



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
EBE-YL-2015-006**

YÜKSEK RİSKLİ GEBELERİN YAŞADIĞI ANTEPARTUM SEMPTOMLARIN GEBELİK UYUMUNA ETKİSİ

HÜLYA KAMALAK

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayden ÇOBAN**

AYDIN-2015

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
EBE-YL-2015-006**

**YÜKSEK RİSKLİ GEBELERİN YAŞADIĞI ANTEPARTUM
SEMPTOMLARIN GEBELİK UYUMUNA ETKİSİ**

HÜLYA KAMALAK

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayden ÇOBAN**

AYDIN-2015

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

Ebelik Anabilim Dalı öğrencisi Hülya KAMALAK tarafından hazırlanan “Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisi” başlıklı tez 08.09.2015 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Unvanı, Adı ve Soyadı:

Üniversitesi:

İmzası:

Doç. Dr. Ayden ÇOBAN (Başkan)

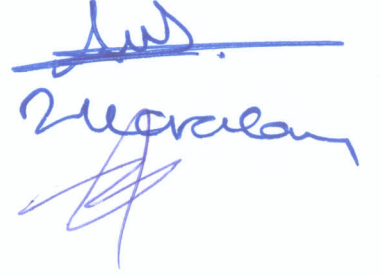
Adnan Menderes Üniversitesi

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

Adnan Menderes Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Nursen BOLSOY

Celal Bayar Üniversitesi



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun sayılı kararıyla..... tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Gebelik kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren bir süreçtir. Gebeler yaşadıkları fiziksel, psikolojik, sosyal değişimlerle etkili bir şekilde baş edemediğinde bu durum kriz olarak nitelendirilmekte ve gebenin uyum sorununu meydana getirmektedir. Gebeliğe uyum sürecini farklı değişkenler etkilemekle birlikte gebelerin yaşadıkları antepartum semptomlar gebeliğe uyumu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum yüksek riskli gebeliklerde daha çarpıcı olarak kendini göstermekte olup yüksek riskli gebelerin gebeliğe bağlı yakınmaları gebeliğe uyumlarında büyük öneme sahiptir. Bu çalışmada, yüksek riskli gebelerin yaşadıkları antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisinin değerlendirilmesi ve gebelere sunulan sağlık hizmetinin verimliliği ve etkinliği açısından katkı sağlanması umut edilmektedir.

Hülya KAMALAK

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
EKLER DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
1.4. Genel Bilgiler.....	4
1.4.1. Gebelik.....	4
1.4.2. Yüksek Riskli Gebelikler.....	4
1.4.3. Antepartum Semptomlar.....	6
1.4.3.1. Bulantı ve Kusma.....	7
1.4.3.2. Burun Tıkanıklığı ve Burun Kanaması (Epistaksis).....	8
1.4.3.3. Yorgunluk.....	8
1.4.3.4. Sık İdrara Çıkma.....	9
1.4.3.5. Üriner Sistem Enfeksiyonu.....	9
1.4.3.6. Memelerde Hassasiyet.....	9
1.4.3.7. Pityalizm.....	9
1.4.3.8. Vajinal Akıntıda Artma.....	9
1.4.3.9. Abdominal Rahatsızlık.....	10
1.4.3.10. Mide Yanması (Pirozis).....	10
1.4.3.11. İştahta Azalma/Artma.....	10
1.4.3.12. Ödem.....	11
1.4.3.13. Variköz Venler.....	11
1.4.3.14. Hemoroidler.....	11
1.4.3.15. Gaz.....	12
1.4.3.16. Konstipasyon.....	12
1.4.3.17. Sırt Ağrısı.....	12

1.4.3.18. Kas Krampları.....	12
1.4.3.19. Solunum Sıkıntısı.....	13
1.4.3.20. Uyku Değişikliği.....	13
1.4.3.21. Round Ligament Ağrısı.....	13
1.4.3.22. Karpal Tunel Sendromu	14
1.4.3.23. Baş Ağrısı.....	14
1.4.4. Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Anteartum Semptomlar	14
1.4.5. Gebeliğe Uyum.....	16
1.4.6. Gebeliğe Uyum Sürecinde Ebenin Rolü.....	20
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
2.1. Araştırmanın Şekli.....	23
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	23
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	25
2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	25
2.6. Veri Toplama Araçları.....	25
2.6.1. Gebe Tanıtım Formu.....	26
2.6.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği.....	26
2.6.3. Anteartum Semptom Kontrol Listesi.....	26
2.7. Ön Uygulama.....	27
2.8. Verilerin Toplanması.....	28
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
2.10. Değişkenler.....	28
2.10.1. Bağımlı Değişkenler.....	28
2.10.2. Bağımsız Değişkenler.....	28
2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
2.12. Araştırmanın Güçlükleri.....	29
2.13. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
3. BULGULAR.....	30
3.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	30
3.2. Gebelikte Yaşanan Anteartum Semptomlara İlişkin Bulgular.....	34
3.3. Gebelik Uyumuna İlişkin Bulgular.....	42
3.4. Anteartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisine İlişkin Bulgular.....	44

4. TARTIŞMA.....	49
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	49
4.2. Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomlara İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	52
4.3. Gebelik Uyumu ve Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	54
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
5.1. Sonuç.....	57
5.2. Öneriler.....	58
ÖZET.....	59
SUMMARY.....	61
KAYNAKLAR.....	63
ÖZGEÇMİŞ.....	71
TEŞEKKÜR.....	72
EKLER.....	73

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NST	: Non Stres Test
Ort	: Ortalama
PKDÖ	: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği
SS	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical and Power Analysis Size Software
S.O	: Sıra Ortalaması
S.T	: Sıra Toplamı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1.	PKDÖ'nin Alt ölçeklerinin Madde Numaraları ve Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Değerlerin Gösterilmesi.....	27
Çizelge 3.1.	Gebelerin ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	31
Çizelge 3.2.	Gebelerin Obstetrik Özellikleri.....	32
Çizelge 3.3.	Gebelerin Son Gebeliğine İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	34
Çizelge 3.4.	Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomların Dağılımı.....	36
Çizelge 3.5.	Yüksek Riskli ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Antepartum Semptom Varlığına Göre Karşılaştırılması.....	40
Çizelge 3.6.	Yüksek Riskli ve Kontrol Grubundaki Gebelerin PKDÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Çizelge 3.7.	Yüksek Riskli ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Yaşadıkları Antepartum Semptomlara Göre PKDÖ Toplam Puanların Karşılaştırılması.....	45

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Araştırmanın Zamanı	24
--------------------------------------	----

EKLER DİZİNİ

Ek 1.	Gebe Tanıtım Formu.....	73
Ek 2.	Antepartum Semptom Kontrol Listesi.....	75
Ek 3.	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği.....	77
Ek 4.	Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Onay Formu.....	80
Ek 5.	Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	81
Ek 6.	Antepartum Semptom Kontrol Listesi Kullanım İzni.....	82
Ek 7.	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni.....	83
Ek 8.	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	84

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada her gün yaklaşık 800 kadın gebelik ve doğumla ilişkili önlenebilir nedenlerle kaybedilmekte ve bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2013 yılında gebelik ve doğumda 289.000 kadın ölmüş ve bu ölümlerin neredeyse hepsi önlenebilir nedenlerden kaynaklanmaktadır (WHO 2015).

Dünyada doğacak çocukların %10-20'si ve gebelerin %20-30'u risk grubuna girmektedir. Gebelikteki bu riskli durumların annenin, bebeğin sağlığını ve hayatını tehdit etmeden kontrol altına alınabilmesi, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin bir başarısıdır (Taşkın 2014). Ülkemizde yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005'de kadınlarda önceden var olan hastalıklar ya da kronik hipertansif bozukluklar görülme oranı %13, dolaşım sistemi hastalıkları %4,8, diyabet gibi endokrin ve metabolik bozukluklar %5,5, anemi %2,7 ve obezite %1,7, sigara içme ise %2 olduğu görülmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri 2006).

Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen, anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Gebelerde en sık rastlanılan fiziksel ve emosyonel yakınmalar; sık idrara çıkma, bulantı-kusma, iştahta artma-azalma, mide yanması, kokulara karşı hassasiyet, konstipasyon, diyare, hemoroidler, varisler ve ödem, kas krampları, bel ağrısı, baş ağrısı, yorgunluk hissi, halsizlik, sıkıntı hissi ve uykusuzluktur (Sunal ve Demiryay 2009). Fertilizasyondan hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler hem annenin hem de fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik değişiklikleri sağlamak amacıyla gerçekleşmektedir. Kadının vücudu bu değişikliklere yeterli düzeyde uyum sağlayamadığında gebe ve fetüsün sağlığını tehdit eden sorunlar ortaya çıkmaktadır (Fenkçi 2004, Nazik 2005, Özçelik 2010). Bu durum yüksek riskli gebeliklerde daha çarpıcı olarak kendini göstermektedir (Gilbert 2011).

Yüksek riskli gebelik, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden mortalite ve morbidite olasılığını artıran fizyolojik, sosyal ve emosyonel bir durumdur (Gilbert 2011, Gonik ve ark 2008). Yüksek riskli gebelikler iki grupta ele alınır;

a) Gebelikten önce kronik bir hastalığı bulunan gebeler,

b) Gebeliğin yol açtığı ve aniden ortaya çıkan sorunlu gebelerdir (Oskay 2004, Lee ve ark 2012).

Bu gebelikler içerisinde gebelikten önce kronik hastalıkları olan kadınların gebelikleri ve gebelik süresince gelişen plasental anomaliler, Rh izoimmunizasyonu, gebeliğin yol açtığı hipertansiyon, erken doğum eylemi, erken membran rüptürü, fetal gelişme geriliği, serviks yetmezliği gibi komplikasyonlu gebelikler yer almaktadır (Oskay 2004, Gilbert 2011, Taşkın 2014).

Yüksek riskli gebelik tanısı konmuş gebeler, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için uzun sürelerle hastaneye yatırılabilirler. Yüksek riskli durumların bazılarında ise gebelere, hem hastaneye yatmaları hem de yatak istirahati yapmaları önerilmektedir (Oskay 2004, Maloni 2010, Gilbert 2011). Yatak istirahatındaki gebelerin alışılan günlük faaliyetlerden uzak kalma, doğacak bebek için hazırlıkları tamamlayamama, diğer hastalar ve ziyaretçileri tarafından sorgulanma, başkalarına bağımlı olma ve kendini mahkum gibi hissetme, sürekli pijama/gecelik giymek zorunda olma ve doğumun nasıl olacağı konusunda endişelenme gibi kendilik imajı sorgulayan stresörlerin de stres yaşamasına neden olduğu bildirilmektedir (Oskay 2004). Pamuk ve Aslan (2009)'ın çalışmasına göre, hastanede yatan riskli gebelerin yatak istirahatından kaynaklanan fiziksel yakınmalardan hazımsızlık, kasık, kalça, sırt, pelvis ve baş ağrısı, karında rahatsızlık, uyku bozuklukları ve ödem sorunları yaşadıkları bulunmuştur.

Yüksek riskli bir durumun gelişmesi, annelik ve babalık rollerinde karmaşaya yol açar ve ilave stresörlerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Gebenin sağlığıyla ilgili korkular, gebelikle ilgili abartılı karmaşık duygulara yol açabilir. Gebe ve ailesi yüksek riskli gebeliğin getirdiği kriz durumlarıyla baş etmek için hem geçmişte kullandıkları baş etme mekanizmalarına başvurmak hem de yeni baş etmeler öğrenmek zorundadır (Taşkın 2014). Özkan ve ark (2004)'nın yaptığı çalışmada yüksek riskli gebelerin anksiyete ve depresyon puanlarının sağlıklı gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Gebelik, fizyolojik bir süreç olmasına rağmen gebe ve ailesi için biyo-psikososyal uyum gerektiren bir durumdur. Ancak gebelik kadının fizyolojik ve psikososyal dengesinin bozulmasına, aile ve iş yaşamındaki rollerinin değişmesine, gebeliğe uyum sorunlarına yol açan bir yaşam krizi olarak ortaya çıkmaktadır. Gebelikleri boyunca sorun yaşamayan

kadınlar bu sürece kolay uyum sağlarken, annenin ve bebeğin sağlığında ortaya çıkan risk durumunda bu kriz daha çarpıcı olarak kendini göstermektedir. Annenin sağlıklı bir gebelik geçirmesi ve fetüsün uterus dışı yaşama sağlıklı bir biçimde hazırlanması, her ikisinin de bu duruma en iyi derecede uyum sağlaması ile olasıdır (Coşkun 2008).

Yüksek riskli gebelikte yaşanan antepartum semptomların değerlendirilmesi ve gebeliğe uyum üzerine olan etkilerinin belirlenmesi, gebelere sunulan sağlık hizmetinin verimliliği ve etkinliği açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Özellikle ebeler planlayacakları önleyici uygulamalar ile kadınların gebelik döneminde yaşadıkları antepartum semptomların yanı sıra gebeliğe uyum sorunu yaşamalarını engelleyebilirler. Bu nedenle bu çalışmanın yüksek riskli gebeleri takip eden ebe ve hemşirelerin sunacakları hizmetler konusunda yol göstereceği umulmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar ile kontrol grubundaki gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar arasında fark yoktur.

H₀: Yüksek riskli gebelerin gebeliğe uyumu ile kontrol grubundaki gebelerin gebeliğe uyumu arasında fark yoktur.

H₀: Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisi yoktur.

1.4. Genel Bilgiler

1.4.1. Gebelik

Gebelik süresi son menstrasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) veya 40 haftadır. Gerçek gebelik süresi ise fertilizasyon gününden itibaren 267 gün olarak hesaplanmaktadır (Taşkın 2014).

Gebelik süresince annenin gebeliğe uyum sağlayabilmesi için tüm vücut sistemlerinde gebelik belirtilerinin yanı sıra bir takım değişiklikler oluşmaktadır. Döllenme ile başlayan ve gebelik süresince solunum sistemi, üriner sistem, kardiyovasküler sistem, sindirim sistemi, kas iskelet sistemi ve metabolik sistemde devam eden bu değişiklikler gebe kadında birden fazla rahatsızlığın yaşanmasına yol açar ve bu rahatsızlıkların çoğu doğumdan sonra kaybolur (Gilbert 2011, Taşkın 2014).

1.4.2. Yüksek Riskli Gebelikler

Gebelik açısından risk; normal koşullar altında olması beklenmeyen ancak önceden var olan ya da gebelikte gelişebilecek bazı komplikasyonların ortaya çıkma olasılığı olarak tanımlanmaktadır (Gilbert 2011). Literatüre bakıldığında gebelikte risk 'düşük riskli, riskli ve yüksek riskli gebelik' olmak üzere üç grupta ele alınmaktadır (Queenan ve ark 2007). Bazı kaynaklar sadece riskli gebelik ve yüksek riskli gebelik kavramından söz ederken (Coşkun, 2008, Yates, 2010, Coşkun 2012) bazı kaynaklar da düşük riskli gebelik ve yüksek riskli gebelik kavramlarından söz etmektedirler (Oskay 2004, Serçekuş ve Okumuş 2004, Queenan ve ark 2007, Yates 2010, Lee ve ark 2012).

Gebeliklerin çoğunluğu düşük riskli olarak kabul edilir. Bu durum aktif komplikasyon olmadığı anlamına gelir. Bir gebelik, daha yakından gözlenmesi gerekli olduğunda riskli olur (Yates 2010). Yüksek riskli bir gebelik, anne ve fetüsün sağlığının olumsuz etkilenme olasılığının ya da ölme riskinin yüksek olduğu ve doğum komplikasyonlarının görülme riskini arttıran gebelik olarak tanımlanır (Yates 2010, Taşkın 2014).

Yüksek riskli gebelik anne ve bebek sağlığını tehdit eden, mortalite ve morbidite oranlarını arttıran, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları olan önemli bir sağlık sorunudur. Yüksek riskli gebelikler, kadının gebelik öncesi döneme ait bir sağlık sorununa bağlı olarak geliştiği gibi, gebelik süresince de ortaya çıkabilir (Oskay 2004, Karaçam ve Şen 2012).

2005 yılı Ulusal Anne Ölümleri Araştırması'na göre anne ölümlerinin % 78,8'i doğrudan, % 21,2'si dolaylı nedenlerden meydana gelmiştir. Anne ölümlerinde doğrudan nedenlerden ilk üç sırayı kanamalar (% 25,3), preeklampsi/eklampsi (% 18,4), enfeksiyonlar (% 4,6) almaktadır. Dolaylı anne ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi (kardiovasküler ve serebrovasküler) hastalıkları en büyük paya sahiptir. Gelişmekte olan ülkelerde kanama ve hipertansif hastalıklar anne ölümlerinin en büyük kısmını oluşturmaktadır. Afrika'da anne ölümlerinin %4'ünü, Asya'da %31'ini oluşturarak birinci sırada yer almaktadır. Latin Amerika'da ve Karaipler'de ise hipertansif hastalıklar, anne ölüm nedenleri arasında birinci sırada olup % 26 oranında olduğu ifade edilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2006).

Yüksek riskli gebelikler preterm eylem, hyperemesis gravidarum, spontan preterm membran rüptürü, kanamalar, gebelikte hipertansif durumlar, servikal yetmezlik, tromboembolik hastalık, diyabet, kalp hastalıkları, madde bağımlılığı ve enfeksiyonlar gibi çok sayıda sağlık sorununu kapsamaktadır (Lowdermilk ve Lerry 2007).

Gebelikte yüksek riskli komplikasyonlar, tüm gebeliklerin yaklaşık %6 ile %8'ini oluşturmaktadır. Yüksek riskli gebelikler daha az görülmekte fakat daha ciddi sorunlar yaşatmaktadır. Bu nedenle yüksek riskli gebelik tanısı almış anne adaylarının, tıbbi tedavi ve bakım için hastaneye yatırılması gerekmektedir (Queenan ve ark 2007).

Yang ve ark (2009)'nın çalışmasında gebelerin yaklaşık 1/3'ünün yüksek riskli oldukları ve 1/4'ünün aktivite sınırlamasını da içeren bir tıbbi bakım aldıkları bildirilmektedir. Yüksek riskli gebelik tanısı konmuş gebeler, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için uzun sürelerle hastaneye yatırılabilirler. Yüksek riskli durumların bazılarında ise gebelere, hem hastaneye yatmaları hem de yatak istirahati yapmaları önerilmektedir (Oskay 2004, Maloni 2010). Gebelik ve hastaneye yatış bir kadının hayatındaki önemli olaylardandır. Hastanede kalma süreci, gebenin deneyimleri, aile üyelerinin desteğinin yanı sıra sağlık çalışanları tarafından etkilenmektedir (Gilbert 2011).

Yüksek riskli gebeliklerde, yatak istirahati üç farklı biçimde uygulanmaktadır. Birinci tip yatak istirahati hafif ev işleri, yarım gün çalışma, kısa yürüyüş ve gün içinde iki saat dinlenme şeklinde olmaktadır. İkinci tip yatak istirahati çalışmayı bırakma, ev işleri için yardım alma, yürüyüş dâhil egzersiz yasağı, günün büyük bir kısmında dinlenme biçimindedir. Üçüncü tip yatak istirahatinde kesin (tam) yatak istirahati (sadece oda içinde

hareket edebilme) uygulanmaktadır. Kesin yatak istirahatine alınan gebeler aktivite sınırlaması olanlara göre yatak istirahatinin olumsuz etkilerinden daha fazla etkilenmektedirler (Maloni 2010).

Prenatal risk tanılama, gebeliğin erken döneminden başlamak üzere doğuma kadar belli aralıklarla yapılan kontrollerle sürdürülmelidir. Riskli durumlar, aşağıdaki aşamaları kapsayan ve titizlikle yürütülen prenatal kontrollerden elde edilen veriler doğrultusunda belirlenir.

- Öykü alma
- Fiziksel muayene (genel ve özel)
- Rutin laboratuvar tetkikleri
- Fetal sağlığın değerlendirilmesi
- Fetal gelişme ve iyilik halini araştıran özel tetkikler

Gebelikte riskli durumların anne ve bebeğin sağlığını tehdit etmeden kontrol altına alınabilmesi için gebe ve ailesinin sağlık profesyonellerinin yoğun desteğine gereksinim vardır. Bu destek, bazen gebenin hastaneye yatırılmasını zorunlu kılabilir (Coşkun 2008).

Yüksek riskli gebeliklerde mevcut sorunların anne ve fetüsü en az etkileyecek biçimde çözümlenmesi önem taşımaktadır. Ebeler/hemşireler yüksek riskli gebe ve ailesini prenatal izlemlerin önemi ve sıklığı konusunda bilgilendirmeli, nitelikli ve etkin bir bakım için risklere ilişkin verileri değerlendirebilmelidir. Dikkatli ve kapsamlı bir sağlık tanılması, mevcut ve olası risk faktörleri ortaya çıkarmada etkilidir. En iyi prenatal sonuca ulaşmak için mortalite ve morbiditeye neden olan / katkıda bulunan tüm faktörler, erken dönemde tanılanmalıdır. Çünkü gebeliğin erken döneminde saptanan sorunların çoğu, etkili biçimde tedavi edilebilir (Lowdermilk ve Lerry 2007, Coşkun 2008).

1.4.3. Antepartum Semptomlar

Gebelik süresi boyunca annenin gebeliğe uyum sağlayabilmesi için sistemlerde birtakım değişiklikler meydana gelir. Fertilizasyonla başlayan ve gebelik süresince devam eden bu değişiklikler gebe kadında birden fazla rahatsızlığın yaşanmasına yol açar. Bu

rahatsızlıkların hemen hemen tamamı doğumdan sonra kaybolur (Nazik 2005, Terzioğlu 2007, Coşkun 2012).

Kadın gebeliğin erken döneminde, yorgunluk, konstipasyon, göğüslerde hassasiyet, sık idrara çıkma ve buna bağlı uyku bozuklukları gibi rahatsızlıkların birini ya da birkaçını bir arada yaşayabilmektedir. Kadınların bu rahatsızlıkları algılamaları ve bu rahatsızlıktan etkilenme düzeyleri bireysel özelliklerine göre farklılıklar gösterir (Taşkın 2014).

1.4.3.1. Bulantı ve Kusma

Bulantı ve kusma gebeliğin erken döneminde görülen semptomlardır (Taşkın 2014, Beji ve Özkan 2015). Bu semptomlar son menstrual periyoddan sonra herhangi bir zamanda ortaya çıkmakta ve genellikle de 6-12 hafta sonra kendiliğinden sona ermektedir (Taşkın 2014). Bulantı ve kusma gebelerin yaklaşık %50-%75'inde görülmektedir (Nazik 2005, Hill ve Pickinpaugh 2008, Özçelik 2010). Kadınların 1/2'sinde bulantı, 1/3'ünde kusma görülür (Taşkın 2014).

Gebelikte ortaya çıkan bulantı ve kusmanın nedeni tam olarak bilinmemektedir (Taşkın 2014, Beji ve Özkan 2015). Yapılan araştırmalar, hormonal, metabolik, toksik, norolojik ve psikosomatik faktörlerin, bulantı ve kusmanın ortaya çıkmasında etken olduğunu göstermektedir. Bunlar; HCG düzeyinde yükselme, karbonhidrat (CHO) metabolizmasında değişiklik, annenin gebeliğe ve gebeliğin getireceği durumlara gösterdiği psikolojik tepki, yorgunluk ve gastro intestinal sistemde peristaltik hareketlerin yavaşlamasıdır (Taşkın 2014). Louick ve ark (2006)'nın yılında gebelikte bulantı ve kusma maternal özellikler ve risk faktörleriyle ilgili çalışmasında; konjenital malformasyonlu yenidoğan ve normal yenidoğanların annelerinin gebeliklerinde bulantı ve kusma benzer bulunmuştur.

Özkan ve Arslan (2007)'nin çalışmasında gebelerin %52'sinin bulantı sorunu yaşadığı, Özçelik (2010)'in araştırmasındaki gebelerin %66,1'inde bulantı ve kusmanın görüldüğü, Babadağlı (2008)'nin çalışmasında gebelikte bulantının %76,7 ve kusmanın %63,3 oranında görüldüğü belirtilmektedir.

Timur ve Kızılırmak (2011a)'ın erken gebelikte bulantı-kusma sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi ile ilgili 307 gebe ile yaptığı tanımlayıcı ve kesitsel araştırmada; gebelerin %60,6'sında bulantı kusma yakınmasının olduğu ve %42'sinin hafif, %18,6'sının orta/ağır düzeyde bulantı kusmasının olduğu saptanmıştır.

Timur ve Kızılırmak (2011b)'ın gebelerin bulantı kusma ile baş etme yöntemleri ile ilgili 195 gebe ile yaptığı çalışmasında gebelerin %69,2'sinin hafif, %30,8'inin orta/ağır düzeyde bulantı ve kusmasının olduğu saptanmıştır.

Yekenkunrul ve Mete (2012)'nin gebelikte bulantı kusma, evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi ile ilgili 400 gebe ile yaptığı tanımlayıcı araştırmasında, gebelikte bulantı kusma ile evlilik uyumu arasında zayıf istatistiksel olarak anlamlı, gebelikte bulantı kusma eş ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki olduğu saptanmıştır.

1.4.3.2. Burun Tıkanıklığı ve Burun Kanaması (Epistaksis)

Burun mukozası estrojene duyarlı olduğundan gebelikte hafif hiperemik ve ödemlidir. Bunun sonucunda burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve burun kanaması gelişebilir (Ricci 2007, Taşkın 2014, Beji ve Özkan 2015). Çoğunlukla da tedaviye yanıt vermez ve bu problemlere bağlı kadınlar uyuma güçlüğü yaşayabilir (Nazik 2005).

1.4.3.3. Yorgunluk

Yorgunluk hemen hemen tüm gebeliklerin I. ve III. Trimesterlerinde görülmektedir (Beji ve Özkan 2015). Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, metabolik ihtiyacın artması sonucu geliştiği düşünülmektedir (Taşkın 2014). Artmış progesteron hormonunun, özellikle dolaşımdaki kan miktarındaki artışın vazodilatasyonu kompanze edemediği erken dönemde bu duruma yol açtığı düşünülmektedir. Progesteron hormonunun direkt sedatif özelliğinden de söz edilmektedir (İnceboz 2006). Yorgunluk, daha çok sabahları yaşanan bulantı ve kusma belirtilerini; geceleri idrara çıkma ihtiyacı ise yorgunluk hissini artırmaktadır. Genellikle bu sorun, birinci trimesterin sonunda ortadan kalkar. Kadının aşırı derecede yorgun olması, yeterli ve dengeli beslenmesini engelleyebilir, varis ve tromboembolik komplikasyonların gelişme riskini de artırabilir (Taşkın 2014).

Ulukavak ve Eryılmaz (2005)'in çalışmasında son trimesterdeki gebelerin tümünün, değişik derecelerde yorgunluk yaşadığı saptanmıştır. Çoban ve Yanikkerem (2010)'in çalışmasında gebelerin %54'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu ve genel uyku bozukluğu arttıkça yorgunluk düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir.

1.4.3.4. Sık İdrara Çıkma

Gebelikte yaygın görülen, gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterinde büyüyen uterusun mesane üzerine baskı yapmasından dolayı ortaya çıkan bir semptomdur (Terzioğlu 2007, Özçelik 2010, Beji ve Özkan 2015). Bu semptom, uterusun gebeliğin yaklaşık 12.haftasında pelvik alanın dışına çıkarak abdominal kaviteye doğru ilerlemesi ile azalır. Gebelikte glomerüler filtrasyon hızının artışı, idrara çıkmada bir artışa neden olmaz. Sık idrara çıkma ihtiyacı, son trimesterde büyüyen uterusun pelvise yerleşerek, tekrar mesaneye baskı yapmasından dolayı yeniden ortaya çıkar (Nazik 2005, Altundaş 2009, Taşkın 2014).

1.4.3.5. Üriner Sistem Enfeksiyonu

Gebelikte progesteronun düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisi, üreterlerde dilatasyona ve mesane tonüsünde azalmaya neden olur. Sonuçta üriner yolda hipotoni ve hipoperistaltizmin etkisiyle mesane ve üreterlerde idrar stazı oluşur. Bu faktörlerin etkisi ile kadında üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık artmakta ya da önceki enfeksiyonların tekrarlama olasılığı yükselmektedir. Bu nedenle de gebelikte pyelonefrit sık görülmekte ve tedavisi zor olmaktadır (Taşkın 2014).

1.4.3.6. Memelerde Hassasiyet

Memelerde hassasiyet, gebe kadının ilk fark ettiği gebelik belirtisidir. Bu belirti gebeliğin erken dönemlerinde başlar ve gebelik süresince devam eder. Estrojen ve progesteron düzeyinde artma, meme uçlarının duyarlılığının artmasına ve memelerde sızlama ve acı duymasına neden olur. Özellikle soğuk havaya maruz kalındığında, bu hassasiyet daha yoğun hissedilir (London ve ark 2003, Altundaş 2009).

1.4.3.7. Pityalizm

Pityalizm (salya üretiminde artma), gebelikte nadiren görülen bir durumdur. Genellikle keskin ve acı salya üretimi vardır. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etkin bir tedavisi yoktur (Taşkın 2014).

1.4.3.8. Vajinal Akıntıda Artma

Vajinal akıntıda artma (lökore) gebelikte yaygın görülen bir belirtidir. Vajinal akıntı; renksiz, kokusuzdur ve kaşıntıya neden olmadığı için fazla rahatsızlık vermez. Gebelikte

vajinal akıntının artmasının nedeni; vajinal mukozanın hiperplazisi, estrogen düzeyinin yükselmesi, serviks/vajinal epitele kan desteğinin artmasından dolayı erdoservikal glandlar tarafından mukus üretiminin artmasıdır. Ayrıca, sekresyonların asiditesinin artması, kandida albicans gelişimini uyarır ve monilial vajinitise yatkınlığı artırır (London ve ark 2003).

1.4.3.9. Abdominal Rahatsızlık

Abdominal bölgede basıncın artmasından kaynaklanan abdominal rahatsızlık, gebeliğin erken döneminde görülebilir. Çoğul gebeliği olan kadınlar, bu rahatsızlığı gebelikleri süresince yaşayabilirler (Taşkın 2014).

1.4.3.10. Mide Yanması (Pirozis)

Gebelerin yarısından çoğunda bulunduğu bilinen bir problemdir. Sıklıkla son trimesterde saha belirgindir (İnceboz 2006). Gebelikte gastrik motilitenin azalmasına bağlı, asidik mide içeriği özefagus içerisine regürjite olmakta ve mide yanması şikâyeti yaşanmaktadır. Regürjitasyon, özefagus mukozasında dayanma ya da irritasyona neden olur. Yanma hissi, genellikle asit regürjitasyonu, geğirme, bulantı ve epigastrik baskı gibi diğer gastrointestinal semptomlarla birlikte bulunur (Taşkın 2014).

Gebelikte mide yanmasına neden olan faktörler; büyüyen uterusun yerini değiştirmesi, artan progesteron düzeyinin gastrointestinal sistemde peristaltik hareketleri yavaşlatması ve kardiak sfinkterin relaksasyonudur (London ve ark 2003, Terzioğlu 2007). Ayrıca psikolojik faktörler (endişe, anksiyete gibi), yorgunluk ve beslenme bozukluğu da mide yanmasına neden olabilir (Nazik 2005).

1.4.3.11. İştahta Azalma/Artma

Gebelik boyunca gebe kadının iştahında dalgalanmalar olur. I. trimesterde bulantı-kusmanın ortaya çıkmasıyla gebe kadınlarda iştahta azalma olurken, II. ve III. trimesterde iştahta artma görülür. Gebelikte bazen besin ve besin olmayan maddeleri yeme isteği yani aşerme (pica) olabilir. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber temelinde yatan nedenin beslenme bozukluğu ya da psikolojik problemler olabileceği belirtilmektedir (Taşkın 2014). Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda görüldüğü bilinmektedir. Yapılan bazı araştırmalar, toprak, kil, buz, yenmesinin demir eksikliği ile ilgili olabileceğine işaret etmiştir. Bu çalışmalarda demir tedavisi ile pica'nın ortadan kalktığı gösterilmiş olsa da demir eksikliği saptanmadığı halde pika görülen gebelerin de olması bu savın aleyhindedir (İnceboz 2006).

1.4.3.12. Ödem

Gebe kadınların 2/3'sinde son aylarda alt ekstremitelerde ödem görülür. Gebelikte ödeme neden olan faktörler; uzun süre oturma ya da ayakta durma, kapiller permeabilitenin artması, variköz venler, alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesi, bacaklarda venöz basıncın artmasından dolayı sodyum (Na) ve su retansiyonu ve sıcak havadır (Terzioğlu 2007, Özçelik 2010). Ayak bileğinde ödem, proteinüri ya da hipertansiyon belirtileri ile birlikte olduğunda ya da ödem postural orijinli olmadığında gebe kadın gebelik hipertansiyonu yönünden değerlendirilmelidir (Taşkın 2014).

1.4.3.13. Variköz Venler

Varisler ya da venlerin genişlemesi, gebelikte yaygın görülen bir durumdur. Gebelikte uterusun genişleyerek büyümesi, ikinci ve üçüncü trimesterlerde alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesine neden olur. Gebelikte variköz venlere neden olan diğer faktörler şöyle sıralanabilir. Gebelikte artan progesteronun damarlar üzerine gevşetici etkisi, ileri anne yaşı, herediter faktörler (ven duvarlarının zayıflığı, mevcut varisler), aşırı kilo alımı, uzun süre ayakta durmayı gerektiren işler, çoğul gebelik, iri fetüs ve konstipasyon gebelikte variköz venlerin oluşumuna yatkınlığı artırmaktadır (Nazik 2005, Ricci 2007, Özçelik 2010).

1.4.3.14. Hemoroidler

Gebelikte hemoroidler; fetüsün büyümesi ve gebeliğin ilerlemesiyle venler üzerine basıncın artması, venöz sirkülasyonun engellenmesi, progesteronun damar düz kaslarına olan gevşetici etkisi, barsakların yer değiştirmesi ve konstipasyona bağlı olarak ortaya çıkabilir (Nazik 2005, Terzioğlu 2007, Özçelik 2010).

Gebelikte ya da doğumda oluşan hemoroidler, doğum sonu dönemden sonra kaybolur. Önceki gebeliğinde hemoroidi olan kadın, sonraki gebeliğinde semptomların şiddetlenmesinden dolayı daha fazla güçlük yaşayabilir. Hemoroid, sızlama, şişme, kaşıntı, ağrı ve kanama şeklinde belirti verir. İnternal hemoroidler, anal sfinkter etrafında yerleşmiştir ve defekasyonla birlikte genellikle kanamaya yol açar (Taşkın 2014). Özellikle şiddetli ağrıya yol açan tromboze dış hemoroidlerin gebelik ve doğum sonrasında % 10-30 arasında olduğu bildirilmiştir (İnceboz 2006). Hemoroidler anüsden dışarı çıkmadıkça ağrılı değildir. Eksternal hemoroidler ise, anal sfinkterin dışında yerleşmiştir. Genellikle ağrı ve kanamaya

neden olmazlar. Hemoroidler, tromboze olduğunda, şiddetli ağrı yaşanır. Tromboz 24 saat içerisinde kendiliğinden çözülür ya da doktor tarafından boşaltılır (Taşkın 2014).

1.4.3.15. Gaz

Gebelikte progesteron hormonun düz kaslar üzerine etkisinden dolayı gastrointestinal motilitenin azalması, büyüyen uterusun kalın barsaklar üzerine baskısının artması, barsakların boşalmasının gecikmesi ve hava yutulması nedenleri ile mide ve bağırsaklarda gaz oluşmaktadır (Nazik 2005, Mckinney ve ark 2009).

1.4.3.16. Konstipasyon

Gebelikte artmış progesteronun düz kas relaksasyon etkisi ve azalmış motilin (düz kasları stimüle edici peptid yağda hormon) etkisi ile bağırsak pasajı yavaşlar. Bağırsak içeriğinin sıvısı pasajın yavaşlaması nedeniyle fazlaca geri emilir. Bu durum içeriğin katı olmasına ve konstipasyona yol açar. Konstipasyon gebelerin yaklaşık yarısında özellikle 13-14. Gebelik haftalarında görülür (İnceboz 2006). Gebelikte kadında konstipasyona yatkınlığı artıran faktörler; progesteron düzeyindeki artışın barsak hareketlerini yavaşlatması, büyüyen uterusun barsaklar üzerine baskı yapması, Fe preparatlarının kullanılması, yetersiz sıvı alınması, yetersiz egzersiz alışkanlığı ve beslenme alışkanlığıdır (Taşkın 2014).

1.4.3.17. Sırt Ağrısı

Gebelerin yaklaşık %50'sinde bel ağrısı olabilir. Özellikle multiparlarda daha belirgindir. Gebe kadınların çoğu sırt ağrısı şikâyeti yaşamaktadır. Sırt ağrısına, büyüyen uterusun lumbo-sakral vertebra eğimini artırması, artan progesteron düzeyinin eklemlerdeki kartilaj dokuyu yumuşatması, yorgunluk, sarkık karın ya da karın duvarındaki zayıflık ve vücut mekaniklerinin uygun kullanılmaması neden olmaktadır (Ricci 2007, Taşkın 2014).

1.4.3.18. Kas Krampları

Bacıklarda kas kramplarına neden olan faktörler tam olarak bilinmemektedir. Çoğunlukla geceleri yaşanan bu rahatsızlık, günün diğer saatlerinde de görülebilmektedir. Kas kramplarına; ayağın uzun süre ekstansiyonda kalması, yetersiz kalsiyum alımı, kalsiyum/fosfor oranındaki dengesizlik (serum kalsiyum düzeyinin azalması, fosfor düzeyinin artması), büyüyen uterusun bacakları inerve eden pelvik sinirler üzerine baskısının artması nedeni ile dolaşımın bozulması, yorgunluk, fazla miktarda süt ya da kalsiyum fosfat içeren

bazı ilaçların alınması neden olmaktadır. Kas kramplarına bağlı gelişen ağrı, yoğun kasılmalar şeklinde ortaya çıkabilir (Nazik 2005, Taşkın 2014). Gebelikte krampların sadece kalsiyum düzeyi değil magnezyum ile ilintisi hatırlanmalıdır (İnceboz 2006).

1.4.3.19. Solunum Sıkıntısı

Gebelikte artan oksijen ihtiyacını karşılamak için akciğerlerde de değişiklikler görülür. Bu değişikliklerden birincisi, gebelikte hava yollarında dilatasyon oluşması ve hava akımına direncin azalmasıdır. İkincisi, göğüs duvarının elastikiyetinin artarak nefes almanın kolaylaşmasıdır. Bu iki değişikliğe bağlı, akciğerlerde gaz alışverişi hızlanır ve artan oksijen ihtiyacı da karşılanmış olur (Nazik 2005). Normal gebelerde nefes alma isteğinde artış ve çaba sık görülür (İnceboz 2006). Solunum sıkıntısı, üçüncü trimesterde, diyafragma seviyesinin büyüyen ve genişleyen uterusun baskısı ile 4 cm yükselmesi ve akciğerlerin baskılanması sonucunda vital kapasitenin azalmasına bağlı olarak artar. Primigravidalarda gebeliğin son birkaç haftasında solunum sıkıntısı, fetüsün pelvise yerleşmesinden dolayı uterusun fundusunun aşağı inmesi ile azalır. Gebe kadın, sırt-üstü pozisyonda düz olarak yatarken ya da efor sarf ettiği zaman solunum sıkıntısı artabilir. Eğer solunum sıkıntısı, gebeliğin ilk aylarında yaşanıyorsa, gebe kadın kalp hastalığı yönünden araştırılmalıdır (Taşkın 2014).

1.4.3.20. Uyku Değişikliği

Uykusuzluk genellikle gebeliğin ilerleyen haftalarında ortaya çıkmaktadır (Nazik 2005). Gebe kadınlarda uyuma güçlüğü, psikolojik nedenlere bağlı olabildiği gibi pek çok fiziksel faktörlere de bağlı olabilir. Büyüyen uterus, hareketli bir fetüs, sık idrara çıkma, solunum sıkıntısı ve bacak krampları gibi rahatsızlıklar uyuma güçlüğüne neden olmaktadır (Taşkın 2014).

Hastanede yatan riskli gebelerin yatak istirahatinden kaynaklanan fiziksel yakınmaları arasında uyku bozukluğunun görüldüğü belirtilmektedir (Pamuk ve Arslan 2009).

1.4.3.21. Round Ligament Ağrısı

Gebelik sırasında genişleyen uterus, round ligamentlerde gerilmeye ve hipertrofiye neden olur. Ani ve beklenmedik pozisyon değiştirme hareketleri sonucunda round ligament ağrısı gelişebilmektedir. Kadının oturur ya da yatar pozisyondan hızlı bir şekilde ayağa

kalkma pozisyonuna geçmesi sonucu gelişebilen round ligamentdeki gerilme, abdomenin alt sağ ve sol tarafında ani ve keskin bir ağrı hissedilmesine neden olur (Taşkın 2014).

1.4.3.22. Karpal Tunel Sendromu

Gebe kadınların %25-30'unda görülen karpal tunel sendromu (KTS) el bileğinde median sinirin (nervus medianus) baskılanmasıyla oluşur. KTS'li kadınlarda, küçük parmak dışında kalan parmaklarda uyuşma, bilekten kola doğru uzanan ani ve keskin ağrı, parmaklarda yanma hissi, özellikle sabahları görülen kısmi şişlik ve el krampları, başparmakta güç kaybı, uykudan el ve bilek ağrısı ile uyanma gibi yakınmalar görülür. Semptomlar doğumu takiben kaybolur (Nazik 2005, Taşkın 2014).

Sapuan ve ark (2012)'nin çalışmasında gebelerin %24,6'sının KTS semptomları ile başvurdukları ve gebelerde karpal tunel sendromu şiddetinin %80,5'inin ağırlıklı olarak hafif olduğu tespit edilmiştir.

1.4.3.23. Baş Ağrısı

Baş ağrısı gebelikte yaygın görülen bir yakınmadır ve gebeliğin ilk aylarında başlamaktadır. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, gebelikte oluşan hormonal değişiklikler, kan volümünün artması, uykusuzluk, yorgunluk, stres ve duygusal gerginlikler baş ağrısına neden olmaktadır (Nazik 2005).

1.4.4. Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomlar

Gebelik dönemde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltır. Anne ve fetüse bağlı hastalık ve anomaliler nedeniyle gebelik ve doğum sırasında bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Anne ölüm nedenlerinin başında, yeterli doğum öncesi bakım hizmetleri ile önlenilecek gebelikte ilgili sorunlar gelmektedir. Turan ve ark (2008)'nin çalışmasında; annelerin %19,8'inin gebelikte sağlıkla ilgili problem yaşamakta ve en sık yaşadıkları problemler sırasıyla; erken doğum riski (%22,7), bulantı ve kusma (%18,2), hipertansiyon (%13,7), üriner sistem enfeksiyonu (%9,1), bel ağrısı (%9,1), gestasyonel diyabet (%9,1), toksoplazma enfeksiyonu (%4,5) ve kardiyolojik problemler (%4,5)'dir.

Gebeliğin yüksek riskli olduğu durumlarda sıklıkla gebeliğin sonucu önceden kestirilemeyeceğinden, gebelere hastanede (Leichtentritt ve ark 2005) ya da evde (Arslan ve

Korkmaz 2005) yatak istirahati önerilmektedir. Gebelikteki yatak istirahati, intrauterin gelişme geriliği (İUGG), plasenta previa, erken doğum tehdidi (EDT), erken membran rüptürü (EMR), kronik hipertansiyon, komplikasyonlu çoğul gebelik ve serviks yetmezliği durumlarında yaygın olarak kullanılır. Yatak istirahatinin uterus perfüzyonunu iyileştirdiğine, silinme ve dilatasyonu uyaran serviks üzerindeki baskıyı azalttığına, böylece bebeğin matürasyonu için uterusu kaldığı süreyi uzattığına; gebeye de dinlenerek iyileşme olanağı sağladığına inanılmaktadır (Arslan ve Korkmaz 2005, Pamuk ve Arslan 2009). Yatak istirahati fetüsü olumlu etkilerken, gebeyi fiziksel-psikososyal strese sokabildiği gibi tüm vücut sistemlerini etkilemektedir. Sıvı elektrolit kaybı, kan volümünde azalma, kalsiyum kaybı, kemik kitle kaybı, kardiyak out-put ve atım hacminde azalma, kaslarda atrofi, glikoz intoleransı, pıhtılaşma faktörlerinde artma, kilo kaybı, gibi olumsuz etkiler ortaya çıkmakta ve bu etkiler gebede hazımsızlık, kas güçsüzlüğü, baş ağrısı, görme işitme değişiklikleri, yorgunluk, konstipasyon, özofajial reflü gibi birçok fiziksel yakınmaya neden olmaktadır (Gilbert 2011).

Pamuk ve Arslan (2009)'ın çalışmasında yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunların demografik özellikler, obstetrik özellikler ve sosyal destek kaynakları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca gebelerde daha önce mevcut olmayan, hastanede yatak istirahatına bağlı olarak gelişen %34,4'ünde orta şiddette hazımsızlık, %39,3'ünde hafif şiddette reflü, %42,6'sında orta şiddette kasık ağrısı, %36,1'inde orta şiddette karında rahatsızlık hissi, %39,3'ünde orta şiddette kalçalarda ağrı, %31,1'inde hafif-orta şiddette sırt ağrısı, %40,4'ünde hafif şiddette bacaklarda ağrı, %54,1'inde hafif şiddette dudaklarda kuruma, %44,3'ünde hafif şiddette ciltte hassasiyet, %37,7'sinde orta şiddette pelvis / kasık bölgesinde ağrı- sızı, %37,7'sinde orta şiddette baş ağrısı, %36,1'inde hafif şiddette tuvalete gitmek için uyanma, %44,3'ünde hafif şiddette uyandıktan sonra uyuyamama, %37,7'sinde orta şiddette gün içinde istek dışı uyuklama, %4,9'unda orta şiddette kan şekeri yükselme, %54,1'inde hafif şiddette yorgunluk, %52,5'inde hafif şiddette burun tıkanıklığı, %42,0'sinde orta şiddette ödemin olduğu belirtilmektedir.

Oskay (2004)'ın çalışmasında yüksek riskli gebelerin yaşadığı sorunları şu şekilde belirtilmektedir; uzun süre yatmaya bağlı kaslarda güçsüzlük ve ağrı, aktivite yetersizliğine bağlı olarak gebelikte görülen gastrointestinal sistemle ilgili şikayetlerde artış, yatak istirahatına bağlı kulak, burun dolgunluğu ve baş ağrısı, uzun süre yatakta kalmaya bağlı aktivite intoleransı, uyku problemleri ve yorgunluk, hastane ortamı, aktivite yetersizliği ve iştahta azalmaya bağlı kilo kaybı, kendi yaşamıyla ilgili kontrol kaybı, aile bütünlüğünün

bozulması, can sıkıntısı ve yalnızlık duygusu, sosyal destek ve sağlık profesyonellerine gereksinim, fiziksel şikâyetlerin yanında psikososyal bir dizi sorun da ortaya çıkmaktadır.

İnfertilite tedavisi almış, zor elde edilmiş gebeliklerde bebeğini kaybetme endişesi bir tür kimlik krizine yol açar. Benlik saygısı zedelenir, yetersizlik, suçluluk duyguları, yok oluş duygusuna dek tepkiler uyandırır. Bu psikososyal yakınmaların yatak istirahatının süresi ile paralel arttığı gözlenmiştir. (Pamuk ve Arslan 2009).

1.4.5. Gebeliğe Uyum

Uyum, bireyin kendi içinde ve çevresinde sürekli karşılaştığı değişiklikleri dengede sürdürebilme çabasında kullandığı yöntemler veya süreçler dizisi olarak tanımlanır. İç veya dış, her iki gruptaki değişikliklerin amacı “doyumlu bir denge” sağlamaktır. Bireyin uyumu ve bunun derecesi birçok nedene bağlıdır. Bireyin çevresinden gelen etmenler olduğu gibi, kendi duyguları, düşünceleri, dürtü ve arzuları gibi birçok iç dinamikleri de uyum sürecini ve düzeyini etkilemektedir. Gebeliği normal olarak algılayan kadınların gebeliği kabul etmeleri daha kolaydır. Gebeliğe karşı olumsuz duygular taşıyan kadınlarda baş ağrısı, bulantı, emosyonel gerilim gibi semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre de değişiklik göstermektedir (Beydağ 2008, Gözüyeşil ve ark 2008, Sunal ve Demiryay 2009).

Gebelik dönemi kadının yaşamında yeni ve değişik rollere uyumu gerektiren bir kriz dönemi olarak da algılanmaktadır. Yaşanan bu kriz dönemi gelişimi sağlayabileceği gibi uyum güçlüğü yaratan bir sorun haline de gelebilmektedir. Gebeliğe psikolojik uyum sağlayamayan gebeler gebeliği kabullenememe, gebelikteki rahatsızlıklarla baş edememe, gebelik kontrollerini yaptırmama, öz bakımını yapamama gibi sorunlar yaşayabilmektedir (Mete 2008, Mutlugüneş 2012).

Gebelik beden imajını değiştiren sosyal ilişkilerin yeniden düzenlenmesini gerektiren ve aile üyelerinin rollerinin değiştiği (Olds ve ark 2014) kadın yaşamında benzersiz bir zaman dilimidir (Ricci 2007). Yüksek beklentilerle beraber çoğu gebe kadın gebeliğinde çeşitli duyguları deneyimler. Gebe kadının bu duygulara yaklaşımı gebenin kişiliğinden, gebeliğin reddi ya da kabulünden, sosyolojik ve kültürel geçmişinden ve destek sistemlerinden etkilenir. Bununla beraber çoğu kadın gebeliğinde benzer şekilde ambivalans, kabullenme, içe dönme, ruh halinde dalgalanmalar ve beden imajında değişiklik içeren fizyolojik ve duygusal tepkiler verir (Ricci 2007, Olds ve ark 2014).

Gebelik rolüne adaptasyon kompleks sosyal ve bilişsel öğrenme sürecidir. Mercer bu bilişsel yapılanmayı tanımlamış ve Reva Rubin maternal adaptasyonu anlamamıza öncülük etmiştir. Kabulün derecesi kadının duygusal tepkilerini yansıtmaktadır. Çoğu kadın başlarda özellikle de plansızsa gebeliğinden dolayı üzgündür. Bununla beraber bebeğin reddi ve gebeliğin kabul edilmezliğiyle kadın gebe olmaktan hoşlanmaz fakat doğmamış bebeğine karşı sevgi hisseder. Gebeliklerinden memnun ve mutlu olanlar yaşamlarının parçası ve biyolojik bir gerçekleştirme olarak görürler (Wilson ve Lowdermilk 2006, Lowdermilk ve Lerry 2007, Lowdermilk ve ark 2010).

Gebelik; vücut görüntüsünde, sosyal ilişkilerde, aile içi rollerde değişiklik yapan bir durum olduğundan uyum sağlamayı gerektiren stresli bir yaşam olayı ya da gelişimsel bir kriz olarak da nitelendirilmektedir (Yanikkerem ve ark 2006, Pınar ve ark 2014). Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına rağmen, gebe kadının çevresindeki yakın bireyler de bu olaydan etkilenmektedir. Gebelik sırasında kadında oluşan fizyolojik değişimlerin yanı sıra gebe kadın, eşi ve diğer aile üyeleri de birtakım psikolojik ve sosyal değişimler yaşamakta ve bu değişimlere uyum sağlama gereksinimi hissetmektedirler. Diğer taraftan da aile üyeleri aileye yeni katılacak bebeği karşılamaya yönelik yeni roller öğrenme sürecine girmekte, bu nedenle, gebelik süreci kadın ve ailesi için bir kriz dönemi olabilmektedir (Beydağ 2008, Nelson 2003).

Gebeliğin ilk üç ayında gebeliğini kabullenen ve güven duygusu içinde olan gebelerdeki uyum süreci olumlu gelişmektedir. Gebelikten hoşlanma, mutluluk duyma, fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etme, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği, özgüven ve umut duygusu kadının gebeliği kabullendiğini gösteren belirtilerdir. Gebe kadınlar, gebeliklerinin ikinci üç ayında tamamen fetüsü koruma duyguları ile hareket etmektedirler. Değişen beden imajını kötü ve çirkin bulmakta, bebek ile ilgili bilgileri öğrenmeye ve diğer gebe kadınlarla konuşmaya yönelmektedirler. Gebe kadın tamamen kendine ve bebeğine dönük yaşadığı için kendisine hayran ve içe dönük olarak tanımlanır (Demiryay 2006, Taşpınar 2008). Son üç ayda kendine dönüklük devam eder. Duygusal dalgalanmalar olur. Gebeliği ile gurur duyar fakat aynı zamanda doğum ile ilgili korku ve endişeleri vardır. Fiziksel ve ruhsal destek için başkalarına özellikle eşine bağımlılık artar. Daha duyarlı hale gelir. Bebeğini kaybedeceği ya da ona zarar verebileceği duygularını yaşar. Çelişkili ve birbiriyle çatışan (ambivalan) duyguları vardır. Gebelikten nefret eder, bebeği ister, fakat doğumdan korkar (Demiryay 2006).

Gebelik karşısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişmektedir (Demiryay 2006). Kadının çevresinde bulunan olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebeliğin planlanmış olması, gebelik ve doğum konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olması, korku ve endişeleri, sahip olduğu sosyo-ekonomik koşullar ve benlik kavramı gebeliği kabullenmeyi etkileyen faktörlerden bazılarıdır (Gümüş ve ark 2011, Koyun ve Demir 2013) .

Her bir gebelikte, trimesterine göre kadının tepkileri ve başarması gereken gelişimsel süreçler farklıdır (Doyurgan 2009, Taşkın 2014, Mutlugüneş 2012). I. trimester sonunda kadın şunu ifade edebilmelidir ‘ben gebeyim’. (Lowdermilk ve ark 2010). Bu dönemde kadının yaşadığı duygusal ve davranışsal değişimler;

Belirsizlik: İlk haftalarda kadın gebe olup olmadığından emin değildir. Bunu doğrulamak için çaba harcar. Gebelik belirtileri açısından vücudunu inceler. Gebelik olasılığı hakkında ailesi ve arkadaşları ile konuşur. Gebelikteki belirsizlik duygusuna karşı kadının tepkisi bireyseldir. Kadın belirtileri doğrulamak için istekli olabilir ya da bu olasılıktan dolayı endişelenebilir (Taşkın 2014).

Ambivalan Duygular: Ambivalans ya da aynı anda karışık duyguların hissedilmesi evrensel duygulardır ve yeni rol, değişen yaşam tarzı değişikliğinin hazırlığında normal olarak düşünülmelidir (Ricci 2007, Lowdermilk ve ark 2010). Gebe kadınlar yaygın olarak ilk trimesterde ambivalansı deneyimler (Ricci 2007). Gebelik planlanmış olsa bile kadınların yaklaşık %80’inin gebelik fikrini ilk olarak reddettiklerini, genellikle tam olarak ve anında kabulün meydana gelmediği söylenmektedir. İlk ambivalan duyguların nedeni; gebelikle birlikte yaşamda meydana gelebilecek büyük değişimler, doğum ve çocuk büyütme ile ilgili potansiyel ekonomik güçlükler, gebeliğin mesleki amaçlar üzerine etkisi, potansiyel ev problemleri, hazır olmama duygusu ve yaşanan fiziksel rahatsızlığın derecesi olabilir (Taşkın 2014).

Kendi Benliğine Odaklanma: kendine dönme, gebelikte yaygın olarak meydana gelmektedir. Aktif olarak, dışarı çıkan kadın önceki aktivitelerle daha az ilgili olmakta dinlenmeye ve yalnız kalmaya ihtiyaç duyabilir ve ailesi ve arkadaşları tarafından pasif görülmektedir (Ricci 2007, Olds ve ark 2014). Fetüs onun için henüz gerçek değildir. Çünkü fetüsün büyüyüp geliştiğini gösteren bir belirti olan kilo alma ve abdomenin büyümesi belirginleşmemiştir. Fiziksel değişimler ve hormon seviyesi duygusal dalgalanmalara neden

olabilir. Kadın ve ailesi bu değişimlere önceden hazırlanırsa bu durumu gebeliğin bir parçası olarak kabul etmeleri daha kolay olabilir (Taşkın 2014).

Gebeliğin kabulü birçok faktörden etkilenebilir. Gebeliği plansız olan kadınlar daha fazla fiziksel yakınma ve depresyona eğilimlidir. İstenmeyen gebelik ya da planlanmamış gebelik durumlarında bazı duygular daha da belirginleşebilir. İstenmeyen gebeliklerde prenatal bakım alma gecikebilir ve komplikasyonlar deneyimlenir. Gebenin partnerinin desteği, partner çocuğun babası olmasa bile, gebeliğin istenebilir olmasında çok önemlidir. Partner tarafından finansal ve duygusal destek gebenin pozitif tutumu için gereklidir. Partnerini de dahil eden prenatal bakım destekleyici tutumu sağlamaya yardım eder. Gebelik iyi kabullenildiğinde kadınlar gebeliğinde memnuniyet ve mutluluğu göstermektedir. İleri yaş gebeliklerin uyumu genç gebelerin uyumundan farklı değildir (Olds ve ark 2014).

I.trimestirin sonunda kadının gebeliği kabullendiğini gösteren belirtiler şunlardır; gebelikten hoşlanma ve mutluluk duyma, fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etme, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği duygusu, özgüven ve umut duygusudur (Taşkın 2014).

Gebeliğin kabullenilmediğini ya da bu konuda bir zorluğun olduğunu gösteren belirtiler ise şunlardır; Üzüntü ve mutsuzluk, gebeliğe bağlı oluşan değişimler tarafından bunaltılmış olma duygusu, gebeliğinden dolayı dünyasının daha kötüleşeceği duygusu (evliliğin bozulması, mesleki yaşamının son bulması vb.), sürekli hasta olma duygusu, gebe olma ile ilgili sürekli bir pişmanlık (Taşkın 2014).

II.Trimester gebenin fetüsü hissetmesiyle beraber, uterusun büyümesi, beden imajında olumlu etkilere, kadın ve eşinin gurur yaşamasına sebep olmaktadır. İkinci trimester, kadının gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağladığı dönemdir. Yorgunluk, bulantı-kusma azalır ve pelvik konjesyon artar. Anne adayı artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri benimser (Mutlugüneş 2012).

III.Trimesterde kadının doğum ve bebek için hazırlıkları artmıştır. Bebeğin odasını hazırlar, giysilerini alır, bebek için isim seçer ve doğum hakkında bilgi arar. Kadın bu dönemde annelik rolünü almaya başlar. Yani kadın 'anne olacağım' diyebilmelidir. Annelik rolünü kazanma doğumdan sonra da devam edecek bir süreçtir (Taşkın 2014).

Gebelik beden imajında nispeten kısa sürede belirgin değişiklikler meydana getirmektedir. Vücuttaki bu değişiklikler normal kabul edilir fakat gebe için fazla stresli olabilir. Değişikliklerle ilgili açıklama ve tartışma hem kadına hem de partnerin bu stresle baş edebilmelerine yardım edebilir (Ricci 2007, Olds ve ark 2014).

Gebe kadının kendi annesi ile ilişkisi gebeliğe adaptasyonda önemlidir. Gebe kadının annesi ile ilişkisinde önemli bileşenler annenin olması, kızının gebeliğine tepkileri, kızının otonomisine saygı duyması, kızıyla ilgili anılarını anlatmaya istekli olmasıdır (Wilson ve Lowdermilk 2006, Lowdermilk ve Lerry 2007, Lowdermilk ve ark 2010).

Gebe kadın kişilik yapısı, savunma düzenekleri, ailesel ve sosyal destek sistemlerine bağlı olarak riskli gebeliğe değişik tepkiler gösterir. Genellikle bu durum anne olabilme yönünde güven sarsıcı olur ve benlik saygısı azalır. Sıkıntı, kızgınlık, korkular, kendini suçlama eğilimleri, depresif yaşantılar ve regresif davranışlar gelişebilir (Kuğu ve Akyüz 2001). Maloni ve ark'nın (2005) yaptığı çalışmada yüksek riskli gebeliklerde stres ve anksiyetenin arttığı belirtilmiştir.

Gebelik öncesi sağlık sorunu olan kadınların yüksek riskli gebelikte psikososyal uyumları, kronik hastalık durumlarına nasıl uyum sağladıklarıyla yakından ilgilidir (Oskay 2004). Gebelikleri boyunca sorun yaşamayan kadınlar ve aileleri bu sürece kolaylıkla uyum sağlarken, annenin veya bebeğin sağlığında ortaya çıkan beklenmedik bir risk durumunda, bu krizin daha belirgin olarak yaşandığı belirtilmektedir (Ricci 2007, Taşkın 2014).

Pek çok araştırmanın ortaya koyduğu üzere, fiziksel açıdan yüksek riskli gebelerin, psikososyal durumları da risk altındadır ve anksiyetenin artması, gebeliğe ve doğuma ilişkin pek çok komplikasyonun (gebelik kusması, gebelik toksemisi, tekrarlayan düşük, distosi, erken doğum vb.) gelişmesine neden olmaktadır (Arslan ve Korkmaz 2005).

1.4.6. Gebeliğe Uyum Sürecinde Ebeğin Rolü

Kadının yaşadığı gebelik sorunlarını azaltarak gebeliğe uyum sürecinin olumlu etkilenmesinde ebeler başta olmak üzere tüm sağlık ekibine önemli görevler düşmektedir. Özellikle ebeler doğum öncesi bakımla 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 mortaliteyi en aza indirmeyi amaçlamaktadır (Turan ve ark 2008). Bu amaca yönelik olarak doğum öncesi bakım, gebeye

sadece bilgi ve fiziksel bakım vermeyi değil, aynı zamanda gözlem, destek, yardım etme, sürekli eğitim ve danışmanlık rol ve işlemlerini de içermektedir. Ebeler gebe tarafından belirtilen yakınmaları ve sorunları dikkatlice dinlemeli, sorunların boyutlarını belirlemelidir (Çoban ve Yanıkerem 2010).

Ebe ve hemşire yüksek riskli bir gebeye bakım vereceği zaman, maternal-fetal ünitenin gelişmesi ve annenin vücut fonksiyonlarına uyumu gibi gebeliğin fizyolojik yönünü dikkate almalıdır. Bu fizyolojik yönün analizi ile özel antenatal değerlendirmeler yapılarak yüksek riskli gebelikler belirlenebilir (Lowdermilk ve Lerry 2007, Gilbert 2011).

Yüksek riskli gebelik tanısı konmuş gebeler, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için uzun sürelerle hastaneye yatırılmaktadır. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde hastanede yatış süresinin, dolayısıyla maliyetin azaltılması amacıyla yüksek riskli gebelerin izlenmesinde ve postpartum erken loğusalık döneminde, hastane merkezli evde bakım programları işlevsellik kazanmıştır. Bu programlarda özel eğitim almış, deneyimli ebeler, hastanede verdikleri bakımdan farklı olarak bir ekibin doğrudan yardımı ve yönlendirmesi olmaksızın bağımsız olarak rol almaktadırlar. Yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal sorunlar, gebe ve ailesinin yüksek riskli gebeliğe uyumları ve bu süreçte ihtiyaç duydukları bakım ve yardım gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığı, ebe tarafından değerlendirilmelidir (Oskay 2004, Çoban 2008).

Yüksek riskli bir duruma gebenin psikolojik uyumu için dengenin korunması üç faktöre bağlıdır. Birincisi; bireyin gerçekçi olarak algılanması gerekmektedir. İkincisi; bireyin kendisi için önemli olan kişilerden, yakınlarından uygun destek almalıdır. Üçüncüsü; bireyin uygun baş etme mekanizmaları ve problem çözme yeterliliğini geliştirmesi gerekmektedir. Anne ve ailesi, yüksek riskli gebeliğin getirdiği kriz durumlarıyla baş etmek için, hem geçmişte kullandıkları baş etme mekanizmalarına başvurmak hem de yeni baş etme yöntemlerini öğrenmek zorundadır (Taşkın 2014). Yüksek riskli bir duruma gebenin uyumu için, riskli durumların erken prenatal dönemde saptanması ve mevcut sorunların anne ve fetüsü en az etkileyecek biçimde çözümlenmesi önem taşımaktadır (Lowdermilk ve Lerry 2007, Coşkun 2008).

Doğum öncesi bakım hizmetleri içinde annenin gebeliği kabul etmesi ve uyumuna önem verilmesi gerekmektedir. Bu yeni dönemde annelik rolünü kazanmada güçlük yaşayan anne adayının gebeliği kabul süreci uzamakta ve yaşadığı fiziksel rahatsızlıklara bağlı olarak

gebeliğe ve bebeğe yönelik olumsuz tutum kazanabilmektedir. Bu nedenle, özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeline, evlilik öncesi dönemdeki bireylere sağlıklı cinsel yaşam, gebelikten korunma ve gebelik durumunda yaşanan fiziksel ve psikolojik sorunlar konusunda bilgilendirme ve değişen duruma uyumlarını sağlama/destekleme konularında önemli görevler düşmektedir. (Beydağ 2008, Taşkın 2014).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Adnan Menderes Araştırma ve Uygulama Hastanesi kadın doğum polikliniğine doğum öncesi bakım hizmeti almak için gelen yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma iki grup arasındaki değişkenlerin farklılıkları karşılaştırılarak tanımlanacağı ve açıklanacağı için karşılaştırmalı-tanımlayıcı bir araştırmadır (Nahcivan 2014).










2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniğine doğum öncesi bakım hizmeti almak için gebeler ile gerçekleştirilmiştir. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Aydın'da 1996 yılından itibaren hizmet vermekte olan 3. basamak bir sağlık kuruluşudur. Hastanenin yatak kapasitesi; 399 servis yatağı, 56 yoğun bakım yatağı olmak üzere toplam 455'tir. Kadın Doğum Servisi'nde ise 28 hasta yatağı yer almakta olup, 8 öğretim üyesi, 7 asistan hekim, 5 ebe ve 5 hemşire hizmet vermektedir. Kadın doğum polikliniğinde ise 1 obstetri odası, 1 jinekoloji odası, 1 NST odası, 1 riskli gebelik odası bulunmaktadır. Poliklinik 1 ebe, 1 hemşire, 2 sekreter ve 2 asistan hekim ve 2 öğretim üyeleri ile hizmet vermektedir.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma, Ocak 2013- Eylül 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın zamanı ile ilgili ayrıntılı bilgiler Şekil1'de verilmiştir.

Şekil 2.1. Araştırmanın Zamanı

BASAMAKLAR	TARİH							
	Ocak 2013- Mayıs 2013	Mayıs- Temmuz 2013	Eylül 2013	Ekim 2013	Ekim 2013- Ocak 2014	Şubat 2013- Eylül 2014	Ekim 2014	Eylül 2015
Literatür Taraması ve Konu Seçimi								
Tez Önerisi								
Kurum İzni ve Etik Kurul Ön Onayının Alınması								
Ön Uygulama								
Veri Toplanması								
Verilerin Analizi								
Tez Yazımı								
Etik Kurul Son Onayının Alınması								
Tez Savunması								

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. Hastane kayıtlarına göre 2013 yılının ilk 6 aylık döneminde, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran yüksek riskli gebe sayısı ortalama 1500'dür. Araştırmanın örneklemini belirlemede; daha önce aynı konuda yapılmış bir çalışma olmaması nedeniyle orta etki değeri olan 0.50 alınmıştır (Cohen 1988). Ayrıca literatürde t testi kullanılacak iki grup karşılaştırmalarında etki büyüklüğü ≥ 0.50 olması önerilmektedir (Akgül 2005, Süt 2011). Bu nedenle araştırmada etki büyüklüğü 0.50 (orta etki) alınmıştır. G Power programında %80 güçle, %95 güven aralığında, etki büyüklüğü 0.50 (orta etki) alınarak yapılan analizde araştırmanın örneklem sayısı yüksek riskli gebe grubu ve kontrol grubu için en az 64 olarak bulunmuştur. Araştırma tamamlandıktan sonra Post hoc etki büyüklüğü 0.09 olarak bulunmuştur. Araştırmanın yüksek riskli gebe grubunu polikliniğe başvuran ve yüksek riskli gebelik tanısı alan 64 gebe, kontrol grubunu ise yüksek riskli olmayan 128 gebe (her yüksek riskli gebenin 2 katı oranında) oluşturmuştur (Aksakoğlu 2006). Gebeler araştırmacının veri toplama tarihlerinde polikliniğe başvuran gebeler arasından gelişigüzel yöntem (convenience sampling) ile seçilmiştir.

2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya polikliniğe başvuran, 18-40 yaş arasında, 20. gebelik haftasını doldurmuş, okur-yazar ve araştırmaya katılmaya gönüllü gebeler alınmıştır. Araştırmanın yüksek riskli gebelik grubunu yüksek riskli gebe tanısı alan gebeler, kontrol grubunu ise yüksek riskli gebelik tanısı almayan gebeler oluşturmuştur. Araştırmadan her iki grup için dışlanma kriterleri ise tanı konulmuş fiziksel engeli ve ruhsal hastalığı olma durumu olarak belirlenmiştir.

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen Gebe Tanıtım Formu (Ek 1), Antepartum Semptom Kontrol Listesi (Ek 2) ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (Ek 3) ile toplanmıştır.

2.6.1. Gebe Tanıtım Formu (EK 1):

Araştırmada veri toplamak amacıyla, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen Gebe Tanıtım Formu (Ek 1) kullanılmıştır. Gebe Tanıtım Formu, gebelerin obstetrik, sosyo-demografik ve evliliğe ilişkin özelliklerini, sosyal güvencesini, aile tipini, alışkanlıklarını, gebeliğe tepki ve uyumunu, gebeliğe ilişkin bilgilerini ve prenatal bakım alma durumunu içeren toplam 27 sorudan oluşmuştur.

2.6.2. Antepartum Semptom Kontrol Listesi (EK 2) :

Antepartum Semptom Kontrol Listesi, gebelerde ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal semptomları belirlemek amacıyla Maloni tarafından 1993 yılında geliştirilmiş, 46 maddelik likert tipi bir kontrol listesidir. Bu listede yer alan her madde, gebelik veya yatak istirahatine ya da her ikisine bağlı olarak görülen semptomları, yok (0), hafif (1), orta (2), şiddetli (3) olarak değerlendirmeye dayalıdır. Listenin ilk 39 maddesi fiziksel semptomları, diğer maddeleri ise psikososyal semptomları belirlemektedir. Antepartum Semptom Kontrol Listesi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Oskay (2001) tarafından yapılmıştır. Oskay'ın çalışmasında formun Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada bu katsayı 0.89 olarak bulunmuştur.

2.6.3. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (Prenatal Self Evaluation Questionnaire) (EK 3):

Lederman tarafından 1979 yılında, her trimesterdeki kadınların gebeliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (Prenatal Self Evaluation Questionnaire), toplam 79 maddeli, 4'lü likert tipi bir ölçektir. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)'nin 7 alt ölçeği bulunmaktadır. Her bir alt ölçek 10 ile 15 madde içermektedir. Alt ölçekler; gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, eşi ile ilişkisinin durumu, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri olarak gruplandırılmıştır. Beydağ (2008) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.81, alt grupların iç tutarlık değerleri 0.72 ile 0.85 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.87, alt grupların iç tutarlık değerleri ise 0.52 ile 0.83 arasında bulunmuştur.

Çizelge 2.1. PKDÖ'nin alt ölçeklerinin madde numaraları ve alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlerin gösterilmesi

PKDÖ ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Soru Numaraları	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değerler
Ölçek1. Kendi ve bebeği ile ilgili düşünceleri	10	12,16,17,30,41,51 57,63,68,71	10-40
Ölçek2. Gebeliğin kabulü	14	1,3,9,22,32,58,61,62, 66,69,74,76,77,79	14-56
Ölçek 3. Annelik rolünün kabulü	15	2,6,19,29,33,34,42,45, 46,50,54,67,73,75,78	15-60
Ölçek 4. Doğuma hazır oluş	10	7,13,24,25,26,38, 47,48,56,72	10-40
Ölçek 5. Doğum korkusu	10	8,11,15,18,27,39, 49,52,53,64	10-40
Ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin Durumu	B 10	14,20,21,28,31,37, 44,55,59,65	10-40
Ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu	10	4,5,10,23,35,36, 40,43,60,70	10-40
Toplam Ölçek	79		79-316

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinin madde numaraları ve alınabilecek en düşük ve en yüksek puanları yukarıdaki Çizelge 2.6.3.1' de gösterilmiştir. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'ndeki maddelerden 47'si ters yönlü maddedir. Ölçekteki ters yönlü maddelerin numaraları şu şekildedir; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79 . Ölçekteki her madde 4 dereceli değerlendirmeyle ölçülmektedir. Gebeliğe uyum 1'den 4'e (4: Çok fazla tanımlıyor, 3: Kısmen tanımlıyor, 2: Biraz tanımlıyor, 1: Hiç tanımlamıyor) kadar değişen puanların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilmiştir. Ters maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçeğin tamamı için en az 79, en fazla 316 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (Beydağ ve Mete 2008).

2.7. Ön Uygulama

Araştırma öncesi gebe tanıtım formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği için, yüksek riskli gebeliği olan 10 kadın ile yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından ön uygulama yapılmıştır. Sorularda değişiklik yapılmasına gereksinim duyulmamıştır. Ön uygulamaya alınan gebeler araştırmaya dahil edilmemiştir.

2.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verilerinin toplanması için araştırmacı tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran dahil edilme kriterlerine uyan gebeler gelişigüzel örnekleme yöntemi (convenience sampling) ile belirlenmiştir. Öncelikle gebelerle tanışılmış ve araştırma konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin yazılı onamı alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Birey Tanıtım formu ve Antepartum Semptom Kontrol Listesini doldurulmuştur. Daha sonra PKDÖ hakkında bilgi verilerek annelerden ölçeği kendilerinin doldurması istenmiştir. Verilerin toplanmasına yüksek riskli gebe tanısı almış 64 gebe, tanı almamış 128 gebe dahil edilinceye kadar devam edilmiştir.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Version 22.0 (SPSS) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Ege Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'ndan destek alınmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $P < 0.05$ olarak alınmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş, normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin analizinde Independent Sample t testi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin analizinde ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ise ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama±standart sapma, n ve yüzde olarak ifade edilmiştir.

2.10. Değişkenler

2.10.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenini gebeliğe uyum oluşturmuştur.

2.10.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; antepartum semptomlar oluşturmuştur.

2.11. Araştırma Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Birincisi, araştırmada kullanılan veriler gebelerin öz bildirimlerine göre doldurulmuş olduğu için veriler sadece araştırmaya katılan gebeleri temsil etmektedir. İkinicisi, bu araştırmanın tez çalışması olması ve tek araştırmacı tarafından yürütülmesi nedeni ile tek ya da çift krleme yapılamamıştır.

2.12. Araştırmanın Güçlükleri

Gebelerin araştırma veri toplama formunda yer alan soruları fazla bulmaları ve vakit ayırmak istememeleri araştırmada güçlük yaşanmasına neden olmuştur.

2.13. Araştırmanın Etik Yönü

Bu alışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek 5). Araştırmanın Adnan Menderes niversite Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğinde yapılabilmesi için Adnan Menderes niversite Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen gebeler araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş, Gebelere Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 8) ile yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Gebelerin araştırmaya gönüllü katılımlarına zen gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada kullanılması için Antepartum Semptom Kontrol Listesi'ni Türkçe'ye uyarlayan Doç. Dr. Ümran Yeşiltepe Oskay'dan (Ek 6) ve Prenatal Kendini Değerlendirme leği'ni Türkçe'ye uyarlayan Yrd. Doç. Dr. K.Derya Beydağ'dan (Ek 7) elektronik posta yoluyla onay alınmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri, gebelikte yaşanan antepartum semptomlar, gebelik uyumu ve antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisine ilişkin bulgular sunulmuştur.

3.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1.1'de gebelerin ve eşlerinin bazı demografik özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan yüksek riskli gebelerin çoğu (%37,5) 30-35 yaş aralığında iken, kontrol grubundakilerin (%39,1) 20-24 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Yüksek riskli gebelerin yaş ortalaması $28,64 \pm 5,41$ iken kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalaması $26,98 \pm 5,18$ olarak bulunmuştur. Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalamaları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($Z=-2,164$ $p=0,030$). Buna göre yüksek riskli gebelerin yaş ortalaması kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalamasından daha yüksektir.

Yüksek riskli gebelerin % 37,5'inin eğitim durumu ilkokul iken kontrol grubundaki gebelerin %29,7'sinin eğitim durumunun ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Yüksek riskli gebelerin ise %76,6'sı çekirdek aileye sahip olup, % 98,4'ü de evli ve resmi nikahının olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki gebelerin ise %84,4'ü çekirdek aileye sahip olup, %98,4'ünün evli ve resmi nikâhının olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan yüksek riskli gebelerin %71,9'u, kontrol grubundaki gebelerin %74,2'si herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür. Her iki gruptaki gebelerin %84,4'ü gelir durumunu gidere denk olarak değerlendirirken, yüksek riskli gebelerin ise %92,2'sinin, kontrol grubundaki gebelerin ise %88,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur.

Yüksek riskli gebelerin eşlerinin çoğu (%45,3) 30-35 yaş aralığında, kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin de çoğunun (%41,4) 30-35 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Yüksek riskli gebelerin eşlerinin yaş ortalaması $31,90 \pm 5,07$, kontrol grubundaki gebelerin de eşlerinin yaş ortalaması $31,39 \pm 5,28$, olarak bulunmuştur. Yüksek riskli gebelerin eşlerinin %37,5'i, kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin %27,3'ü ilkokul mezunu oldukları saptanmıştır. Yüksek riskli gebelerin eşlerinin %98,4'ü, kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin %95,3'ü gelir getiren bir işte çalıştığı görülmüştür.

Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebeler sosyo-demografik özellikleri bakımından karşılaştırıldığında; grupların yaş ortalaması dışında grupların benzer olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.).

Çizelge 3.1. Gebelerin ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Yüksek Riskli (n=64)	Kontrol (n=128)	X ²	P
	n (%)	n (%)		
Yaşı				
18-23	14 (21,9)	39 (30,5)	5,966	0,113
24-29	19 (29,7)	50 (39,1)		
30-35	24 (37,5)	30 (23,4)		
36-40	7 (10,9)	9 (7,0)		
Eğitim Durumu				
Okur-Yazar	2 (3,1)	9 (7,0)	7,238	0,124
İlkokul Mezunu	24 (37,5)	26 (20,3)		
Ortaokul Mezunu	15 (23,4)	38 (29,7)		
Lise veya Dengi Okul Mezunu	14 (21,9)	36 (28,1)		
Üniversite ve Üzeri Mezun	9 (14,1)	19 (14,8)		
Aile Yapısı				
Çekirdek	49 (76,6)	108 (84,4)	1,747	0,186
Geniş	15 (23,4)	20 (15,6)		
Medeni Durumu				
Evli, Resmi Nikah Var	63 (98,4)	126 (98,4)	0,750	0,687
Evli, Resmi Nikah Yok	1 (1,6)	1 (0,8)		
Evli Değil	0 (0)	1 (0,8)		
Çalışma Durumu				
Hayır	46 (71,9)	95 (74,2)		
Evet	18 (28,1)	33 (25,8)		
Ailenin Ekonomik Durumu				
Gelir Giderden Az	7 (10,9)	18 (14,1)	1,920	0,383
Gelir Gidere Denk	54 (84,4)	108 (84,4)		
Gelir Giderden Fazla	3 (4,7)	2 (1,6)		
Sosyal Güvence				
Yok	5 (7,8)	15 (11,7)	0,698	0,404
Var	59 (92,2)	113 (88,3)		
Eş Yaşı				
18-23	3 (4,7)	3 (2,3)	1,703	0,636
24-29	19 (29,7)	48 (37,5)		
30-35	29 (45,3)	53 (41,4)		
36 ve üstü	13 (20,3)	24 (18,8)		
Eşin Eğitim Durumu				
Okur-Yazar Değil	1 (1,6)	1 (0,8)	4,593	0,467
Okur-Yazar	0 (0)	3 (2,3)		
İlkokul Mezunu	24 (37,5)	35 (27,3)		
Ortaokul Mezunu	13 (20,3)	33 (25,8)		
Lise veya Dengi Okul Mezunu	18 (28,1)	33 (25,8)		
Üniversite ve Üzeri Mezun	8 (12,5)	23 (18,8)		
Eşin Çalışma Durumu				
Hayır	1 (1,6)	6(4,7)	1,186	0,428
Evet	63 (98,4)	122 (95,3)		

Çizelge 3.2’de gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin veriler görülmektedir. Çizelgede yüksek riskli gebelerin gebelik haftası, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı ve bir önceki gebelikten sonra geçen süre (ay) medyan değerleri bakımından istatistiksel olarak kontrol grubuna benzer olduğu saptanmıştır. Fakat küretaj sayısı medyan değeri yüksek riskli gebelerde, kontrol grubundaki gebelere göre daha yüksek bulunmuş ve yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Z= -2,143 p=0,032).

Çizelge 3.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri

Obstetrik Özellikler	Yüksek Riskli (n=64) Medyan	Kontrol (n=128) Medyan	Z	P
Gebelik Haftası	32,0	32,0	-0,341	0,733
Toplam Gebelik Sayısı	2,0	2,0	-0,203	0,839
Yaşayan Çocuk Sayısı	0,0	0,0	-0,766	0,444
Canlı Doğum Sayısı	0,0	0,5	-0,660	0,509
Ölü Doğum Sayısı	0,0	0,0	-0,654	0,513
Düşük Sayısı	0,0	0,0	-0,074	0,941
Küretaj Sayısı	0,0	0,0	-2,143	0,032
Bir Önceki Gebelikten Sonra Geçen Süre (Ay)	12,5	12,0	-0,092	0,926

Çizelge 3.3’te son gebeliğe ilişkin bilgilerin dağılımı görülmektedir. Araştırmaya katılan yüksek riskli gebelerin %79,7’si son gebeliklerini planlamış ve %81,3’ü isteyerek gebe kalmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin ise %71,9’u son gebeliklerini planlamış ve %73,4’ü isteyerek gebe kalmıştır. Yüksek riskli gebelerin %96,9’u gebeliği süresince sağlık kontrolleri için takip edildiği ve %98,4’ünün takip için her çağrıldığında sağlık kurumuna gittiği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin ise %96,9’unun gebelik süresince sağlık kontrolleri için takip edildiği ve %91,4’ünün takip için her çağrıldığında sağlık kurumuna gittiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan yüksek riskli gebelerin %31,3’ünün gebelikten önce var olan ve devam eden sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir. Yüksek riskli gebelerin sağlık sorunları incelendiğinde kalp hastalıkları (5 gebe), astım (2 gebe), guatr (2 gebe), hipertansiyon (2 gebe) ve kolesterol yüksekliği (1 gebe), epilepsi (1 gebe), böbrek problemleri (2 gebe) gibi sağlık sorunlarının olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki gebelerin ise %3,9’unun gebelikten önce var olan ve devam eden sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin sağlık sorunu ise anemi (5) olduğu tespit edilmiştir.

Yüksek riskli gebelerin %18,8'i ile kontrol grubundaki gebelerin %13,3'ü son gebeliklerinde hastaneye yattıklarını ifade etmişlerdir. Bu gebelikte hastanede yatma nedenleri incelendiğinde ise gebelerin bulantı-kusma, ağrı, kanama gibi nedenler ile hastanede yattıkları belirlenmiştir. Gebelerin hastanede yatma süreleri ise 1-5 gün arasında, hastaneye yattıklarındaki gebelik haftaları 6-25 hafta arasında değiştiği saptanmıştır.

Yüksek riskli gebelerin %21,9'u, kontrol grubundaki gebelerin ise %3,1'i gebelikten önce ve gebelikte ilaç kullandığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yüksek riskli gebeler ve kontrol grubu arasında gebelikten önce ve gebelikte ilaç kullanımı bakımından anlamlı farklılık saptanmıştır ($X^2=17,655$, $P=0,000$).

Araştırmaya katılan gebelerin sigara içme durumları sorulduğunda hem yüksek riskli gebelerin ve hem de kontrol grubundaki gebelerin %4,7'sinin gebeliklerinde sigara içtiği belirlenmiştir.

Yüksek riskli ile kontrol grubu gebelerin yapılan istatistiksel değerlendirmede; gebeliğin planlanması, gebeliğin istenmesi, gebelikte takip edilme, her çağrıldığında sağlık kurumuna gitme, hastanede yatma ve sigara içme durumları arasında anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($P>0,05$). Yüksek riskli gebelerin sağlık sorunlarının olma durumu kontrol grubu gebelerinkinden daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=28,168$ $P=0,000$).

Çizelge 3.3. Gebelerin Son Gebeliğine İlişkin Bilgilerin Dağılımı

Son Gebeliğe İlişkin Bilgiler	Yüksek Riskli (n=64)	Kontrol (n=128)	X ²	P
	n (%)	n (%)		
Gebeliğin Planlanması				
Plansız	13 (20,3)	36 (92,1)	1,370	0,242
Planlı	51 (79,7)	92 (71,9)		
Gebeliğin İstenmesi				
İstenmiyor	12 (18,8)	34 (26,6)	1,429	0,232
İsteniyor	52 (81,2)	94 (73,4)		
Gebelikte Takip Edilme				
Takip Edilmeyen	2 (3,1)	4 (3,1)	0,000	1,000
Takip Edilen	62 (96,9)	124 (96,9)		
Sağlık Sorunu Olma				
Yok	44 (68,8)	123 (96,1)	28,168	0,000
Var	20 (31,2)	5 (3,9)		
Her Çağrıldığında Sağlık Kurumuna Gitme				
Gitmeyen	1 (1,6)	11 (8,6)	3,600	0,064
Giden	63 (98,4)	117 (91,4)		
Hastanede Yatma				
Yatmayan	52 (81,2)	111 (86,7)	0,995	0,318
Yatan	12 (18,8)	17 (13,3)		
İlaç Kullanma				
Kullanmayan	50 (78,1)	124 (96,9)	17,655	0,000
Kullanan	14 (21,9)	4 (3,1)		
Sigara İçme				
İçmeyen	61 (95,3)	122 (95,3)	0,000	1,000
İçen	3 (4,7)	6 (4,7)		

3.2. Gebelikte Yaşanan Antepartum Semptomlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 3.4’de yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin antepartum semptomlarının dağılımı görülmektedir.

Yüksek riskli gebelerin %75’i uyku değişiklikleri, %40,6’sı yorgunluk, %35,9’u dudaklarda kuruma, %34,4’ü baş ağrısı, %32,8’i sırt ağrısı, %32,8’i kasık ağrısı, %31,3’ü egzersiz ya da zorlayıcı bir aktivite ile nefes darlığı, %28,1’i pelvik ağrı/kasık bölgesinde ağrı/sızı, %29,7’si bulantı, %29,7’si can sıkıntısı, %26,6’sı hazımsızlık, %23,4’ü reflü, %21,9’u kalçalarda ağrı, %21,9’u dizlerde hassasiyet, %21,9’u kabızlık, %20,3’ü ciltte kuruma, %20,3’ü ciltte hassasiyet, %18,8’si iştahta azalma, %18,8’i topuklarda sızlama, %18,8’i beş duyuya ait algı değişiklikleri, %17,2’si ödem, %17,2’si burun tıkanıklığı, 15,6’sı karnın diğer bölümlerinde rahatsızlık, %15,6’sı hemoroid, %14,1’i baş dönmesi, %14,1’i mizaç değişiklikleri, %12,5’i dikkatini bir yere toplamada güçlük, %9,4’ düşünme ve mizaçla ilgili diğer sorunlar, %7,8’i baygınlık, %7,8’i kulak ağrısı, %6,3’ü dış kulakta ağrı, %4,7’si

döküntü/ kızarıklık, %4,7'si görme sorunları ile ilgili yakınmaları hafif düzeyde yaşadıkları görülmektedir.

Yüksek riskli gebelerin %32,8'i bacaklarda ağrı, %28,1'i gerginlik, sinirlilik, %20,3'ü kas krampları, %6,3'ü vücutta kas ağrıları ve %6,3'ü diğer fiziksel sorunlar ile ilgili yakınmaları orta düzeyde yaşarken, %7,8'i kabuslar ile ilgili yakınmaları şiddetli düzeyde yaşadıkları bulunmuştur.

Kontrol grubundaki gebelerin ise %60,9'u uyku değişiklikleri, %38,5'i yorgunluk, %35,2'si pelvik ağrı/kasık bölgesinde ağrı/sızı, %33,6'sı hazımsızlık, %32,8'i dudaklarda kuruma, %31,3'ü kasık ağrısı, %29,7'si bacaklarda ağrı, %28,9'u can sıkıntısı, %28,9'u gerginlik, sinirlilik, %27,3'ü baş ağrısı, %27,3'ü kas krampları, %26,6'sı bulantı, %26,6'sı ciltte hassasiyet, %26,6'sı egzersiz ya da zorlayıcı bir aktivite ile nefes darlığı, %25,0'ı mizaç değişiklikleri, %23,4'ü karnın diğer bölümlerinde rahatsızlık, %21,9'u ciltte kuruma, %21,9'u reflü, %20,3'ü kalçalarda ağrı, %18,0'ı dikkatini bir yere toplamada güçlük, %17,2'si baş dönmesi, %17,2'si dizlerde hassasiyet, %17,2'si kabızlık, %16,4'ü kabuslar, %16,4'ü ödem, %15,6'sı topuklarda sızlama, %14,8'si iştahta azalma, %11,7'si burun tıkanıklığı, %10,9'u döküntü/ kızarıklık, %10,2'si beş duyuya ait algı değişiklikleri, %8,6'sı görme sorunları, %7,0'ı dış kulakta ağrı, %7,0'ı hemoroid, %7,0'ı kulak ağrısı, %2,3'ü diğer fiziksel sorunlar ile ilgili yakınmaları hafif düzeyde yaşadıkları görülmektedir.

Kontrol grubundaki gebelerin %32,0'ı sırt ağrısı, %3,1'i vücutta kas ağrıları, %3,1'i baygınlık ile ilgili yakınmaları orta düzeyde yaşarken, gebelerin %8,6'sı düşünme ve mizaçla ilgili diğer sorunları şiddetli düzeyde yaşadığı saptanmıştır.

Çizelge 3.4. Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomlarının Dağılımı

Semptom/ Şiddet	Yüksek Riskli (n=64)				Kontrol (n=128)			
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hazımsızlık	36 (56,3)	17 (26,6)	9 (14,1)	2 (3,1)	66 (51,6)	43 (33,6)	15 (11,7)	4 (3,1)
Reflü	35 (54,7)	15 (23,4)	9 (14,1)	5 (7,8)	60 (46,9)	28 (21,9)	25 (19,5)	15 (11,7)
Bulantı	28 (43,8)	19 (29,7)	6 (9,4)	11 (17,2)	42 (32,8)	34 (26,6)	23 (18,0)	29 (22,7)
İştahta Azalma	39 (60,9)	12 (18,8)	10 (15,6)	3 (4,7)	80 (62,5)	19 (14,8)	18 (14,1)	11 (8,6)
Kasık Ağrısı	17 (26,6)	21 (32,8)	18 (28,1)	8 (12,5)	30 (23,4)	40 (31,3)	39 (30,5)	19 (14,8)
Karnın Diğer Bölümlerinde Rahatsızlık	43 (67,2)	10 (15,6)	7 (10,9)	4 (6,3)	81 (63,3)	30 (23,4)	11 (8,6)	6 (4,7)
Kalçalarda Ağrı	35 (54,7)	14 (21,9)	11 (17,2)	4 (6,3)	64 (50,0)	26 (20,3)	24 (18,8)	14 (10,9)
Sırt Ağrısı	23 (35,9)	21 (32,8)	12 (18,8)	8 (12,5)	34 (26,6)	36 (28,1)	41 (32,0)	17 (13,3)
Bacaklarda Ağrı	24 (37,5)	16 (25,0)	21 (32,8)	3 (4,7)	46 (35,9)	38 (29,7)	32 (25,0)	12 (9,4)
Dış Kulakta Ağrı	58 (90,6)	4 (6,3)	1 (1,6)	1 (1,6)	113 (88,3)	9 (7,0)	5 (3,9)	1 (0,8)
Döküntü/ Kızarıklık	59 (92,2)	3 (4,7)	1 (1,6)	1 (1,6)	112 (87,5)	14 (10,9)	1 (0,8)	1 (0,8)
Ciltte Kuruma	43 (67,2)	13 (20,3)	6 (9,4)	2 (3,1)	91 (71,1)	28 (21,9)	5 (3,9)	4 (3,1)
Dudaklarda Kuruma	34 (53,1)	23 (35,9)	6 (9,4)	1 (1,6)	69 (53,9)	42 (32,8)	11 (8,6)	6 (4,7)
Ciltte Hassasiyet	41 (64,1)	13 (20,3)	8 (12,5)	2 (3,1)	84 (65,6)	34 (26,6)	8 (6,3)	2 (1,6)
Topuklarda Sızlama	47 (73,4)	12 (18,8)	3 (4,7)	2 (3,1)	98 (76,6)	20 (15,6)	8 (6,3)	2 (1,6)
Vücutta Kas Ağrıları	59 (92,2)	-	4 (6,3)	1 (1,6)	123 (96,1)	-	4 (3,1)	1 (0,8)

Çizelge 3.4. Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomlarının Dağılımı (Devam)

Semptom/ Şiddet	Yüksek Riskli (n=64)				Kontrol (n=128)			
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dizlerde Hassasiyet	41 (64,1)	14 (21,9)	8 (12,5)	1 (1,6)	92 (71,9)	22 (17,2)	7 (5,5)	7 (5,5)
Pelvik Ağrı/Kasık Bölgesinde Ağrı/Sızı	30 (46,9)	18 (28,1)	13 (20,3)	3 (4,7)	46 (35,9)	45 (35,2)	26 (20,3)	11 (8,6)
Kas Krampları	31 (48,4)	11 (17,2)	13 (20,3)	9 (14,1)	60 (46,9)	35 (27,3)	25 (19,59)	8 (6,3)
Kulak Ağrısı	57 (89,1)	5 (7,8)	1 (1,6)	1 (1,6)	112 (87,5)	9 (7,0)	6 (4,7)	1 (0,8)
Baş Ağrısı	35 (54,7)	22 (34,4)	5 (7,8)	2 (3,1)	70 (54,7)	35 (27,3)	14 (10,9)	9 (7,0)
Görme Sorunları	60 (93,8)	3 (4,7)	-	1 (1,6)	115 (89,8)	11 (8,6)	2 (1,6)	-
Uyku Değişiklikleri	16 (25,0)	48 (75,0)	-	-	50 (39,1)	78 (60,9)	-	-
Egzersiz Ya Da Zorlayıcı Bir Aktivite İle Nefes Darlığı	35 (54,7)	20 (31,3)	4 (6,3)	5 (7,8)	81 (63,3)	34 (26,6)	11 (8,6)	2 (1,6)
Kan şekerinde Yükselme	40 (62,5)	16 (25,0)	7 (10,9)	1 (1,6)	125 (97,7)	2 (1,6)	1 (0,8)	-
Gestasyonel Diyabet	39 (60,9)	12 (18,8)	11 (17,2)	2 (3,1)	128 (100)	-	-	-
Baş Dönmesi	48 (75,0)	9 (14,1)	6 (9,4)	1 (1,6)	96 (75,0)	22 (17,2)	9 (7,0)	1 (0,8)
Baygınlık	55 (85,9)	5 (7,8)	4 (6,3)	-	119 (93,0)	3 (2,3)	4 (3,1)	2 (1,6)
Yorgunluk	15 (23,4)	26 (40,6)	14 (21,9)	9 (14,1)	40 (31,3)	48 (38,5)	29 (22,7)	11 (8,6)
Kabızlık	40 (62,5)	14 (21,9)	8 (12,5)	2 (3,1)	86 (67,2)	22 (17,2)	15 (11,7)	5 (3,9)
Burun Tıkanıklığı	47 (73,4)	11 (17,2)	4 (6,3)	2 (3,1)	96 (75,0)	15 (11,7)	12 (9,4)	5 (3,9)
Ödem	47 (73,4)	11 (17,2)	3 (4,7)	3 (4,7)	90 (70,3)	21 (16,4)	13 (10,2)	4 (3,1)

Çizelge 3.4. Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomlarının Dağılımı (Devam)

Semptom/ Şiddet	Yüksek Riskli (n=64)				Kontrol (n=128)			
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hemoroid	51 (79,7)	10 (15,6)	-	3 (4,7)	114 (89,1)	9 (7,0)	2 (1,6)	3 (2,3)
Diğer Fiziksel Sorunlar	59 (92,2)	1 (1,6)	4 (6,3)	-	125 (97,7)	3 (2,3)	-	-
Dikkatini Bir Yere Toplamada Güçlük	50 (78,1)	8 (12,5)	5 (7,8)	1 (1,68)	95 (74,2)	23 (18,0)	6 (4,7)	4 (3,1)
Mizaç Değişiklikleri	48 (75,0)	9 (14,1)	6 (9,4)	1 (1,6)	84 (65,6)	32 (25,0)	12 (9,4)	-
Gerginlik, Sinirlilik	16 (25,0)	15 (23,4)	18 (28,1)	15 (23,4)	38 (29,7)	37 (28,9)	35 (27,3)	18 (14,1)
Can Sıkıntısı	17 (26,6)	19 (29,7)	16 (25,0)	12 (18,8)	52 (40,6)	37 (28,9)	24 (18,8)	15 (11,7)
Beş Duyuya Ait Algı Değişiklikleri	49 (76,6)	12 (18,8)	2 (3,1)	1 (1,6)	112 (87,5)	13 (10,2)	2 (1,6)	1 (0,8)
Kabuslar	52 (81,3)	4 (6,3)	3 (4,7)	5 (7,8)	94 (73,4)	21 (16,4)	10 (7,8)	3 (2,3)
Düşünme Ve Mizaçla İlgili Diğer Sorunlar	53 (82,8)	6 (9,4)	2 (3,1)	3 (4,7)	98 (76,6)	9 (7,0)	10 (7,8)	11 (8,6)

Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin antepartum semptom varlığına göre karşılaştırıldığında, yüksek riskli ve kontrol grubu gebelerin antepartum semptom varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.5. Yüksek Riskli ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Antepartum Semptom Varlığına Göre Karşılaştırılması

Semptom/ Şiddet	Yüksek Riskli (n=64)		Kontrol (n=128)		X ²	P
	Yok	Var	Yok	Var		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Hazımsızlık	36 (18,8)	28 (14,6)	66 (34,4)	62 (32,3)	0,376	0,539
Reflü	35 (18,2)	29 (15,1)	60 (31,3)	68 (35,4)	1,042	0,307
Bulantı	28 (14,6)	36 (18,8)	42 (21,9)	86 (44,8)	2,203	0,138
İştahta Azalma	39 (20,3)	25 (13,0)	80 (41,7)	48 (25,0)	0,044	0,833
Kasık Ağrısı	17 (8,9)	47 (24,5)	30 (15,6)	98 (51,0)	0,225	0,635
Karnın Diğer Bölümlerinde Rahatsızlık	43 (22,4)	21 (10,9)	81 (42,2)	47 (24,5)	0,285	0,594
Kalçalarda Ağrı	35 (18,2)	29 (15,1)	64 (33,3)	64 (33,3)	0,375	0,540
Sırt Ağrısı	23 (12,0)	41 (21,4)	34 (17,7)	94 (49,0)	1,796	0,180
Bacaklarda Ağrı	24 (12,5)	40 (20,8)	46 (24,0)	82 (42,7)	0,045	0,832
Dış Kulakta Ağrı	58 (30,2)	6 (3,1)	113 (58,9)	15 (7,8)	0,241	0,624
Döküntü/ Kızarıklık	59 (30,7)	5 (2,6)	112 (58,3)	16 (8,3)	0,962	0,327
Ciltte Kuruma	43 (22,4)	21 (10,9)	91 (47,4)	37 (19,3)	0,309	0,578
Dudaklarda Kuruma	34 (17,7)	30 (15,6)	69 (35,9)	59 (30,7)	0,010	0,918
Ciltte Hassasiyet	41 (21,4)	23 (12,0)	84 (43,8)	44 (22,9)	0,046	0,830
Topuklarda Sızlama	47 (24,5)	17 (8,9)	98 (51,0)	30 (15,6)	0,225	0,635
Dizlerde Hassasiyet	41 (21,4)	23 (12,0)	92 (47,9)	36 (18,8)	1,223	0,269
Pelvis/ Kasık Bölgesinde Ağrı /Sızı	30 (15,6)	34 (17,7)	46 (24,0)	82 (42,7)	2,134	0,144
Kas Krampları	31 (16,1)	33 (17,2)	60 (31,3)	68 (35,4)	0,042	0,838
Kulak Ağrısı	57 (29,7)	7 (3,6)	112 (58,3)	16 (8,3)	0,099	0,753
Baş Ağrısı	35 (18,2)	29 (15,1)	70 (36,5)	58 (30,2)	0,000	1,000

Çizelge 3.5. Yüksek Riskli ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Antepartum Semptom Varlığına Göre Karşılaştırılması (Devam)

Semptom/ Şiddet	Yüksek Riskli (n=64)		Kontrol (n=128)		X ²	P
	Yok	Var	Yok	Var		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Görme Sorunları	60 (31,3)	4 (2,1)	115 (59,9)	13 (6,8)	0,807	0,369
Uyku Değişiklikleri	16 (8,3)	48 (25,0)	50 (26,0)	78 (40,6)	3,740	0,053
Egzersiz Ya Da Zorlayıcı Bir Aktivite İle Nefes Darlığı	35 (18,2)	29 (15,1)	81 (42,2)	47 (24,5)	1,318	0,251
Baş Dönmesi	48 (25,0)	16 (8,3)	96 (50,0)	32 (16,7)	0,000	1,000
Baygınlık	55 (28,6)	9 (4,7)	119 (62,0)	9 (4,7)	2,483	0,115
Yorgunluk	15 (7,8)	49 (25,5)	40 (20,8)	88 (45,8)	1,274	0,259
Kabızlık	40 (20,8)	24 (12,5)	86 (44,8)	42 (21,9)	0,416	0,519
Burun Tıkanıklığı	47 (24,5)	17 (8,9)	96 (50,0)	32 (16,7)	0,055	0,815
Ödem	47 (24,5)	17 (8,9)	90 (46,9)	38 (19,8)	0,204	0,652
Hemoroid	51 (26,6)	13 (6,8)	114 (59,4)	14 (7,3)	3,103	0,078
Dikkatini Bir Yere Toplamada Güçlük	50 (26,0)	14 (7,3)	95 (49,5)	33 (17,2)	0,352	0,553
Mizaç Değişiklikleri	48 (25,0)	16 (8,3)	84 (43,8)	44 (22,9)	1,745	0,186
Gerginlik, Sinirlilik	16 (8,3)	48 (25,0)	38 (19,8)	90 (46,9)	0,464	0,496
Can Sıkıntısı	17 (8,9)	47 (24,5)	52 (27,1)	76 (39,6)	3,665	0,056
Beş Duyu Değişiklikleri	49 (25,5)	15 (7,8)	112 (58,3)	16 (8,3)	3,770	0,052
Kabuslar	52 (27,1)	12 (6,3)	94 (49,0)	34 (17,7)	1,429	0,232
Düşünme ve Mizaçla İlgili Diğer Sorunlar	53 (27,6)	11 (5,7)	98 (51,0)	30 (15,6)	0,992	0,319

3.3. Gebelik Uyumuna İlişkin Bulgular

Çizelge 3.6'de gebelerin PKDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Araştırmaya katılan gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin kendi ve bebeği ile ilgili düşünceleri alt ölçek puan ortalaması yüksek riskli gebeler için $25,64 \pm 6,99$, kontrol grubu için $24,33 \pm 6,54$ olarak bulunmuştur.

Gebeliğin kabulü alt ölçek puan ortalaması yüksek riskli gebeler için $23,18 \pm 5,23$ iken, kontrol grubundaki gebeler için $24,56 \pm 6,55$ olarak saptanmıştır. Annelik rolünün kabulü alt ölçek puan ortalaması yüksek riskli gebeler için $21,59 \pm 4,41$ iken, kontrol grubundaki gebeler için $22,85 \pm 4,81$ olarak bulunmuştur. Yüksek riskli gebelerin doğuma hazır oluş alt ölçek puan ortalaması $17,39 \pm 3,92$, kontrol grubundaki gebelerin ise $17,58 \pm 4,94$ olarak bulunmuştur. Yüksek riskli gebelerin doğum korkusu alt ölçek puan ortalaması $22,35 \pm 3,92$, kontrol grubundaki gebelerin ise $22,22 \pm 4,34$ olarak saptanmıştır. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması yüksek riskli gebeler için $22,22 \pm 4,34$ iken, kontrol grubundaki gebeler için $14,57 \pm 5,88$ olarak bulunmuştur. Yüksek riskli gebelerin eşi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması $15,31 \pm 5,23$, kontrol grubundaki gebelerin ise $15,57 \pm 5,22$ olarak bulunmuştur.

Gebelerin PKDÖ toplam puan ortalaması yüksek riskli gebeler için $139,95 \pm 20,30$ iken, kontrol grubu için $141,71 \pm 24,06$ olarak saptanmıştır. Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin PKDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 3.6. Yüksek Riskli ve Kontrol Grubundaki Gebelerin PKDÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve Alt Ölçekler	Yüksek Riskli (n=64)			Kontrol (n=128)			Z	P
	Ort±SS	S.O	S.T	Ort±SS	S.O	S.T		
Kendi ve Bebeği İle İlgili Düşünceleri	25,64±6,99	104,78	6706,00	24,33±6,54	92,36	11822,00	-1,462	0,144
Gebeliğin Kabulü	23,18±5,23	89,02	5697,00	24,56±6,55	100,24	12831,00	-1,323	0,186
Annelik Rolünün Kabulü	21,59±4,41	87,34	5590,00	22,85±4,81	101,08	12938,00	-1,618	0,106
Doğuma Hazır Oluş	17,39±3,92	97,60	6246,50	17,58±4,94	95,95	12281,50	-,195	0,845
Doğum Korkusu	22,35±3,92	94,59	6054,00	22,22±4,34	97,45	12474,00	-,337	0,736
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	14,46±5,89	92,86	5943,00	14,57±5,88	98,32	12585,00	-,648	0,517
Eşi İle İlişkisinin Durumu	15,31±5,23	94,24	6031,50	15,57±5,22	97,63	12496,50	-,401	0,688
PKDÖ Toplam Ölçek Puanı	Ort±SS	Min	Max	Ort±SS	Min	Max	t	P
	139,95±20,30	93,00	198,00	141,71±24,06	92,00	200,00	0,502	0,616

SO: Sıra Ortalaması (Mean Rank) ST: Sıra Toplamı (Sum Of Rank)

3.4. Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.6.'de yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin yaşadıkları antepartum semptomlara göre PKDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin yaşadıkları antepartum semptomlara göre PKDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında “diğer fiziksel sorunlar” dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Yüksek riskli gebelerde diğer fiziksel sorunlar (varis, yürümede güçlük) yaşayanların PKDÖ toplam puanı $131,40 \pm 20,05$ ve kontrol grubundaki gebelerin ise $158,00 \pm 7,00$ 'dir. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($Z=-2,249$; $P=0,024$).

Çizelge 3.7. Yüksek Riskli ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Yaşadıkları Antepartum Semptomlarına Göre PKDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Semptom/ Şiddet		Yüksek Riskli (n=64)		Kontrol (n=128)		Z	P
		S.O	S.T	S.O	S.T		
Hazımsızlık	Var	46,55	1303,50	45,02	2791,50	-,257	0,797
	Yok	47,32	1703,50	53,78	3549,50	-1,054	0,292
Reflü	Var	44,59	1293,00	50,88	3460,00	-1,009	0,313
	Yok	46,99	1644,50	48,59	2915,50	-,274	0,784
Bulantı	Var	56,79	2044,50	63,47	5458,50	-,952	0,341
	Yok	36,13	1011,50	35,08	1473,50	-,210	0,834
İştahta Azalma	Var	33,06	826,50	39,05	1874,50	-1,145	0,252
	Yok	59,32	2313,50	60,33	4826,50	-,150	0,881
Kasık Ağrısı	Var	68,45	3217,00	75,18	7368,00	-,904	0,366
	Yok	24,09	409,50	23,95	718,50	-,033	0,973
Karnın Diğer Bölümlerinde Rahatsızlık	Var	32,10	674,00	35,57	1672,00	-,671	0,502
	Yok	61,42	2641,00	63,07	5109,00	-,244	0,807
Kalçalarda Ağrı	Var	48,02	1392,50	46,54	2978,50	-,245	0,807
	Yok	45,39	1588,50	52,52	3361,50	-1,182	0,237
Sırt Ağrısı	Var	65,94	2703,50	68,90	6476,50	-,404	0,686
	Yok	28,09	646,00	29,62	1007,00	-,342	0,733
Bacaklarda Ağrı	Var	60,63	2425,00	61,93	5078,00	-,191	0,849
	Yok	33,02	792,50	36,79	1692,50	-,736	0,462
Dış Kulakta Ağrı	Var	8,67	52,00	11,93	179,00	-1,092	0,275
	Yok	83,79	4860,00	87,13	9846,00	-,418	0,676
Vücudun Herhangi Bir Yerinde Döküntü/Kızarıklık	Var	12,90	64,50	10,41	166,50	-,785	0,432
	Yok	79,31	4679,00	89,53	10027,00	-1,284	0,199

Çizelge 3.7. Yüksek Riskli ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Yaşadıkları Antepartum Semptomlara Göre PKDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

Semptom/ Şiddet		Yüksek Riskli (n=64)		Kontrol (n=128)		Z	P
		S.O	S.T	S.O	S.T		
Ciltte Kuruma	Var	30,19	634,00	29,11	1077,00	-,235	0,814
	Yok	62,67	2695,00	69,78	6350,00	-,989	0,323
Dudaklarda Kuruma	Var	42,75	1282,50	46,14	2722,50	-,586	0,558
	Yok	51,10	1737,50	52,44	3618,50	-,214	0,831
Ciltte Hassasiyet	Var	34,09	784,00	33,95	1494,00	-,026	0,979
	Yok	58,71	2407,00	65,10	5468,00	-,926	0,355
Topuklarda Sızlama	Var	19,68	334,50	26,45	793,50	-1,628	0,104
	Yok	72,66	3415,00	73,16	7170,00	-,068	0,946
Vücudun Herhangi Bir Yerde Kas Ağrıları	Var	5,40	27,00	5,60	28,00	-,104	0,917
	Yok	87,80	5180,00	93,28	11473,00	-,657	0,511
Dizlerde Hassasiyet	Var	28,22	649,00	31,14	1121,00	-,637	0,524
	Yok	63,89	2619,50	68,39	6291,50	-,621	0,534
Pelvis/ Kasık Bölgesinde Ağrı /Sızı	Var	60,63	2061,50	57,62	4724,50	-,440	0,660
	Yok	35,08	1052,50	40,73	1873,50	-1,090	0,276
Kas Krampları	Var	49,85	1645,00	51,56	3506,00	-,275	0,783
	Yok	43,18	1338,50	47,46	2847,50	-,733	0,464
Kulak Ağrısı	Var	9,00	63,00	13,31	213,00	-1,405	0,160
	Yok	83,68	4770,00	85,67	9595,00	-,249	0,803
Baş Ağrısı	Var	43,72	1268,00	44,14	2560,00	-,072	0,943
	Yok	48,79	1707,50	55,11	3857,50	-1,003	0,316
Görme Sorunları	Var	9,13	36,50	8,96	116,50	-,057	0,955
	Yok	84,09	5045,50	90,04	10354,50	-,737	0,461
Uyku Değişiklikleri	Var	58,69	2817,00	66,46	5184,00	-1,161	0,246
	Yok	35,41	566,50	32,89	1644,50	-,456	0,648

Çizelge 3.7. Yüksek Riskli ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Yaşadıkları Antepartum Semptomlara Göre PKDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

Semptom/ Şiddet		Yüksek Riskli (n=64)		Kontrol (n=128)		Z	P
		S.O	S.T	S.O	S.T		
Egzersiz Ya Da Zorlayıcı Bir Aktivite İle Nefes Darlığı	Var	37,91	1099,50	38,86	1826,50	-,182	0,856
	Yok	53,36	1867,50	60,72	4918,50	-1,083	0,279
Baş Dönmesi	Var	21,13	338,00	26,19	838,00	-1,182	0,237
	Yok	71,36	3425,50	73,07	7014,50	-,231	0,817
Baygınlık	Var	9,11	82,00	9,89	89,00	-,309	0,757
	Yok	83,65	4600,50	89,28	10624,50	-,686	0,493
Yorgunluk	Var	66,21	3244,50	70,55	6208,50	-,613	0,540
	Yok	25,60	384,00	28,90	1156,00	-,681	0,496
Kabızlık	Var	33,63	807,00	33,43	1404,00	-,040	0,968
	Yok	57,81	2312,50	66,15	5688,50	-1,193	0,233
Burun Tıkanıklığı	Var	25,26	429,50	24,86	795,50	-,095	0,925
	Yok	67,77	3185,00	74,07	7111,00	-,855	0,392
Ödem	Var	29,29	498,00	27,42	1042,00	-,401	0,689
	Yok	63,73	2995,50	71,75	6457,50	-1,122	0,262
Hemoroid	Var	13,81	179,50	14,18	198,50	-,121	0,903
	Yok	77,78	3967,00	85,33	9728,00	-,938	0,348
Diğer Fiziksel Sorunlar	Var	3,00	15,00	7,00	21,00	-2,249	0,024
	Yok	90,24	5324,00	93,57	11696,00	-,396	0,692
Dikkatini Bir Yere Toplamada Güçlük	Var	28,61	400,50	22,05	727,50	-1,501	0,133
	Yok	66,35	3317,50	76,50	7267,50	-1,383	0,167
Mizaç Değişiklikleri	Var	34,16	546,50	29,17	1283,50	-,978	0,328
	Yok	61,19	2937,00	69,54	5841,00	-1,206	0,228

Çizelge 3.7. Yüksek Riskli ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Yaşadıkları Antepartum Semptomlara Göre PKDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

Semptom/ Şiddet		Yüksek Riskli (n=64)		Kontrol (n=128)		Z	P
		S.O	S.T	S.O	S.T		
Gerginlik, Sinirlilik	Var	65,93	3164,50	71,41	6426,50	-,767	0,443
	Yok	26,25	420,00	28,03	1065,00	-,379	0,705
Can Sıkıntısı	Var	56,01	2632,50	65,70	4993,50	-1,466	0,143
	Yok	33,97	577,50	35,34	1837,50	-,244	0,807
Beş Duyu Değişiklikleri	Var	14,87	223,00	17,06	273,00	-,673	0,501
	Yok	75,87	3717,50	83,25	9323,50	-,924	0,355
Kabuslar	Var	25,83	310,00	22,68	771,00	-,701	0,484
	Yok	68,96	3586,00	76,01	7145,00	-,965	0,335
Düşünme ve Mizaçla İlgili Diğer Sorunlar	Var	19,27	212,00	21,63	649,00	-,559	0,576
	Yok	74,51	3949,00	76,81	7527,00	-,308	0,758

SO: Sıra Ortalaması (Mean Rank)

ST: Sıra Toplamı (Sum of Rank)

4. TARTIŞMA

Bu araştırma yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisini belirlemek amacıyla Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Doğum Polikliniğine başvuran 128 kontrol ve 64 yüksek riskli olmak üzere toplam 192 gebe ile karşılaştırmalı-tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu bölümde araştırmadan elde edilen başlıca bulguların mevcut literatüre göre tartışması verilmiştir.

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu araştırmada yüksek riskli gebelerin yaş ortalamasının $28,64 \pm 5,41$, %37,5'inin 30-35 yaş aralığında ve kontrol grubundaki gebelerin ise yaş ortalamasının $26,98 \pm 5,18$, %39,1'i 20-24 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Pamuk ve Arslan (2009)'ın hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ile ilgili çalışmasında gebelerin yaş ortalamasının $32,54 \pm 4,18$ olduğu bildirilmiştir. Gebelikte yaş faktörü anne ve fetus için yüksek risk taşımaktadır. İleri yaş gebeliklerde yaşa bağlı tıbbi sorunlar ve kronik hastalıklar daha fazla gözlenmekte olup anne ve fetus sağlığı üzerinde önemli sorunlara neden olmaktadır (Ziadeh ve Yahaya 2001). İleri yaşın gebelikte risk oluşturması nedeniyle her iki çalışmada da riskli gebelerin yaşlarının diğer gebelerden fazla olması beklenen bir durumdur.

Bu çalışmada yüksek riskli ve kontrol grubu gebelerin eğitim durumları, aile yapıları ve evlilik özellikleri benzer bulunması grupların karşılaştırılabilirliğini göstermesi bakımından önemlidir.

Gümüldaş ve ark (2014)'nın yaptığı riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağılıklarının karşılaştırılması ile ilgili çalışmasında araştırmaya alınan riskli gebelerin %43,5'inin 27-35 yaş aralığında, %69,4'ünün ilköğretim mezunu, %73,1'inin gelir durumunu orta düzey olarak ifade ettiği bulunmuştur. Araştırmaya alınan riskli olmayan gebelerin ise %50,8'inin 18-26 yaş aralığında, %66,1'inin ilköğretim mezunu olduğu, %76,6'sının gelir durumunu orta düzey olarak ifade ettiği bildirilmiştir.

Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı, gelirini giderine denk olarak değerlendirdiği ve sosyal güvenceye sahip olduğu

belirlenmiştir. Yüksek riskli gebelerin eşlerinin %45,3'ü 30-35 yaş aralığında ve yaş ortalaması 31,90±5,07 olduğu, kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin %41,4'ü 30-35 yaş aralığında ve yaş ortalaması 31,39±5,28 olduğu saptanmıştır. Yüksek riskli gebelerin eşlerinin %37,5'i, kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin %27,3'ü ilkökul mezunu oldukları saptanmıştır. Yüksek riskli gebelerin eşlerinin %98,4'ü, kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin %95,3'ü gelir getiren bir işte çalıştığı görülmüştür. Gebelerin eşlerinin çalışıyor olması, gebelerin gelir düzeylerini gidere denk olarak ifade etmeleri temel gereksinimlerinin karşılanabileceğini, sosyal güvencesinin olması doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha fazla yararlanmayı göstermesi bakımından önemlidir.

Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebeler sosyo-demografik özellikleri bakımından karşılaştırıldığında; grupların yaş ortalaması dışında benzer olduğu görülmektedir. Bu benzerlik grupların karşılaştırılabilirliği açısından önemlidir.

Araştırmada gebelerin obstetrik özellikleri değerlendirildiğinde; yüksek riskli ve kontrol grubu gebelerin gebelik haftası, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı ortalamaları ve bir önceki gebelikten sonra geçen süre (ay) ortalaması bakımından grupların benzer olduğu saptanmıştır. Fakat küretaj sayısı ortalaması yüksek riskli gebeliklerde, kontrol grubundaki gebelere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Hastanede yatan yüksek riskli gebelerle yapılan başka bir çalışmada ise gebelerin küretaj ortalaması (0,44± 0,74) bizim çalışmamızla benzerdir (Pamuk ve Arslan 2009). Yüksek riskli gebe grubundaki kadınların küretaj sayılarının kontrol grubu gebelerden fazla olması, geçmişte yüksek riskten kaynaklanmış isteğe bağlı küretajların olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan yüksek riskli gebelerin %79,7'si son gebeliklerini planlamış ve %81,3'ü isteyerek gebe kalmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin ise %71,9'u son gebeliklerini planlamış ve %73,4'ü isteyerek gebe kalmıştır. Benzer şekilde Mutlugüneş (2012)'in çalışmasında gebelerin %73,7'si, Sözeri ve ark (2006)'nın çalışmasında gebelerin %79,3'ünün gebeliklerini planladıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlar gebelerin büyük çoğunluğunun gebeliklerini planladıklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre doğum öncesi yeterli bakım alma oranı %89'dur. Araştırmada yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin %96,9'u gebeliği süresince sağlık kontrolleri için takip edildiği ve yüksek riskli gebelerin

%98,4'ünün kontrol grubundaki gebelerin ise %91,4'ünün takip için her çağrıldığında sağlık kurumuna gittiği belirlenmiştir. Pirinçci ve ark (2010)'nın Elazığ'da bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma ve etkileyen faktörler ile ilgili çalışmasında, kadınların %57,0'ı yeterli sayıda doğum öncesi bakım almıştır. Beşer ve ark (2007)'nin araştırmamızın yapıldığı yer olan Aydın merkezde doğum öncesi bakım izlem oranı %86.61 olarak bulunmuş olup, hizmetlerin nitelik ve nicelik bakımından beklenenin altında olduğu saptanmıştır. Ancak bizim çalışmamızda doğum öncesi alınan bakımın niteliği incelenmemiştir.

Araştırmaya katılan yüksek riskli gebelerin %31,3'ünün gebelikten önce var olan ve devam eden sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir. Yüksek riskli gebelerin sağlık sorunları incelendiğinde kalp hastalıkları (5 gebe), astım (2 gebe), guatr (2 gebe), hipertansiyon (2 gebe) ve kolesterol yüksekliği (1 gebe), epilepsi (1 gebe), böbrek problemleri (2 gebe) gibi sağlık sorunlarının olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki gebelerin ise %3,9'unun gebelikten önce var olan ve devam eden sağlık sorununun olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin sağlık sorununun ise anemi olduğu tespit edilmiştir. Yüksek riskli gebelikler gebeliklerin %5-10'unu oluşturur. Gebelik öncesi varolan kronik hastalıklar (yüksek tansiyon, diyabet, hipo yada hipertroidi gibi romatolojik hastalıklar, enfeksiyonlar) İleri anne yaşı, adölesan gebelikler, fazla kilolu ve şişman olma durumu, aşırı zayıf olma, çoğul gebelikler, düşük sosyo-ekonomik durum, ailede mental retarde ya da anomalili bebek olması, daha önceki gebeliğin ölü doğum veya anomali ile sonlanması gebelikte yüksek risk nedenlerindedir (Çoban 2008).

Yüksek riskli gebelerin %18,8'i ile kontrol grubundaki gebelerin %13,3'ü son gebeliklerinde hastaneye yattıklarını ifade etmişlerdir. Hastanede yatma bakımından yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın anlamsız olması yüksek riskli gebelerin hastanede yatmayı gerektirecek kadar sağlık problemi yaşamadıklarını göstermektedir.

Bu gebelikte hastanede yatma nedenleri incelendiğinde ise gebelerin %0,8'i bulantı-kusma, %1,6'sı böbrek sorunu, %0,8'i ise kanama nedeni ile hastanede yattıkları belirlenmiştir. Gebelerin hastanede yatma süreleri ise 1-5 gün arasında, hastaneye yattıklarındaki gebelik haftaları 6-25 hafta arasında değiştiği saptanmıştır. Özçelik'in (2010) çalışmasında gebelerin en fazla hastaneye yatma nedenlerinin bulantı ve kusma (%5,1), düşük tehditi (%5,0), erken doğum tehditi (%5,0) olduğu saptanmıştır. Bacak ve ark (2005)'nin en

sık hastaneye yatış nedenleri preterm eylem (%29), bulantı ve kusma (%11,4), genito-üriner enfeksiyonlar (%9,7), hipertansiyon (%6,2), kanama (%5,6), enfeksiyon (%2,3) olarak bildirilmiştir.

Yüksek riskli gebelerin %21,9'u, kontrol grubundaki gebelerin ise %3,1'i gebelikten önce ve gebelikte ilaç kullandığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yüksek riskli gebeler ve kontrol grubu arasında gebelikten önce ve gebelikte ilaç kullanımı bakımından anlamlı farklılık saptanmıştır. Araştırmada yüksek riskli gebelerin gebelikten önce ve gebelikte ilaç kullanım oranlarının yüksek olması beklenen bir durumdur.

Araştırmaya katılan gebelerin sigara içme durumları sorulduğunda hem yüksek riskli gebelerin ve hem de kontrol grubundaki gebelerin %4,7'sinin gebeliklerinde sigara içtiği belirlenmiştir. Gebelikte sigara kullanımına bağlı plasental yetersizlik ve fetal hipoksi nedeniyle dış gebelik, ablatio placentae, placentae previa, erken membran rüptürü, gibi obstetrik komplikasyonlar gelişirken, spontan abortus, ölü doğum, prematürelite, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği nedeniyle de perinatal, bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde morbidite ve mortalite sıklığı artmaktadır. Sigara içmeye bağlı risk faktörleri içilen sigara sayısı ile ilişkilidir (Taşkın 2014).

4.2. Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomlara İlişkin Bulguların İncelenmesi

Yüksek riskli gebelerin çoğunlukla yaşadığı antepartum fiziksel sorunların uyku değişiklikleri, yorgunluk, pelvik/kasık ağrısı, sırt ağrısı, nefes darlığı ve bacaklarda ağrı olduğu belirlenmiştir. Özçelik (2010)'in Aydın ilinde gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi ile ilgili 607 gebe ile yaptığı kesitsel araştırmada; gebelerin %99,8'i gebelikleri süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşadıklarını, en fazla görülme sıklığına göre; sık idrara çıkma (%81,0), bulantı ve kusma (%66,1), mide yanması (%58,4) ve sırt ağrısı (%53,7) yaşadıklarını bildirmişlerdir. Maloni ve Kasper (1991)'in çalışmasında da kesin yatak istirahatındaki gebelerde hazımsızlık, reflü, kabızlık, iştah azalması, kalça, sırt bacak ağrısı, bacaklarda kramp, topuklarda sızlama, baş ağrısı, yorgunluk, uyku problemleri gibi şikâyetler oldukça fazla bulunmuştur. Arslan ve Korkmaz (2005)'in kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar ile ilgili gebelerin yaşadığı fiziksel (reflü, kasık/sırt/bacak ağrısı, dudak kurumaması, ciltte hassasiyet, baş ağrısı, burun tıkanıklığı, uyku bozuklukları vb.) ve psikolojik (mizaç değişikliği, gerginlik-sinirlilik,

can sıkıntısı vb.) yakınmalar tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar ile bizim çalışma bulgularımızın benzer olduğu görülmektedir.

Oskay ve Coşkun (2012)'un hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan sorunların giderilmesinde verilen kapsamlı hemşirelik bakımının etkinliğini inceleyen kesin yatak istirahatindeki 30 müdahale ve 30 kontrol olmak üzere 60 yüksek riskli gebe ile yaptığı çalışmada kontrol grubu gebelerin çoğunda hazımsızlık, reflü, kabızlık, iştah azalması, kalçalarda ağrı, sırt ağrısı, bacaklarda ağrı, dış kulakta ağrı, ciltte kuruma, dudaklarda kuruma, ciltte hassasiyet, topuklarda sızlama, baldırda ağrı, bacaklarda kramp, baş ağrısı, uyku problemleri, yorgunluk, burun tıkanıklığı gibi fiziksel şikâyetlerin, dikkatini bir yere toplamada güçlük, mizaç değişiklikleri, gerginlik-sinirlilik, can sıkıntısı ve daha duygusal olma gibi psikolojik şikâyetlerin orta/şiddetli düzeyde rahatsızlık verdiği saptanmıştır. Kısmi yatak istirahatindeki müdahale grubu gebelerde kontrol grubundakilere kıyasla dudaklarda kuruma ve burun tıkanıklığı, tuvalete gitmek için uyanma, yorgunluk, mizaç değişikliği, gerginlik/sinirlilik, can sıkıntısı daha az düzeyde şikâyete yol açmış ve bu şikâyetlerin müdahale grubu lehine anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır.

Kontrol grubu gebelerin ise çoğunlukla yaşadığı antepartum fiziksel sorunların uyku değişiklikleri, sırt ağrısı, bacaklarda ağrı, pelvik/kasık ağrısı, yorgunluk ve bulantı olarak bulunmuştur. Sunay ve Demiryay (2009)'ın gebelerin algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar ile ilgili 180 gebe ile yapmış oldukları tanımlayıcı araştırmada; gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmalarında ilk üç sırayı sık idrara çıkma (%80), yorgunluk (%78,3) ve bulantı kusma (%71,7) şikâyeti almıştır. Bulgular gebelikteki yakınmaların benzer fakat derecesinin farklı olabileceğini göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmada yüksek riskli ve kontrol grubu gebelerin antepartum psikolojik sorunları benzer şekilde çoğunlukla sinirlilik, gerginlik ve can sıkıntısı olduğu belirlenmiştir. Bu benzerlik grupların karşılaştırılabilirliği açısından önemlidir.

Çivi (2007)'nin 297 gebe ile yaptığı çalışmada; gebelerin %38,7'inde gebelik izleminde risk faktörlerinin mevcut olduğu, riskli gruptaki gebelerin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve genel alan puan ortalamalarının risksiz gruptakilere göre daha düşük ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür. Araştırmada yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebeler antepartum semptom varlığına göre karşılaştırıldığında, yüksek riskli ve kontrol grubu gebelerin antepartum semptom varlığı

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmanın polikliniğe başvuran gebelerle yürütülmüş ve yüksek riskli gebeler ile kliniğe yatmadan önce görüşülmüş olması araştırmanın sonucunu etkilemiş olabilir.

4.3. Gebelik Uyumu ve Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Gebeliğe uyum konusunda yapılan çalışmalar, sınırlı sayıda olmasına rağmen prenatal dönemin önemine dikkat çekilmekte ve değerlendirilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. Mercer (2006), annelik ve ebeveynlik rolü edinmenin çok karışık, çok aşamalı bir süreç olduğunu, annenin bebeğini algılaması ve anne-bebek ilişkisinin gelişmesinin neonatal dönemde değil prenatal dönemde başladığını öne sürmektedir.

Kontrol grubu gebelerin yüksek riskli gebelere göre PKDÖ'nin kendi ve bebeği ile ilgili düşünceleri alt ölçeği puan ortalamaları daha olumlu olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Yüksek riskli gebelerin kontrol grubu gebelerine göre gebeliğin kabulü alt ölçeği puan ortalamaları daha olumlu olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Yılmaz ve Pasinlioğlu'nun (2014) gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi ile ilgili çalışmasında gebelerde, gebeliğin kabulünün orta düzeyde ($24,0 \pm 7,9$) olduğu saptanmıştır. Mutlugüneş'in (2012) bulantı kusması olan gebelerde yaptığı çalışmada gebeliğin kabulü puan ortalaması ($21,8 \pm 7,9$) çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Gebeliği kabullenmede zorluk çeken kadınların, gebeliğe ve anneliğe uyumlarının daha zor olduğu ve doğuma ilişkin çok fazla korku yaşadığı ifade edilmektedir (Lederman ve Wels 2009).

Yüksek riskli gebelerin kontrol grubu gebelerine göre annelik rolünün kabulü alt ölçeği puan ortalamaları daha olumlu olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda saptanan annelik rolü kabulü, Demirbaş ve Kadioğlu (2014)'nin prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler ile ilgili çalışmasından daha olumlu, Yılmaz ve Pasinlioğlu (2014)'nin çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Yüksek riskli gebeler ile kontrol grubu gebelerin doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalamaları benzer bulunmuştur. Yüksek

riskli gebeler ile kontrol grubu gebelerin eşi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması benzer olup olumlu düzeyde değerlendirilmiştir. Okanlı ve ark (2003)'nın yaptığı çalışmada, eşlerinden yeterli desteği alan gebelerin sorunlarla baş etmede daha başarılı olduğu bildirilmiştir. Karataş (2011)'in yaptığı çalışmada gebenin aileden aldığı sosyal destek arttıkça gebeliğin kabulünün daha iyi olduğu belirlenmiştir.

PKDÖ toplam puan ortalaması 79 ile 316 puan üzerinden yüksek riskli gebeler için $139,95 \pm 20,30$ iken, kontrol grubu için $141,71 \pm 24,06$ olarak saptanmıştır. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (Beydağ 2008). Araştırma sonucunda her iki gruptaki gebelerin uyumunun benzer olduğu bulunmuştur. Ayrıca Demirbaş ve Kadioğlu (2014)'nin çalışmasında PKDÖ Puan Ortalaması $147,87 \pm 27,43$, Beydağ (2008)'in çalışmasında ise $268,4 \pm 16,4$ olduğu saptanmıştır. Chou ve ark (2008)'nin annenin psikososyal adaptasyonu, gebeliğin planlanması, sosyal destek, algılanan stres, bulantı ve kusma arasındaki ilişki ile ilgili çalışmasında PKDÖ toplam ölçek puanı $149,7 \pm 30,52$ olarak bulunmuştur.

Doğru ve yeterli prenatal bakım alan kadınlar, gebeliği daha kısa surede kabullenmekte, gebeliğe ve annelik rolüne daha kolay uyum sağlamaktadır. Doğum öncesi dönemde annelik rolünü kazanmada güçlük yaşayan anne adayının gebeliği kabul süreci uzamakta ve yaşadığı fiziksel rahatsızlıklara bağlı olarak gebeliğe ve bebeğe yönelik olumsuz tutum kazanabilmektedir. Bu nedenle doğum öncesi bakımda en önemli nokta annenin gebeliğe fiziksel ve psikolojik uyum değerlendirilmesinin yapılmasıdır (Demirbaş ve Kadioğlu 2014).

Gümüşdaş ve ark (2014)'nin yaptığı çalışmada riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması ile ilgili çalışmasında riskli gebelerde stres, kaygı ve bunlara bağlı olarak depresyon gelişme durumu risksiz gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Riskli olan ve olmayan gebelerin gebeliğe ilişkin fiziksel ve psiko-sosyal değişikliklere ait özellikleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu durum Türk toplumunda gebeliğin istenen ve desteklenen bir durum olarak görülmesi ve gebelerin fiziksel hem de psiko-sosyal değişiklikleri gebeliğin bir parçası olarak kabul etmeleri ile ilişkili olabilir.

Araştırmada yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin yaşadıkları antepartum semptomlara göre PKDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında diğer

fiziksel sorunları yaşama durumu dışında istatistiksel fark bulunmamıştır. Yüksek riskli gebelerde diğer fiziksel sorunlar (varis, yürümede güçlük) yaşayanların gebelik uyumu kontrol grubunda bu sorunları yaşayan gebelere göre daha olumlu bulunmuştur. Varis ve yürümede güçlük çeken gebelerin daha olumlu gebelik uyumu göstermiş olmaları bebeklerini daha yoğun kaybetme korkusu yaşamalarından kaynaklanabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisini incelemek amacıyla Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Doğum Polikliniğine başvuran 64 yüksek riskli ve 128 kontrol olmak üzere toplam 192 gebe ile karşılaştırmalı-tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar:

Araştırmaya katılan yüksek riskli gebelerin yaş ortalamasının kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmış olup yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebeler sosyo-demografik özellikleri bakımından karşılaştırıldığında; aile tipi, eğitim, gelir, çalışma, sosyal güvence durumları ile eşin yaşı, eğitimi, çalışma durumu bakımından grupların benzer olduğu belirlenmiştir.

Yüksek riskli ile kontrol grubu gebelerin yapılan istatistiksel değerlendirmede; gebelik haftası, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı ortalamaları ve bir önceki gebelikten sonra geçen süre (ay) ortalaması bakımından gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir. Fakat küretaj sayısı ortalaması yüksek riskli gebeliklerde, kontrol grubundaki gebelere göre daha yüksek bulunmuş ve yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Yüksek riskli ile kontrol grubu gebelerin yapılan istatistiksel değerlendirmede; gebeliğin planlanması, gebeliğin istenmesi, gebelikte takip edilme, her çağrıldığında sağlık kurumuna gitme, hastanede yatma ve sigara içme durumları arasında anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir. Yüksek riskli gebelerin gebelikte ilaç kullanımı ve sağlık sorunlarının olma durumu kontrol grubu gebelerinkinden daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Yüksek riskli gebelerin çoğunlukla yaşadığı antepartum fiziksel sorunların uyku değişiklikleri, yorgunluk, pelvik/kasık ağrısı, sırt ağrısı, nefes darlığı ve bacaklarda ağrı olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu gebelerin ise çoğunlukla yaşadığı antepartum fiziksel sorunların uyku değişiklikleri, sırt ağrısı, bacaklarda ağrı, pelvik/kasık ağrısı, yorgunluk ve bulantı olarak bulunmuştur. Araştırmada yüksek riskli ve kontrol grubu gebelerin antepartum psikolojik sorunları benzer şekilde çoğunlukla sinirlilik, gerginlik ve can sıkıntısı olduğu belirlenmiştir. Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar

karşılaştırıldığında, yüksek riskli ve kontrol grubu gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Gebelerin PKDÖ toplam puan ortalaması yüksek riskli gebeler için $139,95 \pm 20,30$ iken, kontrol grubu için $141,71 \pm 24,06$ olarak saptanmış olup iki grup için iyi gebelik uyumu olarak değerlendirilmiştir. Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin PKDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin yaşadıkları antepartum semptomlara göre PKDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında “diğer fiziksel sorunlar” dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yüksek riskli gebelerde diğer fiziksel sorunlar (varis, yürümede güçlük) yaşayan kadınların gebelik uyumları kontrol grubunda bu sorunları yaşayan kadınlardan daha olumlu bulunmuştur.

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen verilere dayalı olarak;

- Ebelerin doğum öncesi gebe izlemlerinde tüm gebeleri gebelik uyumları bakımından değerlendirmesi,
- Araştırmada yüksek riskli ve kontrol grubu gebelerin yaşadığı antepartum semptomların benzer olduğu dikkate alındığında antepartum şikayetleri olan gebelerin gebeliğe uyum konusunda daha fazla desteklenmesi,
- Ebeler gebelik uyum sorunlarının yaşanmasının engellenmesi ve uyumun artırılmasında aile üyeleri ile işbirliği yapabilir,
- Ebeler planlayacakları eğitimlerle gebelikte ortaya çıkabilecek antepartum sorunların azaltılmasına veya giderilmesine katkıda bulunabilirler,
- Bu çalışmanın Türkiye'nin farklı bölgelerinde daha büyük ve farklı gebe gruplarıyla tekrarlanması,
- Yapılacak araştırmalarda yüksek riskli gebelerin yatak istirahatinde olma durumlarının da değerlendirilmesi önerilir.

ÖZET

YÜKSEK RİSKLİ GEBELERİN YAŞADIĞI ANTEPARTUM SEMPTOMLARIN GEBELİK UYUMUNA ETKİSİ

Bu araştırmanın amacı, yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisini incelemektir.

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Doğum Polikliniği'nde, Ocak 2013-Eylül 2015 tarihleri arasında, karşılaştırmalı-tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemine yüksek riskli gebe grubuna 64 ve kontrol grubuna 128 gebe olmak üzere toplam 192 gebe dahil edilmiştir. Gebeler polikliniğe başvuran gebeler arasından gelişigüzel yöntem ile seçilmiştir. Araştırmanın verileri “Gebe Tanıtım Formu”, “Antepartum Semptom Kontrol Listesi” ve “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, X^2 , t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan yüksek riskli gebelerin yaş ortalaması $28,64\pm 5,41$ iken kontrol grubundaki gebelerinki $26,98\pm 5,18$ olarak bulunmuş olup yüksek riskli gebelerin yaş ortalaması kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Yüksek riskli ve kontrol grupları aile tipi, eğitim, gelir, çalışma, sosyal güvence durumları ile eşin yaşı, eğitimi, çalışma durumu ve obstetrik özellikler bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak grupların benzer olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin çoğunlukla yaşadığı antepartum fiziksel sorunlar değerlendirildiğinde; yüksek riskli gebeler uyku değişiklikleri, yorgunluk, pelvik/kasık ağrısı, sırt ağrısı, nefes darlığı ve bacaklarda ağrı yaşarken, kontrol grubu gebeler ise uyku değişiklikleri, sırt ağrısı, bacaklarda ağrı, pelvik/kasık ağrısı, yorgunluk ve bulantı sorunlarını yaşamışlardır. Araştırmada yüksek riskli ve kontrol grubu gebelerin antepartum psikolojik sorunları benzer şekilde çoğunlukla sinirlilik, gerginlik ve can sıkıntısı olduğu belirlenmiştir. Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar karşılaştırıldığında, yüksek riskli ve kontrol grubu gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Gebelerin PKDÖ toplam puan ortalaması yüksek riskli gebeler için $139,95\pm 20,30$ iken, kontrol grubu için $141,71\pm 24,06$ olarak saptanmış olup iki grup için olumlu gebelik

uyumu olarak değerlendirilmiştir. Grupların PKDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Yüksek riskli ve kontrol grubundaki gebelerin yaşadıkları antepartum semptomlara göre PKDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında yüksek riskli gebelerde varis veya yürümede güçlük yaşayan kadınların gebelik uyumları kontrol grubunda bu sorunları yaşayan kadınlardan daha olumlu bulunmuştur.

Sonuç olarak yüksek riskli gebeler diğer gebelere benzer antepartum semptomlar yaşamakta ve gebeliğin yüksek riskli olması gebelik uyumunu etkilememektedir. Araştırmada yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisinin olmadığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Yüksek riskli gebelik, gebelik, antepartum semtomlar, gebelik uyumu, ebelik bakımı

SUMMARY

THE EFFECT OF ANTEPARTUM SYMPTOMS EXPERIENCED BY HIGH-RISK PREGNANT WOMEN TO PREGNANCY COMPLIANCE

The aim of this study is to investigate the effect of antepartum symptoms experienced by high-risk pregnant women to pregnancy compliance.

This research was conducted at Adnan Menderes University Research and Application Hospital Maternity outpatient clinic between January 2013 - September 2015 as a comparative-descriptive study. A total of 192 pregnant women were assigned as the study sample which included 64 high-risk pregnancies and 128 normal pregnant women as the control group. Pregnant women included in the study were selected randomly among the ones who applied to the clinic. The data for this research were collected by the use of "Pregnant Identification Form", "Antepartum Symptom Checklist" and "Prenatal Self Evaluation Questionnaire (PSEQ)". In the evaluation of the data, descriptive statistics, χ^2 , t test and Mann-Whitney U test were used.

The mean age of high-risk pregnant women participated in the study was 28.64 ± 5.41 while the mean age of pregnant women in the control group was found as 26.98 ± 5.18 . It was found that the mean age of high-risk pregnant women was significantly higher than the average age of pregnant women in the control group. When high-risk and control groups were compared in terms of family type, education, income, work, social security conditions, and spouse's age, education, employment status and obstetric characteristics, the groups were found to be statistically similar.

When antepartum physical problems experienced usually by pregnant women were assessed; high-risk pregnant women suffered from sleep changes, fatigue, pelvic / groin pain, back pain, shortness of breath and leg pain, while pregnant women in the control group experienced sleep changes, back pain, pain in legs, pelvic / groin pain, fatigue, and nausea problems. In our research, antepartum psychological problems of high risk pregnant women and control group pregnant women were determined likewise as nervousness, strain and boredom in both groups. When antepartum symptoms experienced by pregnant women both in high risk and control groups were compared, there was no statistically significant difference between the groups.

For pregnant women with high risk pregnancies PSEQ average total score was determined as 139.95 ± 20.30 , while the average score was 141.71 ± 24.06 for the control group, hence these results were evaluated as positive pregnancy compliance for both groups. When scores of the groups obtained from PSEQ and subscales were compared, it was determined that there was no statistically significant difference.

When PSEQ total score averages according to antepartum symptoms experienced by pregnant women both in high-risk and control groups were compared, pregnancy compliances of women who suffered from varicosis and difficulty in walking were found more positive than women who experienced the same problems in the control group.

In conclusion, high-risk pregnant women experience antepartum symptoms similar to other pregnant women and high-risk pregnancy does not affect their compliance. It can be stated as a result of this study that antepartum symptoms of high-risk pregnant women have no effect on pregnancy compliance.

Keywords: High-risk pregnancy, pregnancy, antepartum symptoms, pregnancy compliance, midwifery care.

KAYNAKLAR

- Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri ‘SPSS uygulamaları’. Ankara: Emek Ofset Matbaacılık; 2005.p.46-47.
- Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma ve çözümlene. 2.Basım. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi; 2006.p.111.
- Altundaş P. Gebelikteki sağlık davranışlarının bölgesel olarak karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2009.
- Arslan H, Korkmaz N. Kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar. Perinatoloji Dergisi 2005;13(2):1-11.
- Babadağlı B. Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(3):96-105.
- Bacak SJ, Callaghan WM, Dietz PM, Crouse C. Pregnancy-associated hospitalizations in the United States, 1999-2000. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005;192:592-597.
- Beji Kızılkaya N, Özkan Aydın S. Gebelikte Görülen fizyolojik/Psikolojik Değişiklikler. In: Beji KN. Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015.p.228-244.
- Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(2):24-43.
- Beydağ KD. Mete S. Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(1):16-24.
- Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ. Relationships between nausea and vomiting, perceived stress,social support, pregnancy planning, and psychosocialadaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey. İnternational Journal of Nursing Studies 2008;45:1185-1191.
- Cohen J. Statistical Power Analysis For the Behavioral Sciences 2nd edition, Hillside, NJ, Erlbaum, 1988.

Coşkun A, Yüksek riskli gebelikler fetus/yenidoğana etkisi ve hemşirelik yaklaşımı, Dağoğlu T, Görak G. (Eds), Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. İstanbul: Nobel yayıncılık; 2008. s:60-61.

Coşkun A. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. İstanbul: Promat basım; 2012. p. 132-169.

Çivi S. Riskli gebeliklerde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye. 2007.

Çoban A, Riskli gebelikler, Şirin A, Kavlak O. (Eds), Kadın Sağlığı. 1. Baskı. İstanbul: Bedray basın yayıncılık; 2008. p.454-522.

Çoban A, Yanıkerem E, Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. Ege Journal of Medicine / Ege Tıp Dergisi 2010;49(2):87-94.

Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;4(4):200-206.

Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Yüksek Lisans Tezi. Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, Türkiye. 2006.

Doyurgan TK. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü, Samsun, Türkiye. 2009.

Fenkçi IV. Maternal fizyoloji. Çiçek MN (eds). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Öncü Basımevi; 2004.p.161-169.

Gilbert SE. Manual of high risk pregnancy&delivery. 5th Edition. United States of America: Mosby Elsevier; 2011.

Gonik B. James DK. Ster PJ. Weiner CP. (Ed). Güner H. Yüksek riskli gebelikler yönetim seçenekleri, 3.Baskı. Ankara; Öncü Basımevi; 2008.p.59.

Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;9(3):39-66.29.

Gümüş AB, Çevik N, Hysni SH, Biçen Ş, Keskin G, Malak AT. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi* 2011;5(1):7-14.

Gümüşdaş M, Ejder Apay S, Özorhon EY. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2014;1(2):32-42.

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

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

İnceboz Ü. Doğum Öncesi Ve Sonrası Kadın Ve Çocuk Sağlığında Güncel Yaklaşımlar Kursu, Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezleri, Enginkan Vakfı, Manisa 2006.

Karaçam Z, Şen E. Yüksek riskli gebelerin evde bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2012; 80–91.

Karataş T. Gebelikte bulantı kusma sorunu yaşama durumu ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2011.

Koyun A, Demir Ş. Fetüs cinsiyetinin annelik rolüne ve gebeliğe ilişkin düşüncelerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;2(4):460-469.

Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001;23(2):4-61.

Lederman R, Wels K. Psychosocial adaptation to pregnancy: seven dimensions of maternal role development. In: *Psychosocial Adaptation to Pregnancy*. 3rd ed. New York: Springer; 2009.p. 1-38.

Lee S, AyersS, Holden D. Risk perception of women during high risk pregnancy: A systematic review. *Health, Risk & Society* 2012;14(6):511–531.

Leichtentritt RD, Blumenthal N, Elyassi A, Rotmensch S. High-risk pregnancy and hospitalization: The women's voices. *Health & Social Work* 2005;30(1):39-47.

London ML, Ladewig PW, Ball JW, Bindler RC. *Maternal-Newborn&Child Nursing: family centered care*. 3rd Edition. New Jersey: Pearson Education Inc; 2003.p.858-860.

Louick C, Diaz SH, Werler MM, Mitchel AA, Nausea And Vomiting in Pregnancy: Maternal Characteristics And Risk Factors, Blackwell Publishing Ltd. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2006;20:270–278.

Lowdermilk DL, Lerry SE. *Maternity&women's health care*. 9th Ed. Philadelphia: Mosby Inc; 2007.p.762-764.

Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K. *Maternity Nursing*. 8th Ed. California: Louis: Mosby Inc; 2010.p.192-194.

Maloni JA, Kasper CE. Physical and psychosocial effects of Antepartum hospital bedrest: A Review of literature. *The Journal of Nursing Scholarship* 1991;23:18192.

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

Maloni JA. Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing* 2010;12(2):106-124.

Mercer R. Nursing support of the process of becoming a mother. *J Obstetric Gynecology Neonatal Nursing* 2006;35(5):649-651.

Mete S. Gebenin sağlığını değerlendirme, In: Şirin A, Kavlak O. (Eds), *Kadın Sağlığı Kitabı*, 1.Baskı,İstanbul: Bedray basın yayıncılık; 2008.p. 476.

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

Mutlugüneş E. Gebelikte bulantı kusma annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2012.

Nahcivan N. Nicel araştırma tasarımları. In: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. (Eds). Hemşirelikte Araştırma: Üre, Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri: 2014.p.103.

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

Nelson A. Transition to motherhood. Journal of Obstetric and Gynecologic and Neonatal Nursing 2003;32(4):465-477.

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

Olds SB, London ML, Ladewing PW, Davidson MR. Maternal-Newborn&Woman's Health Care. 7th Edition. New Jersey: 2014.p.312-315.

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

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

Oskay Yeşiltepe Ü. Coşkun A. hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan sorunların giderilmesinde verilen kapsamlı hemşirelik bakımının etkinliği. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012;11(2):163-172.

Özçelik G. Aydın ilinde gebelikte sağlık Sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Türkiye. 2010.

Özkan M, Kaçmaz N, Anuk D, İbrahimioğlu L. Yüksek riskli gebelerde psikiyatrik morbidite, İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;67(4):210-217.

Özkan A, Arslan H. Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2007;38(4):155-161.

Pamuk S, Arslan H. Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(2):23-32.

Pınar EŞ, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Elektronik Journal], Erişim: <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/95> Erişim Tarihi: 6 Mayıs 2014.

Pirinççi E, Polat A, Kumru S, Koroğlu A. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;11(2):1-7.

Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ. Overview Of High-Risk Pregnancy, Queenan JT (ed.), Spong CY (ed.), Lockwood CJ (ed.). Management of High-Risk Pregnancy. 5th Edition. ISBN-13: 978-1-4051-2782-0 UK – 2007.p.16-17.

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

Sapuan J, Yam KF, Noorman M, Cruz PK, Razab WN, Rozali ZI, Sikkandar MF, Singh R, Carpal tunnel syndrome in pregnancy – You need to ask. Singapore Medical Journal 2012; 53(10):671.

Serçekuş P, Okumuş H. Yüksek riskli gebelerde uzun süre hastanede yatmanın etkileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(3):106-111.

Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(2):92-104.

Sunal N, Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):109-110.

Süt N. Klinik araştırmalarda örneklem sayısının belirlenmesi ve güç (power) analizi. Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Dergisi 2011;3(1-2):29-33.

Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 12. Basım Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi 2014.

Taşpınar A. Normal gebelik. In: Şirin A, Kavlak O. (Eds). Kadın Sağlığı. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Yayıncılık; 2008.p.454-470.

Terzioğlu F. Ebeveynliğe hazırlanma ve doğum öncesi bakım. In: Taşkın L. (Ed), Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem ofset matbaacılık; 2007.p.151-179.

Timur S, Kızılırmak A. Erken gebelikte bulantı-kusma sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Preventive Medicine Bulletin 2011a;10(3):281-286.

Timur S, Kızılırmak A. Gebelerin bulantı kusma ile baş etme yöntemleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2011b;19(3):129-134.

Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(9):159.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
Ankara, Türkiye.

Ulukavak M, Eryılmaz G. Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde ve Postpartum Dönemde Kadınların Yorgunluk Düzeyinin Belirlenmesi. 4. Uluslararası Üreme sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildirileri Özet Kitabı. Ankara 2005, 181.

Wilson WH, Lowdermilk P, Maternal Child Nursing Care. 3th Ed, Philadelphia: Mosby Inc; 2006.p.256-369.

World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> Erişim Tarihi: 05.08.2015

Yang M, Li L, Zhu H, Alexander IM, Liu S, Zhou W et al. To relieve anxiety in pregnant women on bedrest: A randomized, controlled trial. MCN 2009;34(5): 316-323.

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.

Yates S. Pregnancy and Childbirth.1st Edition ISBN 978-0-7020-3055-0 China, 2010.367-392.

Yekenkurnul D, Mete S. Gebelikte bulantı kusma, evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Elektronik Journal], Erişim: www.deu.edu.tr/akademik/index.php?cat=3&akod=19920384 Erişim Tarihi:2 Ocak 2013.

Yılmaz F, Pasinlioğlu T. Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health 2014;1(1):14-24.

Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch Gynecol Obstet, 2001; 265:30 –3.

ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Hatay'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Dörtyol Merkez Atatürk İlköğretim okulunda, liseyi Dörtyol Süleyman Demirel Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2011 yılında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nü bitirdi. 2013 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın-doğum Servisinde ebe olarak görev yaptı. 2014 yılında başladığı Türkiye Halk Sağlığı kurumunda Kahramanmaraş'ta halen görev yapmaktadır. Evlidir.

TEŞEKKÜR

Öncelikle tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi esnasında tezin bütün aşamalarına titizlikle eğilen, tezime yol gösteren, yüreğindeki sevgisini her koşulda hissettiğim, her konuda yardımını esirgemeyen saygıdeğer hocam ve danışmanım **Doç. Dr. Ayden ÇOBAN'a**

Yüksek lisans eğitimim esnasında birçok bilgi ve deneyimlerini sunan Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu tüm öğretim üyesi ve elemanlarına, değerli jüri üyelerim, **Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM** ve **Yrd. Doç. Dr. Nursen BOLSOY'a**,

Tezin istatistiksel analizinde destek olan Ege Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'ndan hocam **Yrd. Doç. Dr. Aslı SÜNER'e**,

Katkıları için Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Doğum servisi çalışanlarına, çalışma arkadaşlarıma, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere her koşulda evinin ve gönlünün kapılarını açan sevgili arkadaşım **Halime AYDEMİR'e**

Hayatımı birleştirdiğim, tüm desteği ve yüreğiyle yanımda olan ve olacağına inandığım en iyi arkadaşım, eşim **Ali KAMALAK'a**, varlıklarından güç aldığım canım aileme ve eşimin ailesine,

Bu araştırmanın tamamlanmasında benimle olan herkese teşekkürlerimi sunarım.

EKLER

EK 1. GEBE TANITIM FORMU

YÖNERGE: Bu çalışma ‘*Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisi*’ amacıyla planlanmıştır. Soruların tümüne yanıt vermeniz bizim için önemlidir. Bu ankette verilecek yanıtlar, isim ve kişisel bilgiler bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederim.

Gebelik Haftası;..... Gebelik Tanısı.....(Yalnız Yüksek Riskli Gebe Grubu İçin doldurulacaktır)

A) DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız ?.....
2. Eğitim durumunuz:
 - a) Okur- yazar
 - b) İlkokul mezunu
 - c) Ortaokul mezunu
 - d) Lise/dengi okul mezunu
 - e) Üniversite ve üzeri
3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz ?
 - a) Hayır
 - b) Evet (Belirtiniz
4. Eşinizin yaşı nedir?.....
5. Eşinizin eğitim durumu;
 - a) Okur- yazar değil
 - b) Okur- yazar
 - c) İlkokul mezunu
 - d) Ortaokul mezunu
 - e) Lise/dengi okul mezunu
 - f) Üniversite ve üzeri
6. Eşiniz gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor mu?
 - a) Hayır
 - b) Evet (Belirtiniz.....)
7. Medeni durumunuz nedir?
 - a) Evli, resmi nikah var
 - b) Evli, resmi nikah yok
 - c) Diğer.....
8. Siz, eşiniz ve çocuklarınız dışında birlikte yaşadığınız kişiler var mı?
 - a) Hayır
 - b) Evet
 - c) Diğer:.....
9. Ailenizin ekonomik durumu nedir?
 - a) Düşük (Gelir giderden az)
 - b) Orta (Gelir giderle denk)
 - c) Yüksek (Gelir giderden fazla)
10. Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?
 - a) Hayır
 - b) Evet

B)OBTETRİK ÖZELLİKLER VE GEBELİĞE İLİŞKİN BİLGİLER

- 11) Toplam gebelik sayınız nedir?.....
- 12) Canlı doğum sayınız nedir?
- 13) Düşük sayınız nedir?
- 14) Küretaj sayınız nedir?
- 15) Yaşayan çocuk sayınız nedir?
- 16) Ölü doğum sayınız nedir?
- 17) Bir önceki gebelikten sonra geçen süreniz nedir?
- 18) Bu gebeliğinizi planlamış mıydınız?
a) Hayır b) Evet
- 19) Bu gebeliğinizde isteyerek mi gebe kaldınız?
a) Hayır b) Evet
- 20) Gebeliğiniz süresince gebelik takibi için destek aldınız mı? (takip için ebe ya da doktora gittiniz mi?)
a) Hayır b) Evet
- 21) Cevabınız evet ise gebelik takibinizi kimden aldınız ?.....
- 22) Her çağrıldığımızda sağlık kurumuna gebelik takibi için gittiniz mi?
a) Hayır b) Evet
- 23) Gebeliğinizden önce var olan ve halen devam eden herhangi bir sağlık sorunuz var mı?
a) Hayır b) Evet (Belirtiniz.....)
- 24) Gebeliğinizden önce kullandığınız ve halen devam ettiğiniz herhangi bir ilaç var mı ?
a) Hayır b) Evet (Belirtiniz.....)
- 25) Bu gebeliğinizde hastanede yattınız mı?
a) Hayır b) Evet
- 26) Cevabınız evet ise ;

Hastaneye yatma nedeni	Hastanede kalma Süresi	Gebelik Haftası
1-		
2-		
3-		

- 27) Sigara kullanıyor musunuz ?a) Hayır b) Evet (Günde
tane/.....paket)

EK 2. ANTEPARTUM SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Yönerge: Size gebelerin ve özellikle yatak istirahatinde olan gebelerin bazen yaşayabilecekleri semptomlardan oluşan bir liste sunacağım. Lütfen her bir bulguyu geçen hafta yaşayıp yaşamadığınızı ve o bulguların hafif mi (sizi az mı rahatsız etti), orta şiddette mi (sizi rahatsız etti mi), şiddetli mi (sizi çok etkiledi mi) olduğunu belirtiniz.

Derecelendirme: Sıkıntı Şiddeti: 0 = Yok 1 = Hafif 2 = Orta 3 = Şiddetli

-1. Hazımsızlık
-2. Reflü (Mide içeriğinin ağza, boğaza gelmesi)
-3. Bulantı
-4. İştahta azalma
-5. Kasık ağrısı
-6. Karnın diğer bölümlerinde rahatsızlık
-7. Kalçalarda ağrı
-8. Sırt ağrısı
-9. Bacaklarda ağrı
-10. Dış kulakta ağrı
-11. Yukarıda belirtilmeyen vücudun herhangi bir yerindeki rahatsızlık (belirtiniz).....
-12. Diğer vücut bölümlerinde rahatsızlık (belirtiniz).....
-13. Vücudun herhangi bir yerinde döküntü/ kızarıklık
-14. Ciltte kuruma
-15. Dudaklarda kuruma
-16. Ciltte hassasiyet
-17. Topuklarda sızlama
-18. Vücudun herhangi bir yerinde kas ağrıları (belirtiniz)
-19. Dizlerde hassasiyet
-20. Pelvis / Kasık bölgesinde ağrı / sızı
-21. Kas krampları
-22. Kulak ağrısı
-23. Baş ağrısı
-24. Görme sorunları
-25. Uyku değişiklikleri 0 = Hayır 1 = Evet

Cevabınız evet ise aşağıdaki soruları da yanıtlayınız. (hayır ise 26.soruya geçiniz)

- 25.1. Uykuya dalmada güçlük
- 25.2. Tuvalete gitmek için uyanma

- 25.3. Gece uyanma (tuvalet ihtiyacı dışında)
- 25.4. Uyandıktan sonra tekrar uyuyamama
- 25.5. Dinlenmemiş uyanma
- 25.6. Gün içinde istek dışında uyuklama
-26. Her zamanki yatma saatiniz:.....
-27. Her zamanki uyanma saatiniz:.....
-28. Egzersiz ya da zorlayıcı bir aktivite ile nefes darlığı
-29. Kan şekeri yükselme
-30. Gestasyonel Diyabet
1. Diyet ile kontrol altında 2. İnsülin ile kontrol altında 3. Kontrol altında değil
-31. Baş dönmesi
-32. Baygınlık
-33. Yorgunluk
-34. Kabızlık
-35. Burun tıkanıklığı
-36. Ödem (sıvı birikimi, şişme)
-37. Hemoroid
-38. Diğer fiziksel sorunlar (belirtiniz).....
-39. Diğer (belirtiniz).....

Yönerge: Bazı gebe kadınların düşünce veya mizaçlarıyla ilgili sorunları belirten bulgular aşağıda görülmektedir. Size listeyi okuyacağım. Lütfen aşağıda belirtilen her bir sıkıntıyı geçen hafta(lar) yaşayıp yaşamadığınızı ve yaşadıysanız, o bulgunun hafif mi (sizi az mı rahatsız etti), orta şiddette mi (sizi rahatsız etti mi), şiddetli (sizi çok etkiledi mi) olduğunu belirtiniz.

Derecelendirme: Sıkıntı Şiddeti: 0 = Yok 1 = Hafif 2 = Orta 3 = Şiddetli

-40. Dikkatini bir yere toplamada güçlük
-41. Mizaç değişiklikleri
-42. Gerginlik, sinirlilik
-43. Can sıkıntısı
-44. Alışılmışın dışında beş duyuya ait algı değişiklikleri(bir şey duyma, görme veya kokusunu alma)
-45. Kabuslar
-46. Düşünme ve mizaçla ilgili diğer sorunlar (belirtiniz).....

EK 3. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PKDÖ) TÜRKÇE FORMU

Aşağıdaki ifadeler hamile kadınlar tarafından oluşturulmuştur. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen Tanımlıyor	Biraz Tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Anne-babaları, çocukları ile birlikteyken izlemek hoşuma gidiyor.				
3. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
4. Eşimle doğacak bebeğimiz hakkında konuşuyoruz.				
5. Eşim gebeliğim süresince beni eleştirdi.				
6. İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
7. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
8. Ağrı ile baş edebilirim				
9. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
10. Üzgün olduğumda eşim bana anlayış gösterir.				
11. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
12. Doğumumun sağlıklı bir şekilde ilerleyeceğini düşünüyorum.				
13. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
14. Annem doğacak olan bebeğimle ilgileniyor.				
15. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				
16. Bebeğimin sağlıklı olmayacağı konusunda endişelerim var.				
17. Ne zaman ağrı yaşasam bunun en kötü şey olduğunu düşünürüm.				
18. Doğumun, sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				
19. Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum.				
20. Annem gebe olmamdan mutlu.				
21. Annem yararlı önerilerde bulunur.				
22. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
23. Eşim benimle gebeliğim hakkında konuşmayı seviyor.				
24. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen Tanımlıyor	Biraz Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyor
25. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
26. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
27. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
28. Annemle problemlerim hakkında rahatlıkla konuşabiliyorum.				
29. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşkularım var.				
30. Sık sık bebekte olabilecek sorunları düşünüyorum.				
31. Annem torununu sabırsızlıkla bekliyor.				
32. Hamile olmaktan memnunum.				
33. Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
34. Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
35. Eşim, ihtiyaç duyduğumda ev işlerinde yardım eder.				
36. Gebelik süresince cinsel hayatımızdaki değişiklik konusunda, eşimle konuşmakta zorlanırım.				
37. Annem yanımda olduğunda kendimi iyi hissediyorum.				
38. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
39. Doğum sırasında kontrolümü kaybedeceğimden eminim.				
40. Doğumum sırasında eşimin bana destek olacağına inanıyorum.				
41. Doğumda bana kötü şeyler olabileceğinden korkuyorum.				
42. Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
43. Eşim duygularım ve sorunlarımla onu sıktığımı düşünüyor.				
44. Annem ve ben ne zaman bir araya gelsek tartışırız.				
45. Bebeğe yeterli dikkati / özeni göstermek benim için zor olacak.				
46. Bebeğin, bana bir yük olacağını düşünüyorum.				
47. Doğumda olacıklara kendimi hazır hissediyorum.				
48. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
49. Doğum zamanı geldiğinde, ağırlı olsa bile tüm gücümle ıkınabilirim.				
50. Nasıl bir anne olmak istediğim konusunu düşünüyorum.				
51. Doğumda oluşabilecek sorunlar hakkında endişelerim var.				
52. Doğum stresinin benim baş edebileceğimden çok daha fazla olacağını düşünüyorum.				
53. Doğum sırasındaki rahatsızlıklara dayanabilirim.				

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyor
54. Bebek bakımı için ayırdığım zaman nedeniyle kendime çok az zaman kalacağından endişeliyim.				
55. Kendimle ilgili şüphelerim olduğunda annem beni rahatlatır.				
56. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğumu düşünüyorum.				
57. Doğum sırasında bazı şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.				
58. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
59. Annem bildiğim şekilde davranmam konusunda beni destekliyor.				
60. Eşimin gebeliğim süresince cinsel hayatımızla ilgili benimle konuşabileceğini düşünüyorum.				
61. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
62. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
63. Doğumda bebeğimi kaybetmekten korkuyorum.				
64. Doğumda kontrolümü kaybedersem, yeniden kontrolümü sağlamakta zorlanırım.				
65. Annem kararlarımı eleştirir.				
66. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
67. Bebeğimin bana benzememesinden korkuyorum.				
68. Doğumda olabilecek bütün kötü olayları aklımdan geçiriyor.				
69. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
70. Bebeğin bakımını paylaşmak konusunda eşime güvenebilirim.				
71. Normal doğum yapacağım konusunda kendime güveniyorum.				
72. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğumu düşünüyorum.				
73. Bebeğimi şimdiden sevmeye başladım.				
74. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
75. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
76. Şuan hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
77. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
78. Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				
79. Hamile olduğum için mutluyum.				

**Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği
Onay Formu**



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



SAYI : 63364346/622.01-646
KONU : Çalışma hk.

AYDIN
13.08.2013

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İLGİ: 26.07.2013 tarih ve 5375 sayılı yazınız.

İlgi yazınız üzerine Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı ile gerekli yazışma yapılmış olup, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hülya KOCA'nın "Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisi" konulu tezinin verilerini, **12.08.2013-28.03.2014 tarihleri arasında** Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde toplaması ilgili Anabilim Dalı Başkanlığınca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Mustafa OĞURLU
Başhekim

*E. E. E. E.
AC*

Gelen Evrak	
Tarih	20/08/2013 K
Sayı	1046
Dosya No.	300

*19.08.2013
62201
12508
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yeni İleri*

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Adres : Merkez Kampus Girişi Aytepe Mevkii / AYDIN 09010
Tel: 0 (256) 214 77 51
Web: <http://www.idari.adu.edu.tr/hastane/>

Faks : 0 (256) 213 60 64
E-mail: hastane@adu.edu.tr

Ek 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı



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



Sayı : 56989545/050.04- 323
Konu : Çalışmanız hk.

28.08.2015
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Ayden ÇOBAN
Aydın Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.08.2015 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 23 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Yrd.Doç.Dr.Aykut SOYDER
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

KARAR 23

Protokol No : 2013/251
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Ayden ÇOBAN
Aydın Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 23.08.2013 tarihinde kurum izin şartıyla onay verilip 14.11.2013 tarihinde şartı onaylanan; ADÜ/ Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Ayden ÇOBAN'ın "Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semtomların gebelik uyumuna etkisi" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 27.08.2015 tarihli dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile 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 6. Antepartum Semptom Kontrol Listesi Kullanım İzni



Kime: hülya koca

Hülya hanım merhaba,
size tezimi yolladım içinde var kullanabilirsiniz
Doç.Dr.Ümran Yeşiltepe Oskay
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Adres: Abide-i Hürriyet cad. 34381, Şişli, İstanbul

18 Aralık 2014 13:26 Perşembe tarihinde hülya koca <hulyakoca31@windowslive.com> şöyle yazdı:

Merhaba ben Hülya ;

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Ebelik yüksek lisans öğrencisiyim. Tezimde sizin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğin yapmış olduğunuz **Antepartum Semptom Kontrol Listesini** izniniz olursa kullanmak istiyorum. Gönderebilirseniz çok sevinirim.

Desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

EK 7. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

RE: Ölçek Kullanımı ve Gönderimi İçin Rica

↑ ↓ ×



Hülya Koca 20.03.2013
Kime: derya beydağ

Çok teşekkür ederim, size de iyi çalışmalar.

From: kderya79@hotmail.com
To: hulyakoca31@windowslive.com
Subject: RE: Ölçek Kullanımı ve Gönderimi İçin Rica
Date: Mon, 18 Mar 2013 13:24:30 +0000

Merhaba Hülya,
İstemiş olduğum ölçeği ekte gönderiyorum. Ölçeğin kullanıldığı iki makale yide ekte gönderiyorum. Çalışmada başarılar dilerim.

Yrd.Doç.Dr.K.Derya Beydağ

EK 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 4)

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.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmanın amacı; yüksek riskli gebelerde antepartum semptomların gebeliğe uyum üzerine etkisini incelemektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Yüksek riskli gebe grubu için; polikliniğe başvurmanız, yüksek riskli gebelik tanısı almanız, 18-40 yaş arasında, 20. gebelik haftasını doldurmuş, okur-yazar olmanız ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekmektedir.

Araştırmanın kontrol grubu için ise; polikliniğe başvurmanız, yüksek riskli gebe tanısı almamanız, 18-40 yaş arasında, 20. gebelik haftasını doldurmuş, okur-yazar, araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın doğum polikliniğine başvuran yüksek riskli gebelik tanısı alan ve almayan gebelerden oluşacaktır. Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen Birey Tanıtım Formu ve Antepartum Semptom Kontrol Listesi araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, öz bildirim ölçeği olan Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ise gebe tarafından doldurulacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak herhangi bir sorumluluğunuz yoktur.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 192'dir..

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süresi 12 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 20dk.dır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanın söz konusu değildir. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçların başka insanların yararına kullanılabilir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket uygulanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Soru formunun %80'ini cevaplandırmayan gönüllüler araştırma dışı bırakılacaktır.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Araştırma tanımlayıcı olup herhangi bir tedavi yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca sorumlu araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05058706060 no.lu telefondan Ebe Hülya KOCA'ya başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Araştırma anket çalışması olduğundan herhangi bir tetkik, fizik muayene vb. işlem yapılmayacaktır. Buna bağlı olarak herhangi bir masraf size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

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 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya 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		