



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GEBELİĞİN SON TRİMESTERİNDE YAŞANAN SAĞLIK SORUNLARI  
VE GEBENİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

SOLMAZ TÜRKMEN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

İSTANBUL - 2014

## TEŞEKKÜR

*Araştırma konusunun seçiminde, planlanmasında ve yürütülmesinde beni destekleyen, önerileri ile beni yönlendiren ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye*

*Çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Sayın Prof. Dr. M. Feridun AKSU'ya,*

*Tez çalışmamın istatistik analizlerinde bana yardımcı olan Sayın Doç. Dr. Ergül ASLAN'a,*

*Yaşamımın her aşamasında yanımda olan, sevgi ve sıcaklıklarını her zaman hissettiğim canım aileme;*

*TEŞEKKÜRLER...*

Solmaz TÜRKMEN

İstanbul 2014

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
KISALTMA VE SİMGELER.....	vii
TABLO LİSTESİ .....	viii
ÖZET .....	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ.....	5
2. GENEL BİLGİLER .....	7
2.1. Gebelikte Sistemlerde Meydana Gelen Değişiklikler .....	7
2.1.1. Gebelikte genital sistemdeki fizyolojik değişiklikler .....	7
2.1.1.1. Uterus .....	7
2.1.1.2. Serviks.....	8
2.1.1.3. Vajina .....	8
2.1.1.4. Vulva ve Perine .....	8
2.1.1.5. Overler.....	9
2.1.2. Gebelikte ciltte oluşan değişiklikler .....	9
2.1.3. Gebelikte memede değişiklikler .....	9
2.1.4. Gebelikte kas-iskelet sisteminde değişiklikler .....	10
2.1.5. Metabolik değişiklikler .....	10
2.1.5.1. Kilo Artışı .....	10
2.1.5.2. Protein metabolizması.....	11
2.1.5.3. Karbonhidrat metabolizması .....	12
2.1.5.4. Yağ metabolizması.....	12
2.1.5.5. Sıvı elektrolit metabolizması .....	12
2.1.5.6. Asit baz dengesi .....	13
2.1.6. Gebelikte kardiyovasküler sistemdeki değişiklikler .....	13
2.1.7. Gebelikte solunum sistemindeki değişiklikler.....	15
2.1.8. Hematolojik sistem değişiklikleri .....	15
2.1.9. Üriner sistemdeki değişiklikler.....	16
2.1.10. Gebelikte gastrointestinal sistemdeki (GİS) değişiklikler .....	17

2.1.11. Endokrin sistem .....	19
2.1.11.1. Hipofiz .....	19
2.1.11.2. Troid .....	20
2.1.11.3. Böbrek üstü bezi hormonu .....	20
2.1.12. Gebelikte psikolojik değişiklikler .....	20
2.2. Gebelikte Sistemlerde Meydana Gelen Değişikliklere Bağlı Oluşan Sağlık Sorunları Ve Baş Etme Yolları .....	22
2.2.1. Göğüslerde hassasiyet .....	22
2.2.2. Stria .....	22
2.2.3. Baş ağrısı .....	22
2.2.4. Uyuma güçlüğü .....	23
2.2.5. Halsizlik, yorgunluk .....	23
2.2.6. Karpal Tünel Sendromu (CTS) .....	23
2.2.7. Sırt ve bel ağrıları .....	24
2.2.8. Bacak krampları .....	24
2.2.9. Hemoroidler .....	25
2.2.10. Ödem .....	25
2.2.11. Bacaklarda-genital bölgede varis .....	26
2.2.12. Burun tıkanıklığı ve burun kanaması .....	26
2.2.13. Solunum sıkıntısı .....	26
2.2.14. Sık idrara çıkma .....	27
2.2.15. Renksiz ve kokusuz vajinal akıntı miktarında artma .....	27
2.2.16. Üriner sistem enfeksiyonları .....	28
2.2.17. Bulantı-kusma .....	28
2.2.18. Diş eti kanaması, diş ağrısı, diş eti ağrısı .....	29
2.2.19. Gaz şikayeti .....	30
2.2.20. İştah artma-azalma: .....	30
2.2.21. Konstipasyon: .....	30
2.2.22. Midede yanma, hazımsızlık, şişkinlik .....	31
2.2.23. Pika .....	31
2.2.24. Tükrük salgısında artma .....	32
2.2.25. Diğer şikayetler .....	32
2.3. Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunlarının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi .....	33
2.4. Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunlarında Hemşirelik Bakımı .....	35

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>38</b>
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı .....	38
3.2. Araştırmanın Evreni .....	38
3.3. Araştırmanın Örnekleme.....	38
3.4. Verilerin Toplanması .....	38
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi: .....	41
3.6. Çalışmanın Sınırlılıkları .....	41
3.7. Araştırmanın Etik Yönü: .....	42
3.8. Tezin Yürütülmesinde İş Birliği Yapılacak Yerler ve Kişiler: .....	42
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>43</b>
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Alışkanlıkları, Obstetrik Öyküsü ve Şimdiki Gebeliğine İlişkin Bulgular .....	44
4.2. Gebelikte Yaşanan Olağan Şikayetlere İlişkin Bulgular.....	49
4.3. Gebelikte Yaşanan Olağan Şikayetlerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular.....	68
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>79</b>
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Alışkanlıkları, Obstetrik Öyküsü ve Şimdiki Gebeliğine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	79
5.2. Gebelikte Yaşanan Olağan Şikayetlere İlişkin Bulguların Tartışılması .....	86
5.3. Gebelikteki Yaşanan Olağan Şikayetlerin Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	107
<b>6. SONUÇLAR.....</b>	<b>110</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>120</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>127</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>147</b>

## KISALTMA VE SİMGELER

<b>CTS</b>	: Karpal Tünel Sendromu
<b>GFR</b>	: Glomerular filtrasyon oranı
<b>GİS</b>	: Gastrointestinal Sistem
<b>HCG</b>	: Human Chorionic Gonadotropin
<b>HPL</b>	: Plasental Laktojenik Hormon
<b>MOS SF-36</b>	: Medical Outcomes Study Short Form 36
<b>RPF</b>	: Renal Plazma Akımı
<b>SGOT</b>	: Serum Aspartat Aminotransferaz
<b>SGPT</b>	: Alanin Aminotranseferaz
<b>SİYK</b>	: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TSH</b>	: Tiroid Stimulating Hormon

## TABLO LİSTESİ

### Sayfa No

<b>Tablo 1:</b> Gebelikte Oluşan Kilo Artışının Gebelik Yaşına Göre Anne ve Fetüste Dağılımı.....	11
<b>Tablo 2:</b> SF-36 Ölçeğinin Puanlarının Hesaplanması.....	40
<b>Tablo 3:</b> SF- 36' nın Alt Boyutlarının Puanlanmasının Anlamı.....	41
<b>Tablo 4:</b> Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı .....	44
<b>Tablo 5:</b> Gebelerin Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Dağılımı .....	45
<b>Tablo 6:</b> Gebelerin Obstetrik Öyküsüne İlişkin Bulguların Dağılımı .....	46
<b>Tablo 7:</b> Gebelerin Şimdiki Gebeliğine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı .....	47
<b>Tablo 8:</b> Gebelikte Görülen Olağan Şikayetler Hakkındaki Bilgi Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı .....	48
<b>Tablo 9:</b> Gebelikte Gastrointestinal Sistem Şikayetlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı	50
<b>Tablo 10:</b> Gebelikte Kardiyovasküler Sistem Şikayetlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı ..	53
<b>Tablo 11:</b> Gebelikte Ürogenital Sistem Şikayetlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	55
<b>Tablo 12:</b> Gebelikte Solunum Sistemi Şikayetlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı .....	57
<b>Tablo 13:</b> Gebelikte Kas-İskelet Sistemi Şikayetlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	59
<b>Tablo 14:</b> Gebelikte Cilt İle İlgili Şikayetlere İlişkin Özelliklerin Dağılımı .....	61
<b>Tablo 15:</b> Gebelikte Görülen Diğer Şikayetlere İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	63
<b>Tablo 16:</b> Gebelikte Görülen Şikayetlere Yönelik Yapılan Non-Farmakolojik Tedavi Yöntemleri.....	65
<b>Tablo 17:</b> Gebelerin Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguları...68	
<b>Tablo 18:</b> Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	70
<b>Tablo 19:</b> Gebelerin Olağan Şikayet Sayısı İle Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular .....	75
<b>Tablo 20:</b> Gebelerin Ortalama Şikayet Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	77

## ÖZET

### Gebeliğin Son Trimesterinde Yaşanan Sağlık Sorunları ve Gebenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Normal gebelikte ortaya çıkan olağan şikayetler sık görülmekte ve kadının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu çalışma, gebeliğin son trimesterinde yaşanan sağlık sorunları ve gebenin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın evrenini Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı' na başvuran gebeler oluşturmaktadır. Örneklem kapsamına, araştırma kriterlerine uyan gebeliğinin son trimesterinde bulunan 200 gebe alındı. Veriler, soru formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak karşılıklı görüşme yöntemiyle toplandı. Verilerin analizinde  $\kappa^2$  kare, Spearman korelasyon analizi, Tukey analizi, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis Test kullanıldı.

Çalışmamıza katılan gebelerin %44,5'i 30-34 yaş aralığında, %42'si ilköğretim eğitim düzeyine sahipti. Gebelerde en fazla görülen olağan şikayetler; sık idrara çıkma (%87,5), bel ağrısı (%76,5), halsizlik/yorgunluk (%75,5), midede yanma ve batma (%69,5), kalça/bacak krampları (%64,5), sıcak basması (%63), vajinal akıntı miktarında artma (%60,5), dispepsi (%60) ve stria (%59) olarak belirlendi. Gebelerin özellikle, vajinal enfeksiyon (%70,5), midede yanma / batma (%42,2), dispepsi (%31,7), reflü (%31,5), bacaklarda varis (%33,3), ve vajinal akıntıda artma (%29,5), baş ağrısı (%22,9) ve kalça-bacak krampları (%22,5) nedeniyle sağlık profesyonellerinden yardım aldıkları belirlendi.

Gebelerin SF-36 ölçeğinin alt boyutlarından “fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” (34,88±38,82), “ağrı” (45±19,72), “emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” (51,33±37,04), “mental sağlık” (53,84±18,49) ve “enerji, vitalite/ yorgunluk” (55,95±18,87), alt boyut puan ortalamaları ölçekteki diğer alt boyut puan ortalamalarından daha düşük olarak belirlendi. Bu veri gebelerin fiziksel ve emosyonel sorunlar, ağrı ve yorgunluk nedeniyle iş yaşamında ve günlük aktivitelerinde sorunlar



olduğunu göstermektedir. Gebelikte yaşanan olağan Şikayet sayısının, ortalama Şikayet sayısının üzerinde olduğu gebelerde yaşam kalitesinin tđm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı dđzeyde azalma saptandı (fiziksel fonksiyon  $z = -2,31$ ,  $p < 0,05$ , fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı  $z = -2,26$ ,  $p < 0,05$ , ağrı  $z = -4,62$ ,  $p < 0,001$ , sağlığın genel olarak algılanması  $z = -2,89$ ,  $p < 0,05$ , enerji, vitalite/ yorgunluk  $z = -3,22$ ,  $p < 0,001$ , sosyal fonksiyon  $z = -2,44$ ,  $p < 0,05$ , emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı  $z = -2,05$ ,  $p < 0,05$ , mental sağlık  $z = -2,83$ ,  $p < 0,05$ ).

Gebelikte yaşanan olağan Şikayetler sık gđrđlmekte ve kadınların yaşam kalitelerini olumsuz yđnde etkilemektedir. Özellikle, gebelerin Şikayet sayısı arttıkça kadınların yaşam kalitesi her boyutta daha olumsuz yđnde etkilenmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Gebelik, sağlık sorunları, yaşam kalitesi

## ABSTRACT

### Health Problems In Third Trimester and Effects Of Health Problems On Life Quality

Usual complaints can be seen frequently in normal pregnancy. Aim of this study was to determine effects of health problems in third trimester on life quality.

Pregnants were collected in the obstetrics/gynecology outpatient services of Cerrahpasa Medical Faculty. 200 patients were included to study who met study criteria. Data were collected in dual conversation with the usage of SF-36 quality of life scale and question form. The chi-square test, spearman correlation analysis, tukey analysis, mann whitney u test and kruskal wallis test is used for data analysis.

Age group 30-34 was 44,5% of pregnant, 42% of pregnant were graduated from elementary school. Most common complaints were frequent urination (87,5%), backache (76,5%), exhaustion/weakness (75,5%), burning sensation in stomach (69,5%), leg cramps (64,5%), hot flush (63%), increase in vaginal discharge (60,5%), dyspepsia (60%) and stria gravidarum (59%). Professional health support was taken by patients due to vaginal infection (70,5%), burning sensation in stomach (42,2%), dyspepsia (31,7%), gastroesophageal reflux (31,5%), varicose veins (33,3%), increase in vaginal discharge (29,5%), headache (22,9%) and leg cramps (22,5%) Several subgroup mean scores were found less than other SF-36 subgroup mean scores such as "role scantiness due to physical problems" ( $34,88 \pm 38,82$ ), "pain" ( $45 \pm 19,72$ ), "role scantiness due to emotional problems" ( $51,33 \pm 37,04$ ), "mental health" ( $53,84 \pm 18,49$ ) and "energy, vitality/exhaustion" ( $55,95 \pm 18,87$ ). This data shows that pregnant have problems in daily activity and professional life due to physical and emotional problems, pain and exhaustion. All subgroup parameters of life quality were statistically significant decreased in patients who has complaint count in pregnancy higher than mean complaint count (physical function  $z = -2,31$ ,  $p < 0,05$ , role scantiness due to physical problems  $z = -2,26$ ,  $p < 0,05$ , pain  $z = -4,62$ ,  $p < 0,001$ , perceive of health as general  $z = -2,89$ ,  $p < 0,05$ , energy, vitality/exhaustion  $z = -3,22$ ,  $p < 0,001$ , social function

$z = -2,44$ ,  $p < 0,05$ , role scantiness due to emotional problems  $z = -2,05$ ,  $p < 0,05$ , mental health  $z = -2,83$ ,  $p < 0,05$ ).

Usual complaints during pregnancy can be seen frequently and they affect life quality of women negatively. Especially by increasing complaints of pregnant women. The quality of women life is affected in a more negative way from every directions.

**Keywords:** Pregnancy, health problems, life quality

## 1. GİRİŞ

Normal gebelik fertilizasyondan doğuma kadar herhangi bir rahatsızlık veya antenatal komplikasyon olmadan canlı bir fetüsün doğumuyla sonuçlanan fizyolojik bir olaydır. Gebelik süresince, annede fetüsün sağlıklı büyümesi, doğum olayına hazırlanma ve doğum sonrası bebeğin beslenmesine yönelik sistematik değişimler oluşmaktadır. Bu değişimlerin önemli bir bölümü doğum sonrası 6-8 haftalık lohusalık devresi bitiminde eski haline dönmektedirler. Normal gebelikte oluşan fizyolojik ve anatomik değişiklikler birtakım olağan yakınmalara neden olmakta, bu yakınmalar gebenin ve fetüsün yaşamını tehdit etmediği için minör rahatsızlıklar olarak kabul edilmektedir. Bu rahatsızlıkların tamamına yakını doğumdan sonra kaybolmaktadır (Nazik 2005, Taşkın 2007).

Gebelikte erken dönem rahatsızlıkları olarak bulantı ve kusma, burun tıkanıklığı, burun kanaması, yorgunluk, sık idrara çıkma, göğüslerde hassasiyet, pityalizm, vaginal akıntıda artma görülmektedir. Gebelikte ikinci ve üçüncü trimester rahatsızlıkları olarak mide yanması, ayak bileklerinde ödem, variköz venler, gaz, hemoroid, konstipasyon, sırt ağrısı, çarpıntı, iştahta artma, strialar, bacak krampları, uykusuzluk, sık idrara çıkma, nefes darlığı sık görülmektedir. Mide yanması, gebelikte gastrik motilitenin azalması, uterusun büyüyerek mideyi yukarıya doğru itmesi, progesteron sentezinde artma nedeniyle gastrointestinal sistemde peristaltik hareketlerin yavaşlaması bu rahatsızlığa neden olmaktadır (London, Ladewig, Ball and Bindler 2003, Lowdermilk and Wilson 2006, Taşkın 2007).

Gebelik süresince yaşanan bu olağan yakınmalar hem gebede hem de ailesinde korku ve endişeye sebep olabilir. Bunun yanısıra kadının günlük yaşam aktivitelerini, dolayısıyla yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Nazik 2005, Taşkın 2007). Gebelik esnasında ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin bilinmesi, bu dönemde annede oluşan yakınmaların anlaşılması açısından önem taşımaktadır (Uludağ ve Çepni 2009). Gebelikte yaşanan olağan şikayetlerle baş etmek için gebeler farmakolojik ve non farmakolojik yöntemlere başvurumaktadırlar. Gebe kadınlar kültürel

ve bölgesel etmenler, bitkilerin doğal ve yan etkisiz olduğunu düşünmeleri, ilaçların fetüse olumsuz etkileme olasılığı nedeniyle bitkisel ürünlere yönelebilmekte ya da çevreden edindikleri bilgilere dayanarak bazı uygulamalar yapmaktadırlar (Nazik 2005).

Hemşirenin gebelerde oluşan fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri tanılama, gebelerin bu değişikliklerle baş etme becerisini geliştirme, sağlık sorunu ve/veya yüksek riskli durum ortaya çıktığında doktora yönlendirme, hastanede/evde bakımı ve izlemini sağlama, dolayısıyla yaşam kalitesini geliştirmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Antenatal bakım hizmeti sunan ebe ve hemşireler, gebelerin sağlık durumu ve yaşadıkları fiziksel rahatsızlıkları dikkatli bir şekilde değerlendirmeli ve nasıl başa çıkabilecekleri hakkında bilgi vermelidir.

Yapılan literatür taramasında gebelerin yaşadıkları sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri konusunda sınırlı sayıda araştırma belirlenmiştir.

Bu araştırma, gebeliğin son trimesterinde yaşanan sağlık sorunları ve gebenin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gebelikte Sistemlerde Meydana Gelen Değişiklikler

Döllenenmiş ovum'un, diğer bir deyişle "zigot" un endometriyuma yuvalanması sonrasında, gebelik süresince annede fetüsün sağlıklı büyümesi, doğum olayına hazırlanma ve doğum sonrası bebeğin beslenmesine yönelik sistematik değişimler oluşmaktadır. Bu değişimlerin önemli bir bölümü doğum sonrası 6-8 haftalık lohusalık devresi bitiminde eski haline dönmektedirler. Gebelik esnasında ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin bilinmesi, bu dönemde annede oluşan yakınmaların anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır (Uludağ ve Çepni 2009).

#### 2.1.1. Gebelikte genital sistemdeki fizyolojik değişiklikler

##### 2.1.1.1. Uterus

Gebe olmayan kadında, uterus 70 gr ağırlığında ve 10 ml veya daha küçük hacimli bir kaviteye sahip, solid bir organdır. Gebelik boyunca uterus fetüs, plasenta ve amnion sıvısını içerecek kapasiteye sahip, görece ince duvarlı musküler bir organa dönüşür. Termde uterusun toplam hacmi ortalama 5 lt kadardır, ancak 20 lt veya daha fazla da olabilir. Gebeliğin sonlarına doğru, uterus gebe olmayan dönemdekine kıyasla 500-1000 kat daha yüksek kapasiteye erişir. Uterus ağırlığında da buna karşılık gelen bir artış gözlenir ve termde organ yaklaşık olarak 1100 gr ağırlığına ulaşır (Cunningham et al 2005, Cengiz ve Kimya 2008, Coşkun 2012).

Uterus gebeliğin 6. haftasına kadar ters armut gibi olan doğal şeklini korur. Altıncı haftadan 12. haftaya kadar yuvarlak şekil alır. Bu dönemden sonra pelvisin dışına çıkan uterus, vertikal çapını daha fazla arttırarak ovoid şekil alır. Uterustaki genişleme simetrik değildir. Fundal ve plasentaya komşu bölgedeki myometriyum daha fazla genişlemiştir.

Uterus büyüdükçe sağa doğru döner. İstatistikler uterusun %80 sağa, %20 sola döndüğünü göstermiştir. Bunu nedeni, muhtemelen solda rektum ve sigmoid kolonun bulunmasıdır (Taşkın 2007, Cengiz ve Kimya 2008, Taşpınar 2008).

Gebe uterusun kontraksiyon yapmaya eğilimi artmıştır. İlk trimesterde uterusu düzensiz, ağrısız ortaya çıkan kontraksiyonlar, gebeliğin ikinci üç ayından sonra karından palpasyonla hissedilir. Bu kontraksiyonlara Braxton Hicks kontraksiyonları denir. Gebeliğin son bir iki haftasında, 10-20 dakika aralarla gelen bu kontraksiyonlar, yalancı doğum olarak nitelendirilir (Taşkın 2007, Cengiz ve Kimya 2008, Taşpınar 2008).

#### **2.1.1.2. Serviks**

Uterusun korpusunun tersine serviks, çok az kas lifi ihtiva eder (Cengiz ve Kimya 2008). Döllenmeden yaklaşık bir ay sonra serviks yumuşamaya ve morumsu bir renk almaya olmaya başlar. Bu değişimler artmış damarlanmanın ve tüm serviksteki yaygın ödemin, ayrıca servikal bezlerin hipertrofi ve hiperplazisinin bir sonucu olarak gerçekleşir. Serviks az miktarda düz kas içerse de, asıl bileşeni bağ dokusudur. Kollajenden zengin bağ dokusunda yeniden düzenlenme, gebeliğin terme kadar devamı ve doğum kolaylığı için dilatasyon gibi fonksiyonlara izin vermesi kadar, başarılı bir gebelik yinelenibilsin diye doğumdan sonra onarım için de gereklidir (Cunningham et al 2005, Cengiz ve Kimya 2008).

#### **2.1.1.3. Vajina**

Vajinanın gebelikte over hormonlarının etkisi ile damarlaşması dolayısıyla kanlanması artar, mor (chadwick bulgusu) ve ödemli görünür ve kas tabakası hipertrofiye uğrar, mukoza kalınlaşır, konnektif doku gevşer ve böylece vajina doğuma hazırlanır. Vajinal akıntı koyu ve beyaz-sarı renktedir. Vajinal epiteldeki laktobasillerin glikojenden laktik asit üretmeleri sonucu, vajen pH'sı düşer ve asit bir ortam oluşur. Böylece patojen mikroorganizmalara karşı direnç artar (Günalp ve Tuncer 2004, Cengiz ve Kimya 2008, Taşpınar 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

#### **2.1.1.4. Vulva ve perine**

Gebelik esnasında vulva ve perine kaslarında ve deride damarlanma artışı ve deride hiperemi gelişir ve bu yapılarda normalde bol miktarda bulunan bağ dokusunda yumuşama olur. Vulva ve perinede damarlaşmanın artması ve gelişen uterusun baskısı ile varislere eğilim artar. Pigmentasyonun artması ile perine daha koyu bir renk alır (Cunningham et al 2005, Taşpınar 2008).

### **2.1.1.5. Overler**

Gebelik süresince ovulasyon durur. Yeni foliküllerin maturasyonu oluşmaz. Genellikle bir tek korpus luteum vardır ve gebeliğin ilk 7-8 haftası boyunca progesteron üretiminden primer sorumlu oluşumdur. Progesteron üretimi, 8. haftadan sonra esas olarak plasenta tarafından yapılır (Cengiz ve Kimya 2008, Taşpınar 2008, Uludağ ve Çepni 2009, Coşkun 2012).

### **2.1.2. Gebelikte ciltte oluşan değişiklikler**

Gebelerin yaklaşık %90'ında deride pigmentasyon artışı görülür. Östrojen seviyesinin yükselmesine bağlı; kloazma-gebelik maskesi (yüzde, alın derisinde, burun kökü ve elmacı kemiği çıkıntılarında derinin koyulaşması), göğüs ucu ve areolanın koyulaşması ve Linea Nigra (abdominal orta hat çizgisi; umblikusun üzerinden pubik bölgeye kadar uzanan koyu renkli çizgi) görülür (Cengiz ve Kimya 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

Kloazma- gebelik maskesi gebelerin yaklaşık %70'inde görülür ve genellikle doğumdan sonra geriler. Ayrıca, vulvada ve skar dokularında koyulaşma görülür (Taşkın 2007, Berkman 2004, Cengiz ve Kimya 2008).

Gebelikte altıncı aydan sonra, karın duvarı gerilir, inceler, parlak bir görünüm alır ve alt-yan karın bölgesinde yer yer çatlamlar görülür. Ayrıca, gebelerin %50'sinde, kalça, uyluk, meme, kasık ve koltuk altı derisi üzerinde pembe, parlak atrofik bantlar görülür (Taşkın 2007, Berkman 2004, Cunningham et al 2005, Yenal 2006, Cengiz ve Kimya 2008, Taşpınar 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

### **2.1.3. Gebelikte memede değişiklikler**

Gebeliğin erken haftalarında, kadınlar memelerinde hassasiyet artışı ve sızı hissederler (Fenikçi 2004, Cunningham et al 2005). Gebeliğin erken döneminde memelerde hafif bir renk değişikliği ve damarlanmaya bağlı hassasiyet görülürken, ikinci aydan sonra büyüme gözlenir. Meme uçları ve areola koyulaşır. İlk birkaç aydan sonra, yumuşak bir masajla meme uçlarından, koyu kıvamlı, sarı renkli bir sıvı (kolostrum) gelebilir. Areolanın çevresinde dizilmiş çok sayıda küçük çıkıntı gözlenir, bunlar aslında Montgomery bezleri olarak adlandırılan hipertrofik sebace bezlerdir. Meme boyutundaki büyüme aşırı oradaysa karında oluşan strialara benzer strialar



gelişebilir (Babadağlı 2003, Cunningham et al 2005, Nazik 2005, Cengiz ve Kimya 2008, Uludağ ve epni 2009).

#### **2.1.4. Gebelikte kas-iskelet sisteminde değişiklikler**

Gebelikte hormon yapımındaki artma, başta pelvis olmak üzere tüm vücuttaki kas-iskelet sisteminde gevşemeye neden olur. Büyüyen uterusun öne doğru çıkması ile lumbo-sakral bölgede lordosis artar, bu da sakro-iliak eklemin yükünü artırarak bel ağrılarına neden olur.

Gebelikte gördüğümüz bir diğer değişiklik, simfisis pubis ve sakroiliak eklemlerin bağlarının gevşemesidir. Bu gevşeme, büyük olasılıkla relaksin hormonunun etkisine bağlıdır. Simfisis pubiste gebeliğin 28-32. haftalarında ayrılma oluşur ve genişlik 3-4 mm artar. Pelvis eklemlerindeki bu gevşeme, vajinal doğumun kolaylaşmasını sağlar ancak geç gebelikte pelvik ağrı ve rahatsızlık şikayetlerinin ortaya çıkmasına yol açar. Gebelik sırasında lordozun artması, eklemlerdeki gevşemeler ve karnın öne doğru çıkmış olması, gebelerde dengenin kolay bozulmasına ve düşmelere bağlı travma oluşmasına neden olabilir (Taşkın 2007, Cengiz ve Kimya 2008, Uludağ ve epni 2009).

#### **2.1.5. Metabolik değişiklikler**

Gebelikte; fetüs, plasenta, uterus ve memelerdeki yeni doku oluşması nedeniyle oksijen harcanmasında ve buna bağlı olarak da metabolizma hızında artış olur (Karanisoğlu 1992, Cengiz ve Kimya 2008). Gebeliğin ilk üç ayında bazal metabolizmada değişiklik görülmezken gebelik ilerledikçe bazal metabolizma hızında %20 artış olur (Taşkın 2007).

##### **2.1.5.1. Kilo artışı**

Kilo artışı gebelikteki en göze çarpıcı fizyolojik değişikliktir. Ortalama normal kilo alımı gebelik boyunca 12,5 kg'dır (Cengiz ve Kimya 2008, Coşkun 2012). Bu artışı; fetüs (3.200 gr), plasenta (450 gr), amniyotik sıvı (900 gr), uterus (1000 gr), meme dokusu (1.400 gr), kan volümü (1.500 gr), cilt altı yağ ve protein depoları (1.800-3.600 gr) oluşturur (Coşkun 2012). Fakat 7-20 kilo arasındaki artışın normal gebelik gidişi ile birlikte olabileceği bildirilmiştir (Cengiz ve Kimya 2008). Kilo artışı normal değerlerin altında olduğu takdirde fetüsün gelişmesinde bir sorunun olabileceği

düşünülmelidir. Kilo artışı belirtilen sınır değerlerden fazla olduğu takdirde gebeliğin korkulan hastalığı olan preeklampsi ya da preeklampsiye gidişi düşünerek, gebe bu doğrultuda izlenmelidir (Demiryay 2006, Uludağ ve Çepni 2009). Termde gebede alınan yaklaşık 12,5 kg'ın dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1:** Gebelikte Oluşan Kilo Artışının Gebelik Yaşına Göre Anne ve Fetüste Dağılımı. (Cunningham et al 2005, Uludağ ve Çepni 2009)

<b>Doku &amp; Sıvı</b>	<b>10. Hafta</b>	<b>20. Hafta</b>	<b>30. Hafta</b>	<b>40. Hafta (Toplam)</b>
Fetüs	5	300	1500	3400
Plasenta	20	170	30	650
Amniyotik sıvı	30	350	750	800
Uterus	140	320	600	970
Memeler	45	180	360	405
Kan hacim artışı	100	600	1300	1450
İntersitisiel sıvı	0	30	80	1480
Anne yağ deposu	310	2050	3480	3345
Toplam	650	4000	8500	12.500

Östrojen salınımının artması, sodyum ve su retansiyonu, serum proteinlerinin azalması kapiller geçirgenliğin artması ve alt ekstremitelerde staz ve venöz basıncın artmasına bağlı olarak sıvı retansiyonu görülür (Coşkun 2012). Böylece derideki kollojen ve deri altı yağ dokusunda su birikir. Bu, klinik olarak saptanan ödemin başlıca sebebidir (Cengiz ve Kimya 2008).

#### **2.1.5.2. Protein metabolizması**

Gebelikte ortalama 900 gr protein depolanır. Bu proteinlerin yarısı fetüs ve plasentada, diğer yarısı annenin göğüslerinde, uterus ve kan dokularında depolanır. Depolanan bu proteinler doğumda, involusyon sürecinde, laktasyonda ve loşia ile kaybedilen nitrojeni karşılamak üzere kullanılır.

Gebelikte kan volümünün artmasına bağlı plazma proteinlerinde nisbi bir azalma görülür. Bu durum onkotik basıncı düşürür ve intravasküler sıvının doku arasına kaçmasına neden olur (Taşkın 2007, Berkman 2004, Öney 2006, Taşpınar 2008).

### **2.1.5.3. Karbonhidrat metabolizması**

Gebeliğin erken dönemlerinde anne dolaşımında glikoz konsantrasyonu düşer, bu nedenle enerji için yağlar kullanılır. İlk aylarda bulantıya bağlı beslenmenin azalmasıyla hipoglisemiye yatkınlık daha da artar ve yağların kullanılması hızlanır. Gelişen bu hipoglisemiyi anneler “baygınlık hissi olarak açıklar. Bu durum anne dolaşımından glikoz ve aminoasitlerin fetüse sürekli çekilmesiyle açıklanmaktadır. Sürekli beslenen fetüse karşı anne aralıklarla beslenmekte, yemek aralarında enerji için yağlar kullanılmaktadır. Bu nedenle gebelikte sık aralarla ve yeterli karbonhidratla beslenilmesi önerilir. Gebelikte anne glikozunu dengeleyecek bu önlemden başka, plasental laktojenik hormon da (HPL), anne insülinini duyarsız hale getirerek, fetüsün sürekli çektiği glikozun anne kanında dengelenmesini sağlar (Taşkın 2007, Fenikçi 2004, Çoban 2007).

Karbonhidrat metabolizmasındaki bu değişimler ve insülinin etkisinin azalması, gebeliğin diyabetojenik etkisi olduğunu düşündürmektedir (Taşkın 2007).

### **2.1.5.4. Yağ metabolizması**

Gebelik, ketozise yatkınlıkla karakterizedir. Çünkü anne glikozu sürekli olarak fetüs tarafından çekilmekte ve enerji için yağlar mobilize olmaktadır. Yağ asitlerinin oksidasyonundaki artma sonucu karaciğerde hızlandırılmış ketogenezis ortaya çıkar, böylece gebelikte “ketonemia” gelişir. Anne dolaşımında artan keton cisimleri plasentayı geçerek amniotik maide birikir. Keton cisimlerinin fetüs tarafından alınması, fetüsün sinir gelişimini bozar. Bu nedenle daha önce de bahsedildiği gibi, küçük, sık ve yeterli karbonhidrat içeren öğünlerle beslenmesi önerilir (Taşkın 2007, Çoban 2007).

### **2.1.5.5. Sıvı elektrolit metabolizması**

Gebelikte kalsiyum ve fosfor ihtiyacı artar. Ancak normal bir diyet bu artan ihtiyacı karşılar. Artan anne eritrositlerinde ve fetüste, hemoglobin sentezi için demir ihtiyacı da artmıştır. Bunun yanında fetüs ortalama 375 mg demir deposu ile doğar. Fetüsün karaciğerinde depolanan bu demir, doğumdan sonraki ilk aylarda yenidoğan tarafından kullanılır. Bu nedenle gebelikte II. trimesterden itibaren demir preparatları alınması önerilir.

Gebelikte total vücut sıvısı artmıştır. Bu artan sıvı plasentaya, amnion sıvısına, uterusa, anne plazmasına ve annede interstisyel alandaki sıvı retansiyonuna bağlıdır.

Gebelikte anne vücudunda tutulan sıvı yaklaşık 2-2,5 litredir. Artan bu sıvı ihtiyacının bol sulu yiyecek ve içeceklerle karşılanması gerekir (Taşkın 2007, Çoban 2007).

#### **2.1.5.6. Asit baz dengesi**

Gebelerdeki hiperventilasyon, respiratuar alkaloza sebep olur. PCO<sub>2</sub> gebelik öncesi değer olan 39 mmHg'dan yaklaşık 31 mmHg'a düşer. HCO<sub>3</sub> konsantrasyonu, bunu kompanse etmek amacıyla azalır ve düzey 24-30 mEq/L' ye düşer. Kan pH'sı minimal alkalemi gösterir (7.4'den, 7.44'e yükselir). Bu durum kompanse respiratuar alkaloz tamponlama rezervini azaltarak, ketoasidoza veya laktoasidoza eğilimi artırır (Cengiz ve Kimya 2008).

#### **2.1.6. Gebelikte kardiyovasküler sistemdeki değişiklikler**

Gebelikte en önemli değişiklikler kardiyovasküler sistemde görülür. Bunların en önemlisi kardiyak veri artışı ve renal, uterin kan akımında artmadır (Nazik 2005, Cengiz ve Kimya 2008, Taşpınar 2008).

##### ***Kan hacmi***

Gebeliğin 6-8 haftalarından itibaren kan hacmi artmaya başlar ve 32-34. haftalarda maksimum hacim olan 4700-5200 ml'ye ulaşır. Artış oranı, gebelik öncesine göre yaklaşık %45'tir. Plazma volümündeki artış çoğul gebeliklerde ve fetal ağırlığın arttığı gebeliklerde daha fazladır. Hacim artışının temel mekanizması bilinmemektedir. Ancak östrojen stimülasyonuna bağlı renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin uyarılması sonucu oluşan sodyum ve su retansiyonu olduğu düşünülmektedir.

Eritrosit hacmi, termde yaklaşık 250-450 ml artar. Bu artış gebelik öncesi değerlere göre %18-30'dur. Eritrosit hacminin artmasının temel nedeni eritrosit ömrünün uzaması değil eritropoezin artmasıdır. Human plasental laktojen, progesteron ve belki de prolaktin artan eritropoezden sorumlu hormonlardır.

Kan volümündeki %45'lik artış, gebe kadını kan kaybı sırasında oluşabilecek hemodinamik olumsuzluklardan koruyacaktır. Ayrıca plazma volümünün eritrosit

volümüne oranla daha fazla artmış olması, hemodilüsyona bağlı fizyolojik bir anemiye neden olur. Üçüncü trimester ortalarında maksimum olan bu değişikliğe bağlı azalan kan vizikositesi nedeniyle, gebe tromboembolik olaylardan korunur ve intravillöz dolaşım kolaylaştırılmış olur (Taşkın 2007, Cengiz ve Kimya 2008, Akpınar 2009).

### ***Kan basıncı***

Arteriyel kan basıncı periferik damarlardaki vazodilatasyona bağlı olarak gebelik öncesine göre düşüş gösterir. Bu düşme arteriyel basınçta 10-15 mmHg civarındadır. Diyastolik kan basıncındaki düşme daha belirgindir. Kan basıncındaki düşüş, gebelerde hipotansiyon tanısında ilave kriterler kullanma gereğini ortaya çıkarmıştır. Gebelik öncesinde hipertansiyon arteriyel kan basıncının 140/90 mmHg'nin üzerinde olmasıdır. Bu kural gebelik içinde geçerlidir. Diğer taraftan gebelikte, gebelik öncesi sistolik basıncın 30 mmHg ve diyastolik basıncın 15 mmHg yükselmesi de hipertansiyon kriteri olarak kabul edilmelidir.

Gebeliğin son trimesterinde, sırt üstü yatan gebelerde uterusun vena kava inferior'a bası yaparak kalbe dönen kan miktarını azaltması sonucunda, gebelerde, hipotansiyon, taşikardi, baş dönmesi, bulantı ve fenalık hissi gelişir. Bu duruma "supin hipotansif sendrom" denilmektedir. Böyle bir gebe derhal yana yatırılmalı ya da oturur duruma getirilmelidir (Çoban 2007, Taşpınar 2008, Ceviz 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

### ***Periferik direnç***

Periferik direnç kan basıncının kalp debisine bölünmesine eşittir. Gebelikte kan basıncı düşük veya aynı kalmakta, kalp debisi artmakta olduğundan periferik dirençte belirgin olarak azalmaktadır.

Uterusa ve plasentaya olan kan akımı gebelikte artar. Uterus kan akımındaki artış yaklaşık 500 ml/dk olup 700-800 ml/dk kadar artış gösterebilir. Uterus ve plasentaya kan akımının artmasının nedeni bu organların vasküler dirençlerinin sistemik dirençten daha az olmasıdır. Gebelik dışı döneme göre renal kan akımı yaklaşık 400 ml/dk daha artmıştır ve memelere olan kan akımı artışı da yaklaşık 200 ml/dk'dır. Özellikle eller ve ayaklarda olmak üzere cilde olan kan akımı da artmıştır. Maternal metabolizma artışına bağlı olan ısı, fetüs tarafından üretilen ısı artmış kan akımı ile cilde taşınmaktadır (Taşpınar 2008).

### **2.1.7. Gebelikte solunum sistemindeki değişiklikler**

Solunum sisteminin ana fonksiyonu oksijen ve karbondioksit değişimi yapmaktadır. Gebelik sırasında meydana gelen mekanik ve hormonal değişimler solunum sisteminde çok sayıda değişikliklere neden olur (Cengiz ve Kimya 2008).

Gebelik sırasında artan intraabdominal basınç, diyafragmanın yaklaşık 4 cm yukarı yer değiştirmesine ve torasik kavite şeklinin değişmesine neden olur. Toraks transver çapı yaklaşık 2 cm, toraks çevresi 6 cm artar. Alt kostalarda yanlara doğru açılma ve subkostal açıda, 68,5 dereceden 103 dereceye genişleme olur. Bu değişiklikler reversibldir ve doğumu izleyen birkaç hafta içinde kaybolur. Diyafragmatik hareket artmıştır ve solunum daha az kostal daha çok diyafragmatiktir (Cengiz ve Kimya 2008, Taşpınar 2008, Uludağ ve Çepni 2009, Coşkun 2012).

Solunum sayısı artmıştır. Progesteronun solunum merkezine doğrudan etkisi ile dakikadaki solunum sayısı artar. Gebeliğin ilerlemesi ile tidal volüm, dakika ventilasyon volümü ile dakikada oksijen değişimi miktarı artar. Vital kapasitede bir değişim görülmez (Cengiz ve Kimya 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

Gebeliğin ikinci yarısında diyafram yükselmesi ile birlikte rezidüel volüm azalır (Cengiz ve Kimya 2008, Coşkun 2012). Ayrıca göğüs duvarının hareket etme yeteneğinin azalması da rezidüel volüm azalmasında rol oynar. Rezidüel volüm 1500 ml'den 1200 ml'ye düşer. Ekspiratuar rezerv volümün 200 ml azalmasıyla birlikte, fonksiyonel rezidüel kapasitede hafif artma görülür. Tidal volüm 500 ml'den 700 ml' ye artar. Total akciğer kapasitesi değişmez (Taşkın 2007, Cengiz ve Kimya 2008).

### **2.1.8. Hematolojik sistem değişiklikleri**

Gebelik sırasında hematolojik sistemde meydana gelen en önemli değişiklik kan hacminde artış ve koagülasyon sistemindeki değişiktir. Artan kan hacmi uteroplasental kan akımını sağladığı gibi, doğum sırasındaki kan kaybına karşı annenin korunmasında da önemlidir (Cengiz ve Kimya 2008).

Dolaşan kan hacmi artar. Bu artış gebeliğin 1. trimesterinden başlayıp, 2. trimesterinde daha hızlanarak, 3. trimesterde gebelik öncesi kan volümünün %40-45'ine ulaşmaktadır. Total kan volümü artışına plazma volümü %45-48 ve eritrosit miktarı %38 oranında katkıda bulunmaktadırlar. Plazma volümünün eritrosit miktarına göre

nisbi artışı, kemik iliğinde eritropoezin artmış olmasına rağmen gebelikte görülen fizyolojik aneminin sebebini oluşturmaktadır. Buna bağlı olarak gebelik öncesi duruma göre hematokrit ve hemoglobin değerlerinde de bir düşüş gözlenir (Cengiz ve Kimya 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

Gebelik sırasında toplam lökosit sayısı artar. Otuzuncu gebelik haftasında maksimum olur ve daha sonra plato çizer. Ortalama lökosit sayısı, gebelik için  $9000 \text{ mm}^3$ 'tür. Gebelerin %30'unda bu değer  $1000 \text{ mm}^3$ 'ün üzerindedir. Doğum eyleminin başlaması ile sayı  $25000-40000/ \text{mm}^3$ 'e ulaşır. Postpartum birinci hafta içinde normal değere iner (Cengiz ve Kimya 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

Nötrofillerin hem toplam hem de yüzde sayıları artmıştır. Lenfositler toplam sayı olarak da yüzde olarak da azalır. Monosit toplam sayısı artar, ancak oranı değişmez. B lenfosit sayısı değişmez ancak T lenfosit sayısı azalmıştır (Cengiz ve Kimya 2008).

Trombositler ile ilgili çok kesin gebelik değişiklikleri bildirilmiş olmamakla birlikte, son trimesterde hafif bir sayı azalması rapor edilmektedir. Ancak sayı  $15000/\text{mm}^3$ 'ün altına genellikle inmez. Azalmanın muhtemel nedeni plasentadaki lokalize intravasküler pıhtılaşmadır. Trombosit çapı ve hacmi artmıştır. Doğumdan hemen sonra belirgin bir trombosit azalması görülür ancak birkaç günde normale döner (Cengiz ve Kimya 2008).

Pıhtılaşma faktörleri düzeyi gebelikte genel olarak artmaktadır. Fibrinojen miktarı ortalama olarak %50 oranında bir artış gösterir. Bu artışa rağmen, damar bütünlüğü bozulmadığı ya da preeklampsi gibi ilave bir patoloji gelişmediği sürece hemostatik ve fibrinolitik sistemler denge halinde kalır. Kanama ve pıhtılaşma zamanlarında bir değişim görülmez (Taşpınar 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

### **2.1.9. Üriner sistemdeki değişiklikler**

Gebelik sırasında üriner sistemde çok sayıda değişiklik meydana gelir. Bu değişikliklerin ana nedenleri; büyüyen uterusun mekanik basısı, hormonal değişiklikler, kardiyak veri ve renal kan akımındaki artıştır. Anatomik değişikliklerin yanısıra renal fonksiyon testleri ve serum elektrolit düzeylerinde de değişiklikler oluşur (Cengiz ve Kimya 2008).

Böbrek boyutları büyür. Böbrek kalınlıkları ve üreterlerde önce progesteronun kas gevşetici etkisi ve daha sonra büyüyen uterusun basısı sonucu hidronefroz ve hidroüreter gelişebilir.

Böbrek kan akımı %50-70 artmıştır. Buna paralel olarak glomerular filtrasyon oranı (GFR) erken gebelikten itibaren yaklaşık %50 artar ve bu miada kadar devam eder. Renal plazma akımı (RPF) gebeliğin ortalarında %25-50 artmıştır. Artan glomerüler filtrasyon hızı nedeniyle gebelikte serum üre ve kreatinin düzeyleri düşer (Cengiz ve Kimya 2008, Uludağ ve Çepni 2009, Coşkun 2012). Gebelikte sodyum reabsorpsiyonu da artan glomerüler filtrasyon hızına bağlı olarak artmıştır. Sodyum reabsorpsiyonunu arttıran hormonlar; gebelikte artan, aldosteron, östrojen ve deoksikortikosterondur (Cengiz ve Kimya 2008, Taşkın 2007).

Üriner sistemde genel olarak dilatasyon ve idrar akımında yavaşlama gebelikte hakim olan durumdur. Gebelik öncesi semptom vermeyen bakteriüriler (Asemptomatik bakteriüri), bu değişimlere bağlı olarak fetüs ve anneye zarar verecek üriner enfeksiyonların oluşmasına sebep olabilirler (Uludağ ve Çepni 2009).

#### **2.1.10. Gebelikte gastrointestinal sistemdeki (GİS) değişiklikler**

Gebelikte gastrointestinal yakınmalar sık görülür. Bulantı ve kusma erken gebelikte sıktır. Kolesistit, pankreatit ve apandisit benzeri semptomlar görülebileceği gibi bazen bu hastalıkların tanısı, gebeliğe bağlı yakınmalar nedeni ile gecikebilir. Bu nedenle gebeliğin oluşturduğu fizyolojik gastrointestinal değişikliklerin iyi bilinmesi gerekir (Cengiz ve Kimya 2008).

Gebelerin çoğunda ilk trimesterde başlayan ve gebelik süresince devam eden iştah artışı gözlenir. Gebelik sırasında belirli yiyeceklere karşı aşırı istek veya isteksizlik olabilir. Bazı maddelere karşı pika oluşabilir. Sabun, diş macunu, kil, kum, buz, kahve telvesi gibi maddeler bunlardandır. Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda görüldüğü bilinmektedir. Bulantı, kusma erken gebelikte ortaya çıkar. Nedeni bilinmemekle birlikte gonadotropinlerin plazma düzeyinin düşüşü ile kaybolması bu belirtilerin gonadotropinlere bağlı olduğu düşündürmektedir (Taşpınar 2008).



### ***Ağız ve dişler***

Gebelikte salya miktarı artmamıştır. Hiperemesis gravidarumlu olgularda muhtemelen salyanın yutulma güçlüğüne bağlı, aşırı salya görülmektedir.

Diş etinde ödem, hiperemi ve kanamaya meyil görülebilir. Muhtemel nedeni mukopolisakkarit sentezi artışı ve bağ dokusu değişiklikleridir (Cengiz ve Kimya 2008, Taşpınar 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

### ***Özefagus ve mide***

Mide sola ve yukarıya doğru itilmiştir. Gebelikte özefagus motilitesi genellikle gebe olmayandan farklı değildir ancak alt özefagus sfinkter basıncının gebeliğin erken dönemlerinden itibaren gittikçe azaldığı gösterilmiştir. Bu basıncın azalması gebelikte mide yanması şikayetinin asıl nedenidir. Alt özefagus sfinkter basıncının azalması, progesteronun düz kas gevşetici etkisine bağlıdır. Gebelikte sık görülen reflü özofagit, hidroklorik asit ve safra asitlerinin özofagusu kaçması sonucu meydana gelir. Bu reflü, alt sfinkter basıncının azalması, ilerleyen gebelikte intraabdominal basıncın artması ve distal özefagusta motilite azalması ile açıklanabilir (Demiryay 2006, Cengiz ve Kimya 2008, Taşpınar 2008).

### ***Bağırsaklar***

Gebelikte ince bağırsak motilitesi azalmıştır. Gebelikte sık görülen bir problem olan kabızlık, uterusun yarattığı mekanik bası, düz kas relaksasyonuna bağlı azalmış motilite ve artmış su absorpsiyonu gibi nedenlere bağlı olabilir. Gebelikte daha çok su ve sodyum emilir (Demiryay 2006, Taşpınar 2008).

### ***Karaciğer***

Östrojen ve progesteron, bilirubin metabolizmasını etkiler. Kolestatik sarılık gebelikte sık görülür. Bazı gebelerde kolestaz, sadece kaşıntı olarak bulgu verir.

Karaciğer kan akımı ve karaciğerin boyutları gebelikte değişmemiştir. Gebelik ve eksojen östrojen kullanımı, karaciğerde protein sentezini modifiye eder. Fibrinojen sentezi anlamlı düzeyde artmıştır. Taşıyıcı (binding) proteinlerin sentezi de artmıştır.

Serum total protein miktarı, esas olarak albümindeki azalmaya bağlı olarak azalmıştır. Serum albüminindeki azalma hem hemodilüsyon hem de sentez azalması nedeniyledir. Globülin miktarı hafif artar. Albümin, globülin oranı 1'e yakındır.

Bilirubin düzeyi değişmemiştir. Serum aspartat aminotransferaz (SGOT), alanin aminotransferaz (SGPT) düzeyi değişmemiştir. Alkalen fosfataz 2-4 kat artar. Nedeni plasental sentezin artışıdır (Cengiz ve Kimya 2008).

### ***Safra kesesi***

Safra kesesi boşalma süreleri uzamıştır. Safra yollarında kısmi bir kolestaz görülür. İntrahepatik safra yollarında çoğul gebelik ve bazende tekiz gebeliklerde safra kolestazı aşırı olabilir. Bu yüzden bazı gebeliklerde gebeliğin 3. trimesterinde kaşıntı ve ikter ile "gebeliğin intrahepatik kolestazı" tablosu oluşabilir. Kolestazın oluşumunda yüksek düzeylerde bulunan östrojenin intrahepatik safra yollarında safra asidi geçişini engellemesi etkin olmaktadır. Bunlara ek olarak gebelikte safra koyulaşması, safra kesesi boşalma süresinin uzaması ve aynı zamanda progesteron etkisine bağlı olarak kese duvar tonüsünün azalması sonucu safra taşları oluşumu hızlanmıştır (Demiryay 2006, Cengiz ve Kimya 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

### **2.1.11. Endokrin sistem**

Gebelik sırasında endokrin sistemde meydana gelen değişiklikler, temel olarak, fetüsün büyüme ve gelişmesini kolaylaştırmak amacıyla oluşması gereken metabolik değişimi sağlar (Cengiz ve Kimya 2008).

#### **2.1.11.1. Hipofiz**

Gebelik sırasında ön hipofizin, prolaktin salgılayan hücrelerin hipertrofisi ve hiperplazisine bağlı olarak, boyutları artmıştır (Cengiz ve Kimya 2008, Taşpınar 2008, Coşkun 2012). Bu gebeliğin birinci ayında belirgindir ve tüm gebelik boyunca devam eder (Cengiz ve Kimya 2008).

Hipofiz hacmi değişiklikleri ile birlikte serum prolaktin hormonunun salgısı sekiz haftada başlar ve yavaş yavaş artarak memelerden süt oluşumunu sağlar. Doğumdan sonra salgısı en yüksek seviyeye ulaşır.

Hipofiz arka lobdan salgılanan oksitosin, gebelikte artan miktarda salgılanır. Ancak plasentadan salgılanan oksitokinaz fermenti tarafından baskılanır. Antidiüretik hormonun gebelikte seviyesi yükselmiştir (Taşpınar 2008).

#### **2.1.11.2. Troid**

Damarlanmada artış nedeniyle hafif büyür. Troksin bağlayıcı protein artar. Total T4, 6-9. haftalarda belirgin yükselir. Total T<sub>3</sub>, 18. haftada pik yapar ve her iki hormonun hızlı yükseliş dönemi sonrasında artış sürecinde plato seyir gözlenir. TSH düzeyi serum HCG ve TSH düzeyleri arasında ters ilişki vardır. TRH düzeyi değişmez. Plasentadan geçerek fetal hipofizi uyarır (Uludağ ve Çepni 2009).

#### **2.1.11.3. Böbrek üstü bezi hormonu**

Gebelerde adrenallerin korteksinde hipertrofi vardır. Korteks hormonlarından olan kortizol ve aldosteron gebelik boyunca fazla miktarlarda salgılanır. Bu hormonlar gebelikte karbonhidrat metabolizmasına etki eder (Taşpınar 2008).

#### **2.1.12. Gebelikte psikolojik değişiklikler**

Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu dönemi kadın yaşamında değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmek de mümkündür. Bu dönemde kadın gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekir. Bu benimsemeyi kadının inanç ve tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, ilişkileri ve davranışları etkiler.

Kadının gebeliğe karşı tepkisini etkileyen faktörler;

- Kendi bireysel ve kişisel deneyimleri,
- Kültür düzeyi ve yaşam felsefesi,
- Ailedeki mutluluk derecesi,
- Ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları,
- Ailenin sosyo-ekonomik yapısı,
- Ailedeki çocuk sayısı,
- Gebeliğin istenen ya da istenmeyen, planlanmış yada planlanmamış olmasıdır (Taşkın 2007, Taşpınar 2008, Coşkun 2012).

**Birinci trimester:** Gebeliğin ilk aylarında kadınların çoğunda yorgunluk hissi, çok uyuma isteği görülebilir. Kadınlar gebelik için uygun zaman olup olmadığı konusunda tereddüt duyabilirler. Bu trimesterde yoğun olarak ambivalan (zıt) duygular yaşanır. Kadının bebeğinin normal ve sağlıklı olup olmayacağı, kendi sağlığı ile ilgili korkuları ve fantezileri vardır (Taşkın 2007, Taşpınar 2008).

**İkinci trimester:** Bu dönemde kadının bulantıları geçer, gücü yavaş yavaş artar, kendini iyi hisseder ve olumlu duygular geliştirir. Ambivalan duygular ortadan kalkar. Kadın, gebe görünümü kazanmıştır. Seyirme (Quicking) denen fetüs hareketleri başlamıştır. Bununla birlikte kadının ilgisi kendi içine yönelmiştir. İçinde canlı olduğunu hissedebilir. Başlangıçta kendisinin bir parçası olarak hissederken daha sonraları ondan farklı bir varlık olduğunu kabul eder. Birinci trimester ile karşılaştırıldığında gebenin kişiliği bu dönemde daha bir denge içerisindedir. Gebelik benimsenmiş olsa bile bazı şaşırtıcı davranışları vardır. Örneğin aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık, büyük mutluluk duygularında ani ve nedensiz değişimler görülür. Kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye istek duyar. Diğer kadınlarla konuştuğu dönemdir (Taşkın 2007, Taşpınar 2008, Coşkun 2012).

**Üçüncü trimester:** Gebeliğin son haftalarında anne adayları bütün eksikliklerini tamamlamaya çalışır. Şimdi fiziksel olarak görünümü büyümüş, hantallaşmıştır. Artık daha çabuk yorulur ve yeni beden sınırlarına uyum sağlamakta güçlük çeker, kendini rahatsız hisseder. Bu sorunlar kadının günlük yaşamını zorlaştırır. Artık gebelikten bıkmaya başlamıştır ve aynı zamanda doğum hakkında endişeleri vardır. Fetüsün hareketleri kuvvetli tekmelere dönüşür. Annede evden dışarı çıkarsa, başına bir iş geleceği korkusu olabilir. Çevresinde bulunanları daha dikkatli hareket etmeleri için uyarır.

Fiziksel rahatsızlık ve gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanması gereksinimini ortaya koyar.

Bebeğin, ailenin diğer fertleri tarafından beklenmesi de büyük önem taşır. Bebeğin bu dönemde evde fiziksel ve duygusal olarak yeri hazırlanır. Bebeğin reddedilmesi, kadın için kendisinin reddedilmesi anlamına gelir. Bu dönemde kadın kocasının gebelik, doğum ve bebekle ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmasını ister. Son ayda anne, ilk trimester de yaşadığı ambivalan duyguları yeniden yaşamaya başlar.

Gebelikten nefret eder, bebeği ister fakat doğumdan korkar. Doğum anındaki davranışları sanki bütün gebelik boyunca geçirdiği tutum ve davranışlarının tekrarı gibidir (Taşkın 2007, Taşpınar 2008, Coşkun 2012).

## **2.2. Gebelikte Sistemlerde Meydana Gelen Değişikliklere Bağlı Oluşan Sağlık Sorunları ve Baş Etme Yolları**

Gebelikte pek çok şikayet ortaya çıkmakta ise de, bunların çoğu hastanın bu konuda eğitilmesi ve acil önlemlerle hafifletilebilir. Gebelikte kesin gerek görülmedikçe ilaç kullanmaktan kaçınmak gerekir (Gökşin ve Sakıncı 2008).

### **2.2.1. Göğüslerde hassasiyet**

Gebeliğin erken dönemlerinde başlar ve gebelik süresince devam eder. Östrojen ve progesteron düzeyinde artma, göğuş uçlarının duyarlılığının artmasına ve göğuşlerde sızlama ve acı duyusunun hissedilmesine neden olur (London et al 2003, Taşkın 2007, Nazik 2005, Çoban 2007, Uludağ ve Çepni 2009).

Göğuşleri iyi saran ve destekleyen sütyen kullanmak, çok ağrılı durumlarda soğuk uygulama yapmak, hijyeni sürdürmek için ılık su ile göğuşleri yıkamak, göğuş uçlarına yumuşatıcı pomadlar sürmek bu rahatsızlıkları azaltabilir (Taşkın 2007, London et al 2003, Nazik 2005).

### **2.2.2. Stria**

Kilo alımına bağlı derinin aşırı gerilmesi sonucunda deri altı elastik liflerde çatlama olmasıdır. Karın, kalça, meme ve bacaklarda gebeliğin ilk üç ayından sonra görülür.

Hızlı ve fazla kilo almaktan kaçınmak, deriyi nemli tutacak kremler kullanmak rahatlamayı sağlayacaktır (Mete 2008).

### **2.2.3. Baş ağrısı**

Baş ağrısı gebelikte yaygın görülen bir yakındır ve gebeliğin ilk ve üçüncü trimesterinde görülür. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, gebelikte oluşan hormonal değişiklikler, kan volümünün artması, uykusuzluk, yorgunluk, stres ve

duygusal gerginlikler baş ağrısına neden olmaktadır. Ayrıca preeklampsi veya eklampsi belirtiside olabilir (Kılıçarslan 2008).

#### **2.2.4. Uyuma güçlüğü**

Gebe kadınlarda uyuma güçlüğü, gebe olmayan kadınlar gibi aynı psikolojik nedenlere bağlı olabildiği gibi pek çok fiziksel faktör de bu probleme katkıda bulunur. Büyüyen uterus, aktif bir fetüs, sık idrara çıkma, solunum sıkıntısı ve bacak krampları gibi rahatsızlıklar uyumayı güçleştirirler (Taşkın 2007, Mete 2008).

Uyumadan önce ılık duş almak, ılık süt içmek, gevşeme egzersizleri yapmak, müzik dinlemek, kitap okumak, uyurken uygun pozisyon almak önlemlerden bazılarıdır (Taşkın 2007, Mete 2008).

#### **2.2.5. Halsizlik, yorgunluk**

Çabuk yorulma ve uyku gereksinimi erken gebelik döneminin sık rastlanan karakteristik bir özelliğidir. Bu durum fizyolojik ve patolojik olabilir. Psikolojik rahatsızlıklarda, anemi, enfeksiyon ve malignensilerde de yorgunluk belirtileri gözlenir. Gebelikte yorgunluğun oksijen tüketiminin, progesteron hormon seviyesinin ve metabolik ihtiyaçların artması sonucu geliştiği düşünülmektedir. Genellikle 20. haftadan sonra geçer (Taşkın 2007, Cengiz ve Kimya 2008, Mete 2008).

Kadın dinlenmek için her fırsatı değerlendirmeye çalışmalıdır. Günlük uyku ve dinlenme zamanlarını ayarlamak, erken yatmak, sims pozisyonunu kullanması ve sorumlulukları aile üyeleriyle paylaşmak yardımcı olabilir (Ricci 2007, Taşkın 2007).

#### **2.2.6. Karpal tünel sendromu (CTS)**

Karpal tünel sendromu (CTS), el bileğinde orta sinirin baskılanmasıyla oluşur. Sendrom çoğunlukla bilateralidir. Ancak dominant kullanılan elde daha fazla görüldüğü söylenebilir. CTS'li kadın tipik olarak, avuç içinin başparmağa yakın olan bölümünde yanma, sızlama ya da uyuşukluk hissi yaşar. Sendrom daktilo yazar gibi elin tekrarlayıcı hareketleri ile şiddetlenir. Semptomlar doğumu takiben kaybolur. Tedavi elin ince bir tahta ile desteklenmesini gerektirebilir. Bazı vakalarda karpal tünel içerisine steroidler enjekte edilir. Ciddi vakalarda cerrahi gerekebilir (Sapmaz, Bulgan ve Pekdemir 2001, Taşkın 2007).

Karpal tünel sendromuna yönelik, kadına Őiddetlendirici hareketlerden kaçınması ve elini ince bir tahta ile desteklemesi önerilebilir (Taşkın 2007).

### **2.2.7. Srt ve bel ağrıları**

Gebeliğin baŐından itibaren progesteron ve relaksin hormonları etkisi sonucu tüm vücut eklem bağlarında bir gevşeme ve eklem aralıklarında kısmi bir genişleme meydana gelir. Pelvis  ayrı kemikten oluşmasına karşın, simfiziyal ve sakroiliak eklemler gebelik dışında hareketsizdirler. Ancak gebelikteki hormonal değişimler bu eklemlerin gevŐemesine ve bir miktar hareket kazanmasına ve buna bağlı olarak pelvis Şeklinin deđiŐmesine, dolayısıyla ağrıların ortaya çıkmasına neden olur. Korse giyilmesi ve sık yatak istirahati ağrıyı hafifletebilir. Gebeliğin sonuna doğru bu eklemlerin iyice açılması hastaların iki yana yalpalayarak adeta bir ördek gibi yürümelerine sebep olurlar.

Postür değişikliği, gebelikte sıklıkla bel ağrlarına neden olur. ne doğru sarkan karn, hastaların dengelerini sağlamak amacıyla omuzlarını geriye atmalarına sebep olur. Sonuçta hasta dik durabilmek için başını öne doğru tutmak durumundadır. Böylece lomber ve serviko-torasik bölgelerde lordoz artar (Gökşin ve Saknc 2008). Gebelerde srt ağrs büyüyen uterusun lumbo sakral vertebra eğimini artırması, artan progesteron düzeyinin eklemlerdeki kartilaj dokuyu yumuŐatması, meme dokusunun büyümesi ve vücut mekaniklerinin uygun kullanılmamasına bağlı olarak gelişebilir (London et al 2003, Ricci 2007).

Srt ağrs olan gebeye, gebelik korsesi, sıcak tatbiki, vücut mekaniğini uygun kullanması, yüksek topuklu ayakkabı giymemesi, ağır Şeyleri kaldrmaktan kaçınması, otururken sırtını dik bir Şekilde desteklemesi ve egzersiz yapması önerilebilir (London et al 2003, Gökşin ve Saknc 2008, Ricci 2007, Mckinney, James, Murray and Ashwill 2009).

### **2.2.8. Bacak krampları**

Gebelik sırasında büyüyen uterusun bacak sinirlerine bası yapması, kalsiyum yetersizliği bacak kramplarına neden olur.

Bacak kramplarn önlemek veya hafifletmek için gebeye; kalsiyumdan zengin yiyecekler alması (süt ve süt ürünleri, fındık, fıstık vs.), yatmadan önce bacaklarını

titreşim halinde sallaması, düzenli olarak egzersiz yapması, mümkün olduğunca gün içinde bacaklarını yükseltmesi, geniş topuklu ayakkabı giymesi, lokal sıcak uygulama yapması önerilebilir (Karanisoğlu 1992, Varney 1997, Taşkın 2007).

### **2.2.9. Hemoroidler**

Gebeliğin üçüncü ayından sonra görülür (Mete 2008). Rektal venlerde görülen varikoziteler ilk defa gebelik esnasında oluşabileceği gibi daha sık olarak önceden var olan hemoroidlerin rekürensi veya şiddetinde artma şeklinde ortaya çıkar. Gebelikte hemoroidlerin oluşumu veya şiddetindeki artma, büyümüş uterusun venöz dönüş obstrüksiyonu yapmasına bağlı rektal venlerdeki basınç artışı, bağısıkların yer değiştirmesi ve konstipasyonun gebelikte sık görülen bir problem olmasıyla ilişkilidir (London et al 2003, Taşkın 2007, Gökşin ve Sakıncı 2008, Mete 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

Hemoroidin ilk belirtisi genellikle defekasyon esnasında görülen taze kandır. Bu kanama genellikle kısa zamanda durur. Ancak her defekasyon esnasında yineler. Diğer belirtiler ise anal bölgede dolgunluk hissi, özellikle defekasyonla başlayan ve uzun süre devam eden ağrı, kaşıntı ve anal bölgenin temizliği esnasında ele kitle gelmesidir (Taşkın 2007).

Genellikle şişlik ve ağrı topikal anesteziğin kullanımı, uzun süre ayakta durmaktan kaçınma, sıcak su oturma banyoları ve konstipasyonun önlenmesiyle hafifletilebilir (London et al 2003, Ricci 2007, Taşkın 2007, Gökşin ve Sakıncı 2008).

### **2.2.10. Ödem**

Büyüyen uterusun bacaklardan dönen kan akımı üzerine baskısı sonucu ayak bileklerinde görülen ödem, ciddi bir sorun olmamasına rağmen bu bulgulara ilaveten ellerde ve yüzde görülen yaygın ödemin preeklampsi-eklampsinin ilk belirtilerinden biri olduğu hemen akla gelmelidir.

Ayakların yukarı kaldırılarak oturulması, supportif çoraplar biraz fayda sağlar ise de ödemin çözülmesi için diüretik kullanılması gebelikte kontrendikedir (Gökşin ve Sakıncı 2008).



### **2.2.11. Bacaklarda-genital bölgede varis**

Gebelik esnasında bacaklarda ve vulvada oluşabilirler. Varislerin meydana gelmesinde en önemli faktör genişleyen uterusun bacaklardan venöz dönüşü sağlayan venlere baskı yapmasıdır (Taşkın 2007, Demiryay 2006, Gökşin ve Sakıncı 2008, Mete 2008).

Vulvar varisler, vulvar pedler ve sıkı külot giyinmek sureti ile baskıya alınabilirler. Bacaklarda görülen varislerin önlenmesinde varis çoraplarına ilaveten, gebelere, bacak bacak üstüne atmamaları, ayakta fazla durmamaları ve her fırsatta ayaklarını yükseğe kaldırarak oturmaları öğütlenmelidir. Gebelik esnasında enjeksiyon veya cerrahi yaklaşım kontrendikedir (Gökşin ve Sakıncı 2008, Mete 2008).

### **2.2.12. Burun tıkanıklığı ve burun kanaması**

Gebelikte östrojen seviyesindeki artış burun mukozasında ödeme neen olmaktadır (Taşkın 2007). Progesteron hormonu etkisiyle bronşiyal kaslarında gevşeme ve solunum yolları mukozalarında konjestiyon meydana gelir. Bu değişimler sonucu bronşiyal sekresyon artar. Üst solunum yollarındaki konjesyon nedeniyle gebelerde sıkça burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve burun kanamaları oluşur (Ricci 2007, Uludağ ve Çepni 2009).

Bu problem çoğunlukla tedaviye cevap vermeyebilir. Bu problemleri yaşayan kadın uyuma güçlüğü çekebilir. Sorunun çözümü için, soğuk hava buharı, maden tuzlu burun damlaları yardımcı olabilir (Taşkın 2007, Uludağ ve Çepni 2009).

Dekonjestanlar ve burun spreylерinin kullanımından mümkünse kaçınılmalıdır. Çünkü bu maddeler burun tıkanıklığını artırarak diğer rahatsızlıklara da neden olabilir (Taşkın 2007).

### **2.2.13. Solunum sıkıntısı**

Solunum sıkıntısı; uterusun abdomen içerisine yükseldiği ve diyafram üzerine basınç uygulandığı durumlarda görülür. Bu problem, üçüncü trimesterde, diyafragma seviyesinin büyüyen ve genişleyen uterusun baskısı ile 4cm yükselmesi ve sonuçta vital kapasitenin azalmasından dolayı artar. Primigravidalarda gebeliğin son birkaç haftasında solunum sıkıntısı, uterus pelvise doğru indiği için azalır. Yine sırtüstü düz

yatma, gebede sıkıntı hissi yaratabilir. Eğer sıkıntı hissi, gebeliğin ilk aylarında rahatsızlık hissi yaratıyorsa, kalp hastalığı yönünden araştırılmalıdır.

Sıkıntı hissini azaltmak için gebe kadının; gün boyunca sandalyede otururken esneme hareketleri yapması ve ayağa kalktığında uygun bir postür kullanması, sıkıntı geceleri artıyorsa, yatarken başının ve omuzlarının altına birkaç yastık koyarak desteklenmesi önerilebilir (Taşkın 2007).

#### **2.2.14. Sık idrara çıkma**

Gebelikte yaygın olarak görülen bir durumdur. Gebeliğin başlarında, büyüyen uterus, mesaneye basınç yapar. Bu durum mesane duyarlılığında artış ve kapasitesinde azalma ve sık idrara çıkmayla sonuçlanır. Bu belirti gebelik ilerledikçe uterusun karın içerisinde yükselmesine bağlı olarak azalır, ancak gebeliğin ileri evrelerinde fetal baş pelvise indiğinde yeniden belirir (Taşkın 2007, Gökşin ve Sakıncı 2008, Mete 2008, Hill and Pickinpaugh 2008, Mckinney et al 2009).

Gebelikte idrara çıkma sıklığının azaltılmasına yönelik herhangi bir önlem yoktur. Gebelikte sık idrara çıkmayı önlemek için sıvı alımı asla kısıtlanmamalıdır. Mesanenin sık sık boşaltılması (uyanıkken her iki saatte bir) idrar kaçırma ve üriner enfeksiyon riskini azaltacağından dolayı önerilir. İdrar kaçırma şikayeti varsa, gün boyunca emici pedler kullanılması tavsiye edilir.

Internal organların desteklenmesine, boşaltım kontrolüne ve iyi bir perineal tonüsün sürdürülmesine yardım edeceğinden dolayı Kegel Egzersizleri önerilir (Taşkın 2007, Hill and Pickinpaugh 2008, Mete 2008, Mckinney et al 2009).

#### **2.2.15. Renksiz ve kokusuz vajinal akıntı miktarında artma**

Gebe kadınlarda vajinal mukozanın hiperplazisi, östrojen seviyesinin yükselmesi, seviks ve vajinal epitelyuma kan desteğinin artması sonucuvajinal akıntıda artma görülmektedir (London et al 2003, Taşkın 2007). Hiperöstrojenemiye bağlı olarak endoservikal bezlerde yapılan mukus miktarının artması bu artışa katkıda bulunur. Eğer akıntı rahatsızlık verecek düzeyde ise gebe kadına sirke kullanılarak hafifçe asitleştirilmiş su ile vajinal duş yapması önerilebilir. Bazen rahatsızlık veren lökore; candida albicans, trichomonas vaginalis veya gardnerella vaginalis enfeksiyonlarına bağlı

olarak da ortaya çıkabilir (Babadağlı 2003, London et al 2003, Taşkın 2007, Gökşin ve Sakıncı 2008, Mete 2008).

Gebenin vajinal akıntı şikayetini hafifletmek için herhangi bir önlem yoktur. Ancak pamuklu çamaşır kullanmak, sık çamaşır değiştirmek, günlük duş almak, perine temizliğini önden arkaya doğru yapmak, vajinal duş yapmamak, enfeksiyon belirtisi olan kötü kokulu, renkli akıntı ve kaşıntı yönünden izlem yapma önerilebilir (London et al 2003, Taşkın 2007, Mete 2008).

Vajina pH'sı sekresyon nedeniyle hafif alkali tarafa kaydığından gebelikte mikotik enfeksiyon riski artar. Gebe kadın vajinal akıntıdaaki anormal değişimler (pis koku, renk değişikliği vb.), yanma gibi rahatsızlıklar konusunda bilgilendirilerek bir sağlık kuruluşuna başvurması konusunda bilgilendirilmelidir. Perineal bölgede herhangi bir irritasyon ve kaşıntı vajinal enfeksiyonların göstergesi olabilir. Bu durumda kültür alınarak enfeksiyonun tedavi edilmesi gerekir (Taşkın 2007).

#### **2.2.16. Üriner sistem enfeksiyonları**

Üriner sistemde genel olarak dilatasyon ve idrar akımında yavaşlama gebelikte hakim olan bir durumdur. Gebelik öncesi semptom vermeyen bakteriüriler (asemptomatik bakteriüri), bu değişimlere bağlı olarak fetüs ve anneye zarar verecek üriner enfeksiyonların oluşmasına sebep olabilirler. Gebe kadınların %5-10'unda görülen asemptomatik bakteri, tedavi edilmezse %20-30 olasılıkla akut pyelonefrite sebep olur (Çoban 2007, Taşkın 2007, Uludağ ve Çepni 2009).

#### **2.2.17. Bulantı-kusma**

Gebeliğin erken dönemlerinde (iki-sekizinci haftalarda) görülür. 8-12 haftadan sonra kendiliğinden sona ermektedir (Lowdermilk 1997, Brynhildsen, Hansson, Persson and Hammar 1998, Sherman and Flaxman 2002, Mete 2008).

Genellikle günün erken saatlerinde yaşandığı için sabah hastalığı (morning sickness) olarak da isimlendirilmektedir (Lowdermilk 1997, Varney 1997). Semptomların şiddeti ve ortaya çıkış zamanı bireyden bireye değişmekle birlikte, aynı bireyin diğer gebeliklerinde de farklılık gösterebilmektedir (Gadsby, Barrie-Adshead, Jagger 1993). Gebe kadınların yaklaşık %75-%80'inde görülmektedir (Davis 2004). Bulantı kusmanın etiyolojisi ile ilgili bir çok teori ileri sürülmesine rağmen nedeni tam

olarak bilinmemektedir. Bulantı ve kusmanın hormonal düzeydeki ani artışlar sonucu geliştiği düşünülmektedir. Gebeliğin istenilmemesi de önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikolojik nedenlere bağlı olarakta gelişebilmektedir (Lowdermilk 1997, Brynhildsen et al 1998, Taşkın 2007, Mete 2008, Köken ve ark. 2009).

Yaklaşımlar çoğu zaman nedene yönelik olmayıp, bulantı kusmayı hafifletmeye ya da ortadan kaldırmaya odaklıdır. Semptomları hafifletmek ya da ortadan kaldırmak için genellikle tıbbi yaklaşımlar kullanılır. Fakat bu tıbbi yaklaşımların etkili olduğunu gösteren araştırma sayısı oldukça sınırlıdır (Matthews, Dowswell, Haas, Doyle and O’Mathuna 2014).

Bulantı kusma ile baş etmede, yataktan çok yavaş kalkmak, sabah yataktan kalkmadan tuzlu kraker vb. şeyler yemek, az ve sık aralarla yemek, bulantı ve kusmayı arttırdığı düşünülen yiyecek ve kokulardan uzak durmak, iyi havalandırılmış ortamlarda bulunmak, stresten uzak durmak etkili olabilmektedir (Taşkın 2007, Mete 2008, Mckinney et al 2009).

Kadına günde bir defadan fazla kusma, ağız kuruluğu, idrar konsantrasyonunda azalma ve bunun gibi dehidratasyon belirtileri olduğunda, sağlık kuruluşuna başvurması önerilir. Bu gibi vakalarda antiemetikler kullanılabilir. Bununla birlikte antiemetik kullanımından, birinci trimester süresince embriyo gelişimi üzerine teratojenik etkisinden dolayı mümkünse kullanımından kaçınılmalıdır. Eğer bulantı ve kusma birinci trimesterden sonra da devam ederse (14. haftaya kadar) ‘‘Hiperemesis Gravidarum olarak adlandırılır. Bu durum bir gebelik sorunudur ve hastanede yatarak tedavi edilmesi gerekebilir (Taşkın 2007).

#### **2.2.18. Diş eti kanaması, diş ağrısı, diş eti ağrısı**

Diş etlerinde hipertrofi olması ve tükürük pH’ının düşmesine bağlı dişeti kanaması ve ağız kokusu olur.

Yemeklerden sonra ağız su ile çalkalanması, yumuşak fırça ile dişlerin fırçalanması, düzenli diş kontrolleri yapılması ve sert, zedeleyici besinlerden kaçınması önerilir (Mete 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

### **2.2.19. Gaz şikayeti**

Gastrointestinal motilitenin azalması, büyüyen uterusun kalın bağırsaklar üzerine baskısının artması, bağırsakların boşalmasının gecikmesi, hava yutma, gebelikte gaz şikayetinin oluşmasına neden olan faktörlerdendir (Nazik 2005).

Gaz şikayetini önlemede, sık sık az az yemek, gaz yapıcı ve asit artırıcı yiyeceklerden kaçınmak, yiyecekleri iyice çiğnemek, her gün düzenli egzersiz yapmak, düzenli bağırsak alışkanlığı geliştirmek önemlidir (Taşkın 2007).

### **2.2.20. İştahta artma-azalma**

Gebelik boyunca gebe kadının iştahında dalgalanmalar olur. Gebelikte artan hormon düzeyleri ile birlikte iştahta artma olur. Bu durum gebeliğin ilk üç ayında daha sık görülür. Bunun nedeni hormonal değişikliklerin en fazla bu aylarda olmasıdır. Eğer gebenin bulantı kusması fazla ise ilk aylarda iştahta azalma da görülebilir (Nazik 2005, Demiryay 2006).

### **2.2.21. Konstipasyon**

Gebelikte kadında konstipasyona yatkınlığı artıran faktörler; progesteron düzeyindeki artışın bağırsak hareketlerini yavaşlatması, büyüyen uterusun bağırsaklar üzerine baskı yapması, demir preparatlarının kullanılması, yetersiz sıvı alınması, yetersiz egzersiz alışkanlığı ve beslenme alışkanlığıdır (Taşkın 2007, Gökşin ve Sakıncı 2008, Mete 2008, Uludağ ve Çepni 2009).

Sıvı alımının artırılması, lifli besinlerin tüketilmesi, düzenli bağırsak alışkanlığının geliştirilmesi, günlük düzenli egzersiz yapılması yararlıdır. Bu önerilere ek olarak sabahları aç karnına bir bardak kuru erik suyu ya da ılık içecekler içmekte yardımcı olabilir. Kadında defekasyon hissi geldiğinde mümkün olduğunca geciktirmemesi öğretilmelidir. Çünkü defekasyonun geciktirilmesi baskılanmasına yol açar. Gebelik boyunca iyi bir bağırsak alışkanlığı geliştirmeye çalışan kadın, doğumdan sonra da bu alışkanlığını sürdürebilir. Çok gerektiğinde hafif bir laksatif kullanılabilir. Bu laksatifler, bağırsak peristaltizmini artıran değil, bağırsak içindekileri yumuşatan laksatifler olmalıdır. Gebelikte lavman yapılması sakıncalıdır. Çünkü bağırsak hareketleri uterus kontraksiyonlarını uyarabilir (Taşkın 2007, Çiçek, Akyürek, Çelik ve Haberal 2006, Gökşin ve Sakıncı 2008, Mete 2008).

### **2.2.22. Midede yanma, hazımsızlık, şişkinlik**

Gebeliğin son trimesterinde daha yoğun görülür. Büyüyen uterusun mideye baskısı ve yukarı doğru itmesi, artan progesteron hormonu etkisi ile mide motilitesinin yavaşlaması, kardiyak sfinkterin gevşemesi ve mide asidinin yemek borusuna gelerek yanma hissi yaratması bu rahatsızlığa neden olur (Scoat, Disaia, Hammond and Spellacy 1997, Lowdermik and Wilson 2006, Taşkın 2007, Mete 2008). Psikolojik faktörlerde hazırlayıcı nedenler olabilir. Ayrıca endişe, yorgunluk ve uygunsuz diyet alımı da bu semptomları uyarabilir (Taşkın 2007).

Aşırı yemek yememe, yağlı ve kızartılmış yiyeceklerden kaçınma, yemeklerden sonra bir süre dinlenme, her gün yeterli miktarda sıvı alma (en az 6-8 bardak), az az sık sık yeme, özellikle geceleri mide yanması ile uyanıldığı durumlarda bir bardak süt içme, yatmadan hemen önce herhangi bir şey yiyip içmekten kaçınma, mide fonksiyonları için daha geniş bir alan sağlayacağından uygun postür kullanmak, yemeklerden sonra sodyumbikarbonat ile ağız çalkalama önerilebilir (Nazik 2005, Taşkın 2007, Mckinney et al 2009).

### **2.2.23. Pika**

Besin değeri hiç olmayan veya çok az olan garip yiyecekler veya yiyecek dışı maddelerin yenmesine pika denir. En sık istenen maddeler kil, buz, turşu veya nişastadır. Diğerleri (kireç, çamaşır kolası, kömür ve saç) daha az görülür. Pikanın ciddi demir eksikliği ile ilişkili olabileceğine dair görüşler vardır, ancak demir eksikliğinin düzeltilmesiyle pikada bir düzelme görülmesine rağmen, pika görülen her gebe kadında demir eksikliğine rastlanmaz. Bu hastalara, bu tür maddelerin gebelik için gerekli besinlerin absorpsiyonuna mani olduğu iyice anlatılmalı, aşırı vakalarda psikiyatrik danışmanlık hizmetlerinden yararlanılmalıdır (Gökşin ve Sakıncı 2008, Kılıçarslan 2008).

Pika ile ilgili komplikasyon olarak toprağın fazla miktarda yenmesi ile ilişkili olarak aşırı kabızlık, beslenme bozukluğuna bağlı hızlı kilo kaybı, toprak kontaminasyonu ile ortaya çıkan parazitik enfeksiyonlar, duvar boyası nedeni ile zehirlenmeler görülebilir.

Pika alışkanlığı olan bir kadına, bu alışkanlığının yerine alternatif davranışlar (pika isteği olduğunda besleyici şeyler atıştırması, ya da yürüme) önerilebilir (Taşkın 2007).

#### **2.2.24. Tükrük salgısında artma**

Gebelikte nadiren görülen bir durumdur ve gebeliğin ilk 2-3 haftalarında ortaya çıkmaktadır. Genellikle keskin ve acı salya üretimi vardır. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber östrojen seviyesinde yükselme ve ağızda asiditenin artmasının neden olabileceği düşünülmektedir (Mungan 1994, Lowdermilk 1997, Varney 1997, Taşkın 2007). Etkin bir tedavisi yoktur.

Lokal olarak vazokonstrüksiyon yapıcı solüsyonlarla ağız içinin çalkalanması, sakız çiğneme, sert bir şekerlemelerin emilmesi problemi en aza indirmeye yardım edebilir (Taşkın 2007).

#### **2.2.25. Diğer şikayetler**

Gebeliğin son trimesterinde, sırt üstü yatan gebelerde uterusun vena kava inferior'a bası yaparak kalbe dönen kan miktarını azaltması sonucunda, gebelerde, hipotansiyon, taşikardi, baş dönmesi, bulantı ve fenalık hissi gelişir (Taşkın 2007, Uludağ ve Çepni 2009).

Ayak bileklerinde ödem, genellikle gebeliğin geç aylarında ortaya çıkmaktadır. Ciddi bir sorun olmamasına rağmen bu bulgulara ilaveten ellerde ve yüzde görülen yaygın ödemin preeklampsi-eklampsinin ilk belirtilerinden biri olduğu hemen akla gelmelidir. Ödem gebenin uzun süre oturması, ayakta kalması, kapiller permeabilitenin artması, venöz dönüşün engellenmesi sonucu oluşmaktadır. Ayakların yukarı kaldırılarak oturulması ödemin azalmasına yardımcı olabilir. Ödemin çözülmesi için diüretik kullanımı gebelikte kontrendikedir (Taşkın 2007, Gökşin ve Sakıncı 2008).

Gebelikte daha çok ikinci ve üçüncü trimesterde oluşan varikoz venler, alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesi, progesteronun gevşetici etkisi, ileri anne yaşı, herediter faktörler, aşırı kilo alımı, fazla ayakta durmayı gerektiren işlerde çalışma, çoğul gebelik, iri fetüs ve pelvik konjesyon gibi nedenler ile oluşmaktadır ( Lowdermilk and Wilson 2006, Ricci 2007).

Gebelikte göz içi basıncı azalır. Korneada kısmi ödem gelişebilir. Göz küresi çaplarında hafif değişimler meydana gelir. Bunlara bağlı olarak görmede bulanıklık ve kullanılan lens ya da gözlük görmek için yeterli gelmeyebilir (Uludağ ve Çepni 2009).

Gebelik sırasında bacak krampları, büyüyen uterusun bacak sinirlerine bası yapması ve kalsiyum yetersizliği nedeni ile oluşmaktadır (Nazik 2005, Kılıçarslan 2008).

### **2.3. Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunlarının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi**

Dünya sağlık örgütünün 1948 senesinde sağlık kavramını “yalnızca hastalık bulunmayışıyla değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamasının ardından, sağlıkla ilgili iyilik durumunun ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı gittikçe önem kazanmıştır (Avcı ve Pala 2004). Yaşam kalitesi yaşamı tüm yönleri ile birlikte değerlendirmeyi amaçlayan geniş kapsamlı bir kavramdır ve farklı yaşam deneyimlerine sahip grupları karşılaştırmaya imkan vermektedir. Bu nedenle, yaşam kalitesi hemen hemen her bilimsel disiplinin, her yaşam pratiğinin, toplumdaki her faaliyetin ilgi alanına girmektedir (Alsaker, Moen, Nortvedt and Baste 2006, Arpacı ve Ersoy 2007).

Yaşam kalitesi, soyut, karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır. Konu ile ilgilenen düşünürler, yaşam kalitesinin maddi çevrenin uygunluğu ve kişilerin bunu algılama şekli ile alakalı olduğunu belirtmektedirler. Yaşam kalitesi, en genel anlamda kişinin iyi olma durumu olarak anlaşılmaktadır. Meeberg'e göre yaşam kalitesi, çok yönlü tatmin olma, mutluluk ve keyfin kişisel algısı şeklinde tanımlanmaktadır. Düşünürler genellikle yaşam kalitesini hayattan doyum alma, mutluluk ve moral kavramlarıyla eşanlamlı olarak kullanırlar (Yazgan, Kora, Topçuoğlu ve Kuşçu 2006).

Yaşam kalitesi, kişinin görünen bedensel ve ruhsal zindelik halidir. Yaşamın zenginlik, fakirlik, sevinç, mutluluk, üzüntü, keder, hastalık gibi birçok yönü, yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Yaşam kalitesi sağlık kavramını içermekle beraber, sadece sağlığa bağlı değildir. Yaşam kalitesini etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerin başında iyi bir hayat sürmek, mutluluk ve bağımsız biçimde hayattan keyif alabilmek sayılabilir (Güler 2006).



Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SİYK), kişinin sağlığını etkileyen ya da sağlığından etkilenen hayat alanındaki tatmin ve mutluluğudur. SİYK, sağlık hizmet halinin kapsamına giren etkenlerle direkt ilişkisi olmasından dolayı, yaşam kalitesinden ayrılır. SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenleri içermektedir. Genel olarak, belli bir hastalığa sahip olanların bununla ilgili günlük yaşam fonksiyonlarının kaybı ve içeriğini kapsamaktadır (Kalinowsky 1984). SİYK, sağlığın kişinin işlevlerini yerine getirme kabiliyetini ve hayatında algıladığı bedensel, ruhsal ve sosyal alanı tanımlar (Avcı ve Pala 2004).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır. Gebelik süresince anne organ faaliyetleri ve vücuttaki tüm kaynaklar fetüs için kullanılmaktadır. Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına rağmen gebe kadının çevresindeki yakın bireylerde bu olaydan etkilenmektedir. Gebelik sırasında kadında oluşan fizyolojik değişimlerin yanı sıra gebe kadın, eşi ve diğer aile üyeleri de bir takım 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 girmektedir. Bu nedenle, gebelik süreci kadın ve ailesi için bir kriz dönemi olabilmektedir (Lobel, Devinent, Kaminer and Meyer 2000, Beydağ 2007)

Standart yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılan araştırmalarda normal gebelik boyunca fiziksel fonksiyonların azaldığı rapor edilmiştir (Heeston and Kasik-Miller 1998, Otchet, Carey and Adam 1999). Gebeliğin erken döneminde oluşan bulantı ve kusmanın kadının yaşam şekline önemli sınırlamalar getirdiği ve sonuçta aile, sosyal çevre ve iş yaşantısını etkilediği bildirilmiştir (Attard et al 2002). Bununla birlikte gebe kadının fiziksel semptomları, yorgunluk, duygusal değişimler ve yaşadığı sınırlılıkların gebelikle ilişkili olduğu ve bu durumların yaşam kalitesinin birçok alanında azalmaya neden olduğu ifade edilmiştir (Magee et al 2002).

Kadınların çoğu iyi bir destekle ve fazla bir tıbbi girişime gerek kalmadan gebelik sürecini sağlıklı bir şekilde geçirmektedirler. Gebelik öncesi ve gebelik döneminde etkin ve nitelikli sağlık bakımının gerçekleşebilmesi ile yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve fiziksel iyilik hali gibi boyutları olumlu yönde geliştirilebilir (Baykal 2008, Kılıçarslan 2008).

#### 2.4. Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunlarında Hemşirelik Bakımı

Gebelik kadın, eşi ve ailesinde birçok değişimin yaşandığı özel bir dönemdir. Bu dönemde yapılan bakım anne, bebek ve ailenin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli yere sahiptir. Bu bakımın sağlanmasında hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre (2008) Türkiye'de doğum öncesi bakım almayan anne oranı %7,8, sağlık personelinin doğum öncesi bakım alanların sayısı %92'dir. Anne ölümü ile sonuçlanan gebeliklerde bu oranların daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Görüldüğü gibi anne ölümlerini önlemede doğum öncesi bakım alma çok önemlidir. Doğum öncesi bakım sırasında gebelikteki risklerin erken dönemde tanınması ile annenin yaşam kalitesi yükseltilebilir ve anne ölümleri azaltılabilir. Bu amaçla da antenatal bakım ve eğitim bütün dünyada benimsenmiş, ana sağlığı, sağlık kurumlarıyla özel yasa ve yönetmeliklerle güvence altına alınmış, milli sağlık politikalarının ana prensipleri arasına girmiştir (<http://www.hacettepe.edu.tr>, Erişim tarihi: 25 Ocak 2014, Coşkun 2012).

Gebelik, biyolojik olarak normal bir süreç olmasına karşın kadın yaşamında çok sık deneyimlenen bir durum değildir, anneyi ruhsal ve bedensel yönden etkiler. Gebenin kendi ve fetüsün sağlığını yükseltmek için bu yeni duruma özel adaptasyonu gerekir. Bu dönemde oluşan fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltır. Gebeler bu değişikliklere bağlı gebelikleri süresince bazı olağan rahatsızlıklar yaşayabilmektedir. Bu olağan değişikliklerin nedenlerinin iyi tanımlanması ve bu gebeye bu sorunların çözümünde destek olunması, danışmanlık yapılması önemlidir. Bu alanda hizmet veren hemşire gebeyi bütünsel değerlendirmeli, sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanması olan bakımın temel amacına ulaşmak için gebeliğin prenatal bakım hizmetlerini vermelidir. Annelik, doğumla başlayıp kadın yaşamı boyunca devam eden bir süreçtir. Bu nedenle aile sağlığını önemli ölçüde etkileyen gebelik döneminde verilen bakım ve eğitim hizmetlerinin yalnızca antenatal bakımla sınırlı kalmaması, bütünsel yaklaşımlı hizmetlerle de desteklenerek sürdürülmesi gerekmektedir (Coşkun 2012).

Gebelikte kontroller, herhangi bir sorun yoksa; ilk gebelik tanısı konulduktan sonra 28. haftaya kadar (yedinci ay) ayda bir, 28-36. haftalar (sekiz, dokuzuncu ay) arasında iki haftada bir, 37. haftadan (10. ay) doğuma kadar haftada bir olmak üzere yapılmaktadır. Standart bakım modeline göre doğum öncesi muayene sayısı 11

olmalıdır. Bu sayı gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık eklenerek 12 olabilir. Gebelik izlemleri koşullara ve gebenin özelliklerine göre arttırılabilir ya da azaltılabilir

Gebelikte bakımın amacı annenin gebelikte yaşayacağı değişimleri izlemek, yaşanabilecek sorunları erkenden fark etmek ve annenin yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu annenin öz bakım gereksiniminin karşılanması, gebelikte oluşabilecek rahatsızlıklarla nasıl baş edeceğinin öğretilmesi ve tehlike belirtilerinin erkenden saptanması ile mümkün olabilir (Mete 2008).

Gebe hastaneye geldiğinde, hemşire tanılamanın ilk aşamasında gebe hakkında bilgi toplamaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Bunun için de hastayı kapsamlı bir biçimde ele almalı, bazı ölçütler doğrultusunda gözlemelidir. Sonrasında kapsamlı bir görüşme sağlayıp, kayıtlar ve ekte yer alan diğer sağlık üyelerinin görüş ve desteğini alarak hastanın bakım gereksinimlerini belirlemelidir (Yılmaz 2001).

Gebeye bakım veren hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarını yerine getirirken hizmetin verimliliğini arttırabilmek için gebenin algıladığı sorunları iyi tespit etmesi gerekir. Önceliklerin bilinmesi hizmet veren ve alan kişilere pek çok yarar sağlayacaktır (Taşkın 2007).

Hemşire ve ebelerin en önemli görevlerinden biri de gebenin kendi bakım sorumluluğunu almasını sağlamaktır. Gebelere prenatal kontroller sırasında sık yaşanan şikayetler ve önlenmesi için alınacak tedbirler hakkında hemşire ve ebeler eğitim vermeli ve gebenin bilgi eksikliği giderilmelidir. Hemşireler sağlık eğitim programına gebenin ailesinin de katılmasını sağlamalıdır. Çünkü gebenin yaşam şeklinde meydana gelen değişiklikler ailenin de yaşam şeklinde değişiklikler meydana getirecektir (Ege 1999). Hemşireler gebelik ve doğumun ailenin diğer bireylerle de ilgili olduğunu, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığının çevresinden ayrı düşünülemeyeceğini unutmamalıdır (Coşkun 2012).

Hemşirelerin gebenin fiziksel bakımının yanı sıra psikososyal bakımıyla da ilgilenmeleri ve yeterli desteği olmayan gebelere hemşireler tarafından sağlanan emosyonel desteğin çok önemli olduğu vurgulanmıştır. Bunun için gebenin endişelerini dinlemek, deneyimlerini paylaşmak ve onlarla konuşmak için zaman ayırmak, önemli hemşirelik girişimlerindedir (Okanlı 2003, Oskay 2004).

Gebelikte yaşanan sağlık sorunları hem gebenin hem de diğer aile fertlerinin yaşantılarını olumsuz etkilemektedir. Hemşire ve ebelerin antenatal kontroller sırasında gebe ve ailesini, gebelikteki olağan yakınmalar ve bunların tedavisi hakkında bilgilendirmeleri, öz bakımlarını güçlendirmeleri gebenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek durumları en aza indirgeyecektir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Aralık 2013- Mart 2014 tarihleri arasında yapılan çalışma, gebeliğin son trimesterinde yaşanan sağlık sorunları ve gebenin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı araştırma olarak planlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına başvuran gebe kadınlar oluşturmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Örneklemi

Örnekleme kapsamına Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniğine, Şubat 2014- Mayıs 2014 tarihleri arasında başvuran gebe kadınlar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden, 28-42 haftalık gebe 200 kadın alınmıştır.

##### *Araştırmaya alınma kriterleri:*

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Gebeliğinin son trimesterinde olmak
- Herhangi bir kronik hastalığı olmamak
- Riskli gebe olmamak

#### 3.4. Verilerin Toplanması

*Veri Toplama Araçları:* Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Sosyo – Demografik Bilgi Toplama Formu, olağan şikayetleri içeren tablo ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey), kullanılarak elde edilmiştir (Ek1, Ek 2 ve Ek 3). Veri toplama araçları çalışma grubundaki gebelere, araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

**Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu:** Araştırmaya katılan kadınların demografik bilgilerini, sosyal yaşam özelliklerini, sağlık alışkanlıklarını içeren, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bir formdur.

**SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey):** Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen ve Pinar tarafından diyabetli hastalarda geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanan ölçek (SF-36), klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir (Pinar 1995).

Geliştirildiğinden beri tüm çalışmalarda, ölçeğin İngilizce kısaltması olan SF-36 kullanıldığı için, ölçek evrensel olarak bu kısaltmayla tanınmaktadır (Aydemir 1999).

SF-36 kendini değerlendirme ölçeğidir. Telefonla ve posta yoluyla kullanılabilme kolaylığı vardır. Anlaşılır ve kısa sürede (5-10 dk) uygulanabilen bir formdur (Ware and Sherbourne 1992).

Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilip kullanıma sunulduktan sonra Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi Projesi (International Quality of Life Assessment) adı altında uluslararası kullanımının yaygınlaşması amaçlı bir çalışma başlatılmıştır. Bu proje kapsamında 15 civarında ülkede geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları hızla tamamlanmıştır. Ülkemizde ise bu atılım, Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi Projesi kapsamında Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Prof. Dr. Güler Fişek'in katılımıyla başlamıştır (Aydemir 1999).

SF-36 fiziksel fonksiyon, rollerin kısıtlanması, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, ağrı, sağlığın genel algılanması ve sağlıkla ilgili değişiklikler başlıkları altında sekiz kategoride 36 sorudan oluşur (Ware and Sherbourne 1992).

Son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilen ölçeğin sekiz boyutunu şöyle sıralayabiliriz (Ware and Sherbourne 1992).

***Fiziksel Sağlık Durumu:***

1. Fiziksel fonksiyon (10 madde: 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j ).
2. Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (4 madde: 4a, 4b, 4c, 4d ).
3. Ağrı (2 madde : 7, 8 ).
4. Sağlığın genel olarak algılanması (5 madde: 1, 11a, 11b, 11c, 11d).

***Mental Sağlık Durumu:***

5. Enerji, vitalite / yorgunluk (canlılık, zindelik ) (4 madde: 9a, 9e, 9g, 9i).
6. Sosyal fonksiyon (2 madde: 6, 10).
7. Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (3 madde: 5a, 5b, 5c).
8. Mental sağlık (5 madde: 9b, 9c, 9d, 9f, 9h ).

Ölçekteki her boyutun puanı yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlama yapılmıştır. Bazı soruların cevabı pozitif, bazılarının negatif puan olarak eklenir ve 0 ile 100 puan arasında değerlendirilir. 0 kötü sağlık durumunu gösterirken 100 iyi sağlık durumunu ifade eder. Ölçeğin alt boyutlarının nasıl hesaplandığı Tablo 2’de ve ne anlama geldikleri Tablo 3’de verilmiştir. Tüm bu maddelerin dışında son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır (Ware and Sherbourne 1992, Yılmaz 2010).

**Tablo 2:** SF-36 Ölçeğinin Puanlarının Hesaplanması

<b>SF-36 Alt Boyutları</b>	<b>En Düşük Ham Puan</b>	<b>Olası Ham Puan</b>
Fiziksel fonksiyon: 3a+3b+3c+ 3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10	20
Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı: 4a+4b+4c+4d	0	4
Ağrı:7+8	2	10
Sağlığın genel olarak algılanması: 1+11a+11b+11c+11d	5	20
Enerji, vitalite/yorgunluk (canlılık, zindelik ): 9a+9e+9g+ 9i	4	20
Sosyal fonksiyon:6+10	2	8
Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı: 5a+5b+5c	0	3
Mental sağlık: 9b+9c+9d+9f+9h	5	25
Ölçeğin puanının hesaplanması: $\frac{\text{Elde edilen ham puan} - \text{en düşük ham puan} \times 100}{\text{olası ham puan}}$		

**Tablo 3:** SF- 36'nın Alt Boyutlarının Puanlanmasının Anlamı

<b>SF-36 Alt Boyutları</b>	<b>Düşük puan</b>	<b>Yüksek puan</b>
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel aktivitelerdeki kısıtlılık	Tüm fiziksel aktiviteleri kısıtlılık hissetmeksizin yapabilme
<b>Fiziksel Rol Kısıtlılığı</b>	Fiziksel sağlığın bozulması sonucu iş yaşamında ve diğer günlük aktivitelerde sorunlar	İş yaşamında ve diğer günlük aktivitelerde fiziksel sağlık sorunları yaşanmaması
<b>Sosyal Fonksiyon</b>	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olarak toplumsal etkinliklerde aşırı miktarda kesinti olması	Fiziksel veya emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın toplumsal etkinliklerini yürütebilme
<b>Ağrı</b>	Şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı veya ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
<b>Mental sağlık</b>	Sürekli sinirlilik hali veya depresyon durumu	Sürekli sakin, rahat ve mutlu hissetme
<b>Emosyonel Rol Kısıtlılığı</b>	Emosyonel sorunlar sebebiyle iş yaşamında ve diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Emosyonel sorunlar sebebiyle iş yaşamında ve diğer günlük aktivitelerde sorun olmaması
<b>Enerji /Vitalite</b>	Sürekli yorgunluk ve bitkinlik	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
<b>Genel Sağlık Algılaması</b>	Sağlığının kötü olduğuna ve devamlı kötüye gideceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma

### 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi:

Veriler bilgisayar istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde  $\chi^2$  kare, Spearman korelasyon analizi, Tukey analizi, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis Test kullanıldı.

### 3.6. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Zorluklar

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniğinde, uygun bir yerin olmaması veri toplama araçlarının gebelere uygulanmasında güçlük yaratmıştır.



Soru sayısının fazla olması nedeniyle, gebeler zaman açısından sıkıntı yaşamışlardır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü:**

Araştırma için, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan uygulama izni ve İstanbul Medipol Üniversitesinden etik kurul onayı alınmıştır (Ek 4 ve Ek 5). Gebelere araştırmaya katılım isteğe bağlı olup, istedikleri zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir haklarını kaybetmeksizin araştırmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebileceği söylenmiştir. Araştırmayı kabul eden gebelere vermiş oldukları bilgilerin gizli tutulacağı, kimliklerini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı, araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi kimliklerin gizli kalacağı, bilgilendirilmiş gönüllü olur formunda belirtilmiştir (Ek 6).

### **3.8. Tezin Yürütülmesinde İş Birliği Yapılacak Yerler ve Kişiler**

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

## 4. BULGULAR

“Gebeliğin son trimesterinde yaşanan sağlık sorunları ve gebenin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek” amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler üç bölümde sunulmuştur.

- Birinci bölümde gebelerin sosyo-demografik özellikleri, alışkanlıkları, obstetrik öyküsü ve gebelikte görülen olağan şikayetler hakkındaki bilgi durumuna ilişkin bulgular
- İkinci bölümde gebelikte yaşanan olağan şikayetlere ilişkin bulgular,
- Üçüncü bölümde gebelikteki şikayetlerin yaşam kalitesine etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır.

#### 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Alışkanlıkları, Obstetrik Öyküsü ve Şimdiki Gebeliğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin sosyo-demografik özellikleri, alışkanlıkları, obstetrik öyküsü ve gebelikte görülen olağan şikayetler hakkındaki bilgi durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4:** Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=200)

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaşı</b>	<i>20-24</i>	40	20,0
	<i>25-29</i>	71	35,5
	<i>30-34</i>	89	44,5
<b>Eğitim düzeyi</b>	<i>İlköğretim</i>	84	42,0
	<i>Lise</i>	69	34,5
	<i>Üniversite ve üzeri</i>	47	23,5
<b>Çalışma durumu</b>	<i>Çalışıyor</i>	51	25,5
	<i>Çalışmıyor</i>	149	74,5
<b>Mesleği</b>	<i>Ev hanımı</i>	120	60,0
	<i>Emekli</i>	29	14,5
	<i>Memur / işçi</i>	31	15,5
	<i>Serbest meslek</i>	20	10,0
<b>Sağlık güvencesi</b>	<i>Var</i>	189	94,5
	<i>Yok</i>	11	5,5
<b>Aile yapısı</b>	<i>Çekirdek aile</i>	154	77,0
	<i>Geniş aile</i>	47	23,0
<b>Ekonomik durumu</b>	<i>Geliri giderinden az</i>	48	24,0
	<i>Geliri giderine eşit</i>	116	58,0
	<i>Geliri giderinden fazla</i>	36	18,0
<b>En uzun süre yaşadığı yer</b>	<i>Büyükşehir</i>	112	56,0
	<i>İl</i>	45	22,5
	<i>İlçe</i>	20	10,0
	<i>Köy</i>	23	11,5
<b>Eşinin eğitim düzeyi</b>	<i>İlköğretim</i>	86	43,0
	<i>Lise</i>	53	26,5
	<i>Üniversite ve üzeri</i>	61	30,5
<b>Eşinin mesleği</b>	<i>İşsiz</i>	4	2,0
	<i>Memur</i>	27	13,5
	<i>İşçi</i>	101	50,5
	<i>Serbest meslek</i>	68	34,0

Tablo 4’de gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır. Gebelerin yaş aralığı 20-34 yaş olup, %44,5’i 30-34 yaş grubundadır. Gebelerin tümü evlidir ve %42’si ilköğretim mezunudur. Gebelerin %60’ı ev hanımıdır

ve büyük kısmı gelir getiren herhangi bir işte çalışmamaktadır (%74,5). Gebelerin tamamına yakını bir sosyal güvenceye sahiptir ve %5,5'i ücretli muayene olurken, %94,5'inin sağlık güvencesi vardır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%77) çekirdek ailede yaşamaktadır, ekonomik durumu orta düzeyde olup, %58'inin geliri giderine eşittir ve yarısından fazlası büyükşehirde yaşamıştır. Gebelerin eşlerinin %43'ü ilköğretim mezunudur ve tamamına yakını çeşitli mesleklerde çalışmaktadır.

**Tablo 5:** Gebelerin Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Dağılımı (N=200)

		n	%
<b>Sigara kullanımı</b>	<i>Gebelik öncesi kullandığım kadar devam ediyorum</i>	1	,5
	<i>Gebelikte artırdım</i>	1	,5
	<i>Gebelikte azalttım</i>	13	6,5
	<i>Gebe kaldığımı öğrendiğimde bıraktım</i>	25	12,5
	<i>Kullanmıyorum</i>	160	80,0
<b>Alkol kullanımı</b>	<i>Gebe kaldığımı öğrendiğimde bıraktım</i>	11	5,5
	<i>Kullanmıyorum</i>	189	94,5

Tablo 5'de gebelerin sigara ve alkol kullanımına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Gebelerin %80'i sigara kullanmazken, %12,5'i gebe kaldığında bırakmış, %6,5'i azaltmış ancak devam etmektedir.

Alkol kullanma alışkanlığı devam eden gebe bulunmamaktadır. Öncesinde içenler de (%5,5) gebe kaldığında bırakmıştır.

**Tablo 6:** Gebelerin Obstetrik Öyküsüne İlişkin Bulguların Dağılımı (N=200)

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik sayısı</b>	<i>1</i>	73	36,5
	<i>2</i>	65	32,5
	<i>3</i>	38	19,0
	<i>4 ve üzeri</i>	24	12,0
<b>Düşük sayısı (n=47)</b>	<i>1</i>	35	74,5
	<i>2</i>	7	14,9
	<i>3</i>	4	8,5
	<i>4 ve üzeri</i>	1	2,1
<b>Küretaj sayısı (n=26)</b>	<i>1</i>	21	80,8
	<i>2</i>	4	15,4
	<i>3</i>	1	3,8
<b>Canlı doğum sayısı (n=109)</b>	<i>1</i>	73	67,0
	<i>2</i>	23	21,1
	<i>3</i>	10	9,2
	<i>4</i>	3	2,8
<b>Ölü doğum sayısı (n=8)</b>	<i>1</i>	7	87,5
	<i>5</i>	1	12,5
<b>Yaşayan çocuk sayısı (n=108)</b>	<i>1</i>	72	66,7
	<i>2</i>	24	22,2
	<i>3</i>	10	9,3
	<i>4</i>	2	1,9
<b>Bir önceki gebeliği ile aradaki süre (n=128)</b>	<i>24 ay ve daha az</i>	41	32,0
	<i>25 ay ve daha fazla</i>	87	68,0
<b>Önceki gebeliklerinde anomalili bebek (n=131)</b>	<i>Evet</i>	5	3,8
	<i>Hayır</i>	126	96,2

Tablo 6’da gebelerin obstetrik öyküsüne ilişkin özellikleri yer almaktadır. İlk gebelik oranı %36,5 olup, 47 gebe daha önce düşük yapmış ve 26 gebe küretaj olmuştur. Daha önce canlı doğum sayısı yapan gebelerin %67’si bir doğum yapmıştır ve yaşayan çocuk sayısı bir olan gebe oranı %66,7’dir. Ölü doğum yapan gebe sayısı 8’dir.

Bir önceki gebeliği ile aradaki süre %32'sinde 24 ay ve daha azdır. Gebelerin %3,8'i önceki gebeliklerinde anomalili bebeği olduğunu bildirmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayısı Ort.  $\pm$ SS= 2,07 $\pm$ 1,02 (min.=1 maks.=4 med.=2), düşük sayısı Ort.  $\pm$ SS= 1,40 $\pm$ ,83 (min.=1 maks.=5 med.=1) , küretaj sayısı Ort. $\pm$ SS= 1,23 $\pm$ ,51 (min.=1 maks.= 3 med.=1) , canlı doğum sayısı Ort. $\pm$ SS= 1,48 $\pm$ ,78 (min.=1 maks.= 4 med.=1), yaşayan çocuk sayısı Ort. $\pm$ SS= 1,46 $\pm$ ,74 (min.=1 maks.= 4 med.=1)' tür.

**Tablo 7:** Gebelerin Şimdiki Gebeliğine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=200)

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik haftası</b>	<i>28-32 haftalık</i>	59	29,5
	<i>33-36 haftalık</i>	64	32,0
	<i>37 haftalık ve üzeri</i>	77	38,5
<b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>	<i>Evet</i>	135	67,5
	<i>Hayır</i>	65	32,5
<b>Kontrole gitmeye başladığı gebelik ayı</b>	<i>Bir aydan az</i>	58	29,0
	<i>1-2. aylarda</i>	128	64,0
	<i>3-4. aylarda</i>	10	5,0
	<i>5-6. aylarda</i>	4	2,0
<b>Gebelik kontrolü için sağlık kuruluşuna gitme sayısı</b>	<i>1-2 kez</i>	4	2,0
	<i>3-4 kez</i>	7	3,5
	<i>5-6 kez</i>	16	8,0
	<i>7-8 kez</i>	45	22,5
	<i>9 kez ve üzeri</i>	115	57,5
	<i>Hatırlamıyor</i>	13	6,5

Tablo 7'de gebelerin şimdiki gebeliğine ilişkin özellikleri yer almaktadır. Ortalama gebelik haftası Ort. $\pm$ SS= 34,91 $\pm$ 3,47 (min.28 maks.40,6) olup, %38,5'i 37 haftalık ve üzeri gebelik haftasındadır. Gebelerin %67,5'i planlı olup, gebelik kontrolü

için sağlık kuruluşuna gitmeye başlama %93'ünde 1-2. aylarda ve daha erken dönemde olup, %80'inde gebelik kontrolü sayısı 7 kez ve üzeridir.

**Tablo 8:** Gebelikte Görülen Olağan Şikâyetler Hakkındaki Bilgi Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=200)

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gebelikte olağan şikâyetler hakkında bilgi sahibi olma durumu</b>	<i>Evet</i>	174	87,0
	<i>Hayır</i>	26	13,0
<b>Gebeliğinde yaşadığı yakınmalarla ilgili düşünceleri</b>	<i>Gebelikten kaynaklanan normal durum</i>	181	90,5
	<i>Gebelikte ortaya çıkan bir hastalık</i>	17	8,5
	<i>Hiç yakınmam olmadı</i>	2	1,0
<b>Gebelik kontrollerinde olağan şikâyetlerle baş etme ile ilgili bilgilendirilme durumu</b>	<i>Evet</i>	158	79,0
	<i>Hayır</i>	42	21,0
<b>Gebelik kontrollerinde bilgi aldığı sağlık profesyoneli (n=158)</b>	<i>Doktor</i>	132	83,6
	<i>Hemşire</i>	13	8,2
	<i>Ebe</i>	13	8,2

Tablo 8'de gebelerin gebelikte görülen olağan şikâyetler hakkındaki bilgi durumuna ilişkin özellikler yer almaktadır. Gebelerin %87'sinin gebelikte görülen olağan şikâyetler hakkında bilgi sahibi olduğu, %90,5'inin bu durumu gebelikten kaynaklanan normal bir olay olarak gördüğü, gebelik kontrollerinde olağan yakınmalarla baş etme konusunda %79'unun bilgilendirildiği ve bu konuda %83,6'sının doktordan, %16,4'ünün ebe ve hemşireden bilgi aldığı belirlenmiştir.

#### **4.2. Gebelikte Yaşanan Olağan Şikayetlere İlişkin Bulgular**

Bu bölümde gebelerin son trimesterde (28. hafta ve sonrası) yaşadığı olağan şikayetler, sorunun gebenin ifadesiyle şiddeti (hafif/ orta/ şiddetli), şikayetlerle başa çıkmak için yapılan uygulamalar (uygulama yapmadı/ yakın akraba-geçmiş deneyim/sağlık profesyoneliinden yardım) ve şikayete yönelik uygulanan yöntemler (non-farmakolojik/ farmakolojik) yer almaktadır. Gebelerin bildirdikleri şikayetler 7 sistem halinde gruplandırılmıştır. İlk grupta gastrointestinal sorunlar (16 şikayet), ardından sırasıyla, kardiyovasküler sorunlar (6 şikayet), ürogenital sorunlar (7 şikayet), solunum sorunları (2 şikayet), kas-iskelet sistemi sorunları (8 şikayet), cilt sorunları (3 şikayet), diğer sorunlar (9 şikayet) ele alınmıştır. Şikayetler tablolarda görülme sıklığına göre sıralanmıştır. Sadece 2 gebenin hiçbir şikayeti bulunmamaktadır.



**Tablo 9:** Gebelikte Gastrointestinal Sistem Şikâyetlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=200)

GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKÂyetLER	ŞİKÂyetİN VARLIĞI				ŞİKÂyetLERLE BAŞA ÇIKMAK İÇİN YAPILAN UYGULAMALAR				UYGULANAN YÖNTEM									
	Yok		Hafif		Orta		Şiddetli		Uygulama yapmadı		Yakın akraba/ Geçmiş deneyim		Sağlık profesyonelinin yardım		Non- farmakolojik		Farmakolojik	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Midede yanma ve batma (n=139)	61	30,5	42	21,0	52	26,0	45	22,5	41	29,5	38	27,3	60	42,2	49	50,0	49	50,0
Dispepsi (n=120)	80	40,0	47	23,5	33	16,5	40	20,0	49	40,8	33	27,5	38	31,7	41	57,7	30	42,3
İştahta artma (n=99)	101	50,5	28	14,0	57	28,5	14	7,0	57	57,6	41	41,4	1	1,0	41	97,6	1	2,4
Diş eti kanaması (n=96)	104	52,0	50	25,0	32	16,0	14	7,0	62	64,6	21	21,9	13	13,5	30	90,9	3	9,1
Reflü (n=92)	108	54,0	40	20,0	26	13,0	26	13,0	46	50,0	17	18,5	29	31,5	20	43,5	26	56,5
Gaz şikâyeti (mide ve bağırsaklarda) (n=85)	115	57,5	41	20,5	29	14,5	15	7,5	57	67,0	14	16,5	14	16,5	21	75,0	7	25,0
Diş ağrısı, diş eti ağrısı (n=79)	121	60,5	31	15,5	33	16,5	15	7,5	45	57,0	17	21,5	17	21,5	20	58,8	14	41,2
Ağız kuruluğu (n=77)	123	61,5	42	21,0	21	10,5	14	7,0	41	53,2	34	44,2	2	2,6	35	97,2	1	2,8
Aşırme (n=75)	125	62,5	39	19,5	25	12,5	11	5,5	39	52,0	35	46,7	1	1,3	36	100	-	-
Bulantı (n=72)	128	64,0	44	22,0	16	8,0	12	6,0	35	48,6	16	22,2	21	29,2	20	54,1	17	45,9
Konstipasyon (n=66)	134	67,0	37	18,5	23	11,5	6	3,0	25	37,9	27	40,9	14	21,2	37	90,2	4	9,8
İştahta azalma (n=45)	155	77,5	21	10,5	19	9,5	5	2,5	37	82,2	2	4,4	6	13,3	6	75,0	2	25,0
Kusma (n=41)	159	79,5	21	10,5	12	6,0	8	4,0	23	56,1	7	17,1	11	26,8	10	55,6	8	44,4
Aşırı tükürük salgılanması (Pityalizm) (n=25)	175	87,5	15	7,5	6	3,0	4	2,0	19	76,0	6	24,0	-	-	6	100	-	-
Besin dışındaki maddelere karşı yeme isteğinin artması (pika) (n=18)	182	91,0	7	3,5	7	3,5	4	2,0	10	55,6	7	38,9	1	5,6	8	100	-	-
Diyare (n=14)	186	93,0	11	5,5	3	1,5	-	-	14	100	-	-	-	-	-	-	-	-

Tablo 9’da gebelikte görülen gastrointestinal sistem şikayetleri, sorunun şiddeti, şikayetlerle başa çıkmak için yapılan uygulamalar ve yöntemlere ilişkin veriler yer almaktadır. On altı adet şikayet bu grupta yer almaktadır.

Midede yanma ve batma şikayeti gebelerin %48,5’inde orta ve şiddetli derecede iken %30,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %42,2’si bu şikayet nedeniyle sağlık profesyonelinden yardım almış ve şikayeti gidermek için non-farmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri eşit olarak uygulanmıştır.

Dispepsi şikayeti gebelerin %36,5’inde orta ve şiddetli derecede iken, %40’ında görülmemektedir. Gebelerin %40,8’i bu şikayeti gidermek için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %57,7’si şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

İştah artması %50,5’inde görülmezken, %28,5’inde orta derecededir. Gebelerin %57,6’sı bu sorun nedeniyle herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %97,6’sı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Diş eti kanaması gebelerin %25’inde hafif derecede iken %52’sinde görülmemektedir. Gebelerin %64,6’sı bu şikayeti gidermek için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %90,9’u şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Reflü şikayeti gebelerin %20’sinde hafif derecede iken %54’ünde görülmemektedir. Gebelerin %31,5’i bu nedenle sağlık profesyonelinden yardım almış ve yardım alanların %56,5’i şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Mide ve bağırsaklarda gaz şikayeti gebelerin %20,5’inde hafif derecede iken %57,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %67’si bu soruna yönelik herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %75’i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Diş ağrısı, diş eti ağrısı gebelerin %16,5’inde orta derecede iken, %60,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %57’si bu şikayeti nedeniyle herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %58,8’i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Ağız kuruluğu Şikayeti gebelerin %31,5'inde hafif ve orta Şiddetli derecede iken, %61,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %53,2'si herhangi bir uygulama yapmamışken, Şikayeti gidermek için %97,2'si non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

AŞerme gebelerin %19,5'inde hafif derecede iken, %62,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %52'si herhangi bir uygulama yapmamışken, Şikayeti gidermek için gebelerin tümü non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Bulantı Şikayeti gebelerin %22'sinde hafif derecede iken, %64'ünde görülmemektedir. Gebelerin %48,6'sı bu Şikayet için herhangi bir uygulama yapmamışken, %29,2'si sağlık profesyonellerine başvurmuş ve yardım alanların %45,9'u Şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Konstipasyon Şikayeti gebelerin %30'unda hafif ve orta derecede iken, %67'sinde görülmemektedir. Gebelerin %40,9'u yakın akraba/geçmiş deneyimine göre çözüm bulmuştur ve yardım alanların %90,2'si Şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

İŞtahta azalma Şikayeti gebelerin %20'sinde hafif ve orta derecede iken, %77,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %82,2'si bu sorun için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %75'i Şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Kusma Şikayeti gebelerin %16,5'inde hafif ve orta derecede iken, %79,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %56,1'i bu Şikayeti için herhangi bir uygulama yapmamışken %26,8'i sağlık profesyonellerine başvurmuş, yardım alanların %44,4' Şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

AŞırı tükürük salgılanması (pityalizm) gebelerin %10,5'inde hafif ve orta derecede iken %87,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %76'sı bu Şikayeti gidermek için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanlar Şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Besin dışındaki maddelere karşı yeme isteğinin artması (pika) daha az görülen bir Şikayettir ve gebelerin %7'sinde hafif ve orta derecede görülmektedir. Gebelerin %55,6'sı herhangi bir uygulama yapmamışken Şikayeti gidermek için çözüm arayan gebelerin tümü non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Diyare de az görülen Şikayetlerden olup, %7'sinde hafif ve orta derecede görülmektedir. Gebeler bu Şikayetini gidermeye yönelik herhangi bir uygulamada bulunmamıştır.

**Tablo 10:** Gebelikte Kardiyovasküler Sistem Şikâyetlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=200)

GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKÂyetLER	ŞİKÂyetİN VARLIĞI				ŞİKÂyetLERLE BAŞA ÇIKMAK İÇİN YAPILAN UYGULAMALAR			UYGULANAN YÖNTEM	
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Uygulama yapmadı	Yakın akraba/ Geçmiş deneyim	Sağlık profesyonelinden yardım	Non- farmakolojik	Farmakolojik
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Ayaklarda, alt ekstremitelerde hafif şişlik, ödem (n=100)	100 50,0	63 31,5	24 12,0	13 6,5	54 54,0	34 34,0	12 12,0	46 100	-
Çarpıntı (n=61)	139 69,5	35 17,5	18 9,0	8 4,0	47 77,0	7 11,5	7 11,5	14 100	-
Baş dönmesi (n=60)	140 70,0	46 23,0	13 6,5	1 ,5	56 93,4	2 3,3	2 3,3	4 100	-
Bacaklarda varis (n=51)	149 74,5	31 15,5	11 5,5	9 4,5	29 56,9	5 9,8	17 33,3	22 100	-
Hemoroid (n=36)	164 82,0	18 9,0	14 7,0	4 2,0	26 72,2	5 13,9	5 13,9	7 70,0	3 30,0
Genital bölgede varis (n=10)	190 95,0	5 2,5	3 1,5	2 1,0	7 70,0	1 10,0	2 20,0	3 100	-

Tablo 10’da gebelikteki kardiyovasküler sistem şikayetleri, sorunun şiddeti, şikayetlerle başa çıkmak için yapılan uygulamalar ve şikayete yönelik uygulanan yöntemlere ilişkin veriler yer almaktadır. Altı adet şikayet bu grupta yer almaktadır.

Ayaklarda, alt ekstremitelerde hafif şişlik, ödem şikayeti gebelerin %43,5’inde orta ve şiddetli derecede iken, %50’sinde görülmemektedir. Gebelerin %34’ü sosyal çevre ve geçmiş tecrübelerine göre çözüm bulmuş ve gebelerin şikayeti gidermek için %46’sı non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Çarpıntı şikayeti gebelerin %26,5’inde hafif ve orta şiddetli derecede iken, %69,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %77’si herhangi bir uygulama yapmamışken, gebelerin %23’ü şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Baş dönmesi gebelerin %29,5’inde hafif ve orta derecededir ve %70’inde görülmemektedir. Gebelerin %93,4’ü herhangi bir uygulama yapmamışken şikayeti olan gebe şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Bacaklarda varis %74,5’inde görülmezken, %21’inde hafif ve orta derecededir. Gebelerin %56,9’u herhangi bir uygulama yapmamışken, çözüm arayan gebelerin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Hemoroid şikayeti %82’sinde görülmezken, %16’sında hafif ve orta derecededir. Gebelerin %72,2’si herhangi bir uygulama yapmamışken, şikayeti gidermek isteyen 10 gebenin %70’i non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Genital bölgede varis az görülen bir şikayet olup, 10 gebede bulunmaktadır, gebelerin %70’i herhangi bir uygulama yapmamışken, şikayeti geçirmek isteyen 3 gebe non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

**Tablo 11:** Gebelikte Ürogenital Sistem Şikâyetlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=200)

GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKÂyetLER	ŞİKÂyetİN VARLIĞI				ŞİKÂyetLERLE BAŞA ÇIKMAK İÇİN YAPILAN UYGULAMALAR			UYGULANAN YÖNTEM	
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Uygulama yapmadı	Yakın akraba/ Geçmiş deneyim	Sağlık profesyonelinden yardım	Non-farmakolojik	Farmakolojik
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Sık idrara çıkma (n=175)	25 12,5	31 15,5	101 50,5	43 21,5	144 82,3	15 8,6	16 9,1	25 80,6	6 19,4
Renksiz ve kokusuz vajinal akıntı miktarında artma (n=122)	79 39,5	54 27,0	45 22,5	22 11,0	65 53,3	21 17,2	36 29,5	45 78,9	12 21,1
Genital bölgede baskı (n=112)	88 44,0	54 27,0	45 22,5	13 6,5	71 63,4	24 21,4	17 15,2	39 95,1	2 4,9
Vajinal enfeksiyon (n=78)	122 61,0	32 16,0	29 14,5	17 8,5	19 24,4	4 5,1	55 70,5	11 18,6	48 81,4
İdrar kaçırma (n=46)	154 77,0	28 14,0	11 5,5	7 3,5	29 63,0	12 26,1	5 10,9	15 88,2	2 11,8
Böbrek ağrısı (n=29)	171 85,5	14 7,0	7 3,5	8 4,0	14 48,3	4 13,8	11 37,9	9 60,0	6 40,0
Vajinal kanama (n=10)	190 95,0	8 4,0	2 1,0	-	2 20,0	-	8 80,0	6 75,0	2 25,0

Tablo 11’de gebelikte görülen ürogenital sistem şikayetlerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Sık idrara çıkma şikayeti gebelerin %72’sinde orta ve şiddetli derecede iken %12,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %82,3’ü herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %80,6’sı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Renksiz ve kokusuz vajinal akıntı miktarında artma şikayeti, gebelerin %49,5’inde hafif ve orta şiddetli derecede iken, %39,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %53,3’ü herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %78,9’u şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Genital bölgede baskı gebelerin %44’ünde görülmezken, %49,5’inde hafif ve orta derecededir. Gebelerin %63,4’ü herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %95,1’i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Vajinal enfeksiyon %61’inde görülmezken, %30,5’inde hafif ve orta derecededir. Gebelerin %70,5’i sağlık profesyoneline yardım almış, yardım alanların %81,4’ü şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

İdrar kaçırma %77’sinde görülmezken, %19,5’inde hafif ve orta derecededir. Gebelerin %63’ü herhangi bir uygulama yapmamışken, şikayeti gidermek için yardım alanların %88,2’si şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Böbrek ağrısı şikayeti gebelerin %10,5’inde hafif ve orta şiddetli derecede iken %85,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %48,3’ü herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 15 gebenin %40’ı şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Vajinal kanama daha az görülen bir şikayet olup, gebelerin %95’inde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin büyük çoğunluğu sağlık profesyoneline yardım almışken, yardım alan 8 gebenin 6’sı (%75) şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

**Tablo 12:** Gebelikte Solunum Sistemi Şikâyetlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=200)

<b>GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKÂyetLER</b>	<b>ŞİKÂyetİN VARLIĞI</b>				<b>ŞİKÂyetLERLE BAŞA ÇIKMAK İÇİN YAPILAN UYGULAMALAR</b>			<b>UYGULANAN YÖNTEM</b>	
	<b>Yok</b>	<b>Hafif</b>	<b>Orta</b>	<b>Şiddetli</b>	<b>Uygulama yapmadı</b>	<b>Yakın akraba/ Geçmiş deneyim</b>	<b>Sağlık profesyonelinden yardım</b>	<b>Non- farmakolojik</b>	<b>Farmakolojik</b>
	<b>n %</b>	<b>n %</b>	<b>n %</b>	<b>n %</b>	<b>n %</b>	<b>n %</b>	<b>n %</b>	<b>n %</b>	<b>n %</b>
Dispne (n=95)	105 52,5	50 25,0	38 19,0	7 3,5	71 74,7	17 17,9	7 7,4	24 100	-
Burun tıkanıklığı (n=79)	121 60,5	36 18,0	35 7,5	8 4,0	47 59,5	17 21,5	15 19,0	26 81,3	6 18,8



Tablo 12’de gebelikteki solunum sistemi şikayetlerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Dispne şikayeti gebelerin %44’ünde hafif ve orta derecede iken %52,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %74,7’si bu soruna yönelik herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 24 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Burun tıkanıklığı şikayeti gebelerin, %25,5’inde hafif ve orta şiddetli derecede iken, %60,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %59,5’i herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 32 gebenin %81,3’ü şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

**Tablo 13:** Gebelikte Kas-İskelet Sistemi Şikayetlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=200)

GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKÂyetLER	ŞİKÂyetİN VARLIĞI				ŞİKÂyetLERLE BAŞA ÇIKMAK İÇİN YAPILAN UYGULAMALAR			UYGULANAN YÖNTEM	
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Uygulama yapmadı	Yakın akraba/ Geçmiş deneyim	Sağlık profesyoneliinden yardım	Non- farmakolojik	Farmakolojik
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Bel ağrısı (n=153)	47 23,5	62 31,0	58 29,0	33 16,5	90 58,8	41 26,8	22 14,4	58 92,1	5 7,9
Kalça/bacak krampları (n=129)	71 35,5	57 28,5	44 22,0	28 14,0	77 59,7	23 17,8	29 22,5	39 76,5	12 23,5
Karın/kasık ağrısı (n=117)	83 41,5	60 30,0	36 18,0	21 10,5	77 65,8	23 19,7	17 14,5	38 97,4	1 2,6
Sırt ağrısı (n=104)	96 48,0	48 24,0	35 17,5	21 10,5	64 61,5	34 32,7	6 5,8	38 95,0	2 5,0
Kalça ağrısı (n=92)	108 54,0	39 19,5	30 15,0	23 11,5	61 66,3	23 25,0	8 8,7	30 96,8	1 3,2
Sakrum ağrısı (n=68)	132 66,0	33 16,5	22 11,0	13 6,5	45 66,2	19 27,9	4 5,9	23 100	-
Siyatik ağrı (bacağa vuran bel ağrısı) (n=59)	142 71,0	24 12,0	23 11,5	11 5,5	40 67,8	11 18,6	8 13,6	18 94,7	1 5,3
Karpal tünel sendromu (n=32)	168 84,0	14 7,0	11 5,5	7 3,5	22 68,8	6 18,8	4 12,5	9 90,0	1 10,0

Tablo 13’de gebelikte kas-iskelet sistemi şikayetleri, sorunun şiddeti, şikayetlerle başa çıkmak için yapılan uygulamalar ve şikayete yönelik uygulanan yöntemlere ilişkin veriler yer almaktadır.

Bel ağrısı en sık görülen şikayet olup, gebelerin %60’ında hafif ve orta derecede iken %23,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %58,8’i bu şikayete yönelik olarak herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 63 gebenin %92,1’i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Kalça/bacak krampları şikayeti gebelerin %50,5’ inde hafif ve orta derecede iken %35,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %59,7’si bu sorun nedeniyle herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 52 gebenin %76,5’i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır. Karın/kasık ağrısı gebelerin %48’inde hafif ve orta derecede iken %41,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %65,8’i bu şikayeti gidermek için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 40 gebenin %97,4’ü şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Sırt ağrısı şikayeti gebelerin %28’ inde orta ve şiddetli derecede iken %48’inde görülmemektedir. Gebelerin %61,5’i sırt ağrısını geçirmek için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 40 gebenin %95’i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Kalça ağrısı gebelerin %34,5’inde hafif ve orta derecede iken %54’ünde görülmemektedir. Gebelerin %66,3’ü bu soruna yönelik olarak herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 31 gebenin %96,8’i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Sakrum ağrısı gebelerin %27,5’inde, hafif ve orta derecede iken %66’sında görülmemektedir. Gebelerin %66,2’si herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 23 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Siyatik ağrı (bacağa vuran bel ağrısı) şikayeti gebelerin %23,5’inde hafif ve orta derecede iken %71’inde görülmemektedir. Gebelerin %67,8’i siyatik ağrısını gidermek için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 19 gebenin %94,7’si şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Karpal tünel sendromu az görülen bir şikayet olup, gebelerin %12,5’inde hafif ve orta derecede iken %84’ünde görülmemektedir. Gebelerin %68,8’i herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 10 gebenin %90’ı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

**Tablo 14:** Gebelikte Cilt İle İlgili Şikâyetlere İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=200)

GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKÂyetLER	ŞİKÂyetİN VARLIĞI				ŞİKÂyetLERLE BAŞA ÇIKMAK İÇİN YAPILAN UYGULAMALAR			UYGULANAN YÖNTEM	
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Uygulama yapmadı	Yakın akraba/ Geçmiş deneyim	Sağlık profesyoneliinden yardım	Non- farmakolojik	Farmakolojik
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Vücutta strialar (n=118)	82 41,0	60 30,0	43 21,5	15 7,5	56 47,5	52 44,1	10 8,5	62 100	-
Ciltte kaşıntı (n=86)	114 57,0	53 26,5	25 12,5	8 4,0	57 28,5	22 11,0	7 3,5	28 96,6	1 3,4
Deri renginde koyulaşma (n=57)	143 71,5	38 19,0	15 7,5	4 2,0	56 98,2	-	1 1,8	1 100	-

Tablo 14’de gebelikte görülen cilt ile ilgili şikayetler, sorunun şiddeti, şikayetlerle başa çıkmak için yapılan uygulamalar ve şikayete yönelik uygulanan yöntemlere ilişkin veriler yer almaktadır.

Vücutta strialar gebelerin %51,5’inde hafif ve orta derecede iken, %41’inde görülmemektedir. Gebelerin %47,5’i bu sorun için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 62 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Ciltte kaşıntı gebelerin %39’unda hafif ve orta derecede iken %57’sinde görülmemektedir. Gebelerin %28,5’i kaşıntıyı gidermek için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 29 gebenin %96,6’sı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Deri renginde koyulaşma, gebelerin %26,5’inde hafif ve orta derecededir ve %71,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %98,2’si herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan bir kişi şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

**Tablo 15:** Gebelikte Görülen Diğer Şikâyetlere İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=200)

GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKÂyetLER	ŞİKÂyetİN VARLIĞI				ŞİKÂyetLERLE BAŞA ÇIKMAK İÇİN YAPILAN UYGULAMALAR			UYGULANAN YÖNTEM	
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Uygulama yapmadı	Yakın akraba/ Geçmiş deneyim	Sağlık profesyonelinden yardım	Non- farmakolojik	Farmakolojik
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Halsizlik, yorgunluk (n=151)	49 24,5	58 29,0	72 36,0	21 10,5	83 55,0	57 37,7	11 7,3	60 88,2	8 11,8
Sıcak basması (n=126)	74 37,0	50 25,0	61 30,5	15 7,5	99 78,6	21 16,7	6 4,8	27 100	-
Uykusuzluk (n=100)	100 50,0	43 21,5	45 22,5	12 6,0	86 86,0	13 13,0	1 1,0	14 100	-
Depresyon, sinirlilik, ağlama isteği (n=96)	104 52,0	59 29,5	24 12,0	13 6,5	71 74,0	21 21,9	4 4,2	24 96,0	1 4,0
Memelerde kaşıntı (n=95)	105 52,5	58 29,0	26 13,0	11 5,5	60 63,2	31 32,6	4 4,2	35 100	-
Çok uyuma (n=91)	109 54,5	33 16,5	45 22,5	13 6,5	66 72,5	20 22,0	5 5,5	25 100	-
Memelerde ağrı ve hassasiyet (n=87)	113 56,5	53 26,5	31 15,5	3 1,5	72 82,8	12 13,8	3 3,4	15 100	-
Baş ağrısı (n=70)	130 65,0	43 21,5	21 10,5	6 3,0	43 61,4	11 15,7	16 22,9	9 33,3	18 66,7
Ekstremitelerde uyuşma (n=50)	150 75,0	34 17,0	12 6,0	4 2,0	40 80,0	6 12,0	4 8,0	8 80,0	2 20,0

Tablo 15’de gebelikte görülen diğer şikayetlere, ilişkin veriler yer almaktadır.

Halsizlik, yorgunluk en sık görülen şikayet olup, gebelerin %65’inde hafif ve orta derecededir ve %24,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %55’i bu soruna yönelik olarak herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 68 gebenin %88,2’si şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Sıcak basması, gebelerin %55,5’inde hafif ve orta derecede iken %37’sinde görülmemektedir. Gebelerin %78,6’sı bu durum için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 27 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Uykusuzluk gebelerin %44’ünde hafif ve orta derecededir ve %50’sinde görülmemektedir. Gebelerin %86’sı uykusuzlukla başa çıkmak için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 14 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Depresyon, sinirlilik, ağlama isteği gebelerin %41,5’inde hafif ve orta derecede iken %52’sinde görülmemektedir. Gebelerin %74’ü bu sorunla başa çıkabilmek için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 25 gebenin %96’sı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Memelerde kaşıntı, gebelerin %18,5’inde orta ve şiddetli derecededir ve %52,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %63,2’si herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 35 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Çok uyuma gebelerin %29’unda orta ve şiddetli derecede iken %54,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %72,5’i bu duruma yönelik herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 25 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Memelerde ağrı ve hassasiyet şikayeti, gebelerin %42’sinde hafif ve orta derecede iken %56,5’inde görülmemektedir. Gebelerin %82,8’i bu şikayete yönelik herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 15 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Baş ağrısı gebelerin %32'sinde hafif ve orta derecededir ve %65'inde görülmemektedir. Gebelerin %61,4'ü baş ağrısını gidermek için herhangi bir uygulama yapmamışken, %22,9'u sağlık profesyonellerine başvurmuştur. Yardım alan 27 gebenin %66,7'si şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Ekstremitelerde uyuşma şikayeti gebelerin %23'ünde hafif ve orta derecede şiddetli iken %75'inde görülmemektedir. Gebelerin %80'i bu şikayet için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 10 gebenin %80'i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

**Tablo 16:** Gebelikte Görülen Şikayetlere Yönelik Yapılan Non-Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

<b>GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ŞİKAYETLERİ</b>	<b>UYGULANAN NON-FARMAKOLOJİK YÖNTEM</b>
Midede yanma ve batma	Baharatlı yiyeceklerden uzak durma, süt içme, asitli içecekler içmeme, yediklerine dikkat etme, yağlı yiyecekler yememe, soğuk süt içme, bastırması için ekmek yeme, elma yeme, çaydan uzak durma, nane, limon, havuç yeme, az az, sık sık yeme
Dispepsi	Yemeklerden sonra yürüyüş yapma, soda içme, sıvı gıdaları arttırma, süt içme, meyve, kuru kaysı, armut yeme
İştahta artma	Yemek yeme, az az, sık sık yemek,
Diş eti kanaması	Tuzlu su ile gargara yapma, sık diş fırçalama
Reflü	Yatarken yemek yememe, yağlı yiyeceklerden kaçınma
Gaz şikayeti (mide ve bağısıklarda)	Soda içme, sıvı tüketme, kaysı yeme
Diş ağrısı, diş eti ağrısı	Dişetine aspirin koyma, tuzlu su ile gargara yapma, sık diş fırçalama
Ağız kuruluğu	Su içme, sık sık su ile çalkalama
Aşerme	Canının istediği şeyleri yeme, mandalina yeme
Bulantı	Tuzlu kraker yeme, yağlı yiyeceklerden uzak durma
Konstipasyon	Beslenmeye dikkat etme, incir ve komposto, kaysı kurusu yeme, bol sıvı alma,
İştahta azalma	Yemeğini arttırma, sevdiği şeyleri yeme
Kusma	Açık havaya çıkma, yemek kokularından uzak durma
Aşırı tükürük salgılanması (pityalizm)	Sık diş fırçalama, tükürme, su ile ağız çalkalama
Besin dışındaki maddelere karşı yeme isteğinin artması (pika)	Kahve telvesi yeme



**Tablo 16:** Gebelikte Görülen Şikayetlere Yönelik Yapılan Non-Farmakolojik Tedavi Yöntemleri (Devam)

<b>KARDİYOYASKÜLER SİSTEM ŞİKAYETLERİ</b>	<b>UYGULANAN NON-FARMAKOLOJİK YÖNTEM</b>
Ayaklarda, alt ekstremitelerde hafif şişlik, ödem	Tuzlu yiyeceklerden uzak durma, ayaklarını yüksekte tutma, hamurlu gıdalar almama, varis çorabı giyme, ayak altına yastık koyma
Çarpıntı	Temiz hava alma, ağır hareketlerden kaçınma
Baş dönmesi	Tuzlu yiyecekler yeme, dinlenme
Bacaklarda varis	Fazla ayakta kalmamaya dikkat etme, çatlak kremi sürme
Hemoroid	Sıcak suya oturma, sıvı gıdalarla beslenme
Genital bölgede varis	Dinlenme, sıkmayan çamaşır giyme
<b>ÜROGENİTAL SİSTEM ŞİKAYETLERİ</b>	<b>UYGULANAN NON-FARMAKOLOJİK YÖNTEM</b>
Sık idrara çıkma	Düzenli tuvalet alışkanlığı, bol sıvı alma
Renksiz kokusuz vajinal akıntı miktarında artma	Günlük ped, intim jel, sık çamaşır değiştirme
Genital bölgede baskı	Dinlenme, sırtüstü yatma, yürüyüş yapma
Vajinal enfeksiyon	Uygun iç çamaşır kullanımı, bol sıvı alımı
İdrar kaçırma	Sık çamaşır değiştirme, ped koyma
Böbrek ağrısı	Bol su içme
Vajinal kanama	Dinlenme, ped kullanma
<b>SOLUNUM SİSTEMİ ŞİKAYETLERİ</b>	<b>UYGULANAN NON-FARMAKOLOJİK YÖNTEM</b>
Dispne	Pencereye çıkma, açık havada bulunma
Burun tıkanıklığı	Günaşırı temizleme, burun bantları kullanma, okyanus suyu kullanma, burna su, serum fizyolojik çekme
<b>KAS İSKELET SİSTEMİ ŞİKAYETLERİ</b>	<b>UYGULANAN NON-FARMAKOLOJİK YÖNTEM</b>
Bel ağrısı	Dinlenme, otururken beline yastık koyma, masaj yaptırma
Kalça/ bacak krampları	Hareket ettirme, dinlenme, pozisyon değiştirme, üzerine oturma, masaj yaptırma, egzersiz yapma
Karın/kasık ağrısı	Dinlenme, hareketlere dikkat etme, ağır hareketlerden kaçınma, ayaklara sıcak su
Sırt ağrısı	Sırtüstü yatma, dinlenme, yastıkla oturma
Kalça ağrısı	Dinlenme, ayakta fazla kalmama
Sakrum ağrısı	Dinlenme
Siyatik ağrı (bacağa vuran bel ağrısı)	Dinlenme, uzanma, masaj yapma
Karpal tünel sendromu	Ellerni oynatma, ağır iş yapmama
<b>CİLT İLE İLGİLİ ŞİKAYETLER</b>	<b>UYGULANAN NON-FARMAKOLOJİK YÖNTEM</b>
Vücutta strialar	Badem yağı ve E vitaminli losyon, krem, zeytinyağı, nemlendirici, kakao yağı
Ciltte kaşıntı	Badem yağı, nemlendirici, ılık duş alma
Deri renginde koyulaşma	Krem sürme

**Tablo 16:** Gebelikte Görülen Şikayetlere Yönelik Yapılan Non-Farmakolojik Tedavi Yöntemleri (Devam)

<b>DİĞER ŞİKAYETLER</b>	<b>UYGULANAN NON-FARMAKOLOJİK YÖNTEM</b>
Halsizlik, yorgunluk	Dinlenme, bir şeyler yeme, mola vererek yürüme
Sıcak basması	Temiz hava alma, ince giyinme, cama önüne çıkma, ayakların altına buz torbası koyma
Uykusuzluk	Yoğurt yeme, sessiz ortam sağlama, başındaki yastığı yükseltme, bacak arasına yastık koyma
Depresyon, sinirlilik, ağlama isteği	Ağlama, bağırma,
Memelerde kaşıntı	Kaşımaya, kakao yağı, ılık duş alma
Çok uyuma	Uyuma
Memelerde ağrı ve hassasiyet	Nemlendirici sürme, uygun iç çamaşırını, ılık duş alma
Baş ağrısı	Uyuma
Ekstremitelerde uyuşma	Elleri hareket ettirme, uzanma, dinlenme

Tablo 16’da gebelikte görülen şikayetlere yönelik yapılan non-farmakolojik tedavi yöntemleri yer almaktadır.

Gebeler gastrointestinal sistem şikayetlerinden en sık görülen midede yanma ve batma için non-farmakolojik tedavi yöntemlerinden; baharatlı yiyeceklerden uzak durma, süt içme, asitli içecekler içmeme, yediklerine dikkat etme, yağlı yiyecekler yememe, soğuk süt içme, bastırması için ekmek yeme, elma yeme, çaydan uzak durma, nane, limon, havuç yeme, az az, sık sık yeme gibi yöntemleri uygulamışlardır.

Kardiyovasküler sistem şikayetlerinde gebelerde sıklıkla ayaklarda ve alt ekstremitelerde hafif şişlik, ödem şikayetine rastlanmıştır. Gebeler bu şikayetini gidermek için; tuzlu yiyeceklerden uzak durma, ayaklarını yüksekte tutma, hamurlu gıdalar almama, varis çorabı giyme, ayak altına yastık koymak gibi non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamışlardır.

Ürogenital sistem şikayetlerinden sık idrara çıkma için düzenli tuvalet alışkanlığı ve bol sıvı alma gibi tedavi yöntemlerini tercih ettikleri görülmektedir.

Dispne solunum sistemi şikayetleri içinde en fazla görülmüş ve gebeler bu şikayetlerini giderebilmek için pencereye çıkma ve açık havada bulunma gibi non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamışlardır.

Kas iskelet sistemi şikayetleri içinde bel ağrısı en sık görülmekte, gebeler şikayeti gidermek için, dinlenme, otururken beline yastık koyma, masaj yaptırma gibi tedavi yöntemlerini uygulamışlardır.

Cilt ile ilgili şikayetlerden olan strialar için gebeler, Badem yağı ve E vitaminli losyon, krem, zeytinyağı, nemlendirici, kakao yağı gibi non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamışlardır.

Halsizlik, yorgunluk şikayeti için gebeler, Dinlenme, bir şeyler yeme, mola vererek yürüme yöntemlerini uygulamışlardır.

#### 4.3. Gebelikte Yaşanan Olağan Şikayetlerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin gebelik döneminde yaşadıkları olağan şikayetlerin yaşam kalitesine etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır. Gebelerin yaşam kalitesini belirlemek üzere kullanılan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin 8 alt boyutu olan ölçekte puanların yüksek olması sağlıklı ilgili yaşam kalitesinin artması şeklinde değerlendirilmektedir.

Yaşam kalitesi ölçeği olarak kullanılan kısa form 36 soruluk ve 8 alt boyuttan oluşan bir ölçek olup, her boyutun puanı yükseldikçe sağlıklı ilgili yaşam kalitesi artacak şekilde yorumlanmaktadır (0 kötü sağlık durumunu gösterirken 100 iyi sağlık durumunu ifade eder).

**Tablo 17:** Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguları (N=200)

SF-36 Ölçeği Alt Boyutları	Ort ± SS	Min.	Maks.
<i>Fiziksel fonksiyon</i>	57,58 ± 21,84	0	100
<i>Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı</i>	34,88 ± 38,82	0	100
<i>Ağrı</i>	45,00 ± 19,72	0	80
<i>Sağlığın genel olarak algılanması</i>	64,78 ± 19,70	5	100
<i>Enerji, vitalite / yorgunluk (canlılık, zindelik)</i>	55,95 ± 18,87	0	90
<i>Sosyal fonksiyon</i>	69,75 ± 22,53	0	100
<i>Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı</i>	51,33 ± 37,04	0	100
<i>Mental sağlık</i>	53,84 ± 18,49	0	92
<b>Geçen yıla göre sağlık durumu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<i>Bir yıl öncesine göre çok daha iyi</i>	13	6,5	
<i>Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi</i>	28	14,0	
<i>Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı</i>	100	50,0	
<i>Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü</i>	51	25,5	
<i>Bir yıl öncesinden çok daha kötü</i>	8	4,0	

Tablo 17’de gebelerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, alt boyut puan ortalamaları görölmektedir.

SF-36 ölçeğinin ‘Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’, ‘‘ağrı’’, ‘‘emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’, ‘‘Mental sağlık’’ ve ‘‘Enerji, vitalite/yorgunluk’’ alt boyut ortalama puanları en dűşük puanlardır. ‘‘sosyal fonksiyon’’, ‘‘sağlığın genel olarak algılanması’’ ve ‘‘fiziksel fonksiyon’’ alt boyut puan ortalamaları diğer alt boyutlara göre daha yüksektir. Gebelerin yaşam kalitelerinin ‘‘fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’, ‘‘emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’, ‘‘ağrı’’, ‘‘mental sağlık’’, ve ‘‘enerji’’, vitalite /yorgunluk alt boyutlarında olumsuz etkilendiği görölmektedir.

SF- 36 ölçeğinin son 12 ayda sağlıkta değişim algısını içeren maddenin; bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz sorusuna da gebelerin; %50’si bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı, %25,5’inin bir yıl öncesine göre biraz daha kötü olarak ifade ettikleri görölmüştür.

**Tablo 18:** Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=200)

SF-36 Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel fonksiyon		Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı		Ağrı		Sağlığın genel olarak algılanması		Enerji, vitalite/ yorgunluk		Sosyal fonksiyon		Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı		Mental sağlık	
	Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS	
<b>Yaş grupları</b>																
20-24 <sup>a</sup>	59,00	21,01	31,88	39,22	42,75	19,48	60,00	18,36	49,63	18,20	70,00	23,65	38,33	35,85	50,00	19,83
25-29 <sup>b</sup>	60,00	22,88	40,14	38,61	44,65	20,34	68,59	19,09	59,37	18,94	69,54	21,73	59,62	36,91	55,94	17,00
30-34 <sup>c</sup>	55,00	21,28	32,02	38,80	46,29	19,45	63,88	20,39	56,07	18,58	69,80	22,91	50,56	36,23	53,89	18,93
$\chi^2$ p*	2,881	,237	2,354	,308	,882	,643	5,318	,070	<b>7,898</b>	<b>,019</b>	,092	,955	<b>8,543</b>	<b>,014</b>	2,284	,319
<b>Eğitim düzeyi</b>																
İlköğretim <sup>a</sup>	55,95	24,78	33,33	40,21	43,45	20,45	62,50	20,57	51,85	20,46	70,24	24,23	45,24	36,40	51,48	20,94
Lise <sup>b</sup>	58,70	20,09	32,97	37,50	45,65	18,59	64,86	18,03	56,88	16,94	69,20	20,85	47,34	36,34	54,78	16,64
Üniversite ve üzeri <sup>c</sup>	58,83	18,74	40,43	38,50	46,81	20,23	68,72	20,26	61,91	17,09	69,68	22,23	68,09	34,72	56,68	16,05
$\chi^2$ p*	,477	,788	2,001	,368	1,426	,490	2,888	,236	<b>9,601</b>	<b>,008</b>	,600	,741	<b>12,826</b>	<b>,002</b>	2,695	,260
<b>Çalışma durumu</b>																
Çalışıyor	60,10	19,94	44,61	40,41	45,29	20,91	65,98	22,05	61,18	16,78	66,42	24,56	60,78	34,45	53,96	18,18
Çalışmıyor	56,71	22,46	31,54	37,83	44,90	19,37	64,36	18,90	54,16	19,26	70,89	21,77	48,10	37,45	53,80	18,65
<b>Z</b> <b>p</b>	-,683	,495	<b>-2,060</b>	<b>,039</b>	-,081	,936	-,781	,435	<b>-2,381</b>	<b>,017</b>	-1,230	,219	<b>-2,095</b>	<b>,036</b>	-,236	,813
<b>Ekonomik durum</b>																
Gelir giderden az <sup>a</sup>	53,54	22,53	28,13	38,12	44,17	20,30	61,67	21,82	48,44	20,97	67,97	24,18	47,22	35,62	52,17	20,78
Gelir gidere eşit <sup>b</sup>	59,66	21,34	36,64	38,23	45,17	20,06	65,60	18,36	58,28	17,76	69,29	22,87	50,00	37,17	53,66	18,43
Gelir giderden fazla <sup>c</sup>	56,25	22,28	38,19	41,62	45,56	18,28	66,25	21,06	58,47	17,19	73,61	19,08	61,11	37,80	56,67	15,32
$\chi^2$ p*	2,284	,319	2,13	,346	,185	,912	1,234	,540	<b>8,010</b>	<b>,018</b>	,896	,639	3,300	,192	,803	,669
<b>Aile tipi</b>																
Çekirdek aile	57,66	21,06	32,63	37,19	44,61	19,61	65,78	19,28	55,97	18,70	68,75	22,06	51,95	36,15	53,97	18,04
Geniş aile	57,28	24,53	42,39	43,42	46,30	20,26	61,41	20,94	55,87	19,62	73,10	24,00	49,28	40,21	53,39	20,10
<b>Z</b> <b>p</b>	-,511	,609	-1,176	,240	-,248	,804	-1,289	,197	-,256	798	-1,470	,142	-,408	,683	-,291	,771

**Tablo 18.** Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=200) (Devam)

SF-36 Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel fonksiyon		Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı		Ağrı		Sağlığın genel olarak algılanması		Enerji, vitalite/ yorgunluk		Sosyal fonksiyon		Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı		Mental sağlık	
<b>Gebelik sayısı</b>																
	<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>		<b>Ort ± SS</b>	
1 <sup>a</sup>	58,08	18,23	35,96	38,19	47,26	17,89	68,22	17,33	60,41	18,44	73,63	21,61	51,14	38,12	58,47	18,03
2 <sup>b</sup>	60,69	22,53	39,62	40,96	44,46	22,50	67,54	19,79	54,62	19,69	70,00	24,09	58,97	37,16	52,31	18,58
3 ve üzeri <sup>c</sup>	53,71	24,61	28,63	37,01	42,90	18,68	57,82	20,74	52,10	17,66	64,92	21,33	43,55	34,46	50,00	18,05
<b>χ<sup>2</sup> p*</b>	3,588	,166	2,884	,237	2,439	,295	<b>9,839</b>	<b>,007</b>	<b>7,854</b>	<b>,020</b>	5,734	,057	5,641	,060	<b>9,732</b>	<b>,008</b>
							<b>c&lt;a,b</b>		<b>c&lt;a</b>						<b>c&lt;a</b>	
<b>Canlı doğum sayısı</b>																
1	59,52	21,78	43,84	40,78	46,16	20,93	64,66	20,37	53,90	18,58	71,40	23,98	57,53	38,59	51,84	18,97
2 ve üzeri	51,25	28,12	20,83	34,07	38,33	18,28	58,75	18,68	52,36	16,92	62,85	22,46	37,04	31,65	48,78	16,47
<b>Z p</b>	-1,557	,120	<b>-2,937</b>	<b>,003</b>	<b>-2,053</b>	<b>,040</b>	-1,614	,107	-,495	,621	<b>-1,958</b>	<b>,050</b>	-2,669	,008	-,843	,399
<b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>																
Evet	59,41	20,92	36,85	39,57	46,96	19,67	67,44	20,16	58,19	18,83	70,28	22,80	53,33	36,47	57,07	19,00
Hayır	53,77	23,35	30,77	37,18	40,92	19,34	59,23	17,62	51,31	18,21	68,65	22,11	47,18	38,14	47,14	15,45
<b>Z p</b>	-1,776	,076	-1,160	,246	<b>-2,169</b>	<b>,030</b>	<b>-3,102</b>	<b>,002</b>	<b>-2,568</b>	<b>,010</b>	-,595	,552	-1,093	,275	<b>-3,890</b>	<b>,000</b>
<b>Gebelik haftası</b>																
28-32 <sup>a</sup>	53,39	23,79	30,08	38,50	47,80	21,26	63,90	20,83	55,34	19,05	67,37	22,51	50,85	35,21	55,46	19,13
33-36 <sup>b</sup>	58,36	20,55	38,67	41,29	43,75	19,23	64,92	19,28	58,28	17,58	75,39	22,16	50,52	40,71	53,75	17,07
37 ve üzeri <sup>c</sup>	60,13	21,14	35,39	37,03	43,90	18,93	65,32	19,41	54,48	19,80	66,88	22,28	52,38	35,64	52,68	19,24
<b>χ<sup>2</sup> p*</b>	3,11	,212	1,421	,491	1,712	,425	,092	,955	1,100	,577	<b>6,590</b>	<b>,037</b>	3,106	,212	1,421	,491
											<b>a,c&lt;b</b>					
<b>Kontrollerde olağan şikayetlerle baş etme konusunda bilgilendirilme</b>																
Evet	58,23	21,14	36,08	38,64	45,06	19,28	65,25	19,17	56,55	18,29	69,86	22,45	52,53	36,73	53,85	18,15
Hayır	55,12	24,43	30,36	39,64	44,76	21,55	62,98	21,75	53,69	20,98	69,35	23,13	46,83	38,30	53,81	19,92
<b>Z p</b>	-,601	,548	-1,058	,290	-,149	,882	-,351	,726	-,679	,497	-,053	,958	-,880	,379	-,083	,934

χ<sup>2</sup>=Kruskal-Wallis Test, sd=2

Z= Mann-Whitney U Test

Tablo 18’de gebelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması yer almaktadır.

Gebelerin yaş grupları ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı”, “ağrı”, “sağlığın genel olarak algılanması”, “sosyal fonksiyon” ve “mental sağlık” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel farklılık belirlenmemiştir. Sadece yaş grupları ile “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $\chi^2=7,898$   $p=,019$ ) ve “emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” ( $\chi^2=8,543$   $p=,014$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi yaş gruplarından kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey analizi) farklılığın 20-24 yaş grubundaki kadınların “enerji, vitalite/ yorgunluk” ve “emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” puanlarının diğer gruplara belirgin bir şekilde daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Yaş grupları ile diğer 6 alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ( $p> ,05$ ).

Eğitim düzeyi ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $\chi^2=9,601$   $p=,008$ ) ve “emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” ( $\chi^2=12,826$   $p=,002$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlendi. Farkın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey analizi) farklılığın ilköğretim grubundaki kadınların “enerji, vitalite/ yorgunluk” puanlarının üniversite ve üzeri gruba göre daha düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. “Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” puanları için yapılan ileri analizde ise, ilköğretim ve lise grubundaki gebelerin üniversite ve üzeri gruba göre belirgin bir şekilde daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Eğitim düzeyleri ile diğer 6 alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ( $p> ,05$ ).

Gebelerin çalışma durumu ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Mann-Whitney U testi ile yapılan analizde, çalışan gebelerin çalışmayanlara göre “fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” ( $Z=-2,060$   $p=,039$ ) “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $Z=-2,381$   $p=,017$ ) ve “emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” ( $Z=-2,095$   $p=,036$ ) alt boyutlarında daha yüksek puan ortalamalarının olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyleri ile diğer 5 alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p> ,05$ ).

Gebelerin ekonomik durumu ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir düzeyi yükseldikçe genel olarak yaşam kalitesinin de yükseldiği görüldü. Mann-Whitney U testi ile yapılan analizde “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $Z=-8,010$   $p=,018$ ) alt boyutunda gelir düzeyi daha yüksek gebelerin düşük olanlara göre daha yüksek puanlarının olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyleri ile diğer 7 alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p> ,05$ ).

Gebelerin aile tipi ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p> ,05$ ).

Gebelik sayısı ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, “sağlığın genel olarak algılanması” ( $\chi^2=9,839$   $p=,007$ ), “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $\chi^2=7,854$   $p=,020$ ) ve “mental sağlık” ( $\chi^2=9,732$   $p=,008$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu belirlenmiştir. Farkın kaçınıcı gebelikten kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey analizi), farklılığın 3 ve üzeri sayıda gebeliği olan kadınların puanlarının belirtilen alt boyutlarda daha az sayıda gebeliği olanlara göre düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Gebelik sayısı ile diğer 5 alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p> ,05$ ).

Gebelerin canlı doğum sayısı ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 2 ve üzeri sayıda doğum yapanların yaşam kalitesi puanının daha düşük olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farkın Mann-Whitney U testi ile yapılan analizinde canlı doğum sayısı 1 olan gebelerin, 2 ve üzeri olanlara göre “fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” ( $Z=-2,937$   $p=,003$ ) “ağrı” ( $Z=-2,053$   $p=,040$ ) ve “sosyal fonksiyon” ( $Z=-1,958$   $p=,050$ ) alt boyutlarında puanların daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Canlı doğum sayısı ile diğer 5 alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p> ,05$ ).

Gebeliğin planlı olması ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gebeliğini planlamamış olanların yaşam kalitesi puanlarının daha az olduğu belirlenmiştir. Mann-Whitney U testi ile yapılan analizde, gebeliği planlı olanların puan ortalamalarının olmayanlara göre “ağrı” ( $Z=-2,169$   $p=,030$ ), “sağlığın genel olarak



algılanması” ( $Z=-3,102$   $p=,002$ ), “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $Z=-2,568$   $p=,010$ ) ve “mental sağlık” ( $Z=-3,890$   $p=,000$ ) alt boyutlarında puanların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebeliğin planlı olması ile diğer 4 alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p> ,05$ ).

Gebelerin gebelik haftası ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, “sosyal fonksiyon” ( $\chi^2=6,590$   $p=,037$ ) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu belirlenmiştir. Farkın kaçınıcı gebelik haftasından kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey analizi) farklılığın 28-32 ve 37 ve üzeri gebelik haftasında olanların 33-36 haftalık olanlara göre yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Gebelik haftası ile diğer 7 alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. ( $p> ,05$ ).

Kontrollerde olağan yakınmalarla baş etme ile ilgili bilgilendirilme ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bilgilendirilen gebelerin yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olmasına karşın, yapılan analizde farkın istatistiksel olarak anlamlı derecede olmadığı görülmüştür ( $p> ,05$ ).

**Tablo 19:** Gebelerin Olağan Şikayet Sayısı İle Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular (N=200)

SF-36 Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel fonksiyon		Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı		Ağrı		Sağlığın genel olarak algılanması		Enerji, vitalite/ yorgunluk		Sosyal fonksiyon		Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı		Mental sağlık	
	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p
<b>Gastrointestinal sistem şikayet sayısı</b>	-,204	,004	-,127	,074	-,282	,000	-,225	,001	-,317	,000	-,159	,024	-,172	,015	-,176	,013
<b>Kardiyovasküler sistem şikayet sayısı</b>	-,150	,034	-,143	,044	-,262	,000	-,130	,067	-,210	,003	-,181	,011	-,157	,026	-,203	,004
<b>Ürogenital sistem şikayet sayısı</b>	-,233	,001	-,017	,810	-,272	,000	-,282	,000	-,291	,000	-,214	,002	-,030	,671	-,212	,003
<b>Solunum sistemi şikayet sayısı</b>	-,159	,024	-,067	,346	-,160	,024	-,114	,107	-,093	,191	-,124	,081	-,103	,147	-,028	,694
<b>Kas iskelet sistemi şikayet sayısı</b>	-,172	,015	-,058	,412	-,341	,000	-,244	,000	-,199	,005	-,180	,011	-,035	,619	-,144	,042
<b>Cilt şikayet sayısı</b>	-,123	,084	-,284	,000	-,250	,000	-,181	,010	-,237	,001	-,285	,000	-,215	,002	-,155	,028
<b>Diğer sistemik şikayet sayısı</b>	-,141	,046	-,241	,001	-,347	,000	-,215	,002	-,359	,000	-,286	,000	-,209	,003	-,281	,000

\*Spearman korelasyon analizi

Tablo 19’da gebelerin sistemik şikayet sayısı ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki yer almaktadır.

Gastrointestinal sistem şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “ağrı” ve “enerji, vitalite/yorgunluk” alt boyut puanları arasında ters yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki belirlenmiştir. Diğer alt boyutlarla ilişki ise çok zayıf düzeydedir.

Kardiyovasküler sistem şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “ağrı” alt boyutu ile zayıf düzeyde olmak üzere diğer tüm alt boyutları arasında ters yönde, ancak çok zayıf düzeyde bir ilişki belirlenmiştir.

Ürogenital sistem şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “ağrı”, “sağlığın genel olarak algılanması” ve “enerji, vitalite/yorgunluk” alt boyutları arasında ters yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki saptanmıştır. Diğer alt boyutlarla ilişki ise çok zayıf düzeydedir.

Solunum sistemi şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında ters yönde, ancak çok zayıf düzeyde bir ilişki belirlendi.

Kas iskelet sistemi şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “ağrı” alt boyutu arasında ters yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki saptanmıştır. Diğer alt boyutlarla ilişki ise çok zayıf düzeydedir.

Cilde ilişkin şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” ve “sosyal fonksiyon” alt boyutları arasında ters yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki belirlenmiştir. Diğer alt boyutlarla ilişki ise çok zayıf düzeydedir.

Diğer sistemik şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “ağrı”, “enerji, vitalite/yorgunluk”, “sosyal fonksiyon” ve “mental sağlık” alt boyutları arasında ters yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki belirlenmiştir. Diğer alt boyutlarla ilişki ise çok zayıf düzeydedir. Gebelerin şikayet sayısı arttıkça yaşam kalitesi puanı düşmektedir.

**Tablo 20:** Gebelerin Ortalama Şikayet Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=200)

SF-36 Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel fonksiyon		Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı		Ağrı		Sağlığın genel olarak algılanması		Enerji, vitalite/ yorgunluk		Sosyal fonksiyon		Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı		Mental sağlık	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
<b>Toplam şikayet sayısı</b>																
<i>Ortalamanın altında</i> (n=89)	62,42	18,92	41,57	40,41	52,25	16,91	69,66	16,92	60,56	17,28	73,88	21,79	57,30	36,92	58,52	17,12
<i>Ortalamanın üzerinde</i> (n=111)	53,69	23,29	29,50	36,80	39,19	19,96	60,86	20,94	52,25	19,34	66,44	22,68	46,55	36,59	50,09	18,75
<b>Z</b>	<b>-2,313</b>	<b>,021</b>	<b>-2,263</b>	<b>,024</b>	<b>-4,619</b>	<b>,000</b>	<b>-2,890</b>	<b>,004</b>	<b>-3,222</b>	<b>,001</b>	<b>-2,443</b>	<b>,015</b>	<b>-2,048</b>	<b>,041</b>	<b>-2,831</b>	<b>,005</b>

Z= Mann-Whitney U Test

Tablo 20’de gebelerin ortalama Şikayet sayısına göre yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Şikayet sayısı tüm grupta ortalama  $\pm$  SS =20,956  $\pm$  ,397, min=0, maks=41, median=21’dir. Ortalama Şikayet sayısının altında ve üzerinde yer alacak Şekilde iki grubun yaşam kalitesi leğinin alt boyut puanları ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Şikayet sayısı ortalamanın üstünde olanların tüm alt boyutlarda yaşam kalitesinin de düştüğü saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın Mann-Whitney U testi ile yapılan analizinde Şikayet sayısı ortalamanın altında olanlara göre üzerinde olanlarda “ağrı”, “sağlığın genel olarak algılanması”, “enerji, vitalite/ yorgunluk” ve “mental sağlık” alt boyutlarında puanların istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ve diğer 4 alt boyutta anlamlı derecede olmak üzere daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışma sonucunda elde edilen bulgular üç bölümde tartışılmıştır:

- Gebelerin sosyo-demografik özellikleri, alışkanlıkları, obstetrik öyküsü ve şimdiki gebeliğine ilişkin bulguların tartışılması
- Gebelikte yaşanan olağan şikayetlere ilişkin bulguların tartışılması
- Gebelikteki yaşanan olağan şikayetlerin yaşam kalitesine etkisine ilişkin bulguların tartışılması

### 5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Alışkanlıkları, Obstetrik Öyküsü ve Şimdiki Gebeliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda gebelerin %20'sinin 20-24 yaş, %35,5'inin 25-29 yaş, %44,5'inin de 30-34 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Nazik'in, Erzurum'da yaşayan 909 gebede, gebelikte görülen olağan rahatsızlıklar ve gebelerin uyguladıkları basetme yöntemlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, gebelerin yaş ortalaması  $27,83 \pm 5,5$  olarak bulunmuş, %36,6'sının 25-30 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Nazik 2005). Kılıçarslan'ın 340 gebede yapmış olduğu, Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri adlı çalışmada yaşları ortalama  $26,87 \pm 4,82$ , ortanca 26 yıl (en düşük 17, en yüksek 43 yıl) olarak bulunmuştur (Kılıçarslan 2008). Isparta ilinde, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 452 gebe üzerinde, gebelerde anksiyete ve depresyon ile ilişkili sosyodemografik özelliklerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada da gebelerin, %35,6'sının 15-25 yaş arasında, %53,8'inin 26-35 yaş arasında, %10,6'sının 36 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Arslan 2010). Özçelik'in Aydın ilinde, 607 gebede, gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi adlı çalışmasında, araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması  $27,42 \pm 5,04$  olarak bulunmuştur. Kadınların yaş grupları incelendiğinde %61,1'inin 20-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Özçelik 2010). Ayan'ın yapmış olduğu gebelerin olağan şikayetleriyle başa çıkma yolları ve etkileyen faktörlerin incelendiği, İstanbul

ilinde Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 300 gebe üzerinde yapılan araştırma sonucunda gebelerin %24,3'ünün 15-24 yaş, %36,3'ünün 25-29 yaş, %23,7'sinin 30-34 yaş %13,3'ünün 35-39 yaş, %2,4'ünün 40 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Ayan 2013). TNSA (2008) verilerine göre Türkiye'de kadınlar en yüksek doğurganlıklarını yirmili yaşlarda yaşamaktadır, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 25-29 yaş grubundadır. Riskli gebelerin örneklem kapsamına alınmaması ve anne olma yaşının genç yetişkinlik döneminde olması nedeniyle, gebelerin yaş grupları açısından çalışmamız ve yapılan diğer çalışmaların benzer özellikte olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda gebelerin %42'si ilköğretim, %34,5'i lise, %23,5'i üniversite ve üzeri düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır. Nazik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %61,7'sinin ilkokul ve altı, %13,5'inin üniversite mezunu olduğu bulunmuştur (Nazik 2005). Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada 310 gebenin %59,7'sinin ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir (Sözeri, Cevahir, Şahin ve Semiz 2006). Kılıçarslan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %42,1'inin ilköğretim, %38,8'inin lise, %19,1'inin üniversite ve üzeri eğitim aldığı bulunmuştur (Kılıçarslan 2008). Özçelik' in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %31,7'sinin ilkokul, %15,2'sinin ortaokul, %30,0'ının ise lise ve %23,1'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Özçelik 2010). Yekenkunrul'un, gebelikte bulantı kusma, evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla 400 gebe üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin, %41'inin ilkokul mezunu olduğu görülürken, üniversite mezunu sayısının grup içindeki en az dağılımla %6,3 kişi olduğu bulunmuştur (Yekenkunrul 2010). Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada %66,7'sinin ilköğretim, %25'inin lise mezunu, %8,3'ünün yüksekokul/üniversite düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır (Ayan 2013). Timur ve Kızılırmak'ın Aksaray'da 195 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin %55,4' ünün okur-yazar değil, okur-yazar ya da ilkokul mezunu olduğu, %44,6'sının lise/üniversite mezunu olduğu görülmüştür (Timur ve Kızılırmak 2011). TNSA (2008) sonuçlarına göre kadınların; 20-24 yaş arası %45,0'i ilköğretim I. kademe, %19,3'ü II. kademe, 25-29 yaş arası %50,9'u ilköğretim I. kademe, %8,6'sı II. kademe, 30-34 yaş arası %52,5'i ilköğretim I. kademe, %6,4'ü II. kademe öğretim düzeyine sahiptir.

Araştırmamızda gebelerin %25,5'i çalışıyor iken, %74,5'i çalışmamaktadır. Gebelerin %14,5'i emekli, %15,5'i memur/ işçi, %10'u serbest meslekle uğraşmaktadır. Nazik'in yapmış olduğu çalışmada, gebelerin %86,5'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Altıparmak'ın yapmış olduğu, gebelerde sosyo-demografik özellikler, özbakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelendiği çalışmada 269 gebenin %87'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Er'in İzmir'de, 330 gebe üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin %80,9'unun, Kılıçarslan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %71,2'sinin, Sunal ve Demiryay'ın yaptığı çalışma sonucunda %67,8'inin, Timur ve Kızılırmak'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %92,3'ünün, Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada da gebelerin %87'sinin ev hanımı olduğu bulunmuştur (Nazik 2005, Altıparmak 2006, Er 2006, Kılıçarslan 2008, Sunal ve Demiryay 2009, Timur ve Kızılırmak 2011, Ayan 2013).

TNSA (2008) sonuçlarına göre kadınların; 20-24 yaş arası %5,0'ı, 25-29 yaş arası %4,6'sı, 30-34 yaş arası %3,2'si halen çalışmamaktadır.

Çalışma bulgumuz, literatür sonuçları ile benzerlik gösterip, gebe kadınların büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu görülmüştür.

Bizim çalışma bulgumuzun TNSA (2008) sonuçları ile benzerlik göstermemesi, son trimester gebelerin doğum öncesi izninde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Gebe kadınların işgücüne katılım oranları düşüktür

Çalışmamıza katılan gebelerin %94,5'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Nazik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin tamamına yakınının sosyal güvencesinin olduğu saptanmış, Altıparmak'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %89,3'ünün, Elveren'in, çalışmasında lohusaların %99,3'ünün, Kılıçarslan'ın yaptığı çalışmada gebelerin %84'ünün, Yanıkkerem'in yapmış olduğu çalışmada %93,9'unun, Ayan'ın çalışmasında gebelerin %98,3'ünün, sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir (Nazik 2005, Altıparmak 2006, Elveren 2008, Kılıçarslan 2008, Yanıkkerem 2009, Ayan 2013). Yapılan çalışmalarda gebelerin tamamına yakın bir bölümünün sosyal güvencelerinin olduğu görülmektedir. Gebelerin sosyal güvencelerinin olması, gebelerin eşlerinin çalışmasından dolayı olduğu düşünülmüştür. Gebelerinin sosyal güvencelerinin olması, sağlık kurumlarından yararlanma ve dolayısıyla gebelik ve lohusalıkta karşılaşılabilecek sorunların azalması açısından önemlidir.



Çalışmamızda gebelerin aile yapısına bakıldığında %77'sinin çekirdek ailede yer aldığı saptanmıştır. Kısacık ve Gölbaşı'nın 572 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, gebelerin %56,3'ünün, Yanikkerem' in çalışmasında %64,6'sının, Pınar, Çakmak, Saygun, Pınar ve Ulu'nun 714 lohusada yaptığı çalışmada % 71,6'sının, Yekenkunrul'un çalışmasında gebelerin %79,6'sının, Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %78,7' sinin çekirdek aileye sahip oldukları bildirilmiştir (Kısacık ve Gölbaşı 2009, Yanikkerem 2009, Pınar, Çakmak, Saygun, Pınar ve Ulu 2009, Yekenkunrul 2010, Ayan 2013). Araştırma sonuçları, toplumumuzda çekirdek aile yapısının çoğunlukta olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin %24'ü ekonomik durumlarını geliri giderinden az, %58'i geliri giderine eşit, %18'i ise geliri giderinden fazla şeklinde bildirmiştir. Altıparmak'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin, %67,9'u gelirin gideri karşıladığını, %32,1'i gelirin giderden az olduğunu ifade etmiştir (Altıparmak 2006). Yanikkerem' in yapmış olduğu çalışmada ise, gebelerin %15,9'unun gelir durumlarını iyi, %59,7'sinin orta, %24,4'ünün kötü olarak algıladıkları görülmüştür (Yanikkerem 2009). Timur ve Kızılırmak'ın yapmış oldukları çalışmada gebelerin %57,9'unun gelir düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir (Timur ve Kızılırmak 2011). Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada, gebelerin ailelerinin gelir durumuna göre dağılımlarına bakıldığında % 37'sinin gelirin giderinden az, %61'inin gelirin giderine denk, %2'sinin ise gelirin giderinden fazla olduğu saptanmıştır (Ayan 2013). Yapılan çalışmalarda kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması, aile ekonomisine katkıda bulunmamaları nedeniyle, gelir durumlarının orta ya da düşük olduğu söylenilebilir.

Çalışmamızda gebeler, en uzun süre yaşanılan yer olarak %56'sı büyükşehir, %22,5'i il, %10'u ilçe, %11,5'i de köy olarak bildirmiştir. Er'in çalışmasında gebelerin %37,3'ünün en uzun süre büyükşehirde, %33,6'sının ilde, %10,9'unun ilçede, %18,2'sinin köyde yaşadıklarını saptamıştır (Er 2006). Yekenkunrul'un yapmış olduğu çalışmada gebelerin yarıdan fazlasının en uzun süre büyük şehirde yaşadığı belirtilmiştir (Yekenkunrul 2010). Ayan'ın çalışmasında, gebelerin en uzun yaşadığı yer olarak %69,3'ünün ilde, %12,7' sinin ilçede, %18'inin köyde yaşadıkları saptanmıştır (Ayan 2013). Gebelerin şehirde yaşamaları, gebelikte izlem, bakım ve eğitim alma imkânına sahip olmak açısından önemlidir.

Çalışmamızda gebelerin eşlerinin eğitim düzeyleri; %43 ile ilköğretim, %26,5 lise, %30,5'inin üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır. Kılıçarslan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin eşlerini eğitim durumlarına bakıldığında %41'inin lise, %19,7'sinin ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir (Kılıçarslan 2008). Özçelik'in yaptığı çalışmada gebelerin eşlerinin %35,8 ile çoğunluğunun ilkokul mezunu oldukları bulunmuştur (Özçelik 2010). Timur ve Kızılırmak'ın çalışmasında gebelerin eşlerinin eğitim durumunun %50,8'inin lise ya da üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Timur ve Kızılırmak 2011). Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin eşlerinin eğitim durumuna göre dağılımlarına bakıldığında, %58,7'sinin ilköğretim mezunu, % 29,6'sının lise mezunu, % 11,7'sinin yüksekokul/üniversite düzeyinde eğitim aldığı bildirilmiştir (Ayan 2013). Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi de gebelerin sağlık sorunlarına yaklaşımlarını ve yaşam kalitelerini etkileyen önemli faktörlerdendir.

Çalışmamızda gebelerin %80'ini sigara içmediğini, %12,5'i ise gebe kaldığını öğrendiğinde bıraktığını bildirmiştir. Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin % 81'inin sigara kullanmadığı, % 8,7'sinin gebe kaldığında sigara kullanmayı bıraktığı, %8,7'sinin gebelikte sigara içmeyi azalttığı, %1,3'ünün gebelik öncesi kullandığı şekilde devam ettiği, %0,3'ünün ise gebelikte arttırdığı saptanmıştır (Ayan 2013). Gebelerin büyük çoğunluğunun sigara içmemesi sevindiricidir.

Çalışmamızda gebelerin %94,5'i alkol kullanmadığını, %5,5'ide gebe kaldığını öğrendiğinde bıraktığını bildirmiştir. Babadağlı'nın çalışmasında gebelerin %2 oranında alkol aldıkları saptanmıştır. Kılıçarslan'ın çalışmasında gebelerin %21,8'nin hiç alkol kullanmadığı, %78,2'nin ise son 1 ayda alkol kullanmadığı bildirilmiştir. Ayan tarafından yapılan çalışmada da, gebelerin gebelikleri boyunca alkol kullanma durumlarına bakıldığında % 99,3'ünün (n=298) alkol kullanmadığı, % 0,7'sinin (n=2) ise gebe kaldığında kullanmayı bıraktığı saptanmıştır (Babadağlı 2003, Kılıçarslan 2008, Ayan 2013). Ülkemizde gebelikte alkol kullanımının çok az olması sevindirici bir bulgudur.

Çalışmamızda gebelerin %36,5'i primigravida, %63,5'i multigravida, %67'si primipar ve %33'ü ise multipardır. Çalışmamıza katılan gebelerin %54'ünün yaşayan çocuğu bulunmaktadır. Gebelerin ortalama gebelik sayısı Ort.±SS= 2,07±1,02, ortalama canlı doğum sayısı Ort.±SS= 1,48±,78, ortalama yaşayan çocuk sayısı Ort.±SS= 1,46±,74 dir.

Ege ve Eryılmaz'ın çalışmasında gebelerin %30,6'sının primigravida olduğu, %53,2'sinin 2 ya da daha fazla doğum yaptığı saptanmıştır (Ege ve Eryılmaz 2000). Eryılmaz ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada gebelerin %38,2' sinin primigravida, % 61,8'inin multigravida olduğu, %40,8'inin daha önce bir doğum yaptığı, %21,4'ünün iki doğum yaptığı, %37,8'inin üç ve üzerinde doğum yaptığı belirlenmiştir. (Eryılmaz, Ege ve Zincir 2002). Kılıçarslan'ın çalışmasında gebelerin 192'sinin (%56,5) ilk gebeliği olduğu, gebelik sayısı ortalamasının  $1,78 \pm 1,19$  olduğu bildirilmiştir (Kılıçarslan 2008). İşbir'in çalışmasında gebelerin %48,65'inin ilk gebeliği olup %54,8'i multipardır (İşbir GG 2011). Arslan'ın çalışmasında gebelerin gebelik sayısı ortalaması  $2,24 \pm 1,294$ , Çoban ve Yanikkerem'in çalışmasında gebelerin gebelik sayısı ortalamasının  $2,0 \pm 2,1$ , yaşayan çocuk sayısı ortalamasının  $1,5 \pm 0,9$  olduğu saptanmıştır (Arslan 2010, Çoban ve Yanikkerem 2010). Ayan'ın çalışmasında gebelerin gebelik sayısı ortalaması  $2,34 \pm 1,17$  olduğu saptanmıştır (Ayan 2013). Kısacık ve Gölbaşı'nın yapmış olduğu çalışmada gebelerin ortalama toplam gebelik sayısı 2,4, toplam doğum sayısı 1,7 ve yaşayan çocuk sayısı 1,6'dır. Kadınların %28'inin primigravida ve %72'sinin multigravida olduğu saptanmıştır (Kısacık ve Gölbaşı 2009). TNSA (2008) Türkiye için toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,16 olarak, 15-49 yaş evli kadınlar için ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 2,3 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucumuz literatür ile benzerlik göstererek, ülkemizde doğurganlığın düştüğünü desteklemektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %23,5'i düşük yapmış (Ort. $\pm$ SS=  $1,40 \pm 0,83$ ), %13'ü küretaj olmuş (Ort. $\pm$ SS=  $1,23 \pm 0,51$ ), % 4'ü ise ölü doğum yapmıştır. Ege ve Eryılmaz'ın çalışmasında gebelerin %26,6'sının düşük yaptığı, diğer bir çalışmada ise gebelerin %28,2'sinin daha önce düşük yaptığı belirlenmiştir (Ege ve Eryılmaz 2000, Eryılmaz, Ege ve Zincir 2002). Yang ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada gebelerin %26,4'ünün daha önceki gebeliklerinde küretaj olduğu saptanmıştır (Yang et al 2004). Manisa Nüfus Sağlık Araştırmasında gebe kadınların kendiliğinden bir kez düşüğü olan %12,4, 2 düşüğü olan %3,4, 3 kez düşüğü olan %1,2, dört kez düşüğü olan %0,2, beş ve üzeri olan 0,3'tür (<http://halksagligiokulu.org>, Erişim tarihi: 15 Ocak 2014). Altıparmak'ın çalışmasında gebelerin %7,6' sını en az bir kez isteyerek, %21,4'ü en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı, Valk ve arkadaşlarının yapmış olduğu

çalışmada da gebelerin %13,6'sının küretaj olduğu bildirilmiştir (Altıparmak 2006, Valk, Nieuwaal and Visser 2006). Çoban ve Yanıkkerem çalışmasında gebelerin düşük sayısı ortalamasını  $1,0\pm 0,2$ , küretaj sayısı ortalamasını  $1,0\pm 0,2$  olarak saptamıştır (Çoban ve Yanıkkerem 2010). Ayan'ın çalışmasında gebelerin düşük sayısı ortalaması  $1,44\pm 0,86$  olarak hesaplanmıştır (Ayan 2013). Çoban ve Yanıkkerem yaptığı çalışmada gebelerin ölü doğum sayısının  $1,0\pm 0,2$  olduğu saptanmıştır (Çoban ve Yanıkkerem 2010). TNSA (2008) sonuçlarına göre ortalama düşük sayısı 0,28, isteyerek düşük yapma ortalaması 0,34, ortalama ölü doğum sayısı 0,05'tir. Çalışma bulgumuz, literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin bir önceki gebeliği ile arasındaki süre incelendiğinde %20,5'inde iki yıl ve daha az olduğu görülmüştür. Nazik'in çalışmasında gebelerin %28,9'unun gebelik aralığının 24 ay ve daha az olduğu bildirilmiştir (Nazik 2005). TNSA (2008) Türkiye'de doğum aralıklarının uzun ve ortanca doğum aralığının 44 ay olduğu bildirilmiştir. Çalışma sonucumuz diğer çalışmalarla benzer özelliktedir.

Çalışmamızda gebelerin ortalama gebelik haftası  $Ort.\pm SS= 34,91\pm 3,47$  (min.28 maks.40,6) olup, %38,5'i 37 hafta ve üzeri gebelik haftasındadır. Araştırma tasarımında son trimester gebelerin yer alması nedeniyle bu sonuç doğaldır. Gebelerin %67,5'i planlı olup, gebelik kontrolü için sağlık kuruluşuna gitmeye başlama %93'ünde 1-2. aylarda ve daha erken dönemde olup, %80'inde gebelik kontrolü sayısı 7 kez ve üzeridir. Eryılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin yarısının (%50) 7-9 aylık hamile olduğu ve isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır (Eryılmaz ve ark. 2002). Nazik'in çalışmasında gebelerin %82,2'sinin gebeliğini istediği saptanmıştır, %18,5'inin 9 kez ve daha fazla antenatal kontrole gittiği bulunmuştur (Nazik 2005). Yekenkunrul' un çalışmasında 400 gebeden 307'sinin isteyerek, planlayarak gebe kaldığı belirlenmiştir (Yekenkunrul 2010). Ayan' ın çalışmasında gebelerin %75,7'si gebeliklerini planladıklarını, %24,3'ünün plansız gebelik olduğu saptanmıştır. Gebeliklerinde kontrole gitme sıklıkları; %18'i 1-2 kez, %28'i 3-4 kez, %18'i 5-6 kez, %13'ü 7-8 kez, %22,7'si 9 kez ve üzeri olduğu saptanmıştır (Ayan 2013). Er'in yaptığı çalışmada, araştırma kapsamına alınan gebelerin, %3,6'sının 1 kez kontrole gittiği, %9,7'sinin 2 kez, %10'unun 3 kez, %14,2'sinin 4 kez, %62,4'ünün 5 kez ve üzerinde kontrole gittikleri saptanmıştır. Ortalama kontrole gitme sayısı,  $4,22\pm 1,18$  (min:1,

max:5) olarak bulunmuştur (Er 2006). TNSA (2008) verilerine göre ülkemizde en az bir kez doğum öncesi kontrole gitme oranı %89,5'tir. Çalışma sonuçlarımız literatürde yer alan diğer çalışmalarla benzer özelliktedir ve üniversite hastanesinde yapılması nedeniyle düzenli gebelik kontrollerine gitme oranı yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda gebelerin %87'sinin gebelikte görülen olağan şikayetler hakkında bilgi sahibi olduğu, %90,5'inin bu durumu gebelikten kaynaklanan normal bir durum olarak gördüğü, gebelik kontrollerinde olağan yakınmalarla baş etme konusunda %79'unun bilgilendirildiği ve bu konuda %83,6'sının doktordan, %16,4'ünün ebe ve hemşireden bilgi aldığı belirlenmiştir. Nazik'in çalışmasında gebelerin %29,7' sinin antenatal kontrollerde olağan yakınmalara yönelik bilgilendirildiği ve antenatal kontrollerde bilgiyi veren kişinin daha çok doktor olduğu bulunmuştur. Gebelerin %68,3'ünün olağan yakınmaları normal olarak kabul ettiği bulunmuş, %31,7'si ise olağan yakınmaları hastalık olarak algılamıştır (Nazik 2005). Özçelik'in çalışmasında gebelerin %91,1'i sağlık sorunları ile ilgili bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Gebelerin sağlık sorunu ile ilgili bilgi kaynağının %67,1'inin ebe, %61,9'u doktor ve %3,8'inin diğer (internet, televizyon, kitap, öğrenci ebe) olduğu saptanmıştır (Özçelik 2010). Ayan ise 300 gebe üzerinde yürüttüğü çalışmasında, gebelerin %62'sinin, gittikleri antenatal kontrollerde bilgi aldığı, %38'inin bilgi almadığı; kontrollerde bilgilendirmenin %96,77'sinin (n=180) doktor tarafından, %3,23'ünün (n=6) ise ebe-hemşire tarafından yapıldığını saptamıştır (Ayan 2013). Çalışma sonuçlarımız literatürde yer alan diğer çalışmalarla benzer özelliktedir. Gebelerin çoğunluğunun bir sağlık personeline başvurması istenen bir durumdur.

## **5.2. Gebelikte Yaşanan Olağan Şikayetlere İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızda gebelikte yaşanan midede yanma ve batma şikayeti gebelerin %48,5'inde orta ve şiddetli derecede iken %30,5'inde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %42,2'si sağlık profesyoneline yardım almış ve şikayeti gidermek için non-farmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri eşit olarak uygulanmıştır.

Babadağlı'nın toplam 150 gebede, gebelik yaşının fizyolojik, psikolojik değişikliklere, komplikasyonlara ve doğuma yönelik etkilerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda gebelerin %70'inde, Yenal'ın, web ortamında yapılan gebe

eğitim programının gebelerin günlük yaşam aktivitelere etkisinin incelenmesi amacıyla yürüttüğü çalışma sonucunda %78,1’inde midede yanma ve gaz, Kılıçarslan’ın çalışmasında %31,2, zelik’in çalışmasında gebelerin %58,4’ünde mide yanması olduğu saptanmıştır (Babadağlı 2003, Yenal 2006, Kılıçarslan 2008, zelik 2010).

Nazik’in yapmış olduğu çalışmada, III. trimesterdeki gebelerin %81,8’inde mide yanması görülmüş, yakınmalarda rahatlamak için yaptıkları uygulama olarak %23,9’u hiç bir şey yapmazken, %14,9’u farmakolojik, %61,2’si non farmakolojik tedavi yöntemi (yiyeceklere dikkat etme, süt içme, elma yeme gibi) uygulamıştır. Çalışmada III. trimester gebelerin olağan yakınmalar için yaptıkları uygulamaları öğrendikleri kaynak incelendiğinde; geçmiş tecrübeler %31,2, sağlık personeli 23,6, yakın akrabalar 19,9, arkadaş %15,9, basın yayının %9,4 oranında olduğu saptanmıştır (Nazik 2005). Mide yanması gebeliğin III. trimesterinde sık görülen bir semptom olup, gebe kadınların% 80’ini etkilediği bildirilmektedir (Neilson 2014).

Yanikkerem’in çalışmasında gebelerin %75,6’sında midede yanma şikayeti görülmüş, %13,4’ünün bu şikayetlerini giderebilmek için sağlık kuruluşuna başvurdukları saptanmıştır (Yanikkerem 2009).

Ayan’ın yapmış olduğu çalışmada III. trimesterdeki gebelerin %64’ünde mide yanması şikayeti yaşadığı, şikayeti gidermek için %41,5’inin herhangi bir uygulama yapmadığı, %23,42’sinin ilaç kullandığı, %18,01’inin ilaç dışı yöntem kullandığı, %17,12’sinin de her iki yöntemi birlikte kullandıkları görülmüştür. Gebelerin bu uygulamaları %8’i kendi düşünceleri ile, %4’ anne, %4’ arkadaş, %4’ doktor nerisi ile uyguladıkları saptanmıştır (Ayan 2013).

Dispepsi şikayeti gebelerin %36,5’inde orta ve şiddetli derecede iken, %40’ında görülmemektedir. Gebelerin %40,8’i herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %57,7’si şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Sunal ve Demiryay’ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %62,8’inde, Yanikkerem’in yapmış olduğu çalışmada ise toplamda %70,7’sinde dispepsi şikayeti olduğu görülmüştür (Sunal ve Demiryay 2009, Yanikkerem 2009).

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %31'inde dispepsi şikayeti bildirilmiştir. Gebelerin dispepsi şikayetini gidermek için %3.33'ü ilaç kullanırken, %5'i ilaç dışı yöntem kullanmış, %8.34'ü her iki yöntemi birden kullanırken, %83.33'ü hiçbir yöntem kullanmamıştır. Gebeler uyguladıkları yöntemi %1,6 arkadaş, %1,6 akraba, %1,6'sının da doktor önerisiyle uyguladıkları saptanmıştır (Ayan 2013).

İştahta artma gebelerin %50,5'inde görülmezken, %28,5'inde orta derecededir. Gebelerin %57,6'sı herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %97,6'sı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Sunal ve Demiryay'ın yaptıkları çalışmada gebelerin %41,7'sinde, iştahta artma, Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada ise gebelerin %51'inde iştahta artma görülmüştür (Sunal ve Demiryay 2009, Ayan 2013).

Özçelik'in çalışmasında gebelerin %13,9'unda iştahta değişiklikler (artma-azalma) olduğu saptanmıştır (Özçelik 2010).

Nazik'in yapmış olduğu çalışmada III. trimester gebelerin %42,9'unda iştahta artma görülmüştür. İştahta artma şikayeti olan gebelerin %88,5'i herhangi bir girişimde bulunmazken, %11,5'i yemek miktarını azaltmıştır (Nazik 2005).

Diş eti kanaması gebelerin %25'inde hafif derecede iken %52'sinde görülmemektedir. Gebelerin %64,6'sı herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %90,9'u şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Yenal'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %53,1'inde, Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %22,7'sinde diş eti kanaması olduğu saptanmıştır (Yenal 2006, Özçelik 2010).

Nazik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %36' sında dişeti kanaması olduğu bildirilmiştir. Gebelerin %45,9'u dişeti kanaması için herhangi bir uygulama yapmazken, %54,1'i şikayetini gidermek için non-farmakolojik tedavi (ağız bakımına dikkat etme, tuzlu su ile ağız çalkalama, karbonatlı su ile ağız çalkalama) yöntemini uygulamıştır (Nazik 2005).

Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %6'sında diş eti kanaması olduğu saptanmıştır. Gebelerin diş eti kanaması şikayeti için %97,78'i herhangi bir yöntem kullanmazken, %2,22'si non-farmakolojik yöntem uygulamışlardır (Ayan 2013).

Reflü şikayeti gebelerin %20'sinde hafif derecede iken %54'ünde görülmemektedir. Gebelerin %31,5'i sağlık profesyoneline yardım almış, yardım alanların %56,5'i şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %35,7'sinde gastro-özefageal reflü şikayeti olduğu saptanmıştır (Özçelik 2010).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %32'sinde gastro-özefageal reflü şikayeti olduğu saptanmıştır. Gastro-özefageal reflü şikayetinde %34'ü hiç bir şey yapmazken, gebelerin rahatlamak için %4,1'inin yemeklerden sonra sırtüstü yattığı bulunmuştur (Nazik 2005).

Mide ve bağırsaklarda gaz şikayeti gebelerin %20,5'inde hafif derecede iken %57,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %67'si herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %75'i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Yenal'ın çalışmasında gebelerin %78,1'inde midede yanma ve gaz şikayeti görülmüştür. Nazik'in çalışmasında gebelerin %50,5'inde mide ve bağırsaklarda gaz şikayeti saptanmıştır. Gebelerin %48,3'ü hiçbir şey yapmazken, %8,5'inin rahatlamak için gaz yapıcı yiyeceklerden kaçındığı, %21,6'sının kendilerini sıcak tuttuğu bulunmuştur (Yenal 2006, Nazik 2005).

Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %41'inin midede gaz şikayeti yaşadıkları görülmüştür. Gebeler bu şikayetlerini gidermek için %3,12'si farmakolojik, %3,12'si non-farmakolojik, %2,08'i her iki yöntemi kullanırken, %91,66'sı hiçbir yöntem kullanmamıştır. Gebeler bu uygulamaları %2,08'i kendi, %1,04'ü de akrabasının önerisi ile uyguladıkları saptanmıştır (Ayan 2013).

Diş ağrısı, diş eti ağrısı %16,5'inde orta derecede iken %60,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %57'si herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %58,8'i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.



Sunal ve Demiryay'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %31,1'inde, Özçelik'in çalışmasında gebelerin %2'sinde diş ağrısı şikayeti olduğu saptanmıştır (Sunal ve Demiryay 2009, Özçelik 2010).

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %32'sinin diş ağrısı olduğu saptanmıştır. Diş ağrısı için gebelerin %17,46'sı ilaç kullanırken, %9,52'si non-farmakolojik yöntem kullanmıştır. Gebelerin %9,53'ü her iki yöntemi kullanırken, %63,49'u yöntem kullanmamıştır. Gebelerin bu uygulamaları %4,76'sı kendi düşüncesi, %3,17'si annesinin önerisi, %1,58'i de doktor önerisi ile yaptıkları saptanmıştır (Ayan 2013).

Ağız kuruluğu şikayeti gebelerin %31,5'inde hafif ve orta şiddetli derecede iken %61,5'inde görülmemiştir. Gebelerin %52,2'si herhangi bir girişimde bulunmamışken, şikayeti gidermek için %97,2'si non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada III. trimester gebelerde ağız kuruluğu şikayetine rastlanmamıştır (Ayan 2013)

Aşerme gebelerin %19,5'inde hafif derecede iken %62,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %52'si herhangi bir girişimde bulunmamışken, gebelerin tümü şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Sunal ve Demiryay'ın çalışmasında gebelerin %48,9'unda, Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %11'inde aşerme şikayeti saptanmıştır (Sunal ve Demiryay 2009, Ayan 2013).

Araştırmamızda bulantı şikayeti; gebelerin %22'sinde hafif derecede iken %64'ünde görülmemiştir. Gebelerin %48,6'sı herhangi bir girişimde bulunmamışken, %29,2'si sağlık profesyonellerine başvurmuş ve yardım alanların %45,9'u şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır. Kusma şikayeti gebelerin %16,5'inde hafif ve orta derecede iken %79,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %56,1'i herhangi bir girişimde bulunmamışken %26,8'i sağlık profesyonellerine başvurmuş, yardım alanların %44,4'ü şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Kılıçarslan'ın yapmış olduğu çalışmada, gebelerin %10,6'sında bulantı, kusma saptanmıştır. Kahraman'ın Kayseri il merkezindeki adölesan gebelerin yaşam kalitesinin 20-29 yaş grubu gebelerle karşılaştırılması adlı çalışmasında 360 gebenin

%54,1'inde bulantı, %35,6'sında kusma şikayetinin olduğu bildirilmiştir. Sunal ve Demiryay'ın yaptığı çalışmada gebelerin %71,7'sinin bulantı kusması olduğu, Yanikkerem'in yaptığı çalışmada gebelerin %91,5'inde bulantı, %65,9'unda kusma şikayetinin olduğu görülmüştür. Yapılan diğer bir çalışmada ise gebelerin 66,1'inde bulantı-kusma şikayeti görülmüştür (Kılıçarslan 2008, Kahraman 2009, Sunal ve Demiryay 2009, Yanikkerem 2009, Özçelik 2010).

Chou ve arkadaşlarının 10 gebe kadın üzerinde, bulantı kusma ve bulantı kusma ile başa çıkma deneyimlerini belirlemek üzere kalitatif yöntemle yapılan çalışmada sosyal desteğin kadınların deneyimi üzerine önemli etkisi olduğunu, sağlık profesyonellerinin bu yönde etkili olmadığı, bir destek kaynağı olmadığını belirtmiştir. Bulantı ve kusmanın gebelikte yaygın görülen, günlük yaşamı oldukça etkileyen ve büyük rahatsızlık veren iki semptom olarak bildirilmektedir (Chou, Chen, Kuo and Tzeng 2014).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %33'ünün bulantı ve kusma şikayeti yaşadığı görülmüştür. Bulantı kusma şikayetlerini gidermek için gebelerin %60'ı hiçbir şey yapmazken, %11'i ilaç kullanmaktadır. Gebelerin %14'ü yiyeceklere dikkat etmiş, %15'i tuzlu yiyecekler yiyerek non-farmakolojik yöntem uygulamaları yapmışlardır (Nazik 2005).

Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %5'inde bulantı şikayeti saptanmıştır. Bulantı şikayetlerini gidermek için gebelerin %20'si ilaç kullanırken, %10,59'u non-farmakolojik yöntem, %11,77'si her iki yöntemi birlikte kullandıkları saptanmıştır. Gebelerden hiçbir yöntem kullanmayanların oranı ise %57,65 tir. Gebelerin şikayetlerine yönelik yaptıkları uygulamaların, %4,7'sinin kendi, %3,52'sinin anne, %1,17'sinin doktor, %1,17'sinin arkadaşı tarafından önerildiği saptanmıştır. Ayan'ın çalışmasında III. trimester gebelerde kusma şikayetine rastlanmamıştır (Ayan 2013).

Ege ve Eryılmaz'ın 271 gebede yapmış olduğu erken gebelik dönemi bulantı ve kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, bulantı kusma şikayetlerini gidermek için gebelerin %76,3'ü bir yere uzanma, %67,5'i açık havaya çıkma, %53,5'i kraker türü tuzlu şeyler yeme gibi yollara başvururken, sadece %10,3'ü ilaç almayı tercih etmiştir. Sözeri ve

arkadaşlarının çalışmasında ise gebelerin %19,6'sının devamlı bulantı kusmaları olduğunda sağlık kuruluşuna gittiklerini ifade ettikleri saptanmıştır. Timur ve Kızılırmak'ın çalışmasında, gebelerin %82,6'sı yemek kokularının, %41'i halsizlik ve yorgunluğun, %30,3'ü ise her ikisinin birlikte bulantı kusmayı artırdığını belirtmiştir. Gebeler bulantı kusma ile baş etmek için %59'u açık havaya çıkmayı, %45,1'i uyumayı, %43,6'sı istirahat etmeyi, %38,7'si az ve sık yemek yemeyi tercih etmişlerdir. Ayrıca gebelerin %30,8'i bulantı kusma ile baş etmek için belirli yemekleri yemeyi tercih etmiş, %14,4'ü bulantı kusma için ilaç kullanmış ya da kullanmaya devam etmektedir. ( Ege ve Eryılmaz 2000, Sözeri ve ark. 2006, Timur ve Kızılırmak 2011)

Çalışmamızda konstipasyon şikayeti gebelerin %30'unda hafif ve orta derecede iken %67'sinde görülmemektedir. Bu şikayetle başa çıkabilmek için gebelerin %40,9'u sosyal çevre ve geçmiş tecrübelerine göre çözüm bulmuştur ve yardım alanların %90,2'si şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Tosal ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada gebelerin gebelik boyunca konstipasyon şikayetinin %25-30'un üzerinde olduğu görülmüştür (Tosal et al 2001).

Babadağlı'nın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %46,7' sinde, Kılıçarslan'ın çalışmasında %18,2'sinde, Yenal'ın yapmış olduğu çalışmada %43,8'inde, Sunal ve Demiryay'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %31,1'inde, Özçelik'in çalışmasında %13,3' ünde konstipasyon şikayeti görülmüştür (Babadağlı 2003, Yenal 2006, Kılıçarslan 2008, Sunal ve Demiryay 2009, Özçelik 2010).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %45,2'sinde konstipasyon şikayetine rastlanmıştır. Gebelerin %38'i bu şikayetini gidermek için herhangi bir uygulama yapmazken, %41,6'sı sulu ve lifli gıdalar yemiş, %20,4'ü sıvı yağ içmiştir (Nazik 2005).

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %24'ünde konstipasyon saptanmış, %3,03'ü bu şikayetini gidermek için ilaç kullanırken, %10,7'si ilaç dışı yöntem kullanmış, %83,33'ü ise yöntem kullanmamıştır. Gebeler bu yöntemleri, %6,06 doktor, %3,03 arkadaş önerisi, %1,51'i kendi düşünceleri ile uygulamışlardır (Ayan 2013).

İştahta azalma şikayeti gebelerin %20'sinde hafif ve orta derecede iken %77,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %82,2'si herhangi bir girişimde

bulunmamışken, yardım alanların %75'i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Kahraman'ın çalışmasında gebelerin %70,3'ünde, Sunal ve Demiryay'ın çalışmasında gebelerin %38,9'unda, iştahta azalma olduğu saptanmıştır. Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %13,9'unda iştahta değişiklikler saptanmış, Ayan'ın çalışmasında da gebelerin %12'sinde iştahta azalma olduğu saptanmıştır (Kahraman 2009, Sunal ve Demiryay 2009, Özçelik 2010, Ayan 2013).

Nazik'in yaptığı çalışmada gebelerin %23,1'inde iştahta azalma görüldüğü, son trimesterdeki gebelerin %80'i iştahta azalma için hiçbir şey yapmazken, %10'unun sevdiği yiyecekleri yediği, %10'unun da vitamin ilacı kullandığı bulunmuştur (Nazik 2005).

Çalışmamızda aşırı tükürük salgılanması (pityalizm) gebelerin %10,5'inde hafif ve orta derecede iken %87,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %76'sı herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanlar şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %1'inde pityalizm görülmüş, Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada son trimester gebelerde pityalizm görülmemiştir (Özçelik 2010, Ayan 2013).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %22,4'ünde pityalizm saptanmış, bu şikayetlerini giderebilmek için gebelerin %70,6'sı herhangi bir uygulama yapmazken, %8,8'i şeker emmiş, %20,6'sı da su içmiştir (Nazik 2005).

Besin dışındaki maddelere karşı yeme isteğinin artması (pika) nadir görülen bir şikayettir ve gebelerin %7'sinde hafif ve orta derecede görülmektedir. Gebelerin %55,6'sı herhangi bir girişimde bulunmamışken, şikayeti gidermek için yardım alanların tamamına yakını non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Özçelik'in çalışmasında gebelerin %0,5'inde, Nazik'in çalışmasında %7,6'sında pika görülmüştür. Nazik'in çalışmasında gebeler pika sorunu için herhangi bir uygulama yapmamışlardır (Özçelik 2010, Nazik 2005).

Gebelikte az görülen şikayetlerden olan diyare çalışmamızda gebelerin %7'sinde hafif ve orta derecede belirlenmiştir. Gebeler bu şikayete yönelik herhangi bir girişimde bulunmamıştır.

Sunal ve Demiryay'ın çalışmasında gebelerin %7,8'inde diyare görülürken, Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %6'sında diyare görülmüştür. Ayan'ın çalışmasında diyare için gebelerin %11,11'i ilaç dışı yöntemler kullanırken, 88,89'u hiçbir yöntem kullanmamıştır. Uyguladıkları yöntemi %11,1 ile hemşire önermiştir (Sunal ve Demiryay 2009, Ayan 2013).

Çalışmamızda ayaklarda, alt ekstremitelerde hafif şişlik, ödem şikayeti gebelerin %43,5'inde orta ve şiddetli derecede iken %50'sinde görülmemektedir. Gebelerin %34'ü sosyal çevre ve geçmiş tecrübelerine göre şikayeti gidermek için çözüm bulmuş ve non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Babadağlı'nın çalışmasında gebelerin %35,3'ünde, Yenal'ın çalışmasında %25'inde, Kılıçarslan'ın çalışmasında gebelerin %40'ında ayaklarda ödem görülürken, Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %15,2'sinde alt ekstremitelerde ödem, %0,7'sinde vücutta ödem saptanmıştır (Babadağlı 2003, Yenal 2006, Kılıçarslan 2008, Özçelik 2010).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %46,9'unun alt ekstremitelerinde ödem saptanmıştır. Bu gebelerin %54,9'u şikayetlerini gidermek için hiçbir şey yapmazken, %21,1'i tuz kısıtlaması, %17,6'sı ayaklarını yükseltme uygulaması yapmıştır. Gebelerin %6,4'ünün de bacaklarını soğuk su ile yıkadığı saptanmıştır (Nazik 2005).

Ayan'ın yaptığı çalışmada gebelerin %40'ında ödem görülürken, gebelerin bu şikayetlerini gidermek için %1,96'sının ilaç, %7,84'ünün ilaç dışı yöntem kullandığı saptanmıştır, %1,96'sı her iki yöntemi kullanırken, %88,24'ü hiçbir yöntem kullanmamıştır. Gebelerin kullandıkları yöntemi %3,92 ile kendileri, %3,92 ile doktorun önerdiği saptanmıştır (Ayan 2013).

Araştırmamızda çarpıntı şikayeti gebelerin %26,5'inde hafif ve orta şiddetli derecede iken %69,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %77'si herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Özçelik'in çalışmasında gebelerin %0,3'ünde, Ayan'ın çalışmasında gebelerin %25'inde çarpıntı şikayeti olduğu belirlenmiştir (Özçelik 2010, Ayan 2013).

Baş dönmesi gebelerin %29,5'inde hafif ve orta derecededir ve %70'inde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %93,4'ü herhangi bir girişimde bulunmamış, yardım alanların tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Kahraman'ın çalışmasında gebelerin %33,3'ünde baş dönmesi görülürken, Ayan'ın yapmış olduğu son trimester 100 gebede baş dönmesi şikayeti saptanmamıştır (Kahraman 2009, Ayan 2013).

Bacaklarda varis %74,5'inde görülmezken, %21'inde hafif ve orta derecededir. Gebelerin %56,9'u herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır. Nadir görülen şikayetlerden olan genital bölgede varis araştırmamızda gebelerin %5'inde belirlenmiş, gebeler bu şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Babadağlı'nın çalışmasında gebelerin %25,3'ünde variköz venler saptanmıştır. Yenal'ın çalışmasında gebelerin %12,5'inde varis görülürken, Özçelik'in çalışmasında %8,7 oranında bacaklarda varis, %2,1 genital bölgede varis saptanmıştır (Babadağlı 2003, Yenal 2006, Özçelik 2010).

Gebelikte vulvada varisler görülebilir. Vulvada bu şişkinlik; ağrı ve basınç semptomlarına yol açar. Gebeler uzun süre ayakta kaldığı zaman bu şikayetlerin artabileceği bildirilmektedir (Gearhart, Levin and Schimpf 2011).

Nazik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %28,4'ünde bacaklarda varis, %3,6'sında genital bölgede varis saptanmıştır. Gebelerin bacaklardaki varis için %59,3'ü hiçbir şey yapmazken, %40,7'si ayaklarını yükseltmiştir (Nazik 2005).

Ayan'ın yaptığı çalışmada gebelerin %32'sinde bacaklarda varis, %9'unda genital bölgede varis saptanmıştır. Gebeler bacaklarda varis için %1,85'i ilaç dışı yöntem kullanırken, %96,29'u hiçbir şey yapmamıştır. Kullanılan yöntemlerin %1'i internet, %1'inin arkadaş önerisi olduğu saptanmıştır. Genital bölgede varis için %8,3'ü

ilaç dışı yöntem uygularken, %83,33'ü yöntem kullanmamıştır. Gebelerin bu uygulamayı %1 doktor önerisi ile yaptığı saptanmıştır (Ayan 2013).

Hemoroid şikayeti gebelerin %82'sinde görülmezken, %16'sında hafif ve orta derecededir. Şikayeti olan gebelerin çoğunluğu, şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Babadağlı'nın yapmış olduğu çalışmada, gebelerin %20,7'sinde, Yenal'ın çalışmasında %15,6'sında, Kılıçarslan'ın çalışmasında %8,2'inde, Sunal ve Demiryay'ın %14,4'ünde, Özçelik'in çalışmasında gebelerin %6,4'ünde hemoroid saptanmıştır (Babadağlı 2003, Yenal 2006, Kılıçarslan 2008, Sunal ve Demiryay 2009, Özçelik 2010).

Nazik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %26,1'sında hemoroid saptanmıştır. Hemoroid şikayetini gidermek için gebelerin %73,4'ü hiçbir şey yapmazken, %7,6'sı kabızlığı önlemek için, sulu ve lifli gıdalar yemiş, %19'u oturma banyosu almıştır (Nazik 2005).

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %25'inde hemoroid saptanmıştır. Şikayetlerini gidermek için gebelerin %4,88'i ilaç kullanırken, %92,68'i hiçbir yöntem uygulamamıştır (Ayan 2005).

Araştırmamızda, sık idrara çıkma şikayeti gebelerin %71,5'inde orta ve şiddetli derecede iken %12,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %82,3'ü herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %80,6'sı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Babadağlı'nın çalışmasında gebelerin %86,7'si, Yenal'ın yaptığı çalışmada %87,5'i Sunal ve Demiryay'ın çalışmasında %80'i, Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %81'i, Ayan'ın çalışmasında gebelerin %79'u sık idrara çıkma şikayeti bildirmiştir. (Babadağlı 2003, Yenal 2006, Sunal ve Demiryay 2009, Özçelik 2010, Ayan 2013).

Nazik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %88,4'ünde sık idrara çıkma şikayeti saptanmıştır. Şikayeti gidermek için gebelerin %89,2'si bir şey yapmazken, %7,1'i ayaklarını sıcak tutmuş, %3,7'si sıvı alımını kısıtlamıştır (Nazik 2005).

Araştırmamızda renksiz ve kokusuz vajinal akıntı miktarında artma şikayeti gebelerin %49,5'inde hafif ve orta şiddetli derecede iken %39,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %53,3'ü herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %78,9'u şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Yenal'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %78,1'inde, Özçelik'in çalışmasında %45,3'ünün vajinal akıntı miktarında artma saptanmıştır (Yenal 2006, Özçelik 2010).

Nazik'in çalışmasında, gebelerin %60,7'si renksiz ve kokusuz vajinal akıntıda artma gözlemlemiş, gebeler bu şikayetini gidermek için %89,1'i hiçbir şey yapmazken, %10,9'u hijyene dikkat etmiştir (Nazik 2005).

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %67'sinde renksiz ve kokusuz vajinal akıntı miktarında artma saptanmıştır. Şikayetlerini gidermek için gebelerin %2,38'i ilaç kullanırken, %96,43'ü hiçbir yöntem kullanmamıştır (Ayan 2013).

Genital bölgede baskı gebelerin %44'ünde görülmezken, %49,5'inde hafif ve orta derecededir. Gebelerin %63,4'ü herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %95,1'i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %1'inin genital bölgeye baskı şikayetinin olduğu saptanmıştır (Ayan 2013).

Çalışmamızda vajinal enfeksiyon, gebelerin %61'inde görülmezken, %30,5'inde hafif ve orta derecededir. Şikayeti olan gebelerin %70,5'i sağlık profesyoneline yardım almış, yardım alanların %81,4'ü şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Pınar ve arkadaşları tarafından 714 kadın ile yapılan çalışmada, gebelerin %31,4'ünde anormal vajinal akıntı şikayeti olduğu belirlenmiştir (Pınar ve ark. 2009).

Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %10,9'unda, Ayan'ın çalışmasında ise gebelerin %5'inde vajinal enfeksiyon saptanmıştır, bu şikayetlerini gidermek için gebelerin %88,89'u ilaç kullanırken, %11,1'i hiçbir yöntem kullanmamıştır (Özçelik 2010, Ayan 2013).



Elveren'in çalışmasında, kadınların %12,7'sinin son gebeliklerinde idrar yolu enfeksiyonu yaşadıkları saptanmıştır (Elveren 2008).

Yazıcı ve Demirsoy'un, 290 gebede yürüttükleri, gebelikte üriner sistem enfeksiyonu ve genital hijyen adlı çalışmada gebelerin %59,2'si en az bir kez üriner sistem enfeksiyonu yaşadığı bildirilmiştir. Olguların %70,3'ü ilaç tedavisi alırken, %8,9'u hastanede yatarak tedavi edilmiştir (Yazıcı ve Demirsoy 2009).

Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %45'inde üriner sistem enfeksiyonu gelişmiştir (Özçelik 2010).

Araştırmamızda idrar kaçırma gebelerin %77'sinde görülmezken, %19,5'inde hafif ve orta derecededir. Şikayeti olan gebelerin %63'ü herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların çoğunluğu şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Özçelik'in çalışmasında gebelerin %0,7'sinde gülerken, hapsirirken idrar kaçırma şikayeti görülürken, Ayan'ın çalışmasında son trimester gebelerde idrar kaçırma şikayeti saptanmamıştır (Özçelik 2010, Ayan 2011).

Çalışmamızda gebelerin %10,5'i böbrek ağrısı şikayeti bildirmiştir. Bu gebelerin %40'ı şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %1'inde böbrek ağrısı olduğu saptanmıştır (Ayan 2013).

Vajinal kanama daha az görülen bir şikayet olup, gebelerin %95'inde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin büyük çoğunluğu sağlık profesyoneline yardım almış ve non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Yang ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada gebelerin %24,4'ü nün vajinal kanamalarının olduğu, Elveren'in yapmış olduğu çalışmada kadınların %10,7'sinin son gebeliklerinde, Özçelik'in çalışmasında ise gebelerin %15,3'ünde vajinal kanama yaşadıkları saptanmıştır. Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada vajinal kanama şikayetine rastlanmamıştır (Yang et al 2004, Elveren 2008, Özçelik 2010, Ayan 2013).

Sözeri ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada gebelerin %28,6'sının ağrılı veya ağrısız kanamaları olduğunda sağlık kuruluşlarına gittikleri saptanmıştır (Sözeri ve ark. 2006).

Çalışmamızda dispne şikayeti gebelerin %44'ünde hafif ve orta derecede iken, %52,5'inde görülmemiştir. Gebelerin çoğunluğu bu şikayet için herhangi bir girişimde bulunmamış ya da non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Babadağlı'nın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %55,4'ü solunum sıkıntısı yaşadığı, Yenal'ın çalışmasında gebelerin %46,9'unun nefes darlığı, Özçelik'in çalışmasında ise %26,6'sının solunum sıkıntısı yaşadığı saptanmıştır (Babadağlı 2003, Yenal 2009, Özçelik 2010).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %62,4'ü solunum sıkıntısı yaşadığını, şikayetlerini giderebilmek için %64,6'sı hiçbir şey yapmazken, %15,9'u yatarken başını yastıkla yükseltme, %12,6'sı açık havaya çıkma, %6,9'u dinlenme uygulamalarını yaptıklarını belirtmişlerdir (Nazik 2005).

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %44'ünde nefes darlığı şikayeti saptanmış, bu şikayetlerini giderebilmek için gebelerin sadece %1,2'si ilaç kullanırken, %2,41'i ilaç dışı yöntem kullanmışlardır (Ayan 2013).

Çalışmamızda burun tıkanıklığı şikayeti gebelerin %25,5'inde hafif ve orta şiddetli derecede iken %60,5'inde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %59,5'i herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların çoğunluğu şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %13,7'sinde burun tıkanıklığı şikayeti saptanmıştır (Özçelik 2010).

Nazik'in çalışmasında da %22,4'ünde burun tıkanıklığı saptanmıştır. Gebeler burun tıkanıklığı şikayetlerini giderebilmek için %54,4'ü hiçbir şey yapmazken, %13,2'si burnu tuzlu su ile yıkamışlardır, %20,6'sı normal su ile yıkamış, %11,8'i de kolonya koklamışlardır. Ayan'ın çalışmasında da III. trimester gebelerde burun tıkanıklığı şikayetine rastlanmamıştır (Nazik 2005, Ayan 2013).

Bel ağrısı en sık görülen şikayet olup, gebelerin %60'ında hafif ve orta derecede iken %23,5'inde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %58,8'i herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların tamamına yakını şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Sırt ağrısı şikayeti gebelerin %27,5'inde orta ve şiddetli derecede iken %48'inde görülmemektedir. Bu gebelerin %61,5'i herhangi bir girişimde bulunmamışken, diğerleri non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Yenal'ın yapmış olduğu çalışmada, gebelerin %71,9'unun sırt ve bel ağrısı olduğu saptanmıştır. (Yenal 2006).

Kılıçarslan'ın çalışmasında gebelerin %42,4, Sunal ve Demiryay'ın çalışmasında gebelerin %70,6'sında bel ağrısı saptanmıştır (Kılıçarslan 2008, Sunal ve Demiryay 2009).

Babadağlı'nın çalışmasında gebelerin %59,3'ünde, Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada ise %53,7'sinde sırt ağrısı saptanmıştır (Babadağlı 2003, Özçelik 2010).

Katonis ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada gebelikte sırt ağrısının yaygın olarak görüldüğünü ve kadınların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebildiğini bildirmektedir (Katonis et al 2011).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %60,1'inde sırt ağrısı görülmüştür. Gebeler sırt ağrısı şikayetleri için %57,7'si hiçbir şey yapmazken, %25,8'i sırtüstü yatmış, %16,5'i masaj yaptırmıştır. Ayan'ın çalışmasında da gebelerin %11'inde bel ağrısı, %70'inde sırt ağrısı saptanmıştır. Bel ağrısı için gebelerin %3,03'ü ilaç dışı yöntem uygularken, %96,97'si hiçbir yöntem uygulamamıştır. Bu uygulamaları %3,03'ünün doktor önerisi ile uyguladıkları saptanmıştır (Nazik 2005, Ayan 2013).

Araştırmamızda kalça/bacak krampları şikayeti gebelerin %48'inde hafif ve orta derecede iken %35,5'inde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %59,7'si herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların çoğunluğu şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Sunal ve Demiryay'ın çalışmasında gebelerin %42,2'sinde, Özçelik'in çalışmasında ise %36,7'sinde bacak krampları saptanmıştır (Sunal ve Demiryay 2009, Özçelik 2010).

Nazik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %69'unda bacak krampları saptanmıştır. Bacak kramplarını gidermek için gebelerin %5,3'ü kalsiyum içeren gıdalar yemiş, %13,8'i egzersiz yapmış, %36,4'ü de masaj yaptırmıştır (Nazik 2005).

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %64'ünde bacak krampları saptanmış, bu şikayetlerini geçirmek için gebelerin %5,45'i ilaç, %3,64'ü ilaç dışı, %4,54'ü her iki yöntemi birden uygulamışlardır (Ayan 2013).

Babadağlı'nın çalışmasında gebelerin %57,3'ünde, Yenal'ın çalışmasında %65,6'sında kas krampları saptanmıştır (Babadağlı 2003, Yenal 2006).

Kılıçarslan'ın yapmış olduğu çalışmada, gebelerin %26,2'sinde bacaklarda kramp tarzında ağrı, Özçelik'in çalışmasında da gebelerin %1,5'inde bacaklarda ağrı olduğu saptanmıştır (Kılıçarslan 2008, Özçelik 2010).

Karın / kasık ağrısı gebelerin %48'inde hafif ve orta derecede iken %41,5'inde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %65,8'i şikayeti gidermek için herhangi bir girişimde bulunmamış ya da non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %29,7'sinde round ligament ağrısı, %5,4'ünde kasık ağrısı, Ayan'ın çalışmasında gebelerin %3'ünde karın/kasık ağrısı saptanmıştır (Özçelik 2010, Ayan 2013).

Kalça ağrısı gebelerin %34,5'inde hafif ve orta derecede iken %54'ünde görülmemektedir. Gebelerin %66,3'ü şikayeti gidermek için herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %96,8'i non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Özçelik'in çalışmasında gebelerin %2'sinde kalça ağrısı, kuyruk kemiği ağrısı görülürken, Ayan'ın çalışmasında %1 kalça ağrısı saptanmıştır (Özçelik 2010, Ayan 2013).

Sakrum ağrısı gebelerin %27,5'inde hafif ve orta derecede iken %66'sında görülmemektedir. Gebelerin %66,2'si şikayeti gidermek için herhangi bir girişimde

bulunmamışken, diğer gebelerin tümü non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %1'inde kuyruk sokumu ağrısı görülmüştür (Ayan 2013).

Siyatik ağrısı (bacağa vuran bel ağrısı) şikayeti gebelerin %23,5'inde hafif ve orta derecede iken %71'inde görülmemektedir. Gebelerin %67,8'i şikayeti gidermek için herhangi bir girişimde bulunmamış, yardım alanların çoğunluğu non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %46'sı siyatik ağrısı bildirmiş, şikayetlerini gidermek için gebelerin %2,44'ü ilaç kullanmış, %1,22'si ilaç dışı yöntem, %1,21'ininde her iki yöntemi birlikte kullandıkları saptanmıştır (Ayan 2013).

Karpal tünel sendromu az görülen bir şikayet olup, gebelerin %12,5'inde hafif ve orta derecede iken %84'ünde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %68,8'i herhangi bir girişimde bulunmamış, diğer gebelerin çoğunluğu ise non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Babadağlı'nın çalışmasında gebelerin %16,7'sinde, Özçelik'in çalışmasında %3,1'inde Karpal tünel sendromu saptanmıştır. Nazik'in yapmış olduğu çalışmada %11,9'unda Karpal tünel sendromu saptanmış, bu şikayetlerini gidermek için gebelerin %13,9'u parmağa masaj uygulamışlardır. Ayan'ın çalışmasında gebelerin %20'sinde Karpal tünel sendromu saptanmış, bu şikayeti geçirmek için gebelerin %3,23' ünün ilaç kullandığı saptanmıştır (Babadağlı 2003, Özçelik 2010, Nazik 2005, Ayan 2013).

Vücutta strialar gebelerin %51,5'inde hafif ve orta derecede iken, %41'inde görülmemektedir. Gebelerin %47,5'i şikayeti gidermek için herhangi bir girişimde bulunmamış, geri kalanların tümü non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Yenal'ın çalışmasında gebelerin %18,8'inde ciltte çatlak, Özçelik'in çalışmasında da gebelerin %33'1'inde vücutta çatlak, ciltte kaşıntı saptanmıştır (Yenal 2006, Özçelik 2010).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %40,6'sında vücutta strialar görüldüğü saptanmış, bu şikayetlerini gidermek için gebelerin %45,5'i badem yağı benzeri maddeler kullanmışlardır (Nazik 2005).

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %59'unda stria görülmüş, şikayetlerini gidermek için gebelerin %0,98'i ilaç kullanırken, %33,33'ü ilaç dışı, %12,75'i de her iki yöntemi birden kullanmışlardır (Ayan 2013).

Ciltte kaşıntı gebelerin %39'unda hafif ve orta derecede iken, %57'sinde görülmemektedir. Şikayeti gidermek için gebelerin yaklaşık üçte biri herhangi bir girişimde bulunmamış, yardım alanların tamamına yakını ise non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Özçelik'in çalışmasında da gebelerin %33'1'inde vücutta çatlak, ciltte kaşıntı saptanmıştır. Nazik'in çalışmasında gebelerin %49,9'unda ciltte kaşıntı saptanmıştır, bu şikayetlerini gidermek için gebelerin 4,9'u ilaç kullanmış, sık sık banyo yapmış ve kolonya sürmüşlerdir (Özçelik 2010, Nazik 2005).

Ayan'ın çalışmasında gebelerde %57'sinde ciltte kaşıntı belirlenmiştir. Bu şikayetlerini gidermek için gebelerin %4,12'si ilaç, %14,4'ü ilaç dışı, %6,19'u da her iki yöntemi birden kullandığı saptanmıştır (Ayan 2013).

Deri renginde koyulaşma, gebelerin %26,5'inde hafif ve orta derecededir ve %71,5'inde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %98,2'si şikayeti gidermek için herhangi bir girişimde bulunmamışken, sadece bir gebe non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Özçelik'in çalışmasında gebelerin %1'inde gebelik maskesi oluşmuştur. Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %1'inin deri renginde koyulaşma şikayetinin olduğu saptanmıştır (Özçelik 2010, Ayan 2013). Nazik'in yapmış olduğu çalışmada da gebelerin %23,1'inde gebelik maskesi şikayeti saptanmış, bu şikayetlerini gidermek için gebeler badem yağı vb. maddeler kullanmışlardır (Nazik 2005).

Halsizlik, yorgunluk en sık görülen şikayet olup, gebelerin %65'inde hafif ve orta derecededir ve %24,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %55'i herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %88,2'si şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Kahraman'ın çalışmasında gebelerin %63'ünde halsizlik şikayeti, Babadağlı'nın çalışmasında gebelerin %75,3'ünde, Sunal ve Demiryay'ın çalışmasında gebelerin %78,3'ünde, Özçelik'in çalışmasında da gebelerin %40,4'ünde yorgunluk olduğu saptanmıştır. Ayan'ın çalışmasında ise gebelerin %64'ünde halsizlik şikayeti saptanmış, bu şikayetlerini gidermek için gebelerin %1,42'si ilaç, %0,47'si ilaç dışı yöntem,%96'sı her iki yöntemi birlikte kullandıkları belirlenmiştir (Kahraman 2008, Babadağlı 2003, Sunal ve Demiryay 2009, Özçelik 2010, Ayan 213).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %88,4'ünde yorgunluk şikayeti olduğu, şikayetlerini gidermek için gebelerin %51'i dinlenmeyi tercih ettikleri görülmüştür (Nazik 2005).

Çalışmamızda sıcak basması gebelerin %55,5'inde hafif ve orta derecede iken %37'sinde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %78,6'sı şikayeti gidermek için herhangi bir girişimde bulunmamışken, diğerleri non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Sunal ve Demiryay'ın çalışmalarında gebelerin %45'inde sıcak basması şikayeti saptanırken, Ayan'ın çalışmasında %69 sıcak basması şikayeti saptanmıştır (Sunal ve Demiryay, Ayan 2013).

Uykusuzluk gebelerin %44'ünde hafif ve orta derecededir ve %50'sinde görülmemektedir. Gebelerin %86'sı herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Yenal'ın yaptığı çalışmada gebelerin %40,6'sı, Sunal ve Demiryay'ın çalışmasında ise %31,1'inde uyuma güçlüğü çektikleri saptanmıştır (Yenal 2006, Sunal ve Demiryay 2009).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %63,7'sinde uykusuzluk saptanmış, bu şikayetlerini gidermek için gebelerin %17,1'i süt, yoğurt tükettiği, %7,3'ü kitap okuma-televizyon izledikleri bildirilmiştir (Nazik 2005).

Özçelik'in yaptığı çalışmada gebelerin %34,4'ünde uyku sorunu yaşadığı saptanmış, Ayan'ın çalışmasında ise gebelerin %56'sında uykusuzluk olduğu bildirilmiştir (Özçelik 2010, Ayan 2013).

Depresyon, sinirlilik, ağlama isteği gebelerin %42'sinde hafif ve orta derecede iken %52'sinde görülmemektedir. Gebelerin %74'ü herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %96'sı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Sunal ve Demiryay'ın çalışmasında gebelerin %58,9'unda gereksiz yere sinirlenme, Ayan'ın yapmış olduğu çalışmada ise gebelerin %1'inde depresyon görülmüş ve şikayetini gidermek için ilaç kullandığı saptanmıştır (Sunal ve Demiryay 2009, Ayan 2013).

Memelerde kaşıntı gebelerin %18,5'inde orta ve şiddetli derecededir ve %52,5'inde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %63,2'si herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Ayan'ın son yapmış olduğu çalışmada son trimester 100 gebede memede kaşıntı şikayeti görülmemiştir (Ayan 2013).

Memelerde ağrı ve hassasiyet şikayeti gebelerin %42'sinde hafif ve orta derecede iken, %56,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %82,8'i herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Yenal'ın çalışmasında gebelerin %78,1'inde, Özçelik'in çalışmasında ise %36,2'sinde memelerde hassasiyet şikayeti saptanmıştır. Ayanın yapmış olduğu çalışmada ise gebelerin %1'inde memelerde ağrı/hassasiyet saptanmıştır (Yenal 2006, Özçelik 2010, Ayan 2013).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %44,2'sinde memelerde ağrı ve hassasiyet gözlenmiştir. Bu şikayetlerini gidermek için gebelerin %12,7'si destekleyici iç çamaşırı kullanmış, %20,1'i ılık su ile yıkamıştır (Nazik 2005).

Çok uyuma gebelerin %29'unda orta ve şiddetli derecede iken, %54,5'inde görülmemektedir. Gebelerin %72,5'i şikayeti gidermek için herhangi bir girişimde bulunmamış, ya da non-farmakolojik tedavi yöntemlerini tercih etmişlerdir.



Nazik'in yapmış olduğu çalışmada son trimester gebelerde çok uyuma şikayeti olmadığı saptanmış, Ayan'ın çalışmasında ise gebelerin %23'ünde çok uyuma şikayeti saptanmıştır (Nazik 2005, Ayan 2013).

Çalışmamızda baş ağrısı gebelerin %32'sinde hafif, orta derecededir ve %65'inde görülmemektedir. Gebelerin %61,4'ü herhangi bir girişimde bulunmamışken, %22,9'u sağlık profesyonellerine başvurmuştur. Yardım alanların %66,7'si şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Babadağlı'nın çalışmasında, gebelerin %59,3'ü, Kılıçaslan'ın çalışmasında gebelerin %13,8'i, Kahraman'ın çalışmasında gebelerin %28,1'i, Sunal ve Demiryay'ın çalışmasında gebelerin 47,2'si, Özçelik'in çalışmasında gebelerin %28,5' i baş ağrısı şikayeti bildirmiştir (Babadağlı 2003, Kılıçaslan 2008, Kahraman 2009, Sunal ve Demiryay 2009, Özçelik 2010).

Nazik'in çalışmasında gebelerin %37,6'sında baş ağrısı saptanmış, bu şikayetlerini gidermek için gebelerin %17,5'i ilaç kullanmış, %22'si başa soğuk uygulama yapmış, %3,5'in de dinlendiği saptanmıştır (Nazik 2005).

Ayan'ın çalışmasında gebelerin %39'unda baş ağrısı şikayeti görülmüş, şikayetlerini gidermek için gebelerin %31,68'i ilaç kullanmış, %0,99'u ilaç dışı yöntem, %8,91'i de her iki yöntemi birden kullanmıştır (Ayan 2013).

Ekstremitelerde uyuşma şikayeti gebelerin %23'ünde hafif ve orta derecede şiddetli iken, %75'inde görülmemektedir. Gebelerin %80'i şikayeti gidermek için herhangi bir girişimde bulunmamışken, yardım alanların %80'i non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Özçelik'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %0,3'sinde bacaklarda, %0,2'sinde kollarda uyuşma, Ayan'ın çalışmasında ise gebelerin %3'ünde ekstremitelerde uyuşma şikayeti saptanmıştır. Gebelerin şikayetlerini gidermek için %12,51'i ilaç dışı yöntem kullanırken, %87,5'i hiçbir yöntem kullanmamışlarıdır (Özçelik 2010, Ayan 2013).

Literatür bilgileri ve gebelikte yaşanan olağan şikayetlere yönelik yapılan çalışmaların sonuçları, gebelikte olağan şikayetlerin oldukça yaygın olarak görüldüğünü göstermektedir. Bu şikayetlerin hafifletilmesinde gebenin öz bakımının güçlendirilmesi,

farmakolojik olmayan, gebe ve fetüs sağlığını olumsuz etkilemeyecek yöntemlerin öğretilerek uygulanmasının sağlanması özellikle önem taşımaktadır. Literatürde bu şikayetlerin hafifletilmesi için beslenme, yaşam biçimi değişiklikleri, akupunktur, bitkisel tedaviler gibi ilaç dışı yöntemlerin kullanımının yaygınlaştığı bildirilmektedir. Yukarıda belirtilen çalışma sonuçları ve bizim araştırma sonuçlarımız gebelerin farmakolojik olmayan yöntemleri tercih ettiğini, bu konuda her zaman sağlık profesyonellerine başvurmadıklarını göstermektedir. Gebelerin şikayetlerini hafifletmek için non farmakolojik yöntemlerden doğru ve uygun yöntemleri uygulamaları hem kendi hem de fetüs sağlığı açısından gereklidir. Ebe ve hemşireler tarafından, gebelere antenatal dönemde sık görülen şikayetler ve bunları azaltmayla ilgili yapılabilecekler konusunda sağlık eğitimi yapılmalıdır.

### **5.3. Gebelikteki Yaşanan Olağan Şikayetlerin Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırmamızda gebelerin SF-36 ölçeğinin alt boyutlarından “fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” (34,88±38,82), “ağrı” (45±19,72), “emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” (51,33±37,04) ve “enerji, vitalite/ yorgunluk” (55,95±18,87), alt boyut puan ortalamaları ölçekteki diğer alt boyut puan ortalamalarından daha düşük olarak belirlenmiştir (Tablo16). Bu veri gebelerin fiziksel ve emosyonel sorunlar, ağrı ve yorgunluk nedeniyle iş yaşamında ve günlük aktivitelerinde sorunlar olduğunu göstermektedir. Kahraman’ın Kayseri il merkezinde adölesan gebelerin yaşam kalitesinin 20-29 yaş grubu gebelerle karşılaştırılması adlı 360 gebede yaptığı çalışmada, gebelerin genel olarak yaşam kalitelerinin düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Kahraman 2008). Çalışma sonucumuz, Kahraman’ın çalışma sonucunu desteklemektedir.

Çalışmamızda gebelerin yaş grupları ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında sadece yaş grupları ile “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $\chi^2=7,898$  p=,019) ve “emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” ( $\chi^2=8,543$  p=,014) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu belirlenmiştir. Farklılığın 20-24 yaş grubundaki kadınların “enerji, vitalite/ yorgunluk” ve “emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” puanlarının diğer gruplara göre belirgin bir şekilde daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür.

Kahraman'ın Kayseri il merkezinde adölesan gebelerin yaşam kalitesinin 20-29 yaş grubu gebelerle karşılaştırılması adlı 360 gebede yaptığı çalışmada, 20 yaş altı ve 20-29 yaş grubu gebelerin SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında 20 yaş altındaki gebelerin yaşam kalitesi puanlarının 20-29 yaş grubu gebelerden daha düşük olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ) (Kahraman 2008). Araştırmamız kapsamında 20-34 yaş gebeler yer almaktadır. 20 yaş altı gebeler çalışmamıza alınmamasına rağmen 20-24 yaş grubunun diğer yaş grubu gebelere kıyasla yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiği söylenilebilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $\chi^2=9,601$   $p=,008$ ) ve “emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” ( $\chi^2=12,826$   $p=,002$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 18). Farkın ilköğretim grubundaki kadınların “enerji, vitalite/ yorgunluk” puanlarının üniversite ve üzeri gruba göre daha düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. “Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” puanları için yapılan ileri analizde ise, ilköğretim ve lise grubundaki gebelerin üniversite ve üzeri gruba göre belirgin bir şekilde daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür ( $p > ,05$ ). Bu sonuç doğrultusunda eğitim düzeyi arttıkça olağan şikayetlerle başa çıkmanın daha mümkün olduğu, dolayısıyla yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu söylenilebilir. Kahraman'ın çalışmasında, ilkokul ve altı gebeler ile ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip gebelerin SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında ağrı dışında diğer tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Kahraman 2008). Eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olan gebelerin yaşam kaliteleri daha iyidir. Çalışma sonuçlarımız benzer doğrultudadır.

Altıparmak, Yanikkerem ve Karadeniz'in yapmış olduğu çalışmada gebelerde eğitim düzeyi yüksek olan ve kentsel bölgede yaşayan, gelir düzeyi yüksek olan ailelere mensup olan gebelerin yaşam kaliteleri daha yüksektir (Altıparmak, Yanikkerem ve Karadeniz 2005). Araştırma sonucumuzu, Kahraman'ın ve Altıparmak ve arkadaşlarının çalışma sonucu desteklemektedir.

Gebelik sayısı ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, “sağlığın genel olarak algılanması” ( $\chi^2=9,839$   $p=,007$ ), “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $\chi^2=7,854$   $p=,020$ ) ve “mental sağlık” ( $\chi^2=9,732$   $p=,008$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 18). Farkın üç ve üzeri sayıda

gebeliği olan kadınların puanlarının belirtilen alt boyutlarda daha az sayıda gebeliği olanlara göre düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür ( $p > ,05$ ).

Kahraman'ın çalışmasında gebelik sayısı (ilk gebelik ile ikinci ve üzeri gebelik) ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında “sosyal fonksiyon”, “fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” ve ‘emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < ,05$ ) (Kahraman 2008). Gebelik sayısı iki ve üzeri olan grubun yaşam kaliteleri daha olumsuz etkilenmiştir. Araştırma sonucumuz, Kahraman'ın çalışma sonucuyla benzer özelliktedir.

Gebeliğin planlı olması ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gebeliğini planlamamış olanların yaşam kalitesi puanlarının daha az olduğu belirlenmiştir. Gebeliği planlı olanların puan ortalamalarının olmayanlara göre “ağrı” ( $Z = -2,169$   $p = ,030$ ), “sağlığın genel olarak algılanması” ( $Z = -3,102$   $p = ,002$ ), “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $Z = -2,568$   $p = ,010$ ) ve “mental sağlık” ( $Z = -3,890$   $p = ,000$ ) alt boyutlarında puanların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 18). Kahraman'ın çalışmasında gebeliği isteme durumları ile SF-36 ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Gebeliği isteyen kadınların yaşam kalitesi puanları istemeyen kadınlara göre daha yüksek belirlenmiştir (Kahraman 2008). Araştırma sonucumuz, Kahraman'ın çalışma sonucuyla benzer özelliktedir.

Gebelerin genel olarak sistemlere göre olağan şikayet sayısı ile yaşam kalitesi puanları arasındaki zayıf ve ters yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Gebelikte yaşanan olağan şikayet sayısının, ortalama şikayet sayısının üzerinde olduğu gebelerde yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır (Tablo 20). Gebelikte yaşanan olağan şikayetlerin kadınların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği sonucu ortaya çıkmıştır.

## 6. SONUÇLAR

Bu çalışma, gebeliğin son trimesterinde yaşanan sağlık sorunları ve gebenin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı olarak yapıldı.

Gebelerin %44,5'i 30-34 yaş grubundadır. Gebelerin tümü evlidir ve %42'si ilköğretim mezunudur. Gebelerin %60'ı ev hanımıdır ve büyük kısmı gelir getiren herhangi bir işte çalışmamaktadır (%74,5). Gebelerin tamamına yakını bir sosyal güvenceye sahiptir.

Katılımcıların %77'si çekirdek ailede yaşamaktadır, ekonomik durumu orta düzeyde olup, %58'inin geliri giderine eşittir ve yarısından fazlası büyükşehirde yaşamıştır. Gebelerin eşlerinin %43'ü ilköğretim mezunudur ve tamamına yakını çeşitli mesleklerde çalışmaktadır.

Gebelerin %80'i sigara kullanmazken, %12,5'i gebe kaldığında bırakmış, %6,5'i azaltmış ancak devam etmektedir. Gebelerin %94,5'i alkol kullanmazken, 11 gebe, alkol içmeyi gebe kaldığında bıraktığını bildirmiştir.

Gebelerin %36'sının ilk gebeliği idi, 47 gebe daha önce düşük yapmış ve 26 gebe küretaj olmuştur. Bir önceki gebeliği ile aradaki süre %32'sinde 24 ay ve daha azdır.

Ortalama gebelik haftası  $Ort.\pm SS= 34,91\pm 3,47$  (min.28 maks. 40,6) olup, %38,5'i 37 haftalık ve üzeri gebelik haftasındadır. Gebelerin %67,5'i planlı olup, gebelik kontrolü için sağlık kuruluşuna gitmeye başlama %93'ünde 1-2. aylarda ve daha erken dönemdedir.

Gebelerin %87'sinin gebelikte görülen olağan şikayetler hakkında bilgi sahibi olduğu, %90,5'inin bu durumu gebelikten kaynaklanan normal bir olay olarak gördüğü, gebelik kontrollerinde olağan yakınmalarla baş etme konusunda %79'unun bilgilendirildiği ve bu konuda %83,6'sının doktordan, %16,4'ünün ebe ve hemşireden bilgi aldığı belirlenmiştir.

Gebelerin son trimesterde (28. hafta ve sonrası) yaşadığı olağan şikayetler incelendiğinde, Gebelerde en fazla görülen olağan şikayetler; sık idrara çıkma (%87,5), bel ağrısı (%76,5), halsizlik/yorgunluk (%75,5), midede yanma ve batma (%69,5), kalça/bacak krampları (%64,5), sıcak basması (%63), vajinal akıntı miktarında artma (%60,5), dispepsi (%60), stria (%59) olarak belirlendi.

Gebelerin özellikle, vajinal enfeksiyon (%70,5), midede yanma / batma (%42,2), dispepsi (%31,7), reflü (%31,5), bacaklarda varis (%33,3), ve vajinal akıntıda artma (%29,5), baş ağrısı (%22,9) ve kalça-bacak krampları (%22,5) nedeniyle sağlık profesyonellerinden yardım aldıkları belirlendi.

Midede yanma ve batma şikayeti gebelerin %48,5'inde orta ve şiddetli görülmektedir. Gebelerin %42,2'si bu şikayet nedeniyle sağlık profesyonelinde yardım almış ve şikayeti gidermek için non-farmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri eşit olarak uygulanmıştır. Non-farmakolojik yöntemlerden baharatlı yiyeceklerden uzak durma, süt içme, asitli içecekler içmeme, yiyeceklerine dikkat etme, yağlı yiyecekler yememe, soğuk süt içme, bastırması için ekmek yeme, elma yeme, çaydan uzak durma, nane-limon, havuç yeme, az az sık sık yeme gibi yöntemlere başvurdukları görülmüştür.

Dispepsi şikayeti gebelerin %36,5'inde orta ve şiddetli derecede görülmektedir. Gebelerin %40,8'i bu şikayeti gidermek için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %57,7'si şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır. Yemeklerden sonra yürüyüş yapma, soda içme, sıvı gıdaları arttırma, süt içme, meyve yeme, kuru kaysı yeme, armut yeme 41 gebe tarafından sıklıkla tercih edilen non-farmakolojik yöntemlerdir.

Reflü şikayeti gebelerin %20'sinde hafif derecede görülmektedir. Gebelerin %31,5'i bu nedenle sağlık profesyonelinde yardım almış ve yardım alanların %56,5'i şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır. Bu şikayeti yaşayan 92 gebeden 22'si non-farmakolojik tedavi yöntemlerinden, yatarken yemek yememe, yağlı yiyeceklerden kaçınmayı tercih ettikleri saptanmıştır.

Mide ve bağırsaklarda gaz şikayeti gebelerin %20,5'inde hafif derecede görülmektedir. Şikayeti olan gebelerin %67'si bu soruna yönelik herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %75'i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi

yöntemlerini uygulamıştır. Uygulanan non-farmakolojik tedavi yöntemleri soda içme, sıvı tüketme, kaysı yemedir.

Diş ağrısı, diş eti ağrısı gebelerin %16,5'inde orta derecede görülmektedir. Diş ağrısı şikayetini gidermek için şikayeti olan 79 gebeden %57'si bu şikayeti nedeniyle herhangi bir uygulama yapmamışken, 20'sinin dişetine aspirin koyma, tuzlu su ile gargara yapma, sık diş fırçalama gibi uygulamalar yaptıkları görülmüştür.

Ağız kuruluğu şikayeti gebelerin %31,5'inde hafif ve orta şiddetli derecede görülmektedir. Şikayeti olan 77 gebenin %53,2'si, herhangi bir uygulama yapmamışken, 35 gebe, su içme, sık sık su ile ağız çalkalama gibi non-farmakolojik yöntemleri kullanmıştır.

Bulantı şikayeti gebelerin %22'sinde hafif derecede görülmektedir. Gebelerin %48,6'sı bu şikayet için herhangi bir uygulama yapmamışken, %29,2'si sağlık profesyonellerine başvurmuş ve yardım alanların %45,9'u şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır. Gebelerin uyguladıkları non-farmakolojik yöntemler, tuzlu kraker yeme, yağlı yiyecekler yememidir.

Ayaklarda, alt ekstremitelerde hafif şişlik, ödem şikayeti gebelerin %43,5'inde orta ve şiddetli derecede görülmektedir. Gebelerin %34'ü şikayeti gidermek için, sosyal çevre ve geçmiş tecrübelerle göre çözüm bulmuş ve gebelerin %46'sı non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır. Ödem şikayeti olan 100 gebenin, 46'sı tuzlu yiyeceklerden uzak durma, ayaklarını yüksekte tutma, hamurlu gıdalar almama, varis çorabı giyme, ayak altına yastık koyma gibi uygulamalar yapmıştır.

Çarpıntı şikayeti gebelerin %26,5'inde hafif ve orta şiddetli derecede görülmektedir. Şikayeti olan 61 gebenin %77'si herhangi bir uygulama yapmamışken, gebelerin %23'ü şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini (temiz hava alma, ağır hareketlerden kaçınma) uygulamıştır.

Bacaklarda varis gebelerin %21'inde hafif ve orta derecede görülmektedir. Gebelerin %56,9'u herhangi bir uygulama yapmamışken, çözüm arayan gebelerin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini (fazla ayakta kalmamaya dikkat etme, çatlak kremi sürme) uygulamıştır.

Sık idrara çıkma şikayeti gebelerin %72'sinde orta ve şiddetli derecede görülmektedir. Şikayeti olan 175 gebenin, %82,3'ü herhangi bir uygulama yapmamışken, şikayeti gidermek için yardım alanların %80,6'sı non-farmakolojik tedavi yöntemlerini (düzenli tuvalet alışkanlığı ve bol sıvı alma) uygulamıştır.

Renksiz ve kokusuz vajinal akıntı miktarında artma şikayeti, gebelerin %49,5'inde hafif ve orta şiddetli derecede görülmektedir. Şikayeti olan gebelerin %53,3'ü herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alanların %78,9'u şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır. Non-farmakolojik tedavi yöntemi olarak, günlük ped, intim jel, sık çamaşır değiştirme yöntemlerini tercih etmişlerdir.

Genital bölgede baskı gebelerin %44'ünde görülmezken, %49,5'inde hafif ve orta derecededir. Şikayeti olan gebelerin %63,4'ü bu şikayet nedeniyle herhangi bir uygulama yapmamışken, 39 gebe şikayetini gidermek için, dinlenme, sırtüstü yatma, yürüyüş yapma gibi yöntemleri uygulamışlardır.

Vajinal enfeksiyon gebelerin %30,5'inde hafif ve orta derecede görülmektedir. Gebelerin %70,5'i sağlık profesyoneline yardım almış, yardım alanların %81,4'ü şikayeti gidermek için farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır. Gebelerin şikayetlerini gidermede uyguladığı non-farmakolojik yöntemlerin, uygun iç çamaşırı kullanma, bol sıvı alma olduğu görülmüştür.

Dispne şikayeti gebelerin %44'ünde hafif ve orta derecede görülmektedir. Şikayeti olan gebelerin %74,7'si bu soruna yönelik herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 24 gebenin tümü, şikayeti gidermek için pencere önüne çıkma, açık havada bulunma gibi yöntemleri tercih etmişlerdir.

Burun tıkanıklığı şikayeti gebelerin, %25,5'inde hafif ve orta şiddetli derece görülmektedir. Şikayeti gidermek için gebelerin %59,5'i herhangi bir uygulama yapmamışken, 32 gebenin %81,3'ü burnu gınaşırı temizleme, burun bantları kullanma, okyanus suyu kullanma, burna su, serum fizyolojik çekme yöntemlerini uyguladıkları görülmüştür.

Bel ağrısı kas-iskelet sisteminde en sık görülen şikayet olup, gebelerin %60'ında hafif ve orta derecede görülmektedir. Şikayeti olan gebelerin %58,8'i bu şikayete



yönelik olarak herhangi bir uygulama yapmamışken, 63 gebenin %92,1'i (58 gebe) şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini (dinlenme, otururken beline yastık koyma, masaj yaptırma) uygulamıştır.

Kalça/bacak krampları şikayeti gebelerin %50,5'inde hafif ve orta derecede görülmektedir. Şikayeti olan gebelerin %59,7'si bu sorun nedeniyle herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 52 gebenin %76,5'i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini (hareket ettirme, dinlenme, pozisyon değiştirme, üzerine oturma, masaj yaptırma, egzersiz yapma) uygulamıştır.

Karın/kasık ağrısı gebelerin %48'inde hafif ve orta derecede görülmektedir. Şikayeti olan gebelerin %65,8'i bu şikayeti gidermek için herhangi bir uygulama yapmamışken, 38 gebenin %97,4'ü şikayeti gidermek için dinlenme, hareketlere dikkat etme, ağır hareketlerden kaçınma, ayaklara sıcak su koyma gibi non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Sırt ağrısı şikayeti gebelerin %28'inde orta ve şiddetli derecede iken, %48'inde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %61,5'i sırt ağrısını geçirmek için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 40 gebenin %95'i şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini (sırtüstü yatma, dinlenme, yastıkla oturma) uygulamıştır.

Kalça ağrısı gebelerin %34,5'inde hafif ve orta derecede görülmektedir. Şikayeti olan gebelerin %66,3'ü bu soruna yönelik olarak herhangi bir uygulama yapmamışken, diğer gebelerin (31 gebe) %96,8'i şikayeti gidermek için, dinlenme, ayakta fazla kalmama gibi non-farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamıştır.

Vücutta strialar gebelerin %51,5'inde hafif ve orta derecede görülmektedir. Şikayeti olan gebelerin %47,5'i bu sorunu gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini (badem yağı ve E vitaminli losyon, krem, zeytinyağı, nemlendirici, kakao yağı) uygulamıştır.

Ciltte kaşıntı gebelerin %39'unda hafif ve orta derecede iken %57'sinde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %28,5'i kaşıntıyı gidermek için herhangi bir uygulama yapmamışken, çözüm arayan 29 gebenin %96,6'sı şikayeti gidermek için

non-farmakolojik tedavi yöntemlerinden olan, badem yağı sürme, nemlendirici sürme, ılık duş almayı tercih etmişlerdir.

Halsizlik, yorgunluk en sık görülen şikayet olup, gebelerin %65'inde hafif ve orta derecede görülmektedir. Şikayeti olan gebelerin %88,2'si şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerinden, dinlenme, bir şeyler yeme, mola vererek yürümeyi tercih etmişlerdir.

Sıcak basması, gebelerin %55,5'inde hafif ve orta derecede iken %37'sinde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %78,6'sı bu durum için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 27 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi (temiz hava alma, ince giyinme, cama önüne çıkma, ayakların altına buz torbası koyma ) yöntemlerini uygulamıştır.

Uykusuzluk gebelerin %44'ünde hafif ve orta derecede görülmektedir. Şikayeti olan gebelerin %86'sı uykusuzlukla başa çıkmak için herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 14 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerinden, yoğurt yeme, sessiz ortam sağlama, başındaki yastığı yükseltme, bacak arasına yastık koyma yöntemlerini uygulamaktadırlar.

Depresyon, sinirlilik, ağlama isteği gebelerin %41,5' inde hafif ve orta derecede iken %52'sinde görülmemektedir. Şikayeti olan gebelerin %74'ü bu sorunla başa çıkabilmek için herhangi bir uygulama yapmamış, 24 gebe bu sorunla baş edebilmek için, ağlama, bağırma gibi yöntemleri uygulamışlardır.

Memelerde kaşıntı, gebelerin %18,5'inde orta ve şiddetli derecede görülmektedir. Şikayeti olan gebelerin %63,2'si herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 35 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemlerini (kaşıma, kakao yağı, ılık duş alma ) uygulamıştır.

Çok uyuma gebelerin %29'unda orta ve şiddetli derecede görülmektedir. Gebelerin %72,5'i bu duruma yönelik herhangi bir uygulama yapmamışken, yardım alan 25 gebenin tamamı şikayeti gidermek için non-farmakolojik tedavi yöntemi olan uyumayı tercih etmiştir.

Yaşam kalitesi ölçeği olarak kullanılan SF-36, 8 alt boyuttan oluşan bir ölçek olup, her boyutun puanı yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak şekilde

yorumlanmaktadır. SF-36 ölçeğinin ‘Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’, ‘‘ağrı’’, ‘‘emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’, ‘‘Mental sağlık’’ ve ‘‘Enerji, vitalite/yorgunluk’’ alt boyut ortalama puanları en düşük puanlardır. ‘‘Sosyal fonksiyon’’, ‘‘sağlığın genel olarak algılanması’’ ve ‘‘fiziksel fonksiyon’’ alt boyut puan ortalamaları diğer alt boyutlara göre daha yüksektir. Gebelerin yaşam kalitelerinin ‘‘fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’, ‘‘emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’, ‘‘ağrı’’, ‘‘mental sağlık’’, ve ‘‘enerji, vitalite /yorgunluk alt boyutlarında daha olumsuz etkilendiği görölmektedir.

Gebelerin yaş grupları ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece yaş grupları ile ‘‘enerji, vitalite/ yorgunluk’’ ( $\chi^2=7,898$   $p=,019$ ) ve ‘‘emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’ ( $\chi^2=8,543$   $p=,014$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu belirlenmiştir. Yaş grupları ile diğer 6 alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $p> ,05$ ). Farklılığın 20-24 yaş grubundaki kadınların ‘‘enerji, vitalite/ yorgunluk’’ ve ‘‘emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’ puanlarının diğer gruplara göre belirgin bir şekilde daha düşük olmasından kaynaklandığı görölmüştür.

Eğitim düzeyi ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında ‘‘enerji, vitalite/ yorgunluk’’ ( $\chi^2=9,601$   $p=,008$ ) ve ‘‘emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’ ( $\chi^2=12,826$   $p=,002$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. ‘‘Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’ puanları için yapılan ileri analizde ilköğretim ve lise grubundaki gebelerin üniversite ve üzeri gruba göre belirgin bir şekilde daha düşük olmasından kaynaklandığı görölmüştür. Eğitim düzeyleri ile diğer 6 alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p> ,05$ ).

Gebelerin alışma durumu ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan analizde, çalışan gebelerin çalışmayanlara göre ‘‘fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’ ( $Z=-2,060$   $p=,039$ ) ‘‘enerji, vitalite/ yorgunluk’’ ( $Z=-2,381$   $p=,017$ ) ve ‘‘emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı’’ ( $Z=-2,095$   $p=,036$ ) alt boyutlarında daha yüksek puan ortalamalarının olduğu saptanmıştır.

Gebelerin ekonomik durumu ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir düzeyi yükseldikçe genel olarak yaşam kalitesinin de

yükseldiği görüldü. “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $Z=-8,010$   $p=,018$ ) alt boyutunda gelir düzeyi daha yüksek gebelerin düşük olanlara göre daha yüksek puanlarının olduğu saptanmıştır.

Gebelerin aile tipi ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p> ,05$ ).

Gebelik sayısı ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, “sağlığın genel olarak algılanması” ( $\chi^2=9,839$   $p=,007$ ), “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $\chi^2=7,854$   $p=,020$ ) ve “mental sağlık” ( $\chi^2=9,732$   $p=,008$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu belirlenmiştir. Farkın 3 ve üzeri sayıda gebeliği olan kadınların puanlarının belirtilen alt boyutlarda daha az sayıda gebeliği olanlara göre düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür ( $p> ,05$ ).

Gebelerin canlı doğum sayısı ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 2 ve üzeri sayıda doğum yapanların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farkın canlı doğum sayısı 1 olan gebelerin, 2 ve üzeri olanlara göre “fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” ( $Z=-2,937$   $p=,003$ ) “ağrı” ( $Z=-2,053$   $p=,040$ ) ve “sosyal fonksiyon” ( $Z=-1,958$   $p=,050$ ) alt boyutlarında daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Gebeliğin planlı olması ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gebeliğini planlamamış olanların yaşam kalitesi puanlarının daha az olduğu belirlenmiştir. Gebeliği planlı olanların puan ortalamalarının olmayanlara göre “ağrı” ( $Z=-2,169$   $p=,030$ ), “sağlığın genel olarak algılanması” ( $Z=-3,102$   $p=,002$ ), “enerji, vitalite/ yorgunluk” ( $Z=-2,568$   $p=,010$ ) ve “mental sağlık” ( $Z=-3,890$   $p=,000$ ) alt boyutlarında puanların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelerin gebelik haftası ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, “sosyal fonksiyon” ( $\chi^2=6,590$   $p=,037$ ) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu belirlenmiştir.

Antenatal kontrollerde olağan yakınmalarla baş etmeye yönelik bilgilendirilme durumu ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bilgilendirilen

gebelerin yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olmasına karşın, yapılan analizde farkın istatistiksel olarak anlamlı derecede olmadığı görülmüştür ( $p > ,05$ ).

Gastrointestinal sistem şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “ağrı” ve “enerji, vitalite/yorgunluk” alt boyut puanları arasında ters yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki belirlenmiştir.

Kardiyovasküler sistem şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “ağrı” alt boyutu ile zayıf düzeyde olmak üzere diğer tüm alt boyutları arasında ters yönde, ancak çok zayıf düzeyde bir ilişki belirlenmiştir.

Ürogenital sistem şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “ağrı”, “sağlığın genel olarak algılanması” ve “enerji, vitalite/yorgunluk” alt boyutları arasında ters yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki saptanmıştır.

Solunum sistemi şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında ters yönde, ancak çok zayıf düzeyde bir ilişki belirlenmiştir.

Kas iskelet sistemi şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “ağrı” alt boyutu arasında ters yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki saptanmıştır.

Cilde ilişkin şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı” ve “sosyal fonksiyon” alt boyutları arasında ters yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki belirlenmiştir.

Diğer sistemik şikayet sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin “ağrı”, “enerji, vitalite/yorgunluk”, “sosyal fonksiyon” ve “mental sağlık” alt boyutları arasında ters yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki belirlenmiştir.

Gebelerin şikayet sayısı arttıkça yaşam kalitesi alt boyut puanlarının düştüğü görülmüştür.

Gebelerin ortalama şikayet sayıları ile yaşam kalitesi düzeyleri karşılaştırıldığında; şikayet sayısı ortalamanın üstünde olan gebelerin, tüm alt boyutlarda yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Gebelerin yaşadıkları sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelendiği bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda;**

Antenatal eğitim sınıflarının yaygınlaştırılması ve tım gebelerin bu hizmetten yararlanabilmesi,

Gebelikte gırülen olağan şikayetler ve tedavisine yınelik sağlıklı uygulamaların onemi konusunda hemşire ve ebelere yınelik hizmet iči eğitim programlarının hazırlanması,

Hemşire ve ebelerin antenatal kontroller sırasında gebelikteki olağan yakınmalar ve tedavisi konusuna onem vermesi, farmakolojik yınentemler dışındaki yınentemler üzerinde durulması, gebelerin uyguladıkları yınentemlerin belirlenerek, uygun yınentem kullanımlarının sağlanması,

Gebelikte gırülen fizyolojik, psikolojik değişiklikler, olağan yakınmalar ve tedavisi konusunda basılı materyal hazırlanması ve antenatal kontroller sırasında tım gebelere verilmesi onerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

Akpınar O. Gebelik ve kapak hastalıkları. Anadolu Kardiyoloji Dergisi; 9(1);25-34, 2009.

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

Altıparmak S, Yanıkkere E, Karadeniz G. Gebelerin Sosyodemografik Özellikler, Gebelik Sorunları İle Yaşam Kalitesi İlişkisi. MN-Klinik Bilimler & Doktor ;11(5):536-542, 2005.

Altıparmak S. Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin,; 5 (6), 2006.

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

Arslan B. Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Isparta.2010.

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

Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 30: 81-85, 2004.

Ayan R. Gebelerin Olağan Şikayetleriyle Başa Çıkma Yolları ve Etkileyen Faktörler. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.

Aydemir Ö. Konsülasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü Kısa Formu-S36 (SF-36), 3p Dergisi 7, 14-22, 1999.

Babadağlı B. Gebelik Yaşının Fizyolojik, Psikolojik Değişikliklere, Komplikasyonlara ve Doğuma Yönelik Etkilerinin Belirlenmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2003.

Baykal Z. Bel Ağrısı Olan Gebelerde Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı Algısına ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008.

- Berkman S. Doğum Bilgileri. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 9-17. 2004.
- Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 6(6):479-484, 2007.
- Brynhildsen J, Hansson A, Persson A, Hammar M. Follow up of patients with low back pain during pregnancy. *Obstetrics&Gynecology*; 91:182-6, 1998.
- Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2005.
- Cengiz C, Kimya Y. Maternal Fizyoloji. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. Eds. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Öncü Basımevi, Ankara, s.163-176, 2008.
- Ceviz C. Diş Hekimliğinde Sık Kullanılan İlaçların Gebelik Üzerindeki Etkileri. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı, Bitirme Tezi, İzmir, 2008.
- Chou FH, Chen CH, Kuo SH, Tzeng YL. Experience of Taiwanese women living with nausea and vomiting during pregnancy. *J Midwifery Womens Health*;; 51(5):370-5, 2006.
- Coşkun A. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, sayfa 131-166, Koç Üniversitesi Yayınları. Promat Basım Yayım San. ve Tic. A. Ş. İstanbul, 2012.
- Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilsrap L, Hauth J, Wenstrom K. Williams Doğum Bilgisi. Çeviren: Akman A. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2005.
- Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi. 2006.
- Çoban A. Gebeliğin Son Döneminde Ayak ve Ayak Bileğinde Görülen Fizyolojik Ödemin Azaltılmasında Ayak Masajının Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2007.
- Çoban A, Yanikkerem UE. Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *Ege Journal of Medicine / Ege Tıp Dergisi* 49(2): 87-94, 2010.
- Davis M. Nausea and vomiting of pregnancy an evidence based review. *Journal of Perinatal ve Neonatal Nursing*; 18(4); 312-328, 2004.
- Demiryay A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2006.



Ege E, Eryılmaz G. Erken Gebelik Dönemi Bulantı ve Kusması Olan Gebelerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumunun İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 3, Sayı: I, 2000.

Elveren C. Aydın Doğumunda Doğum Yapmış Olan Kadınların Doğum Öncesi Bakımları ve Gebelik Süresindeki Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. T.C Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Aydın, 2008.

Er S. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006,

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

Fenikçi İV. Maternal Fizyoloji. İçinde: Çiçek MN, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara. Öncü Basımevi; s. 161-169, 2004.

Gadsby R, Barnie-Adshead A, Jagger C. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. Br J Gen Pract.;43:245-248. 1993.

Gearhart PA, Levin PJ, Schimpf MO. Expanding on earlier findings a vulvar varicosity grew larger with each pregnancy. American Journal of Obstetrics & Gynecology, p.89, 2014.

Gökşin E, Sakıncı M. Normal Gebelik ve Prenatal Bakım. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. eds. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Öncü Basımevi, Ankara, s.177-188, 2008.

Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.

Günalp G, Tuncer Z. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Pelikan. 2004.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008, Ankara, 2009.

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

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

İşbir GG. Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Danışmanlığın Gebelikte Bulantı Kusmaya Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2011.

Kahraman S. Kayseri İl Merkezindeki Adölesan Gebelerin Yaşam Kalitesinin 20-29 Yaş Grubu Gebelerle Karşılaştırılması. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri, 2009.

Kalinowsky LB. ECT in pregnancy. Am J Psychiatry, p. 141:1643. 1984.

Karanisoğlu H. Gebelik ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Seçim H. ed. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Eskişehir Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, s. 150-199, 1992.

Katonis P, Kampouroglou A, Aggelopoulos A, Kakavelakis K, Lykoudis S, Makrigiannakis A, Alpantaki K. Pregnancy-related low back pain. Hippokratia.;15,3: 205-210, 2011.

Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2008.

Kısacık G, Gölbaşı Z. Gebe Kadınların Sigara İçme Davranışları ve Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgileri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.;19(4):197-205, 2009.

Köken G, Coşar E, Şahin F, Arıöz D, Yeşildağ E, Yılmaz M. Erken gebelikte bulantı ve kusmaya etki eden faktörler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi; 6(2);92-6, 2009.

Lobel M, Devinent C, Kaminer A, Meyer BA. The Impact Of Prenatal Maternal Stres And Optimistic Disposition On Birth Outcomes In Medically High-Risk Women. Health Psychology;19(6);544-553, 2000.

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

Lowdermilk DL. Maternity and Women' s Health Care. 6th ed. Missouri. Mosby-Years Book, 1997.

Lowdermilk P, Wilson WH. Maternal Child Nursing Care. p. 329-369, 3th ed. Mosby Inc. Philadelphia, 2006.

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

Matthews A, Dowswell T, Haas DM, Doyle M, O'Mathuna DP. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database of Syst Rev.*;8:(9), 2014.

Mckinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. *Maternal-Child Nursing*, p. 270-272, 3th ed. An Imprint of Elsevier Inc. Canada, 2009.

Mete S. Doğum öncesi bakım. İçinde: Şirin A, Kavlak O, eds. *Kadın Sağlığı*. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Yayıncılık; s. 489-500, 2008.

Mungan T. Normal gebelik ve prenatal bakım. İçinde: Saraçoğlu F, ed. *Çağdaş Obstetrik&Jinekolojik Teşhis&Tedavi*. İstanbul: Barış Kitabevi; s. 221-234, 1994.

Nazik E. Gebelikte Görülen Olağan Rahatsızlıklar ve Gebelerin Uyguladıkları Baş Etme Yöntemleri. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2005.

Neilson JP. Interventions for heartburn in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* ; (4):2014.

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

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

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

Önay D. Konya İl Merkezinde Gebe Kadınların Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Durumları ve Bunun Yeni Doğan Üzerine Etkisi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Fakültesi, Doktora Tezi, Ankara, 2006.

Özçelik G. Aydın İlinde Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Aydın, 2010.

Pınar R. Diabetes Mellitus Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1995.

Pınar T, Çakmak ZA, Saygun M, Pınar G, Ulu N. Gebelikte anormal vajinal akıntı üzerine etkili risk faktörleri. Tıp Araştırmaları Dergisi.; 7 (2) :79 – 86,2009.

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

Sapmaz E, Bulgan E, Pekdemir M. Gebelerde görülen karpal tünel sendromunda el bileğinin proksimaline steroid infiltrasyonu. Perinatoloji Dergisi; 9(1);51-53, 2001.

Scoot JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Danforth Obstetric and Gynecology. Danforth Obstetrik ve Jinekoloji. Çeviren: Erez S, Yüce Yayınevi, İstanbul, 1997.

Sherman PV, Flaxman SM. Nausea and vomiting of pregnancy an evolutionary perspective. Am J Obstetrics and Gynaecology; 186; 190-197, 2002.

Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:2. 2006.

Sunal N, Demiryay A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınlıklar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:12, 2009.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, s. 251-274, 8. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, İstanbul, 2007.

Taşpınar A. Normal Gebelik. İçinde: Şirin A, Kavlak O, eds. Kadın Sağlığı. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Yayıncılık; s. 453-470, 2008.

Timur S, Kızılırmak A. Gebelerin Bulantı Kusma ile Baş Etme Yöntemleri. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi, Cilt 19 - Sayı 3: 129-134, 2011.

Tosal B, Richart M, Luqua PM, Gutierrez L, Pastor GR, Cabrero GJ, Reig Fa. Gastrointestinal signs and symptoms during pregnancy and postpartum in a sample of Spanish women. Atencion Primaria; 28(1): 53-8, 2001.

Uludağ S, Çepni İ. Gebelikte Annede Oluşan Fizyolojik Değişiklikler. İçinde: Uludağ S, Gezer A, Benian A, eds. Kadın hastalıkları ve doğum ders kitabı. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basın ve Yayınevi Müdürlüğü; s.109-125, 2009.

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

Varney H. *Varney' s Midwifery*, p. 267-280, 3th ed, Jones and Bardlett Publishers, Boston,1997.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short -Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Med, Care*; 30:473-483, 1992.

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

Yanikkerem EU. Gastroözofageal Reflüsü Olan Gebelerde Hemşirelik Yönetiminin Yaşam ve Uyku Kalitesi İle İlaç Kullanımına Etkisi. T.C Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2009.

Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşçu K. Huzurevinde kalan demansı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler, *Turk J Geriatrics*;9: 143-9, 2006.

Yazıcı S, Demirsoy G. Gebelikte üriner sistem enfeksiyonu ve genital hijyen, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*; 19(5):241-8, 2009.

Yekenkunrul D. Gebelikte Bulantı Kusma, Evlilik Uyumu ve Eş İlişkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2010.

Yenal K. WEB Ortamında Yapılan Gebe Eğitim Programının Gebelerin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2006.

Yılmaz A. Eşler arasındaki uyum: Kurumsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*; 1(4): 49-58, 2001.

Yılmaz S. Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2010.

## 8. EKLER

### EK 1. SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

#### Araştırmacının açıklaması:

“Gebeliğin Son Trimesterinde Yaşanan Sağlık Sorunları ve Gebenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” konulu bir araştırma yapmaktayız. Sizde bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Eğer araştırmaya katılırsanız elde edilen veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla toplu olarak kullanılacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size de katılmanız halinde herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum size herhangi bir zarar getirmeyecektir.

**Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**  
**Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi**  
**Hemşire Solmaz TÜRKMEN**

1.Yaşınız nedir? .....

1( )15-19 2( )20-24 3( )25-29 4( )30-34

2.Medeni durumunuz nedir?

1( )Evli 2( )Bekar 3( )Boşanmış 4( )Diğer.....

3.Eğitim düzeyiniz nedir?

1( )Okur yazar değil 2( )İlkokul/Ortaokul 3( )Lise 4( )Üniversite/Yüksekokul 5( )Diğer..

4.Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1( )Çalışıyor 2( )Çalışmıyor 3( )Diğer .....

5.Mesleğiniz nedir?

1( )Ev Hanımı 2( )Memur 3( )İşçi 4( )Serbest meslek 5( )Diğer .....

6.Sağlık güvenceniz var mı?

1( )Evet 2( )Hayır

7.Yanıtınız “Evet” ise sağlık güvenceniz nedir?

1( )SGK 2( )Yeşil kart 3( )Ücretli 4( )Analık hali 5( )Diğer....

8.Nasıl bir aile tipine sahipsiniz?

1( )Çekirdek aile 2( )Geniş aile 3( )Parçalanmış aile 4( )Diğer .....

9.Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

1( )Okur yazar değil 2( )İlkokul/Ortaokul 3( )Lise 4( )Üniversite/Yüksekokul 5( )Diğer..

10.Eşinizin mesleği nedir?

1( )İşsiz 2( )Memur 3( )İşçi 4( )Serbest meslek 5( )Diğer .....

11.Aylık gelir düzeyiniz nedir?

1( )Gelir giderden az 2( )Gelir gidere eşit 3( )Gelir giderden fazla

12.Bu güne kadar en uzun yaşadığınız yer neresidir?

1( )Büyük şehir 2( )İl (Şehir) 3( )İlçe 4( )Köy

13.Bu gebelik kaçınıcı gebeliğiniz?

1( )Bir 2( )İki 3( )Üç 4( )Dört 5( )Beş ve üzeri

14.Kaç düşük yaptınız?

1( )Bir 2( )İki 3( )Üç 4( )Dört 5( )Beş ve üzeri 6( )Hiç

15.Kaç kez küretaj oldunuz?

1( )Bir 2( )İki 3( )Üç 4( )Dört 5( )Beş ve üzeri 6( )Hiç

16.Kaç canlı doğum yaptınız?

1( )Bir 2( )İki 3( )Üç 4( )Dört 5( )Beş ve üzeri 6( )Hiç

17.Kaç ölü doğum yaptınız?

1( )Bir 2( )İki 3( )Üç 4( )Dört 5( )Beş ve üzeri 6( )Hiç

18.Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?

1( )Bir 2( )İki 3( )Üç 4( )Dört 5( )Beş ve üzeri 6( )Hiç

19.Bir önceki gebeliğiniz ile bu gebeliğiniz arasındaki süre ne kadar?

1( )24 ay ve daha az 2( )25 ay ve üzeri 3( )İlk gebeliğim

20.Önceki gebeliklerinizde doğumsal hastalık (anomali) var mı?

1( )Evet 2( )Hayır 3( )İlk gebeliğim

21.Sigara kullanıyor musunuz?

1( )Gebelik öncesi kullandığım kadar devam ediyorum

2( )Gebelikte arttırdım

3( )Gebelikte azalttım

- 4( )Gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım  
5( )Kullanmıyorum

22. Alkol kullanıyor musunuz?

- 1( )Gebelik öncesi kullandığım kadar devam ediyorum  
2( )Gebelikte arttırdım  
3( )Gebelikte azalttım  
4( )Gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım  
5( )Kullanmıyorum

23. Bu gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

- 1( )Evet 2( )Hayır

24. Gebeliğinizi ne zaman öğrendiniz?

- 1( )Bir ay 2( )İki ay 3( )Üç ay 4( )Dört ay  
5( )Beş ay 6( )Altı ay ve üzeri 7( )Bilmiyorum

25. Şu an kaç haftalık gebesiniz?.....

26. Gebelikte olağan şikayetler hakkında bilgi sahibi misiniz?

- 1( )Evet 2( )Hayır

27. Gebeliğinizde yaşadığımız yakınmalarla ilgili düşünceniz nedir?

- 1( )Gebelikten kaynaklanan normal durum  
2( )Gebelikte ortaya çıkan bir hastalık  
3( )Hiç yakınmam olmadı  
4( )Diğer (Belirtiniz).....

28. Gebeliğinizin kaçınıcı ayında kontrole gitmeye başladınız?

- 1( )1 aydan az 2( )1-2 ay arası 3( )3-4 ay arası 4( )5-6 ay arası 5( )7 ay ve daha fazla

29. Gebeliğiniz boyunca kaç kez sağlık kuruluşuna kontrole gittiniz?

- 1( )1-2 kez 2( )3-4 kez 3( )5-6 kez 4( )7-8 kez  
5( )9 kez ve üzeri 6( )Bilmiyorum

30. Kontrollerde, olağan yakınmalarla baş etme ile ilgili size bilgi verildi mi?

- 1( )Evet 2( )Hayır

31. Cevabınız evet ise bilgiyi kim verdi?

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



## EK-2. GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKAYETLER

34. Aşağıdaki tabloda gebeliğinizin son trimesterinde (27. Haftadan sonra) yaşadığınız sağlık sorunları, şiddeti ve şikayetinize yönelik ne yaptığınız sorulmaktadır. Lütfen size en uygun olanı işaretleyiniz.

GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKAYETLER	YOK	HAFİF	ORTA	ŞİDDETLİ	ŞİKAYETİNİZE YÖNELİK NE YAPTINIZ?			ŞİKAYETİ GEÇİRMEK İÇİN YAPTIĞI UYGULAMA (ILAÇ, İLAÇ DIŞI UYGULAMA) YAZILACAK.
					Hiçbir şey yapmadım	Yakın akraba, geçmiş tecrübelerime dayanarak çözüm buldum.	Bir sağlık personelinden (doktor, hemşire vb.) yardım aldım.	
Bulantı								
Kusma								
Burun tıkanıklığı								
Aşırı tükrük salgılanması (Pityalizm)								
İştahta artma								
İştahta azalma								
Midede yanma ve batma								
Dispepsi								
Besin dışındaki maddelere karşı yeme isteğinin artması (pika)								
Diş eti kanaması								

GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKAYETLER	YOK	HAFIF	ORTA	ŞİDDETLİ	ŞİKAYETİNİZE YÖNELİK NE YAPTINIZ?			Şikayeti geçirmek için yaptığı uygulama (ilaç, ilaç dışı uygulama) yazılacak.
					Hiçbir şey yapmadım	Yakın akraba, geçmiş tecrübelerime dayanarak çözüm buldum.	Bir sağlık personelinden (doktor, hemşire vb.) yardım aldım.	
Diş ağrısı, diş eti ağrısı								
Sık idrara çıkma								
İdrar kaçıрма								
Renksiz ve kokusuz vajinal akıntı miktarında artma								
Vajinal enfeksiyon								
Vajinal kanama								
Genital bölgede baskı								
Böbrek ağrısı								
Bel ağrısı								
Kuyruk sokumu ağrısı								
Kalça ağrısı								

GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKAYETLER	YOK	HAFİF	ORTA	ŞİDDETLİ	ŞİKAYETİNİZE YÖNELİK NE YAPTINIZ?			Şikayeti geçirmek için yaptığı uygulama (ilaç, ilaç dışı uygulama) yazılacak.
					Hiçbir şey yapmadım	Yakın akraba, geçmiş tecrübelerime dayanarak çözüm buldum.	Bir sağlık personelinden (doktor, hemşire vb.) yardım aldım.	
Kalça/bacak krampları								
Karın/kasık ağrısı								
Sırt ağrısı								
Siyatik ağrı (bacağa vuran bel ağrısı)								
Baş ağrısı								
Göğüslerde ağrı ve hassasiyet								
Göğüslerde kaşıntı								
Halsizlik, yorgunluk								
Çok uyuma								
Uykusuzluk								
Bacaklarda varis								
Genital bölgede varis								

GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKAYETLER	YOK	HAFİF	ORTA	ŞİDDETLİ	ŞİKAYETİNİZE YÖNELİK NE YAPTINIZ?			Şikayeti geçirmek için yaptığı uygulama (ilaç, ilaç dışı uygulama) yazılacak.
					Hiçbir şey yapmadım.	Yakın akraba, geçmiş tecrübelerime dayanarak çözüm buldum.	Bir sağlık personelinen (doktor, hemşire vb.) yardım aldım.	
Gaz şikayeti (mide ve bağırsaklarda)								
Basur (hemoroid)								
Kabızlık (konstipasyon)								
İshal								
Nefes darlığı , Solunum sıkıntısı								
Karpal tunel sendromu (elin baş parmağında sızlama, uyuşukluk)								
Sıcak basması								
Yemeklerden sonra yemek borusunda yanma hissinin oluşması (reflü)								
Vücutta çatlaklar (Stria)								
Ciltte kaşıntı								
Çarpıntı								

GEBELİĞİN 3. TRİMESTERİNDE OLAĞAN ŞİKAYETLER	YOK	HAFİF	ORTA	ŞİDDETLİ	ŞİKAYETİNİZE YÖNELİK NE YAPTINIZ?			
					Hiçbir şey yapmadım .	Yakın akraba, geçmiş tecrübelerime dayanarak çözüm buldum.	Bir sağlık personelinden (doktor, hemşire vb.) yardım aldım.	
Depresyon, sinirlilik, ağlama isteği								
Ağız kuruluğu								
Aşerme								
Baş dönmesi								
Deri renginde koyulaşma								
Ellerde, ayaklarda uyuşma								
Ayaklarda, alt ekstremitelerde hafif şişlik, ödem								

### EK-3. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınızdaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu size uygun olan maddeyi seçerek cevaplayınız.

Teşekkür ederim.

1. Genel olarak sağlığınızdaki için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a. Mükemmel
- b. Çok iyi
- c. İyi
- d. Orta
- e. Kötü

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızdaki nasıl değerlendirirsiniz?

- a. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
- b. Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
- c. Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
- d. Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
- e. Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız aktivitelerle ilgilidir. Sağlığınızdaki şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

FAALİYETLER	Evet Oldukça Kısıtlıyor	Evet Biraz Kısıtlıyor	Hayır Hiç Kısıtlamıyor
a. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi büyük çaba gerektiren aktiviteler	1	2	3
b. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek gibi orta/hafif aktiviteler	1	2	3
c. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	1	2	3
d. Merdivenle çok sayıda kat çıkma	1	2	3

e. Merdivenle bir kat çıkma	1	2	3
f. Eğilme veya diz çökme	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürüme	1	2	3
h. Birkaç sokak öteye yürüme	1	2	3
ı. Yüz metre yürüme	1	2	3
j. Banyo yapma veya giyinme	1	2	3

4. Son 4 hafta boyunca, bedensel sağlığımızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
c. İş veya diğer aktivitelerinizde kısıtlama oldu mu?	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yapmakta zorlandınız mı?	1	2

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin üzüntü veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizde ilgili olarak aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
c. İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	1	2

6. Son 4 hafta boyunca, bedensel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Oldukça etkiledi
- Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca, ne kadar ağrınız oldu?

- a. Hiç
- b. Çok hafif
- c. Hafif
- d. Orta
- e. Şiddetli
- f. Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a. Hiç etkilemedi
- b. Biraz etkiledi
- c. Orta derecede etkiledi
- d. Oldukça etkiledi
- e. Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çok enerjik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
i. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6



10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a. Her zaman
- b. Çoğu zaman
- c. Bazen
- d. Nadiren
- e. Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? (Her ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.)

	Kesinlikle Doğru	oğunlukla Doğru	Bilmiyorum	ok Kere Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Diğer insanlardan daha fazla hastalanır gibiyim.	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mkemmел.	1	2	3	4	5

## EK 4. TEZİN YAPILACAĞI HASTANELERDEN ALINAN UYGULAMA İZİNLERİ



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 34507216/ 1239  
Konu: Solmaz TÜRKMEN Hk.

19/02/2014

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİNE  
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İlgi; 10/02/2014 tarih ve 70 sayılı yazınız,

İlgi yazıda adı geçen **Solmaz TÜRKMEN** ile ilgili Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan alınan 19/02/2014 tarih ve 464 sayılı yazı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Haluk EMİR  
Başhekim

EK:

- 1- İlgi yazı (5 sayfa)
- 2- Yazı (1 sayfa)

E.Ç.

19. / 02 / 2014 Şb. Müd. V. KENDİR

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

ADRES: Fatih/ İSTANBUL - Yazı İşleri: 0212 414 30 00 Dahili: 21153 Fax: 0212 633 29 87



T.C  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 52825153/ 466  
Konu :

İstanbul 19.02.14

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANE BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi: 13.02.2014 tarih ve 1230 sayılı yazı.

İlgi yazınız gereği; Yüksek lisans programı öğrencisi Solmaz TÜRKMEN'in İstanbul Medipol Üniversitesi Klinik araştırmalar etik kurul onaylı "Gebeliğin son Trimesterinde Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" isimli tez çalışması kapsamındaki gebe polikliniğinde yapmak istediği anket çalışması Anabilim Dalı Başkanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygıyla arz olunur.

Prof.Dr.Velittin YEDİGÖZ  
Anabilim Dalı Başkanı

Not: Yanıtlarımızda yazımızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa / İSTANBUL  
Telefon 0 (212) 414 30 00 Dahili : 21400


T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

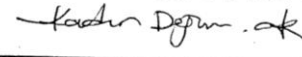
Sayı : 31034136 / 302.08.01 - 70  
Konu: Solmaz TÜRKMEN-Anket Çalışması

10.02.2014

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Solmaz TÜRKMEN'in, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Gebeliğin son Trimesterinde Yaşanan Sağlık Sorunları ve Gebenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniği'nde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

  
Prof. Dr. Nesrin EMEKLİ  
Müdür V

İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı  
Sıra No: 1230  
Tarih: 13.02.2014  


Tel: (0212) 453 49 10  
Faks: (0212) 531 75 55  
Web: www.medipol.edu.tr  
Bilgi için: gerbatu@medipol.edu.tr

Adres: Atatürk Bulvarı, No:27, 39083  
Unkapanı/İSTANBUL

07/02/2014

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

Danışmanı olduğum E3120020 numaralı Solmaz TÜRKMEN isimli yüksek lisans öğrenciniz İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onayını almış olduğu "Gebeliğin Son Trimesterinde Yaşanan Sağlık Sorunları ve Gebenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı tez araştırma verilerini Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniği'nde toplayabilmesi konusunda iznin verilmesi için gereğini saygılarımla arz ederim.

Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNA

Prof. Dr. Nezihe KAYA BEJİ  
Hemşirelik Bölümü Başkanı

## EK 5. TEZ ETİK KURUL ONAYI

T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 10840098 – 09  
Konu: Etik Kurulu Kararı

07.01.2014

Sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Gebeliğin son trimesterinde yaşanan sağlık sorunları ve gebenin yaşam kalitesi üzerine etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurul kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan  
Araştırmalar Etik Kurulu  
Başkanı

EK:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)680 53 00  
Faks: (0212)531 75 55  
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19, 34810  
Kavacık/BEYKOZ



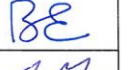

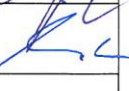
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR  
FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebeliğin son trimesterinde yaşanan sağlık sorunları ve gebenin yaşam kalitesi üzerine etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	07.01.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	07.01.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 09		Tarih: 7.1.2014		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oy birliği" ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna EREN	Halk Sağlığı	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma



## EK 6. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Kadın Sağlığı Hemşireliği alanında yüksek lisans öğrencisiyim ve bir bilimsel çalışma yapmaktayım. Bu çalışma, gebeliğin son trimesterinde yaşanan sağlık sorunları ve gebenin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Çalışmaya katılmadığınızda herhangi bir cezai durumla karşılaşmanız söz konusu değildir. Bu araştırmanın SGK ile bir bağlantısı olmamakla beraber sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size bir ücret ödenmeyecektir. Dolduracağınız anket bilgilerinde kimlik bilgileriniz yer almayacaktır ve sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece araştırmanın raporunda kullanılacaktır. Araştırmanın herhangi bir zamanında gerekçeli veya gerekçesiz olarak ayrılabilirsiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

TARİH:

Katılımcı Adı Soyadı:

Bilgilendirenin Adı Soyadı:

İmza:

İmza:

Tel:

Tel:

Adres:

Adres:

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı	Solmaz	Soyadı	TÜRKMEN
Doğ.Yeri	ÜRGÜP	Doğ.Tar.	08.10.1975
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	19199362820
Email	<a href="mailto:ss_turkmen@hotmail.com">ss_turkmen@hotmail.com</a>	Tel	5323008635

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2011
Lise	Fevziçakmak Lisesi	1996

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi	1999-2005
2.	Hemşire	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2005-Halen
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Zayıf	Orta		

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi