan sağladıkları doyumla gerçekleşir (Ergin 2008). Evlilik hayatındaki memnuniyeti ve mutluluğu da içeren evlilik uyumunda, eşlerden her birinin iyi bir ilişki sürdürme kapasiteleri de önemlidir (Erbek ve ark 2005).

Evlilik sorunları yaşayan çiftlerin desteklenmeye ihtiyacı olduğu açıktır. Bu nedenle evlilik uyumunun artırılması, olumsuz sonuçlar yaşanmadan ilişkinin sürmesine ve geliştirilmesine katkı sağlayabilir. *“Eşler arasındaki iletişim becerilerini artırmak, her türlü sorunu açıkça tartışarak anlayış ve hoşgörüyü çözümler aramak, eşler arasındaki çatışmalarla baş etme yollarını öğretmek, çiftleri gelecekteki olası sorunlar için hazırlamak ve bu sorunlar anlamlı duruma gelmeden çözüme becerilerini öğretmek evlilik uyumunu artıran yöntemlerdir”* (Ersanlı ve Kalkan 2008). Bunun için de evli bireylerin evlilik psikolojisi danışmanlık hizmetlerinden yararlanmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Kalkan 2002, Sardoğan ve Karahan 2005).

Sardoğan ve Karahan (2005), insan ilişkileri beceri eğitimi programının ve Kalkan (2002) evlilik ilişkisini geliştirme grubuna katılmanın, evli bireylerin evlilik uyum düzeyleri üzerinde anlamlı farklılıklar oluşturduğunu bulmuşlardır. Evlilik ile sadece iki kişi birbirine bağlanmamakta; aileler, çevre ve dolayısıyla toplum da bu evlilikten etkilenmekte ve bu evliliği etkilemektedir. Evlilikte uyum, *“farklı kişiliğe sahip eşlerin, mutluluğu elde etmek ve ortak hedeflere ulaşmak için bir bütün olarak birbirlerini tamamlaması”* olarak tanımlanabilir (Şener ve Terzioğlu 2008). Son yıllarda, evlilik üzerine çalışmaların arttığı görülmektedir. Eşler arasındaki uyumun ölçümüne ilişkin makalelerde görüş ayrılıkları ve farklı yaklaşımlar yer almaktadır. Genellikle araştırmacılar eşler arasındaki uyumu, iletişim ve çatışma gibi ilişkinin kapsadığı özellikleri (Yılmaz 2001, Erberk ve ark 2005) ya da demografik değişkenlerle ilişkisini incelemişlerdir (Şener ve Terzioğlu 2002, Tutarel Kışlak 2002, Şendil ve Korkut 2008, Yalçın 2014).

Evlilik uyumu birey, aile ve sosyoekonomik değişkenlerden etkilenmektedir (Sardoğan ve Karahan 2005, Ergin 2008). Evliliklerdeki sorunlar hamilelik, düşük, küretaj, çocuk sahibi olma, ağır hastalık, hastaneye yatma, ekonomik sıkıntı, mesleki konumda değişim ve yeni bir yerleşim yerine taşınma sonrasında başlayabilmektedir (Taşçı ve ark 2008). Çift uyumunun

önemli belirleyicileri arasında eşlerin birbirine bağlılığı yer almaktadır. Bu evlilik doyumunda da önemli rol oynar (Erbek ve ark 2005). Uyumu etkileyen bir diğer unsur olan empati, evlilik uyumunu yordayan önemli bir değişkendir. Empatiyle ilişkinin niteliği arasında olumlu bir ilişki vardır (Tutarel Kışlak ve Çabukça 2002).

Sosyal bir yapı olan evlilik ilişkisinin sürdürülmesinde ve uyum-doyumun artmasında çocuk sayısı ve yaşları, çiftin geliri, işin statüsü, kadının çalışması, ev işi paylaşımı, eğitim düzeyi gibi birçok sosyal faktör önemli rol oynamaktadır. Bunların yanında evliliğin süresi, evlilik türü, eşlerin iletişim becerileri ve birbirlerine karşı davranışları ve aileleriyle iletişimleri, çatışma sıklığı ve çatışmayı yönetme ilişkideki uyumun gelişmesini etkilemektedir (Twenge ve ark 2003).

Evliliği kendi seçimiyle gerçekleştiren (Çimen 2007, Cingisiz 2010, Güzel Ertop 2012), akraba evliliği yapmayan (Fışiloğlu 2001), çocuğu olmayan (Jenkins ve ark 2003, Twenge ve ark 2003, Yılmaz 2009, Güzel Ertop 2012) ve kısa evlilik yılı olanlarda da (Demiryay 2006, Güzel Ertop 2012, Yalçın 2014) evlilik uyumu yüksek bulunmuştur.

1.3.4. Ebeveynlik

Evlilik, ebeveyn çocuk ilişkisi açısından önemli görülmektedir. Evlilikteki uyumun niteliği, ailenin yaşam kalitesini ortaya koyar. Ebeveynlerin birbirleriyle olan olumsuz ilişkileri bireyleri birçok farklı olumsuz davranışlara sürükleyebilmektedir. Evlilik uyumunun bozulması durumunda, hem eşler hem de çocuklar travma yaşayabilmektedir (Fidanoğlu 2007).

Gebelik ebeveynlik rolüne atılan ilk adımdır (Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Aile için gebelik doğal bir olay olmasına rağmen, fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişikliği beraberinde getirmektedir. Anne adayının gebelikte oluşan psikolojik ve fizyolojik değişimlere uyum sağlamasının gebelik ve postpartum dönemi olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Aynı zamanda, kadının postpartum dönemde anneliğe ve yaşam değişikliklerine uyumu da anne ve bebeğin sağlığını etkilemektedir (Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Eşler arası uyumun bulunmaması, ebeveynlerin anne ve babalık rollerini de olumsuz etkilemektedir. Eşler arası çatışma nedeniyle ebeveynin çocuklar üzerindeki

disiplini azalmakta, davranışları tutarsızlaşmakta ya da ebeveynler çocuklarından uzaklaşmakta, bu da çocukta uyum problemlerine neden olmaktadır. Eşler arası uyumun azaldığı durumlarda, bazen ebeveynler çocuk üzerinde psikolojik ve duygusal kontrolü artırarak çocuklarda kaygı ve içe yönelim gibi davranışsal problemler meydana gelebilmektedir. Çocuklardaki uyum problemlerinin önlenmesi için ebeveynin çocukla ve birbirleriyle etkileşiminin niteliğinin artırılması gerekmektedir (Zubrick ve ark 2005, Yaşar 2009). Aile yapısının niteliği ve evlilikte yaşanan sorunların, çocukların problem davranışlarının nedenini oluşturabileceği ve aile uyumu ile çocukların problem davranışları arasında negatif bir ilişki bulunduğu belirtilmektedir (Amato 2005, Savi 2008). Amato (2005), boşanmış ailelerdeki çocukların sosyal ve duygusal yönden olumsuz etkilendiğini, ancak sürekli olarak sorunların yaşandığı ailelerdeki çocukların boşanmış ailelerdeki çocuklara göre daha fazla problem davranışlar sergileyebildiğini belirtmektedir. Sosyal destek kaynaklarının zayıf olması durumunda ebeveynler psikolojik problemleri daha fazla yaşayabilmekte ve bu durum çocuklarla olan iletişimlerini de olumsuz etkileyebilmektedir (Henderson ve ark 2003). Çocukların ebeveynleri arasındaki uyuma ilişkin algıları yüksekse, benliklerine ilişkin değerlendirmeleri olumlu olmakta, algılanan uyum düşükse benliklerine ilişkin algıları da olumsuz etkilenmektedir (Yılmaz 2001). Ayrıca, çatışmalarını başarılı bir şekilde çözümlayebilen ebeveynlerin, sorun çözme konusunda çocuklarına çok iyi örnek oldukları belirtilmektedir (Erbek ve ark 2005). Bu nedenle, aileye ilişkin özelliklerin çocuğun sosyal, duygusal ve zihinsel gelişimine etkisi, geçmişten günümüze araştırmacıların hala üzerinde durduğu konulardan birisi olmuştur. Tutarlı ve kararlı bir aile ortamında büyüyen çocuğun ebeveynle etkileşimi daha nitelikli olmakta ve çocuklar evliliklerdeki stresin ve üzüntünün yaratacağı olumsuz etkilerden uzakta daha sağlıklı bir büyüme dönemi geçirmektedirler. Evlilikteki uyum çocukların da uyum becerilerini geliştirmekte, ebeveynlerin aile içindeki memnuniyetsizliği ise çocukların umudunu azaltmakta ve hayata bakışlarını olumsuz etkilemektedir (Donma ve Donma 2006).

1.3.5. Gebelik

Gebelik, ailenin yaşamında bir dönüm noktası olarak görülmektedir. Anne ve baba olmaya atılmış önemli bir adım olan gebelik, kadının biyopsikososyal dengesinin, aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, ayrıca anne ve bebek arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu yaşamsal bir kriz dönemidir (Taşkın 2011, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Gebelikte

anne adayı, gebeliğin trimesterlerine göre farklılıklar gösteren birçok fizyolojik ve psikolojik değişimler yaşar (ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Gebeliğin ilk trimesterinde bulantı, kusma gibi fizyolojik değişimler ile birlikte gebeliğe ilişkin ambivalan duygular yaşanmaktadır. Gebelik istekli ve planlı olsa bile, çoğu kadın gebelik zamanının doğru olup olmadığını düşünmektedir. Bu dönemde, kadın bebeğinden çok kendine ve gebeliğine odaklanmaktadır (Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

İkinci trimesterde fetal hareketler hissedilmeye başlanmaktadır. Fetal hareketlerin hissedilmesiyle kadın, bebeğini ayrı bir birey olarak kabul etmeye başlamaktadır. Bu trimesterde fizyolojik rahatsızlıkların azalmasına bağlı olarak gebe kendisini genellikle daha iyi hissetmekte, ancak bebeğinin sağlığına yönelik endişeler yaşamaya başlamaktadır (Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Üçüncü trimesterde ise kadının gebeliğe ilişkin fizyolojik rahatsızlıkları artmakta, ilgisi bebeğe ve doğum eylemine odaklanmaktadır. Kadın, doğumun nasıl olacağını merak etmekte ve doğumla baş edemeyeceğine yönelik artan anksiyete yaşamaktadır (Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Özellikle, bu trimesterde birçok kadında doğum sırasında öleceği veya zarar göreceği korkuları gelişmektedir (Serçekuş ve Okumuş 2009, Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Bu trimesterde aynı zamanda kadın, doğum sonu dönemin nasıl olacağı ve bebek bakımında yeterli olup olamayacağına yönelik korkular da yaşamaktadır. Bu dönem, kadının gerek eşi gerekse sağlık personeli tarafından desteklenmeye daha çok ihtiyaç duyduğu bir dönem olmaktadır (Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

1.3.6. Gebelik ve Evlilik Uyumu

Evlilikte sağlanan uyumdaki artışın kişilerin psikolojik sağlıklarına yansıdığı bilinmektedir (Fidanoğlu 2007, Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Gebelikte en çok eşten destek alınmak istenmekte ve bu desteğin yetersizliğinde ise gebelikteki emosyonel değişiklikler, anksiyete ve depresyon yaşama durumu artmaktadır (Şahin ve Kılıçarslan 2010, Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Eşi ile ilişkilerinde mutlu ve duygusal desteği yeterli olan kadın gebeliğini daha kolay kabullenmektedir (Van der Akker 2012). Gebeliği ve anneliği normal olarak algılayan kadınların adaptasyonu da

daha iyi olmaktadır (Van der Akker 2012). İlişkinin kalitesi, algılanan desteği artırmaktadır (Rini ve ark 2006, Van der Akker 2012).

1.3.7. Gebelikteki Uyumu Etkileyen Faktörler

Her kadın için özel ve anlamlı bir dönem olan gebelik ve doğumda, bebeğin dünyaya gelmesi genellikle olumlu ve doyurucu bir yaşantı olsa da, kadın bu değişikliklerle birlikte bazı fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkları da yaşayabilmektedir. Bu rahatsızlıklar nedeniyle gebelik, uyum sağlamayı gerektiren stresli bir yaşam olayı ya da kriz olarak nitelendirilmektedir (Littleton ve Engebreston 2005, Van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014).

Aile, bu tür krizlerle baş edebilmek için çeşitli arayışlara girer. Özellikle, bu dönemde kendisine ve doğacak bebeğine önem veren anne baba adayları, prenatal bakım ve yardım alma çabası içinde olurlar. Bu amaçla, anne baba adayları sağlık kuruluşlarından danışmanlık almak, kitap okumak, yazılı basını takip etmek, doğuma hazırlık sınıflarına katılmak gibi çeşitli girişimlerde bulunurlar (Littleton ve Engebreston 2005). Çiftlerin anne baba olmaları ile ilgili endişeleriyle baş edebilmelerinin en güzel yolu; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kendi bakım sorumluluğunu almalarını sağlamaktır. Bu durum, onların gebelik ve doğumla ilgili kararların çoğuna katılmalarını ve eşler arası iletişimin artmasını sağlar (Van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014). Çalışmalarda da doğum öncesi eğitim alan kadınların gebelik uyumları ile eşler arası iletişimlerinin olumlu etkilendiği belirtilmektedir (Şeker 2006, Serçekuş ve Okumuş 2009).

Gebelik döneminde, daha duyarlı hale gelen gebe kadının duygusal bağımlılığı ve destek arayışı artar, buna karşın doğum korkusu başlar (Taşkın 2011, Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Gebelikte çok şiddetli boyutlara ulaşan doğum korkusu *tokofobi* olarak adlandırılır. Bu korku hamilelikten önce oluşmakta, gebeliğin 3. trimesterinde daha da artmakta ve obstetrik komplikasyonların gelişmesine yol açmaktadır (Akdolun Balkaya ve ark 2014). Antenel korkuların, sezaryen ve uzamış doğum eylemine neden olabileceğine dikkat çekilmektedir (Kitapçıoğlu ve ark 2008). Akdolun Balkaya ve ark (2014), 2. trimesterdeki doğum korkusunun postpartum dönemde ruhsal sıkıntılarla karşılaşma riskini 1.58 kat artırdığını saptamışlardır.

Türkiye'de ruh sağlığı sorunu, kadınlarda daha fazla görülmektedir. Depresyon ve panik bozukluğu açısından kadınlardaki sıklık erkeklerden iki kat fazla iken, somatizasyon bozukluğu üç kat fazladır. Depresyon varlığı Türkiye geneli için %13,1 iken, Ege bölgesi için %12,8'dir. Ruh sağlığı bozuklukları açısından kadınların önemli bir risk grubu olarak ele alınması gerektiği ve yaşam kalitesinin tüm alanları için kadınların erkeklere göre daha kötü olduğu belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2013). Gebelikte ruhsal sorunların %5 ile %51 oranında görüldüğü belirtilmektedir (Marakoğlu ve ark 2008).

Gebelikte anksiyete yaşama, sosyal destek yetersizliği, geniş ailede yaşama, evlilik süresi ile evlilik sorunu yaşama gebelerde depresyon görülme riskini artırmaktadır (Akbaş ve ark 2008, Leigh ve Milgrom 2008). Ayrıca, gebelik depresyonu geçiren bir kadının postpartum depresyon geçirme riskinin ortalama 6.5 kat daha fazla olduğu da belirtilmiştir (Muzik ve ark 2009).

Gebelik ve evlilik, stres verici yaşam olaylarının içinde ilk sıralarda yer almaktadır (Bayık ve ark 2006). Gebeliğin evlilik ilişkisi üzerine etkisi olumlu ya da olumsuz olabilir (Taşkın 2011, Van der Akker 2012). Okanlı ve ark (2003), *istenen gebelikler kadının eşiyile olan ilişkilerini olumlu yönde etkilediği için eşlerinden gerekli desteği görürler* demektedir.

Evli bireylerde eşler arası uyumu etkileyen sorunların araştırıldığı bir çalışmada, kadınlarda çocuk sayısı arttıkça evlilik uyum puan ortalamalarının giderek azaldığı bulunmuştur (Şener ve Terzioğlu 2002). Farklı olarak, eşlerin evlilik uyumlarının evlilik yılı, çocuk sayısı gibi değişkenlerle bağlantılı olmadığı da bildirilmektedir (Tutarel Kışlak ve Çabukça 2002). Literatürde farklı sonuçlar olmasına rağmen, yetişkinlik döneminin gelişim görevlerinden olan aile kurmak ve çocuk yetiştirmek bireyin yaşamındaki önemli dönüm noktalarındandır (Van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014).

Gebelik süresince oluşan çeşitli sağlık sorunları gerek anne, gerekse bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Eşle ilişkide yaşanan sorunlar, gebelikte önemli bir stres kaynağı olabilir. Eşle ilişki ve evlilik uyumunda yaşanan sorunlar, gebeliğe uyumda sorun yaratabilir. Örneğin, bulantı kusmayla bunu belirtir (Yekenkurl ve Mete 2012). Gebelikte bulantı-kusmanın, gebe kadınların eşleriyle olan ilişkilerindeki hoşnutsuzluğun bir belirtisi olduğu ileri sürülmektedir ve kadının kusma yoluyla evliliği hakkındaki negatif hisleri bilinçsizce ifade ettiği iddia edilmektedir (Beydağ ve Mete 2008). Gebelik sırasında en çok destek alınan kişinin kadının

eşi olduğu ve hiç kimseden destek almayan gebelerin toplam gebelik sorun puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Yanikkerem ve ark 2006).

Gebelikte sosyal desteğin yetersiz olması ve evlilik sorunları depresyon görülme sıklığını artırmaktadır (Akdeniz ve Gönül 2004). Eş desteği ne kadar fazla ise kaygı da o kadar azalmaktadır (Kılıçarslan 2008). Evlilik uyumu arttıkça gebelikte bulantı kusma şiddetinin azaldığı (Yekenkurnıl ve Mete 2011), evlilik uyumu düşük olan bireylerde ise hiperemezis gravidarum riskinin arttığı (Taşçı 2004) belirtilmektedir.

Gebeliğin istenmeme durumu, kadının psikososyal uyumunu olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, istenen gebelikler kadının eşiyle olan ilişkilerini olumlu yönde etkilediği için eşlerinden gerekli desteği görürler (Van der Akber 2012).

Ebeveynlerin evlilik uyumlarını etkileyen birçok faktör bulunmakla birlikte, ebeveynlerin sosyal destek kaynakları evlilik uyumunda önemli rol oynamaktadır. Sosyal desteğin; stres meydana getiren durumlarda olumsuzlukları azaltarak paylaşma ve yeniliklere uyum sağlama becerisini destekleyen bir sistem olduğu belirtilmektedir (Özbey 2012). Bu sistem içerisinde akraba, kişiye yakın bir insan ya da aile bulunmaktadır. Sosyal destek sistemi; ebeveynlerin ve çocukların davranışlarını etkilemekte, yeterliliklerini güçlendirmekte ve bu yönüyle eğitici işlev görmektedir. Bununla birlikte, sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklarda iyileştirici rol üstlendiği de belirlenmiştir. Sosyal destek sistemi ebeveynlere gereksinim duydukları noktada yardımcı olmakta ve stresli durumlarda kişilerarası ilişkileri sağlayarak stresin birey üzerindeki etkisini hafifletmektedir (Kaner 2010).

Gebeliğin getirdiği fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikleri kabul etmede ve uyum sağlamada sorun yaşayan anne, çözüm için sosyal çevresinden destek beklemektedir. Sosyal destek sistemleri, kişilerin yeni durumlarına uyumunu kolaylaştırmaktadır (Özkan ve Sevil 2007). Kadına aile ve özellikle eş gibi sosyal ağ üyelerinden verilen destek yeterli olursa, uyum ve baş etme de kolaylaşır (Dülgerler ve ark 2005, Akbaş ve ark 2008). Eşi ile ilişkilerinde mutlu ve duygusal desteği yeterli olan kadın, gebeliğini daha kolay kabullenir (Kılıçarslan 2008). İlişki kalitesi, algılanan desteği artırır (Rini ve ark 2006). Ayrıca, gebeliğin istenmesi ve planlı olması yakınları ile eşin destek olma oranını artırır. Buna karşın, artan çocuk sayısı ve evlilik süresi yakınlarının destek olma durumunu azaltmaktadır (Kılıçarslan 2008).

1.3.8. Gebelikteki Uyumun Doğum Sonu Döneme Etkisi

Gebeliğin, anneliğe psikolojik bir hazırlık olduğu belirtilmektedir (Van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014). Kadının gebelik rolüne hazırlanması, postpartum uyum ve annelik rolünden memnuniyetini de etkilemektedir (Van der Akker 2012). Prenatal uyumları yüksek olan kadınların, postpartum uyumları da yüksek olmaktadır (Van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014). Uyumları yüksek olan kadınlar, doğuma daha hazırdır, doğum deneyimlerinde daha kontrollüdür, eş ilişkileri daha iyidir ve eşlerinin bebek bakımına katılımları daha yüksektir. Aynı zamanda annelik rolünden memnuniyetleri ve annelik görevleriyle baş etmede kendine güvenleri daha iyidir (Kiehl ve White 2003). Benzer olarak Shin, Park ve Kim (2006), gebelik boyunca bebekleri ile bağları daha güçlü olan annelerin, postpartum dönemde annelik kimliğini kabul etmelerinin daha kolay olduğunu saptamışlardır. Bunun dışında, hüznün ve PPD’de daha az görülmektedir (Segree ve O’hara).

1.3.9. Evlilik Uyumu ve Hemşirelik

Koruyucu sağlık hizmetleri, devlet eliyle yürütülen temel sağlık hizmetlerinin temel taşlarından birisidir (T.C. Sağlık Bakanlığı TSHGM 2010). Türkiye, orta-üst gelir grubu ülkelerden biridir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan sonra, Türkiye’nin birçok sağlık göstergesinde üst gelir grubu ülkelerle aynı seviyeye ulaştığı belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2012). Ülkemizde yürütülen birçok programla anne ölüm oranı 2002 yılında yüz bin canlı doğumda 64’e, 2005 yılında 28,5’e ve 2012 yılında 15,4’e düşmüştür. Bu sonuçların alınmasında ülkemizin sosyoekonomik gelişmesinin yanında, doğum öncesi, doğum, doğum sonu ve acil obstetrik bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi ve doğumların hastanede gerçekleştirilmesi de büyük katkı sağlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014). Önlenebilir herhangi bir sebeple anne ölümü olması kabul edilemez (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014). Sağlık Bakanlığı, anne-bebek ölümlerinin azaltılması için 21. yüzyıl sağlık hedefleri içinde üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması gerektiğini belirtmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2000).

DSÖ, ilk gebelik tespiti ve gebelik muayenesinin mümkün olduğunca erken dönemde yapılmasını önermektedir (WHO 2010). DÖBYR’de ilk gebe izleminin 14 hafta içinde ve gebelik boyunca en az dört defa yapılması gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014). Çünkü genellikle ilk trimesterde yapılan kontrollerde risk faktörlerinin çoğu saptanabilmekte ve erken

dönemde başlatılan DÖB ile komplikasyonlar önlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2006, WHO 2010). Hemşireler antenatal kontrollerin düzenli yapılmasını, riskli gebeliklerin erkenden belirlenip kontrol altına alınmasını ve çözümler üretilmesini sağlayabilirler (Murray ve McKinney 2014). Hemşireler, özellikle toplum içinde çalışanlar, profesyonel olan ve olmayan çeşitli sağlık çalışanlarıyla işbirliği içindedirler (ICN 2006). Hemşire, doğumdan önceki dönemde gebeye ve ailesine temel bakımı sağlayan ve gebe ile yakından ilişki kuran kişidir. En önemli görevi de fiziksel ve psikolojik değerlendirme ile gebeye ve ailesine danışmanlık yapmaktır. Ayrıca, hemşire gebenin kendi bakımına katılımını sağlayarak etkin sağlık davranışları kazanması ile başarıya ulaşabilir. Çünkü, hemşire mesleki özelliği ve gebeyle sürekli iletişim halinde olma durumu nedeniyle bu gebelerin bakımında önemli yere sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2000, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı 2012). Özellikle, riskli gebeliklerde iyi bir bakım sağlayarak önlenebilir sebeplerle anne, fetus ve yenidoğan ölümlerini engellemede önemli rol üstlenirler (Murray ve McKinney 2014).

Doğum öncesi ve sonrası ruh sağlığı bakımının bir parçası olan sağlık personelinin, en çok tıbbi muayene, rahatsızlıklar ve komplikasyonlar için zaman ayırdığı, ruhsal durumları ise yeterince ele almadıkları belirtilmiştir (Buist ve ark 2006, Leigh ve Milgrom 2008, Priest ve Barnett 2008, Jones ve ark 2012). Oysa, sağlık personelinin bilgi ve uygulama becerileri depresif durumları tanılama, tedavi etme ve önlemede önemli derecede etkilidir (Jones ve ark 2012). Bilgi düzeyleri benzer olmakla birlikte, depresyonu tanılama ve yardım gereksinimlerini belirleme konusunda hekimlere göre kadın sağlığı hemşirelerinin daha iyi oldukları ve hekimlerin antidepresan tedavilere, ebelerin ise destek ve danışmanlığa ağırlık verdikleri bulunmuştur (Buist ve ark 2006). Ebelerin %69.1'inin prenatal ve postnatal depresyonu taradıkları, %63.3'unun ise depresif durumları doğru olarak tanıladıkları belirtilmektedir (Jones ve ark 2012). Ülkemizde de tüm sağlık personelinin ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmesi ve bu hizmetleri nitelikli olarak sunmaları gerektiği vurgulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, T.C. Sağlık Bakanlığı 2011). Ancak, ülkemizde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından ruh sağlığına yönelik uygulamalar sınırlı olarak yürütülmektedir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre Aile Sağlığı Elemanı'nın yetkisi, "*aile*

hekimini ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini

tutmakla” sınırlandırılmıştır. Ayrıca, sınırlı da olsa “gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olmak” görevi belirtilmiştir (T.C. Resmi Gazete 2013). Oysa, ülkemizde 19 Nisan 2011 yılında değişiklik yapılan Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği’ne göre kadın sağlığı hemşiresinin “çiftlere, gebelik öncesi eğitim ve danışmanlığı yapmanın yanı sıra kadının gebelik dönemine özgü bakım ve izlemlerini yaparak riskli durumları erken dönemde fark edip, önerilen tedavileri uygulayarak gerektiğinde sevk etme” görevlerine dikkat çekilmiştir (T.C. Resmi Gazete 2011). Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP) kapsamında gerçekleştirilen Güvenli Annelik Programı’nda da “anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül bir yaklaşım”dan bahsedilmektedir. Ayrıca, “gebelik bir hastalık değildir, fizyolojik bir olaydır, gebeliğe bağlı komplikasyonlar ve ölümler temel sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmesi ile önlenabilir ve her kadının güvenli bir gebelik yaşama ve doğum yapma hakkı vardır” denilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009). İş yükünün fazla olması sebebiyle hemşirelere sadece hastaların fiziksel ihtiyaçlarıyla ilgili görevleri yerine getirebilecek kadar zaman bırakılması, bütüncül bakımı engelleyerek kişilerin psikososyal ve manevi ihtiyaçlarını karşılamalarını engellemektedir (Baumann ve ark 2001). İş yükü yönünden yapılan çalışma ölçütlerinde hemşirelerin çabaları ve uzmanlığı yeterince takdir edilmemekte, ölçülmemekte ya da karşılıksız kalmaktadır (ICN 2004). Hemşirelerin ve tüm sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını irdeleyen, ülke çapında geçerli olan somut politika çerçeveleri olması gerektiği ve rehberler geliştirmek için kullanılabilmesi belirtilmektedir (ICN 2007). Güçlü bir 1. basamak sağlık hizmetine dayalı sağlık sisteminin daha uyumlu ve olumlu sağlık sonuçlarına sahip, etkin, hizmet maliyeti daha düşük ve sağlık hizmeti alanların daha çok memnun olduğunu gösteren uluslararası kanıtlar vardır (Pan American Health Organization 2007).

DÖB, anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir (ACOG 2014, Murray

ve McKinney 2014). Maternal mortalite oranını artıran risk faktörlerinden biri de prenatal bakım eksikliği ya da yokluğudur. Başarılı bir gebelik ve doğum, bebeklerin yaşama sağlıklı başlamalarını sağlamaktadır (WHO 2010, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Hem annenin, hem de doğacak bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli olan doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım temel koruyucu sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı TSHGM 2010). DÖB’de amaç; anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2000, WHO 2010, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Bu nedenle, kadının yaşadığı gebelik sorunlarını azaltarak anne ve dolaylı olarak toplum sağlığını geliştirmek için ebe ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık ekibine önemli görevler düşmektedir. DÖB, gebeye sadece bilgi ve fiziksel bakım vermeyi değil, aynı zamanda gözlem, destek, yardım etme, sürekli eğitim ve danışmanlık rol ve işlemlerini de içermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı 2012). Sağlıklı bir gebelik, doğum ve bebekler için sağlık çalışanları gebe tarafından belirtilen semptomları ve sorunları dikkatlice dinlemeli ve sorunların boyutlarını belirlemelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Gebelik döneminde kadının yaşadığı genel sorunlar belirlenirken, eş uyumu ile ilgili sorunların belirlenmesi, gebelik ve gebelik sonrası dönem için de oldukça önemlidir. Gebelik ve gebelik sonrası kadın ve ailesinin tam bir iyilik hali içinde olabilmesi için eş uyumunun öneminin farkında olmak ve bu uyumu etkileyen etmenlerin tanımlanması gerekmektedir. Bu sorunların erken dönemde belirlenmesiyle gebe ve eşinin gerekli yardım ve desteği alması sağlanabilir. Ayrıca, sağlık personeli gebelik anksiyetesi ve depresyonu gibi birçok ruhsal belirtinin farkında olmalı ve önlemek için gebenin sosyal destek ağının güçlenmesini desteklemelidir. Ayrıca, eşler arası uyumu ve bununla ilişkili olarak gebe tarafından belirtilen semptomları ve sorunları dikkatlice dinlemeli ve sorunların boyutlarını belirleyerek gerekli olan yardımı ve desteği sağlamalıdır (Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014).

Bireyin fiziksel, mental ve sosyal yönden iyilik halinin sağlanması önemlidir. Bu her insan sistemi için mümkün değildir. Hemşirenin rolü; sağlık ve hastalık durumlarına uyumu sağlamak, çevre ile insan sistemi arasındaki etkileşimi arttırmak, böylece sağlığı korumaktır (Roy 2009). Hemşire doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini verirken, gebeliğin sadece gebeyi değil tüm aile üyelerini etkilediğini ve etkilendiğinin bilincinde olmalıdır. Bu nedenle de gebe için hazırlanacak olan bakım planlarına aile, özellikle de eş dahil edilmelidir. Bununla birlikte, DÖB ve postpartum gibi eğitim için fırsat zamanlarının kaçırılmaması gerekmektedir. Bu yüzden gebeliğin, kadın hayatında eğitime hem en çok ihtiyaç duyduğu hem de zaman ayırdığı fırsat dönemi olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, bu dönemde eşlerin de bakım ve eğitime dahil edilmesi eğitimin etkinliğini artıracaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Gebenin en az bir kez doğum öncesi bakıma, eşi veya bir aile bireyi ile gelmesi gerektiğinin belirtilmiş olması da konunun önemine dikkat çekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008). Hemşireler, gebelik dönemindeki birçok uygulamayla gebeliğe uyum sağlamayı artırmaktadır. Gebelik döneminde ev ziyareti sıklığı ile gebelerin durumluk kaygı (anksiyete) düzeyi arasında negatif anlamlı bir ilişki bulunması (Şahin ve Kılıçarslan 2010), bunun önemine işaret eden bir bulgudur.

Eşler arası uyum ile gebelik arasında ilişki olduğu saptanırsa, hemşire bu konuları ele alarak gebenin sorununun azaltılmasına katkıda bulunabilir. Yine, eşler arası uyum sorunu olan gebeleri belirleyerek uygun danışmanlık almaları için yönlendirmelerde bulunabilir. Böylece eş desteğinin artması, eşle ilişkinin olumlu yönde gelişmesine katkı sağlayarak gebelik döneminde eşler arası uyumun, yani evlilik uyumunun artmasına önemli katkılar sağlayabilir (ACOG 2014). Gebelik ile ilgili potansiyel riskler için fizyolojik değişimlerin yanında gebelik sırasında yer alan psikolojik ve psikososyal değişimlerin izlemi, sağlık personelinin planlama, uygun DÖB ve eğitim sunmasına yardımcı olabilir (AWHONN 2013). Gebelikteki ruhsal sorunlar PPD ile ilişkili olduğu için özellikle ebe, hemşire, aile hekimleri ve kadın doğum hekimleri bu durumun farkında olmalı ve kadınları yakından izlemelidirler (Buist ve ark 2006, ICM 2011, Jones ve ark 2012, ACOG 2013).

Sonuç olarak; hemŖire gebeliğe uyum sağlamada önemli katkı sağlayabilir. Gebelik uyumu artan gebelerin, gebelik kabulleri ve dolayısıyla beklenen olumlu prenatal davranıŖları göstermeleri sağlanabilir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, gebe kadınların eşler arası uyumunu incelemek amacıyla kesitsel tipte, analitik olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Aydın İli Efeler İlçesi'nde faaliyet gösteren 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde yapılmıştır. Bir No'lu ASM; Aydın İli Efeler İlçesi'nde ve kadınların rahatlıkla ulaşabileceği bir konumda bulunmaktadır. Diğer ASM'lere göre en fazla nüfus ve Aile Hekimi'ne sahip olan bir ASM'dir ve sosyal yönden heterojen bir grubun bulunduğu bölgeye hizmet sunmaktadır.

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü, 1 No'lu ASM çalışanları ve araştırmacının gözlemlerine dayanarak; bu bölgede yaşayan kadınların genellikle orta gelir düzeyindeki ailelerden oluştuğu söylenebilir. Bu mahallelerde oturan kadınlar genellikle ev hanımıdır ve eğitim düzeyleri düşüktür. Kadınların eşleri ise çoğunlukla işçi, esnaf veya memurdur. Bu bölgede evler genellikle apartman tarzında ve/veya müstakildir. Bu bölgede yaşayan gebeler genellikle DÖB hizmetleri için Aydın İli Efeler İlçesi'nde bulunan Doğum Evi' ne başvurumaktadırlar. İsteyen gebeler burada açılan Gebe Eğitim Sınıfı'na kayıt yaptırıp doğuma hazırlık eğitimi alabilmektedirler.

ASM'de toplam sekiz Aile Sağlığı Hekimi (ASH) ve sekiz ebe-hemşire görev yapmaktadır. ASM'de ayrı bir gebe eğitim odası bulunmaktadır. Her hekim ile birlikte bir ebe/hemşire çalışmaktadır. Gebeler ASH tarafından tespit edilmekte, aylık izlemleri/kontrolleri ASM veya evlerinde yapılmakta ve gebelik dönemine özgü eğitimler (beslenme, hijyen, aşılama, ilaç kullanımı, aile planlaması, emzirme) verilmektedir. Eğitimi genellikle ebeler vermektedir. Yapılan izlem ve eğitimler Gebe-Lohusa İzlem Fişi'ne kaydedilmektedir. Tüm bu işlemler, ASH ve ebe-hemşire tarafından yürütülmektedir.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Aydın İli Efeler İlçesi'ndeki 1 No'lu ASM'de gerçekleştirilen araştırmayla ilgili işlemler ve zamanı Çizelge 2.3.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırmayla İlgili İşlemler ve Zamanı

İşlemler	Zaman
Literatür taraması	15 Ocak-15 Mart 2012
Konu seçimi	16 Mart 2012
Tez önerisi ve veri toplama formunun hazırlanması	16 Mart-30 Nisan 2012
Tez önerisi sunumu	01-30 Mayıs 2012
Veri toplama formunun uzman görüşüne sunulması ve yeniden düzenlenmesi	01-30 Haziran 2012
Aydın il Sağlık Müdürlüğü'nden resmi izin alınması	22 Haziran 2012
Etik Kurul izninin alınması	04 Temmuz 2012
Pilot uygulama	05-15 Temmuz 2012
Aydın il Sağlık Müdürlüğü'nden ek resmi izin alınması	06 Kasım 2012
Verilerin toplanması	11 Kasım 2012-30 Mayıs 2013
Veri girişleri	05 Haziran-30 Eylül 2013
Verilerin analizi ve değerlendirilmesi	10 Ekim-30 Aralık 2013
Rapor yazımı ve teslimi	15 Ocak-15 Temmuz 2014

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Aydın İli Efeler İlçesi'nde en fazla nüfus ve Aile Hekimi'ne sahip olan ve sosyal yönden heterojen bir grup olarak Aydın il merkezini temsil ettiği düşünülen 1 No'lu ASM'de, 11 Kasım 2012 tarihi itibarıyla bakım alan gebe kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, tüm evren çalışmaya dahil edilmiştir.

Gebe kadınlara ilişkin bilgiler, ASM'de çalışan sekiz hekimin bilgisayarlarından ve Gebe-Lohusa İzlem Fişleri'nden tespit edilmekle birlikte, bir hekimin çalışmaya katılmak istememesi üzerine çalışmaya yedi hekimin bakım verdiği 160 gebe dahil edilmiştir. Ancak, bu kadınlardan birisinin okur-yazar olmaması, birisinin resmi nikah ile evli olmaması, birisinin depresyon tanısı almış olması, ikisinin gebeliğin devamını düşünmediği için hastaneye sevk edilmiş olması ve diğerinin ise ziyaret sırasında doğum yapmış olması nedeniyle toplamda altı gebe kadın

çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak, çalışmaya ulaşılan 152 gönüllü gebe kadın alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan ve araştırmaya katılan gebelerin sayıları Çizelge 2.4.1’de verilmiştir.

Çizelge 2.4.1 Bir No’lu ASM Merkezi’nde Araştırmaya Alınan ve Ulaşılan Gebe Sayıları

Aile Sağlığı Merkezi	Mahalleler	Alınan Gebe Sayısı	Ulaşılan Gebe Sayısı
1 No	Zafer, Cuma, Orta, Ilıcabaşı, Köprülü, Meşrutiyet, Mimar Sinan, Fatih, 7 Eylül, Kurtuluş, Güzelhisar ve Adnan Menderes Mahalleleri	160	152

2.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

2.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya, aşağıdaki kriterleri taşıyan gebeler dahil edilmiştir.

- Gebe
- Evli
- En az okur-yazar
- Sağlıklı iletişim kurabilen
- Tanı konmuş psikiyatrik hastalığı bulunmayan
- Çalışmaya katılmaya istekli/gönüllü kadınlar

2.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya, aşağıdaki kriterleri taşıyan kadınlar alınmamıştır.

- Resmi nikahı bulunmayan
- Herhangi bir nedenle gebeliği sonlanan
- Araştırmaya katılmak istemeyen kadınlar

2.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

2.6.1. Veri Toplama Araçları

Veriler, Soru Formu (Ek 2) ve Çift Uyum Ölçeği (Ek 3) ile toplanmıştır.

2.6.1.1. Soru formu (Ek 2)

Soru formu, araştırmacı tarafından ilgili literatürden (Şener ve Terzioğlu 2002, Leveno ve Cunningham 2004, Yağmur ve Ulukoca 2010, Maciocia 2011, Van der Akker 2012, Yekenkunrıl ve Mete 2012) elde edilen bilgiler ışığında hazırlanmıştır Form; kadınların sosyo-demografik, gebeliğe ilişkin özellikleri ve evlilik özelliklerini içeren toplam 52 sorudan oluşmaktadır. Soru formu kapsam, anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik açısından Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında beş öğretim üyesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında bir öğretim üyesi, Halk Sağlığı alanında bir tıp doktoru ve İstatistik alanında bir öğretim üyesi olmak üzere toplam sekiz öğretim üyesine verilerek görüşleri alınmış ve önerileri doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir.

2.6.1.2. Çiftler uyum ölçeği (Dyadic adjustment scale) (Ek 3)

Bu araştırmada gebe kadınların evlilik uyum düzeylerini saptamak amacıyla Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) kullanılmıştır. Çiftler uyum ölçeği Spainer tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir (Spainer 1976). Spainer evlilik uyumunun; *“a) eşler arasında sorun yaratan farklılıklar, b) kişiler arası gerginlik ve kişisel anksiyete, c) eşler arası tatmin, d) eşler arası bağlılık ve e) yapılmakta olan işlerin önemi konusunda eşler arasındaki fikir birliğinin dereceleriyle karar verilecek bir süreç”* olduğunu belirtmiştir (Spainer 1976). Bu ölçek, davranışçı araştırmalar için büyük önem taşımaktadır. Tutum, davranış ve bilişsel süreçleri bir arada ele alan çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiş olup, çift uyumunun yanı sıra evlilik uyumu ve doyumunun da ölçülmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. ÇUÖ, çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerinin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş bir ölçektir (Spainer 1976, Fışıloğlu ve Demir 2000).

Spainer (1976)'in çalışmasında, ölçek puanlarına bağlı olarak boşanmış ve evli çiftler ayırt edilirken, başka bir çalışmada terapi gören çiftlerin görmeyenlerden daha düşük puan aldığı bildirilmektedir. Bu bulgu, ölçeğin klinik olarak da mutlu ve mutsuz çiftleri ayırt edebildiğini göstermektedir. Spainer, ölçeğin tümünün güvenilirliğini oldukça yüksek bulmuştur. İlk çalışmalarda elde edilen tüm ölçek için Cronbach Alfa iç tutarlılık değereri 0.96 olarak saptanmıştır. Alt bölümler için bulunan değerler 0.73 ile 0.94 arasında değişmektedir (Spainer 1976).

ÇUÖ'nün Türk örneklem grubunda geçerlik çalışması, ilk olarak 1995 yılında Yavuz (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun, eşler arası uyum ve tatmini değerlendirmede yararlı olabileceği sonucuna varılmıştır. Ölçeğin asıl geçerlik ve güvenilirliği Fışiloğlu ve Demir tarafından 2000 yılında yapılmıştır. Buna göre ölçek, evli ya da birlikte yaşayan bireylerin evlilik uyumunu, uyumun kalitesini ve evliliğin niteliğini ölçmektedir. Evlilik uyumunun ölçümü amacıyla kullanılan ÇUÖ'nün yapı geçerliği çalışmasında Evlilik Uyum Ölçeği (Locke-Wallace Marital Adjustment Scale) kullanılmıştır. ÇUÖ'nün Türkçe versiyonunun güvenilirliği orijinal ölçeğe çok yakındır (Cronbach Alfa=0.92). Alt grupların güvenilirliği yüksek bulunmuş olup; değerler çift tatmini için 0.83, çift birlikteliği için 0.75, fikir birliği için 0.75 ve duygulanım için 0.80 olarak bulunmuştur (Fışiloğlu ve Demir 2000).

Türk örnekleminde ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlık güvenilirlik sonuçları orijinalinden küçük farklılıklar göstermekle birlikte, tüm değerler kabul edilebilir limitler içindedir. Sonuç olarak Türk örneklemini üzerinde yapılan çalışma, ÇUÖ'nün evlilik kalitesinin ölçümünde kullanılabilir oranda yüksek bir güvenilirliğe ve geçerliğe sahip iyi bir ölçüt olduğunu göstermiştir (Fışiloğlu ve Demir 2000). Otuz iki maddeden oluşan ölçek, evli veya beraber yaşayan çiftlerde ilişkinin dört boyutunu ölçmektedir (Fışiloğlu ve Demir 2000).

1. Eşler arası çift doyumu/çift tatmini alt ölçeği: Duygu ve iletişimle ilgili olumlu ve olumsuz özellikleri sorgulayan 10 maddeden oluşur. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 50'dir.

2. Eşler arası birliktelik alt ölçeği: Birlikte geçirilen zamanla ilgili beş maddeden oluşur. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 24'tür.

3. Eşler arası fikir birliği alt ölçeği: Evlilik ilişkisindeki önemli temel konular hakkında anlaşma düzeyini gösterir. On üç maddeden oluşur. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 65'dir.

4. Eşler arası duygulanım alt ölçeği: Sevgi gösterme şeklinde anlaşma derecelerini gösterir. Dört maddeden oluşur. Alınabilecek en yüksek puan 12'dir.

Her alt ölçeği oluşturan maddelerin numarası ve madde sayıları aşağıda verilmiştir.

Alt Ölçek	Madde Numarası	Toplam (32 madde)
Fikir birliği	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12,13,14,15	13
Çift tatmini	16,17,18,19,20,21,22,23,31,32	10
Duygulanım	4,6,29,30	4
Birliktelik	24,25,26,27,28	5

Ölçekte soruların 30 tanesi likert tarzında olup, cevapları 5 ile 7 seçenek arasında değişmektedir. Bu soruların çoğu her zamandan hiçbir zamana kadar sıralanan seçeneklerle, 0-7 arasında değişen puanlara sahiptir. Diğer iki soru ise evet veya hayır cevabı gerektiren tarzda düzenlenmiş olup, 0 veya 1 olarak puanlanmıştır. Ölçeğe göre alınan puan ne kadar yüksekse, ilişkinin kalitesi de o denli iyi olarak değerlendirilmektedir. Ölçek değerleri 0 ile 151 arasında değişmektedir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu, bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu göstermektedir (Spanier 1979, Fışiloğlu Demir 2000).

2.6.1.3. Soru formunun ön uygulaması

Literatüre göre araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu (Ek 2)'ndaki soruların anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini geliştirmek amacıyla, Aydın İl Merkezinde bulunan 5 No'lu ASM'ye bağlı bölgede ikamet eden ve buradan hizmet alan 20 gebe kadında ön uygulama yapılmıştır. Bu kadınlar örnekleme dahil edilmemiştir. Uygulama sonunda, soru formunda anlaşılmayan, uygulanabilirliği sıkıntı yaratan ve eksik kalan bölümler yeniden düzenlenmiş ve son şekli verildikten sonra veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

2.6.2. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından 11 Kasım 2012-30 Mayıs 2013 tarihleri arasında 1 No'lu ASM'ye bağlı bölgelerde oturan kadınların evlerinde ziyaret edilmesi ile toplanmıştır. Araştırmaya alınan kadınlara adreslerinden ulaşılarak görüşülmüştür. İlk ziyarette ulaşılamayan kadınlara 2. ziyaret yapılmıştır. Bu ziyaret, gebelerin kendisinin veya eşinin telefon numaralarından aranarak ve kadınlara uygun olan zaman ve yerde (kendi evi, başka bir adresteki ev veya iş yerinde) görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Ziyaret sırasında kadınlara öncelikle çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü kadınlardan yazılı ve sözlü

onamları alınmıştır (Ek 1). Ardından kendini bildirim yöntemine dayalı olarak formları (Ek 2 ve 3) doldurmaları sağlanmıştır. Formlar, araştırmacının gözlemi altında uygulanmış ve kadınların anlamadığı noktalarda açıklama yapılmıştır. İlgili formlar, yaklaşık 15-20 dakikada doldurulmuştur.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 15.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde hata (yanılma) payı 0,05 olarak alınmıştır.

ÇUÖ ile alt ölçeklerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucu ÇUÖ'den alınan puanlar normal dağılmadığından ($p < 0,05$), iki grup verilerinin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis H analizi kullanılmıştır. İkiden fazla grubun karşılaştırmalarında, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi ile posthoc analizleri gerçekleştirilmiştir (Büyüköztürk 2011).

Yapılan Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testleri sonucunda regresyona p değerleri 0,05'ten küçük olanların hepsi katılmış olmasına rağmen, test sonucunda hepsi modele alınamamıştır, çünkü yalnızca dokuz tanesi etkili çıkmıştır. ÇUÖ puanı ile Kruskal Wallis H testleri ve Mann Whitney U testleri sonucunda ilişkisi olduğu tespit edilen bu değişkenlerin (aile tipi, evlenme şekli, gebelikte bilgi alma durumu, gebelikte eşin kontrollere katılımı, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu, gebelikte eşinden destek alma algısı, genel eş ilişkisi, genel evlilik algısı ve gebeliğin evliliğe etkisi), çift uyumunu ne ölçüde etkilediğini belirleyebilmek amacıyla regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon modelinin belirlenebilmesi için enter, stepwise ve backward tipi çoklu regresyon analizleri gerçekleştirilmiş ve çift uyumunun varyansını en fazla açıklayan (çift uyumunu en iyi tahminleyen) yöntemin backward tipi çoklu regresyon olduğu görülmüştür. Ayrıca bu yöntem ile en fazla sayıda değişken modele eklenebilmiştir (Büyüköztürk 2011).

Güvenilirlik değeri, tekrar tekrar yapılan ölçümlerde aynı sonuca ulaşılma derecesinin bir göstergesidir. Bu nedenle ölçekte yer alan ifadeler, güvenilirlik analizine tabi tutulmaktadır. Güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısından yararlanılmaktadır. İlgili katsayı 0 ile 1

arasında bir değer alır ve 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği artar. Katsayının 0,70'in üzerinde olduğu durumlarda, ölçeğin güvenilir olduğu yorumu yapılmaktadır. Güvenilirlik Analizi'nde yapılan bir diğer uygulama ise ölçeğin ifade bazında irdelenmesi ve herhangi bir ifadenin çıkartılması halinde Cronbach's Alfa katsayısının yükselip yükselmeyeceğinin incelenmesidir (Büyüköztürk 2011, Cihangirlioğlu 2011). Yapılan analiz sonucunda ölçeğin güvenilirlik katsayısı bu araştırma için 0,980 olarak bulunmuştur (Çizelge 2.7.1).

Çizelge 2.7.1 Çiftler Uyum Ölçeği Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek	Cronbach Alfa değerleri
ÇUÖ	0.980
Tatmin	0,722
Birliktelik	0,820
Fikir birliği	0,838
Duygulanım	0,863

2.7.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmada, kadınların eşler arası uyumlarını belirleyen ÇUÖ puanı ve alt ölçekler puanı bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

2.7.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmada, gebelerin sosyodemografik, obstetrik, sosyal destek, evlilik ve eş ilişkisi ile ilgili özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.8. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın veri toplama aşamasında bazı güçlükler yaşanmıştır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan gebelerin, adres bilgilerindeki değişiklikler ve tutarsızlıklar nedeniyle ulaşım zor olmuş ve ek ziyaretler gerekli olmuştur.
- Gebelerin çalışma zamanında kendi adresinde bulunmaması, bir başka adreste gebeliği geçiriyor olması (annesi, kayınvalidesi gibi) veya çalışan gebelerin iş yerinde olmalarından dolayı aynı gebeye birden fazla ziyaret yapılmıştır. Bu durum, veri toplama sürecinin uzamasına neden olmuştur.

- Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmasına rağmen, gebelerin bazıları kendilerine özel soruların sorulacağı ve evde birebir kendileri ile yapılacağı gerekçesi ile isteksiz olmuşlardır. Bu nedenle, soru formu uygulanmadan önce gebelerin bu konudaki sıkıntıları dinlenmiş ve kendilerine konuyla ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra onamları alınarak uygulanmıştır. Bu şekilde, evrenin %95'ine ulaşılabilmektedir.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Aydın Efeler İlçesi'ndeki 1 No'lu ASM'de bakım alan, evli ve gebe kadınlarda yapılmıştır. Gebe kadınların evlilik/eş uyum düzeyleri, ÇUÖ'den ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ile sınırlandırılmıştır. Bu sebeple, elde edilen bulgular aynı özellikleri taşıyan kadınlara genellenebilir.

Araştırmada kullanılan veri toplama formu ve ÇUÖ kendini bildirim yöntemi ile toplanmış, ancak kadınların zorlandığı noktalarda açıklamalarda bulunulmuştur. Bu nedenle, özellikle evlilik ve cinsellikle ilgili sorular bazı kadınlar tarafından mahremiyet olarak algılanmıştır. Bu durum, kadınların mevcut durumlarını tam olarak yansıtmayan yanıtlar vermelerine neden olmuş olabilir. Bu şekilde elde edilen bulgular, sağlık çalışanları tarafından gözlemlenen sonuçlardan da farklı olabilir. Araştırma, kesitsel olarak yapıldığından, veriler sadece araştırmanın yapıldığı zaman dilimi için geçerlidir ve zamana bağlı değişebilir. Ayrıca verilerin güvenilirliği, görüşmecilerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır. Gebelik döneminde evlilik uyumu ile ilgili ülkemiz literatürü başta olmak üzere, tüm literatürde yeterli kaynak bulunmaması, araştırmanın tartışma bölümünde sınırlılık oluşturmaktadır.

2.10. Araştırmada Etik

Araştırmaya başlamadan, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik onay alınmıştır (Ek 4). Ayrıca Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi izinler (Ek 5 ve Ek 6) alınmıştır. Örnekleme alınan kadınların sayı ve adreslerine ulaşmak ve araştırma verilerini toplayabilmek için, 1 No'lu ASM'de çalışan ASH'lere araştırma hakkında yazılı ve sözlü bilgi verilmiş ve sözel onamları alındıktan sonra veriler toplanmıştır. Evlerinde ziyaret edilen kadınlara, öncelikle araştırma hakkında kapsamlı bilgi verilmiş ve gönüllü olan kadınlardan yazılı (Ek 1) ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara "gizlilik" ilkesine bağlı kalınarak güvenleri sağlanmıştır.

3. BULGULAR

Gebelik döneminde eşler arası uyumu belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda sunulmuştur.

3.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

3.1.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1.1.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=152)

Tanıtıcı Özellikler	N	%	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş	≤ 19 yaş	5	3,3	28,28±5,52
	20-24 yaş	38	25,0	
	25-29 yaş	51	33,6	
	30-34 yaş	37	24,3	
	≥ 35 yaş	21	13,8	
Eşin Yaşı	≤ 19 yaş	1	0,7	32,21±6,68
	20-24 yaş	12	7,9	
	25-29 yaş	37	24,3	
	30-34 yaş	53	34,9	
	≥ 35 yaş	49	32,2	
Eğitim Durumu	İlköğretim	67	44,1	
	Lise	52	34,2	
	Üniversite	33	21,7	
Eşin Eğitim Durumu	İlköğretim*	44	30,3	
	Lise	73	48,0	
	Üniversite	33	21,7	
Çalışma Durumu	Çalışan	43	28,3	
	Ev hanımı	109	71,7	
Eşin Çalışma Durumu	Çalışan	149	98,0	
	Çalışmayan	3	2,0	
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	73	48,0	
	Gelir gidere denk	68	44,7	
	Gelir giderden fazla	11	7,3	
En Uzun Süre Yaşadığı Yer	Köy	14	9,2	
	İlçe/Kasaba	48	31,6	
	Şehir	90	59,2	
Aile Tipi	Çekirdek aile	135	88,8	
	Geniş aile	17	11,2	
Evlilik süresi	0-5 yıl	92	60,5	5,49±5,16
	6-10 yıl	41	27,0	
	11-15 yıl	11	7,2	
	≥ 16 yıl	8	5,3	

Çizelge 3.1.1.1. *Devam* Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=152)

Tanıtıcı Özellikler		N	%	$\bar{X} \pm SS$
Evlilik Şekli	Görücü usulü	56	36,8	
	Anlaşarak/isteyerek	96	63,2	
Evlilik Sayısı	Bir	147	96,7	
	İki	5	3,3	
Eşi ile Akrabalık Durumu	Olan	10	6,6	
	Olmayan	142	93,4	
Kronik hastalık varlığı	Olan	27	17,8	
	Olmayan	125	82,2	

* Bir kişi okur yazar, bir kişi okur yazar değildir.

Çizelge 3.1.1.1’de gebelerin tanıtıcı özellikleri bulunmaktadır. Yaş ortalaması $28,28 \pm 5,52$ olan gebelerin %33,6’sı 25-29, %25’i 20-24 ve %24,3’ü 30-34 yaş grubundadır. Eşlerinin yaş ortalaması $32,21 \pm 6,68$ ’dir ve %34,9’u 30-34, %32,2’si ise 35 yaş ve üzeri gruptadır. Gebelerin %44,1’i ilköğretim ve %34,2’si lise mezunu iken, eşlerin %48’i lise ve %30,3’ü ilköğretim mezunudur. Üniversite mezunu olan gebe ve eşlerin oranı aynıdır (%21,7). Gebelerin %71,7’si ev hanımıdır. Eşlerin ise %98,2’si çalışmaktadır. Tamamının sosyal güvenceleri bulunmaktadır. Gebelerin %48’inin gelirlerinin giderden az olduğu, %44,7’sinin ise gelir giderlerinin denk olduğu saptanmıştır.

Gebeler büyük oranda (%88,8) çekirdek aile özelliğindedir ve %59,2’si en uzun süre şehirde yaşamıştır. Gebelerin %36,8’i görücü usulü, %63,2’si de kendi isteğiyle evlilik yapmıştır. Evliliklerin sadece %6,6’sı akraba evliliği olarak gerçekleştirilmiştir. Kadınların %60,5’i henüz 0-5 yıllık evli olmakla birlikte, ortalama evlilik sürelerinin $5,49 \pm 5,16$ olduğu saptanmıştır. Gebelerin %96,7 oranla ilk evliliğini yaşadıkları belirlenmiştir. Gebelerin %17,8’inde herhangi bir kronik hastalık bulunmaktadır (Çizelge 3.1.1.1).

3.1.2. Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebeliğe İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1.2.1. Gebelerin Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelikle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=152)

Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikler		n	%	$\bar{X} \pm SS$
Parite	Primigravida	55	36,2	2,19±1,34
	Multigravida	97	63,8	
Düşük/küretaj	Olan	36	23,7	1,23±0,42
	Olmayan	116	76,3	

Çizelge 3.1.2.1. *Devam* Gebelerin Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelikle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=152)

Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikler		n	%	$\bar{X} \pm SS$
Ölen bebek	Olan	10	6,6	1,05±0,24
	Olmayan	142	93,4	
Yaşayan çocuk	Olan	88	57,9	1,57±0,49
	Olmayan	64	42,1	
Gebelik haftası	1. trimester (0-14 hafta)	33	21,7	22,35±8,31
	2. trimester (15-28 hafta)	83	54,6	
	3. trimester (29-42 hafta)	36	23,7	
Gebeliği isteme/planlama durumu	Evet	112	73,7	
	Hayır	40	26,3	
Bebeğin cinsiyeti	Kız	53	34,9	
	Erkek	53	34,9	
	Bilmeyen	46	30,2	
Gebeliği öğrenince hissettiği duygu	Olumlu duygular	58	38,2	
	Olumsuz duygular	28	18,4	
	Olumlu ve olumsuz duygular	59	38,8	
	Hiçbir şey	7	4,6	
Şu anda hissettiği duygu	Olumlu	90	59,2	
	Olumsuz	62	40,8	
Doğum şekli	Belirleyen	110	72,4	
	Belirlemeyen	42	27,6	

Çizelge 3.1.2.1’de gebelerin obstetrik öykü ve şimdiki gebeliğe ilişkin özellikleri görülmektedir. Ortalama $2,19 \pm 1,34$ kez gebe kalan katılımcıların %63,8’i multigravidadır. Gebelerin %23,7’sinin düşük/küretaj (ortalama $1,23 \pm 0,42$), %6,6’sının doğum sonrası bebek ölümü (ortalama $1,05 \pm 0,24$) öyküsü vardır ve %57,9’unun çocuğu yaşamaktadır (ortalama $1,57 \pm 0,49$). Gebelerin ortalama gebelik haftası $22,35 \pm 8,31$ olup, %54,6’sı 2. trimesterdedir ve %30,3’ü bebeğin cinsiyetini bilmemektedir. Bilinen kız ve erkek bebek cinsiyeti oranı aynıdır (%34,9).

Gebelerin %26,3’ü bu gebeliklerini istememiş ve planlamamıştır. Gebe olduklarını ilk öğrendiklerinde karışık (%38,8) ve olumlu (%32,2) duygular hisseden gebeler, şu anda olumlu duygular (%59,2) hissetmektedirler. Gebelerin büyük oranda doğum şeklini belirledikleri ve bunların %46,1’inin sezaryen, %26,3’ünün de normal doğum yapmak istedikleri saptanmıştır (Çizelge 3.1.2.1).

Çizelge 3.1.2.2. Gebelerin, Gebelikte Sağlık Sorunu ve Endişe/Kaygı Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı (N=152)

Sağlık Sorunu ve Endişe/Kaygı		n	%
Gebelikte sağlık sorunu	Yaşayan	87	57,2
	Yaşamayan	65	42,8
1. trimesterde yaşanan sorun (n= 87)*	Fiziksel**	83	95,4
	Ruhsal***	4	4,6
2. trimesterde yaşanan sorun (n= 25)*	Fiziksel**	18	72,0
	Ruhsal***	7	28,0
3. trimesterde yaşanan sorun (n= 7)*	Fiziksel **	7	100,0
Gebelikte İlaç Kullanımı	Olan	32	21,1
	Olmayan	120	78,9
Endişe/kaygı	Yaşayan	101	66,4
	Yaşamayan	51	33,6
Yaşanan endişe/kaygılar (n=101)*	Bebek sağlığı	35	34,7
	Doğum korkusu	24	23,8
	Zor doğum korkusu	14	13,9
	Bebeği istememe	7	6,9
	Ağrı	6	5,9
	Erken doğum	5	4,9
	Bilmezlik korkusu	5	4,9
	Sezaryen korkusu	4	4,0
	Doğumdan sonra uyanamama korkusu	1	1,0

* Birden fazla yanıt verildiğinden n katlanmıştır.

** Fiziksel sorunlar olarak bulantı-kusma, düşük riski, bel ağrısı, yorgunluk, halsizlik, uykusuzluk, Rh uyumsuzluğu ve varis bulunmaktadır.

*** Ruhsal sorunlar olarak korku, karışık duygular ve anksiyete bulunmaktadır.

Gebelerin %57,2'si bu gebeliklerinde sorun yaşamışlardır. İlk trimesterde sorun yaşayan 87 gebenin %95,4'ünün fiziksel sorun yaşadığı belirlenmiştir. İkinci trimesterde sorun yaşayan 25 gebenin %72'si ve 3. trimesterde sorun yaşayan yedi gebenin tamamının fiziksel sorun yaşadıkları saptanmıştır. Gebelerin %66,4'ünde gebelik ve doğumla ilgili endişe/kaygı vardır. En önemli endişe/kaygıları bebek sağlığı (%34,7), doğum korkusu (%23,8) ve zor doğum korkusu (%13,9)'dur (Çizelge 3.1.2.2).

Çizelge 3.1.2.3. Gebelerin DÖB ve Gebelikle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı (N=152)

Doğum Öncesi Bakım		n	%
Düzenli Bakım	Alan	142	93,4
	Almayan	10	6,6
Bakım Alınan Yer	Doğumevi	82	53,9
	Özel hastane ve muayenehane	40	26,3
	Üniversite Hastanesi	17	11,2
	ASM	13	8,6
Eşin katılımı	Bazen gelir	76	50,0
	Her zaman kendisi gelir	39	25,7
	Hiç gelmez	29	19,0
	Benim isteğimle düzenli gelir	8	5,3
Gebelikle İlgili Bilgi	Alan	135	88,8
	Almayan	17	11,2

Çizelge 3.1.2.3, gebelerin şimdiki gebeliklerinde DÖB ve gebelikle ilgili bilgi alma durumlarını göstermektedir. Gebelerin %93,4'ü bu gebeliklerinde düzenli olarak DÖB almışlardır. Bakımı sırayla doğumevi (%53,9) ve özel hastane/muayenehaneden (%26,3) almışlardır. Kadınların %88,8'i gebelikle ilgili bilgi aldıklarını belirtmişlerdir.

3.1.3. Sosyal Destek Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1.3.1. Gebelerin Sosyal Destekle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=152)

Sosyal Destekle İlgili Özellikler		n	%
Sosyal Desteği	Olan	130	85,5
	Olmayan	22	14,5
Destek Aldığı Kişi (n=130)*	Eş	104	80,0
	Anne	79	60,8
	Kayınvalide	29	22,3
	Arkadaş	18	13,8
	Komşu	16	12,3
	Akraba	11	8,5
	Bakıcı/yardımcı	6	4,6
	Eşten alınan destek türü (n=104)	Manevi/duygusal destek	53
Ev işleri/çocuk bakımı	28	26,9	
Her konuda	23	22,1	
Eş desteği algısı (n=104)	Çok iyi	29	27,9
	İyi	31	29,8
	Orta	38	36,5
	Kötü	6	5,8
Gebelikte ihtiyaç duyduğu destek türü*	Manevi/duygusal destek	53	34,9
	Çocuk bakımı	33	21,7
	Ev işleri	29	19,1
	Her konuda	19	12,5
	Gebelikle ilgili bilgi	5	3,3
	Alışveriş	1	0,7
	Hiçbir konuda yardıma ihtiyaç duymayan	12	7,9

Çizelge 3.1.3.1. *Devam* Gebelerin Sosyal Destekle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=152)

Sosyal Destekle İlgili Özellikler		n	%
Gebelikte destek almak istediği kişi*	Eş	142	93,4
	Kendi ailesi	61	40,1
	Eşinin ailesi	39	25,6
	Arkadaş	37	24,3
	Hekim	24	15,8
	Ebe, hemşire	20	13,2

* Birden fazla yanıt verildiğinden n katlanmıştır.

Çizelge 3.1.3.1’de gebelerin şimdiki gebeliklerinde aldıkları ve almak istedikleri sosyal destek özellikleri görülmektedir. Gebelerin %85,5’inin sosyal desteklerinin olduğu saptanmıştır. Sosyal desteği olduğunu belirten 130 gebenin %80’i eşinden, %60,8’i anneden ve %22,3’ü de kayınvalideden destek aldıklarını belirtmişlerdir. Eşten alınan destekler arasında en çok manevi/duygusal destek (%51) yer alırken, bunu çocuk bakımı (%26,9) ve her konuda alınan destek (%22,1) izlemektedir. Gebeler eşlerinden aldığı desteği %57,7 oranında iyi, %36,5 oranında ise orta olarak değerlendirmişlerdir.

Gebelerin %34,9’u en çok manevi/duygusal destek, %21,7’si çocuk bakımı ve %19,1’i ev işleri konusunda destek almak istemektedirler. Gebelerin, destek almak istediği kişiler arasında eş %93,4 oranla ilk sırada yer almaktadır. Bunu kendi ailesi (%40,1), eşinin ailesi (%25,6) ve arkadaşları (%24,3) izlemektedir. Gebelerin destek almak istedikleri kişiler arasında hekim (%15,8) ve ebe, hemşire (%13,2) en az oranda tercih edilmektedir (Çizelge 3.1.3.1).

3.1.4. Evlilik ve Eş İlişkilerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1.4.1. Gebelerin Evlilik ve Eş İlişkilerine Yönelik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=152)

Evlilik ve Eş İlişkisine Yönelik Özellikler		n	%
Aile içi kararları alan	Eşi ile birlikte	106	69,7
	Eşi	40	26,4
	Kendisi	6	3,9
Evlilik durumu/algısı	Çok iyi	40	26,3
	İyi	46	30,3
	Orta	62	40,8
	Kötü	4	2,6

Çizelge 3.1.4.1. *Devam* Gebelerin Evlilik ve Eş İlişkilerine Yönelik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=152)

Evlilik ve Eş İlişisine Yönelik Özellikler		n	%
Evlilikle ilgili sorun	Yaşayan	35	23,0
	Yaşamayan	117	77,0
Eş ilişkisi	Çok iyi	44	28,9
	İyi	43	28,3
	Orta	60	39,5
	Kötü	5	3,3
Eşin yaklaşımı	Olumlu	62	40,8
	Olumsuz	13	8,6
	Bazen olumlu, bazen olumsuz	77	50,6

Çizelge 3.1.4.1’de gebelerin evlilik ve eş ilişkilerine yönelik özellikleri görülmektedir. Gebeler aile içi kararları %69,7 oranında eşleriyle birlikte almaktadırlar. Genel olarak evliliklerini iyi (%56,6) ve orta (%40,8) olarak değerlendiren gebelerin evliliklerinde %23 oranında sorun yaşadıkları belirlenmiştir.

Gebeler eşi ile olan ilişkilerini genel olarak iyi (%57,2; %28,9 çok iyi, %28,3 iyi) ve orta (%39,5) olarak değerlendirmişlerdir. Eşlerinin kendilerine karşı yaklaşımlarını %50,6’sı bazen olumlu, bazen olumsuz ve %40,8’i olumlu olarak nitelmişlerdir (Çizelge 3.1.4.1).

3.1.5. Gebelerin, Gebeliğin Evlilik, Eş İlişkisi ve Yaklaşımına Yönelik Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1.5.1. Gebelerin, Gebeliklerinin Evlilik, Eş İlişkisi ve Yaklaşımına Etkisine İlişkin Düşüncelerine Göre Dağılımı (N=152)

Gebeliğin Etkisine Yönelik Düşünceler		n	%
Evlilik	Olumlu	35	23,0
	Olumsuz	65	42,8
	Etkilemedi	52	34,2
Eş ilişkisi	Olumlu	40	26,3
	Olumsuz	79	52,0
	Etkilemedi	33	21,7
Eşin yaklaşımı	Olumlu	61	40,1
	Olumsuz	65	42,8
	Etkilemedi	26	17,1

Çizelge 3.1.5.1 gebeliğin evlilik, eş ilişkisi ve yaklaşımına etkisine yönelik kadınların düşüncelerini göstermektedir. Gebelerin sadece %23’ü gebelik nedeniyle evliliklerinin olumlu etkilendiğini, buna karşın %42,8’i olumsuz etkilendiğini, %34,2’si ise değişiklik olmadığını

belirtmişlerdir. Gebelerin %52'si eşi ile ilişkilerinin olumsuz ve %26,3'ü olumlu, %42,8'i eş yaklaşımının olumsuz ve %40,1'i de olumlu etkilendiğini bildirmişlerdir.

3.2. Eşler Arası Uyuma İlişkin Bulgular

Çizelge 3.2.1. Gebelerin Çiftler Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=152)

Çift uyum ölçeği	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.	Mod	Medyan
	Alt ölçekler				
Eşler arası tatmin	32,69±0,62	7,00	45,50	33,30	33,30
Eşler arası birliktelik	10,93±0,33	1,00	20,00	13,60	10,40
Eşler arası fikir birliği	40,35±0,95	12,08	60,38	60,38	36,30
Eşler arası duygulanım	7,46±0,20	2,00	11,25	11,25	7,00
Toplam Ölçek Puanı	96,35±2,16	23,00	143,16	79,09	92,57

Çizelge 3.2.1, gebelerin çift uyum ölçeği (ÇUÖ)'ne ilişkin puan ortalamalarını göstermektedir. Kadınların ÇUÖ puan ortalaması 96,35±2,16 (min:0-max:151 üzerinden)'dir, yani orta düzeyde uyuma sahiptirler. Alt ölçeklerinden aldıkları puanlar eşler arası tatmin için 32,69±0,62 (min:0-max:50 üzerinden), eşler arası birliktelik için 10,93±0,33 (min:0-max:24 üzerinden), eşler arası fikir birliği için 40,35±0,95 (min:0-max:65 üzerinden) ve eşler arası duygulanım için 7,46±0,20 (min:0-max:12 üzerinden) bulunmuştur (Çizelge 3.2.1).

3.3. Eşler Arası Uyumu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

3.3.1. Sosyodemografik Özelliklerin Eşler Arası Uyumu Etkisine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.3.1.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=152)

Sosyodemografik Özellikler	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş					
19 yaş	39,84±6,15	16,24±2,17	49,48±12,41	10,25±1,00	122,14±21,97
20-24 yaş	33,03±8,80	11,29±4,14	41,42±13,21	7,65±2,68	98,13±29,81
25-29 yaş	34,74±6,52	11,91±4,27	43,16±10,70	8,25±2,40	103,40±23,81
30-34 yaş	30,49±7,31	9,83±3,58	37,68±11,44	6,80±2,54	89,44±25,56
≥ 35 yaş	29,33±7,50	8,62±3,15	34,15±8,42	5,75±1,60	82,09±20,71
Kruskal Wallis H	X²=15,709 p=0,003	X²=17,816 p=0,001	X²=14,732 p=0,005	X²=22,276 p=0,000	X²=16,900 p=0,002

Çizelge 3.3.1.1. *Devam* Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=152)

Sosyodemografik Özellikler	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Eşin Yaşı					
19-24 yaş	36,14±9,56	13,77±4,40	45,50±14,45	8,58±2,73	109,42±32,10
25-29 yaş	33,70±7,99	12,33±4,75	42,15±12,10	8,09±2,54	101,64±27,96
30-34 yaş	34,02±6,72	10,88±3,46	41,66±11,17	7,78±2,58	99,20±24,11
≥ 35 yaş	29,59±7,33	9,19±3,49	36,22±10,41	6,37±2,18	85,82±23,92
Kruskal Wallis H	X²=14,653 p=0,002	X²=16,981 p=0,001	X²=12,089 p=0,007	X²=14,993 p=0,002	X²=14,291 p=0,003
Eğitim durumu					
İlköğretim	30,47±8,58	10,04±4,17	38,05±11,76	6,98±2,56	89,97±27,24
Lise	34,61±6,40	11,63±3,80	42,58±11,54	7,90±2,47	101,95±24,92
≥ Üniversite	34,19±6,91	11,67±4,31	41,51±11,56	7,77±2,61	100,50±26,06
Kruskal Wallis H	X²=8,289 p=0,016	X²=6,154 p=0,046	X²=4,294 p=0,117	X²=4,303 p=0,116	X²=6,492 p=0,039
En Uzun Süre Yaşanan Yer					
Köy	38,32±5,59	13,67±4,20	48,66±10,92	9,25±2,26	115,98±23,95
İlçe, kasaba	29,60±9,34	9,72±4,75	36,43±12,34	6,60±2,68	86,67±29,88
Şehir	33,47±6,37	11,16±3,52	41,16±10,80	7,65±2,38	98,47±23,13
Kruskal Wallis H	X²=13,611 p=0,001	X²=10,357 p=0,006	F=12,069 p=0,002	X²=12,865 p=0,002	X²=13,346 p=0,001
Akrabalık					
Olan	25,13±10,71	7,84±4,41	33,82±16,18	5,75±2,93	75,77±34,55
Olmayan	33,23±7,26	11,15±4,04	40,81±11,31	7,59±2,50	97,80±25,55
Mann Whitney U	F=397,00 p=0,020	F=383,00 p=0,015	F=518,00 p=0,153	F=438,00 p=0,042	F=454,00 P=0,057
Kronik hastalık					
Olan	30,92±6,90	9,57±3,61	36,12±11,50	6,54±2,51	87,42±24,76
Olmayan	33,08±7,90	11,23±4,19	41,27±11,65	7,67±2,54	98,28±26,75
Mann Whitney U	F=1352,50 p=0,106	F=1226,50 p=0,026	F=1158,00 p=0,011	F=1212,50 p=0,021	F=1213,00 p=0,022

Çizelge 3.3.1.1’de gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre ÇUÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları görülmektedir. Gebelerin eşlerinin eğitim durumu, gebelerin çalışma durumu, gelir düzeyleri ve aile tipi ile ÇUÖ ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın, gebelerin yaşları ile ÇUÖ ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Yapılan posthoc testi sonucunda; 25-29 yaş aralığındaki gebelerin, 30-34 yaş aralığındaki gebelere göre eşler arası tatmin ($t=616,50$, $p=0,006$), eşler arası duygulanım ($t=623,50$, $p=0,006$) ve ÇUÖ puanları

(103,40±23-89,44±25,56; t=637,00, p=0,010) anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde 19 yaş altındaki gebelerin, 30-34 yaş aralığındaki gebelere göre tatmin (p=0,010 t=26,00), eşler arası birliktelik (t=14,00, p=0,002) ve duygulanım (t=26,00, p=0,009) ile ÇUÖ (122,14±21,97-89,44±25,56; t=27,00, p=0,011) puan ortalamaları daha yüksektir. Gebelerin eşlerinin yaşları da ÇUÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarını etkilemektedir (p<0,05). Eşin yaşı arttıkça ÇUÖ ve alt gruplarından alınan puan ortalamaları düşmektedir. Ancak, yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Posthoc testi sonucunda bu farklılığın kaynağı tespit edilememiştir (p>0,05).

Gebelerin eğitim durumları ile tatmin, birliktelik ve ÇUÖ puanı arasında farklılık görülmüştür (p<0,05). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; lise düzeyinde öğrenime sahip olan gebelerin, ilköğretim düzeyinde öğrenime sahip olan gebelere göre eşler arası tatmin (t=1238,50, p=0,007) ve ÇUÖ (101,95±24,92-89,97±27,24; t=1288,00, p=0,015) puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.3.1.1).

Gebelerin en uzun süre yaşadıkları yer ÇUÖ ve alt ölçek puan ortalamalarını etkilemektedir (p<0,05). İleri değerlendirmeler sonucunda; köyde yaşayan gebelerin ilçe ya da kasabada yaşayan gebelere göre eşler arası tatmin (t=146,00, p=0,001), birliktelik (t=172,50, p=0,006), fikir birliği (t=154,00, p=0,002), duygulanım (t=156,50, p=0,002) ve ÇUÖ (115,98±23,95-86,67±29,88; t=152,00, p=0,001) puan ortalamaları daha fazladır. Şehirde yaşayan gebelerin, ilçe ya da kasabada yaşayan gebelere göre duygulanım (t=1607,00, p=0,013) ve ÇUÖ (98,47±23,13-86,67±29,88; t=1618,00, p=0,015) puan ortalamaları daha yüksektir. Köyde yaşayan gebelerin ise şehirde yaşayan gebelere göre eşler arası tatmin (t=364,50, p=0,011) ve ÇUÖ (115,98±23,95-98,47±23,13; t=371,50, p=0,014) puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir (Çizelge 3.3.1.1).

Eşiyile arasında akrabalık bağı olmayan gebelerin ÇUÖ puan ortalaması (97,80±25,55), eşiyile arasında akrabalık olan (75,77±34,55) gebelerden yüksektir (p<0,05). Bunun yanında, eşiyile arasında akrabalık bağı olmayan gebelerin eşler arası tatmin, birliktelik ve duygulanım alt ölçek puan ortalamaları da eşiyile arasında akrabalık olan gebelere göre daha yüksektir (p<0,05). Akrabalık durumu, eşler arası fikir birliğinde anlamlı etki yaratmamıştır (p>0,05) (Çizelge 3.3.1.1).

Kronik hastalığın olmaması, gebelerin ÇUÖ ve tüm alt ölçek puan ortalamalarını artırmıştır. Kronik hastalığı olmayan gebelerin ÇUÖ puanları $98,28 \pm 26,75$ iken, kronik hastalığı bulunan gebelerin puan ortalamaları $87,42 \pm 24,76$ 'ya düşmüştür ($p < 0,05$) (Çizelge 3.3.1.1).

3.3.2. Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelikle İlgili Özelliklerin Eşler Arası Uyumu Etkisine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.3.2.1. Gebelerin, Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelikle İlgili Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 152)

Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelik Özellikleri	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Parite					
Primigravida	37,23±5,41	13,36±3,61	45,78±10,85	8,88±2,08	111,00±21,76
Multigravida	30,12±7,72	9,56±3,77	37,28±11,16	6,67±2,47	88,05±25,67
Mann Whitney U	F=1190,00 p=0,000	F=1192,50 p=0,000	F=1514,50 p=0,000	F=1311,50 p=0,000	F=1299,00 p=0,000
Gebelik sayısı					
1	37,23±5,41	13,36±3,61	45,78±10,85	8,88±2,08	111,00±21,76
2	30,45±7,27	9,82±3,95	37,42±10,08	6,88±2,51	89,09±24,16
3	30,07±7,57	9,50±2,98	37,12±11,43	6,38±2,41	87,56±24,98
≥ 4	29,29±9,43	8,93±4,45	37,12±13,98	6,57±2,57	85,98±31,66
Kruskal Wallis H	X²=32,232 p=0,000	X²=32,452 p=0,000	X²=19,662 p=0,000	X²=27,936 p=0,000	X²=27,652 p=0,000
Düşük/Küretaj					
Olan	30,42±8,43	9,46±3,76	38,22±12,51	6,67±2,57	89,03±28,09
Olmayan	33,40±7,43	11,39±4,15	41,02±11,48	7,72±2,52	98,63±25,90
Mann Whitney U	F=1613,00 p=0,039	F=1527,50 p=0,015	F=1796,00 p=0,205	F=1590,50 p=0,030	F=1652,00 p=0,059
Yaşayan çocuk sayısı					
0	36,62±5,93	12,83±3,74	44,94±10,82	8,63±2,23	108,57±22,62
1	30,54±7,37	10,09±3,87	37,98±11,46	6,89±2,57	90,10±25,84
2	28,32±8,66	8,30±3,76	35,03±11,26	6,05±2,20	81,78±26,55
3	26,30±2,82	8,20±0,00	31,19±2,88	5,50±0,70	74,09±7,07
Kruskal Wallis H	X²=32,037 p=0,000	X²=28,028 p=0,000	X²=20,095 p=0,000	X²=25,564 p=0,000	X²=26,360 p=0,000

Çizelge 3.3.2.1. *Devam* Gebelerin, Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelikle İlgili Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 152)

Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelik Özellikleri	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Düzenli DÖB					
Alan	33,12±7,24	11,15±4,01	40,88±11,19	7,58±2,47	97,73±25,21
Almayan	26,62±11,94	7,92±4,82	32,92±17,07	5,85±3,38	76,77±38,84
Mann Whitney U	F=472,00 p=0,077	F=405,00 p=0,023	F=470,00 p=0,074	F=452,50 p=0,054	F=459,00 p=0,062
Eşin DÖB'ye katılımı					
Her zaman gelir	37,34±5,55	13,50±3,56	47,93±10,03	9,08±2,03	113,94±21,28
Benim isteğimle gelir	32,85±6,31	10,45±3,37	39,88±9,80	7,88±2,46	95,48±21,83
Bazen gelir	33,29±6,91	11,06±3,93	40,57±10,87	7,42±2,50	97,34±24,26
Hiç gelmez	24,85±7,05	7,29±2,75	29,75±8,43	5,33±1,79	70,37±19,72
Kruskal Wallis H	X²=40,984 p=0,000	X²=38,543 p=0,000	X²=40,909 p=0,000	X²=36,190 p=0,000	X²=44,795 p=0,000
Gebelikte bilgi					
Alan	32,06±7,83	10,64±4,04	39,14±11,62	7,23±2,53	93,78±26,44
Almayan	37,72±4,79	13,26±4,20	50,04±7,79	9,34±2,07	116,82±18,72
Mann Whitney U	F=653,50 p=0,004	F=746,00 p=0,019	F=503,50 p=0,000	F=602,50 p=0,001	F=543,50 p=0,000
Gebelikte sağlık sorunu					
Yaşayan	31,36±7,98	10,26±3,93	37,68±11,13	7,09±2,52	90,91±25,93
Yaşamayan	34,48±7,11	11,84±4,24	43,93±11,69	7,97±2,56	103,64±26,06
Mann Whitney U	F=2207,50 p=0,021	F=2137,00 p=0,010	F=1983,50 p=0,002	F=2293,50 p=0,045	F=2075,50 p=0,005
I.trimestr sorunları					
Fiziksel**	31,53±8,03	10,38±3,94	37,88±11,30	7,17±2,54	91,52±26,22
Ruhsal***	27,77±6,57	7,55±3,02	33,46±6,10	5,37±0,92	78,08±15,68
Yaşamayan	34,48±7,11	11,84±4,24	43,93±11,69	7,96±2,56	103,64±26,06
Kruskal Wallis H	X²=6,278 p=0,043	X²=8,012 p=0,018	X²=10,324 p=0,006	X²=5,720 p=0,057	X²=8,820 p=0,012
II.trimestr sorunları					
Fiziksel**	31,30±8,32	10,47±4,05	37,68±11,60	7,27±2,64	91,30±26,99
Ruhsal***	31,53±7,12	9,66±3,62	7,68±9,93	6,61±2,11	89,84±23,25
Yaşamayan	34,48±7,11	11,84±4,24	43,93±11,69	7,97±2,56	103,64±26,06
Kruskal Wallis H	X²=5,352 p=0,069	X²=7,527 p=0,023	X²=9,957 p=0,007	X²=5,088 p=0,079	X²=8,010 p=0,018

Çizelge 3.3.2.1. *Devam* Gebelerin, Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelikle İlgili Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 152)

Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelik Özellikleri	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Gebelik					
İsteyerek/planlı	33,80±6,72	11,43±3,78	42,01±11,11	7,81±2,49	100,19±24,41
İstmeden	29,60±9,53	9,54±4,76	35,73±12,41	6,53±2,56	85,60±29,92
Mann Whitney U	F=1638,50 p=0,012	F=1556,00 p=0,004	F=1553,50 p=0,004	F=1595,50 p=0,007	F=1524,00 p=0,003
Gebeliği ilk öğrenince hissedilen duygu					
Olumlu, mutluluk	36,50±5,85	12,71±3,74	46,45±10,58	8,84±2,27	110,20±22,66
Olumsuz, üzüntü	27,18±8,63	8,20±3,85	33,59±10,30	5,90±2,03	78,71±25,13
Hem olumlu hem olumsuz	31,35±7,28	10,33±3,81	37,81±11,04	6,83±2,47	90,94±24,87
Hiçbir şey hissetmeyen	34,60±6,00	12,29±4,26	38,38±10,74	7,71±2,26	97,81±24,15
Kruskal Wallis H	X²=28,398 p=0,000	X²=25,184 p=0,000	X²=24,760 p=0,000	X²=29,765 p=0,000	X²=29,252 p=0,000
Şu anda hissedilen duygu					
Olumlu	34,94±6,28	11,97±3,76	42,83±11,16	8,08±2,50	103,13±23,72
Olumsuz	29,43±8,54	9,43±4,20	36,76±11,75	6,58±2,40	86,51±27,78
Mann Whitney U	F=1675,50 p=0,000	F=1747,50 p=0,000	F=1988,00 p=0,003	F=1887,50 p=0,001	F=1762,00 p=0,000
Gebelik ve doğumla ilgili endişe/kaygı					
Yaşayan	31,41±8,22	10,22±4,33	38,48±11,76	7,06±2,54	91,69±27,46
Yaşamayan	35,25±6,04	12,34±3,31	44,07±10,93	8,27±2,44	105,58±22,53
Mann Whitney U	F=1883,00 p=0,007	F=1708,50 p=0,001	F=1856,50 p=0,005	F=1868,00 p=0,005	F=1792,00 p=0,002

** Fiziksel sorunlar olarak bulantı-kusma, düşük riski, bel ağrısı, yorgunluk, halsizlik, uykusuzluk, Rh uyumsuzluğu ve varis bulunmaktadır.

*** Ruhsal sorunlar olarak korku, karışık duygular ve anksiyete bulunmaktadır.

Eşler arası uyum bebek ölümü, gebelik dönemi, DÖB alınan yer, bebeğin cinsiyeti ve doğum şekli tercihinden etkilenmemektedir ($p>0,05$). Buna karşın parite ve gebelik sayısı, eşler arası uyumda önemli değişkenler olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Primigravidaların, multiparlara göre ÇUÖ ($111,00\pm 21,76-88,05\pm 25,67$) ve alt ölçek puan ortalamaları daha yüksektir ($p=0,000$). İleri analizler sonucunda bir kez gebe kalanların tüm alt ölçek puanları ile ÇUÖ puanlarının, iki kez gebe kalanlarınkinden (sırasıyla $F=611,50$, $p=0,000$; $F=674,00$, $p=0,000$; $F=793,50$, $p=0,000$;

F=737,00, p=0,000 ve F=688,50, p=0,000) yüksek olduğu görülmüştür. Bir kez gebe kalanların tüm alt ölçek ve ÇUÖ puanları, üç kez gebe kalanlarınkinden de yüksektir (sırasıyla F=342,00, p=0,000; F=307,00, p=0,000; F=437,50, p=0,001; F=338,00, p=0,000 ve F=362,00, p=0,000). Benzer şekilde bir kez gebe kalanların tüm alt ölçek ve ÇUÖ puanları, dört kez ve daha fazla gebe kalanlarınkinden anlamlı şekilde yüksektir (F=236,50, p=0,001; F=211,50, p=0,000; F=283,50, p=0,007; F=236,50, p=0,001 ve F=248,50 p=0,002) (Çizelge 3.3.2.1).

Düşük ya da küretaj olmayan gebelerin eşler arası tatmin, birliktelik ve duygulanım puanları, düşük ya da küretaj olan gebelerinkinden fazladır (p<0,05). Eşler arası fikir birliği ve ÇUÖ puanları ise düşük ya da küretaj olma durumuna göre farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Çizelge 3.3.2.1).

Yaşayan çocuk sayısı ile eşler arası uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta, çocuk sayısı arttıkça eşler arası uyum azalmaktadır (p=0,000). Özellikle çocuğu olmayan gebelerin tüm alt boyutlar ile ÇUÖ puanları (108,57±22,62), tek (90,10±25,84) ve iki çocuğu (81,78±26,55) olan kadınlarınkinden fazladır. Buna göre; hiç çocuğu olmayanların tüm alt boyut ve ÇUÖ puanları, tek çocuğu olanlarınkinden fazladır (F=1024,50, p=0,000; F=1178,50, p=0,000; F=1274,50, p=0,001; F=1190,00, p=0,000 ve F=1144,50, p=0,000). Yine hiç çocuğu olmayanların tüm alt boyut ve ÇUÖ puan ortalamaları, iki çocuğu olanlarınkinden fazladır (F=295,00, p=0,000; F=291,50, p=0,000; F=381,00, p=0,000; F=310,50, p=0,000 ve F=332,00, p=0,000) (Çizelge 3.3.2.1).

Eşler arası uyum puanları, gebelik dönemine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir (p>0,05). Ancak, gebeliği isteme/planlama durumu farklılığa yol açmaktadır (p<0,05). Farklılık, isteyerek ve planlayarak gebe kalan gebelerin puanlarında görülmektedir. İsteyerek/planlı gebe kalan kadınların ÇUÖ (100,19±24,41) ve tüm alt ölçek puanları, istemeden/plansız bir şekilde gebe kalan gebelerden (ÇUÖ: 85,60±29,92) daha fazladır (Çizelge 3.3.2.1).

Gebeliği süresince bilgi almadığın belirten gebelerin ÇUÖ (116,82±18,72) ile tüm alt boyut puanlarının, bilgi alan kadınlara (ÇUÖ: 93,78±26,44) göre yüksek olması (p<0,05) dikkati çeken bir bulgu olmuştur. Düzenli DÖB alan gebelerin ÇUÖ ve alt ölçek puanları bakım almayanlara göre yüksek olmakla birlikte, anlamlılık sadece eşler arası birliktelikte saptanmıştır

(11,15±4,01-7,92±4,82; p=0,023). DÖB'nin alındığı yer ise eşler arası uyum puanlarında istatistiksel olarak farklılığa neden olmamıştır (p>0,05). Ancak, DÖB'ye eşlerin katılımı, ÇUÖ'de ileri düzeyde farklılığa yol açmaktadır (p=0,000). Buna göre; eşleri kontrollere bazen gelen gebelerin tüm alt boyut puanları ile ÇUÖ (97,34±24,26) puanları, hiç gelmeyen gebelerden (ÇUÖ: 70,37±19,72) fazladır (Tatmin: t=431,50, p=0,000; Birliktelik: t=490,00, p=0,000; Fikir Birliği: t=458,00, p=0,000; Duygulanım: t=577,50, p=0,000; ÇUÖ: t=407,50, p=0,000). Yine, her zaman kendi isteği ile gelen gebelerin tüm alt boyut puanları ile ÇUÖ (113,94±21,28) puanları, hiç gelmeyen gebelerinkinden (ÇUÖ: 70,37±19,72) fazladır (Tatmin: t=90,50, p=0,000; Birliktelik: t=101,00, p=0,000; Fikir Birliği: t=98,50, p=0,000; Duygulanım: t=100,00, p=0,000; ÇUÖ: t=81,00, p=0,000). Eşleri, kadın istediği için gelenlerin fikir birliği (39,88±9,80; t=43,50, p=0,007), duygulanım (7,88±2,46; p=0,009 t=46,50) ve ÇUÖ (95,48±21,83; t=44,795, p=0,000) puanları, eşleri kontrole hiç gelmeyen gebelerinkinden (sırasıyla 29,75±8,43, 5,33±1,79, 70,37±19,72) fazladır (Çizelge 3.3.2.1).

Gebelikte sorun yaşamayan gebelerin tüm alt boyut puanları ile ÇUÖ toplam puanı (103,64±26,06), gebelikte sorun yaşayanlarınkinden (ÇUÖ: 90,91±25,93) fazladır (p<0,05). Birinci trimesterde yaşanan problem, eşler arası duygulanım dışındaki tüm alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmuştur (p<0,05). Yapılan Post Hoc analizleri sonucunda, ilk üç ayda sorun yaşamadığını belirtenlerin fikir birliği puanı ve toplam ölçek puanları (ÇUÖ: 103,64±26,06), fiziksel sorun yaşadığını belirtenlerden (ÇUÖ: 91,30±26,99) fazla bulunmuştur (Fikir Birliği F: 1918,50, p=0,003; ÇUÖ F=2016,50, p=0,009). İkinci trimesterde sorun yaşama durumu ile eşler arası tatmin, birliktelik ve ÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Ancak, yapılan ileri analiz sonucunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı tespit edilememiştir (Çizelge 3.3.2.1).

Gebeliğe karşı ilk olarak hissedilen duygular, kadınların eşler arası uyumunu tüm boyutlarda ileri düzeyde etkilemektedir (p=0,000). Buna göre, gebeliği ilk öğrendiğinde mutluluk, sevinç ve olumlu duygular hisseden kadınların tüm alt boyut ve ÇUÖ (110,20±22,66) puanları, gebeliği ilk öğrendiğinde üzüntü ve olumsuz duygular hisseden kadınlarınkinden (ÇUÖ: 78,71±25,13) belirgin şekilde yüksektir (Tatmin: t=301,50, p=0,000; Birliktelik: t=309,50, p=0,000; Fikir Birliği: t=333,50, p=0,000; Duygulanım: t=290,50, p=0,000; ÇUÖ: t=277,00,

p=0,000). Ayrıca, gebeliğini ilk öğrendiğinde mutlu olan kadınların tüm alt boyut puanları ile genel uyum (ÇUÖ: 110,20±22,66) ve alt ölçek puanları, hem olumlu hem olumsuz duygular hisseden kadınlara göre (ÇUÖ: 90,94±24,87) anlamlı olarak yüksektir (Tatmin: t=1022,50, p=0,000; Birliktelik: t=1125,50, p=0,001; Fikir Birliği: t=1013,00, p=0,000; Duygulanım: t=943,50, p=0,000; ÇUÖ: t=1003,50, p=0,000) (Çizelge 3.3.2.1).

Gebeliği ile ilgili olarak şu anda hissedilen duygular da eşler arası uyumu ileri derecede etkilemektedir (p<0.01). Şu anda olumlu duygular hisseden kadınların tüm alt boyut puanları ile ÇUÖ (103,13±23,72) puanları, olumsuz duygular hisseden (ÇUÖ: 86,51±27,78) kadınlardan çok yüksektir. Benzer şekilde, gebelik ve doğum ile ilgili endişe ya da kaygı hissetmeyen kadınların tüm alt boyut ve ÇUÖ (105,58±22,53) puanları, kaygı ve endişe hisseden kadınlardan oldukça (ÇUÖ: 91,69±27,46) fazladır (p<0.01) (Çizelge 3.3.2.1). Bebeğin cinsiyeti ve doğum şekli tercihi, eşler arası uyumda etkili bulunmamıştır (p>0,05).

3.3.3. Sosyal Destekle İlgili Özelliklerin Eşler Arası Uyumu Etkisine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.3.3.1. Gebelerin Sosyal Destekle İlgili Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 152)

Sosyal Destek Özellikleri	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Sosyal desteği					
Olan	33,37±7,46	11,19±4,00	41,58±11,54	7,65±2,52	98,80±25,93
Olmayan	28,65±8,38	9,38±4,64	33,09±10,51	6,35±2,60	81,84±26,87
Mann Whitney U	F=976,50 p=0,018	F=1081,00 p=0,067	F=875,50 p=0,004	F=993,50 p=0,021	F=949,50 p=0,012
Eş Desteği					
Olan	35,80±5,84	12,15±3,74	44,35±10,93	8,28±2,36	106,12±23,00
Olmayan	25,95±7,10	8,28±3,70	31,68±8,37	5,70±2,07	75,19±21,34
Mann Whitney U	F=713,50 p=0,000	F=1106,00 p=0,000	F=937,50 p=0,000	F=1031,00 p=0,000	F=790,00 p=0,000
Eşten alınan destek türü					
Her konuda	39,14±4,89	13,78±3,15	51,62±9,04	9,76±1,86	120,60±18,77
Ev işleri + çocuk bakımı	36,72±5,24	13,03±4,22	47,06±9,79	8,69±2,47	111,68±21,92
Manevi/ duygusal destek	33,87±5,84	10,98±3,35	39,76±10,16	7,41±2,14	96,89±21,29
Kruskal Wallis H	X²=13,331 p=0,001	X²=10,838 p=0,004	X²=21,162 p=0,000	X²=16,757 p=0,000	X²=19,269 p=0,000

Çizelge 3.3.3.1. *Devam* Gebelerin Sosyal Destekle İlgili Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 152)

Sosyal Destek Özellikleri	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Eş desteği algısı					
Çok iyi	40,90±3,04	15,32±3,31	54,36±7,19	10,50±1,07	128,03±14,41
İyi	36,62±4,92	12,32±3,06	46,10±8,98	8,51±1,94	109,08±18,10
Orta	32,44±4,54	10,08±2,44	37,07±7,18	6,87±1,87	91,14±15,12
Kötü	28,21±6,67	9,03±4,85	33,06±12,13	5,20±2,03	79,73±26,41
Kruskal Wallis H	X²=46,094 p=0,000	X²=36,479 p=0,000	X²=46,014 p=0,000	X²=49,793 p=0,000	X²=50,003 p=0,000

Çizelge 3.3.3.1.'de gebelerin, gebelikleri sırasında algıladıkları sosyal destek ve eş desteği ile ilgili özelliklerinin ÇUÖ ve alt ölçeklerine olan etkileri yer almaktadır. Buna göre; sosyal desteği olan gebelerin, sosyal desteği olmayan gebelere göre eşler arası tatmin, fikir birliği, duygulanım ve ÇUÖ (98,80±25,93-81,84±26,87) puan ortalamaları daha yüksektir (sırasıyla; F=976,30, p=0,018; F=875,50, p=0,004; F=993,50, p=0,021; F=949,50, p=0,012). Eşler arası birliktelik puanı ise farklılık göstermemektedir (p=0,067).

Eşinden destek gören gebelerin de görmeyenlere göre tüm alt ölçek ve ÇUÖ (106,12±23,00-75,19±21,34) puan ortalamaları daha yüksektir (Sırasıyla F=713,50; F=1106,00; F=937,50; F=1031,00; F=790,00 ve p=0,000). Tüm alt ölçekler ile ÇUÖ puan ortalamaları, eşten alınan desteğin türüne göre farklılık göstermektedir (p<0,005). Post Hoc analizi sonucunda; ev işleri ve çocuk bakımı konusunda yardım edenlerin fikir birliği (47,06±9,79) ve ÇUÖ (111,68±21,92) puanlarının, manevi/duygusal destek (39,76±10,16- 96,89±21,29) verenlerden (F=436,00, p=0,002 ve F=454,50, p=0,004); her konuda destek olanların tüm alt ölçek ile ÇUÖ (120,60±18,77) puan ortalamalarının ise manevi/duygusal destek verenlerden (ÇUÖ: 96,89±21,29) daha yüksek (sırasıyla F=304,00, p=0,001; F=329,00, p=0,001; F=242,50, p=0,000; F=259,00, p=0,000 ve F=254,50, p=0,000) olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3.3.1).

Gebelerin algıladığı eş desteği ile tüm alt ölçekler ve ÇUÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlılık saptanmıştır (p=0,000). Yapılan ileri analiz sonucuna göre; eş desteğine çok iyi diyenlerin tüm alt ölçek ve ÇUÖ (128,03±14,41) puanları, iyi diyenlere (ÇUÖ: 109,08±18,10) göre daha yüksek çıkmıştır (sırayla F=208,50, p=0,000; F=215,00, p=0,001; F=218,50, p=0,001;

F=186,50, p=0,000 ve F=184,50, p=0,000). Eş desteğine çok iyi diyenlerin tüm alt ölçek ve ÇUÖ puanları, orta diyenlerden (ÇUÖ: 91,14±15,12) daha yüksektir (sırasıyla F=72,50, p=0,000; F=110,00, p=0,000; F=84,50, p=0,000; F=77,50, p=0,000 ve F=56,50, p=0,000). Eş desteğine çok iyi diyenlerin tüm alt ölçek ve ÇUÖ puanları, kötü diyenlerinkinden yüksektir. (Sırasıyla F=4,50 p=0,000 F=28,00 p=0,010; F=12,00 p=0,001; F=4,00 p=0,000 ve F=10,00 p=0,001). Yine eş desteğine iyi diyenlerin eş tatmin puanları ile duygulanım puanları, kötü diyenlerinkinden (ÇUÖ:79,73±26,41) daha yüksektir (sırasıyla F=28,50, p=0,008; F=20,50, p=0,003). Bunun yanında eş desteğini iyi olarak nitelendirenlerin tüm alt boyutlar ve ÇUÖ puanları, orta olarak niteleyenlerden yüksek bulunmuştur (F=317,50, p=0,001; F=359,50, p=0,006; F=252,50, p=0,000; F=302,50, p=0,001 ve F=270,50, p=0,000) (Çizelge 3.3.3.1.).

3.3.4. Evlilik ve Eş İlişkisi ile İlgili Özelliklerin Eşler Arası Uyuma Etkisine İlişkin

Bulgular

Çizelge 3.3.4.1. Gebelerin, Evlilik ve Eş İlişkilerine Yönelik Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=152)

Evlilik ve Eş İlişkileri	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evlenme şekli					
Görücü usulü	30,56±8,78	9,97±4,58	37,36±12,46	6,73±2,62	89,21±29,35
Anlaşarak/ İsteyerek	33,94±6,83	11,50±3,75	42,10±11,01	7,90±2,44	100,52±24,15
Mann Whitney U	F=2080,50 p=0,020	F=2078,50 p=0,020	F=2070 P=0,018	F=1952,50 p=0,005	F=2016,50 p=0,010
Evlilik süresi					
0-5 yıl	34,77±6,90	11,97±4,06	43,13±11,23	8,10±2,43	103,25±24,74
6-10 yıl	29,57±8,25	9,61±3,93	36,26±12,10	6,65±2,67	86,33±27,65
11-15 yıl	29,35±9,16	9,47±3,96	37,63±12,22	6,45±2,60	87,72±29,64
≥ 16 yıl	29,50±5,14	7,83±2,18	33,24±4,62	5,75±0,46	80,33±11,20
Kruskal Wallis H	X²=16,501 p=0,001	X²=15,536 p=0,001	X²=16,497 p=0,001	X²=15,580 p=0,001	X²=16,754 p=0,001
Aile içi kararları alan					
Eşi ile birlikte	34,39±6,81	11,85±3,83	42,56±10,78	7,97±2,40	102,01±24,15
Kendisi	32,53±8,50	11,20±4,59	38,56±13,15	7,79±3,46	95,11±30,72
Eşi	28,22±8,37	8,48±3,92	34,79±12,42	6,09±2,39	81,55±27,36
Kruskal Wallis H	X²=15,838 p=0,000	X²=19,125 p=0,000	X²=14,146 p=0,001	X²=16,928 p=0,000	X²=17,165 p=0,000

Çizelge 3.3.4.1. *Devam* Gebelerin, Evlilik ve Eş İlişkilerine Yönelik Özelliklerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=152)

Evlilik ve Eş İlişkileri	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evlilik durumu/algısı					
Çok iyi	40,41±2,61	14,81±2,84	51,84±7,94	10,05±1,45	123,69±13,77
İyi	34,57±5,66	11,60±3,80	42,11±10,34	8,07±2,05	101,67±21,56
Orta	27,37±5,38	8,32±2,57	33,06±6,75	5,65±1,56	78,09±15,73
Kötü	16,55±9,38	5,10±3,29	18,38±7,39	3,00±1,15	45,02±22,33
Kruskal Wallis H	X²=89,185 p=0,000	X²=70,507 p=0,000	X²=72,915 p=0,000	X²=86,067 p=0,000	X²=86,168 p=0,000
Evlilikle İlgili Sorun					
Yaşayan	26,23±6,42	7,75±3,23	31,66±8,66	5,75±1,66	74,72±19,45
Yaşamayan	34,63±7,06	11,89±3,90	42,95±11,32	7,98±2,57	102,83±25,11
Mann Whitney U	F=760,50 p=0,000	F=833,50 p=0,000	F=843,00 p=0,000	F=1045,50 p=0,000	F=790,50 p=0,000
Eşi İle İlişkisi					
Çok iyi	39,87±3,34	14,64±3,00	51,05±8,10	10,11±1,37	122,27±14,19
İyi	34,16±6,39	11,61±3,80	42,67±10,71	7,93±2,04	101,64±22,82
Orta	27,38±4,67	8,05±1,96	31,92±4,71	5,38±1,14	76,27±11,54
Kötü	20,74±14,45	7,08±6,24	27,57±19,74	5,25±3,80	63,84±46,59
Kruskal Wallis H	X²=15,838 p=0,000	X²=19,125 p=0,000	X²=14,146 p=0,001	X²=16,928 p=0,000	X²=17,165 p=0,000
Eşin yaklaşımı					
Olumlu	39,09±4,08	13,93±3,32	49,65±9,26	9,65±1,75	118,61±17,77
Olumsuz	23,11±9,32	7,45±3,65	27,71±12,22	4,94±2,45	66,06±28,62
Bazen olumlu, bazen olumsuz	29,16±5,54	9,11±3,20	35,01±7,44	6,14±1,69	83,55±17,38
Kruskal Wallis H	X²=80,134 p=0,000	X²=59,981 p=0,000	X²=66,237 p=0,000	X²=77,002 p=0,000	X²=77838 p=0,000

Çizelge 3.3.4.1. gebelerin evlilik ve eş ilişkileri ile ilgili özelliklerinin eşler arası uyum puanlarına etkisini göstermektedir. Evlilik ve eş ilişkileri ile ilgili tüm özelliklerin, eşler arası uyumu her boyutuyla ve ileri anlamlılık düzeyinde etkilediği saptanmıştır (p=0,000). Post Hoc analizlerde de, gruplar arasındaki farkın ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği bulunmuştur (p=0,000).

Evlilik şekli ve evlilik süresi ÇUÖ ve alt ölçek puanlarını anlamlı olarak etkilemektedir (p<0,05). Anlaşarak/isteyerek evlenenlerin alt ölçek ve ÇUÖ puanı (100,52±24,15) görücü usulü

ile evlenenlerden (89,21±29,35) daha yüksektir. Evliliğinin ilk beş yılı içerisinde olan gebelerin eşler arası uyumları (ÇUÖ: 103,25±24,74), 6-10 yıldır evli olan gebelerden (ÇUÖ: 86,33±27,65) çok fazladır (Tatmin: $t=1174,00$ $p=0,001$; Birliktelik: $t=1264,50$, $p=0,002$; Fikir Birliği: $t=1209,50$, $p=0,001$; Duygulanım: $t=1271,50$, $p=0,003$ ve ÇUÖ: $t=1187,50$, $p=0,001$). Yine evliliklerinin ilk beş yılı içerisinde olan gebelerin, 16 yıldan fazla süredir evli olan gebelere göre eşler arası tatmin hariç, tüm alt boyutlar ile ÇUÖ (103,25±24,74-80,33±11,20) puan ortalamaları fark edilir şekilde yüksektir (Birliktelik: $t=151,00$, $p=0,006$; Fikir Birliği: $t=145,50$, $p=0,005$; Duygulanım: $t=146,00$, $p=0,005$; ÇUÖ: $t=159,00$, $p=0,008$) (Çizelge 3.3.4.1).

Aile içinde kararları eşi ile birlikte alan gebelerin ÇUÖ (102,01±24,15) ve alt ölçek puan ortalamaları, kararları yalnızca eşi alan gebelerin (ÇUÖ: 81,55±27,36) puan ortalamalarından oldukça fazladır (Tatmin: $t=1208,00$, $p=0,000$; Birliktelik: $t=1117,50$, $p=0,000$; Fikir Birliği: $t=1273,00$, $p=0,000$; Duygulanım: $t=1175,00$, $p=0,000$; ÇUÖ: $t=1172,00$, $p=0,000$) (Çizelge 3.3.4.1).

Gebelerin evlilik durumları/algıları iyi ise eşler arası uyum ve alt ölçek puanları yükselmekte, evlilik durumları/algıları kötüleştikçe de uyumları azalmaktadır ($p=0,000$). Post Hoc analizi ile yapılan değerlendirme sonucunda, evlilik algısı çok iyi olanların iyi olanlara göre tatmin ($t=326,00$, $p=0,000$), birliktelik ($t=475,00$, $p=0,000$), fikir birliği ($t=442,50$ $p=0,000$), duygulanım ($t=408,50$, $p=0,000$) ve ÇUÖ (123,69±13,77-101,67±21,56; $t=376,00$, $p=0,000$) puan ortalamaları daha iyi bulunmuştur. Benzer şekilde, evlilik algısı çok iyi olanların puan ortalamaları evlilik algıları orta (sırayla $t=47,50$, $p=0,000$; $t=78,50$, $p=0,000$; $t=142,00$, $p=0,000$; $t=89,00$, $p=0,000$ ve $t=60,50$, $p=0,000$) ve kötü (sırasıyla $t=0,000$, $p=0,001$; $t=0,000$, $p=0,001$; $t=0,000$, $p=0,001$; $t=0,000$, $p=0,001$) olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Evlilik algıları iyi olanların puanları da kötü olanlara göre (sırasıyla $t=4,00$, $p=0,002$; $t=17,00$, $p=0,007$; $t=3,500$, $p=0,002$; $t=1,000$, $p=0,001$ ve $t=3,000$, $p=0,001$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.3.4.1).

Evliliği ile ilgili sorun olmadığını belirten gebelerin tüm alt boyut puanları ile ÇUÖ puanları (102,83±25,11), sorun yaşadığını belirten (ÇUÖ: 74,72±19,45) gebelerden çok yüksektir ($p=0,000$) (Çizelge 3.3.4.1).

Eşi ile ilişkisini genel olarak çok iyi bulan gebelerin tüm alt boyutlar ile ÇUÖ puanları (122,27±14,19), iyi (Tatmin: t=395,50, p=0,000; Birliktelik: t=497,50, p=0,000; Fikir Birliği: t=532,00, p=0,000; Duygulanım: t=371,00, p=0,000; ÇUÖ: [101,64±22,82] t=426,00, p=0,000) ve orta olarak belirtenlere (Tatmin: t=41,00, p=0,000; Birliktelik: t=66,00, p=0,000; Fikir Birliği: t=76,00, p=0,000; Duygulanım: t=24,500, p=0,000; ÇUÖ: [76,27±11,54] t=7,00, p=0,000); eşi ile ilişkisini iyi (101,64±22,82) olarak belirtenlerin ise orta olarak belirtenlere göre daha yüksek (Tatmin: t=497,00, p=0,000; Birliktelik: t=554,00, p=0,000; Fikir Birliği: t=443,50, p=0,000; Duygulanım: t=368,50, p=0,000; ÇUÖ: [76,27±11,54] t=427,50, p=0,000) olduğu görülmüştür (Çizelge 3.3.4.1).

Eş yaklaşımı ile ilgili post hoc analizlerde şu bulgular elde edilmiştir: Eşinin kendisine yaklaşımını genel olarak olumlu değerlendiren gebelerin ÇUÖ (118,61±17,77) ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar, olumsuz (Tatmin: t=63,50, p=0,000; Birliktelik: t=76,50 p=0,000; Fikir Birliği: t=75,50, p=0,000; Duygulanım: t=66,00, p=0,000; ÇUÖ: [66,06±28,62] t=61,50, p=0,000) ve bazen olumlu, bazen olumsuz olarak değerlendiren gebelerden oldukça fazladır (Tatmin: t=376,50, p=0,000; Birliktelik: t=680,00, p=0,000; Fikir Birliği: t=609,50, p=0,000; Duygulanım: t=435,50 p=0,000; ÇUÖ: [83,55±17,38] t=430,50, p=0,000). Bunun yanında eşinin davranışlarını bazen olumlu, bazen olumsuz olarak nitelendiren gebelerin eş tatmini, fikir birliği ve duygulanım puanları ile ÇUÖ (83,55±17,38) puanları, eşinin davranışlarını olumsuz olarak belirten gebelerden fazla bulunmuştur (Tatmin: t=262,00, p=0,006; Fikir Birliği: t=236,00, p=0,002; Duygulanım: t=277,50, p=0,009; ÇUÖ: [66,06±28,62] t=231,50, p=0,002) (Çizelge 3.3.4.1).

3.3.5. Gebelerin, Gebeliğin Evlilik, Eş İlişkisi ve Yaklaşımına Yönelik Düşüncelerinin Eşler Arası Uyuma Etkisine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.3.5.1. Gebelerin, Gebeliğin Evlilik, Eş İlişkisi ve Yaklaşımına Etkisine Yönelik Düşüncelerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (N= 152)

Gebeliğin Etkisi	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evlilik					
Olumlu	38,77±5,29	13,97±3,52	50,52±10,53	9,36±2,25	118,93±21,49
Olumsuz	26,76±6,67	8,50±3,31	32,37±8,17	5,67±1,72	77,00±19,66
Etkilemedi	36,02±4,70	11,93±3,69	43,49±9,43	8,44±2,20	105,35±20,04
Kruskal Wallis H	X²=72,188 p=0,000	X²=46,961 p=0,000	X²=57,178 p=0,000	X²=57,563 p=0,000	X²=66,650 p=0,000

Çizelge 3.3.5.1. *Devam* Gebelerin, Gebeliğin Evlilik, Eş İlişkisi ve Yaklaşımına Etkisine Yönelik Düşüncelerine Göre ÇUÖ Puan Ortalamaları (N= 152)

Gebeliğin Etkisi	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Eş ilişkisi					
Olumlu	39,80±3,81	14,48±3,00	52,45±8,36	10,00±1,25	123,13±15,64
Olumsuz	28,37±6,94	8,94±3,45	33,44±8,46	6,03±1,93	80,68±20,62
Etkilemedi	34,45±6,03	11,42±3,83	42,25±9,35	7,85±2,59	101,41±22,15
Kruskal Wallis H	X²=64,681 p=0,000	X²=52,712 p=0,000	X²=69,565 p=0,000	X²=62,163 p=0,000	X²=69,663 p=0,000
Eş yaklaşımı					
Olumlu	37,95±4,81	13,20±3,40	48,08±9,66	9,16±1,88	114,25±19,27
Olumsuz	27,19±6,72	8,48±3,06	31,95±7,80	5,63±1,68	76,93±19,10
Etkilemedi	34,12±6,62	11,77±4,73	43,22±10,80	8,08±2,79	102,92±25,68
Kruskal Wallis H	X²=64,460 p=0,000	X²=47,118 p=0,000	X²=62,625 p=0,000	X²=61,418 p=0,000	X²=65,287 p=0,000

Gebelerin gebelik nedeniyle evlilikleri, eş ilişkileri ve eş yaklaşımlarının nasıl etkilendiğine yönelik düşünceleri ile eşler arası uyum puanları arasındaki etkileşim, Çizelge 3.3.5.1.'de görülmektedir. Çizelge, gebeliğin bu alanlardaki etkisinin ileri anlamlılık düzeyinde olduğunu ortaya koymaktadır (p=0,000). Buna göre; gebeliğin evliliklerini etkilemediğini belirten gebelerin tüm alt ölçek ve ÇUÖ (105,35±20,04) puanları, gebeliğin evliliklerini olumsuz etkilediğini belirten gebelerden daha fazladır (Tatmin: t=401,50, p=0,000; Birliktelik: t=777,00, p=0,000; Fikir Birliği: t=671,50, p=0,000; Duygulanım: t=578,00, p=0,000 ÇUÖ: [77,00±19,66] t=525,00, p=0,000). Ayrıca, olumlu etkilediğini belirtenlerin eş tatmini, birliktelik, fikir birliği ve ÇUÖ (118,93±21,49) puanları, etkilemediğini belirtenlerden fazladır (Tatmin: t=602,00, p=0,008; Birliktelik: t=630,50, p=0,015; Fikir Birliği: t=546,50, p=0,002; ÇUÖ: [105,35±20,04] t=574,00, p=0,004). Olumlu etkilediğini belirtenlerin puanları da olumsuz etkilediğini belirtenlerden anlamlı olarak yüksektir (Tatmin: t=194,50, p=0,000; Birliktelik: t=297,00, p=0,000; Fikir Birliği t=228,50, p=0,000; Duygulanım: t=260,50, p=0,000; ÇUÖ: t=188,50, p=0,000 [118,93±21,49-77,00±19,66]).

Gebeliğin eşi ile olan ilişkisine yönelik düşüncelerden nelerin etkili olduğunu belirlemek amacıyla yapılan post hoc analizi; eş ilişkisini etkilemediğini belirten gebelerin ÇUÖ (101,41±22,15) ve alt ölçek puanlarının, olumsuz etkilediğini belirten gebelere göre daha iyi

olduğunu ortaya koymuştur (Tatmin: $t=659,50$, $p=0,000$; Birliktelik: $t=745,00$, $p=0,000$; Fikir Birliği: $t=611,00$, $p=0,000$; Duygulanım: $t=795,50$, $p=0,001$; ÇUÖ: $[80,68 \pm 20,62]$ $t=657,50$, $p=0,000$). Eşi ile ilişkisinin olumlu etkilendiğini belirten gebelerin ÇUÖ ($123,13 \pm 15,64$) ve alt boyutlarından aldıkları puanlar da hiç etkilemediğini (Tatmin: $t=317,00$, $p=0,000$; Birliktelik: $t=348,50$, $p=0,001$; Fikir Birliği: $t=280,50$, $p=0,000$; Duygulanım: $t=363,50$, $p=0,001$; ÇUÖ: $[101,41 \pm 22,15]$ $t=293,50$, $p=0,000$) ve olumsuz etkilediğini belirten gebelerden fazla bulunmuştur (Tatmin $t=226,00$, $p=0,000$; Birliktelik: $t=348,00$, $p=0,000$; Fikir Birliği: $t=201,00$, $p=0,000$; Duygulanım: $t=183,00$, $p=0,000$; ÇUÖ: $[80,68 \pm 20,62]$ $t=168,50$, $p=0,000$) (Çizelge 3.3.5.1).

Gebeliğin eşinin kendisine yaklaşımına yönelik düşüncesiyle ilgili post hoc analizi; eş yaklaşımını etkilemediğini belirten gebelerin olumsuz etkilediğini belirten gebelerden daha iyi ÇUÖ ve alt ölçek puanlarına sahip olduklarını göstermiştir (Tatmin: $t=388,00$, $p=0,000$; Birliktelik: $t=462,00$, $p=0,001$; Fikir Birliği: $t=340,00$, $p=0,000$; Duygulanım: $t=437,50$, $p=0,000$; ÇUÖ: $t=380,00$, $p=0,000$). Eşin yaklaşımına olumlu yansıması olduğunu bildiren gebelerin, hiç etkilenmediğini bildiren gebelere göre sadece eş tatmini puanları yüksek bulunmuştur ($37,95 \pm 4,81 - 34,12 \pm 6,62$; $t=520,00$, $p=0,011$). Son olarak gebelik nedeniyle eş yaklaşımlarının olumlu etkilendiğini ifade eden gebelerin ÇUÖ ($114,25 \pm 19,27$) ve alt gruplarından aldıkları puanlar, olumsuz etkilediğini ifade eden gebelerden yüksek bulunmuştur (Tatmin: $t=375,00$, $p=0,000$; Birliktelik: $t=577,00$, $p=0,000$; Fikir Birliği: $t=414,00$, $p=0,000$; Duygulanım: $t=360,50$, $p=0,000$; ÇUÖ: $[76,93 \pm 19,10]$ $t=344,50$, $p=0,000$) (Çizelge 3.3.5.1).

3.3.6. Eşler Arası Uyumu En Fazla Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Çizelge 3.3.6.1. Çiftler Uyum Ölçeği Regresyon Modeli Özeti ve ANOVA Analizi

Model Özeti						
Model	R	R Kare	Düzeltilmiş R Kare	Standart Hata		
1	,863 ^w	,745	,729	13,88211		
ANOVA						
		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	p
1	Regresyon	79967,775	9	8885,308	46,106	0,000
	Artıklar	27365,241	142	192,713		
	Toplam	107333,016	151			

ÇUÖ puanı ile ilişkisi olduğu tespit edilen değişkenlerin, çift uyumunu ne ölçüde etkilediğini belirleyebilmek amacıyla regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Oluşturulan model, çift uyumunun varyansının %72,9'unu açıklamaktadır. Kısacası, çift uyumunun %72,9'u modelde yer alan değişkenler yardımıyla açıklanabilmektedir. Yüzde 28,82'lik kısım ise diğer değişkenler tarafından açıklanabilmektedir. ANOVA tablosunda görüldüğü üzere, oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000) (Çizelge 3.3.6.1).

Çizelge 3.3.6.2. Gebelerin Eş Uyumlarını En Fazla Etkileyen Faktörler

Katsayılar						
Model		Standardize Olmayanlar		Standardize Olanlar	t	p
		B	Std. Hata	Beta		
1	Sabit değer (Constant)	160,252	12,424		12,899	,000
	Aile tipi	-7,885	3,704	-,094	-2,129	,035
	Evlilik tipi	-3,292	2,624	-,060	-1,254	,212
	Gebelikte bilgi alma	-14,311	3,775	-,170	-3,791	,000
	Gebelik kontrollerine eşin gelme durumu	5,669	1,769	,169	3,205	,002
	Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu	-6,301	2,395	-,117	-2,631	,009
	Eş desteği algısı	7,361	3,032	,129	2,428	,016
	Eş ilişkisi	-6,839	2,251	-,228	-3,039	,003
	Evliliğin nasıl olduğu	-14,205	2,316	-,459	-6,132	,000
	Gebeliğin evliliğe etkisi	4,516	1,658	,127	2,723	,007

Regresyon analizi sonucunda oluşturulan modele giren ve çift uyumunu etkileyen değişkenlerin *aile tipi*, *eşi ile evlenme şekli*, *gebelikte bilgi alma durumu*, *gebelik kontrollerine eşin gelip gelmemesi*, *gebelik esnasında sağlık sorunu yaşayıp yaşamama*, *gebelik süresince eşinden destek alma*, *genel olarak eşiyle olan ilişkisi*, *genel olarak evliliğin nasıl olduğu* ve *gebeliğin evliliğe olan etkisi* olduğu görülmüştür. Bunlardan gebelik kontrollerine eşin gelip gelmemesi ve gebeliğin evliliğe etkisi eşler arası uyumu *pozitif* yönde, diğerleri ise *negatif* yönde etkilemektedir. Yapılan analiz sonucunda, çiftler arasındaki uyumu en çok etkileyen değişkenin “*genel olarak evliliğin nasıl gittiği*”, en az etkileyen değişkenin ise “*evlilik tipi*” olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.3.6.2).

4. TARTIŞMA

Bu araştırma, Aydın İl merkezi 1 No'lu ASM bölgesindeki gebelerin evlilik/eş uyum düzeylerini saptamak ve evlilik uyumu ile gebelik ilişkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Evlilik uyumu ÇUÖ ile değerlendirilmiştir. Gebelikte eş uyumu ve desteğinin önemi yadsınamaz. Eş desteği bu kadar önemliyken, eşler arası uyumun gebelikle ilişkisini araştıran çalışmaların yeterli olmaması, araştırma bulgularının karşılaştırılması açısından önemli bir sınırlılık yaratmıştır. Eşler arası uyum ve dolayısıyla evlilik uyumu, gebeliğe uyumda önemli bir faktör olduğu için tartışma, araştırma sonucunda elde edilen bulgular ile evlilik uyumunu etkilediği görülen faktörler gruplandırılarak ve ilgili araştırma ve genel literatür bilgileri eşliğinde karşılaştırılarak yapılmıştır.

Gebelik döneminde evlilik uyumuna yönelik kapsamlı olarak ülkemizde ilk kez yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular, gebelerin evlilik uyumlarının bazı sosyo-demografik (kadın ve eşin yaşı, kadının eğitimi, en uzun süre yaşanan yer, eş ile akrabalık durumu, kronik hastalık varlığı), obstetrik öykü ve şimdiki gebelik (parite, gebelik sayısı, düşük/küretaj, gebeliğin istenmesi, düzenli DÖB alma ve eşin DÖB'ye katılımı, gebelikte bilgi alma, gebelikte sağlık sorunu yaşama, gebelikte hissedilen duygu ve endişe/kaygı), sosyal destek (gebelikte sosyal destek ve eş desteği, eşten alınan destek türü ve algısı) ile evlilik ve eş ilişkisi (aile içi kararlara katılım, evlilik şekli ve süresi ile evlilikte sorun yaşama, genel evlilik algısı, genel eş ilişkisi ve yaklaşımı), gebeliğin evlilik, eş ilişkisi ve eş yaklaşımına etkisine ilişkin düşüncelerden etkilendiğini ortaya koymuştur ($p<0,05$). Çalışmada; eşin eğitim durumu, kadının çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi, daha önce düşük varlığı, doğumdan sonra ölen bebeğin olması, gebelik dönemi, DÖB alınan yer, bebeğin cinsiyeti ve doğum şekli tercihinin evlilik uyumunu etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$). Literatürde ise evlilik uyumunun bireysel, ailesel ve sosyoekonomik özellikler gibi birçok değişkenden etkilenmekle birlikte (Özgüven 2000, Spotts ve ark 2005, Chen ve ark 2007, Ergin 2008, Gülsün ve ark 2009, Kaner 2010, Yalçın 2014), bazı araştırmalarda bu faktörlerin etkisinin olmadığı belirtilmektedir (Tutarel Kışlak ve Çabukça 2002, Erdoğan 2007, Jose ve Alfons 2007, Tutarel Kışlak ve Göztepe 2012). Bu araştırma sonucunda elde edilen değişkenlerin, literatürde verilen değişkenlerle aynı olmadığı dikkati çekmiştir. Çalışmanın gebe grubunda ve Aydın'da pilot bir bölgede yapılmış olması, bu farklılıkları ortaya çıkarmış olabilir.

4.1. Eşler Arası Uyuma İlişkin Bulguların Tartışılması

Yurt dışında 1950, ülkemizde ise 1990'lı yıllardan itibaren önem kazanan evlilik uyumu ile ilgili çalışmaların daha çok sağlıklı ya da herhangi bir kronik hastalığı olan evli çiftlerde veya kadınlarda yoğunlaştığı görülmektedir. Çalışmalar, evlilik uyumunun stresli yaşam olaylarında ve kronik hastalıklarda azaldığına dikkat çekmektedir (Bulut 2007, Akdeniz 2012). Bu açıdan bakıldığında, aileler için mutlu bir olay olan gebelik aynı zamanda stres yaratan bir yaşam olayı olarak ta değerlendirilmektedir (Bayık ve ark 2006, Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Gebelik, kadınlar için yaşanan stresli yaşam olayları içinde 1. sırada yer almaktadır (Bayık ve ark 2006). Bu nedenle, gebelik evlilik/eşler arası uyumu doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilir. Evli bireylerin eş tükenmişliğini en iyi yordayan değişkenin evlilik uyumu olduğu belirtilmiştir (Çapri ve Gökçakan 2013). Uyumlu bir evlilik, başarılı ve mutlu bir aile yaşantısı anlamına gelmektedir (Şahin ve Kılıçarslan 2010, Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Aile yaşamında eşler arasında uyumun sağlanarak mutluluğun elde edilmesi, gebelik dönemine uyumu da artıracaktır. Günümüzde sağlığın bozulmadan önce korunması ve iyileştirilmesine odaklanan ve bu doğrultuda değişen ve gelişen bütüncül sağlık anlayışı (Biçer ve ark 2001, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010), gebeliği etkileyen evlilik/eş uyumu gibi önemli bir faktörün etkisinin incelenmesini zorunlu kılmaktadır.

Evli çiftlerde orijinal ÇUÖ puan ortalaması $114,8 \pm 17,8$ bulunmuştur (Spanier 1976). Fışiloğlu ve Demir (2000)'in Türk evli örneklemindeki geçerlik-güvenirlik çalışmasında ÇUÖ puan ortalaması $104,5 \pm 18,6$, kadınlarda $105,20 \pm 18,4$ puan olarak saptanmıştır. Bu ölçek kullanılarak yapılan farklı çalışmalarda, kadınlar için ÇUÖ puan ortalamasının 102-118 puan arasında değiştiği görülmüştür (Bulut 2007, Şener ve Terzioğlu 2008, Şendil ve Korkut 2008, Güzel Ertop 2009, Tüzer ve ark 2010, Akdeniz 2012, Bodur ve ark 2013, Şen ve ark 2014).

Aydın İli'nde yapılan bu araştırmadaki gebelerin toplam evlilik uyum puan ortalaması $96,35 \pm 2,16$ (min.23-max.43,16) olarak saptanmıştır. Tüm alt boyutlar ve evlilik uyumu için orta derecede uyumlu bulunan gebelerin, gebe olmayan popülasyonla yapılan diğer çalışmalara göre evlilik uyum puanları daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni, örneklemin gebe kadınlardan oluşması ve farklı bölgelerde yapılmasından kaynaklanabilir. Araştırmada, gebelerin orta derecede evlilik uyumuna sahip olması, gebelikte evliliklerin etkilendiğini düşündürmektedir. Gebelikle ilgili olarak Çin'deki 785 gebede ÇUÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada, 3.

trimesterdeki gebe kadınların evlilik uyumuna bakılmış ve bu çalışmadan farklı olarak gebelerin %70,6'sının yüksek evlilik uyum puanına sahip olduğu belirtilmiştir (Wang ve ark 2010). Bunun nedeni, gebelerin farklı kültürel özelliklere sahip olması ile açıklanabilir. Ülkemizde yakın zamanda yapılan ve gebe kadınlarda evlilik uyumunu inceleyen sadece bir çalışmaya rastlanabilmiştir. Bu çalışma, Yekenkunrul ve Mete (2012) tarafından gebelik döneminde bulantı kusma ile evlilik ve eş ilişkisini araştırmak amacıyla hiperemezisli grupta yapılmıştır, ancak gebelerde evlilik uyumu başka bir ölçek olan Evlilik Uyum Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bu ölçekte kesim noktası 43,5'dur ve bu puanı geçenlerin evlilikleri yüksek uyumlu olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada da Aydın'da yapılan bu çalışmayı destekleyecek şekilde katılımcı 400 gebeden 182 (%54,5)'sinin evlilik uyumlarının düşük olduğu görülmüştür.

4.2. Eşler Arası Uyumu Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

4.2.1. Sosyodemografik Özelliklerin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Tartışılması

Sağlıklı çocuk doğurma yaşının 20-30 yaş grubu olduğu düşünülürse (ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014), bu çalışmadaki gebelerin yarıdan fazlasının (%58,6) normal doğurganlık yaşında olması sevindiricidir. Çalışmalarda, kadın yaşının evlilik uyumunu etkilemediği (Akbaş ve ark 2008, Çınar 2008, Yeşiltepe 2011) ve etkilediği (Şener ve Terzioğlu 2008, Yalçın 2014) şeklinde farklı görüşler bulunmaktadır. Yalçın (2014)'ın farklı bir evlilik uyum ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada, evlilik uyumunun en yüksek 41 yaş ve üzerindeki kadınlarda olduğu saptanmıştır. Buna karşın Güzel Ertop (2012), gebe olmayan grupta kadının yaşı ilerledikçe evlilik uyum puanlarının azaldığını saptamıştır. Yine, evlilik uyumunun 19 yaş altı ve 35 yaş üzerinde düşük olduğu belirtilmektedir (Şener ve Terzioğlu 2008). Gebe kadınlarda yapılan bu araştırmada da diğer çalışmaların aksine, Güzel Ertop (2012) ile Şener ve Terzioğlu (2008)'nin bulgusunu destekleyecek şekilde kadının yaşı ilerledikçe evlilik uyum puanlarının azaldığı görülmüştür ($p<0,05$). Ayrıca, 19 yaş ve altı ile 25-29 yaşındaki kadınların eşler arası tatmin, duygulanım ve evlilik uyum puanlarının 30-34 yaşındaki kadınlara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,005$). On dokuz yaş ve altı grupların hem evlilik hem de gebelik yönünden erken ve sağlıksız olduğu (McCarthy ve McCarthy 2012, Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014) bilinen bir gerçektir. Bu araştırmada, bazı çalışmalardan (Şener ve Terzioğlu 2008, Yiğitoğlu 2009) farklı olarak 19 yaş ve altında uyumun yüksek çıkma nedeni, çalışmada bu yaş grubuna düşen gebe sayısının az olması (beş gebe) ve isteyerek evlilik yapma

ya da yeni evli olmasından dolayı yüksek uyuma sahip olma olasılığı ile açıklanabilir. Yalçın (2014)'dan farklı olarak ta en düşük 30-34 ve 35 yaş ve üzeri grupta uyumun düşük çıkması ise, farklı bir ölçek ile değerlendirme yapılması ve farklı örneklemelerde çalışılması nedeniyle olabilir. Diğer yandan 35 yaş ve üzeri yaş grubundaki kadınların evlilik uyumlarının düşük çıkmasında, yaş ilerledikçe çiftlerin sorumluluklarının artması ve bundan dolayı birbirlerine olan desteğin azalması önemli bir faktör olabilir. Bulgular, riskli yaş gruplarına yönelik çalışmalara gereksinim olduğuna dikkat çekmektedir. Günümüzde doğurganlığın adolesan ve ileri yaşlara doğru kaydığı dikkate alınırsa (ACOG 2014), bu gereksinim bir zorunluluk olarak ta görülebilir.

Toplumu oluşturan en küçük birim olan ailenin oluşumunu ve sağlıklı şekilde sürdürülmesini etkileyen faktörler vardır. Bu faktörlerden biri ve en önemlisi temel eğitim düzeyinin yükselmesidir. Kadın ve erkeğin işlevlerini yapabilmesi için birçok alanda bilgi birikimine sahip olması gerekir (Tezel ve Özbey 2007, Van der Akker 2012). Ülkemizde 15 yaş üzeri nüfusun %4,9'u okuma yazma bilmemektedir. Bu oran, eğitimi ile her zaman ilk sıralarda yer alan batıdaki Aydın ilinde çarpıcı şekilde daha düşüktür (%3,2). Aydın ilinde ilköğretim ile lise ve dengi mezunların oranı sırayla %19,6 ve %18,5 olarak belirtilmektedir (TÜİK 2013). En az ilköğretim mezunu olanların dahil edildiği bu çalışmada ise gebelerin %44.1'inin ilköğretim, %34.2'sinin lise mezunu olduğu görülmüştür. Literatüre paralel olarak, bu çalışmada da çoğunluğu ilköğretim mezunları oluşturmaktadır (Şener ve Terzioğlu 2008, TÜİK 2013, Yalçın 2014, Şen ve ark 2014).

Eğitim, evlilik uyumuyla ilişkili görünen bir değişkendir. Ancak Singh ve ark (2006) evlilik uyumunun kadının eğitim düzeyinden etkilenmediğini bulmuşlardır. Bu çalışmanın aksine, çiftlerin eğitim düzeyleri yükseldikçe empati kurma düzeyinin arttığı ve sonuçta evlilik uyumu ile evlilikten alınan doyumun arttığı bulunmuştur (Şendil ve Korkut 2008, Şener ve Terzioğlu 2008, Güzel Ertop 2012, Yalçın 2014). Gebelerle yapılan bazı çalışmalarda da eğitim düzeyinin evlilik uyumuyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Sunal ve Demiryay 2009, Yekenkurnıl ve Mete 2012, Yalçın 2014). Bu çalışmada da Sing ve ark (2006) dışındaki literatüre paralel olarak, eğitim düzeyinin evlilik uyumunu etkilediği ve lise düzeyinde öğretim gören kadınların eşler arası tatmin ve evlilik uyum puanlarının ($101,95 \pm 24,92$), ilköğretim düzeyinde öğrenimi olan kadınlardan yüksek ($9,97 \pm 27,24$) olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim durumunun kişilerin içinde bulunduğu sosyal ortamın oluşmasında etkili olduğu, kişilerin içinde bulunduğu bu sosyal

ortamın ise evlilik ilişkilerini ve uyumunu dolaylı olarak etkilediği belirtilmektedir (Güzel Ertop 2012). Özellikle, ilköğretim mezunu olmanın kişinin öz güvenine yansıyan olumsuz etkisi eş uyumunu da olumsuz etkilemiş olabilir. Bununla birlikte, genel olarak çalışmadaki evlilik uyum puanı ortalamasının diğer çalışmalara oranla daha düşük olması gebelerin çoğunlukla ilköğretim mezunu olması ve örnekleme oluşturan gebe kadın ve eşlerinin kültürel özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada eşlerinin eğitim durumunun ÇUÖ'yü etkilememesi ise, erkeklerin kadınlara göre daha fazla çalışma oranı ve bunun getirdiği düşük stres, ayrıca yüksek eğitim düzeyine bağlı sorunlarla baş etme stratejilerinin daha iyi olması ve gebelikten kadınlar kadar direkt etkilenmemeleri ile ilişkili olabilir.

Çalışmak, kadının hem iş yükünü hem de sorumluluklarını artırır. Aynı zamanda, çalışmak arkadaşlık ilişkilerinin daha yoğun yaşanmasını sağlayarak sosyal yaşamdan kopmayı da engeller (Özdemir ve ark 2010). TÜİK'e göre ülkemizde kadınların %25,9'u, Aydın'da (Aydın-Denizli-Muğla) ise %37,4'ü iş gücüne katılmaktadır. Aydın'da çalışma oranının, Türkiye ortalamasının çok üzerine çıkartan kadınlardır. Bunun nedeni, tarımda ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadınların bölgede daha çok olmasıdır (TÜİK 2013). Bununla birlikte, Aydın'da kadınların %47' sinin ev işleriyle ilgilendiği için istihdama dahil olmadığı da görülmüştür (Aydın İş-Kur 2013). Ayrıca, Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkeler arasında kadınların işgücüne katılma oranının en düşük olduğu ülke Türkiye'dir (TÜİK 2013). Bu çalışma kapsamındaki gebelerin çalışma oranı da genel olarak Türkiye geneli ve Aydın'daki kadınlarla paralellik göstermekte (%28,3), ancak çalışma durumu evlilik uyumunu etkilememektedir ($p>0,05$). Araştırma bulguları, Singh ve ark (2006)'ın bulguları ile örtüşürken, Güzel Ertop (2012) ile örtüşmemektedir. Güzel Ertop (2012), kadınların çalışma durumunun evlilik uyumunu etkilediğini ve çalışan kadınların uyumunun daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Araştırmada, çalışma durumunun evlilik uyumunu etkilememesi, örneklemedeki gebelerin eğitim durumlarının düşük olması ve çalışan kadın sayısının azlığı ile açıklanabilir. Ayrıca, çalışan kadınların kendilerini daha özgür hissetmeleri ve ekonomik özgürlüklerinin daha yüksek olması ile de ilişkili olabilir. Çünkü, bu durum eşler arasında çatışmaya da yol açabilmektedir. Bu nedenle, çalışan kadın sayısının fazla olduğu bir başka çalışmanın yapılması yararlı olacaktır.

Gelir düzeyi arttıkça evlilik uyumu da artmaktadır (Şendil ve Korkut 2008, Şener ve Terzioğlu 2008, Güzel Ertop 2012, Yalçın 2014). Kadınların sosyoekonomik düzeyi yükseldikçe

evlilik uyumları yükselmekte, çatışma eğilimleri düşmekte, ayrıca evlilik uyumu yüksek olan kadın ve erkeklerin aldatma eğilimleri de azalmaktadır (Polat 2006). Gebelerin %48'inin gelirinin giderinden az ve %44.7'sinin gelirinin giderine denk olduğu bu çalışmada, literatürün aksine ÇUÖ ve alt ölçek puanları, gebe kadınların gelir düzeylerine göre bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgu, örneklem sayısının az olmasına bağlı olabileceği gibi, evlilik uyumunu etkileyen başka önemli faktörlerin olabileceğini de düşündürmektedir.

Kır nüfusunu kente çeken faktörlerin başında kentlerde daha yüksek olan sağlık ve yaşam standardı ile eğitim yoluyla meslek edinme imkânı sayılabilir. Geleneksel yapıdaki aile bireylerinin birbirlerine sağladığı güvenlik, barınma, beslenme, eğitim, boş zaman etkinlikleri, sosyalleşme ve statü kazandırma işlevlerinin yerini, kentlerde aile dışındaki kurumlar üstlenmektedir (Sezal 2003). Bu da ailenin işlevlerini yeniden şekillendirerek aile içi paylaşımları azaltmaktadır. Bu araştırmada en uzun süre köyde yaşamının ilçe ya da kasabada yaşamaya göre evlilik uyumunu her yönüyle artırması, bunun dışında köyde yaşamının şehirde yaşamaya göre tatmin ve evlilik uyumunu artırması ($p<0,05$), şehir yaşamının getirdiği ek streslerin olmaması ve paylaşımların azalmaması ile açıklanabilir. Şehirde yaşamının ilçe ya da kasabada yaşamaya göre duygulanım ve evlilik uyumunu artırması ($p<0,05$) ise eğitim ve çalışma durumuna bağlı artan yaşam standardına bağlı olabilir.

Ülkemizde son yıllarda geniş aileden çekirdek aile yapısına doğru bir değişim söz konusudur. TNSA'ya göre; ülkemizde en yaygın oranla (%70,3) çekirdek aile mevcuttur. Bunun %14,4'ü çocuksuz ve %55,9'u da çocuklu çekirdek ailelerden oluşmaktadır (Tezcan ve ark 2009). Bu çalışmadaki gebelerin ise %88'i çekirdek aile özelliğindedir. Ülkemizde bireysel yaşam biçimleri ve evlilik dışı birliktelikler, tek ebeveynli aileler ve evlilik dışı doğumlar gibi modern yaşam deneyimlerine giderek sık rastlanmaktadır (T.C. BASAGM 2010). Diğer yandan; toplumsal yapıda meydana gelen bu değişimlerin yanında, geleneksel aileye özgü biçim ve kültürel pratikler bir değer olarak halen önemini korumaktadır (Canatan 2009, T.C. BASAGM 2010). Ülkemizde geniş ailelerin daha ataerkil olduğu, kadının statüsünün özellikle erkek çocuk doğurmakla arttığı bilinmektedir. Bununla birlikte ailedeki birey sayısının fazlalığı, aile içinde bir takım sorunları da beraberinde getirmekte ve ailenin sahip olduğu ekonomik ve duygusal desteklerin azalmasına ve sorumlulukların artmasına neden olmaktadır (Özdemir ve ark 2010). Örneğin; çekirdek ailede yaşayan annelerin ebeveynlik davranışı puan ortalamaları geniş ailede

yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur (Özkan ve ark 2013). Ekonomik sorunlar, evli çiftleri sıklıkla ebeveynleri ile birlikte yaşamak için zorlamaktadır. Geniş aile, kalabalık koşullarda yaşayan yeni annelerin ihtiyaçlarını tanıma ve karşılama için aile içi iletişimi olumsuz etkileyebilmekte ve önemli bir engel oluşturabilmektedir. Literatürde ailenin sosyal destek olarak algılanmasının yanında, yakın ailesel irtibatların yeni anneler için önemli bir stres kaynağı da olabileceği ileri sürülmektedir (Bahadoran ve ark 2009). Ayrıca, geniş aileden gelen kadınlar depresyona daha duyarlı bulunmuştur (Yağmur ve Ulukoca 2010). Gebeler ile yapılan bu çalışmada, aile tipi evlilik uyumunu etkilememiştir ($p>0,05$). Bu bulgu, Tutarel Kışlak ve Çabukça (2002) ile Güzel Ertop (2012)'un bulguları ile örtüşmektedir. Ancak, evlilik uyumu gebelerin geniş ailede kendi veya eşinin ailesiyle olma durumuna göre farklılık göstermektedir. Çekirdek aile ve geniş ailede kendi ailesiyle birlikte yaşayan gebelerin fikir birliği puanları, eşinin ailesi ile birlikte yaşayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu, beklenen olağan bir bulgudur. Araştırma bulguları, ailede artan birey sayısı ve kendi ailesi dışındaki kişilerle yaşamının evlilik uyumunu azalttığını göstermiştir. Bunun nedeni, literatürde belirtildiği gibi çekirdek aile dışında evde birlikte yaşanan kişilerin eşlerin birbirine ayırdığı zamanın azalmasına yol açması ve aile içi karar süreçlerine olumsuz etkileri, ayrıca kadınların bu kişilerden aldığı ve algıladığı sosyal destek ile ilişkili olabilir.

Sağlıklı aile ve toplum için önemli faktörlerden biri de evlilik yaşıdır. Aileyi kuracak olan kadın ve erkeğin, bu birlikteliğe karar verirken ve başlarken yeterli olgunluk düzeyinde, yani kendini tanıyan, otonomisini kazanmış, evleneceği kişiyi kendisinin seçebileceği düzeyde olmaları önemlidir (Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Türk toplumunda evliliğe yaklaşım değişmekte ve ortalama evlenme yaşı yükselmektedir. Medeni Kanun'a göre evlilik için 17 yaşın doldurulmuş olması gerekirken birlikte (T.C. Başbakanlık 2012), 2012 yılında ortalama evlenme yaşı kadınlarda 23,5'e, erkeklerde 26,7'ye, yükselmiştir. Bu çalışmaya alınan gebeler de ülke geneline paralel olarak ilk evliliklerini ortalama 22,42 yaşında (%41,4'ü 20-24 yaşında) yapmışlardır. Ancak ülkemizde evlenen çift sayısında son beş yılda %5,95 oranında azalma yaşanırken, boşanma sayısında %23,7 oranında artış dikkati çekmektedir. En fazla boşanma %2,3 ile Ege Bölgesi'nde görülmektedir. İstatistiki veriler, evlilikte en zorlu dönemin ilk beş yıl olduğunu ortaya koymaktadır. Ülkemizde 2013 yılında meydana gelen boşanmaların %40,3'ü evliliğin ilk beş yılında, %21,5'i ise evliliğin 6-10 yılı içinde gerçekleşmiştir. Boşanma nedenlerinin başında geçimsizlik gelmekte ve ilk sırayı eşlerin

sorumsuz ve ilgisiz davranması (%26,6) almaktadır (TÜİK 2013). Aile büyüklerinin kendi yaşamlarında gerçekleştiremediği hayallerini gerçekleştirmek üzere yeni kurulacak yuvaya yaptıkları müdahalelerin iletişim sorunlarına yol açtığı ve özellikle evliliğin ilk yıllarında ailelerin müdahalesinden ötürü çatışmaların olduğu bildirilmektedir (Belen 2010). Bunun yanında kadının aile içi kararlara katılamaması, geçimsizliklerin önemli bir diğer sebebidir. Çünkü, kadın ailede karar mekanizmalarına katılmadığı zaman aile içerisinde çatışma, rekabet, huzursuzluk ve şiddet açığa çıkmaktadır (Çimen 2012). Boşanma yönünden evliliklerdeki bir diğer riskli dönem 16 yıl ve üzeri evliliklerdir. Bunun nedeni; evlilik süresi arttıkça eşler arasında sevgi gösterme davranışlarında azalma olduğunu belirten çalışmadaki (Şendil ve Korkut 2008) gibi, evlilik süresinin uzunluğu olabilir. Evlilik süresi ilerledikçe sorunlar karşısında konuşarak tartışmanın azaldığı, şiddet ve kavganın arttığı ve kadınların %50'sinin sorunlar karşısındaki tutumunun genellikle 'sessiz kalma' olduğunu belirten diğer bir çalışma bulgusu da bunu desteklemektedir (Yalçın 2014).

Literatürde, çiftlerin evlilik süresinin evlilik uyumlarını etkilemediğini gösteren çalışmalar olsa da (Erdoğan 2007, Taşçı ve ark 2008, Tutarel Kışlak ve Göztepe 2012), bazı araştırmalar evlilik süresinin artması ile eş uyumunun azaldığını göstermektedir (Şener ve Terzioğlu 2002, Demiryay 2006, Fidanoğlu 2006, Güzel Ertop 2012). Farklı olarak Taşçı ve ark (2008), istatistiksel olarak fark çıkmasa da evliliğin ilk beş yılında evlilik uyum puan ortalamasını diğer gruplardan yüksek bulmuştur. Bu çalışmadaki gebelerin %60.5'i evliliğinin ilk beş yılındadır ve yüksek evlilik uyumu en fazla 0-5 yıllık evli olan gebelerde saptanmıştır ($p<0,05$). Evliliğinin ilk beş yılında olanların uyumu, özellikle 6-10 yıldır (tüm boyutlarda) ve 16 yıl ve daha fazla süredir (tatmin hariç diğer boyutlarda) evli olan kadınlara göre anlamlı olarak yüksektir. Evliliğe uyum ve boşanmalar için ilk beş yılın kritik bir dönem olduğu hatırlanırsa, bu grupta yüksek evlilik uyumunun çıkmış olması örneklemdeki gebeler adına sevindiricidir. Bunun nedeni, bu gruptaki kadınların genç yaşta ve yeni evli olmaları nedeniyle çocuk sayılarının azlığı ve eşlerin birbirlerine daha fazla zaman ayırma olanakları ile ilişkili olabilir. Ayrıca, bu durum gebeliğin olumlu bir yansıması da olabilir. Evlilik yılı arttıkça uyumun azalması ise yaşam dönemlerindeki stresin artışına bağlanmıştır (Demiryay 2006). Bu bulgu, evlilik süresi arttıkça kişilerin ilişkilerindeki yıpranmaya bağlı evlilik uyumlarının olumsuz etkilendiğini göstermesi açısından önemlidir.

Örnekleme'deki gebelerin %34,2'si görücü usulü ile evlenmişlerdir. Bu oran Türkiye'de görücü usulüyle evlenenlerin oranından (%9,4) (TÜİK 2013) oldukça fazladır. Bu bulgu, Aydın için düşündürücüdür ve kadınların durumunu yansıtmaya açısından önemlidir. Evlenme şeklinin evlilik uyumunda önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Şendil ve Korkut 2008). Evlenmeye karar verme şeklinin eş uyumunu etkilediği, severek kendi isteğiyle evlenenlerin uyum puanlarının görücü usulü ile evlenenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çimen 2007, Cingisiz 2010, Güzel Ertop 2012). Ailelerin kararı doğrultusunda evlenmiş eşlerin, kendi kararları ile evlenmiş eşlere oranla daha fazla çatışma yaşadıkları da bulunmuştur (Hortaçsu 2007). Bu çalışmada da evlilik tipinin gebelerin evlilik uyumunda etkili olduğu bulunmuştur. Anlaşarak, isteyerek ya da kaçarak evlenen gebelerin evlilik uyum puanları (tüm boyutlarıyla birlikte), görücü usulü ile evlenen gebelere göre belirgin şekilde yüksek çıkmıştır ($p < 0.005$). Bu durum, gebelerin evlilik uyumu için olumlu ve istendik bir bulgudur, ancak görücü usulüyle evlenenlerin de az olmaması kadınlar adına üzücüdür. Bu bulgu, gebelerin ilk evliliklerinin olmasına, yarısından fazlasının isteyerek evlenmesine bağlı tanışma sürecinde birbirilerini daha yakından tanımalarına ve kendi özgür iradeleriyle evlenecekleri kişiye karar vermelerine bağlı olabilir. Diğer yandan görücü usulüyle evlenen gebelerin evlilik uyumlarını artırıcı yaklaşımlar önemli olacaktır.

Ülkemizdeki değerler sistemi içinde aile kurumuna halen yüksek önem verilmektedir (T.C. BASAGM 2010). Türkiye'de sosyokültürel yapının bir özelliği olarak aile döngüsü içerisinde akraba bağları ve akrabalık ilişkilerinin de önemli yeri bulunmaktadır. Bunun açık göstergelerinden birisi de aynı evde yaşayan kişilerin %13,5'ini üç kuşağı içeren geniş ailelerin oluşturmasıdır (TÜİK 2013). Olumsuz etkilerine rağmen, Türkiye'de akraba evliliği halen tercih edilmektedir (Fışıloğlu 2001). TÜİK'e göre akraba evliliği yapanların oranı %23,3'tür (TÜİK 2013). Türkiye'de Kadın Sağlığı Araştırması (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014)'na göre, akraba evliliği oranı %20,9'dur. Bu durum Ege bölgesinde %17,4'tür (TÜİK 2013). Bu çalışmada, eşiyile akrabalığı olan gebe oranı (%6.6)'nın (10 kadın) Ege Bölgesi (%17,4) ve Türkiye geneli (%20,9)'ne göre düşük olması olumludur. Örnekleme'deki kadınların önemli bir kısmı düşük eğitim düzeyine sahip olsa da, batı bölgesinde yaşama ile bu bölgede genelde eğitim düzeyinin yüksek olması ve kültürel farklılıklar bu oranın düşük olmasını açıklamaktadır. Günümüzde bu oranların, genç çiftlerin ebeveynleriyle birlikte yaşamaktan ziyade ayrı haneler oluşturma arzusu (özellikle de genç evli kadınların/erkeklerin kayınvalideleri ile birlikte yaşamayı reddetmesi ve

bunu evliliğin kuruluşu sırasında bir ön koşul olarak öne sürmesi) nedeniyle biraz daha azalması beklenmektedir (Yavuz ve Yüceşahin 2012). Türkiye'deki bireylerin çoğu ailede eşler arasında yaşanan sorunlara başkalarının müdahale etmesine karşı çıkarken, aynı zamanda aile büyüklerine saygı duymakta ve onların aile içinde sözlerinin dinlenmesi gerektiğini düşünmektedir (T.C. BASAGM 2010). Türkiye'de, halen tercih edilen akraba evliliği yapan grupların daha düşük evlilik uyumu ve aileyle daha fazla çatışma gösterdiği belirtilmiştir (Fışıloğlu 2001). Bu çalışmada da akrabalık ilişkisi evlilik uyumlarını azaltan bir faktör olarak saptanmıştır. Ancak aradaki farkın tatmin, birliktelik ve duygulanım düzeyinde olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Akrabalık ilişkisine paralel olarak eşler arasında çatışmalar görülebileceğinden, bu alanlarda uyumun azalması doğal ve beklendiği bir bulgudur.

Literatürde, kronik hastalık varlığında kadınların eşler arası uyumlarının etkilendiği ve evlilik uyumlarının düştüğü belirtilmektedir (Bulut 2007, Akdeniz 2012). Kronik hastalık varlığında, kadınların evlilik uyumu arttıkça daha çok etkili baş etme biçimi gösterdikleri de belirtilmektedir (Akdeniz 2012). Bu araştırma sonucunda da kronik hastalığı olan gebelerin, kronik hastalığı olmayanlara göre evlilik uyumları beklenen şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

4.2.2. Obstetrik Öykü ve Şimdiki Gebelikle İlgili Özelliklerin Eşler Arası Uyumuna Etkisinin Tartışılması

Literatürde, çocuğun eşler arasında sorunlara yol açmasının, çiftlerin önceden var olan iletişim sorunlarına bağlı olduğu ve bu sorunların çocuk yetiştirme konusuna da yansıdığı vurgulanmaktadır (Yaşar 2009). Genel olarak araştırmalar, çocuğun evlilik uyumunu olumsuz etkilediği (Fidanoğlu 2006, Ödemiş 2008, Yılmaz 2009, Güzel Ertop 2012) ya da etkilenmediği (Çınar 2008, Akbaş ve ark 2008) yönündedir. Çocuksuz evliliklerin, evlilik uyumu açısından daha yüksek olduğu (Ödemiş 2008), ayrıca ilişkiye daha bağlı, memnun, fikir birliği içinde oldukları ve duygularını daha açık ifade ettikleri belirtilmektedir. Benzer şekilde Yılmaz ve Öncel de (2009), çocuk sahibi olmayan eşlerin birbirleriyle daha fazla vakit geçirme ve karşılıklı ilgi ve sevginin başka yerlere yönelmemesinden dolayı evliliklerinde daha uyumlu olduklarını bulmuştur. Çocuk sahibi olmak eşlerin özgürlüklerini kısıtlamakla birlikte, rol paylaşımı ve sorumluluk alma konularında ailelerin yeni düzenlemeler yapmalarına neden olmaktadır. Buda evlilik uyumunu negatif yönde etkilemektedir (Twenge ve ark 2003, Demiray 2006). Bu

araştırmada da çocuğun evlilik uyumunu azalttığını bildiren çalışmalara paralel olarak çocuksuz gebelerin eş uyumlarının çocuğu olan gebelere göre daha yüksek olduğu ve gebelik ile çocuk sayısı arttıkça uyumun azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgu, bazı çalışmalara örtüşmektedir (Twenge ve ark 2003, Fidanoğlu 2006, Güzel Ertop 2012) Özellikle, ilk gebeliği olanların iki ve üzerinde gebeliği olanlara ve çocuğu olmayanların bir ve iki çocuğu olanlara göre en yüksek uyum puanına sahip oldukları görülmüştür ($p<0,005$). Kadınların çocuk sahibi olduklarında sorumlulukları artacağından, çocuk bakımı ve yetişmesinde birincil bir role sahip olması ve bunun da kadın üzerinde stres oluşturma olasılığı evlilik uyum puanını düşürmüş olabilir.

Her yıl yaklaşık olarak 42 milyon indüklenmiş abortus gerçekleştiği, bunun 22 milyonunun güvenli, 20 milyonunun ise güvensiz yöntemlerle gerçekleştiği ve güvenli olmayan abortusların büyük bir bölümünün özellikle gelişmemiş ülkelerde olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2010). Türkiye’de istemli düşük için başvurunun 1. nedeni başka çocuk istememedir. TNSA’ya göre kadınların 1/5’i kendiliğinden, %22’si de isteyerek düşük yapmaktadır (Tezcan ve ark 2009). Kadınların küretaj yaptırma sıklığı, doğurganlığın yüksek olduğu 20-35 yaş grubunda artmaktadır (Tezcan ve ark 2009). Son verilere göre, gebeliklerin %26,2’si en az bir spontan düşük ve %18,9’u da küretaj ile sonlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014). Bu araştırmaya alınan gebelerin de benzer oranlarda (%23,7) düşük/küretaj yaşadığı görülmüştür. Araştırma verileri, gebelerin gebelik ve doğumla ilgili özelliklerinin Türkiye ve Batı bölgesi için benzer olduğunu göstermekle birlikte, doğurganlık çağı ilerledikçe kadınların daha fazla doğum yapma olasılıklarına da işaret etmesi bakımından dikkate değerdir.

Düşük ve küretajların önemli bir nedeni istenmeyen gebeliklerdir. Ülkemizde kadınların %29,6’sının son gebeliklerini isteyerek planlamadıkları ve bunun isteyerek yapılan ve güvenli olmayan düşük oranlarını artırdığı bildirilmektedir (T.C. Başbakanlık 2014). Bu çalışmada da literatürle benzer şekilde gebeliklerin %26,3’ünün istemeden veya planlamadan olduğu görülmüştür. Kadınların sıkça karşılaştıkları ve güncelliğini halen koruyan bu sorunlar anne, bebek ve aile sağlığı yanında aile ve eş ilişkilerini de olumsuz etkilemektedir (Yekenkunrul ve Mete 2012). İsteyerek ve planlayarak gebe kalan kadınların çift uyumları, her boyutta yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Buna karşın, düşük/küretaj yaşayan kadınların evlilik uyumlarının da tatmin, birliktelik ve duygulanım boyutlarında olumsuz etkilendiği görülmüştür ($p<0,05$). Bulgular, hala önemli bir sorun olan istenmeyen gebelik ve düşük/küretaj sorununun sadece

fiziksel olarak değil, evliliği de olumsuz etkilediğini ve gebelerin bu yönden de değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu bulgulara ve literatüre paralel olarak parite ve gebelik sayısının da evlilik uyumunu her boyutta etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak, bebeğin cinsiyeti, bebek ölümü ve yaşayan çocuk sayısının evlilik uyumunu etkilemediği görülmüştür ($p>0,05$). Bulgular, kadının evlilik/eş uyumunda önem verdiği farklı değişkenlerin olabileceğini düşündürmektedir. Bunun yanında annelik, birçok toplumda yetişkin olarak bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak görülmekte ve kadınlar sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmaktadır. Eş, akran grubu ve aileden gelen baskılar da kadınların çocuk sahibi olma kararında etkileyici bir faktör olabilmektedir. Kadın istemese bile başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmekte, bu nedenle evliliğini arka plana atabilmektedir (Okanlı ve ark 2003, McLearn ve ark 2006, Tüzün 2006).

Gebelik, ebeveynlik rolüne atılan ilk adımdır (Murray ve McKinney 2014). Anne adayları gebelikte fiziksel ve psikososyal değişimler yaşarlar. Bu değişiklikler tüm aileyi etkiler. Gebelik, insan büyüme ve gelişmesinde gelişimsel, yaşam siklusu içinde de durumsal kriz olarak adlandırılır. Aile, bu tür krizlerle baş edebilmek için çeşitli arayışlara girer. Özellikle, bu dönemde kendisine ve doğacak bebeğine önem veren anne baba adayları prenatal bakım ve yardım alma çabası içinde olurlar. Anne baba adayları sağlık kuruluşlarından danışmanlık alma, kitap okuma, yazılı basını takip etme ve doğuma hazırlık sınıflarına katılma gibi çeşitli girişimlerde bulunurlar (Littleton ve Engebreston 2005). Ayan ve ark (2009)'ın doğuma hazırlık kurslarının gebeler üzerine etkisini incelediği çalışmalarında; kurs alan gebelerde kaygı ve depresyonun kurs almayanlara göre daha az olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda da doğum öncesi eğitim alan kadınların gebelik uyumları ile eşler arası iletişimlerinin olumlu etkilendiği belirtilmektedir (Şeker 2006, Serçekuş ve Okumuş 2009). Bu araştırma sonucunda da gebeliği süresince bilgi almayan kadınların çift uyum puanlarının bilgi alan kadınlara göre daha yüksek çıkması ($p<0,05$), beklenmeyen ve literatüre ters bir bulgu olmuştur. Bu durum, bilgi almayan kadın sayısının az (17 kadın) olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, bilgi alma kadının stresini de artırmış olabilir. Elde edilen bu bulgu, alınan bilgi kaynağı ve niteliğinin irdelenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Çünkü Aydın'da gebeler farklı kişi ve yerlerden bilgi almaktadırlar. Gebelikle ilgili bilgi hastanelerde kadın doğum hekimlerinden, ASM'de aile sağlığı hekimleri ve ebe/hemşireler tarafından verilmektedir. Ayrıca, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 2012'den itibaren doğuma hazırlık sınıfı eğitimleri de verilmektedir. Bu

merkezlerde gebelere verilen bilginin içeriği, veriliş şekli, sürekliliği ve gebelerin verilen bu bilgileri nasıl algıladığı son derece önemlidir. Bu nedenle gebelikte bilgi alma ve etkisinin vaka-kontrol gruplarında incelenmesi yararlı olabilir. Bu çalışmada alınan bilginin içeriği, yeri, kimin verdiği ve nasıl verildiği sorulmadığından, ayrıca irdelenmesi önemli olacaktır.

DÖB, özellikle de düzenli ve nitelikli DÖB alma, anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemlidir. Sağlık Bakanlığı normal sağlıklı gebelerin gebelik boyunca en az dört kez izlenmesini yeterli olarak değerlendirmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014). DÖB'nin hiç alınmaması anne ölümlerinin %25,5'inde, düşük kaliteli DÖB'de %23,6'sında etki edici faktör olarak tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005). Bu çalışmada düzenli DÖB alma, evlilik uyumunu artıran önemli bir değişken olarak saptanmış ($p < 0,05$), ancak gebelerin evlilik uyumları DÖB'yi nerede yaptırdıklarına göre farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Bu bulgu, tüm merkezlerde sunulan DÖB hizmetlerinin gözden geçirilmesine olan gereksinimi ortaya koymaktadır. Araştırmada hastanelere giden gebelerde uyumun düşük çıkması, bu merkezlere giden gebe sayısının fazla olması ve hastanelerdeki yoğunluğa bağlı daha çok tedavi hizmetlerine ağırlık verilmesi ile ilişkili olabilir. Araştırmanın yapıldığı bölgedeki hastanelerde DÖB, polikliniklerden ve hekimlerden alınmaktadır. Ayrıca, hastanelere ağırlıklı olarak bir sağlık sorunu nedeniyle gidildiğinden, uyumun düşük çıkma olasılığı daha fazla olabilir. Buralarda hizmet sunan sağlık personelinin bu durumu dikkate alması önemli olacaktır. Bununla birlikte, ASM'lerde DÖB alan gebelerin hastanelerde bakım alanlara göre evlilik uyum puanlarının yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bunun nedeni, ASM'lerde bakım alanların sayıca en az (13 gebe) bu grupta olması ve bu kişilerin aldıkları bakımdan memnuniyetleri olabilir. ASM'lere başvuran gebelerin sağlıklı olması, hemşire-ebe veya hekimin gebeye bakım, eğitim ve danışmanlık yapmak için daha fazla zaman ayırabilmesi, iletişimin daha iyi sağlanması ve sürekli aynı kişilerden bakım alma da memnuniyeti artıran faktörler olarak düşünülebilir. Araştırma bulgusu, gebelerin ASM'lerden yararlanması durumunda evlilik uyumlarının olumlu etkilenebileceğini ve buna yönelik planlamaların yapılması gerektiğini göstermesi açısından dikkate değerdir. Bu merkezlerde, ebe/hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık personeli gebelere gerekli bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetini sunarak DÖB'nin niteliğini artırabilirler. Ancak, ASM'lere başvuran gebe sayısının az olması, ASM'lerin sunduğu hizmetin irdelenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Ülkemizde ebeler, gebe ve lohusaları ev ziyaretiyle değerlendirmekle yükümlüdür. Nitelikli bir ev ziyareti ile gebenin fiziksel olduğu kadar

psikolojik yönünün de detaylıca değerlendirilmesi, sorunların erken dönemde belirlenerek önlenmesine ve dolayısıyla antenatal bakım kalitesinin artmasına imkân tanıyacaktır (Cesar ve ark 2008, Diego ve ark 2009). Şahin ve Kılıçarslan (2010), ebenin ev ziyareti sıklığı ile gebenin durumluk kaygı (anksiyete) düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Bu bağlamda ülkemizde 1. basamakta görev alan sağlık personelinin ev ziyaretine önem vermesi ve gebelere yönelik doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılması, doğuma yönelik kaygıları azaltıp normal doğumun teşvikini de artırabilecektir. Ayrıca sağlık personeli, gebelikte ruhsal sağlığın korunmasına yönelik gebenin sosyal destek ağının güçlenmesini de desteklemelidir (Gölbaşı ve ark 2007). Bunun için ebe ve hemşirelerin “*aile sağlığı elemanı*” olarak işlevselliğinin azaltıldığı ve yönetmeliklerle de sınırlandırıldığı görev ve yetkilerinin (T.C. Sağlık Bakanlığı TSHGM 2005, T.C. Resmi Gazete 2005, T.C. Resmi Gazete 2011, T.C. Resmi Gazete 2013) etik ve yasal açıdan yeniden düzenlenmesi ve yetkilendirilmesi son derece önemli ve gerekli bir zorunluluktur.

DÖB'nin temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini ve sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. TNSA 2008'e göre ülkemizde kadınların %15'inin hiç DÖB hizmeti almadığı belirtilmektedir (Akadlı Ergöçmen ve ark 2009). Bu oran Aydın İli için %11.3 olarak tespit edilmiştir (Beşer ve ark 2007). Aynı çalışmada yeterli DÖB alma oranı %26, farklı bir çalışmada da %33 (Ergin ve ark 2010) olarak belirtilmektedir. DÖB alma oranlarını; eğitim, meslek ve yerleşim yeri gibi sosyokültürel farklılıkların yakından etkilediği de belirtilmektedir (Beşer ve ark 2007, Ergin ve ark 2010). Bunun yanında, eşin DÖB sürecinde yer alması çiftlerin bağlılıklarını artırmaktadır (Charlan ve ark 2000). Ayrıca, doğuma hazırlık eğitimi alma kaygı ve depresyonu azaltarak (Ayan ve ark 2009) gebelik uyumu ile eşler arası iletişimi olumlu etkilemektedir (Serçekuş ve Okumuş 2009, Şeker 2006). Bu çalışmada da eşlerin düzenli olarak doğum öncesi kontrollere gelmesi, evlilik uyumunu ileri düzeyde artırmıştır ($p=0,000$). Özellikle, eşleri bazen kontrole gelen ve her zaman kendi isteği ile gelen kadınların hiç gelmeyenlere göre tüm ÇUÖ ve kadın istediği için eşi kontrole gelenlerin hiç gelmeyenlere göre fikir birliği, duygulanım ve genel ölçek puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,000$). Bu bulgu, her ne şekilde olursa olsun eşlerin DÖB'ye katılımlarının kadının evlilik uyumunu artıran önemli bir faktör olduğunu ve bu anlamda eş desteğinin önemini açıkça ortaya koymaktadır. Ya da tersi yönden düşünülürse, eş uyumları iyi olan eşlerin DÖB'ye daha fazla katıldıkları söylenebilir. Örneğin; kontraseptif hizmetlere eş katılımında en önemli faktörün kontraseptif kullanımından çok eş ilişkisinin önemli olduğunun bulunması (Kavanaugh ve ark 2012) ya da AP yöntemine

birlikte karar veren eşlerin kontraseptif uyumları, memnuniyetleri ve cinsel yaşamlarının olumlu etkilenmesi ve bu kadınların daha az CD yaşamaları (ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014) buna bir dayanak olabilir.

Gebelerin yaşadıkları fiziksel sorunların emosyonel durumlarıyla yakından ilgili olduğu saptanmıştır (Van der Akker 2012). Gebeliğe karşı olumsuz duygular taşıyan kadınlarda baş ağrısı, bulantı-kusma, emosyonel gerilim gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır (Sunal ve Demiryay 2009, Van der Akker 2012, Yekenkurnıl ve Mete 2012). Gebelikte sık görülen bu problemler, sağlık personeli tarafından minör rahatsızlık olarak ele alınırken, gebe kadın tarafından majör rahatsızlık olarak algılanabilmektedir (Sunal ve Demiryay 2009). Bir çalışmada gebe kadınların %35'inin kendini karamsar ve kötü hissettiği, %28,9'unun ise kendini yalnız hissettiği belirtilmektedir. Gebeliği isteme durumu da gebelikteki yakınmaları etkilemektedir (Sunal ve Demiryay 2009). Bir başka çalışmada gebelikteki ruhsal sorunların 2 ve özellikle 3. trimesterde arttığına saptanması ve gebelikte ruhsal sıkıntısı olduğunu belirten kadınların %75.6'sının sorunlarının doğum sonrasında da devam ettiğinin bildirilmesi (Akdolun Balkaya ve ark 2014), gebelikteki yakınmaların önemini göstermesi açısından önemlidir. Diğer yandan, eşle ilişkide yaşanan sorunlar gebelikte önemli bir stres kaynağı olabilir. Eşle ilişki ve evlilik uyumunda yaşanan sorunlar gebelikte bulantı-kusmaya neden olabilmektedir (Van der Akker 2012, Yekenkurnıl ve Mete 2012,). Gebelikte bulantı-kusmanın, gebe kadınların eşleriyle olan ilişkilerindeki hoşnutsuzluğun bir belirtisi olduğu ileri sürülmekte ve kadının kusma yoluyla evliliği hakkındaki negatif hisleri belirsizce ifade ettiği iddia edilmektedir (Beydağ ve Mete 2008). Hiperemezisli gebelerde yapılan bir çalışmada, bu tanıyı alan gebelerin evlilik uyumlarının gebelikte bulantı-kusması olmayan gebelerden önemli oranda daha düşük olduğu saptanmıştır (Taşçı 2004). Yekenkurnıl ve Mete (2012)'nin gebelerde yaptığı çalışmada, katılımcıların %83'ünün gebeliği sırasında bulantı-kusma sorunu yaşadığı bulunmuştur. Bu çalışmada ise gebeler genel olarak en fazla 1. (%42.8) trimesterde sorun yaşamışlardır. Bunu 2. (%16.4) ve 3. (%6.4) trimesterdeki sorunlar izlemiştir. Üçüncü trimesterde en az oranda sorun yaşanması, gebelerin nisbeten daha erken gebelik haftalarında olmaları ile açıklanabilir. İlk trimesterde %95.4 oranında yaşanan fiziksel sorunlardan bulantı-kusma (%63,2) ve düşük tehlikesi (%17.2) beklendiği gibi en fazla yaşanırken, 2. trimesterde tüm fiziksel sorunların biraz azaldığı (%72), ruhsal sorunların biraz arttığı (%28) ve son trimesterdeki yedi gebenin tamamının ruhsal sorun bildirdiği görülmüştür. Bu bulgu, Akdolun Balkaya ve ark (2014)'in bulguları ile

paralellik göstermektedir. Araştırma verileri, gebelikte herhangi bir sorun yaşayan kadınların sorun yaşamayanlara göre her boyutta daha düşük evlilik uyumu gösterdiklerini ($p<0.005$) ortaya koymuştur. Ayrıca, 1. trimesterde sorun yaşayan kadınların duygulanım dışında ve 2. trimesterde sorun yaşayan kadınların sorun yaşamayan kadınlara göre tatmin ve duygulanım dışındaki boyutlarda daha düşük evlilik uyum puanına sahip olduklarını göstermiştir ($p<0.005$). İlk trimesterde ruhsal sorun yaşayan kadın sayısı az olmakla birlikte (dört kadın), en düşük evlilik uyum puanının bunlarda saptanması dikkate değerdir. Bu durum, ambivalan duygularla ilişkili olabilir. Bunların dışında, bulantı-kusma şikayeti bildiren kadınların hiçbir sorun bildirmeyen kadınlara göre fikir birliği ve ÇUÖ puanları da oldukça düşüktür ve Yekenkunrıl ve Mete (2012) ile benzerlik göstermektedir (2012). Bulgular, gebelikteki fiziksel ve ruhsal sorunların evlilik uyumu ile ilişkisini göstermesi bakımından önemlidir ve izlemlerde bu sorunların ele alınmasının önemine işaret etmektedir. Ayrıca, farklı özellikteki gebeler ile bölge/kültürlerde irdelenmesini de gerektirmektedir.

Kadınların antenatal dönemde, gebelikteki değişimler ve bunların evlilik ve aile yaşamında yapacağı değişimler ile doğum sonu eşten yeterli destek alamamaya neden olacağı konusunda endişe ve korku duydukları bildirilmektedir (Kitapçioğlu ve ark 2008). Bu endişe ve korkular için gebelerin en çok eşlerden destek aldıkları saptanmıştır (Kitapçioğlu ve ark 2008). Ayrıca, gebenin eşi ve yakınlarının gebeliği öğrenince sevinmeme durumu ile sosyal destek azlığı, gebelerin depresyon puanını da artırmaktadır (Şahin ve Kılıçarslan 2010). Bu örnekleme oluşturan gebeler de, gebe olduklarını öğrendikleri zaman %38,8 oranında ambivalan duygular hissetmişlerdir. Kalan %38,2'sinin olumlu duygular hissetmesi ve çok azının (%18.4) olumsuz duygular yaşamaları, olumlu olarak değerlendirilebilir. Gebeliğin ilerlemesiyle birlikte ambivalan duyguların ortadan kalkması ve olumlu duyguların artması (%59.2), gebeliğe uyumun önemli oranda sağlandığını göstermektedir. Buna karşın, %40 oranda hala olumsuz duyguların varlığı önemlidir ve bunun nedenlerinin irdelenmesini gerektirir. Bu durumun çeşitli sebepleri olabilir. Gebeliği ve anneliği normal olarak algılayan kadınların adaptasyonu daha iyi olmaktadır (Rosemarry ve Kelly 2001). Gebelerin istenmeyen/planlanmayan gebelikleri, ayrıca gebelerin yaşadığı bebek sağlığı, doğum korkusu ve zor doğum gibi endişeleri (Van der Akker 2012, Akdolun Balkaya ve ark 2014, Murray ve McKinney 2014) bunun bir nedeni olabilir. Bunların dışında evlilik uyumu ile de ilişkili olabilir (Fidanoğlu 2007). Duyguların evlilik uyumu ile ilişkisi değerlendirildiğinde; gebeliği ilk öğrendiğinde olumlu duygular hisseden gebelerin

olumsuz ve ambivalan duygular hisseden gebelere göre ($p=0,000$), yine gebelikle ilgili halen olumlu duygular hissedenlerin olumsuz duygular hissedenlere göre evlilik uyumları her boyutta yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Buna karşın, gebelikle ilgili endişe, kaygı yaşayanlar endişe ve kaygısı olmayanlara göre tüm alt ölçek ve genel evlilik uyumunda daha düşük puan almışlardır ($p<0.001$). Bu bağlamda gebeliğe psikolojik olarak hazır oluşluk ve duygusal açıdan gebelerin desteklenmesi, endişe ve kaygılarını azaltarak olumlu duygular hissetmelerine ve gebeliğe uyum yapmalarına (Van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014), doğal olarak ta evlilik uyumlarına olumlu katkı sağlayabilir. Bu bulgulara paralel olarak, çalışmada gebelerin doğum ve bebek sağlığı ile ilgili endişelere de sahip oldukları, %46.1 oranında sezaryen doğum yapmak istedikleri, ancak belirledikleri doğum şeklinin eşler arası uyumda etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Gebelerde fiziksel ve emosyonel yakınmalar ile doğuma yönelik korku ve endişelerin 3. trimesterde arttığı belirtilmektedir (Sunal ve Demiryay 2009, Akdolun Balkaya ve ark 2014). Bu araştırmada, gebeliğin evlilik uyumunu etkilemekle birlikte, gebelik dönemlerine göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, hangi gebelik döneminde karşılaşırsa karşılaşılsın, kadınların evlilik uyumları yönünden değerlendirilmesinin önemli olduğuna işaret etmektedir.

4.2.3. Sosyal Destek Özelliklerinin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Tartışılması

Sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir (Ardahan 2006, Van der Akker 2012). Kadının sosyal çevresinden aldığı desteği sayesinde gebeliğini daha olumlu geçirdiği, annelik rolünü daha çabuk kazandığı ve doğum sonrası daha az sorun yaşadığı belirtilmiştir (Okanlı ve ark 2003, Leveno ve Cunningham 2004, Van der Akker 2012, Murray ve McKinney 2014). Sosyal desteğin güçlendirilmesi, annenin stres düzeyini azaltarak anne ve bebekte oluşabilecek komplikasyonları önler (Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Sosyal destek gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır (Leveno ve Cunningham 2004). Destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkileyebilir (Leveno ve Cunningham 2004, Van der Akker 2012, ACOG 2014, Murray ve McKinney 2014). Gebelik kadın için karmaşık, sosyolojik ve psikolojik bir süreçtir. Bu karmaşık sürece uyumu ve baş etmeyi etkileyen önemli faktörlerden biri, kadının gebelikte sosyal destek alma durumudur (Maciocia 2011). Yaşam süreci boyunca destek aile üyeleri, arkadaş, komşu, çalışma arkadaşları ve akrabalarından alınarak gelişir. İhtiyaç olduğunda, ebe/hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından da destek alınabilir (Van der Akker 2012). Ancak, en önemli destek eştir. Örneğin; eşin ilgisinin az olmasının, PPD oranını 2.73 kat artırdığı bulunmuştur (Nur ve ark 2004). PPD gelişimini etkileyebilen psikolojik faktörler arasında evlilik ilişkisinin zayıf olması, evlilik stresi, yetersiz eş desteği, eş ve eşin ailesi ile ilişki sorunları da yer almaktadır (Josefsson ve ark 2002, Tüzün 2006, Yağmur ve Ulukoca 2010, Maciocia 2011). Aynı zamanda Işık ve Bilgili (2010), PPD belirtilerini fark etmede ilk sırada eşi (%88.4), ikinci sırada aile üyeleri ve arkadaşları (%57), üçüncü sırada da sağlık ocağında görevli ebe ve hemşireleri (%28.8) bulmuştur. Rutin ev ziyaretleri ile sağlanacak sosyal desteğin (Glavin ve ark 2010) PPD görülme oranını azaltmada (Horowitz ve ark 2013) etkili olması, sosyal desteğin gerekliliği için önemli bir gösterge olarak kabul edilebilir. Bu çalışmada da gebelerin %85.5'inin sosyal desteğinin olması, sosyal desteğin büyük oranda (%80) eş ve kendi annesinden (%60.8) sağlanması, eşlerin en çok manevi/duygusal destek sağlaması (%51) ve eşten alınan desteğin iyi olarak bildirilmesi (%57,7), literatür bilgilerini destekler bulgulardır ve gebeler için olumludur. Çünkü, gebeler 1. sırada eşlerinden (%93,4), sonra kendi ailesinden (%40.1) destek almak istemekte ve en çok manevi/duygusal (%34,9), çocuk bakımı (%21.7) ve ev işleri (%19.1) konusunda destek beklemektedirler. Örnekleme alınan kadınların çekirdek aile

özelliğinde olmaları nedeniyle bu gibi destekleri beklmeleri olağandır ve kültürel değerlerimizle paraleldir. Gebelik dönemi, hangi kültürde olursa olsun getirdiği hormonal ve duygusal değişimlerle birlikte sosyal desteğin en fazla alınmak istediği dönemlerden biridir. Bu nedenle duygusal ve eş desteğinin önemi tartışılmazdır ve araştırma bulguları bunu açıkça ortaya koymaktadır.

Bu bulguların aksine gebelerin en az oranda hekim (%15,8) ve ebe/hemşire (%13,2)'den destek almak istemesi oldukça düşündürücüdür ve sağlık personeli tarafından verilen desteğe ilişkin endişe yaratmaktadır. Bu günümüzde değişen aile hekimliği ve performans sisteminin getirdiği olumsuzlukların bir yansıması olarak ta değerlendirilmelidir. Çünkü bu sistemde hekim iş merkezli olarak çalışmaktadır ve ebe/hemşire de aile sağlığı elemanı olarak görevi olan gebe bakımından uzaklaştırılmıştır. Oysa ülkemizde, ruh sağlığı hizmetlerinin toplum bazında sağlığı geliştirici ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini kapsamaları ve sağlık personelinin ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmesi hedeflenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011). Gebeliğin getirdiği sorumluluk ve evlilik ilişkilerindeki değişmelerin gebe ve ailesi için ekstra bir yük ve stres oluşturduğu dikkate alınır (Koç 2005, Kılıçarslan 2008), bu dönemdeki sağlığın iyileştirilmesinde sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir (Shaw ve Kaczorowski 2007). Annelere verilecek eğitimlerin gebeliğin özellikle son trimesterinden başlanarak, postnatal ev ziyaretleri ya da telefonla danışmanlık hizmetleri ile sürdürülmesi eğitimin etkinliğini artırabilmektedir (Aston 2002, Weiss ve ark 2006). Prenatal ve postpartum dönemdeki taramalarda kadınların ruhsal durumları da değerlendirilmeli, depresyon riski taşıyan kadınlar bakım yönünden desteklenmeli ve takip edilmelidir (Hayes 2010). Özellikle sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergede, ASM'lerde doğum öncesi dönemde annelerin psikososyal açıdan değerlendirilmesi ve ailenin desteklenmesi gerekli olduğu durumlarda eğitim, danışmanlık ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesi gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010). Aynı yönergede ebe ve hemşirelerin koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde görev almakla yükümlü oldukları da belirtilmiştir. Ülkemizde de 1. ve 2. basamakta başlatılan doğum öncesi hazırlık eğitimleri bu hizmetler için önemli bir fırsat olabilir.

Gebelik ve evlilik, stres verici yaşam olaylarının içinde ilk sırada yer almaktadır (Bayık ve ark 2006). Sosyal destek sistemlerinin, stresi azaltmada en etkili stresle baş etme yöntemlerinden biri olduğu bilinmektedir (Benzur ve ark 2005). Evlilik bireylerin yaşam kalitesi,

iyi oluş düzeyleri ve yaşam doyumları gibi pek çok alanı etkilemektedir (Scheidler 2008). Evlilik ve sosyal destek, bireylerin genel sağlık durumunu iyileştiren ve yaşamlarından doyum almalarını destekleyen sosyal bir kurumdur (Hayward ve Zhang 2006). Algılanan eş desteği, evlilik doyumunu yordamada 1. sırada yer almaktadır (Çağ ve Yıldırım 2013).

Çalışmaların büyük bir kısmı gebelik sırasında sosyal destek ile depresyon ve bulantı-kusma arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılmıştır. (Ryan ve ark 2005, Lancaster ve ark 2010, Özdemir ve ark 2010, Yekenkunnıl ve Mete 2012). Gebelik dönemindeki en önemli sosyal destek, yeterli eş desteğidir. Özellikle bulantı-kusması olan gebeler, bu dönemde sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duymakta ve bu desteğin en önemli kaynağını eşler oluşturmaktadır. Eşi anne izlemektedir (Chou ve ark 2006). Desteklendiğini hissedenden gebe kadının yaşamı olumlu yönde etkilenirken, desteğin yetersiz olması gebelikteki emosyonel değişiklikleri, anksiyete ve depresyonu artırır. Eşler, erişkin dönemde en güçlü sosyal destek kaynağıdır ve gebelikte kaygı yatıştırıcıda da en güçlü kaynak eşin gebeliğe olumlu bakışıdır (Şahin ve Kılıçarslan 2010).

Bu araştırmada da kadınların gebelikleri sırasında algıladıkları sosyal destek ve eş desteği ile ilgili özelliklerinin ÇUÖ ve alt ölçeklerini önemli düzeyde etkilediği görülmüştür ($p<0.005$). Sosyal desteğin varlığı, evlilik uyumunu birliktelik dışındaki diğer tüm boyutlarda etkilemektedir ($p<0,005$). Eş desteğinin varlığı ise evlilik uyumunu her anlamda etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmıştır ($p=0,000$). Çiftlerden erkeklerin ev içi görevleri yerine getirdiklerinde daha yüksek düzeyde evlilik uyumu gösterdikleri belirtilmektedir (McGovern ve Meyers 2002). Bu çalışmanın bulguları da, eşten alınan destek türünün evlilik uyumunda etkili olduğunu ortaya koymuştur ($p<0.005$). Eşlerinden ev işleri ve çocuk bakımı konusunda destek alan kadınların eşler arası fikir birliği ile evlilik uyum puanları, manevi/duygusal destek alanlardan daha fazladır ($p=0,005$). Ayrıca, eşlerinden her konuda destek alanların tüm boyuttaki evlilik uyumları, manevi/duygusal destek alanlara göre daha yüksektir ($p=0,000$). Araştırma bulguları, evliliğin gereği olarak eşlerden beklenen rol ve sorumlulukların yerine getirilmesinin, kadınların evliliğe ilişkin algı ve memnuniyetlerine olumlu etkisini destekler özelliktedir. Ancak, eşlerden alınan manevi/duygusal desteğin evlilik uyum puanlarını artırmaması ve en düşük evlilik uyum puanının bu grupta olması, eşlerin verdiği manevi/duygusal desteğin irdelenmesine ve bu konuda eşlerin karşılıklı paylaşımlarını sağlayacak fırsatların yaratılmasına olan gereksinimi göstermektedir. Ayrıca, gebelikte verilecek manevi/duygusal desteğin içeriği ve nasıl sağlanacağı konusunda

eşlerin desteklenmeleri gerektiğini de düşündürmektedir. Bu anlamda doğuma hazırlık sınıfları önemli bir fırsat olarak düşünülmelidir ve bunun 1. basamakta da yaygınlaştırılması son derece önemli ve zorunlu bir ihtiyaçtır.

Evlilikte sağlanan uyum, kişilerin psikolojilerini olumlu etkiler (Fidanoğlu 2007). Çocuk bakımını ‘*eşimle birlikte üstleniyorum*’ diyenlerin evlilik uyumlarının, ‘*tek başıma üstleniyorum*’ ve ‘*eşim üstleniyor*’ diyenlere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yeşiltepe 2011). Hamed (2009), eşlerin aldığı sosyal desteğin evliliğin niteliğini olumlu yönde etkilediği ve eşlerin psikolojik problemlerini azalttığını belirtmektedir. Bu çalışmadaki gebelerin %36.5’i eş desteğini orta, %57,7’si iyi ve altısı da kötü olarak değerlendirmiştir. Araştırma verileri, kadınların eş desteği algısı iyileştikçe evlilik uyum puanlarının arttığını ortaya koymuştur ($p<0,05$). Eş desteğini çok iyi olarak değerlendiren gebelerin her boyuttaki evlilik uyumları, bu desteği iyi, orta ve kötü olarak gören gebelerden çok daha iyidir. Ayrıca, eş desteğini iyi olarak nitelendirenler kötü olarak nitelendirenlere göre evliliklerinden daha fazla tatmin olmakta ve daha iyi duygulara sahip olmaktadır ($p<0.005$). Bulgular, gebelikteki eş desteğinin evlilik uyumu açısından önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

4.2.4. Evlilik ve Eş İlişkilerinin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Tartışılması

Kadının özelde aile, genelde ise toplum içinde sahip olduğu yer bakımından önemi tartışılmazdır (Atış 2010). Kadın, toplum içerisinde bir birey olmanın yanında evde anne olma, eş olma ve ev kadını olma gibi sorumluluk gerektiren oldukça zor görevlere sahiptir. Aile bireyleri için “*anne*”, aileyi bir arada tutan kişidir (T.C. BASAGM 2011). Diğer yandan toplumda cinsiyetçi rol dağılımı da, kadına benzer rol ve sorumluluklar yüklemektedir (Timur Ege ve Bakış 2006, Günay ve Bener 2011). Kadınlar baba evinde söz sahibi olamadığı gibi, evlendikten sonra da aile içi kararlarda etkili olamamaktadır (Çimen 2012). Ülkemizde, kadınların %17.2’si ailede kararları erkeklerin alması gerektiğini, %41’i de eşi ile aynı fikirde değilse kadının tartışmaması gerektiğini düşünmektedir. Ayrıca, beş kadından biri ailesi veya eşi izin vermediği için çalışmamakta ve kadınların %52’sinin evlilik kararı ailesi tarafından alınmaktadır. Buna karşın, eğitim düzeyi yükseldikçe aile içi kararları erkeklerin alması gerektiği düşüncesi azalmaktadır (Yüksel ve ark 2009). Bu çalışmada gebelerin yaklaşık %70’i aile içi kararları birlikte alırken, %23,3’ü eşler tarafından alınmaktadır. Ülkemizdeki boşanmaların en önemli sebebi aile içi geçimsizliktir (TÜİK 2013). Kadının aile içi kararlara katılamaması geçimsizliklerin önemli bir

sebebidir. Ayrıca, kadın ailede karar mekanizmalarına katılmadığı zaman aile içerisinde çatışma, rekabet, huzursuzluk ve şiddet açığa çıkacaktır (Çimen 2012). Oysaki İlişkide güç dengesi sağlanırsa ilişki gelişerek devam edecektir (Yılmazçoban 2011). Bu araştırmada da aile içinde kararları eşi ile birlikte alan gebelerin tüm alt boyut puanları ile ÇUÖ puanlarının, kararları yalnızca eşi alan gebelere göre yüksek çıkması önemlidir. Türkiye geneline göre Batı'da (TÜİK 2013) ve bu araştırmada kadınların aile içinde daha fazla söz sahibi olmaları kadınlar adına sevindiricidir. Bu da gebelikte evlilik uyumu açısından anlamlıdır. Ancak, bu durum bölgesel ve kültürel farklılık gösterebilir. Kadının aile içi kararlara katılmasına paralel olarak, örnekleme oluşturan gebelerin 1/4'ünden azının (%23) evlilik problemini dile getirmesi, yarıdan fazlasının (%56,6) evlilik durumu/algısını “iyi” ve %40.8'inin “orta” olarak nitelendirmesi önemlidir. Çalışma sonucunda, evliliği ile ilgili sorun olmadığını belirten gebelerin tüm alt boyut ve genel evlilik uyumu puan ortalamaları yüksek saptanmıştır (p=0,000). Ayrıca, çalışmada gebelerin evlilik durumları/algıları iyi ise eşler arası uyum ve alt ölçek puanlarının arttığı, evlilik durumları/algıları kötü ise uyumlarının azaldığı bulunmuştur (p=0,000). Özellikle, eşi ile genel olarak ilişkisini çok iyi olarak nitelendiren gebelerin iyi ve orta olarak belirten gebelere ve iyi olarak belirtenlerin orta olarak belirten gebelere göre uyumları daha fazladır (p=0,000). Bulgular, kadınların evliliklerinde söz sahibi olabilmelerinin evlilik algıları üzerinde olumlu etki yarattığına işaret etmektedir.

Evlilik uyumunun, eşlerin bedensel ve ruhsal sağlıkları üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (Eroğan 2007). Eşler arası anlaşmazlıklarda depresyona giren ve psikoloğa ilk başvuranlar çoğunlukla kadınlardır. Geçimsizlik yüzünden depresyona giren erkek sayısı çok azdır (Çankırlı 2011). Evlilik sorunları yaşayan çiftlerin desteklenmeye ihtiyacı olduğu açıktır. Bu nedenle evlilik uyumunun artırılması, olumsuz sonuçlar yaşanmadan ilişkinin sürmesine ve geliştirilmesine katkı sağlayabilir (Ersanlı ve Kalkan 2008). Bunun için de evli bireylerin evlilik psikolojisi danışmanlık hizmetlerinden yararlanmasının önemli olduğu söylenebilir. Sardoğan ve Karahan (2005)'in araştırmalarında elde edilen bulgular, İnsan İlişkileri Beceri Eğitimi Programı'nın evli bireylerin evlilik uyum düzeylerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Sosyal destek sistemi ebeveynlere gereksinim duydukları noktada yardımcı olmakta ve stresli durumlarda kişilerarası ilişkileri sağlayarak stresin birey üzerindeki etkisini hafifletmektedir (Kaner 2010). Yapılan bu araştırmanın sonucunda; eşinin kendisine yaklaşımının

genel olarak “olumlu” olduğunu belirten gebelerin tüm alt boyut puanları ile ÇUÖ puanları “bazen olumlu, bazen olumsuz” ve “olumsuz” olarak belirten gebelerinkinden yüksek bulunmuştur (p=0,000). Bu araştırmadaki gebeler, eşleriyle olan ilişkilerini genelde iyi (%57.2) ve orta (%39.5), yaklaşımlarını ise bazen olumlu, bazen olumsuz (%50.7) ve olumlu (%30.8) olarak değerlendirmişlerdir. Evlilik uyumunun önemli değişkenlerinden biri olan eş ilişkisinin uyumda önemli bir yeri olduğu, eşi ile ilişkisi olumlu yönde arttıkça evlilikte uyumun artacağı söylenmektedir (Yekenkunrul ve Mete 2012). Bu çalışmada da eş ilişkisi ve yaklaşımının, eşler arası uyumu her boyutuyla ve ileri anlamlılık düzeyinde etkilediği saptanmıştır (p=0,000). Post Hoc analizlerde, eşi ile ilişkisi genel olarak çok iyi olan gebelerin iyi ve orta olanlara ve iyi olanların orta olanlara göre daha yüksek evlilik uyumlarına sahip oldukları bulunmuştur (p=0,000). Ayrıca, eşinin kendisine karşı yaklaşımını olumlu değerlendiren gebelerin bazen olumlu, bazen olumsuz olarak değerlendirenlerden ve eşinin davranışlarını bazen olumlu, bazen olumsuz olarak nitelendirenlerin de olumsuz olarak belirten gebelerden daha iyi evlilik uyumu gösterdikleri bulunmuştur (p=0,000). Bulgular, eşler arası uyum için gebelikte sağlanacak eş desteğinin önemine dikkat çekmektedir.

4.2.5. Gebelerin, Gebeliğin Evlilik, Eş İlişkisi ve Yaklaşımına Etkisine Yönelik Düşüncelerinin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Tartışılması

Ülkemizde Yaşam Memnuniyeti Araştırması'nın sonuçlarına göre; evli bireylerin %63,9'u mutluysen, evli olmayan bireylerde bu oran %52,9'dur. Ayrıca, kendilerini en çok ailelerinin mutlu ettiğini ifade edenlerin oranı %69,6'dır (TÜİK 2012). Kadınlar nüfusun %49,8'ini oluşturmakta ve kadın nüfusunun da %71'i doğurganlık dönemi içinde bulunmaktadır (TÜİK 2013, T.C. Başbakanlık 2014). Bu açıdan, toplumun yarısını oluşturan kadınların sağlığı ve mutluluğu aile ve toplum için önemlidir. Kadın ve eşi için önemli olan gebelik fizyolojik ve stresli bir olgu olması nedeniyle, aile yaşamında birtakım önemli değişimleri de beraberinde getirir. Çiftlerin, gebeliğin getirdiği biyopsikososyal değişimlere uyum yapmaları için gebeliğin istenmesi, planlaması ve hazırlanmaları gerekir. Aynı zamanda, sosyal ve profesyonel destek de gerekir. Böylece hem gebeliğe, hem de gebeliğin evlilik ve aile süreçlerinde yatacağı değişimlere uyum kolaylaşır ve gebelik kriz durumu olarak yaşanmaz (Kaner 2010, Şahin ve Kılıçarslan 2010). Çiftlerin gebelik olgusuna hazır olmaları ve desteklenmeleri durumunda anksiyete, depresyon, aile içi problemler ile aile içi ve eş şiddetinin azaldığı, evlilik uyumları ile DÖB'den

yararlanma oranının arttığı ve benzeri olumlu sonuçlara neden olduğu görülmektedir (Van der Akker 2012). Ayrıca gebeliğin eş ilişkilerini olumlu etkilediği, eş yaklaşımlarının olumlu olduğu ve eşten alınan desteğin arttığı da belirtilmektedir (Yekenkunrıl ve Mete 2012). Diğer yandan, bir çalışmada gebeliğin eşle ilişkiyi %62 oranında etkilemediği, %36,5 oranında olumlu etkilediği ve %1,5 oranında da olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Yekenkunrıl ve Mete 2012). Bu araştırmadaki gebeler, Yekenkunrıl ve Mete'nin aksine gebelik nedeniyle evliliklerinin daha çok olumsuz (%42.8), daha az olumlu (%23) etkilendiğini, %34.2 oranında da etkilenmediğini belirtmişlerdir. Gebelik nedeniyle evliliklerin daha çok olumsuz etkilenmesi, kadınların gebeliğe hazır oluşluk durumlarına ilişkin kuşku uyandırmaktadır. Gebelik nedeniyle evliliğin az oranda da olsa olumlu etkilenmesi önemlidir, ancak olumsuz etkilenenlerin fazla olması kadınların algılarının daha ayrıntılı olarak irdelenmesi gerektiğini göstermektedir. Bu durum, kötü evlilik uyumlarına da bağlı olabilir ve evliliğin mi, yoksa gebeliğin mi daha etkili olduğu için izlemsel çalışmalar gereklidir. Gebeliğin evlilik uyumuna etkisiyle ilgili gebelerin düşünceleri incelendiğinde, gebeliğin evliliklerini etkilemediğini belirten gebelerin olumsuz etkilediğini belirten gebelere ve olumlu etkilediğini belirtenlerin etkilemediğini ve olumsuz etkilediğini belirtenlere göre evlilik uyumlarının her düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,000$). Bulgular, gebeliğin evlilik uyumuna etkisi olumsuz olan gebelerin izlenmesi ve desteklenmesine olan gereksinimi ortaya koymaktadır.

Çalışmada, Yekenkunrıl ve Mete (2012)'den farklı olarak gebeliğin eş ilişkisini de olumsuz (%52) etkilediği bulunmuştur. Bunun nedeni, Yekenkunrıl ve Mete'nin farklı bölgede ve farklı bir ölçekle çalışmaları ile açıklanabilir. Bu çalışmada, gebelikler her ne kadar istenmiş/planlanmış olsa da, gerek kadınların gerekse eşlerin hazır oluşluklarının irdelenmesi önemli olacaktır. Gebelerde evlilik uyumuna ilişkin kısıtlı çalışma olması, verilerin karşılaştırılmasında sınırlılıklara neden olmaktadır. Bu nedenle, gebelere yönelik çalışmalara gereksinim vardır. Eş yaklaşımı konusunda elde edilen bulgular, eş ilişkisine göre daha olumlu olmakla beraber, örneklemdaki gebelerin birbirine yakın oranlarda hem olumsuz (%42.8) hem de olumlu (%40.1) yaklaşım olduğunu bildirmesi önemlidir. Bu bulgu kadınların genel eş yaklaşım oranlarına da benzer düzeydedir. Bulgular, gebelik öncesinden gebelik sonuna kadar düzenli olarak gerek eş iletişimi, gerekse eş yaklaşımının önemi konusunda çiftlerin birlikte ele alınmaları gerektiğini göstermektedir. Gebelikte eş ilişkisi ve eş yaklaşımlarının evlilik uyumlarına etkisi değerlendirildiğinde, gebelik nedeniyle eş ilişkisi olumsuz etkilenen gebelerin

en düşük, olumlu etkilenenlerin ise en yüksek evlilik uyumuna sahip oldukları görülmüştür (*Etkilemedi diyenler olumsuz etkiledi diyenlere ve olumlu etkiledi diyenler hiç etkilemedi - olumsuz etkiledi diyenlere göre yüksek evlilik uyumuna sahiptir*) ($p=0,000$). Eş yaklaşımı konusunda da bulgular benzerdir. *Gebelik eş yaklaşımını etkilemedi* diyenlerin *olumsuz etkiledi* diyenlere ve *olumlu etkiledi* diyenlerin *olumsuz etkiledi* diyenlere göre evlilik uyumları her düzeyde yüksektir ($p=0,000$). Ayrıca *olumlu etkiledi* diyen gebelerin evlilik tatminleri, *hiç etkilemedi* diyen kadınlardan yüksektir ($p<0.005$). Araştırma bulgusu, ister gebelikte ister gebelik dışında eş ilişkisi ve yaklaşımını olumsuz bulan gebelerin evlilik uyumları yönünden desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu anlamda, gebe sınıfları ve bu sınıflara eşlerin katılımının sağlanması önemli bir rehber ve destek olabilir.

4.2.6. Eşler Arası Uyumu En Fazla Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Evlilik uyumunu etkileyen birçok faktör olmasına rağmen, bu uyumun en çok hangisinden etkilendiği araştırmaların önemli sorularından biri olmaktadır. İncelenen çeşitli araştırmalarda evlilik uyumunu en çok yordayan değişkenlerin evli çiftlerde empati (Tutarel Kışlak ve Çabukça 2002), evlilikte problem çözme becerisi (Bayraktaroğlu ve Çakıcı 2013), evlilik çatışması ve çocuk sayısı (Şendil ve Korkut 2008), anksiyete ve depresif belirtiler (Tüzer ve ark 2010), çocuk sahibi olma konusunda çevreden baskı görme (Taşçı ve ark 2008) ve gebe grupta bulantı-kusma (Yekeknunrul ve Mete 2012) olduğu bulunmuştur.

Yapılan bu çalışmada, bağımsız değişkenlerden regresyon modeline giren *aile tipi, eşiyile evlenme şekli, genel olarak eşle olan ilişki, genel olarak evliliğin nasıl olduğu, gebelikte bilgi alma, gebelik kontrollerine eşin gelip gelmemesi, gebelik esnasında sağlık sorunu yaşayıp yaşamama, gebelik süresince eşinden destek alma ve gebeliğin evliliğe olan etkisi* kadınların evlilik uyumunun %72.9'unu açıklamaktadır ($p=0,000$). Bu oran oldukça önemlidir. Evlilik uyumunu etkileyen değişkenlerden aile ve evlilik tipi, evliliğin nasıl olduğu, eş ilişkisi, gebelikte sağlık sorunu yaşama ve gebelikte bilgi alma evlilik uyumunu negatif olarak etkilerken, gebelik kontrollerine eşin gelmesi, eş desteği algısı ve gebeliğin evliliğe etkisinin pozitif yönde olduğu saptanmıştır. Ayrıca, eşler arasındaki uyumu en çok etkileyen değişkenin “*genel olarak evliliğin nasıl gittiği*”, en az etkileyen değişkenin ise *evlilik tipi* olduğu görülmüştür. *Gebelikte bilgi alma* da evlilik uyumunu önemli derecede etkileyen bir değişken olarak bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen bulgular, yukarıda belirtilen çalışmalarla benzer olarak evlilik ve eşle olan ilişkilerin

önemli olduğunu desteklemektedir. Farklı olarak, bu çalışma evlilik uyumunun gebe grupta incelendiği ve gebelerin çeşitli özellikleri ile karşılaştırıldığı sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri olma özelliğini taşımaktadır. Ayrıca; *eş ilişkileri, evlilikle ilgili özellikler ve gebelikle ilgili özelliklerden sağlık sorunu yaşama ve bilgi almanın evlilik uyumunu negatif, eş desteği algısı ve gebelikle ilgili özelliklerden DÖB'ye eşin katılımı ile gebeliğin evliliğe etkisinin pozitif* etkisini ortaya koyması bakımından da ilk çalışmalar arasında yerini aldığı söylenebilir. Araştırmanın tek bir merkezde ve 152 gebe kadında yapılması önemli bir sınırlılık olmakla beraber, elde edilen bulgular bu alandaki açığa hizmet etmesi nedeniyle değerlidir. Çalışma bulguları, kadınların gebelik döneminde de evliliklerinin nasıl gittiği yönünden değerlendirilmesi ve izlenmesi gerektiğini, ayrıca gebelikte bilgi almanın evlilik uyumunu etkileyen önemli bir değişken olması nedeniyle DÖB hizmetleri kapsamında gebelerin evlilik uyumunu artıracak bilgilendirme, eğitim, danışmanlık ve rehberlik hizmetlerine gereksinimleri olduğunu ve gerekli desteğin sağlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu destek ise en iyi eş ve aile ile hekim, hemşire ve ebe tarafından sağlanabilir. Sağlık profesyonellerinin gebe, eşi ve ailesine sağlayacağı destek en iyi doğuma hazırlık sınıfları ile sağlanabilir. Gebeliğin gerek olumlu sağlık davranışları gerekse olumlu eş ilişkisi, iletişimi ve etkileşiminin kazanılması ve sürdürülmesi için bir fırsat dönemi olduğu dikkate alınır, bu sınıfların 2. basamak yanında 1. basamak sağlık kurumlarında da yaygınlaştırılması önemli ve yararlı bir uygulama olacaktır. Bu sınıflara kadınla birlikte eş katılımının sağlanması ve bunun sürekliliğinin ve denetiminin yapılması ise kaçınılmaz bir zorunluluktur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Aydın İli Efeler İlçesi'nde bulunan 1 Nolu ASM'de bakım alan gebe kadınların eşler arası uyumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıdaki gibidir.

5.1.1. Eşler Arası Uyuma Yönelik Sonuçlar

Gebelik döneminde evlilik uyumu ile ilgili kapsamlı olarak ülkemizde ilk olarak yapılan bu çalışmada elde edilen toplam evlilik uyum puan ortalaması $96,35 \pm 2,16$ olarak saptanmıştır. Gebelerin, tüm alt boyutlardaki ve genel evlilik/eş uyumları orta düzeydedir (Eşler arası tatmin: $32,69 \pm 0,62$, Eşler arası birliktelik: $10,93 \pm 0,33$, Eşler arası fikir birliği: $40,35 \pm 0,95$, Eşler arası duygulanım: $7,46 \pm 0,20$, Çizelge 3.2.1). Ayrıca, gebelerin evlilik/eş uyumlarının bazı sosyodemografik, obstetrik öykü, sosyal destek ve evlilik-eş ilişkisi ve gebelik özelliklerinden etkilendiği bulunmuştur ($p < 0,05$, Çizelge 3.3.1.1, 3.3.2.1, 3.3.3.1, 3.3.4.1, 3.3.5.1).

5.1.2. Eşler Arası Uyumu Etkileyen Faktörlere Yönelik Sonuçlar

5.1.2.1. Sosyodemografik özelliklerin eşler arası uyuma etkisine yönelik sonuçlar

Gebelerin evlilik/eş uyumlarının bazı sosyodemografik özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır. Bunlar; kadın ve eşin yaşı, kadının eğitimi, en uzun süre yaşanan yer, eş ile akrabalık durumu ve kronik hastalık varlığıdır ($p < 0,05$) (Çizelge 3.3.1.1). Eşin eğitim ve çalışma durumu ile aile tipi ve gelir düzeyi eş uyumunu etkilememiştir ($p > 0,05$). Bu değişkenlerin evlilik uyumlarını nasıl etkilediği aşağıda özetlenmiştir.

- Ortalama $28,28 \pm 5,52$ ve eşleri $32,21 \pm 6,68$ yaşında olan (Çizelge 3.1.1.1) gebe ve eşlerinin yaşı ilerledikçe evlilik uyum puanları (ÇUÖ ve tüm alt boyutlarda) azalmaktadır (Çizelge 3.3.1.1, $p < 0,05$). Genç (25-29) yaştaki gebelerin 30-34 yaştakilere göre eşler arası tatmin, duygulanım ve evlilik uyum ($103,40 \pm 23-89,44 \pm 25,56$) puanları; 19 yaş altındaki gebelerin 30-34 yaştakilere göre tatmin, eşler arası birliktelik ve duygulanım ile evlilik uyum ($122,14 \pm 21,97-89,44 \pm 25,56$) puanları daha yüksektir ($p < 0,05$).

- Eğitim düzeyi arttıkça evlilik uyum puanı ile eşler arası tatmin ve birliktelik puanlarının arttığı görülmüştür (Çizelge 3.3.1.1, $p<0,05$). Özellikle lise düzeyinde öğretim gören gebelerin eşler arası tatmin ve evlilik uyum puanları ($34,61\pm6,40-101,95\pm24,92$), ilköğretim düzeyinde öğrenimi olan gebelerden yüksektir ($30,47\pm8,58-9,97\pm27,24$) ($p<0,05$).
- Gebelerin en uzun süre yaşadıkları yer evlilik uyumunu her yönüyle artırmıştır (Çizelge 3.3.1.1, $p<0,05$). En uzun süre köyde yaşamının ilçe/kasabada yaşamaya göre evlilik uyumunu her yönüyle artırdığı (ÇUÖ: $115,98\pm23,95-86,67\pm29,88$), bunun dışında köyde yaşamının şehirde yaşamaya göre tatmin ve evlilik uyumunu (ÇUÖ: $115,98\pm23,95-98,47\pm23,13$), şehirde yaşamının ise ilçe ya da kasabada yaşamaya göre duygulanım ve evlilik uyumunu (ÇUÖ: $98,47\pm23,13-86,67\pm29,88$) artırdığı saptanmıştır ($p<0,05$).
- Aile tipi eş uyumunu etkilememekle birlikte (Çizelge 3.3.1.1, $p>0,05$), çekirdek aile ve geniş ailede kendi ailesiyle birlikte yaşayan kadınların fikir birliği puanlarının eşinin ailesi ile birlikte yaşayan kadınlara göre yüksek olduğu dikkati çekmiştir ($p<0,05$).
- Eşiyile akrabalığı olmayan gebelerin evlilik uyumlarının akrabalığı olanlara göre yüksek olduğu ($97,80\pm25,55-75,77\pm34,55$), ancak aradaki farkın tatmin, birliktelik ve duygulanım düzeyinde olduğu görülmüştür (Çizelge 3.3.1.1, $p<0,05$).
- Kronik hastalığı olan gebelerin, kronik hastalığı olmayanlara göre evlilik uyumları ($87,42\pm24,76-98,28\pm26,75$) daha düşüktür (Çizelge 3.3.1.1, $p<0,05$).

5.1.2.2. Obstetrik öykü ve şimdiki gebelikle ilgili özelliklerin eşler arası uyuma etkisine yönelik sonuçlar

Gebelerin evlilik uyumlarının bazı obstetrik öykü özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır. Bunlar parite, gebelik sayısı, düşük/küretaj, gebeliği isteme durumu, düzenli DÖB alma, eşin DÖB'ye katılımı, gebelikle ilgili bilgi alma, gebelikte sağlık sorunu yaşama ile 1-3. trimesterde sorun yaşama, gebeliği ilk öğrenince ve şu anda hissedilen duygu ile gebelik ve doğuma yönelik endişe/kaygıdır ($p<0,05$) (Çizelge 3.3.2.1). Yaşayan çocuk sayısı, bebek ölümü, gebelik dönemi, DÖB alınan yer, bebeğin cinsiyeti ile doğum şekli tercihi eşler arası uyumda etkili bulunmamıştır ($p>0,05$). Etkisi bulunan değişkenlerin evlilik uyumlarına etkisi aşağıda kısaca açıklanmıştır.

- Ortalama $2,19 \pm 1,34$ pariteye sahip olan (Çizelge 3.1.2.1) gebelerde, parite ve gebelik sayısı eşler arası uyumda önemli bir faktör olarak bulunmuştur ($p < 0,000$). Çocuksuz gebelerin eş uyumları çocuğu olan gebelere göre yüksek (ÇUÖ: $111,00 \pm 21,76$ - $88,05 \pm 25,67$) bulunmuştur ($p < 0,000$). Bir kez gebe kalanların eş uyumları da 2-4 kez gebe kalanlara göre daha yüksektir ($p < 0,000$) (Çizelge 3.3.2.1).
- Ortalama $1,23 \pm 0,42$ kez düşük/küretaj yapan (%23.7, Çizelge 3.1.2.1) gebelerin düşük/küretaj yapma durumları genel evlilik/eş uyumunu etkilememekle birlikte ($p > 0,05$), düşük/küretaj yapmayan gebelerin eşler arası tatmin ($33,40 \pm 7,43$), birliktelik ($11,39 \pm 4,15$) ve duygulanım ($7,72 \pm 2,52$) puanları, düşük/küretaj yapanlardan (sırayla $30,42 \pm 8,43$, $9,46 \pm 3,76$, $6,67 \pm 2,57$) fazladır ($p < 0,000$) (Çizelge 3.3.2.1).
- Ortalama $1,57 \pm 0,49$ çocuğu bulunan (Çizelge 3.1.2) gebelerin, yaşayan çocuk sayısı ile eş uyumları arasında bir farklılık saptanmazken ($p > 0,05$), çocuğu olmayanların bir ve iki çocuğu olanlara göre en yüksek eş uyumuna (ÇUÖ: $108,57 \pm 22,62$ - $90,10 \pm 25,84$ - $81,78 \pm 26,55$) sahip oldukları da görülmüştür ($p < 0,000$).
- Gebelik haftası ortalaması $22,35 \pm 8,31$ olan gebelerin %26.3'ü istenmeyen/planlanmayan gebeliğe sahiptirler (Çizelge 3.1.2.1). Ayrıca, isteyerek ve planlayarak gebe kalan kadınların çift uyumları her boyutta (ÇUÖ: $100,19 \pm 24,41$ - $85,60 \pm 29,92$) yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$, Çizelge 3.3.2.1).
- Gebeliği süresince bilgi almayan kadınların çift uyumları bilgi alan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p < 0,05$, Çizelge 3.3.2.1).
- Düzenli DÖB alma evlilik uyumunu artırmakla birlikte ($11,15 \pm 4,01$ - $7,92 \pm 4,82$), anlamlılık sadece eşler arası birliktelikte saptanmıştır ($p = 0,023$, Çizelge 3.3.2.1).
- Eşlerin düzenli olarak DÖB'ye katılımı evlilik uyumunu artırmıştır ($p = 0,000$, Çizelge 3.3.2.1). Özellikle, eşleri bazen kontrole gelen ve her zaman kendi isteği ile gelen gebelerin hiç gelmeyenlere göre tüm ÇUÖ ($97,34 \pm 24,26$ - $70,37 \pm 19,72$ ve $113,94 \pm 21,28$ - $70,37 \pm 19,72$) ve kadın istediği için eşi kontrole gelenlerin hiç gelmeyenlere göre fikir

birliği, duygulanım ve ÇUÖ (95,48±21,83-70,37±19,72) puanları çok daha yüksektir (p=0,000).

- Gebeler genel olarak en fazla 1. trimesterde (%42.8) sorun yaşamışlardır. Bunu 2. (%16.4) ve 3. (%6.4) trimesterdeki sorunlar izlemiştir. İlk trimesterde %95.4 oranında yaşanan fiziksel sorunlardan bulantı-kusma (%63,2) ve düşük tehlikesi (%17.2) beklendiği gibi en fazla yaşanırken, 2. trimesterde tüm fiziksel sorunların biraz azaldığı (%72), ruhsal sorunların biraz arttığı (%28) ve son trimesterdeki yedi gebenin tamamının ruhsal sorun bildirdiği görülmüştür (Çizelge 3.1.2.2).
- Gebelikte herhangi bir sorun yaşayan gebeler sorun yaşamayanlara göre her boyutta daha düşük evlilik uyumu göstermektedir (ÇUÖ: 103,64±26,06-90,91±25,93, p<0,05, Çizelge 3.3.2.1). Ayrıca, 1. trimesterde sorun yaşayanlar duygulanım ve 2. trimesterde sorun yaşayanlar tatmin ve duygulanım dışındaki boyutlarda, sorun yaşamayan gebelere göre daha düşük evlilik uyum puanına sahiptirler (p<0,05). İlk trimesterde fiziksel sorun yaşayanların fikir birliği ve evlilik uyum puanları sorun yaşamayanlara göre daha düşüktür (ÇUÖ: 91,30±26,99-103,64±26,06) (p<0,05). İkinci trimesterde ruhsal ve fiziksel sorun yaşayanlarla sorun yaşamayanlar arasında da eşler arası tatmin, birliktelik ve ÇUÖ boyutlarında farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Bunun dışında, bulantı-kusma şikayeti bildiren gebelerin hiçbir sorun bildirmeyen gebelere göre fikir birliği ve ÇUÖ (91,30±26,99-103,64±26,06) puanları da oldukça düşüktür (p<0,05)
- Gebeliğe karşı ilk hissedilen duygu, eş uyumunu tüm boyutlarda etkilemiştir (p=0,000, Çizelge 3.3.2.1). Gebeliği öğrenince mutluluk, sevinç ve olumlu duygular hissedenlerin üzüntü ve olumsuz duygu (ÇUÖ: 110,20±22,66-78,71±25,13) ile ambivalan duygu hissedenlere göre (ÇUÖ: 110,20±22,66-90,94±24,87) tüm ÇUÖ puanları belirgin şekilde daha yüksektir (p=0,000). Gebeliğe yönelik şu anda olumlu duygular hisseden gebelerin olumsuz duygular hisseden gebelere (ÇUÖ: 103,13±23,72-86,51±27,78) ve gebelik ve doğuma yönelik endişe, kaygı hissetmeyenlerin kaygı ve endişe hissedenlere göre (ÇUÖ: 105,58±22,53-91,69±27,46) tüm boyutlardaki uyumları çok daha iyidir (p<0.01, Çizelge 3.3.2.1).

5.1.2.3. Sosyal destekle ilgili özelliklerin eşler arası uyuma etkisine yönelik sonuçlar

Gebelerin evlilik uyumlarının bazı sosyal destek özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır. Bunlar; gebelikte sosyal destek ve eş desteği, eşten alınan destek türü ve eş desteğini algılamadır ($p<0,05$, Çizelge 4.2.3.1).

- Büyük oranda (%85.5) sosyal desteği olan gebelerin en önemli desteği eş (%80) ve annedir (%60.8). Eşler en fazla manevi/duygusal destek (%51) sağlamaktadır. Eşten alınan destek %57,7 oranında iyi olarak algılanmaktadır. Gebeler 1. sırada (%93,4) eşlerinden, 2. sırada (%40.1) kendi ailesinden destek almak istemekte ve en çok manevi/duygusal (%34,9), çocuk bakımı (%21.7) ve ev işleri (%19.1) konusunda destek beklemektedirler (Çizelge 3.1.3.1).
- Sosyal desteğin varlığı, evlilik uyumunu birliktelik dışındaki diğer tüm boyutlarda etkilemektedir (ÇUÖ: 98,80±25,93-81,84±26,87) ($p<0.012$). Eş desteğinin varlığı ise evlilik uyumunu her anlamda etkileyen bir faktör olarak (ÇUÖ: 106,12±23,00-75,19±21,34) karşımıza çıkmıştır ($p=0,000$) (Çizelge 4.2.3.1).
- Eşten alınan destek türünün evlilik uyumunda önemli etkileri olduğu görülmüştür ($p<0,000$, Çizelge 4.2.3.1). Eşlerinden ev işleri ve çocuk bakımı konusunda destek alan kadınların eşler arası fikir birliği ile evlilik uyum puanları, manevi/duygusal destek alanlardan (ÇUÖ: (111,68±21,92-96,89±21,29) daha fazladır ($p=0,004$). Ayrıca, eşlerinden her konuda destek alanların tüm boyutlardaki evlilik uyumları, manevi/duygusal destek alanlara göre (ÇUÖ: 120,60±18,77-96,89±21,29) daha yüksektir ($p=0,000$).
- Gebelerin eş desteği algısı iyileştikçe evlilik uyum puanları da artmaktadır ($p<0,000$, Çizelge 4.2.3.1). Eş desteğini çok iyi gören gebelerin her boyuttaki evlilik uyumları, bu desteği iyi, orta ve kötü bulan gebelerden çok daha iyidir (sırayla ÇUÖ: 128,03±14,41, 109,08±18,10, 91,14±15,12, 79,73±26,41). Eş desteğini iyi bulan gebeler de kötü görenlere göre evliliklerinden daha fazla tatmin olmakta ve daha iyi duygulanım göstermektedirler ($p<0,05$). Ayrıca, eş desteğini iyi bulanların evlilik uyumları orta bulanlara göre her alanda daha iyidir ($p<0,05$).

5.1.2.4. Evlilik ve eş ilişkisi özelliklerinin eşler arası uyuma etkisine yönelik sonuçlar

Evlilik ve eş ilişkileri ile ilgili tüm özellikler (evlilik şekli ve süresi, aile içi kararlara katılım, evlilikte sorun yaşama, genel evlilik algısı, genel eş ilişkisi ve yaklaşımı), eşler arası uyumu her boyutuyla ve ileri anlamlılık düzeyinde etkilemiştir ($p=0,000$, Çizelge 3.3.4.1).

- Anlaşarak, isteyerek ya da kaçarak evlenen gebelerin, görücü usulü ile evlenen gebelere göre tüm alt ölçek ve ÇUÖ (100,52±24,15-89,21±29,35) puanları daha yüksektir (Çizelge 3.3.4.1, $p<0,05$).
- Ortalama 5,49±5,16 yıldır evli olan (Çizelge 3.3.4.1) gebelerde evlilik süresi, evlilik/eş uyumunu her yönüyle etkilemiştir (Çizelge 3.3.4.1, $p<0,05$). Özellikle, evliliğinin ilk beş yılında olan gebelerin 6-10 yıldır evli olanlara göre her alandaki eş uyumu (ÇUÖ:103,25±24,74-86,33±27,65) ve 16 yıldan fazla süredir evli olan gebelere göre eşler arası tatmin dışındaki alt ölçek ve genel eş uyumları (ÇUÖ: 103,25±24,74-80,33±11,20) belirgin şekilde daha yüksektir ($p<0,05$).
- Aile içi kararlar birlikte (%69,7'si) ya da eş (%23,3) tarafından alınmaktadır (Çizelge 3.1.4.1). Gebenin aile içi kararlara katılma durumu, evlilik uyumunu her anlamda etkilemektedir ($p=0,000$, Çizelge 3.3.4.1). Aile içinde kararları eşi ile birlikte alan gebelerin tüm boyutlardaki uyumlarının, kararları yalnızca eşi alan gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (ÇUÖ: 102,01±24,15-81,55±27,36) ($p=0,000$).
- Gebelerin 1/4'ünden azı (%23) evlilik problemi yaşamakta, buna karşın yarıdan fazlası (%56,6) evliliğini “iyi” ve %40,8'i “orta” olarak değerlendirmektedir (Çizelge 3.1.4.1).
- Evliliği ile ilgili sorun yaşamayan gebelerin evlilik uyumları (ÇUÖ: 102,83±25,11), sorun yaşayanlara göre (ÇUÖ: 74,72±19,45) her anlamda daha iyidir ($p=0,000$) (Çizelge 3.3.4.1).
- Evlilik algıları iyi olanların eşler arası uyumlarının (tüm boyutlarda) arttığı, evlilik algıları kötü olanların uyumlarının ise azaldığı bulunmuştur ($p=0,000$, Çizelge 4.2.4.1). Özellikle, evlilik algısı çok iyi olanların iyi, orta ve kötü olanlara (sırayla ÇUÖ: 123,69±13,77-101,67±21,56-78,09±15,73-45,02±22,33), ayrıca evlilik algıları iyi olanların kötü olanlara (ÇUÖ: 101,67±21,56-45,02±22,33) göre her alanda evlilik uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

- Gebeler, eşleriyle genelde iyi-orta düzeyde (%57.2-39.5) bir iletişime sahiptir. Eşlerin gebeye yaklaşımı ise bazen olumlu, bazen olumsuz ve olumlu (%50.7-30.8) olmaktadır (Çizelge 3.1.4.1).
- Eş iletişimi ve yaklaşımı gebelerin evlilik uyumlarını önemli derecede etkilemektedir ($p=0,000$, Çizelge 4.2.4.1). Eşi ile ilişkisini genel olarak çok iyi bulan gebelerin iyi ve orta bulan gebelere (sırayla ÇUÖ: 122,27±14,19-101,64±22,82-76,27±11,54) ve benzer şekilde ilişkisini iyi bulanların (101,64±22,82) orta bulanlara (76,27±11,54) göre evliliğin her alanında daha iyi uyum gösterdikleri saptanmıştır.
- Eşinin kendisine karşı yaklaşımını olumlu değerlendiren gebelerin bazen olumlu, bazen olumsuz ve olumsuz olarak değerlendirenlerden (sırayla ÇUÖ: 118,61±17,77-83,55±17,38-66,06±28,62) ve eşinin davranışlarını bazen olumlu, bazen olumsuz olarak nitelendirenlerin (83,55±17,38) de olumsuz (66,06±28,62) olarak belirten gebelerden daha iyi evlilik uyumu gösterdikleri bulunmuştur ($p=0,000$) (Çizelge 3.3.4.1).

5.1.2.5. Gebelerin, gebeliğin evlilik, eş ilişkisi ve yaklaşımına yönelik düşüncelerinin eşler arası uyuma etkisine yönelik sonuçlar

Gebelik nedeniyle evliliklerin daha çok olumsuz (%42.8), daha az olumlu (%23) etkilendiği, azımsanmayacak oranda da (%34.2) etkilenmediği düşünülmektedir. Gebelik eş ilişkisini daha çok olumsuz (%52) etkilerken, eş yaklaşımını olumsuz (%42.8) ve olumlu (%40.1) etkilemiştir (Çizelge 3.1.5.1). Gebeliğin evlilik, eş ilişkisi ve yaklaşımları üzerindeki etkilerine yönelik bu düşünceler ile evlilik uyumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve olumlu etkilenenlerin en yüksek, olumsuz etkilenenlerin ise en az evlilik uyumu gösterdikleri görülmüştür ($p=0,000$, Çizelge 4.2.5.1).

- Gebeliğin evliliklerini etkilemediğini belirten gebelerin olumsuz etkilediğini belirten gebelere (ÇUÖ: 105,35±20,04-77,00±19,66) ve olumlu etkilediğini belirten gebelerin etkilemediğini ve olumsuz etkilediğini belirtenlere (sırayla ÇUÖ: 118,93±21,49-105,35±20,04-49-77,00±19,66) göre her düzeyde daha iyi evlilik uyumu gösterdikleri bulunmuştur ($p=0,000$) (Çizelge 3.3.5.1).
- Gebelik nedeniyle eş ilişkisinin etkilenmediğini düşünenler olumsuz etkilendiğini düşünen (ÇUÖ: 101,41±22,15-80,68±20,62) ve olumlu etkilendiğini düşünenler hiç

etkilenmediğini ve olumsuz etkilendiğini düşünenlere (123,13±15,64-101,41±22,15-80,68±20,62) göre her alanda daha iyi evlilik uyumu göstermektedirler (p=0,000) (Çizelge 3.3.5.1).

- Gebelik nedeniyle eş yaklaşımının etkilenmediğini bildiren gebelerin olumsuz etkilendiğini bildiren (102,92±25,68-76,93±19,10), olumlu yansımaları olduğunu belirten gebelerin olumsuz etkilediğini bildiren (ÇUÖ: 114,25±19,27-76,93±19,10) gebelere göre her boyutta, yine olumlu eş yaklaşımına neden olduğunu ifade eden gebelerin etkilemediğini ifade eden gebelere göre sadece evlilik tatmininde (37,95±4,81-34,12±6,62) yüksek uyum gösterdikleri bulunmuştur (p=0,000) (Çizelge 3.3.5.1).

5.1.2.6. Eşler arası uyumu en fazla etkileyen faktörlere yönelik sonuçlar

Gebelerin evlilik uyumunu %72.9 oranında (p=0,000, Çizelge 3.3.6.1) en fazla yordayan değişkenler aile tipi, evlenme şekli, eş ilişkisi, evlilik algısı, gebelikte bilgi alma, DÖB'ye eşin katılımı, gebelikte sağlık sorunu yaşama, gebelikte eş desteği alma ve gebeliğin evliliğe etkisidir (Çizelge 3.3.6.2, p=0,000). Bunlardan DÖB'ye eşin katılımı ve gebeliğin evliliğe etkisi eşler arası uyumu pozitif yönde, diğerleri ise negatif yönde etkilemektedir. Çiftler arasındaki uyumu en çok “*genel olarak evliliğin nasıl gittiği*”, en az “*evlilik tipi*”nin etkilediği bulunmuştur (Çizelge 3.3.6.2).

5.2. Öneriler

Gebelikte eşler arası uyumun incelendiği bu araştırmadan elde edilen sonuçlara yönelik olarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Uygulayıcılara Öneriler:

- Gebelik döneminde kadınlar orta düzeyde evlilik/eş uyumu gösterdiklerinden ve bunun trimesterlere göre değişiklik göstermemesinden dolayı gebelerin evlilik/eş uyumlarını artırmaya yönelik planlamalar yapılması önemli olacaktır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin her basamağında, özellikle 1. basamakta sağlıklı gebeler ile karşılaşan sağlık personelinin gebelik planlayan eşleri bu açıdan değerlendirmeleri, eş uyumunu

artırmaya yönelik danışmanlık yapmaları ve gerekli durumlarda ileri danışmanlık için rehberlik etmeleri,

- Örnekleme alınan gebelerin genç yaşta ve evliliklerinin ilk yıllarında olmalarına rağmen, evlilik uyumlarının ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, ilçe/kasaba ve şehirde yaşama, görücü usulüyle evlenme, artan evlilik süresi, geniş ailede yaşama, akrabalık ve kronik hastalıktan olumsuz etkilenmesi nedeniyle, izlemlerde bu gebelerin yakından ve düzenli olarak izlenmesi,
- Özellikle artan gebelik ve çocuk sayısı, istenmeyen/planlanmayan gebelik, düzenli DÖB almama ve eşin katılmaması, gebelikte sağlık sorunu yaşama ve gebelik ve doğuma yönelik olumsuz duygu ve endişeler evlilik uyumunu belirgin olarak azalttığından, bu gebelerin evlilik uyumlarının sürekli yapılacak izlemlerle değerlendirilmesi, evlilik uyumlarını artırmaya yönelik girişimlerde bulunulması, gerekli durumlarda evlilik terapisti, aile danışmanı veya psikiyatriste yönlendirilmesi,
- Gebelik, çocuk sayısı, düşük/küretaj ve istenmeyen gebeliklere paralel olarak uyumun azalması nedeniyle, gebe ve eşlerine aile planlaması danışmanlığı verirken bunların evlilik uyumlarına olan etkilerinin de vurgulanması,
- Gebelikte fiziksel, özellikle de ruhsal sorunlar ile gebeliğe bağlı hissedilen olumsuz duygular evlilik uyumunu azalttığından, izlemlerde gebelikteki sorunların evlilik uyumu ve psikolojik sağlık ile ilişkilerinin dikkate alınması,
- Gebelerin en önemli destek sistemlerinin eş olması, eşten alınan “iyi” desteğin yeterli olmaması ve eşin verdiği manevi/duygusal desteğin evlilik uyumunu olumsuz etkilemesi nedeniyle, gebe ve eşlerin bir arada etkileşimlerini artıracak fırsatların yaratılması, gebelik süresince yapılan her türlü bilgi, eğitim, danışmanlık ve sınıf oturumlarına eşlerin katılımını artıracak tedbirlerin alınması, gebe sınıflarında evlilik/eş uyumu konusuna yer verilmesi ve eşlerin manevi/duygusal desteklerini artırıcı uygulamaların vurgulanması,
- Aile içi kararların birlikte alınmaması ile evlilikte sorun yaşama, evlilik, eş ilişkisi ve yaklaşımına yönelik olumsuz algılar eşler arası uyumu olumsuz etkilediğinden, gebe ve

eşlere yönelik eğitim ve izlemlerde evlilik ve eş desteğinin gebe ve eş ilişkilerine olan etkilerinin vurgulanması,

- DÖB'ye eşin katılımı evlilik uyumunu artırdığından, gebelerin kontrollerde polikliniğe eşleriyle birlikte alınmaları ve gebelere yapılacak bilgi, eğitim ve danışmanlığın çiftlere birlikte yapılması,
- Gebelerin evlilik uyumunu eş, aile, evlilik ve gebelikle ilgili özelliklerin etkilemesi, en iyi “*genel olarak evliliğin nasıl gittiği*” değişkeninin yordaması, bunun yanında DÖB’ye eşin katılımı ve gebeliğin evliliğe etkisinin eşler arası uyumu pozitif, diğer faktörlerin ise negatif yönde etkilemesi nedeniyle, gebe izlemlerinde kadınların evlilik algılarına da yer verilmesi ve bunun sürekli olarak, en azında gebeliğin her trimesterinde mutlaka değerlendirilmesi, ayrıca gebeliğin eş ilişkilerine etkileri konusunda kadın ve eşi ile konuşulması ve eşin DÖB’ye katılımının vurgulanması,

Yöneticilere Öneriler:

- Yüksek eğitim düzeyinin evlilik uyumunu artırması nedeniyle, kadınların statüsünü artırıcı girişimlerin gebelikte de sürdürülmesi,
- Gebelerin evlilik/eş uyumlarının etkilenmesi nedeniyle, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile iletişime geçilerek evlilik öncesi danışmanlık programlarına evlilik/eşler arası uyum konusunun eklenmesi ve tüm evli çiftlerin bu programdan yararlanmalarının sağlanması,
- Gebelerin 1/4’ünden azının evlilik problemini dile getirmesi, yarıdan fazlasının evliliğini “*iyi*” bulması ve evliliğinde sorun yaşayan gebelerin zayıf evlilik uyumu göstermesi nedeniyle; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile iletişime geçilerek eşler arası uyumu artırmaya ve evlilik sorunlarını azaltmaya yönelik ortak eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Evlilikte sorun yaşama eşler arası uyumu azalttığından, evlenecek adaylara (çiftlere) belli günlerde gebeliğe uyuma yönelik eğitim/kurs verilmesi ve bunun için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile iletişime geçilmesi,

- Gebelerin orta düzeyde evlilik uyumuna sahip olması nedeniyle, bu gebelere verilecek hizmet türüne yönelik uygulama ve yaklaşımlarla ilgili bir rehber geliştirilmesi, bu rehberin tüm sağlık personeline ulaştırılması ve uygulanmasına yönelik girişimlerde bulunulması,
- Gebelerin evlilik/eş uyumlarının birçok faktörden (sosyodemografik özellikler, obstetrik öykü, sosyal destek, evlilik-eş ilişkisi ve gebelik) etkilenmesi nedeniyle, bu faktörleri belirlemeye yönelik bir risk formu geliştirilmesi ve geliştirilecek Risk Belirleme Formu'nun Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne eklenerek her gebenin bu yönlerden değerlendirilmesinin sağlanması,
- Araştırma sağlıklı gebelerde ve sahada yapılmasına rağmen, gebeliği ve evliliği riske sokan ileri yaş ve parite ile düşük/küretaj, istenmeyen gebelik, düzenli DÖB almama, eşin düzenli DÖB'ye katılmaması ve ruhsal kaygılar gibi anne, bebek ve aile için önemli risk yaratan önlenabilir faktörlerin olduğu dikkati çekmektedir. Bu nedenle 1. basamakta gebelere sağlık hizmeti veren sağlık personelinin (özellikle ebe/hemşirelerin) bu gebelerin eşler arası uyumlarını da değerlendirmeleri, ayrıca mevcut yasalarla görev-yetkileri sınırlandıran ebe ve hemşirelerin eskiden olduğu gibi gebe izlemlerinde daha etkin hale gelmelerini sağlayacak yasal düzenlemelerin yapılması, böylelikle risk taşıyan bu gebelerin daha yakından izlenmelerinin mümkün kılınması,
- Düzenli DÖB alma, eşin DÖB'ye katılımı ile gebelikte bilgi almanın evlilik uyumunu artırması, DÖB alınan yerin ise evlilik uyumunu etkilememesi nedeniyle, DÖB'ye eşlerin de katılımını sağlayacak girişimlerde bulunulması, bu anlamda gebe sınıflarının gerek 1, gerekse 2 ve 3. basamakta yaygınlaştırılması ve bu sınıflara eşlerin katılımını artıracak önlemlerin alınması,
- Gebelik eşler arası uyumu önemli ölçüde etkilediğinden ve gebeler orta düzeyde evlilik uyumuna sahip olduklarından, ASM ve TSM'lerin gebe ve eşlerini doğuma hazırlık sınıfına yönlendirmeleri ve katılım durumları ile sonuçlarının ASM'ler tarafından izlenmesi ve belgelerin her gebenin dosyasına eklenmesi,

- ASM'den yararlanan gebe sayısının az olması, ancak ASM'den DÖB alan gebelerin hastanelerde bakım alanlara göre daha iyi evlilik uyumuna sahip olmaları nedeniyle, 1. basamaktaki sağlık personelinin, özellikle ebe ve hemşirelerin gebe izlemleri konusunda yetkilendirilmesi ve böylece hem ASM'den yararlanan gebe oranının hem de DÖB'nin etkinliğinin artırılmasına fırsat verilmesi,
- Kadınların gebelik nedeniyle evliliklerinin daha çok olumsuz etkilenmesi, gebelerin evliliklerini genelde iyi olarak algılamakla birlikte, kullanılan çiftler uyum ölçeği ile orta düzeyde evlilik uyumlarının bulunması nedeniyle, gebelerin evlilik uyumlarının standart ölçme araçlarıyla da değerlendirilmesi ve bu ölçme araçlarının DSBYR'ne eklenmesi,
- Gebelikte evlilik/eş uyumunu artırmak için toplumu ve sağlık personeli bilinçlendirme ve bu konuda farkındalık kazandırmaya yönelik dikkat çekici eğitim, seminer, kurs, kongre ve çalıştaylar düzenlenmesi önerilmektedir.

Araştırmacılara Öneriler:

- Evlilik uyumunun ilk kez sağlıklı gebelerde çalışılması, araştırmanın Aydın ilçe merkezindeki bir ASM bölgesinde yapılması ve nedeniyle, çalışmanın farklı kırsal-kent, bölge, kültür, sağlıklı-riskli gebe ve gebe-evli kadın karşılaştırmalarına imkân verecek şekilde ve daha büyük örneklem gruplarında yapılması,
- Gebeliğin kadınların evlilik uyumlarını olumsuz etkilemesi nedeniyle, bu konunun sadece eşlerin ya da her iki çiftin birlikte ele alındığı niteliksel çalışmalarla daha kapsamlı olarak incelenmesi,
- DÖB alınan yerin evlilik uyumunu etkilememesi ve gebelikte bilgi almanın evlilik uyumunu olumsuz etkilemesi nedeniyle, bu konuların evlilik uyumuna etkisinin vaka-kontrol çalışmaları ile ayrıntılı olarak incelenmesi önerilmektedir.

ÖZET

Çobanlar Akkaş S, Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum.

Araştırma, gebelerin evlilik uyumunu belirlemek amacıyla kesitsel, analitik tipte yapılmıştır. Çalışma, Aydın'ın Efeler İlçe'sindeki 1 Nolu ASM'ye kayıtlı 152 gebede gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ve Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ile gebelerin öz bildirimleriyle; resmi izinler, etik kurul onayı ve gönüllülerin sözlü-yazılı onamları alınarak toplanmıştır. Veriler Ki-Kare, Kruskal Wallis H, Mann Whitney-U ve Çoklu Regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde 0,05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Yaş ortalaması $28,28 \pm 5,52$ ve evlilik süreleri $5,49 \pm 5,16$ olan gebelerin %71,7'si ev hanımı ve %44.1'i ilköğretim mezunudur. Ortalama $22,35 \pm 8,31$ haftalık gebe olan kadınların %93.4'ü DÖB almıştır. Gebelerin %80'i eşinden ve manevi destek (%51) almakta, alınan destek ise %57.7 oranında iyi bulunmaktadır. Gebeler, gebeliğin evlilik (%42.8), eşle ilişki (%52) ve eş yaklaşımını (%42.8) olumsuz etkilediğini düşünmektedir.

ÇUÖ puan ortalamaları $96,35 \pm 2,16$ olan gebelerin orta düzeyde evlilik uyumuna sahip oldukları görülmüştür. Evlilik/eş uyumunu en çok aile tipi, evlenme şekli, gebelikte bilgi alma, DÖB'ye eşin katılımı, gebelikte sağlık sorunu yaşama, gebelikte eş desteği alma, eşle ilişkisi, evliliğin nasıl olduğu ve gebeliğin evliliğe etkisi etkilemiştir ($p < 0,05$). Bunlardan DÖB'ye eşin katılımı ve gebeliğin evliliğe etkisi uyumu pozitif, diğerleri negatif yönde etkilemiştir. Çift uyumu en çok "evliliğin nasıl gittiği", en az "evlilik tipi"nden etkilenmiştir ($p < 0,05$).

Araştırma sonucunda, gebelerin evlilik uyumlarının orta düzeyde olduğu ve çeşitli faktörlerden, özellikle evlilik ve gebelikten etkilendiği bulunmuştur. Bu nedenle sağlık personeli tarafından yapılacak düzenli DÖB izlemleri ile eğitim ve danışmanlık hizmetlerine eşlerin katılımının sağlanması ve gebeliğin evlilik uyumuna etkisinin dikkate alınması önemli olacaktır. Ayrıca gebe sınıfları, evlilik öncesi danışmanlık ve aile danışmanlığı eğitimlerinde de evlilik uyumuna yer verilmesi yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, eş desteği, evlilik/eş uyumu.

SUMMARY

Çobanlar Akkaş S, Dyadic Adjustment in Pregnancy Period.

This cross-sectional, analytic study was made to determine marital adjustment of pregnant women. The sample included 152 pregnant women registered in Family Health Center No 1 in Efeler, Aydın. Self-reported data were collected *via* a questionnaire prepared by researcher and with Dyadic Adjustment Scale (DAS), with official permission, ethics committee approval and oral-written informed consent of volunteers. Data were evaluated by Chi-square, Kruskal-Wallis H, Mann-Whitney-U and multiple regression analysis. $P < 0,05$ was accepted as significant.

Attendants' mean age and duration of marriage was 28.28 ± 5.52 and 5.49 ± 5.16 , respectively. Of women 71.7% were housewives and 44.1% primary school graduates. Mean pregnancy duration was 22.35 ± 8.31 weeks, and 93.4% received antenatal care. 80% have got support from their spouses and got spiritual support (51%), and received support was found good by 57.7%. Women thought that pregnancy affects marriage (42.8%), peer relationships (52%) and spouse's approach (42.8%) negatively.

Sample's mean DAS score was 96.35 ± 2.16 ; so, they had moderate marital harmony. Marriage/partner compliance was influenced mostly by family type, marriage type, obtaining information during pregnancy, spouse's attendance at antenatal care, health problems during pregnancy, spousal support, relationship with husband, status of marriage (How's it going), and effect of pregnancy on marriage ($P < 0,05$). Husbands' attendance at antenatal care and pregnancy's effect on marriage affected adjustment positively, all others affected negatively. Couple's adjustment was most affected by "status of marriage", and least affected by "family type ($P < 0,05$).

As a result, marital harmonies of pregnant women were medium, and were affected by a variety of factors, particularly marriage and pregnancy. Therefore, it is important that health staff should provide spouses' attendances at antenatal care and education and counseling and consider effects of pregnancy on marital harmony and make plans to improve marital harmony.

Keywords: Marital/dyadic adjustment, partner support, pregnancy.

KAYNAKLAR

ACOG. Obstetrics and gynecology. 7nd Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott William&Wilkins; 2014.

Akadlı Ergöçmen B, Eryurt MA, Adalı T. Doğurganlığı belirleyen diğer ara değişkenler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara. 2009;109-117.

Akbaş A, Vırıt O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008;45(3):85-91.

Akdeniz BE. Meme kanseri olan evli kadınların eşler arası uyum ve baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(2):53-60.

Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004;Ek 2:70-4.

Akdolun Balkaya N, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte Belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;4(1):6-16.

Aladağ B. Yatan ve ayakta tedavi gören hastaların sosyal destek ve sosyal karşılaştırma düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye. 2000.

Amato PR. The impact of family formation change on the cognitive, social, and emotional well-being of the next generation. Future of Children. 2005;15(2):75-96.

http://futureofchildren.org/futureofchildren/publications/docs/15_02_05.pdf Erişim Tarihi: 02.04.2014.

Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(2):68-75.

Arslantaş A, Ergin F, Balkaya NA. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009;10(3):13-22.

Aston ML. Learning to be a normal mother: empowerment and pedagogy in postpartum classes. *Journal Public Health Nursing* 2002;19(4):284-293.

AWHONN. The role of the nurse in postpartum mood and anxiety disorders. AWHONN PositionStatements2008.

https://www.awhonn.org/awhonn/content.do?name=07_PressRoom/07_PositionStatements.htm.

Erişim Tarihi: 10.06.2014.

AWHONN. The role of the nurse in postpartum mood and anxiety disorders. An the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Symposium 2013. <https://awhonn.confex.com/awhonn/2013/cp.cgi>. Erişim Tarihi: 15.04.2014

Ayan A, Aksoy C, Edizkan H. Doğuma hazırlık kursunun gebeler üzerine etkisi. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Kongre Özet Kitabı. 15-18 Ocak 2009, Bursa; 2009. p. 423-424.

Ayvaz S. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4):243-251.

Atış F. Ebelik/Hemşirelik 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik AD, Adana, Türkiye. 2010.

Bayık A, Özsoy AS, Ardahan M, Özkahraman Ş, Başlayan İz F. Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekolulu Dergisi* 2006;9(2):1-12.

Bayraktaroğlu H, Çakıcı E. Factors relateed with marital adjustment. *Eurasian Journal of Educational Research* 2013;53/A:297-312.

Belen FZ. Aile İçi İletişime Manevi Psiko-Sosyal Yakalaşım. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2010.

Benzur H, Duvdevany I, Lury L. Associations of social support and hardiness with mental health among mothers of adult children with intellectual disability. *Journal Intellectuality Disability Research* 2005;49(1):54-62.

- Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın İl merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. Aydın TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(2):137-141.
- Beydağ DT, Mete S. Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(1):16-24.
- Bıçer T, Bebiş H, İnanç N. Temel sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı hemşireliğinin irdelenmesi. Hemşirelik Forumu 2001;3(3):7-14.
- Bodur NE, Çoşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013;38(1):51-62.
- Bulut S. Histerektomi olan kadınlarda eşler arası uyumun incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. 2007.
- Buist A, Bilszta J, Milgrom J, Barnett B, Hayes B, Austin MP. Health professional's knowledge and awareness of perinatal depression: results of a national survey. Women and Birth 2006;19(1):11-16
- Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2009;88(5):599-605.
- Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, 13. Baskı, Pagem Akademi. 2011.
- Canatan K. Tarihsel-toplumsal değişme ve aile içi ilişkiler. Aile Sosyolojisi. İstanbul: Açılım Kitap Yayınları; 2009;119-147.
- Canel AN. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Evlilik ve aile hayatı. İkinci baskı. İstanbul: Nakış Ofset; 2012.
- Chen Z, Tanaka N, Uji M, Hiramura H, Shikai N. The Role of personalities in the marital adjustment of japanese couples. Social Behavior and Personality 2007;35(4):561-572.
- Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Ulmi EF, Dallagnol M, Neumann NA. Effects of different home visit strategies on prenatal care in southern Brazil. Cadernos de Saúde Pública 2008;24(11):2614-2622.

Chen Z, Tanaka N, Uji M, Hiramura H, Shikai N. The role of personalities in the marital adjustment of Japanese couples. *Social Behavior and Personality* 2007;35(4):561-572.

Charlan D, Kroelinger MA, Kathryn S. Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*. 2000;27(2):112-119.

Chou FH, Chen CH, Kuo SH, Tzeng YL. Experience Of Taiwanese women living with nausea and vomiting during pregnancy. *Journal of Midwifery&Womens Health*. 2006;51(5):370-375.

Cihangiroğlu N. Kararlara Katılım ile Örgütsel Adalet Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi: Doktorlar Üzerinde Bir Araştırma, III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Poster Bildirileri Kitabı, Ankara 2011.

Cingisiz N. Ortaöğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin duygusal zekaları ile evlilik doyumları arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniveristesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep, Türkiye. 2010.

Cui M, Conger RD, Lorenz FO. Predicting change in adolescent adjustment from change in marital problems. *Developmental Psychology* 2005;41(5):812-823.

Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams obstetrics*. McGraw-Hill; New York: 2009.

Çağ P, Yıldırım İ. Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2013;4(39):13-23.

Çapri B, Gökçakan Z. Eş tükenmişliğini yordayan değişkenler. *Elementary Education Online* 2013;12(2):561-574.

Çankırlı A. *Evlilik Okulu*, İstanbul, Zafer Yayınları. 2011.

http://www.ssu.edu.tr/uploads/evlilikokulu_LNvOODYP.pdf Erişim Tarihi: 05.05.2014.

Çınar L. Evlilik doyumunu: cinsiyet rolleri ve yardım arama tutumu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2008.

Çimen EŞ. Görücü usulü ve anlaşarak evlenen bireylerin çeşitli sosyal psikolojik faktörler yönünden karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2007.

- Çimen LK. Bir faktör olarak eğitimin kadının aile içi kararlara katılımı üzerine etkisi. *International Journal of New Trends in Arts, Sports & Science Education*. 2012;1(2):78-90.
- Demiray Ö. Evlilikte uyumun demografik özelliklere göre incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır, Türkiye. 2006.
- Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, Türkiye. 2006.
- Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero V. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development* 2009;85(1):65-67.
- Donaldson-Myles F. Postnatal depression and infant feeding: A review of the evidence. *The British Journal of Management* 2011;19(10):619-624.
- Donma M, Donma O. Evlilik problemleri, sosyal ve fiziksel çevre ile çocuk sağlığı etkileşiminde sosyal hizmetlerin önemi. Küreselleşen Dünyada Sosyal Hizmetlerin Konumu Hedefleri ve Geleceği. Sempozyum Sunum Kitabı. 2006;67-71.
- Doyurgan KT. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Türkiye. 2009.
- Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;21(1):115-26.
- Ersanlı K, Kalkan M. Evlilik ilişkilerini geliştirme. Kuram ve uygulama. 1. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara: 2008.
- Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan RL. Evlilik uyumu. *Düşünen Adam* 2005;18(1):39-47.
- Erdoğan S. Evlilik uyumu ve psikiyatrik rahatsızlıklar, bağlanma stilleri ve mizaç karakter özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye. 2007.

Ergin NG. Evli ve boşanmış kişilerin evlilik uyumu ve cinsiyetçilik açısından karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2008.

Ergin F, Aksu H, Demiröz F. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13(4):1-9.

Eryurt MA, Adalı T, Şahin E. Türkiye’de Doğurganlığın Dönüşümü: Alt Nüfus Gruplarındaki Farklılaşmalar. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara. 2009;1-40.

Faulkner M, Davies S. Social support in the healthcare setting: the role of volunteers. *Health and Social Care in The Community* 2005;3(1):38-45.

Fırsıoğlu H. Consanguineous marriage and marital adjustment in Turkey. *The Family Journal* 2001;9(2):215-222.

Fırsıoğlu H, Demir A. Applicability of the dyadic adjustment scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment* 2000; 16(3):214-218.

Fidanoğlu O. Evlilik uyumu ile eşlerin somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişki ve diğer sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2007.

Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses’ experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nursing* 2010;27(3):255-262.

Gölbaşı Z, Kelleci M, Kısacık G. Gebelikte depresif belirtiler: prevalans ve risk faktörlerine ilişkin bir çalışma. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Özet Kitabı. 19-22 Nisan 2007, Ankara; 2007. p. 255.

Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009;1(1):68-79.

Günay G, Bener Ö. Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde aile içi yaşamı algılama biçimleri. *TSA* 2011;15:3.

Güzel Ertop N. 15-49 Yaş arası evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisinin incelenmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;14(3):1-8.

Hammed A. The interactive effect of stress, social support and work-family conflict on Nigerian women's mental health. European Journal of Social Sciences 2009;7(2):53-65.

Hayes BA. From postnatal depression to perinatal anxiety and depression: key points of the national perinatal depression plan for nurses and midwives in Australian primary health care settings. Contemporary Nurse 2010;35(1):58-67.

Hayward M, Zhang Z. Gender, the marital life course, and cardiovascular disease in late midlife. Journal of Marriage and Family 2006;68(3):639-657.

Hawkins DN. Unhappily ever after: effects of term, low quality marriages on well-being. Social Forces 2005;84(1):445-465.

Henderson AD, Thomas VS, Horne AM. Mothers and sons: a look at the relationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression, and family cohesion. The Family Journal 2003;11(1):33-41.

Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. Journal of Affective Disorders 2004;80(1):65-73.

Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. The Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 2013;42(3):287-300.

Hortaçsu N. Family versus couple-initiated marriages in Turkey: Similarities and differences over the family life cycle. Asian Journal of Social Psychology 2007;10(2):103-316.

Hudson DB, Elek SM, Fleck MO. First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: infant care, self-efficacy, parenting satisfaction and infant sex. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 2001;24(1):31-43.

Hünler OS, Gençöz T. Boyun eğici davranışlar ve evlilik doyumu ilişkisi: algılanan evlilik problemleri çözümünün rolü. Türk Psikoloji Dergisi 2003;18(51):99-108.

Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Women and Birth* 2012;25(1):23-28.

Josefsson A, Angelsiö L, Berg G. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;99(2):223-227.

Leveno KJ, Cunningham FG. Williams doğum bilgisi el kitabı. 21. Baskı. 2004;293.

ICM. Appropriate maternity services for normal pregnancy, childbirth and the postnatal period. Position statement, 2011, <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/>. Erişim Tarihi: 19.05.2014.

ICM. The International Confederation of Midwives, 2013. <http://www.jonbainestours.couuk/tour/mmedical-professional-tour?tour=69>. Erişim Tarihi: 09.03.2014

ICN. Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses). Baumann A. Olumlu Çatışma Ortamları Nitelikli İşyerleri= Nitelikli Hasta Bakımı, Bilgi ve Eylem araç kiti. Geneva, Switzerland. 2007.

http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=4&ved=0CDsQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.turkhemsirelerdernegi.org.tr%2FUpload%2Fdosyalar%2FICN%2520CEV%25C4%25B0R%25C4%25B0%2520METN%25C4%25B0.doc&ei=e4b1U9n5EYOp7Ab0t4Ew&usg=AFQjCNGq2_SOli6lOjyOlpLgpj9RQzRhMg&sig2=138ln4m36CcUvvUyVDikEA Erişim Tarihi: 06.06.2014.

ICN. Uluslararası Hemşireler Konseyi. Toplumlara Nitelikli Hizmet Ulaştırmak ve Sunmak: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Liderlik Eden Hemşireler. ICN International Council of Nurses, 3, place JeanMarteau, 1201 Geneva, Switzerland ISBN: 9789295065321. 2008.

<http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CB8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.turkhemsirelerdernegi.org.tr%2FUpload%2Fdosyalar%2FICN%2520tema2008ceviri.doc&ei=0oX1U8fZM6zT7AbehoAQ&usg=AFQjCNGZryyW6eZbSlh2xFtqO-oCd4dEAg&sig2=OqFRMmmLIS4iagftRrvM2A>

Işık SN, Bilgili N. Postnatal depression: midwives and nurses. Knowledge and practices. *Erciyes Tıp Dergisi* 2010;32(4):265-274.

Jenkins J, Simpson A, Judy Dunn J, Rasbash J, Thomas G, O'Connor TO. Mutual influence of marital conflict and children's behavior problems: shared and nonshared family risks. *Child Development* 2005;76(1):24-39.

Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Women and Birth* 2012;25(1):23-28.

Kalkan M. Evlilik ilişkisini geliştirme programının, evlilerin evlilik uyum düzeyine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Samsun, Türkiye. 2002

Karagöz Y. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye. 2011.

Kavanaugh ML, Lindberg LD, Frost J. Factors influencing partners' involvement in women's contraceptive services. *Contraception* 2012;85(1):83-90.

Kaner S. Psychometric Properties of revised parental social support scale. *Education and Science* 2010;35(157):15-29.

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

Kargı E, Akman B. Üniversiteli gençlerin bakış açısıyla aile içi sorunlar. küreselleşen dünyada sosyal hizmetlerin konumu hedefleri ve geleceği. Sempozyum Sunum Kitabı; 2006;140.

Kartal A, Çetinkaya B. Yüksekokul öğrencilerinin algılanan sosyal destek durumları ve sosyal desteği etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(12):159-173.

Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Edirne, Türkiye. 2008.

Kışlak Tutarel Ş, Çabukça F. Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Aile ve Toplum, Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* 2002;5(2):32-38.

Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve vadilasyon çalışması. Adnan Mendres Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;9(1):1-8.

Kurtcu A. Sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve tutumlarının incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas, Türkiye. 2010.

Koç G. Doğum sonu erken dönemde taburcu edilen anneler için geliştirilen evde bakım hizmet modelinin etkinliğinin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye. 2005.

Littleton LY, Engebreston JC. Maternal, neonatal and women's health nursing. 1st Edition, Canada: 2005;293-294.

Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stres. BMC Psychiatry 2008;16(8):24.

Maciocia G. Obstetrics and gynecology in Chinese medicine. 2. Ed. Churchill Livingstone. Edinburg: 2011.

Manjunath NG, Venkatesh G. Postpartum blue is common in socially and economically insecure mothers. Indian Journal of Community Medicine 2011;36(3):231-233.

Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2008;28:525-532.

McCarthy B, McCarthy E. Sexual Awareness. 5th Ed. London: Routledge Taylor and Francis Group. 2012.

McGovern JM, Meyers SA. Relationships between sex role attitudes, division of household tasks and marital adjustment. Contemporary Family Therapy 2002;24(4):601-618.

Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(2):71-76.

Murray SS, McKinney ES. Foundations of maternal-newborn and women's health nursing. 6th Ed. ABD: Elseiver Saunders, 2014.

Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2009;36(4):771-788.

Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA. Sivas il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon yaygınlığı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;26(2):55-59.

Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırkpınar G. Gebe kadınların ailelerinden aldıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4:98-105.

Ödemiş H. İlköğretim öğretmenlerinin iş tatminleri ile evlilik uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2008.

Özbey S. Ebeveynlerin evlilik uyumu ve algıladıkları sosyal destek ile altı yaş çocuklarının problem davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2012;20(1):43-62.

Özgüven İE. Evlilik ve aile terapisi. Ankara: PDREM Yayınları, 2000.

Özdemir F, Bodur S, Nazik E, Nazik H, Kanbur A. Hiperemezis gravidarum tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. *TAP Preventive Medicine Bulletin* 2010;9(5):463-470.

Özkan S, Sevil Ü. Doğum sonrası fonksiyonel durum envanterinin geçerlilik güvenilirlik çalışması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(3):199-208.

Pantley E. *Gentle Baby Care*. McGraw-Hill Education, 1Edition:2003.

Priest S, Barnett B. Perinatal anxiety and depression: issues outcomes and interventions. *Infants of parents with mental illness: developmental, clinical, cultural and personal perspectives*. Bowen Hills: Australian Academic Press; 2008.

Polat D. Evli Bireylerin Evlilik Uyumları, Aldatma Egilimleri ve Çatışma Egilimleri Arasındaki ilişkilerin Bazı Degiskenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2006.

Rhoden JL. Marital cohesion, flexibility, and communication in the marriages of nontraditional and traditional women. *The Family Journal* 2003;11(3):248-256.

Rini C, Schetter DC, Hobel CJ, Glynn LM, Sandman CA. Effective social support: antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships* 2006;13(2):207-229.

Rosemarry H, Kelly M. Somatic complaints among pregnant women. *General Hospital Psychiatry* 2001;23(3):107-113.

Ross CE, Mirowsky J. Family relationships, social support and subjective life expectancy. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002;43(4):469-489.

Şahin NH, Soypak F. Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2010;41(4):187-193.

Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;27(1):51-58.

Sardoğan ME, Karahan TF. Evli bireylere yönelik bir insan ilişkileri beceri eğitimi programı'nın evli bireylerin evlilik uyum düzeylerine etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2005;38(2):89-102.

Savi F. 12–15 Yaş arası ilköğretim öğrencilerinin davranış sorunları ile aile işlevleri ve anne-baba kişilik özellikleri arasındaki ilişkisinin incelenmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı, İzmir, Türkiye. 2008.

Segre LS, O'Hara MW. Gebelik ve postpartum dönemde ruhsal bozukluklar. *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji*:10. Baskı 2010; 505-513.

Seehusen DA, Baldwin L, Runkle GP, Clark G. Are family physicians appropriately screening for postpartum depression. *The Journal of the American Board of Family Practice* 2005;18(2):104-112.

Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 2009;25(2):155-162.

Sezal İ. *Sosyolojiye Giriş*. Martı Yayınları: Ankara; 2003.

Shaw E, Kaczorowski J. Postpartum care-What's new?. *Journal Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2007;19(6):561-567.

Singh R, Thind SK, Jaswal S. Assesment of marital adjustment among couples with respect to women's educational level and employment status. *Anthropologist* 2006; 8(4):259-266.

Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and the similar dyads. *Journal of Marriage Family* 1976;38:15-28.

Spainer GB. The measurement of marital quality. *Journal of Sex&Marital Therapy* 1979;5(3):288-300.

Spotts EL, Lichtenstein P, Pedersen N, Neiderhiser JM, Hansson K. Personality and marital satisfaction. *European Journal of Personality* 2005;19:205-227.

Sunal N, Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4:12.

Şen E, Bulut S, Şirin A. Primer infertil kadınlarda eşler arası uyumun incelenmesi. *Florance Nigtingale Hemşirelik Dergisi* 2014;22:1:17-24.

Şendil G, Korkut Y. Evli çiftlerdeki çift uyumu ve evlilik çatışmasının demografik özellikler açısından incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Psikoloji Çalışmaları Dergisi* 2008;28(1):15-34.

Şeker S. Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye. 2006.

Şener A, Terzioğlu G. Arkadaşlık ilişkilerinin evlilik uyumu üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Aile ve Toplum, Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* 2008:1-15.

Şener A, Terzioğlu G. Ailede eşler arasında uyuma etki eden faktörlerin araştırılması. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, 2002.

Şener A, Terzioğlu G. Bazı Sosyo-ekonomik ve demografik değişkenler ile iletişimin eşler arası uyuma etkisinin araştırılması. *Aile ve Toplum, Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* 2008;10(4):7-20.

Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. Midwifery. 2009;25(2):155-62.

Taşçı E. Hiperemesis gravidarum tanısı alan ve almayan gebelerin evlilik uyum düzeylerinin karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Programı, İzmir, Türkiye. 2004.

Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2008;5(2):105-110.

Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2011.

T.C. BASAGM (Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü). Türkiye’de aile değerleri araştırması. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayını, Genel Yayın No: 145. 2010.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Hemşirelik, doğum öncesi izlem ve bakım: Ankara 2012.

http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Do%C4%9Fum%20%C3%96ncesi%20%C4%B0zlem%20Ve%20Bak%C4%B1m.pdf Erişim Tarihi: 10.05.2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi, Ankara: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 2009;9-41.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye kadın sağlığı araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara: 2014. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/AP_D_1.pdf. Erişim Tarihi: 18.05.2014.

T.C Sağlık Bakanlığı. Sağlık 21, herkese sağlık Türkiye’nin sağlık hedef ve stratejileri. Ankara, Türkiye. 2001;70-71.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal aile planlaması hizmet rehberi cilt I. Cinsellik ve üreme sağlığı. Ana çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti; 2005.

T.C.Sağlık Bakanlığı. Cinsel sağlık / üreme sağlığı. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. No: 2-B, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi, Ankara, 2009.ISBN 975-590-136-1.

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/G%C3%BCvenli%20Annelik%20kat%C4%B1%C4%B1mc%C4%B1%20kitab%C4%B1.pdf>, Erişim Tarihi: 25.04.2014.

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Evlenme ve Boşanma İstatistikleri. Sayı:1346928: 2013.

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13469> Erişim Tarihi: 20.03.2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum sonu bakım yönetim rehberi. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 2010. <http://www.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 26.02.2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönerge. Toplum Sağlığı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2005, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_contentHYPERLINK "http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34"&HYPERLINK Erişim Tarihi: 20.04.2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal ruh sağlığı eylem planı 2011-2023. Ankara: Yayın No: 847. 2011. <http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-73156/h/ulusal2608112.pdf> 20.04.2014, Erişim Tarihi: 15.05.2014.

TÜİK. İş gücü piyasası analizi raporu. Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Aydın Çalışma ve İş Kurumu İMdrlğ.2013,http://www.aydiniskur.gov.tr/FileUpload/bs496146/File/aydin_ipa_raporu_2013-yayin.pdf Erişim Tarihi: 15.05.2014.

T.C. Resmi Gazete. Evde bakım hizmetleri yönetmeliği. 2005, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=261:evde-bakim-hmetlersunumu-hakkinda-yetmel&catid=2:yemelik&Itemid=33, Erişim Tarihi: 21.04.2014.

T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik yönetmeliği. 2011, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/201100419-5.htm>, Erişim Tarihi: 18.04.2014.

T.C. Resmi Gazete. Aile hekimliği yönetmeliği. 2013, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/201300719-5.htm>, Erişim Tarihi: 15.05.2014.

Tezcan S, Çağatay P, Tunçkanat H, Gl R. Türkiye’de Sezaryen ile Yapılan Doğumların Seviyesi, Değişimi ve Belirleyicileri. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara. 2009;159-180.

Tezel A. Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin/ebelerin sorumlulukları. *New Symposium Journal* 2006;44(1):49-52.

Timur S, Ege E, Bakış E. Engelli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;10(1):52-58.

Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing* 2001;10(5):618-627.

Turan F. Aile ve değişme. İn: Kasapoğlu A, Karkıner N (Eds). *Aile Sosyolojisi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını; 2011. p. 237-253.

Tutarel Kışlak Ş, Çabukça F. Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Aile ve Toplum, Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* 2002;2(5):35-42.

Tutarel Kışlak Ş, Göztepe I. Duygu dışavurum, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012;3(2): DOI: 10.1501.

Tüzer V, Tuncel A, Göka S, Doğan Bulut S, Yüksel FV, Atan A, Göka E. Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turkish Journal of Medical Sciences* 2010;40(2):229-237.

Tüzün H. Ankara merkezindeki bazı birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların sağlık ve sosyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Ankara, Türkiye. 2006.

Twenge MJ, Campbell KW, Foster AC. Parenthood and marital satisfaction. A Meta Analytic Review. *Journal of Marriage and Family* 2003;65(3):574-583.

Wang Y, Wang Y, Guo X, Chen J, Pu X, Liu Y. Study on the marital adjustment in the third trimester of pregnancy. *China Journal Obstetric Gynecology Pediatry* 2010;6(6):417-420.

Weiss ME, Ryan P, Lokken L. Validity and reliability of the perceived readiness for discharge after birth scale. *The Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 2006;35(1):34-45.

WHO. The world health report 2006-Working together for health. Geneva, Switzerland. 2006. http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf Erişim Tarihi:01/06/2014.

WHO. The world health statistics. Geneva, Switzerland. 2010.

http://www.who.int/whosis/whostat/ EN_WHS09_Full.pdf, Erişim Tarihi:10/06/2014

- Van der Akker OBA. Reproductive health psychology. UK: Wiley-Blackwell; 2012.
- Yağmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *International Journal of Public Health*. 2010;55(6):543-549.
- Yalçın H. Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki. *Eğitim Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2014;3(1):250-261.
- Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Aile ve Toplum, Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2006;3(10):35-42.
- Yaşar F. İlköğretime devam eden öğrencilerin anne-çocuk ilişkisini kabul ve reddedici algılama düzeyinin annenin evlilik doyumu ve evlilik uyumu düzeyiyle ilişkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana, Türkiye. 2009.*
- Yavuz S, Yüceşahin MM. Türkiye’de hanehalkı kompozisyonlarında değişimler ve bölgesel farklılaşmalar. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2012;15(1):76-118.
- Yekenkunrul D, Mete S. Gebelikte bulantı kusma, evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2012;5(3):89-95.
- Yeşiltepe SS. Öğretmenlerin evlilik uyumlarının psikolojik iyi oluş ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri AD, Adana, Türkiye. 2011.*
- Yılmaz A. Eşler arasındaki uyum: kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2001;1(4):49-58.
- Yılmaz M, Öncel S. Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2009;1(1):32-38.
- Yılmazçoban M. Evlilikte çiftleri etkileyen unsurlar ve arkadaşlık ilkeleri. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi* 2011;1:179-195.
- Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E, Robertson D, Sanders MR. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*. 2005;6(4):287-304.

ÖZGEÇMİŞ

Sevilay ÇOBANLAR AKKAŞ, 1984 yılında Aydın'da doğmuştur. İlkokul eğitimini, 1990-1995 yılları arasında İncirliova 50. Yıl İlkokulu ve 1995-1998 yılları arasında İncirliova Hürmüs Ayaydın Ortaokulu'nda almıştır. 1998-2002 yıllarında ise Aydın Süleyman Demirel Anadolu Lisesi'nde lise eğitimini tamamlamıştır.

Araştırmacı, lisans eğitimi için 2003 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu'na girmiş ve 2007 yılında Yüksek Hemşire unvanı ile mezun olmuştur. Mezuniyet sonrası Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde altı ay hemşire olarak çalışmıştır. Daha sonra 2007 yılında Özel Aydın Göz Hastanesi'nde ameliyathane hemşiresi olarak göreve başlamış ve halen aynı yerde görevine devam etmektedir.

Araştırmacı, 2009-2014 yılları arasında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır.

Sevilay ÇOBANLAR AKKAŞ, evli ve bir çocuk annesidir.

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda destek olan, özellikle tezimin planlanması, hazırlanması ve yazılması aşamalarında yardımını ve büyük desteğini gördüğüm, olumlu eleştirileriyle motive eden ve kendime örnek aldığım değerli hocam Sayın Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitim hayatıma katkıda bulunan tüm bölüm hocalarıma, araştırmaya maddi destek sağlayan Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne,

Araştırmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlara ve verilerin toplanma aşamasında destekleyici tavırlarıyla yardımcı olan tüm hemşire, ebe ve hekimlere, ayrıca yüksek lisans eğitimim süresince gerekli desteği sağlayan çalışma arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimimin başından sonuna kadar ve tezimin yazım aşamasında tüm yoğunluğuna rağmen bu süreçte anlayış ve sevgisiyle manevi destek veren sevgili eşim Ersun AKKAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimimin uzamasına neden olsa da, bu sırada gebelik ve annelik deneyimini bana yaşatarak tezimdeki süreçleri daha iyi yorumlamamı sağlayan, henüz 2 yaşında olan ve varlığıyla bana güç veren, beni motive eden hayatımın anlamı sevgili kızım Ada Su AKKAŞ'a,

Eğitim hayatımda her zaman sevgi ve destekleriyle yanımda olan annem, babam ve kardeşime, ayrıca tez yazım aşamasında sabır ve sevgiyle kızım ile ilgilenen tüm aileme, çok teşekkür ederim.

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmanın amacı nedir?

Gebe kadınların, gebelik döneminde eşler arası uyumların tanımlanması ve gebelik ile eşler arası uyumun ilişkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır.

Katılma koşulları nedir?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için evli, okur-yazar olan ve tanı konmuş herhangi psikiyatrik bir hastalığı olmayan gebe kadın olmanız gerekir.

Nasıl bir uygulama yapılacaktır?

Gönüllülere anket uygulaması ile sorular sorulacaktır.

Sorumluluklarım nedir?

Araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara doğru cevap vermek ve araştırmacının önerilerine uyma sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Katılımcı sayısı nedir?

Araştırmada yer alacak gönüllüler, 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ndeki tüm gebe kadınlardır.

Katılımım ne kadar sürecektir?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15-20 dk' dır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası yarar nedir?

Bu tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu değildir, bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası riskler nedir?

Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu çalışmaya katılma ile beklenen olası bir risk yoktur.

Araştırma sürecinde birlikte kullanılmasının sakıncalı olduğu bilinen ilaçlar/besinler nelerdir?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besin yoktur.

Hangi koşullarda araştırma dışı bırakılabilirim?

Çalışma programını aksatmanız ve araştırmaya katılma koşulları dışında kalan özellikler gibi nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

Çalışma kapsamındaki giderler karşılanacak mıdır?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Çalışmayı destekleyen kurum var mıdır?

Çalışmayı destekleyen kurum, Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Birimi'dir.

Çalışmaya katılmam nedeniyle herhangi bir ödeme yapılacak mıdır?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmemem veya araştırmadan ayrılmam durumunda ne yapmam gerekir?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, soruları gerçekçi şekilde cevaplamamanız, çalışma programını aksatmanız veya araştırmaya alınacak niteliklere uymamanız vb. nedenlerle isteğiniz dışında, ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

Katılmama ilişkin bilgiler konusunda gizlilik sağlanabilecek midir?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman

tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL&FAKS		
TARİH		
Vekalet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli veya Vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL&FAKS		
TARİH		
Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Bir Araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		
Gerektiği Durumlarda Tanık		İMZASI
ADI & SOYADI		
Görevi		
TARİH		

Ek 2. Soru Formu

I. Sosyo-demografik Özellikler

1. Yaşınız?
2. Eşinizin yaşı?
3. Eğitim durumunuz?
 1. Sadece okur-yazar
 2. İlköğretim mezunu
 3. Lise mezunu
 4. Üniversite mezunu
 5. Yüksek lisans ve üzeri
4. Eşinizin eğitim durumu?
 1. Okur-yazar değil
 2. Sadece okur yazar
 3. İlköğretim mezunu
 4. Lise mezunu
 5. Üniversite mezunu
 6. Yüksek lisans ve üzeri
5. Çalışma durumunuz?
 1. Ev hanımı
 2. Memur
 3. İşçi
 4. Serbest meslek
 5. Emekli
 6. Diğer (Belirtiniz:.....)
6. Eşinizin çalışma durumu?
 1. İşsiz
 2. Memur
 3. İşçi
 4. Serbest meslek
 5. Emekli
 6. Diğer (Belirtiniz:.....)
7. Sağlık güvenceniz var mı?
 1. Hayır
 2. Evet
8. Size göre ekonomik durumunuz nasıldır?
 1. Gelir giderden az
 2. Gelir gidere denk
 3. Gelir giderden fazla
9. En uzun süre yaşadığınız yer?
 1. Köy
 2. İlçe/Kasaba
 3. Şehir
 4. Büyük şehir
 5. Yurt dışı
10. Eş ve çocuklarınız dışında, evde birlikte yaşadığınız aile büyükleriniz ya da akrabalarınız var mı?
 1. Hayır, yok
 2. Evet, var (Birlikte yaşadığınız kişiler?.....)
11. İlk evlilik yaşıınız?.....
12. Bu kaçınıcı evliliğiniz?.....

13. Kaç yıldır evlisiniz?.....

14. Eşiniz ile nasıl evlendiniz?

1. Görücü usulü
2. Anlaşarak/isteyerek
3. Kaçarak
4. İstemeyerek/aile baskısı
5. Akraba evliliği
6. Diğer (Belirtiniz:.....)

15. Eşiniz ile akrabalığınız var mı?

1. Hayır
2. Evet, akrabalık derecenizi belirtiniz:.....

16. Uzun süredir devam eden, sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren herhangi bir kronik (fiziksel ya da ruhsal) hastalığınız var mı?

1. Hayır
2. Evet (Belirtiniz:

17. Eşinizin uzun süredir devam eden, sürekli ilaç kullanmasını gerektiren herhangi bir kronik (fiziksel ya da ruhsal) hastalığı var mı?

1. Hayır
2. Evet (Belirtiniz:

18. Aile içi kararları genellikle kim alır?

1. Ben
2. Eşim
3. Eşim ve ben birlikte
4. Diğer (Belirtiniz:.....)

19. Genel olarak eşinizle ilişkiniz nasıldır?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü

20. Genel olarak eşinizin size karşı yaklaşımı nasıldır?

1. Olumlu (Anlayışlı, saygılı, destekleyici, pozitif)
2. Olumsuz (Eleştirel, kavgacı, negatif)
3. Bazen olumlu, bazen olumsuz
4. Kötü (Şiddet uygular, döver)
5. Diğer (Belirtiniz:

21. Genel olarak evliliğiniz nasıldır?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü

22. Evliliğinize ilişkin yaşadığınız sorunlar var mı?

1. Hayır
2. Evet (Belirtiniz:

43. Gebeliğiniz ve doğum ile ilgili endişe/kaygılarınız var mı?
1. Hayır 2. Evet (Kaygı ve endişelerinizi belirtiniz:.....)

44. Gebeliğinizde en çok hangi konularda destek ve yardıma ihtiyaç duyduunuz/
duyuyorsunuz?
1. Hiçbir konuda yardıma ihtiyaç duymadım
2. Ev işleri
3. Çocuk bakımı
4. Gebelikle ilgili bilgiler
5. Manevi/duygusal destek
6. Diğer (Belirtiniz:

45. Gebeliğinizde en çok destek ve yardım almak istediğiniz kişi/kişiler kimdir?
1. Eş 2. Kendi ailem 3. Eşimin ailesi
4. Arkadaşlarım 5. Ebe 6. Hemşire
7. Doktor 8. Diğer (Belirtiniz:.....)

46. Gebeliğinizde duygusal olarak ya da günlük yaşamınızdaki işleri sürdürmede size
destek olacak kişiler var mı?
1. Hayır (48.soruya geçiniz) 2. Evet

47. Cevabımız evet ise, gebeliğinizde en çok kimden/kimlerden destek görüyorsunuz?
1. Hiç kimse 2. Eşim 3. Annem
4. Kayınvalidem 5. Başka bir akrabam 6. Arkadaşım
7. Komşum 8. Diğer (Belirtiniz:.....)

48. Eşinizden en çok hangi konularda destek alıyorsunuz?
1. Ev işleri 2. Çocuk bakımı
3. Manevi/duygusal destek 4. Diğer (Belirtiniz:.....)

49. Gebelikte eşinizden aldığımız destek sizce nasıl?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta
4. Kötü 5. Çok kötü

50. Gebelik evliliğinizi nasıl etkiledi?
1. Etkilemedi

2. Olumsuz etkiledi (Belirtiniz:)
3. Olumlu etkiledi (Belirtiniz:)

51. Gebelik eşinizle olan ilişkinizi nasıl etkiledi?

1. Etkilemedi
2. Olumsuz etkiledi (Belirtiniz:)
3. Olumlu etkiledi (Belirtiniz:)

52. Gebelik **eşinizin** size karşı yaklaşımını nasıl etkiledi?

1. Etkilemedi
2. Olumsuz etkiledi (Belirtiniz:)
3. Olumlu etkiledi (Belirtiniz:)

Ek 3. Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) (Dyadic Adjustment Scale)

ÇİFTLER UYUM ÖLÇEĞİ

Birçok insanın ilişkilerinde anlaşmazlıkları vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşmama ölçüsünü aşağıda verilen altı düzeyden birini seçerek belirtiniz.

	Her zaman anlaşılır	Hemen hemen her zaman anlaşılır	Nadiren anlaşamayız	Sıkça anlaşamayız	Hemen hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi.....						
2. Eğlenceyle ilgili konular.....						
3. Dini konular.....						
4. Muhabbet-sevgi gösterme.....						
5. Arkadaşlar.....						
6. Cinsel yaşam.....						
7. Geleneksellik (doğru veya uygun davranış).....						
8. Yaşam felsefesi.....						
9. Anne, baba ya da yakın akrabalarla ilişkiler.....						
10. Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler ve konular.....						
11. Birlikte geçirilen zaman miktarı.....						
12. Temel kararların alınması.....						
13. Ev ile ilgili görevler.....						
14. Boş zaman ilgi ve uğraşları.....						
15. Mesleki kararlar.....						

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Zaman zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
16. Ne sıklıkla boşanmayı, ayrılmayı ya da ilişkinizi bitirmeyi düşünür ya da tartışırsınız?.....						
17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgedan sonra evi terk edersiniz?.....						
18. Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz?.....						
19. Eşinize güvenir misiniz?.....						
20. Evlendiğiniz için hiç pişmanlık duyar mısınız?.....						
21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz?.....						
22. Ne sıklıkla birbirinizin sınırlarını ihlal etmiş neden olursunuz?.....						

	Her gün	Hemen hemen her gün	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
23. Eşinizi öper misiniz?.....					
24. Siz ve eşiniz ev dışı etkinlikleriniz ne kadarına birlikte katılırsınız?.....					

	Hiçbir zaman	Ayda birden az	Ayda bir veya iki defa	Haftada bir veya iki defa	Günde bir defa	Günde birden fazla
Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkla geçer?						
25. Teşvik edici fikir alışverişinde bulunmak.....						
26. Birlikte gülmek.....						
27. Bir şeyi sakince tartışmak.....						
28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak.....						

Eşlerin bazı zamanlar anlaşmazlıkları, bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görülmüş farkındalık veya problem yarattıysa belirtiniz (Evet veya Hayır'ı işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
29. Seks için çok yorgun olmak.....		
30. Sevgi göstermemek.....		

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki "mutlu" birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir.

İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.
()Aşırı mutsuz ()Oldukça mutsuz ()Az mutsuz ()Mutlu ()Oldukça mutlu ()Aşırı mutlu ()Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

- () İlişkinin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapabileceğim hiçbir şey yoktur.
- () İlişkinin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapabileceğim her şeyi yapacağım.
- () İlişkinin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.
- () İlişkinin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.
- () İlişkinin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.
- () İlişkinin asla başarılı olmayacak ve ilişkinin yürütmesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.

Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı İzin Yazısı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04- 163
Konu : Çalışmamız hk.

04.07.2012

Sayın, Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Aydın Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hastalıkları Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.07.2012 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmamızla ilgili alınan 11 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkan Yrd.

KARAR 11

Protokol No : 2012/91
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Aydın Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hastalıkları Hemş. AD

Aydın Sağlık Yüksekokulu/ Hemşirelik Bölümü/Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'nın "Gebelik döneminde eşler arası uyum" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

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

Ek 5. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI: B.10.4.ISM.0.09.05.00-605-01/165
KONU: Araştırma İzni

21.06.2012 * 13170

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

AYDIN

İLGİ: 08.06.2012 tarih ve 3936 sayılı yazınız.

İlgi yazıda, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Sevilay ÇOBANLAR AKKAŞ'ın, 01 Temmuz -30 Eylül 2012 tarihleri arasında, "Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum" konulu tez çalışması yapmayı planladığı belirtilmektedir.

Söz konusu çalışmanın, kendi elemanlarınızca ve hizmeti aksatmayacak şekilde, 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde, çalışmaya katılma konusunda gönüllü olan Aile Hekimlerine bağlı gebelerle yapılması Müdürlüğümüzçe uygun görülmüş olup, ilgili Valilik onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Araştırma bitiminde, sonuç değerlendirme raporlarının İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Bilgi Sistemleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Şubesine gönderilmesi konusunda; Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Hüsnü TIRPANCI
Vali a.
Sağlık Müdürü

Eki: 1 Adet Valilik Onayı

Tarih	22.06.2012
Dosya No	60501
Sıra No	8905
İzine Alınan	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
İzine Alınan	Yazı İşleri

Gelen Evrak	
Tarih	25.06.2012
Sayı	Bilgi İçin: H. SOLAK 635
İzine Alınan	300

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü- Araştırma Bilgi Sistemleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Hasan Efendi Mah. Gençlik Cad. No:3 AYDIN Tel: 0(256) 2135000-192 Faks: 0(256) 2135000

Ek 6. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı (Ek İzin)



Sağlık Bakanlığı
Aydın Sağlık Müdürlüğü

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

06.12.2012 • 22896

SAYI: B.10.4.ISM.0.09.05.00-605-01/793
KONU: Araştırma İzni

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

AYDIN

İLGİ: 28.11.2012 tarih ve 7242 sayılı yazınız.

İlgi yazıda, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Sevilay ÇOBANLAR AKKAŞ'ın, "Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum" konulu tez çalışmasını mazereti nedeniyle 01 Temmuz -30 Eylül 2012 tarihleri arasında tamamlayamadığı belirtilmektedir.

Söz konusu çalışma ile ilgili verilerin, 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezinde, 30.05.2013 tarihine kadar toplanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Araştırma bitiminde, sonuç değerlendirme raporlarının İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Bilgi Sistemleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Şubesine gönderilmesi konusunda; Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Hüsnü TIRPANCI
Vali a.
Sağlık Müdürü

07.12.2012
605.01
16529
Sağlık Bilimleri Enst. Müd.
Yazın İşleri

rw

fu

Gelen Evrak	
Tarih	08.12.2012
Sayı	1303
Dosya No.	300

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü- Araştırma Bilgi Sistemleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi Bilgi İçin: H. SOLAK
Hasan Efendi Mah. Gençlik Cad. No:3 AYDIN Tel: 0(256) 2135000-192 Faks: 0(256) 2151611

Ek 7. Çiftler Uyum Ölçeği Kullanım izin Yazısı

Sayın Fışiloğlu;

İyi çalışmalar, ben Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Gebelik döneminde eşler arası uyumun incelenmesini tez çalışmam olarak yapmayı planlıyorum. Bunun için geçerlik güvenirliğini Sayın Ayhan Demir ile yaptığınız "Çiftler Uyum Ölçeği"ni kullanmak istiyorum.

Çalışmamda ölçeği kullanmak için sizin izninizi istiyorum. Ölçek değerlendirmesini nasıl yaptığınız konusunda da bilgi vermenizi rica ediyorum.

Sabırsızlıkla cevabınızı bekliyorum. Saygılarımla, iyi çalışmalar.

Sevilay ÇOBANLAR AKKAŞ
sevilay.cobanlar@gmail.com
sewi_cobo@hotmail.com
Tel: 0 542 307 34 38

Hürol Fışiloğlu <fisil@metu.edu.tr>

Sayın Çobanlar Akkaş,
Mesajınıza ve nazik davetinize teşekkür ederim. Aydın şehir olarak ve üniversiteniz de sevdiğim birçok arkadaşımın bulunması nedeni ile benim çok sevdiğim yerler. Fırsat olduğunda seve seve uğrarım. Çalışmanızla ilgili ölçek ve makalesi ile puanlama ekli dosyalarda. İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla

10.04.2013 15:54 tarihinde, sevilay cobanlar yazdı:

Çalışmalarınızda şimdiden başarılar dilerim. Ölçeği kullanmak isteyenlere gönderdiğim bilgi dosyalarını ekli olarak bulacaksınız.

Prof. Dr. Hürol Fisiloglu
ODTÜ/Middle East Technical University
Psikoloji Böl./Department of Psychology
06531 Ankara
Türkiye/Turkey

Tel./Phone: +90 312 210 51 15

Fax: +90 312 210 79 75