

T.C
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HİPEREMEZİS GRAVİDARUM TANISI ALAN GEBELERDE GEBELİK UYUMUNUN SAĞLIK UYGULAMALARINA ETKİSİ

Öznur AKÇAYÜZLÜ

**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Doç. Dr. Evşen NAZİK**

ADANA – 2017

KABUL ve ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan
Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerde Gebelik Uyumuun Sağlık Uygulamalarına Etkisi”
adlı çalışma, aşğıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 17/11 2017

TEZ SINAV JÜRİSİ


Doç. Dr. Evsah NAZİK
Çukurova Üniversitesi
Başkan


Doç. Dr. Sevdan ARSLAN
Çukurova Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Serap EİLER APAY
Atatürk Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve
edilmiştir.

sayılı kararı ile kabul

Prof. Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI
ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 17.11.2017

İMZA

Adı Soyadı

ÖZGÜR AKÇAYLI
CA

Kayıtlı olunan Program : Hemşirelik Yüksek Lisans ABD
Tezin Konusu : Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerde Gebelik
Uyumunun Sağlık Uygulamalarına Etkisi

Tezin Türü : Yüksek Lisans : ☒ Doktora: ☐

Danışmanın Adı-Soyadı : Doç.Dr.Evşen NAZİK
Danışmanın İletişim Bilgileri
Telefon : 03223386484-1133
E-Posta : enazik@cu.edu.tr

Öğrencinin İletişim Bilgileri
Telefon : 533 498 28 73
E-Posta : oznuryutman@hotmail.com
Adresi : Ç.Ü.Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik
Bölümü

**Bu belgenin Lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.*

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca ve tez dönemimin her aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, sabır ve özveri ile ilgilenen, kendisiyle tanışma ve birlikte çalışma fırsatı elde ettiğim ve öğrencisi olduğum için bana kendimi şanslı hissettiren saygıdeğer hocam sayın Doç. Dr. Evşen NAZİK' e sonsuz şükranlarımı sunarım.

Tanıştığım ilk günden itibaren hayatın her aşamasında yanımda olan, desteğini esirgemeyen ve sabır gösteren hayat arkadaşım, eşim Metin AKÇAYÜZLÜ'ye, ve tezimin verilerini topladığım günden itibaren benimle birlikte hareket eden içimde usul usul filizlenen canım oğlum Ozan'a,

Lisansüstü eğitimime katkıda bulunan bütün hocalarıma, öğrenim hayatım ve sosyal hayatıma olumlu ve motive eden konuşmalarıyla beni destekleyen Doç. Dr. Sevban ARSLAN hocama,

Bilime duyduğum ilgi ve merakımı fark edip yüksek lisansa başvurmama ve Evşen Nazik hocamla tanışmama vesile olan, çalışma arkadaşım Dr. Selçuk NAZİK'e

Ve çalışmama katılarak bana yardımcı olan tüm kadınlara desteklerinden dolayı sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hiperemesis Gravidarumun Tanımı	4
2.2. Hiperemesis Gravidarum Etiyolojisi	5
2.3. Hiperemesis Gravidarumun Belirtileri	6
2.4. Hiperemesis Gravidarumda Tanı	6
2.5. Hiperemesis Gravidarumda Tedavi	7
2.6. Hiperemesis Gravidarumda Hemşirelik Bakımı	8
2.7. Hiperemesis Gravidarum ve Gebeliğe Uyum	10
2.8. Hiperemesis Gravidarum ve Sağlıklı Yaşam Davranışları	12
2.8.1. Gebelikte Meme Bakımı	13
2.8.2. Gebelikte Beslenme	14
2.8.3. Gebelikte Hijyen Alışkanlıkları	15
2.8.4. Gebelikte Giyinme	15
2.8.5. Gebelikte Egzersiz	16
2.8.6. Gebelikte Bağışıklama ve İlaç Kullanımı	17
2.8.7. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Aktivite	18
2.8.8. Gebelikte Uyku ve İstirahat	18
2.8.9. Gebelikte Seyahat	19
2.8.10. Gebelikte Çalışma Hayatı	19
2.8.11. Gebelikte Sigara ve Alkol Kullanımı	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.5. Verilerin Toplanması	23
3.5.1. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)	23
3.5.1.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) (EK-2).....	24
3.5.1.3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (EK-3).....	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	25
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR	53
EKLER	59
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	59
EK-2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ).....	61
EK-3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği(GSUÖ).....	68
EK-4. Etik Kurul Onayı	72
EK-5. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumların Resmi İzin Yazıları.....	73
EK-6. Gönüllülerin Bilgilendirildiği Ve Rızasının Alındığını Gösteren Metin.....	75
EK-7. Ölçek Kullanma İzin Yazıları.....	76
ÖZGEÇMİŞ	78

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge No:

Sayfa No:

Çizelge 3.1.	PKDÖ ve Alt Boyutlarına Ait Madde Sayısı, Alınabilecek En Düşük- En Yüksek Puanlar ve Cronbach Alfa Değerleri.....	24
Çizelge 4.1.	Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	28
Çizelge 4.2.	Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	29
Çizelge 4.3.	Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin PKDÖ ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	30
Çizelge 4.4.	Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile PKDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Çizelge 4.5.	Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile PKDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Çizelge 4.6.	Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı.....	36
Çizelge 4.7.	Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile GSUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
Çizelge 4.8.	Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile GSUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Çizelge 4.9.	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği İle Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğinin Korelasyon Analizi	42
Çizelge 4.10.	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları İle Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Korelasyon Analizi	43

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

F	: ANOVA (tukey test)
GSUÖ	: Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği
GİS	: Gastro İntestinal Sistem
HG	: Hiperemezis Gravidarum
hCG	: Human Chorionic Gonadotropin
KW	: Kruskall- Wallis H test
MW-U	: Mann Whitney-U testi
PKDÖ	: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

ÖZET

Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerde Gebelik Uyumunun Sağlık Uygulamalarına Etkisi

Bu araştırma Hiperemesis Gravidarum tanısı alan gebelerde, gebelik uyumunun sağlık uygulamalarına etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı kesitsel nitelikte yapılan araştırma, Temmuz 2016- Nisan 2017 tarihleri arasında, Adana il merkezinde bulunan üniversite ve devlet hastanelerinin kadın doğum servislerinde yapılmıştır. Araştırmaya kadın doğum servislerinde Hiperemesis Gravidarum tanısı ile yatan, araştırma katılım kriterlerine uyan toplam 70 gebe alınmıştır. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu, gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği (GSUÖ) ve prenatal kendini değerlendirme ölçeği (PKDÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

Araştırmada HG'li gebelerin %35,7' sinin 26-30 yaş aralığında olduğu, %31,4'ünün üniversite mezunu olduğu, %74,3'nün çalışmadığı saptanmıştır. Gebelerin %57,1' inin 9 ve üzeri gebelik haftasında olduğu, %52,9'nun gebelik sayısının 2 ve üzeri olduğu ve %65,7'sinin gebeliğinin planlı olduğu bulunmuştur. HG'li gebelerin PKDÖ toplam puan ortalaması $149,7 \pm 26,8$ olarak belirlenmiştir. HG'li gebelerin sadece gelir durumu ve gebeliğin planlı olma durumu ile PKDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Gebelerin GSUÖ toplam puan ortalaması $116,0 \pm 14,0$ olarak saptanmıştır. HG'li gebelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, aile tipi, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, gebelik haftası yaşayan çocuk varlığı ve gebeliğin planlı olma durumu ile GSUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). PKDÖ ile GSUÖ arasında anlamlı ($p = 0.000/r = -0.386$) negatif ilişki olduğu bulunmuştur.

Araştırmada HG'li gebelerin gebelik uyumlarının iyi olmadığı ve gebeliğe uyum arttıkça sağlık uygulamaları puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hiperemesis Gravidarum, Gebeliğe uyum, Gebelikte sağlık uygulamaları

ABSTRACT

The Impact of Pregnancy Adaptation on Health Practices in Pregnant Women with Hyperemesis Gravidarum.

This study was conducted to search the impact of pregnancy adaptation on health practices in pregnant women with Hyperemesis Gravidarum.

The descriptive research was done in the maternity services of the university and state hospitals located in the center of Adana province between July, 2016 and April, 2017. A total of 70 pregnant women who were diagnosed with hyperemesis gravidarum in maternity services and who met the criteria for participation in the research were included in the study. Personal information form, Health Practices Questionnaire (HPQ) in Pregnancy, and Prenatal Self Evaluation Questionnaire (PSEQ) were used to collect data. SPSS 22.0 was used in the analysis of the data.

In the study, it was determined that 35,7 % of pregnant women with HG were in the age range of 26-30 years, 31,4 % of them were university graduates and 74,3 % of them were unemployed. It was found that 57,1 % of the pregnant women were on the 9th week or over of their pregnancies, 52,9 % of them had two or more pregnancies and 65,7 % of them planned their pregnancies. The PSEQ total mean score of the pregnant women with HG was determined as $149,7 \pm 26,8$. It was found that there was a statistically significant difference between only in terms of income status and planned pregnancy of pregnant women with HPQ and PSEQ total score. ($p < 0.05$) The HPQ total mean score of the pregnant women was determined as 116.0 ± 14.0 . It was determined that there was a statistically significant difference between HPQ total score and educational level, working status, spouse's education level, family type, income status, social security presence, gestational week, living child existence and planned status of pregnancy of the pregnant women with ($p < 0.05$). It was found that there was a significant negative correlation between PSEQ and HPQ ($p = 0.000 / r = -0.386$).

In the study, it was determined that pregnancy adaptations of the pregnant women with HG were not good, and as the adaptation to pregnancy increased, the average scores of health practices increased.

Keywords: Hyperemesis Gravidarum, Adaptation to pregnancy, Health practices in pregnancy.

1. GİRİŞ

Bulantı kusma, gebeliğin ilk aylarında sık karşılaşılan, günlük yaşamı etkileyen ve kadınların yaşam kalitesini düşüren önemli bir gebelik sorunudur (1,2). Bulantı kusma genellikle 5. gebelik haftasında başlar ve 16. - 20. haftalarda kaybolur. Gebe kadınların yaklaşık %85'ini etkileyen bulantı kusmanın şiddeti, hafif bulantıdan Hiperemesis Gravidarum'a (HG) kadar değişebilir (3). HG, bulantı ve/veya kusma nedeniyle yeterince beslenememe, %5 kilo kaybı, dehidratasyon, asit-baz dengesinde bozulma, elektrolit dengesizliği ve ketonüri varlığı ile karakterize bir durumdur. HG sıklığı toplumdan topluma değişmekle birlikte, literatürde %0,3-%3 civarında olduğu görülmektedir (4,5,6,7). HG etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genellikle genç kadınlarda, primiparlarda ve ikiz gebeliklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (7,8). HG, maternal ve fetal sonuçlarının ötesinde; gebenin sosyal yaşantısını, aile ve iş hayatını etkileyerek anksiyete, depresyon gibi psikolojik ve sosyal sorunlara, iş gücü kaybına neden olan ve hastaneye tekrar eden yatışlara sebep olan bir durumdur (8,9).

Gebelik fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyumun önemli olduğu bir dönemdir. Uyum, bireyin kendi içinde ve çevresinde sürekli karşılaştığı değişiklikleri karşılama ve doyumlu bir denge sürdürebilme çabasında kullandığı yöntemler veya süreçler dizisi olarak tanımlanmaktadır (10). Gebelik döneminde yaşanan değişiklikler, kadınların beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyerek bu dönemin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini engelleyebilmekte ve gebeliğe uyumu zorlaştırmaktadır. Kadınların gebeliğe uyumu pek çok faktörden etkilenebilir. Bu faktörler arasında; kadının çocukluk anıları, annesiyle ilişkisi, kadınlığı algılayışı, kendi benlik kavramı, daha önce anneliğe hazırlayan roller, çevresindeki olumlu ve olumsuz roller, gebeliği planlama, gebeliği kadınlığın simgesi olarak görme ve sosyo-ekonomik durum yer almaktadır. Ayrıca yaş, doğru ve yeterli prenatal bakım alma, sosyal destek, çevrede bulunan olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebelik sayısı, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve sahip olunan kültürel koşullar gebeliği kabullenmeyi etkileyen diğer faktörlerdendir (11, 12, 13,14, 15,16, 17, 18,19, 20, 21, 22).

Gebe kadının gebeliğe uyumunu etkileyen önemli sorunlardan biri de bulantı kusmadır. Gebelikte ortaya çıkan bulantı ve kusmanın kadının aile, sosyal ve iş yaşamı üzerinde olumsuz etkileri vardır.

Bulantı kusmanın ne zaman duracağını ve bunu nasıl yönetileceğinin bilinmemesi; kadının hayal kırıklığı, umutsuzluk, güçsüzlük ve anksiyete yaşamasına neden olmaktadır. Bu durum gebe kadının bulantı, kusma ile baş etmesine engel olmakta, gebeliğe ve anneliğe uyumunu güçleştirmektedir. Literatürde bulantı kusmanın gebeliğe uyumu olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (23, 24, 25, 26,27, 28,29, 30). Benzer şekilde Mutlugüneş ve Mete'nin (2013), çalışmasında bulantı kusma ile gebelik kabulü arasında anlamlı bir ilişki olduğu, gebelikte bulantı kusma arttıkça gebelik kabulünün azaldığı saptanmıştır (31). Chou ve ark. (2008), ciddi derecede bulantı kusma yaşayan kadınların orta veya az şiddette bulantı kusma yaşayan kadınlara göre gebeliği daha az kabul ettikleri, bulantı ve kusmanın şiddeti arttıkça maternal psikososyal adaptasyonun azaldığını bulmuştur (23).

Gebelik dönemine HG'nin getireceği etkiler düşünüldüğünde gebeliğe uyumun HG'de belirlenmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlıklı gebelerde gebelik uyumu iyi düzeyde bulunurken HG gibi riskli gebeliklerde düşük olduğu belirlenmiştir. Kamalak'ın çalışmasında (2015) yüksek riskli gebelerin PKDÖ toplam puan ortalaması $139,95 \pm 20,30$ iken, sağlıklı gebelerin $141,71 \pm 24,06$ olarak saptanmıştır (32). Evrenol Öçal'ın (2011) adolesan gebeler üzerinde yaptığı çalışmada ise PKDÖ toplam puan ortalaması $152,92 \pm 27,78$ olarak bulunmuştur (33). Bulut'un (2016) HG tanısı alan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada PKDÖ puan ortalaması $173,3 \pm 35,8$ olarak bulunmuştur (34).

Gebeliğe uyum sağlayan kadınların, fetal sağlığı korumaya ve geliştirmeye daha uyumlu oldukları bilinmektedir. Gebelik döneminin sağlıklı geçirilmesi ve fetüsün sağlığının korunması için, gebelikte sağlık davranışlarının iyi bilinmesi doğru uygulanması gerekmektedir (4,11,35,36). Gebelikteki sağlık uygulamaları, gebenin kendi sağlığını, fetus ve yenidoğan sağlığını içeren, gebelik seyrini ve sonucunu etkileyen aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (36). Gerekli olan kurallara ve sağlık davranışlarına uyulmayan bir gebelik, anne ve bebek için çeşitli tehlikelere zemin hazırlamaktadır. Gebelik sonuçları için önemli olan sağlık uygulamaları, prenatal bakım sırasında tanınmış ve kazandırılmış olmalıdır. Bu uygulamalar; dengeli beslenme ve yeterli kilo alma, düzenli egzersiz, vücut hijyeni, diş bakımı, gebelik ve doğum hakkında eğitim, alkol/ sigara /yasa dışı maddeler kullanmama, çok sayıda ilaç

kullanmama ve riskli seksüel davranışlar ya da diğer enfeksiyon ajanlarına maruz kalmaktan kaçınma gibi konuları içermektedir (4,11,13,35).

Literatürde, gebelerin sağlık uygulamalarını değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Er'in (2006) çalışmasında gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 127.197 ± 11.84 , Altundaş'ın (2009) çalışmasında İzmir'de ki gebelerde 111.41 ± 16.61 , Malatya'da ki gebelerde 109.52 ± 15.33 Tirkeş'in (2012) çalışmasında 121.57 ± 10.53 , olduğu bulunmuştur. Allhusen ve ark çalışmasında (2012) GSUÖ puan ortalaması 121.2 ± 19.6 , Özcan ve Kızılkaya Beji'nin çalışmasında (2015) ise 111.76 ± 18.53 olarak bulunmuştur. Çapık ve ark çalışmasında (2016) çalışmasında ise gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 112.64 ± 13.87 olduğu saptanmıştır (37,38,39,40,41,42).

Gebeliğin sağlıklı geçirilmesi ve fetüsün sağlıklı bir biçimde uterus dışı yaşama hazırlanması, kadının gebeliğe uyum sağlaması ve sağlık davranışlarının doğru uygulanması ile mümkündür. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde sağlık bakım hizmetlerinin uygulanmasında, gebelerin sağlığı koruma, sürdürme ile ilgili davranışlarının, sağlık uygulamalarının ve bilgi düzeylerinin tespit edilmesinde, daha etkin ve yeterli sağlık hizmetlerinin sunulmasında hemşireler önemli rollere sahiptir. HG kontrol edilemeyen ve strese neden olabilen bir gebelik komplikasyonudur. HG tanısı ile yatan hastaların gebelik uyumlarının ve gebelikteki sağlık davranışlarının belirlenmesi bakımın kalitesinin yükseltilmesi açısından son derece önemlidir. Bu araştırma HG tanısı alan gebelerde gebelik uyumunun sağlık uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hiperemesis Gravidarumun Tanımı

Bulantı ve kusma gebeliğin erken dönemlerinde sık karşılaşılan, gebe kadınların yaklaşık %85'ini etkileyen ve kadınların yaşam kalitesini düşüren önemli bir gebelik sorunudur (1,2,3). Bulantı ve kusma, son menstrual perioddan sonra herhangi bir zamanda ortaya çıkmakta ve genellikle de 6-12 hafta sonra kendiliğinden sona ermektedir (4,13). Gebelerin yaklaşık %9 'unda semptomlar 20.gebelik haftasına kadar devam edebilirken, bazı kadınlarda ise hafif bulantı ve kusmalar doğuma kadar devam edebilmektedir (43).

Gebelikte ortaya çıkan aşırı bulantı ve kusmalara hiperemesis Gravidarum (HG) adı verilir. HG gebeliklerin %5-2 'sini etkileyen 3 günden daha uzun süren aşırı bulantı, kusma, dehidratasyon (ağızda kuruluk, deri turgorunda azalma), ketonüri, sıvı elektrolit bozukluğu, vücut ağırlığının %5' inden fazla kilo kaybı ile karakterize nadiren renal ve hepatik yetmezliğe ilerleyebilen bir sağlık sorunudur (44,45,46,47). HG sıklığı toplumdan topluma değişmekle birlikte, literatürde %0,3 civarında olduğu gösterilmektedir (4,48,49). HG; gebenin aile ve iş hayatını etkileyerek psikolojik ve sosyal sorunlara, iş gücü kaybına neden olan ve hastaneye tekrar eden yatışlara sebep olan bir durumdur (50).

HG literatürde birçok risk faktörü ile ilişkilendirilmektedir. HG'li kadınların, genç, eğitim seviyesi düşük, çalışmayan, kayınvalidesiyle yaşayan, alkol kullanmayan, primipar, çoğul veya molar gebeliği olan, migreni olan, oral kontraseptif kullanan, hipertroidizmi olan, helicobacter pylori enfeksiyonu olan, gebeliğini istemeyen, bebeğin cinsiyeti kız olan, hiperemesis öyküsü bulunan kadınlar olduğu bildirilmektedir (51, 52,53).

HG' de kusmalar teratojenik değildir fakat tedavi edilmeyen elektrolit imbalansı, malnutrisyon ve maternal kilo kaybı teratojeniktir. HG tanısı alan sahip kadınlar aşırı kusmaya bağlı olarak hematemez, baş dönmesi, senkop ve dehidrasyon komplikasyonları yönünden risk altındadır (54). HG'li kadınlarda Wernicke ensefalopati, vitamin B6 veya B12 eksikliğine bağlı periferik nevropati gibi daha ciddi komplikasyonlar da ortaya çıkabilmektedir.

Ayrıca HG'li kadınlarda tipik olarak bulantı ve kusmanın hafifletilmesi ile düzelen sekonder depresyon ve anksiyete gelişme riski mevcuttur (55, 56, 57,58).

HG, sadece anneyi değil bebeği de olumsuz etkileyen bir durumdur. Literatürde HG ile beraber gebelikte 7 kilodan daha az kilo alımının prematürite ve düşük doğum ağırlıklı bebek riskini arttırdığı bildirilmektedir. Ayrıca düşük APGAR skor, inmemiş testis, Down sendromu, santral sinir sistemi anomalileri gibi fetal anomalilere HG'li annelerin bebeklerinde daha sık rastlanılmaktadır (59).

2.2. Hiperemesis Gravidarum Etiyolojisi

HG etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir. Ancak nedeninin hCG ya da estrogen düzeyindeki artmaya aşırı reaksiyon olduğu düşünülmektedir. İlk gebeliklerde ve hCG'nin normalden fazla salgılandığı durumlar olan ikiz gebelik ve Mole Hydatidiform vakalarında daha sık görülebilmektedir (4). hCG), estradiol, progesterone hipertiroidizm, üst gastrointestinal sistem dismotilitesi, immün sistem disfonksiyonu, beslenme bozuklukları ve psikolojik faktörler HG'nin etiyojisinde rol oynadığı düşünülen faktörlerdir (55,60).

Son yıllarda tiroid stimülasyonunun ve hCG'nin tirotropik aktivitesinin HG ile ilişkili olabileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir, ancak aksi yönde sonuçların elde edildiği çalışmalar da mevcuttur (55). Ayrıca *Helicobacter pylori*'nin de HG patogeneğinde rol oynayabileceği literatürde öne sürülmektedir. Gebeliğin erken dönemlerindeki hormonal değişikliğin intravasküler ve ekstrasvasküler aralıktaki sıvıların yer değiştirmesine yol açtığı, bunun sonucunda oluşan mide pH değişikliğinin *Helicobacter pylori* enfeksiyonuna zemin hazırladığı görüşü ortaya konmuştur. Mide de *Helicobacter pylori* varlığı gebelerde dispeptik şikâyetlerin oluşmasını uyarabildiği gibi, gebelik bulantı kusmaları da subklinik bir *Helicobacter pylori* enfeksiyonunun belirgin hale gelmesine neden olabileceği de düşünülmektedir (61,62,63).

Bazı kadınlarda gebeliği istememe aile ilişkilerindeki bozukluklar, anneliğe ilişkin çelişkili düşünce yapısı, yaşam şekli değişiklikleri HG'nin gelişiminde rol oynayabilir. Gebelikte var olan stres faktörleri, eşlik eden anksiyete ya da depresyon varlığı hiperemesis daha da belirgin hale getirebilmektedir.

Öte yandan artmış anksiyete-depresyon skorlarının, HG'nin nedeni mi, sonucu mu olduğu net değildir (63,64).

2.3. Hiperemesis Gravidarumun Belirtileri

HG'de belirtiler iki evrede ortaya çıkabilir. Birinci evrede metabolik bozukluk olmadan sadece bulantı ve kusma görülürken; ikinci evrede bulantı ve kusmaya metabolik bozukluk, genel durum bozukluğu ve kendini belirgin ölçüde hasta hissetme hali eşlik eder. Genellikle sabah saatlerinde şiddetlenen aşırı ve ısrarlı kusma sonucu; mide ağrısı, hıçkırık, susuzluk hissi, baş ağrısı, çarpıntı, yorgunluk, açlık belirtileri görülür. Dil paslı, cilt hafif sıcak, kuru ve bozuk bir turgora sahiptir. Ağız aseton kokar, tedavi edilmediğinde kilo kaybı, bitkinlik, dehidratasyon ateş sıvı-elektrolit kaybı ve ketosiz gelişir. İdrarda protein ve kanda ürik asit artmıştır, aşırı sıvı kaybı nedeniyle serum protein sodyum potasyum ve klor düzeyleri azalmıştır (4,11,13).

K vitamini yetmezliğine bağlı koagülasyon bozuklukları ve psikolojik bozukluklar görülebilir. Vitamin B1 eksikliğine bağlı wernicke ensefalopatisi, diplodi, anormal göz hareketleri, ataksi ve konfüzyon ortaya çıkabilir. Ciddi potasyum kaybı kardiyak fonksiyonların bozulmasına ve fetal ölümle sonuçlanmaya yol açabilir. HG'de anemi ve periferik nöropatiye yol açan vitamin B12 ve vitamin B6 eksiklikleri görülebilir (43).

2.4. Hiperemesis Gravidarumda Tanı

HG'nin tanısı basit değildir. Aşırı bulantı kusma bildiren hastalarda dikkatli değerlendirme çok önemlidir. Bu nedenle öncelikle iyi bir öykü alınmalıdır. Öyküde bulantı ve kusmanın gelişimi ve süresi, ortaya çıkan semptomlar sorgulanır (19). Cilt kuruluğu, deri turgoru, kilo kaybı ve beslenme durumu değerlendirilmelidir (13). Şiddetli bulantı kusmayla başvuran her anne adayının genel muayenesi yapıldıktan sonra gebelik haftası belirlenir. Ultrasonda çoğul gebelik ve mol gebeliği gibi durumlar ekarte edilir. Elektrolit değerleri, ketosiz ve asidozun belirlenmesi için laboratuvar değerlendirmesi yapılır. Elektrolitlerin artmış olması HG'nin şiddetli olduğunu gösterir (65). Tam kan sayımı, elektrolitler, karaciğer enzimleri ve bilirubin seviyesi bakılmalıdır. İdrar analizi yapılması tanıya yardımcı olur. İdrar tetkiki sonucunda keton ne kadar yüksekse HG o kadar ağır demektir (66).

HG' de tanı, bulantı kusmaya neden olabilecek diğer sebeplerin dışlanması da gerektirmektedir. Ayırıcı tanı GİS hastalıklarının (gastroenterit, ileus, hepatit, peptik ülser pankreatit gibi), metabolik hastalıkların (diabetik ketoasidoz, hipertiroidi gibi) ,

genitoüriner hastalıkların (üremi, pylonefrit böbrek taşı gibi), nörolojik hastalıkların (vestibüler lezyonlar, migren gibi) ve gebelikle ilişkili (gebelik bulantı- kusması, preeklampsi, gebelikte akut yağlı karaciğer gibi) hastalıkların ekarte edilmesiyle konur (67,68).

2.5. Hiperemesis Gravidarumda Tedavi

HG 'de tedavi yaklaşımı hastalığın şiddetine ve varsa eşlik eden komplikasyonlara göre yönlendirilir (59). Tedavide amaç kusmanın kontrol altına alıp, sıvı elektrolit dengesizliğinin düzeltilmesi, dehidratasyonun giderilmesi, yeterli beslenmenin sürdürülmesidir. Tedavide uygulanan yöntemler nonfarmakolojik ve farmakolojik olarak ikiye ayrılabilir. Nonfarmakolojik yöntemlerde; beslenmenin düzenlenmesi, zencefilin kullanımı, akupunktur uygulamaları, masaj, terapötik dokunma ve hipnoz yer almaktadır. Farmakolojik yöntemler de ise, vitamin B6 preparatları, antiemetikler, antihistaminikler ve antikolinergik ajanlar, motilite ilaçları, kortikosteroidler, intavenöz sıvı replasmanı, enteral ve parenteral beslenme yer almaktadır (55,60,68).

HG'de bulantı kusma ilk önce non farmakolojik yöntemlerle engellenmeye çalışılır ve başlangıç tedavisi olarak diyet ve yaşam tarzı değişikliği önerilir. Karbonhidrattan ve proteinden zengin, yağ ve asitten fakir diyet önerilmelidir. Elektrolit imbalansını önlemek için elektrolit içeren içecekler tavsiye edilir. Gebe kadına bulantıya neden olan gıdalardan uzak durması, sık ve az yemesi, fındık, kuru baklagiller, kuru ve tuzlu bisküviler yemesi ve stresten uzak durması önerilmelidir. Bu şekilde beslenme orta şiddetteki bulantı kusmayı önemli ölçüde azaltır. Eğer semptomlar gerilemezse ilaç tedavisi eklenir. Hospitalizasyon tedavisi elektrolit dengesizliği ve dehidratasyon için IV rehidrasyon ve bulantı için antiemetikleri içerir (4,59).

Hastaneye aşırı bulantı kusma nedeniyle başvuran gebelerde HG teşhis edildikten sonra, hastanın yatışı yapılmalı ve sıvı elektrolit dengesinin düzenlenmesi için intravenöz tedaviye başlanmalıdır.

Kusma duruncaya kadar oral hiçbir şey verilmemeli ve dehidratasyon düzeltilmelidir. Hastanın hidrasyon durumu ve laboratuvar verileri doğrultusunda ilk 24 saat yaklaşık 3000 cc IV sıvı verilir, 24-36 saat oral yoldan beslenmez, seruma B ve C

vitaminleri, antiemetikler ve gerekli görülen farmakolojik ajanlar eklenir. Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır (4,13,66,68).

2.6. Hiperemesis Gravidarumda Hemşirelik Bakımı

HG kontrol edilemeyen stresli ve sıkıntı veren bir durum olup, kadın gebelik sırasında hastaneye birkaç kez yatabilmekte ve hastaların tedavi ve bakımdan memnun olmaları zor olabilmektedir. HG tanısı ile hospitalize edilen hastaların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik sorunların belirlenmesi hastaya bakım veren sağlık çalışanının bakım kalitesini artırması açısından son derece önemlidir (69).

HG nedeniyle hastaneye başvuran gebeler profesyonel desteğe gereksinim duyarlar. Gebeye bakım veren ekip içinde yer alan hemşireler bu konuda aktif rol almalıdır (31). HG nedeniyle hastaneye yatışı yapılan gebeye hemşirelik girişimleri; uygun tedavi ve beslenme ile bulantı kusmayı kontrol altına almak, sıvı ve elektrolit dengesizliğini gidermek, emosyonel destek sağlamayı içermektedir. Hastalar hastaneye geldiğinde yorgun ve tükenmiş durumdadır. Hastaya duygusal destek ve rahatlık sağlamak, gebe ve fetus için olumlu sonuçlar üretmek tüm hemşirelik girişimlerinin ortak hedefidir (13). HG'li gebenin sorunlarıyla başa çıkabilmesi için gebelik öncesi, gebelik ve sonrasına ilişkin yanlış bilgi, inanç ve uygulamalarının düzeltilmesi, gebeliği kabullenmesi ve buna uygun yaşam biçimi belirlemesi, stresle başa çıkma yollarını öğrenmesi gerekir (70).

Gebelik fizyolojik olsa da, her an risk yada komplikasyon gelişebileceği unutulmamalıdır. Tüm gebelik komplikasyonlarında hedef; risklerin erken tanınması, önleyici uygulamaların zamanında gerçekleşmesi, komplikasyonlar geliştiğinde gerekli uygulamaların gecikmeden gerçekleştirilmesi ve gebeliğin sağlıklı anne ve bebekle sonlandırılmasıdır. HG'li gebenin hemşirelik bakımında beklenen sonuçlar, gebenin HG tedavisi ve gebeliği üzerindeki olası etkilerini açıklayabilmesi, kadının durumunun düzeltilmesi ve komplikasyonların önlenmesidir.

Beslenmede dengesizlik ve gereksinimden az beslenme bu hastalarda sık görülen bir durum olduğu için amaç; hastanın daha fazla kilo kaybetmesinin önlenmesi ve kilo stabilizasyonunun sağlanması, bulantı ve kusma olmadan yeterli beslenmeyi düzenli diyetle tolere edebilmesidir (34).

HG'li gebenin hemşirelik bakımında yapılabilecekler şunlardır:

- Gebe hastaneye yatırılır.
- Dehidratasyon için kaybettiği sıvı I.V verilir.
- Yaşam bulguları izlenir
- Aldığı çıkardığı sıvı izlenir
- İlk 24-48 saat ağızdan beslenmez
- 24-48 saatten sonra karbonhidrat ve vitaminden (B,C ve K vitamini) zengin kuru yiyeceklerle sık aralıklarla azar azar beslenir.
- Yiyecekler sıcak/soğuk olarak verilir, ılık verilmez
- Sıvılar, öğünlerden bir saat önce/sonra verilir
- Deri turgoru gözlenir
- Günlük kilo takibi yapılır,
- Bilinç durumu değerlendirilir,
- Doktor önerisiyle antiemetikler ve sedatifler verilebilir.
- Sessiz sakin iyi havalandırılmış bir odada tek yatırılır
- Sorun ve endişeleri paylaşılır (4,13,35,44,66).

HG'nin etkisi, ilk trimesterdeki ambivalans duygular, yeni rol beklentileri, kontrol kaybı, fetüsün durumu ya da hastanede yatmaya bağlı olarak hastanın endişeleri artabilir. Bu durumlarla ilişkili olarak hastada anksiyete görülebilir. Hemşire hastaya karşı destekleyici bir tutum içinde olmalı ve anksiyete belirtilerini azaltacak girişimlerde bulunmalıdır. Hemşirelik bakımında yapılabilecekler şunlardır:

- Hastanın endişesi ile ilgili düşünceleri dinlenerek güven verici terapötik iletişime geçilir. Birlikte hareket etmesi için yardımcı olunur.
- Fetüsle ilgili potansiyel risklerin olup olmadığı konusunda hastaya bilgi verilir.
- Hastaya güçlü yanlarını ortaya çıkarma ve baş etme becerileri konusunda yardımcı olunur.
- Hastaya ihtiyacı olduğunda destek kaynakları ve diğer gruplarla hareket etmesi için yardımcı olunur.

- Empatik bir anlayış kullanılır.
- Fazla uyaranlar ortamdan uzaklaştırılır (34).

HG’de bulantı/kusmayı önlemek için gebeye verilecek hemşirelik girişimleri öne şunlardır; rahatsız edici kokulardan veya diğer faktörlerden kaçınmak, her iki üç saatte bir küçük öğünler almak. Haşlanmış, az yağlı yiyecekler tüketmek, katı ve sıvı yiyecekleri aynı anda tüketmemek, reflüyü azaltmak için yemeklerden sonra düz oturmak, uzanmamak, bulantıyı artırabileceğinden yemeklerden hemen sonra diş fırçalamamak gibi bulantıyı azaltıcı önerilerde bulunulmalıdır (66,71).

2.7. Hiperemesis Gravidarum ve Gebeliğe Uyum

Gebelik fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumun gerekli olduğu önemli bir dönemdir. Gebe kadının fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevreden etkilenir. Gebelik deneyimi öncelikle gebenin eşi ve sosyal çevresi tarafından etkilenmekte ve gebeliğin gidişini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (72). Annelik, gebelik ve doğumla başlayıp kadın yaşamı boyunca devam eden bir süreçtir. Annelik için başlangıç sürecini oluşturan gebelik döneminde yaşanan değişiklikler, kadınların beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyerek bu dönemin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini engelleyebilmekte ve gebeliğe uyumu zorlaştırmaktadır (12,73). Uyum, bireyin kendi içinde ve çevresinde sürekli karşılaştığı değişiklikleri karşılama ve doyumlu bir denge sürdürebilme çabasında kullandığı yöntemler veya süreçler dizisi olarak tanımlanmaktadır (10). Kadınların gebeliğe uyumu pek çok faktörden etkilenebilir. Bu faktörler arasında; kadının çocukluk anıları, annesiyle ilişkisi, kadınlığı algılayışı, kendi benlik kavramı, daha önce anneliğe hazırlayan roller, çevresindeki olumlu ve olumsuz roller, gebeliği planlama, gebeliği kadınlığın simgesi olarak görme ve sosyo-ekonomik durum yer almaktadır. Ayrıca yaş, doğru ve yeterli prenatal bakım alma, sosyal destek, çevrede bulunan olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebelik sayısı, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve sahip olunan kültürel koşullar gebeliği kabullenmeyi etkileyen diğer faktörlerdendir (11,12,13,14,16,18,19,20,74,75).

Her gebelikte trimestirlere göre gebenin verdiği tepkiler ve başarılması beklenen görevler birbirinden farklıdır. Gebelikle ilgili geniş kapsamlı duygulara rağmen birçok

kadın benzer duygular yaşarlar ve benzer tepkiler gösterir. Bu tepkiler genellikle ambivalans, içe dönüklük, kabul etme, duygusal dalgalanma, beden imajındaki değişiklikleri içerir (4,13).

Birinci Trimestir: Gebeliğin ilk aylarında kadınların çoğunda bulantı, kusma, yorgunluk hissi, çok uyuma isteği görülebilir. Kadınlar gebelik için uygun zaman olup olmadığı konusunda tereddüt duyabilirler. Bu trimestirde yoğun olarak ambivalan (zıt) duygular yaşanır. Kadının bebeğinin normal ve sağlıklı olup olmayacağı ya da kendi sağlığı ile ilgili korkuları vardır. Birinci trimesterde başarılması gereken gelişimsel görev gebeliğin kabulüdür. Bu trimesterin sonunda gebelikten hoşlanma ve mutluluk duyma, olağan yakınmaları tolere edebilme, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği duygusunun gelişmesi, özgüven ve umut gebeliğin kabullenildiğinin göstergeleridir (4,66).

İkinci Trimestir: Bu trimestirde görülen fiziksel değişiklikler ambivalan duyguların ortadan kalkmasını hızlandırır. Çoğa kadın gebeliği kabullenmiş olur. Bu dönemde kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye istekli olur. Gebe kadın yoğun olarak içe dönüklük, kendini beğenme, pasiflik, beden görünümündeki değişmeye bağlı utanma ya da gurur yaşar. İkinci trimesterde başarılması gereken gelişimsel görev fetüsün ayrı bir varlık olarak kabul edilmesidir. Bu trimestirde kadının “bir bebek sahibi olacağım” şeklindeki ifadesi fetüsün kabullenildiğinin göstergesidir (4,34,66).

Üçüncü Trimestir: Bu trimestirde artan fiziksel rahatsızlıklar, gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanması gereksinimini ortaya koyar. Gebe kadın doğum ne şekilde olacak, bebek zarar görecektir mi, iyi anne olacak mıyım endişeleri yaşanabilir.

Üçüncü trimestirde başarılması gereken gelişimsel görev annelik rolüdür. Bu trimestirde kadının “ben anne olacağım” diyebilmelidir (4,34,35,66)

Bu trimestirde gebeliğe uyumu zorlaştıran bazı faktörler vardır. Bunlar:

- Çoğul gebelik
- Gebelik aralığının kısa olması
- Gebe iken yerleşim yerini değiştirmek durumunda kalması
- İş kaybı ile beraber sosyal güvencenin kaybı

- Gebenin kendisi, eş, aile veya yakın akrabalarından birinde meydana gelen ciddi bir hastalık
- Gebelik döneminde eşin ya da kadın için önemli olan bir kişinin kaybı
- Gebelik komplikasyonları
- Arkadaş ya da yakın çevresinde konjenital anomalili çocuk olması
- Gebelik döneminde evlilikte ortaya çıkan güven sorunları
- Önceki olumsuz gebelik öyküsüdür.

Gebeliğin kabullenilmediğini ya da bu konuda bir zorluğun olduğunu gösteren belirtiler ise şunlardır; Üzüntü ve mutsuzluk, gebeliğe bağlı oluşan değişimler tarafından bunaltılmış olma duygusu, gebeliğinden dolayı dünyasının daha kötüleşeceği duygusu evliliğin bozulması, mesleki yaşamının son bulması vb.), sürekli hasta olma duygusu, gebe olma ile ilgili sürekli bir pişmanlıktır (4).

Gebeliğin sağlıklı geçirilmesi ve fetüsün sağlıklı bir biçimde uterus dışı yaşama hazırlanması, kadının gebeliğe uyum sağlaması ile mümkündür. HG kontrol edilemeyen ve strese neden olabilen bir gebelik komplikasyonudur. HG tanısı alan gebe kadınların tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için uzun süre hastaneye yatmaları gerekebilir. Bu durum; kadının kendi sağlığıyla ilgili korkulara, alışılan günlük faaliyetlerden uzak kalmasına, başkalarına bağımlı olmasına, doğacak bebek için hazırlıklarını tamamlayamamasına ve doğumun nasıl olacağı konusunda endişelenmesine neden olmaktadır. Tüm bunlar annelik rollerinde karmaşaya neden olabilir ve gebeliğe uyumu engelleyebilir. Kadınları hem gebeliğe hem de anneliğe uyum sağlamasında etkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi, riskli durumların erken tanılanarak gereken önlemlerin alınmasında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler aile bireylerine yapacakları eğitimler ile gebenin ihtiyaç duyduğu desteği aile bireylerinden almasını sağlayabilir, gebeliği kabullenmeyi sağlayarak gebeliğe uyum sorunlarını engelleyebilirler (11,12,13).

2.8. Hiperemesis Gravidarum ve Sağlıklı Yaşam Davranışları

Gebelik sağlıklı bir kadın için normal fizyolojik bir olaydır. Gebelik doğal bir süreç olmakla birlikte özellikle ilk kez deneyimleyen kadın için bilinmeyenlerle dolu bir dönemdir. Bu dönemde anne ve fetusun en uygun düzeyde bakımı önemlidir. Gebelikte

kadının vücudunda bir dizi yapısal ve işlevsel değişiklik meydana gelmektedir. Gebe kadının hem vücudunda oluşan değişiklikler hem de gebelik süreci boyunca rutin olarak yapılması gereken testler ve muayeneler hakkında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır (4,13).

Doğum öncesi bakım anne ve fetus için risk oluşturan fiziksel, tıbbi ve psikososyal durumları gebelikten önce uygun şekilde çözmek esasına dayanan koruyucu bir hizmettir. Gebenin ve fetusun gebelik süresince, düzenli aralıklarla gerekli muayene, bakım, bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin ebe, hemşire veya hekim tarafından verilmesidir (77). Türkiye’de doğum öncesi bakım alma oranı 2013 yılında % 97 olarak bulunmuştur (78). Gebelerin doğum öncesi bakım almalarını ve bakım sıklıklarını etkileyen faktörler arasında; annenin eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, daha önceki gebeliklerde anne veya bebekte bir sağlık sorunu bulunması gibi faktörler yer almaktadır (77,79,80).

Antenatal dönemde sağlık personeli tarafından verilen gebe eğitimi bireyin içsel sağlık denetim kontrol odağını olumlu yönde değiştirmede etkilidir. Gebe kadın sadece kendisinin değil aynı zamanda fetusun da sağlığını sürdürme sorumluluğu taşır. Bir gebe gebeliği süresince birden çok farklı kaynaklardan bilgi alabilmektedir. Gebenin bilgi düzeyi, yaş ve eğitimden etkilenmektedir (81). Maternal ve fetal sağlığın yükseltilmesinde, memelerinin bakımı ve memelerini emzirmeye hazırlaması, beslenme, diş bakımı, cinsel aktivite, bağışıklama, ilaç ve alkol kullanımı, kilo alımı, giyinme, egzersiz, çalışma koşulları, uyku ve dinlenmesine ilişkin konular önem kazanmaktadır (4).

2.8.1. Gebelikte Meme Bakımı

Gebelikte göğüslerde dolgunluk, duyarlılık, büyüme ve ağırlaşma gözlenir. Bu yüzden memelerin desteklenmesi, meme yapısının korunması ve artan gerginliğin önlenmesi son derece önemlidir. Gebe kadına destekleyici bir sütyen kullanması önerilir. Askıları geniş ve elastik olmalı, meme dokusunu sarmalı genişlemeye izin vermelidir. Gebeliğin 16. haftasından itibaren kolosturum üretimi başlar.

Meme uçları kolosturumdan dolayı nemli olabilir ve bu durum meme ucunda ağrı ve çatlak oluşumuna neden olabilir. Meme uçlarının kuru tutulmasına özen

gösterilmelidir. Göğüs ucunun temizliği için antiseptik bir maddeye ihtiyaç yoktur, günlük banyo veya duş memelerin temizliği için yeterlidir.

Meme uçlarının hazırlığına 3. trimesterde başlanmalıdır. Gebeliğin 8. ayına girerken meme uçları baş parmak ve işaret parmağı arasına alınarak sıkılıp kolostrumun boşaltılması meme uçlarını emzirmeye hazırlar. Ancak preterm eylem hikâyesi olan kadınlarda bu işlem yapılmaz. Çünkü meme ucu stimülasyonu oksitosin salınımını uyarak erken doğum eyleminin başlamasına neden olabilir. Meme ucu tamamen içe dönükse gebeliğin 7. ayından itibaren meme ucu aplikatörü kullanılmaya başlanabilir. Meme ucu aplikatörü meme ucunu areoladan bastırarak dışarı çıkarmak amacıyla kullanılır (4,13,66).

2.8.2. Gebelikte Beslenme

Gebelik süresince annenin yeterli ve dengeli beslenmesi ile hem anne hem de bebeğin sağlığı korunacaktır. Gebelik ile birlikte annenin tüm besin gruplarından beslenme gereksiniminde artış olur. Özellikle demir ve folik asit ihtiyacı fetoplasental büyüme nedeniyle artmaktadır. Gebelikte artmış folik asit tüketiminin nöral tüp defektlerini azalttığı, yüksek miktarda alınan folik asitin nöral tüp defekti gelişme riskini önlediği belirtilmektedir. HG'li olgularda persistan kusma sonucu gelişen ciddi vitamin B1 eksikliği Wernike ensefalopatisine neden olabileceği için, bu gebelerin günlük oral 50 mg tiamin alması önerilir. Ayrıca ciddi folat eksikliği görülebileceğinden 5mg/günlük folik asit verilmelidir (82,83).

Ülkemizde demir, vitamin kullanımı ve bunu etkileyen faktörlerin incelendiği araştırmada (2014); gebelikte demir, vitamin kullanımının beslenme durumu, kişisel alışkanlıklar ve sosyo-ekonomik düzey ile ilişkili olduğu bulunmuştur (84). Gebelikte vitamin ve mineral ihtiyacının karşılanması için multivitamin ve multimineral preparatları önerilmektedir Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında (2015); multivitamin kullanan kadınlarda B12 düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuş ancak maternal B12 vitamin eksikliğinin doğum ağırlığı ve doğum haftası üzerine herhangi bir etkisinin olmadığını sonucuna ulaşmışlardır (85).

Amerikan gıda ve beslenme komitesi diyet alım önerisine göre gebelikte her gün 60-80 gr. Protein, 40-60 gr. Demir, 400-600 mcg. Folik asit, günlük kaloriye ek 300 kalori karbon hidrat alınması önerilmektedir. Gebelikte kahve tüketiminin demir

emilimini azalttığı ve anemi riskini artırdığı saptanmıştır. Bu yüzden gebe kadınlara kahve, çay, gazlı içecek ve çikolata tüketimini sınırlandırmaları önerilmektedir. (13,86). Gebelikte tavsiye yoluyla kullanılan ve yağda çözünen A, D, E vitaminleri gebelik ve emzirme döneminde hem anne hem fetus için son derece önemlidir (87).

Gebelikte annenin kazandığı kilo, fetüsün büyümesini ve doğum kilosunu etkiler. Alınan bu kilolar doğumdan sonra verilebilir. Gebelikte 11,5-17 kilo alımı önerilmektedir. Eğer annenin yetersiz kilo alımı varsa düşük doğum ağırlıklı bebek riski artmaktadır. Annenin aşırı kilo alımı makrozomik bebek riskini artırır (66).

2.8.3. Gebelikte Hijyen Alışkanlıkları

Hijyen sağlığın sürdürülmesi için gereklidir. Kişisel hijyenle bakteriler, ter, ölü dokular, vücut salgıları temizlenir. Gebe kadının ellerini sık sık yıkaması, ayak ve el tırnaklarını kısa kesmesi ve günlük banyo yapması kadını enfeksiyonlardan korur. Gebe kadına ayakta duruş şeklinde banyo yapması ve banyo sonrası cilt kuruluşunu önlemek için yağlı krem sürmesi önerilir.

Gebelikte vajinal hijyene önem verilmelidir, vajinal duştan kaçınılmalıdır. Gebe kadına pamuklu külot tercih etmesi, vajinal bölgenin hava almasını engelleyen sıkı giysiler giymemesi önerilir. Ayrıca vajinal bölgeye deodorant, parfüm vb ürünler kullanmaması önerilir. Diş bakımı ve ağız hijyeni de gebelikte önem taşımaktadır. Gebelikte ağız florası değişmekle beraber, hormonal değişim diş etlerinde hiperplazi ve kanamalara neden olur. Gebelikte diş etlerinde hipertrofi ve irritasyon görülebilir diş etlerinde ağrı oluşabilir. Diş çürümelerini ve jinjitisi önlemek için yemek sonrası diş fırçalanmalı gerekirse diş etlerine masaj yapılmalıdır.

Gebe kadın gebeliğin erken dönemlerinde diş kontrollerini yaptırmayı için teşvik edilmeli ve gebelik süresince rutin kontrollerine düzenli aralıklarla gitmelidir (4,11,13).

2.8.4. Gebelikte Giyinme

Gebelik döneminde alınan kilolar ve vücutta meydana gelen değişiklikler anne adayının kıyafetlerinin tamamen değişmesine yol açar. Gebeliğin ilk üç ayında kilo alımı az veya hiç olmayacağı için anne adayları gebelik öncesi kıyafetlerini giyebilir. Gebe kadın genellikle ikinci trimesterden itibaren kilo almaya başlayacak, karın büyüyecek, ayaklarda, bacaklarda ve kollarda şişme olacaktır. Gebe kadının giysileri artan

abdominal boyutlara uygun olarak seçilmeli abdominal bölge üzerinde esneyebilmelidir. Dolaşımı bozacak, baskı yaratacak kemer, pantolon ve lastikli çoraplardan kaçınılmalıdır. Naylon ve sentetik iç çamaşırları, sıkı, sert sutyenler, yüksek topuklu ayakkabılar, karın ve göbeği sıkan kıyafetler giyilmemelidir. Gebelikte eşofman, rahat ve geniş şortlar, rahat elbiseler, tamamen düz ortopedik tabanlı ayakkabılar tercih edilmelidir (4,11,13).

2.8.5. Gebelikte Egzersiz

Gebelikte yapılan egzersizler annenin sağlığını ve kas tonusünü sürdürmesine, duygularını kontrol etmesine, benlik imajının gelişmesine, enerjisinin artmasına, uykusunun düzenlenmesine ve gerginlikten kurtulmasına yardımcı olur. Komplike olmayan gebeliğe sahip kadınlara kegel egzersizleri, yürüyüş, yüzme, egzersiz bisikleti, aerobik ve dans önerilebilir. Komplikasyonu olmayan gebeliklerde egzersizler gebeliğin sonuna kadar sürdürülebilir (13,66). HG'si olan gebeler açık havada yürüyüş yapmayı ve istirahat etmeyi bulantı kusmayı azaltıcı bir yöntem olarak tercih etmelidir (88).

Gebelikte egzersiz için öneriler;

- Egzersiz gelişi güzel ve aralıklı olmamalı, düzenli aralıklarla yapılmalı,
- Aşırı yorgunluk, baş dönmesi ya da aşırı nefes darlığı gibi oksijen ihtiyaç belirti ve bulguları varlığında egzersiz sonlandırılmalı,
- Gebe egzersizi serin ortamda yapmalı, yeterince sıvı almalı, uygun kıyafetler giyerek aşırı ısınmaktan kaçınmalı,
- İkinci ve üçüncü trimester boyunca uzun süre sırtüstü yatmayı gerektiren egzersizlerden kaçınmalı,
- Özellikle abdominal bölgeye travma ve düşme riski taşıyan egzersizlerden kaçınmalı,
- Yapılan egzersize göre kalori alımı ayarlanmalıdır (11).

Gebelikte membranların erken açılması, gebelikte hipertansiyon, servikal yetmezlik, ikinci ve üçüncü trimestir kanamaları, düşük ve preterm doğum hikayesi, intrauterin gelişme geriliği hikayesi ve daha önceden var olan tıbbi (kronik

hipertansiyon,kalp ve akciğer hastalığı gibi) durumlarda egzersiz yapılması sakıncalıdır (4,11).

2.8.6. Gebelikte Bağışıklama ve İlaç Kullanımı

Gebelikte canlı aşı fetüs için teratojeniktir. Bu nedenle rutin aşılama gebelikte yapılmaz. Aşıyla önlenebilecek hastalıklara karşı bağışıklama gebelik oluşmadan önce yapılmalıdır. Bu yüzden prenatal dönemde kadının özellikle kızamık, kızamıkçık, kabakulak, hepatit B, tetanoz ve difteriye karşı bağışık olup olmadığı hakkında bilgi edinilmeli ve eğer bağışıklık yoksa aşılannmaları gebelikten önce sağlanmalıdır. Rubella, kızamık, kabakulak ve poliomylit aşısı gibi canlı virüs aşıları gebelikte uygulanmaz. Gebelikte herhangi bir riski gözlenmeyen özellikle inaktif virüs, bakteri ya da toksoid aşılar uygulanabilmektedir. Gebelikte sadece ikinci trimestirde tetanoz aşısı yapılması önerilmektedir. Genellikle gebeliğin 20-24. haftalarında ilk doz yapılır, ikinci doz ilk aşıdan 4 hafta sonra, üçüncü doz 2. Dozdan en az 6 ay sonra, dördüncü doz 3. dozdan 1 yıl sonra, beşinci doz 4. dozdan 1 yıl sonra yapılarak kadının doğurganlığı boyunca bağışık olması sağlanır.

Gebelik döneminde kadının aldığı ilaçlar fetüsü de etkileyebileceği için, doktor önerisi olmadan herhangi bir ilaç kullanılmamalıdır. Gebelik süresince özellikle ilk trimesterde (organogenezis süresinde) kullanılan ilaçlar fetal malformasyonlara yol açabildiği için ilaç kullanmaktan kesinlikle kaçınılmalıdır. Gebelikte gelişen enfeksiyon, allerjiler ya da diğer patolojik nedenlerden dolayı gebe kadınlar terapötik amaçla ilaç tedavisi almaları gerekebilir. Bu durumda mümkün olduğunca gebelik üzerine etki mekanizması bilinen güvenli ilaçlar kullanılmalıdır.

Gebelikte mümkünse ilaç tedavisinin hepsinden kaçınılmalıdır. Alternatif yoksa, potansiyel teratojenik etkileri bilinmeyen yeni bir ilaç yerine etkisi iyi bilinen bir ilacın seçilmesi en iyi yoldur. Gebe bir kadın ilaç tedavisi hakkında, en geniş mevcut bilgiyi alma hakkına sahiptir. Hemşireler gebe kadınları doktor kontrolünde ilaç kullanmaları gerektiği ve ilaçların kullanım şekli, etki ve yan etkileri konularında bilgilendirmelidir. Gebe kadınlar herhangi bir yan etki görüldüğü takdirde hemen sağlık kuruluşuna başvurması ya da doktoruyla temasa geçmesi konusunda bilinçlendirilmelidir (4,11).

2.8.7. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Aktivite

Gebelik biyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişikliklerin yaşıandığı bir dönemdir. Bu değişiklikler doğrudan veya dolaylı olarak kadının cinselliğini etkiler.

Gebeliğin birinci trimesterinde bulantı, kusma, yorgunluk, uykuya eğilim, sık idrara çıkma, göğüslerde hassasiyet libidonun azalmasına yol açar. Gebeliğin ikinci trimesterinde, birinci trimesterindeki yakınmalarından kurtulan ve psikolojik olarak gebeliğe uyum sağlayan gebelerde cinsel ilişkiye ilgi artabilir. Ancak bu dönemde çiftler bebeğin zarar göreceği endişesi ile cinsel ilişkiden kaçınabilirler. Gebeliğin son trimesterinde ise yorgunluk, halsizlik, mide problemleri, solunum sıkıntısı, sık idrara çıkma, memelerden süt gelmesi gibi belirtiler libidonun tekrar azalmasına neden olmaktadır (13,89).

Eğer erken doğum, düşük riski, vajinal enfeksiyon, kanama, çoğul gebelik, servikal yetmezlik ve plasenta previa gibi ciddi bir durum varsa cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır. Gebelikte cinsel yaşamı etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada; gebelerin %39,5' inin cinsel ilişkiden uzaklaşma nedeninin bulantı kusma olduğunu ayrıca halsizlik ve yorgunluk, cinsel istekte azalma, cinsel ilişki esnasında ağrı hissetme ve bebeğe zarar verme korkusu nedeniyle de gebelerin cinsel ilişkiden kaçındığı bulunmuştur. (90). HG tanısı alan gebelerde bulantı/kusma yoğun olduğu için, tedavileri tamamlandıktan sonra hemşireler cinsel yaşam hakkında da gebe kadına danışmanlık yapmalıdır.

2.8.8. Gebelikte Uyku ve İstirahat

Gebelikte fiziksel ve ruhsal sağlık için yeterli istirahat ve uyku önemlidir. Gebelikte büyüme hormonunun ve metabolizmanın artması ile birlikte uyku gereksinimi artmaktadır. İlk trimesterde ve son trimesterde uyku gereksinimi daha fazla artmakta, uyku kalitesi azalmaktadır. Gebelikte uyku kalitesi ve algılanan stres arasında yakın ilişki vardır. Son trimesterde azalan uyku kalitesi gebelerin stres yaşama düzeylerini artırmaktadır. (91).

Gebelikte yorgunluk ve halsizliğin sık görülmesine bağlı olarak gerginlik, endişe, korku, duygusallık, uykusuzluk gelişebilir. Mümkünse gebelere sabah ve öğleden sonraları yarım saatlik uyku önerilir. Gebelikte vücudun ağırlık merkezi değişmektedir. Bu nedenle kadın ayakta durabilmek için fazla efor sarf eder ve yorulur.

Mümkün olduğunca gebeler az ayakta durmalı, oturarak dinlenmeleri önerilmelidir. Gebe kadın eğilme ve uzanma hareketlerinden kaçınmalı ve vücut mekaniklerine dikkat etmelidir (4).

2.8.9. Gebelikte Seyahat

Gebelikle ilgili riskli bir durum yoksa seyahat etmek sakıncalı değildir. Ancak araba ile seyahat yorucu olabilir ve gebenin pek çok rahatsızlığını şiddetlendirebilir. Gebe otomobil ile seyahat edecekse iki saatte bir mola verip yürümelidir. Mutlaka emniyet kemeri takmalıdır. Emniyet kemeri göbeğin altından ve üstünden gelecek biçimde takılmalıdır. Modern uçakların basıncı gebelik için uygundur, daha rahat ve güvenli olduğundan tercih edilmelidir. Gebelerin doktor raporu ile 36. haftaya kadar uçak ile yolculuk yapabilecekleri belirtilmektedir (13).

2.8.10. Gebelikte Çalışma Hayatı

Gebelik süresince birçok kadın çalışma yaşamına devam etmektedir. Gebenin gebelik süresince çalışmasına engel oluşturacak bir sağlık sorunu olmadığı sürece çalışma yaşamına devam edebilir. Çalışma hayatı kadını üretken yapar, ancak çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi gerekebilir. Gebe kadın günde 7.5-8 saatten fazla çalışmamalı ve mümkünse gündüzleri çalışmalıdır.

Gebe ağır kaldırmamalı, uzun süre oturmamalı ve uzun süre ayakta kalmamalı, çalışma ortamında radyasyon ve zehirli kimyasal maddelerden uzak durmalıdır (13).

Ülkemizde çalışan kadınların gebelik ve emzirme dönemlerine ilişkin yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelere göre işçi ve memur kadınlara doğumdan önce 8 ve doğumdan sonra 8 hafta süre ile ücretli izin verilmektedir. Ayrıca gebe kadın isterse doktor onayı ile doğumdan önceki 3 haftaya kadar iş yerinde çalışabilmekte, fazladan çalıştığı 5 hafta doğum sonuna aktarılabilir. Çalışan kadınların doğum sonrası analık izin bitim tarihinden itibaren ilk 6 ay günde 3 saat, ikinci 6 ay ise günde 1,5 saat süt izni yani emzirme hakları bulunmaktadır (4).

2.8.11. Gebelikte Sigara ve Alkol Kullanımı

Sigara içiminin fetüs üzerine etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Ancak sigaranın periferik vazokonstriksiyona neden olup kalp atımında ve kardiyak

output da değişimlere yol açarak, fetusun sağlığında zararlı etkiler yarattığı ve yüksek orandaki karbondioksite oksijeni azaltarak fetüsü olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Nikotin plasenta aracılığı ile bebeğe geçer ve bebeğe giden kanın, dolayısıyla besin ve oksijenin azalmasına neden olur. Sigara içen annelerin bebekleri, sigara imeyenlerinkine göre; düşük doğum ağırlığı, intra uterin geleişme geriliği, perinatal ölüm yönünden daha fazla risk altındadır.

Preterm doğum, fetal büyüme kısıtlılığı, erken membran rüptürü, ani bebek ölüm sendromu, infertilite ablasyo plasenta konjenital malformasyonlar, bilişsel geleişim bozuklukları maternal sigara içme ile ilişkilili bulunmuştur (4,11,13,66,92).

Günümüzde alkolün primer teratojenlerden biri olduğu düşünülmektedir. Fazla miktarda alkol kullanan gebelerin fetüsleri, fetal alkol sendromu geleişmesi yönünden risk altındadır. Aşırı alkol tkretiminde maternal malnütrisyon ve hipoglisemiye bağlı fetal sorunlar görülebilir. Gebelikte orta derecede alkol tkretiminin etkileri tam olarak bilinmemektedir. Ancak araştırmalarda düşük doğum ağırlığı ve bazı nörolojik etkilerin insidansını artırdığını göstermiştir. Teratojenik etkilerin riski, günlük ortalama alkol alımının artması ile doğru orantılı olarak artar (4,11).

Sigara, alkol yada madde kullanımı toplumda giderek yaygınlaşan bir sorun olduğu bilinmektedir. Gebelik boyunca madde kullanımı; anne, yenidoğan ve ocuk üzerinde bir takım zararlı etkilere yol açabilmektedir. Sigara, alkol ya da madde kullanımı gebe kadında preklampsi, gestasyonel hipertansiyon, plasenta previa, kardiyak aritmiler, ani ölümlere yol açabilirken; yenidoğanda büyüme geleişme geriliği, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, yenidoğan yoksunluk sendromu, epileptik nöbetler, letarji, beslenme güçlüğü, ani bebek ölümleri gibi sorunlara neden olmaktadır. Ayrıca ocukluk döneminde mental retardasyon, öğrenme ve algılamada güçlük, yönetsel fonksiyonlarda azalma, dil geleişiminde gecikme ve bozulmalar, hafızada bozukluklar, davranış problemleri gibi nörogelişimsel ve bilişsel alanda defisitlere de yol açabilmektedir. Gebelikte madde kullanımı hem anneyi hem bebeği, hem de toplumu etkileyen ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Gebelere gebelikleri süresince mümkünse sigara ve alkol kullanımından uzak durmaları önerilmelidir. Madde kullanan gebeler ise tespit edilmeli, tedavi ve takipleri yapılmalıdır. Riskli gebelik, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden mortalite ve morbidite olasılığını artıran fizyolojik, sosyal ve emosyonel bir durumdur. HG’de riskli gebelikler arasında yer almaktadır. HG tanısı ile

yatan hastaların gebelikteki sağlık davranışlarının belirlenmesi bakımının kalitesinin yükseltilmesi açısından son derece önemlidir. Hemşireler kadının hastanede yattığı süreyi fırsata çevirip gebelikte sağlığı geliştirici davranışlara yönelik sağlık uygulamaları hakkında bilgilendirme yapmalı ve kadını sağlığı geliştirici davranışları uygulamaya teşvik etmelidir (93).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Araştırma HG tanısı alan gebelerde, gebelik uyumunun sağlık uygulamalarına etkisini araştırmak amacıyla tanımlayıcı, kesitsel yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Doğum-1 (Obstetri) Servisi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisi ve Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Septik Servisinde Ağustos 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Ağustos 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Doğum-1 (Obstetri) Servisi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisi ve Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Septik Servisinde yatan gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemi, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen, belirtilen hastanelerin kadın doğum servislerinde HG tanısı ile yatan, araştırma katılım kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 70 gebe oluşturmuştur.

Araştırmaya katılım kriterleri;

1. 18-35 yaş aralığında olmak,
2. HG tanısı almış olmak,
3. HG dışında bir gebelik komplikasyonu bulunmamak,
4. Herhangi bir kronik hastalığı olmamak,
5. Tekiz gebeliği olmak,
6. Psikiyatrik sorunu olmamak
7. İletişim güçlüğü olmamak

8. Türkçe bilmek ve konuşmak,
9. Araştırmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü için G power yapılmıştır. Prenatal kendini değerlendirme ölçeği ile gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği arasındaki ilişki negatif $r = -0,4$ ve $\alpha=0.05$ ile güç= 0.90 ve ölçeklerin homojen dağıldığı varsayılarak örneklem büyüklüğü 61 olarak belirlenmiştir. Gebelerin araştırmadan ayrılma ya da anket formlarını eksik doldurma ihtimalleri öngörülerek, çalışma 70 HG tanısı alan gebe ile yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği” puan ortalaması bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

Bağımlı Değişkenler: Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği puan ortalaması bağımlı değişkeni oluşturmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Ağustos 2016- Nisan 2017 tarihleri arasında araştırmacının uygun olduğu günlerde, belirtilen hastanelerin kadın doğum servisinde yatarak tedavi gören HG’li kadınlarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Hasta odasında görüşülmüş olup, görüşme süresi gebenin bulantı kusma şikâyeti sıklığına göre ortalama 30 dakika kadar sürmüştür.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, "Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği" ve "Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği" kullanılmıştır.

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Kişisel Bilgi Formu; gebelerin sosyo-demografik (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, aile tipi vs.) ve obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, şu anki gebelik haftası vs.) içeren 15 sorudan oluşmuştur.

3.5.1.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) (EK-2)

Lederman tarafından 1979 yılında doğum öncesi dönemdeki kadınların anneliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008 yılında Beydağ ve Mete tarafından yapılmıştır (10). Toplam 79 maddeden oluşan ölçek, 4'lü likert tipindedir. PKDÖ de gebeliğe uyumu değerlendiren 7 alt boyut bulunmaktadır. Her bir alt boyut 10 ile 15 madde içermektedir.

Alt boyutlar; gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, eşi ile ilişkisinin durumu, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri olarak gruplandırılmıştır. PKDÖ ve alt boyutlarının madde numaraları ve alınabilecek en düşük ve en yüksek puanları çizelge 3. 1'de gösterilmiştir. PKDÖ deki maddelerden 47'si ters yönlü maddedir. Ölçekteki ters yönlü maddelerin numaraları şu şekildedir; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79. Her bir madde 1-4 arasında (4: "Çok fazla tanımlıyor", 3: "Kısmen tanımlıyor", 2: "Biraz tanımlıyor", 1: "Hiç tanımlamıyor" puanlanmaktadır. Ters maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 79 ve en yüksek puan 316'dır. Düşük puan gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0.81 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.90 olarak saptanmıştır.

Çizelge 3.1. PKDÖ ve Alt Boyutlarına Ait Madde Sayısı, Alınabilecek En Düşük- En Yüksek Puanlar ve Cronbach Alfa Değerleri

PKDÖ ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Alınabilecek En Düşük - En Yüksek Puanlar	Bu Çalışmadaki Cronbach Alpha Değerleri
Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	10	10-40	0.647
Gebeliğin kabulü	14	14-56	0.851
Annelik rolünün kabulü	15	15-60	0.741
Doğuma hazır oluş	10	10-40	0.693
Doğum korkusu	10	10-40	0.513
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	10	10-40	0.843
Eşi ile ilişkisinin durumu	10	10-40	0.771
Toplam PKDÖ	79	79-316	0.905

3.5.1.3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (EK-3)

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği, Lindgreen tarafından 2005 yılında geliştirilmiş olup, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Er tarafından 2006 yılında yapılmıştır (36,37). Toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki 1. ile 16. maddeler arası “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen 5’li likert tipi yanıt seçeneklerinden oluşmaktadır. Hiçbir zaman = 1 puan, Nadiren = 2 puan, Ara sıra = 3 puan, Sık sık = 4 puan ve Her zaman = 5 puan olarak hesaplanmaktadır. 17. maddeden 33. maddeye kadar olan sorular için uygun seçenekler verilmiş olup, bu seçenekler de 1 ile 5 puan arasında puanlandırılmaktadır. Bazı madde puanları ters kodlanmaktadır. Bunlar; 6, 7, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32 ve 33. maddelerdir. Bütün maddelerin toplamından genel puan elde edilmektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 33, en yüksek puan 165’tir. Yüksek puan sağlık uygulamalarının iyi derecede olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0.74 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.78 olarak saptanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama ve standart sapma, medyan, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçülmüştür. Nicel bağımsız verilerin analizinde ANOVA (turkey test), bağımsız örneklem t test, kruskal-wallis, mann-whitney u test kullanılmıştır. Korelasyon analizinde spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde cronbach alfa değeri kullanılmıştır. $P < 0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna başvurulmuş ve onay alınmıştır (EK-4). Ayrıca araştırmanın yapılacağı her üç kurumdan da yazılı izin alınmıştır (EK-5). Araştırma kapsamındaki kadınlara, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek gönüllü olanlar çalışmaya alınmıştır (EK-6). Kadınların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile

paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi yerine getirilmiştir.



4. BULGULAR

HG tanısı alan gebelerde gebelik uyumunun sağlık uygulamalarına etkisini araştırmak üzere yapılan çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

HG'li gebelerin sosyodemografik özellikleri izelge 4.1' de verilmiş olup, %35,7'sinin 26-30 yaş aralığında olduğu, %31.4'ünün üniversite mezunu olduğu, %74.3'nün çalışmadığı saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin %35,7'sinin üniversite mezunu olduğu %92,9'unun çalıştığı belirlenmiştir. Gebelerin %82,9'unun çekirdek aile tipine sahip olduğu, %67,1'inin gelirinin giderine eşit olduğu, %77.1'inin sosyal güvenceye sahip olduğu bulunmuştur. Gebelerin %65,7'sinin en uzun süre ilde yaşadığı ve %44.3'ünün evlilik süresinin 1-2 yıl olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.1. HG Tanısı Alan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler (n= 70)	Sayı	Yüzde
Yaş		
≤20	7	10.0
21-25	21	30.0
26-30	25	35.7
31-35	17	24.3
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	19	27.1
Ortaokul	18	25.7
Lise	11	15.7
Üniversite	22	31.4
Çalışma Durumu		
Çalışan	18	25.7
Çalışmayan	52	74.3
Eşin Eğitim Düzeyi		
İlkokul	21	30.0
Ortaokul	8	11.4
Lise	16	22.9
Üniversite	25	35.7
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışan	65	92.9
Çalışmayan	5	7.1
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	58	82.9
Geniş Aile	12	17.1
Gelir Durumu		
Gelirim Giderimden Düşük	17	24.3
Gelirim Giderime Denk	47	67.1
Gelirim Giderimden Yüksek	6	8.6
Sosyal Güvence		
Var	54	77.1
Yok	16	22.9
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Köy	6	8.6
İlçe	18	25.7
İl	46	65.7
Evlilik Süresi		
1-2 Yıl	31	44.3
3-4 Yıl	13	18.6
5Yıl ve üzeri	26	37.1

Çizelge 4.2. HG Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik Özellikler(n=70)	Sayı	Yüzde
Gebelik Haftası		
£8 Hafta	30	42.9
≥9 Hafta	40	57.1
Gebelik Sayısı		
İlk Gebelik	33	47.1
2 ve Üzeri Gebelik	37	52.9
Gebelik Aralığı		
2 Yıldan Az	54	77.1
2 Yıl ve Üzeri	16	22.9
Yaşayan Çocuk		
Var	36	51.4
Yok	34	48.6
Düşük/Kürtaj Öyküsü		
Var	5	7.1
Yok	65	92.9
Gebeliğin Planlı Olma Durumu		
Evet	46	65.7
Hayır	24	34.3

Araştırma kapsamındaki gebelerin obstetrik özellikleri Çizelge4,2’de verilmiştir. HG tanısı alan gebelerin %57,1’ inin 9 ve üzeri gebelik haftasında olduğu, %52,9’ unun gebelik sayısının 2 ve üzeri olduğu saptanmıştır. Gebelerin %77,1’nin gebelik aralığının 2 yıldan az olduğu %51,4’nün yaşayan çocuğa sahip olduğu ve %92,9’ unun düşük veya kürtaj öyküsünün bulunmadığı ve %65,7’sinin gebeliğinin planlı olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.3. HG Tanısı Alan Gebelerin PKDÖ ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

PKDÖ	Soru Sayısı	Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puan	Alınan En Düşük-En Yüksek Puan	Med	Ort.±s.s.
Kendi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri	10	10-40	11-35	23	22.20±5.0
Gebeliğin Kabulü	14	14-56	14-54	25	26.00±7.8
Annelik rolünün Kabulü	15	15-60	16-49	25	25.80±6.0
Doğuma Hazır Oluş	10	10-40	10-31	20	20.00±4.8
Doğum Korkusu	10	10-40	10-32	22	22.00±5.2
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	10	10-40	10-34	14	15.60±5.5
Eşi ile İlişkisinin Durumu	10	10-40	10-35	18	18.10±5.8
Toplam	79	79-316	88-235	151	149.70±26.8

PKDÖ ve alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puan, alınan en düşük ve en yüksek puan ve toplam puan ortalamaları Çizelge 4,3' te verilmiştir. Gebelerin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri alt boyut puan ortalaması 22.20±5.0, gebeliğin kabulü alt boyut puan ortalaması 26.00±7.8 ve Annelik rolünün kabulü alt boyut puan ortalaması 25.80±6.0 olarak saptanmıştır. Doğuma hazır oluş alt boyut puan ortalaması 20.00±4.8, doğum korkusu alt boyut puan ortalaması 22.00±5.2, gebelerin kendi annesi ile ilişki durumu alt boyut puan ortalaması 15.60±5.5, gebelerin eşi ile ilişki durumu alt boyut puan ortalaması 18.10±5.8 olarak saptanmıştır. PKDÖ toplam puan ortalaması ise 149,7±26,8 olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.4. HG Tanısı Alan Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile PKDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Min	Max	Medyan	PKDÖ Ort±S.S	Test ve P değeri
Yaş					
£20	116	235	157.0	160.6±36.2	KW=5.545 p= 0.116
21-25	89	193	141.0	139.0±27.2	
26-30	88	191	155.0	155.4±20.8	
31-35	92	203	149.0	149.9±27.7	
Eğitim Düzeyi					
İlkokul	117	203	153.0	158.7±22.9	KW=6.684 P=0.083
Ortaokul	89	235	152.0	154.4±29.1	
Lise	116	173	158.0	151.1±16.6	
Üniversite	88	186	140.0	137.2±28.8	
Çalışma Durumu					
Evet	88	186	143.0	143.5±27.2	MW-U=-1.042 P=0.298
Hayır	89	235	152.0	151.8±26.5	
Eşin Eğitim Düzeyi					
İlkokul	89	203	155	151.8±24.6	KW=2,940 P=0.512
Ortaokul	136	193	156	161.3±18.4	
Lise	111	197	145	147.8±20.4	
Üniversite	88	235	145	145.4±33.5	
Eşin Çalışma Durumu					
Evet	88	235	149	148.9±27.4	MW-U=-1,584 P=0.393
Hayır	142	183	158	159.6±15.2	
Aile Tipi					
Çekirdek	88	235	147	147.1±27.5	MW-U=-1,878 P=0.083
Geniş	136	203	159	161.8±19.3	
Gelir Durumu					
Gelirim Giderimden Düşük	92	193	157	153.9±27.1	KW=8.358 P=0.011
Gelirim Giderimden Denk	89	235	152	151.6±25.8	
Gelirim Giderimden Yüksek	88	145	127	122.3±20.4	
Sosyal güvence					
Var	88	235	148	146.8±27.2	MW-U=-1,847 P=0.096
Yok	117	203	161	159.4±23.6	
En Uzun Süre Yaşanılan Yer					
Köy	136	203	157.0	162.7±22.2	KW=1.574 P=0.455
İlçe	89	193	148.5	150.8±24.3	
İl	88	235	150.0	147.5±28.1	
Evlilik Süresi					
1-2 yıl	88	235	152.0	153.4±25.5	KW=1.095 P=0.578
3-4 yıl	89	179	141.0	140.9±30.1	
≥5 yıl	92	203	151.0	149.6±26.6	

HG tanısı alan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile PKDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde (Çizelge 4.4); 20 yaş ve altı gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 160.6 ± 36.2 olduğu, 21-25 yaş grubundaki gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 139.0 ± 27.2 olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaşları ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Eğitim düzeyi ilkokul olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 158.7 ± 22.9 olduğu, üniversite olanların 137.2 ± 28.8 olduğu saptanmıştır. Gebelerin eğitim düzeyi ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Çalışan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 143.5 ± 27.2 , çalışmayan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 151.8 ± 26.5 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin çalışma durumu ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Eşlerinin eğitim düzeyi ortaokul olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 161.3 ± 18.4 olduğu, üniversite olanların 145.4 ± 33.5 olduğu saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Eşi çalışan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 148.9 ± 27.4 , eşi çalışmayan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 159.6 ± 15.2 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eşlerinin çalışma durumu ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Çekirdek ailede yaşayan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 147.1 ± 27.5 , geniş ailede yaşayan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 161.8 ± 19.3 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin yaşadıkları aile tipi ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Geliri giderinden düşük olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 153.9 ± 27.1 olduğu, geliri giderinden yüksek olanların 122.3 ± 20.4 olduğu saptanmıştır. Gebelerin gelir durumu ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sosyal güvencesi olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 146.8 ± 27.2 olduğu, sosyal güvencesi olmayanların 159.4 ± 23.6 olduğu saptanmıştır. Gebelerin sosyal

güvenceye sahip olma durumu ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

En uzun süre köyde yaşayan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 162.7 ± 22.2 , ilde yaşayan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 147.5 ± 28.1 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin en uzun süre yaşadıkları yer ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Evlilik süresi 1-2 yıl olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 153.4 ± 25.5 olduğu, 3-4 yıl olanların 140.9 ± 30.1 olduğu saptanmıştır. Gebelerin evlilik süresi ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).



Çizelge 4.5. HG Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile PKDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Min	Max	Medyan	Orta.±S.S.	Test ve p değeri
Gebelik Haftası					
£8	89	235	152.0	150.7 ±31.8	MW-U=-0516
≥9	88	203	148.5	148.9 ±22.6	P=0.606
Gebelik Sayısı					
İlk gebelik	88	193	148.0	145.7 ±25.1	MW-U= -0.959
2ve üzeri	92	235	153.0	153.2 ±28.1	P=0.337
Gebelik Aralığı					
2 Yıldan az	88	235	150.5	150.6 ±25.6	MW-U =-0.189
2 Yıl ve Üzeri	92	197	151.0	146.5 ±31.0	P=0.850
Yaşayan Çocuk					
Var	92	235	154.0	153.7 ±29.2	MW-U =-1.087
Yok	88	193	148.0	145.9 ±24.0	P=0.277
Düşük/Kürtaj Öyküsü					
Var	149	191	155.0	164.2 ±17.6	MW-U =-1.426
Yok	88	235	148.0	148.5 ±27.1	P=0.154
Gebeliğin Planlı Olma Durumu					
Evet	88	186	145.5	142.6 ±24.7	MW-U =-2.574
Hayır	123	235	157.0	163.1 ±25.0	P=0.010

HG tanısı alan gebelerin obstetrik özellikleri ile PKDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde (Çizelge 4.5); gebelik haftası 8 hafta ve altında olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 150.7±31.8 olduğu, 9 hafta ve üzerinde olanların 148.9±22.6 olduğu saptanmıştır. Gebelerin gebelik haftası ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

İlk gebeliği olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 145.7±25.1 olduğu, 2 ve üzeri gebeliği olanların 153.2±28.1 olduğu saptanmıştır. Gebelerin gebelik sayısı ile

PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gebelik aralığı 2 yıldan az olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 150.6 ± 25.6 olduğu, 2 yıl ve üzeri gebeliği olanların 146.5 ± 31.0 olduğu saptanmıştır. Gebelerin gebelik aralığı ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yaşayan çocuğu olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 153.7 ± 29.2 olduğu, yaşayan çocuğu olmayanların 145.9 ± 24.0 olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaşayan çocuğa sahip olma durumu ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Düşük/kürtaj öyküsü olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 164.2 ± 17.6 olduğu, düşük/kürtaj öyküsü olmayanların 148.5 ± 27.1 olduğu saptanmıştır. Gebelerin düşük/kürtaj öyküsü ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gebeliği planlı olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 142.6 ± 24.7 olduğu, planlı olmayanların 163.1 ± 25.0 olduğu saptanmıştır. Gebeliğin planlı olma durumu ile PKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.6. HG Tanısı Alan Gebelerin Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı

	Soru Sayısı	Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puan	Alınan En Düşük-En Yüksek Puan	Med	Ort.±s.s.	Cronbach Alpha
GSUÖ	33	33-165	88-148	114	116.0±14.0	0.781

GSUÖ' den alınabilecek en düşük ve en yüksek puan, alınan en düşük ve en yüksek puan ve toplam puan ortalaması Çizelge 4.6' da verilmiştir. HG tanısı alan gebelerin GSUÖ' den en düşük 88 puan, en yüksek 148 puan aldığı bulunmuştur. GSUÖ toplam puan ortalaması 116.0±14.0 olarak saptanmıştır.

Çizelge 4.7. HG Tanısı Alan Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile GSÜÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	Min	Max	Medyan	ort±S.S	test ve p değeri
Yaş					
£ 20	103	123	108.0	111.3±7.4	F=1.689
21-25	96	140	114.0	115.6±11.8	P=0.178
26-30	88	148	112.0	113.4±14.2	
31-35	96	148	118.0	122.2±17.1	
Eğitim Düzeyi					
İlkokul	88	144	106.0	107.8±11.7	F=11.327
Ortaokul	99	131	116.0	114.8±8.8	P=0.000
Lise	91	133	112.0	109.3±12.8	
Üniversite	107	148	125.0	127.4±13.1	
Çalışma Durumu					
Evet	91	148	126.0	126.0±17.4	t=3.837
Hayır	88	144	111.0	112.5±10.9	P=0.000
Eşin Eğitim Düzeyi					
İlkokul	91	124	110	109.3±9.2	F=4.862
Ortaokul	88	144	108	109.6±16.5	P=0.004
Lise	103	147	114	117.2±11.6	
Üniversite	91	148	123	122.9±15.2	
Eşin Çalışma Durumu					
Evet	88	148	114	115.9±13.6	t=-0.230
Hayır	96	144	121	117.4±21.2	P=0.819
Aile Tipi					
Çekirdek	88	148	117	117.6±14.4	t=2.080
Geniş	96	130	104	108.5±9.8	P=0.041
Gelir Durumu					
Gelirim Giderimden Düşük	88	126	108	108.4±9.8	F=14.476
Gelirim Giderimden Denk	91	148	115	115.8±12.8	P=0.000
Gelirim Giderimden Yüksek	122	148	140	138.8±9.4	
Sosyal güvence					
Var	91	148	118	118.1±14.4	t=2.342
Yok	88	130	110	109.0±10.1	P=0.022
En Uzun Süre Yaşanılan Yer					
Köy	102	123	107.0	108.8±7.8	F=1.692
İlçe	91	148	111.0	113.1±12.5	P=0.195
İl	88	148	117.5	118.1±14.9	
Evlilik Süresi					
1-2 yıl	91	148	116.0	117.0±15.0	F=0.200
3-4 yıl	88	148	114.0	116.2±13.8	P=0.819
5 yıl ve Üzeri	91	147	111.0	114.7±13.4	

HG tanısı alan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile GSUÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde (Çizelge 4.7); 20 yaş ve altı gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 111.3 ± 7.4 olduğu, 31-35 yaş grubundaki gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 122.2 ± 17.1 olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaşları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Eğitim düzeyi ilkokul olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 107.8 ± 11.7 olduğu, üniversite olanların 127.4 ± 13.1 olduğu saptanmıştır. Gebelerin eğitim düzeyi ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Çalışan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 126.0 ± 17.4 , çalışmayan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 112.5 ± 10.9 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin çalışma durumu ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Eşlerinin eğitim düzeyi ilkokul olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 109.3 ± 9.2 olduğu, üniversite olanların 122.9 ± 15.2 olduğu saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Eşi çalışan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 115.9 ± 13.6 , eşi çalışmayan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 117.4 ± 21.2 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eşlerinin çalışma durumu ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Çekirdek ailede yaşayan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 117.6 ± 14.4 , geniş ailede yaşayan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 108.5 ± 9.8 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin yaşadıkları aile tipi ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Geliri giderinden düşük olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 108.4 ± 9.8 olduğu, geliri giderinden yüksek olanların 138.8 ± 9.4 olduğu saptanmıştır. Gebelerin gelir durumu ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sosyal güvencesi olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 118.1 ± 14.4 olduğu, sosyal güvencesi olmayanların 109.0 ± 10.1 olduğu saptanmıştır. Gebelerin sosyal

güvenceye sahip olma durumu ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

En uzun süre köyde yaşayan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 108.8 ± 7.8 , ilde yaşayan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 118.1 ± 14.9 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin en uzun süre yaşadıkları yer ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Evlilik süresi 1-2 yıl olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 117.0 ± 15.0 olduğu, 5 yıl ve üzeri olanların 114.7 ± 13.4 olduğu saptanmıştır. Gebelerin evlilik süresi ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).



Çizelge 4.8. HG Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile GSUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Min	Max	Medyan	Orta.±S.S.	Test ve p değeri
Gebelik Haftası					
£8 Hafta	88	129	111.0	111.4±9.8	t=- 2.477
≥9 Hafta	91	148	118.5	119.5±15.8	P=0.010
Gebelik Sayısı					
İlk gebelik	95	148	119.0	119.3±14.9	t=1.892
2 ve üzeri	88	147	111.0	113.1±12.7	P=0.063
Gebelik Aralığı					
2 Yıldan Az	88	148	115.5	116.7±14.6	t=0.747
2 Yıl ve Üzeri	91	147	111.5	113.7±12.1	P=0.457
Yaşayan Çocuk					
Var	88	147	111.0	112.3±13.0	t=2.185
Yok	95	148	120.0	119.5±14.3	P=0.032
Düşük/Kürtaj Öyküsü					
Var	91	117	110.0	106.4±9.9	t=1.604
Yok	88	148	115.0	116.7±14.1	P=0.113
Gebeliğin Planlı Olma Durumu					
Evet	91	148	118.0	119.0±14.9	t=2.582
Hayır	88	136	109.0	110.3±10.3	P=0.014

HG tanısı alan gebelerin obstetrik özellikleri ile GSUÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde (Çizelge 4.8); gebelik haftası 8 hafta ve altında olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 111.4 ± 9.8 olduğu, 9 hafta ve üzerinde olanların 119.5 ± 15.8 olduğu saptanmıştır. Gebelerin gebelik haftası ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

İlk gebeliği olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 119.3 ± 14.9 olduğu, 2 ve üzeri gebeliği olanların 113.1 ± 12.7 olduğu saptanmıştır. Gebelerin gebelik sayısı ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

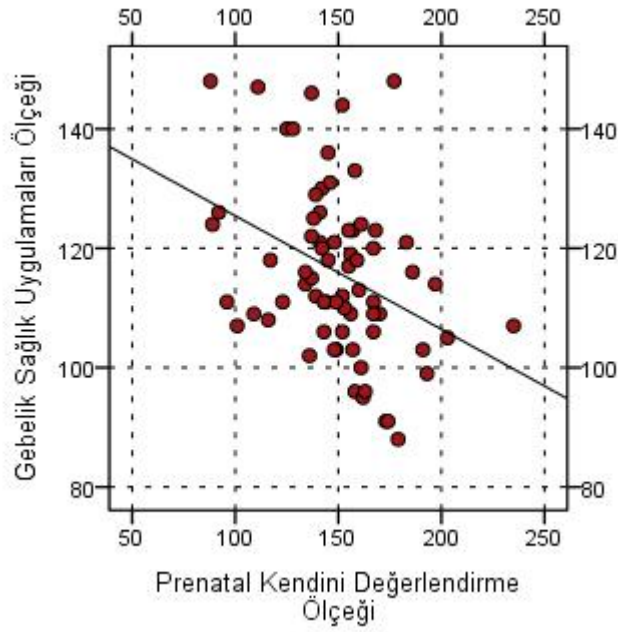
Gebelik Aralığı 2 yıldan az olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 116.7 ± 14.6 olduğu, 2 yıl ve üzeri gebeliği olanların 113.7 ± 12.1 olduğu saptanmıştır. Gebelerin gebelik aralığı ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Yaşayan çocuğu olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının $112,3 \pm 13.0$ olduğu, yaşayan çocuğu olmayanların $119,5 \pm 14.3$ olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaşayan çocuğa sahip olma durumu ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Düşük/kürtaj öyküsü olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 106.4 ± 9.9 olduğu, düşük/kürtaj öyküsü olmayanların 116.7 ± 14.1 olduğu saptanmıştır. Gebelerin düşük/kürtaj öyküsü ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Gebeliği planlı olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının 119.0 ± 14.9 olduğu, planlı olmayanların 110.3 ± 10.3 olduğu saptanmıştır. Gebeliğin planlı olma durumu ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Çizelge 4.9. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği İle Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğinin Korelasyon Analizi



Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği İle Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğinin Korelasyon Analizi Çizelge 4.9. da verilmiştir.

Prenatal kendini değerlendirme ölçeği ile gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği arasında anlamlı ($p=0.001/r = -0.386$) negatif ilişki olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.10. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları İle Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Korelasyon Analizi

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği		Gebelik Sağlık Uygulamaları Ölçeği	
	r		p
Toplam	-0.386		0.001
Kendi ve bebeğinin sağlığı	-0.016		0.897
Gebeliğin kabulü	-0.255		0.033
Annelik rolünün kabulü	-0.344		0.004
Doğuma hazır oluş	-0.211		0.080
Doğum korkusu	-0.127		0.296
Kendi annesi ile ilişkisi	-0.270		0.020
Eşi ile ilişkisinin durumu	-0.458		0.000
Spearman Korelasyon			

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları İle Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Korelasyon Analizi Çizelge 4.10. da verilmiştir.

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından gebeliğin kabulü ($p=0.000$ / $r=-0.255$), annelik rolünün kabulü ($p=0.000$ / $r=-0.344$), kendi annesi ile ilişkisi ($p=0.000$ / $r=-0.270$) ve eşi ile ilişkisinin durumu ($p=0.000$ / $r=-0.458$) ile Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği arasında anlamlı negatif ilişki olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

HG tanısı alan gebelerde gebelik uyumunun sağlık uygulamalarına etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışma ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada PKDÖ toplam puan ortalaması $149,7 \pm 26,8$ olarak bulunmuştur (**Çizelge 4.3**). Kamalak'ın (2015) yüksek riskli gebelerle yaptığı çalışmada, gebelerin PKDÖ toplam puan ortalaması yüksek riskli gebeler için $139,95 \pm 20,30$ iken, kontrol grubu için $141,71 \pm 24,06$ olarak saptanmıştır (32). Demirbaş ve Kadioğlu'nun (2014) prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörleri araştırdıkları çalışmalarında araştırmaya katılan gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamaları $147,87 \pm 27,43$ olarak bulunmuştur (12). Bulut'un (2016) HG tanısı alan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, PKDÖ puan ortalaması $173,3 \pm 35,8$ olarak bulunmuştur (34). Adölesan gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada ise PKDÖ toplam puan ortalaması $152,92 \pm 27,78$ olarak bulunmuştur (33). Hadımlı'nın (2011) erken doğum tehdidi tanısı alan gebelerde yaptığı çalışmada PKDÖ toplam puan ortalaması $144,80 \pm 22,81$ olarak belirlenmiştir (94). PKDÖ puan ortalamasının düşük olması gebeliğe uyumun yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Araştırmada PKDÖ toplam puan ortalaması 316 puan üzerinden $149,7 \pm 26,8$ olarak bulunması, çalışmaya katılan HG'li gebelerin gebelik uyumunun iyi olmadığını göstermektedir.

Araştırmada PKDÖ alt boyutlarından kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri puan ortalaması $23,33 \pm 5,87$ olarak bulunmuştur (**Çizelge 4.3**). Demirbaş ve Kadioğlu'nun (2014) yaptığı çalışmada söz konusu alt ölçek puan ortalaması $23,33 \pm 5,87$, Paşalak'ın (2016) çalışmasında $29,39 \pm 7,56$, Evrenol Öçal'ın (2011) çalışmasında $25,55 \pm 5,88$, Hadımlı'nın (2011) çalışmasında $27,66 \pm 5,89$ olarak bulunmuştur (12,95,33,94). PKDÖ' nün "Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri" alt boyut puan ortalaması ortalama puanı 40 puan üzerinden $22,2 \pm 5,0$ olarak saptanması, HG'li gebelerin kendi ve bebeğin sağlığı ile ilgili endişeli olduklarını düşündürmektedir. Hastanede HG nedeni ile yatan gebelerin kendi ve bebeğinin sağlığına ilişkin düşüncelerine yönelik gebeliğe uyumlarının iyi düzeyde olmaması, hem riskli bir gebelik tanısı almalarından hem de hastanede yatmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada PKDÖ alt gruplarından gebeliğin kabulü ortalama puanı $26,0 \pm 7,8$ olarak belirlenmiştir. Demirbaş ve Kadioğlu'nun (2014) çalışmasında gebeliğin kabulü puan ortalaması 23.12 ± 7.40 , EvrenoÖçal'ın (2011) çalışmasında 26.50 ± 7.68 , Mutlugüneş ve Mete'nin (2012) bulantı kusma ile annelik rolü ve gebeliğin kabulünü araştırdıkları çalışmada gebeliğin kabulü puan ortalaması $21,8 \pm 7,9$ olarak bulunmuştur (12,33,31,). Hadımlı'nın (2011) erken doğum tehtidi tanısı alan gebelerde yaptığı çalışmada gebeliğin kabulü puan ortalaması 22.09 ± 4.87 olarak belirlenmiştir (94). Yapılan çalışmalarda gebelikte bulantı kusma arttıkça gebeliğin kabulünün azaldığı saptanmıştır. Benzer şekilde araştırmada HG'li gebelerin gebeliği kabullenme puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç HG'nin neden olduğu yoğun bulantı ve kusmadan kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada PKDÖ alt gruplarından annelik rolünün kabulü ortalama puanı 60 puan üzerinden $25,8 \pm 60$ olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Demirbaş ve Kadioğlu'nun çalışmasında da annelik rolünün kabulü puan ortalaması 25.95 ± 5.91 olarak belirlenmiştir (12).

Çalışmamızda PKDÖ alt gruplarından doğuma hazır oluş puan ortalaması 19.14 ± 4.49 , doğum korkusu puan ortalaması 20.58 ± 4.38 bulunmuştur. Paşalak'ın (2016) çalışmasında gebelerin doğum korkusu $25.66 \pm 6,1$ ve doğuma hazır oluş $24.50 \pm 5,7$, Demirbaş ve Kadioğlu'nun (2014) çalışmasında gebelerin doğum korkusu 20.58 ± 4.38 doğuma hazır oluş $18.93 \pm 4,5$ ve Evrenol Öçal'ın (2011) doğum korkusu $23.17 \pm 4,8$ doğuma hazır oluş $19.88 \pm 4,4$ olarak belirtilmiştir (95,12,33). Gebeler, doğumda hissedebileceği ağrı, doğum sırasında kendisinin veya bebeğinin zarar görebileceği, kontrolünü kaybedeceği ve doğuma yardımcı manevraları yapamayacağı, sağlık personeli tarafından azarlanacağı düşüncesi ile doğum korkusu yaşayabilirler. Çalışmamızdaki HG'li gebelerin doğuma hazır oluş ve doğum korkusu puanı orta düzeyde bulunmuş olup bu durum gebelerin ilk trimesterde bulunmalarından ve % 52,9'nun 2'inci ve üzeri gebelik sayısında olmasından yani doğum eylemini deneyimlemiş olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

HG'li gebelerin kendi annesi ile ilişkisi ortalama puanı 40 puan üzerinden $15,6 \pm 5,5$, gebelerin eş ile ilişkisinin ortalama puanı ise 40 puan üzerinden $18,1 \pm 5,8$ olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan gebelerin anne ve eş ile ilişkisi orta düzeydedir. Çalışmamızın sonuçları Demirbaş ve Kadioğlu'nun (2014) sonuçları ile benzerdir.

Demirbaş ve Kadioğlu'nun çalışmasında gebenin kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması 17.35 ± 5.71 ve eşi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması ise 18.35 ± 5.60 olarak bulunmuştur (12). Paşalak'ın (2016) çalışmasında Gebelerin eşi ile ilişkisi 16.19 ± 4.78 ve kendi annesi ile ilişkisi $21.08 \pm 6,4$ olarak bulunmuştur (95). Gebenin eşi ile iyi ilişkiler içinde olması gebeliğe uyum sürecinde önemli faktörlerden birisidir, bunun yanı sıra iyi bir anne-kız ilişkisi gebe açısından kendi annelik rolü için sağlam bir temel oluşturmasına ve doğuma yönelik korku ve anksiyetesinin azalmasına yardımcı olabilir.

Çalışmada HG'li gebelerin sosyodemografik özellikleri ile PKDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması **Çizelge 4.4** de verilmiş olup, HG'li gebelerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, en uzun süre yaşanan yer, evlilik süresi ile PKDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumu arttıkça gebelik kabulünün arttığı belirlenmiştir. Ayrıca çalışanlarda, çekirdek ailede yaşayanlarda, sosyal güvencesi olanların gebelik uyumunun daha iyi olduğu saptanmıştır. Bulut' un (2016) HG'li gebelerle yaptığı çalışmasında; gebelerin sosyodemografik özellikleri içinde sadece yaş ile PKDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (34). Ayrıca çalışmaya benzer şekilde eğitim düzeyi ve gelir durumu yükseldikçe gebeliğin kabulünün arttığı sonucu elde edilmiştir. Paşalak'ın (2016) yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatan gebelerle yaptığı çalışmada; gebelerin yaşı ve evlilik süresi ile PKDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır (95). Demirbaş ve Kadioğlu'nun (2014) çalışmasında da gelir durumu iyi olan kadınların gebeliğe uyum düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (12).

Çalışmada HG'li gebelerin obstetrik özellikleri ile PKDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması **Çizelge 4.5** de verilmiş olup, HG'li gebelerin gebelik haftası, gebelik sayısı, gebelik aralığı, yaşayan çocuğa sahip olma durumu ve düşük/kürtaj öyküsü olma durumu ile PKDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Araştırmada sadece gebeliğin planlı olma durumu ile PKDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Paşalak'ın (2016) çalışmasında da benzer şekilde gebeliğin planlı olma durumu hariç, gebelerin diğer obstetrik özellikleri ile PKDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmemiştir (95). Demirbaş ve Kadioğlu (2014) gebelik sayısı ve gebelik haftasının gebeliğe uyum açısından anlamlı olmadığını ancak gebeliğin planlı olma durumu ile PKDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulmuşlardır (12). Bulut'un çalışmasında (2016) ise gebelik sayısı, gebeliğin planlı olma durumu ve yaşayan çocuğa sahip olma durumunun ile PKDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (34).

Araştırmada ilk gebeliği olanların, gebelik aralığı 2 yıl ve üzeri olanların, yaşayan çocuğu olmayanların, düşük/kürtaj öyküsü olmayanların ve gebeliği planlı olanların gebeliğe uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde de benzer çalışmalar mevcuttur (12,31,34,95).

Araştırmada GSUÖ toplam puan ortalaması 116.0 ± 14.0 olarak saptanmıştır (**Çizelge 4.6**). Er'in (2006) çalışmasında GSUÖ puan ortalaması 127.197 ± 11.84 , Altundaş'ın (2009) Malatya ve İzmir ilinde gebelikte sağlık davranışlarının bölgesel olarak karşılaştırılması çalışmasında İzmir'deki gebelerin GSUÖ puan ortalaması 111.41 ± 16.61 , Malatya'daki gebelerin GSUÖ puan ortalaması 109.52 ± 15.33 , Özcan ve Kızılkaya Beji'nin (2012) Gümüşhane ilindeki gebelerin sağlık uygulamalarını araştırdıkları çalışmada GSUÖ puan ortalaması 111.76 ± 18.53 , Çapık ve arkadaşlarının (2014) Erzurum ilinde yaptığı çalışmada ise GSUÖ puan ortalaması 112.64 ± 13.87 olarak saptanmıştır (37,38,41,42,). Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde saptanan GSUÖ puan ortalamasının diğer çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir. Çalışmada elde edilen GSUÖ puan ortalamasının ortalamanın üzerinde olduğu ve gebelerin sağlık uygulamalarının iyi derecede olduğu kabul edilebilir.

Araştırmada HG'li gebelerin sosyodemografik özellikleri ile GSUÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması **Çizelge 4.7** de verilmiştir. Araştırmada gebelerin yaşları arttıkça, kendi ve eşin eğitim seviyesi yükseldikçe, gelir seviyesi arttıkça GSUÖ toplam puanın arttığı, dolayısıyla sağlık uygulamalarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışanların, çekirdek ailede yaşayanların, sosyal güvencesi olanların, ilde yaşayanların, evlilik süresi 1-2 yıl olanların GSUÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Er'in (2006) çalışmasında da gebelerin yaşları ilerledikçe ve eğitim düzeyi arttıkça GSUÖ puan ortalamasının arttığı, evlilik yılı arttıkça GSUÖ puan ortalamasının azaldığı, çalışanların, ilde yaşayanların, sağlık güvencesi olanların ve çekirdek ailede yaşayanların GSUÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur (37). Tirkeş'in çalışmasında (2012) da benzer sonuçlar bulunmuştur (39). Özcan ve Bejinin çalışmasında (2015) gebelerin eğitim düzeyi arttıkça GSUÖ puan ortalamasının arttığı, ilde yaşayanların GSUÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (41). Altundaş'ın (2009) çalışmasında da çalışan gebelerin GSUÖ puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (38). Gebe kadınının eğitim seviyesi, gelir düzeyi, çalışma durumu gibi olumlu sosyokültürel özellikleri, gebeliğine yönelik bilgi düzeyini ve sağlık uygulamalarını etkileyen faktörlerdendir (21,75,81,84). Dolayısıyla tüm bu faktörlerin, gebe kadının gebeliğine yönelik farkındalık düzeyini arttırdığı ve gebelikteki sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

HG'li gebelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, aile tipi, gelir durumu, sosyal güvence varlığı ile GSUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). HG'li gebelerin yaş, eşin çalışma durumu, en uzun süre yaşanan yer, evlilik süresi ile GSUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde Altundaş'ın (2009) yaptığı çalışmada gebelerin yaş gruplarına göre GSUÖ puanı anlamlı farklılık göstermemiştir (38). Özcan ve Bejinin çalışmasında (2015) yaş, eşin eğitim düzeyi ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, eğitim durumu, çalışma durumu ile anlamlı fark bulunmamıştır (41). Er'in (2006) çalışmasında da gebelerin eşin eğitim düzeyi, aile tipi, gelir durumu ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, sosyal güvence ve yaşanan yer ile anlamlı bir fark bulunmamıştır (37).

Araştırmada HG'li gebelerin obstetrik özellikleri ile GSUÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması **Çizelge 4.8 de** verilmiş olup, gebelik haftası 9 hafta ve üzerinde olanların, ilk gebeliği olanların, gebelik Aralığı 2 yıldan az olanların, yaşayan çocuğu olmayanların, düşük/kürtaj öyküsü olmayanların ve gebeliği planlı olanların GSUÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. HG'li gebelerin gebelik haftası, yaşayan çocuğa sahip olma durumu ve gebeliğin planlı olma durumu ile GSUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Benzer şekilde Er'in (2006) çalışmasında da ilk gebeliği olanların, yaşayan çocuğu olmayanların, gebelik haftası ileri olanların ve gebeliğini isteyenlerin GSUÖ toplam puanının yüksek olduğu ve gebelik haftası, gebelik sayısı, yaşayan çocuğa sahip olma durumu ve gebeliği planlama durumu ile GSUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (37). Tirkeş'in çalışmasında (2012) da primipar olanların, 3. Trimesterde olanların, gebeliğini planlayanların, gebeliğini isteyenlerin, şu anki gebeliğinde önemli bir rahatsızlık geçirmeyenlerin GSUÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu, gebeliğin planlanma ve istenme durumu ile GSUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (39).

HG'li gebelerin gebelik haftası ilerledikçe gebeliği kabullenme durumunun artmasına bağlı olarak kendilerini ve bebeklerini korumaya daha fazla dikkat ettikleri ve sağlık uygulamalarına daha fazla özen gösterdikleri düşünülmektedir. Ayrıca çalışmada planlı gebeliğe sahip olan HG'li gebelerin sağlık uygulamalarına önem verdiği ve sağlık uygulamalarını yerine getirdiği söylenebilir. Bu sonuç gebeliğin planlanmasının gebelerin sağlık uygulamalarını daha bilinçli bir şekilde yerine getirmelerinde olumlu yönde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği İle Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğinin Korelasyon Analizi (**Çizelge 4.9**) sonucunda; prenatal kendini değerlendirme ölçeği ile gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu bulunmuştur ($p=0.000/r = -0.386$) . Prenatal kendini değerlendirme ölçeği alt boyutlarından gebeliğin kabulü ($p=0.000 / r=-0.255$), annelik rolünün kabulü ($p=0.000 / r=-0.344$), kendi annesi ile ilişkisi ($p=0.000 / r=-0.270$) ve eşi ile ilişkisinin durumu ($p=0.000 / r=-0.458$) ile gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği arasında anlamlı negatif ilişki olduğu bulunmuştur (**Çizelge 4.10**) Araştırmada HG'li kadınların gebeliğe uyumu arttıkça sağlık uygulamalarının arttığı belirlenmiştir. Gebeliğin sağlıklı geçirilmesi ve fetüsün sağlıklı bir biçimde uterus dışı yaşama hazırlanması, kadının gebeliğe uyum sağlaması ile mümkündür. Gebeliğe uyum sağlayan kadınların, fetal sağlığı korumaya ve geliştirmeye daha uyumlu oldukları bilinmektedir. Gebelik döneminin sağlıklı geçirilmesi ve fetüsün sağlığının korunması için, gebelik bakımının her yönüyle iyi bilinmesi ve sağlık davranışlarının doğru uygulanması gerekmektedir (4,11,35,36). Gebelikteki sağlık uygulamaları, gebenin kendi sağlığını, fetus ve

yenidoğan sağlığını içeren, gebelik seyrini ve sonucunu etkileyen aktivitelerdir (36). HG kontrol edilemeyen ve strese neden olabilen bir gebelik komplikasyonudur. HG tanısı ile yatan hastaların gebelik uyumlarının ve gebelikteki sağlık davranışlarının belirlenmesi bakımının kalitesinin yükseltilmesi açısından son derece önemlidir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

HG tanısı alan gebelerde gebelik uyumunun sağlık uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan HG'li gebelerin %35,7' sinin 26-30 yaş aralığında olduğu, %31.4'ünün üniversite mezunu olduğu, %74.3'nün çalışmadığı,
- %57,1' inin 9 ve üzeri gebelik haftasında olduğu, %52,9'nun gebelik sayısının 2 ve üzeri olduğu, %65'7'sinin gebeliğinin planlı olduğu,
- HG'li gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamasının $149,7 \pm 26,8$ olduğu,
- Yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumu arttıkça gebelik kabulünün arttığı, ayrıca çalışanlarda, çekirdek ailede yaşayanlarda, sosyal güvencesi olanların gebelik uyumunun daha iyi olduğu,
- HG'li gebelerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, sosyal güvence varlığı, en uzun süre yaşanan yer, evlilik süresi ile PKDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$),
- İlk gebeliği olanların, gebelik aralığı 2 yıl ve üzeri olanların, yaşayan çocuğu olmayanların, düşük/kürtaj öyküsü olmayanların ve gebeliği planlı olanların gebeliğe uyumlarının daha yüksek olduğu,
- HG'li gebelerin obstetrik özelliklerinden sadece gebeliğin planlı olma durumu ile PKDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$),
- HG'li gebelerin GSUÖ toplam puan ortalamasının $116,0 \pm 14,0$ olduğu,
- Gebelerin yaşları arttıkça, kendi ve eşin eğitim seviyesi yükseldikçe, gelir düzeyi arttıkça, sosyal güvencesi olanların, ilde yaşayanların, evlilik süresi 1-2 yıl olanların seviyesi arttıkça GSUÖ toplam puanının arttığı, ayrıca çalışanların, çekirdek ailede GSUÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu,
- HG'li gebelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşin eğitim düzeyi, aile tipi, gelir durumu, sosyal güvence varlığı ile GSUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$),

- Gebelik haftası 9 hafta ve üzerinde olanların, ilk gebeliği olanların, gebelik aralığı 2 yıldan az olanların, yaşayan çocuğu olmayanların, düşük/kürtaj öyküsü olmayanların ve gebeliği planlı olanların GSUÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu
- HG'li gebelerin gebelik haftası, yaşayan çocuğa sahip olma durumu ve gebeliğin planlı olma durumu ile GSUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$),
- PKDÖ ile GSUÖ arasında negatif yönde, anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0.000/r = -0.386$). Araştırmada HG'li kadınların gebeliğe uyumu arttıkça sağlık uygulamalarının arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar göz önünde bulundurularak;

- HG tanısıyla hastanede yatışı verilen gebelere gebeliğe uyum sağlamaları konusunda destek olunması,
- HG tanısı alan gebelerin gebelikte sağlık uygulamalarının rutin olarak değerlendirilmesi,
- Genç, eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, geniş ailede yaşayan, köyde yaşayan, gelir düzeyi düşük olan, sosyal güvencesi olmayan, istenmeyen gebelik yaşayan, gebelikler arası süre 2 yıldan az olan kadınlar hem gebeliğe uyum hem de gebelikte sağlık uygulamaları açısından risk grubu olarak ele alınması,
- Daha büyük gruplarda HG tanısı alan gebelerde gebelik uyumunu ve sağlık uygulamalarını etkileyen faktörlerin incelenmesi, önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **İsbir GG, Mete S.** Experience with Nausea and Vomiting During Pregnancy in Turkish Women Based on Roy Adaptation Model: A Content Analysis. *Asian Nursing Research*7, **2013**:175-181.
2. **Köken G, Coşar E.** Erken gebelikte bulantı kusmaya etki eden faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **2009**; 6(2): 92- 96.
3. **Shtomo M, Cohen R, Berkovitch M, Koren G.** The ApproachTto Nausea and Vomiting In Pregnancy. *Harefuah*,**2015**;154(11):720-741.
4. **Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.12. Baskı. Ankara: özyurt matbaacılık, **2014**.
5. **Ege E, Eryılmaz G.** Erken gebelik Dönemi Bulantı ve Kusması Olan Gebelerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumunun İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2000**; 3(1): 1-8.
6. **Piwko C, Koren G, Babashov V, Vicente C, Einarson TR** .Economic burden of nausea and vomiting of pregnancy in the USA. *J Popul Ther Clin Pharmacol*,**2013**;20(2):149-60.
7. **London V, Grube S, Sherer DM, Abulafia O.** Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature. *Pharmacology*, **2017**; 23;(100):161-171.
8. **Boelig RC, Barton SJ, Saccone G, Kelly AJ, Edwards SJ, Berghella V.** Interventions For Treating Hyperemesis Gravidarum: A Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*, **2017**;(11):1-14.
9. **Fejzo MS.** Measures Of Depression and Anxietylin Women With Hyperemesis Gravidarum Are Flawed. *Evid Based Nurs*,**2017**;20(3):78-79.
10. **Beydağ KD, Mete S.** Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**; (11): 16-24.
11. **Sevil Ü, Ertem G.** Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara, **2016**.
12. **H Demirbaş, Kadioğlu H.** Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. *MÜSBED*, **2014**;4(4):204.
13. **Beji Kızılkaya N.** Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 2.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2017**.
14. **Aba YA, Kömürcü N.** Antenatal Education on Pregnant Adolescents in Turkey: Prenatal Adaptation, Postpartum Adaptation, and Newborn Perceptions. *Asian Nurs Res.Korean Soc Nurs Sci*, **2017**;11(1):42-49.
15. **Aksoy Erkal Y, Dereli Yılmaz S, Aslantekin F.** Riskli gebeliklerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal destek. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, **2016**;1(3):25.
16. **Özdemir F, Bodur S, Nazik E, Nazik H, Kanbur A.** Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*,**2010**;9(5):463-470.
17. **Aksoy Nur A.** Plansız ve Planlanmış Gebelikte Hiperemesis İnsidansı. *Avrasya J Med*,**2008**; 40(2):72-74.

18. **Yılmaz T, Dinç H, Demirgöz Bal M.** Gebelerin Fetal Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Yaptığı Uygulamalar. *JAREN*, **2015**;1(1):21-25.
19. **Gilbert S E, Harmon J S.** Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. 2. Baskı, Ankara: Palme yayıncılık, **2011**: 28-29.
20. **Gönenç İ M, Duyan V, Erkal İ S, Purutçuoğlu E, Güven K H.** Antenatal Dönemde Verilen Gebe eğitiminin Fetal Sağlık Kontrol Odağına Etkisinin İncelenmesi. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonetoloji Tıp Dergisi*, **2016**;13(1):12-17.
21. **Turan T, Ceylan S S, Teyikçi S.** Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* **2008**; 3(9):158-172.
22. **Coşkun Potur D, Mamuk R, Şahin ND, Demirci N, Hamlacı Y .** Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International Council of Nurses*, **2017**.
23. **Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ.** Relationships Between Nausea and Vomiting, Perceived Stres, Social Support, Pregnancy Planning and Psychosocial Adaptation İn A Sample Of Mothers: A Questionnaire Survey. *International Journal Of Nursing Studies*, **2008**; 45 (8): 1185-1191.
24. **Mendoza E, Amsler F.** A Randomized Crossover Trial On The Effect Of Compression Stockings On Nausea and Vomiting in early pregnancy. *International Journal of Women's Health*, **2017**;9: 89–99.
25. **Taylor LG, Bird ST, Şahin L, Tassinari MS, Greene P, Reichman ME, Andrade SE, Haffenreffer K, Toh S.** Antiemetic use among pregnant women in the United States: the escalating use of ondansetron. Brief Report: Pharmaco epidemiology and drug safety Published online in wiley online library; **2017**.
26. **Ogawa K, Jwa SC, Kobayashid M, Morisaki N, Sago H, Fujiwara T.** Validation of a food frequency questionnaire for Japanese pregnant women with and without nausea and vomiting in early pregnancy. *Journal of Epidemiology*, **2017**; 1-8.
27. **Cardwell MS.** Pregnancy Sickness: A Biopsychological Perspective. *Obstet Gynecol Suro*, **2012**;67(10):645-52.
28. **Maltepe C.** Surviving Morning Sickness Successfully From Patient's Perception To Rational Management. *J Popul Therclin Pharmacol*, **2014**: 23-26.
29. **Timur S, Kızılrnak A.** Erken Gebelikte Bulantı Kusma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, **2011**; 10(3):281-286.
30. **30.Kohl SS, Kainer F, Schiefenhövel W.** Nausea and vomiting as evolutionary mechanisms of the multi-layered adaptation reaction to pregnancy. *Z birth aid Neonatol* **2009**; 213 (5): 186-193.
31. **Mutlugüneş E, METE S.** Gebelikte bulantı kusma ile annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **2013**; 2(1):13.
32. **Kamalak H.** Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, **2015**.
33. **Evrenol Öçal S.** Adölesan Gebelerin Gebelik, Doğum ve Anneliğe Uyumları ve Etki Eden Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2011**
34. **34. Bulut A.** Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Gebeliğe Uyum ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, **2016**.

35. **Coşkun A M.** Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 2. Baskı, İstanbul: Koç üniversitesi yayımları,2016.
36. **Lindgren K.** Testing The Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II. *JOGNN*. **2005**; 34: 465-472.
37. **Er S.** Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2006**.
38. **Altundaş P.** Gebelikte Sağlık Davranışlarının Bölgesel Olarak Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2009**.
39. **Tirkeş D.** Gebe Kadınların Sağlık Uygulamaları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, **2012**.
40. **Jeanne L. Alhusen, Deborah Gross, Matthew J. Hayat, Anne B. (Nancy) Woods, Phyllis W. Sharps .** The influence of maternal–fetal attachment and health practices on neonatal outcomes in low-income, urban women. *Research in nursing&health*, **2012**;35: 112–120
41. **Özcan H. Kızılkaya Beji N.** Gümüşhane İl Merkezindeki Gebelerin Sağlık Uygulamaları. *Perinatoloji Dergisi*, **2017**;20: 13-19.
42. **Çapık A, Sakar T, Apay Ejder S.** Gebelikte Sağlık Uygulamaları İle Duygusal Zekâ Arasındaki İlişki. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırma Dergisi*, **2016**; 6: 75-88.
43. **Abramowitz A, Miller ES, Wisner KL.** Treatment Options For Hyperemesis Gravidarum. *Arch Womens Ment Health*, **2017**;20(3):363-372.
44. **Köşger H, Kaygusuz İ.** Hiperemesis gravidaruma güncel yaklaşımlar. *Yeni tıp dergisi*, **2014**; 31: 159-161.
45. **Cevrioğlu SA, Kocak İ.** Hiperemesis gravidarum tanı ve tedavide güncel yaklaşımlar. *TJOD Uzmanlık sonrası eğitim dergisi*, **2004**;8: 20.
46. **Yanikkerem E, İldan Çalım S, Göker A, Oruç Koltan S, Koyuncu FM.** Hiperemesis gravidarum’lu gebelerin hastalıkları hakkında düşünceleri ve gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**;1(4):272-280.
47. **Sheehan P.** Hyperemesis gravidarum Assessment and management. *Reprinted from Australian Family Physician Vol*, **2007**; 36(9):698-699.
48. **Hacker Nf, Moore JG, Gambone JC.** Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri. Nobel Tıp Kitabevleri, **2004**:227.
49. **De Cherney Ah, Nathan L, Goodwin Tm, Laufer N.** Current Diagnosis And Treatment. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara, **2010**;23.
50. **Gabbe SG, Niebly JR, Simpson JL.** Obstetrik Normal ve Sorunlu Gebelikler.1.Baskı, İstanbul: Nobel-Güneş Tıp Kitap Evi, **2009**.
51. **Bülbul M, Kaplanoğlu M, Arslan Yıldırım E, Dilbaz B.** Hiperemesis Gravidarum. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **2017**;26(3):269-296.
52. **Roseboom TJ, Ravelli AC, Van Der Post JA, Painter RC.** Maternal Characteristics Largely Explain Poor Pregnancy Outcome After Hyperemesis Gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. **2011**; 156(1):56–59.

53. **McCarthy FP, Khashan AS, North RA.** Scope Consortium A Prospective Cohort Study Investigating Associations Between Hyperemesis Gravidarum and Cognitive, Behavioural and Emotional Well-being In Pregnancy. *PloS One*. **2011**; 6(11):276.
54. **54.Mullin P M, Goodwin A, Fejzo, F, Bray KW, Schoenberg R, MacGibbon TM, Romero M, Fejzo M.S.** Prenatal Exposure To Hyperemesis Gravidarum Linked To Increased Risk Of Psychological and Behavioral Disorders In Adulthood. *J Dev Orig Health Dis*. 2011;2(4):200.
55. **Abramowitz A, Miller ES, Wisner KL.** Treatment Options For Hyperemesis Gravidarum. *Archives of Women's Mental Health*, **2017**:1-10.
56. **McCarthy FP, Lutomski JE, Greene RA.** Hyperemesis gravidarum: current perspectives. *International Journal Of Women'S Health*,**2014**;(6):719.
57. **Hizli D, Kosus A, Kosus N, Kamalak Z, Akkurt G.** Hyperemesis Gravidarum and Depression In Pregnancy: Is There An Association? *J Psychosom Obstet Gynecol*,**2012**; 33(4):171.
58. **Annagür BB, Kerimoğlu ÖS, Gündüz Ş, Tazegül A.** Are There Any Differences n Psychiatric Symptoms and Eating Attitudes Between Pregnant Women With Hyperemesis Gravidarum and Healthy Pregnant Women? *J Obstet Gynaecol Res*,**2014**;40(4):1009.
59. **Tola EN.** Hiperemezis gravidarumda Tedavi Modaliteleri Current Approaches In Hyperemezis Gravidarum Treatment. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*,**2014**;5(2):72-76.
60. **Bustos M, Venkataramanan R, Caritis S.** Nausea and Vomiting Of Pregnancy - What's new? *Auton Neurosci*. **2017**; 202: 62-72.
61. **Küçükkömürcü Ş, Özakin C, Özdiş M, Özyürek E Ş.** Hperemezis Gravdarum ve Helicobacter Pylori: Derleme. *TJOD*, **2006**; 3 (4): 235-241.
62. **Li L, Li L, Zhou X, Xiao S, Gu H, Zhang G.** Infection Is Associated With An Increased Risk Of Hyperemesis Gravidarum: Ameta-Analysis. *Gastroenterol Res Pract*. **2015**:20-23.
63. **Bulanık M, Şimşek Y.** Hiperemezis Gravidarum Etiyolojisinde Psikolojik Komponent: Kritik Bir Derleme. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2016**; 18(3): 151-156.
64. **Mitchell-Jones N, Gallos I, Farren J, Tobias A, Bottomley C, Bourne T.** Psychological Morbidity Associated With Hyperemesis Gravidarum: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BJOG*. **2017**;124(1):20-30.
65. **Niemeijer MN, Grooten IJ, Vos N, Bais JM, Van Der Post JA, Mol BW, Roseboom TJ, Leeflang MM, Painter RC.** Diagnostic Markers For Hyperemesis Gravidarum: A Systematic Review and Metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. **2014**;211(2):150.
66. **Şirin A.** Kadın sağlığı. 1.baskı İstanbul: Bedray basın yayıncılık,**2008**.
67. **Heitman K, Nordeng H, Havnen GC, Solheimsnes A, Holst L.** The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impact on quality of life, Daily life functioning and willingness to become pregnant again- results from a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and childbirth*,**2017**;17(75):2-12.
68. **McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, Beyer F, Moloney E, Bryant A, Bradley J, Muirhead CR, Nelson-Piercy C, Newbury-Birch D, Norman J, Shaw C, Simpson E, Swallow B, Yates L, Vale L.** Treatments For Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Systematic Review. *JAMA*, **2016**;316(13):1392-1401.

69. **Power Z, Thomson AM.** Understanding The Stigma Of Hyperemesis Gravidarum: Qualitative Findings From An Action Research Study. *Birth* **2010**;37(3):237-244.
70. **H, Dağlar K, Topçu O H, İskender T C, Oskovi A, Timur Danışman N.** Hiperemesis Gravidarum Hastalarında Uzun Süreli Hospitalizasyonun Risk faktörleri. *Çukurova N-Medical Journal*, **2015**;40(1):113-118.
71. **Karanisalıglı H, Yazıcı S, Yılmaz T.** Doğum Öncesi Dönem ve Bakım.1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2017**.
72. **Gümüşdaş M, Ejder AS.** Gebelikte Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **2016**;3(1):1-8.
73. **Gümüş Babacan N, Çevik N, Hyusini H S, Biçen Ş, Keskin G, Malak T A.** Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı İle İlişkili Özellikler. *AJCI* **2011**;5(1):7-14.
74. **Erkal Aksoy Y, Çeber Turfan E, Dereli Yılmaz S.** Normal ve Riskli Gebeliklerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi* **2017**;25(1):26-31.
75. **Şahin M. Yurdakul M.** Doğum Öncesi Bakım. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*,**2012**;20(1):80-85
76. **Baysoy Güler N, Özkan S.** Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. *Gazi Med J* **2012**;23: 77-90.
77. **Altıparmak S, Coşkun AM.** Doğum Öncesi Verilen Eğitimin Gebenin Bilgi Düzeyi İle Memnuniyet Durumuna Etkisi. *Journal Of Human Sciences*,**2016**;13(2):2611.
78. **Türkyılmaz AS, Çavlin A.** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ulusal Toplantı TNSA 2013 Sonuçları. Rixos Grand Ankara Otelı, Ankara, **2 Aralık 2014** : 40.
79. **Yanıkemre E, Altıparmak S, Karadeniz G.** Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* **2006**;3(1):35-42.
80. **Yılmaz Dereli S, Kızılkaya Beji N.** Gebelikte Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi* **2010**;20(4):137-142.
81. **Pirdal H, Yalçın M B, Ünal M.** Gebelerin Gebelik İzlemleri, Gebelikleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*,**2016**;20(1):5-13.
82. **O'Rilly B , Bottomley C , Reymer J.** Temel Obstetrik ve Jinekoloji cep kitabı. 1.baskı, Ankara: güneş tıp kitabevleri Ltd Şti, **2008**:10-12.
83. **Ashraf VV, Priyesh J, Praveenkumar R, Saifudheen K.** Wernicke's encephalopathy due to hyperemesis gravidarum:Clinical and magnetic resonance imaging characteristics.Case series. *J Postgrad Med*,**2016**;62: 260-263.
84. **Çağlayan Kıyak E, Kara M, Karaçavuş S, Erdoğan Y, Üstün E Y.** Orta Anadolu'da Yaşayan Gebelerdeki Demir-Vitamin Kullanımı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *J Turk Soc Obstet Gynecol* **2014** (2);95-96.
85. **Öztürk Ö, Keskin L, Taş E E, Akgün N, Aşar F.** Vitamin B12 Düzeyinin Fetal Doğum Ağırlığı Üzerine etkisi. *Perinatoloji Dergisi* **2015**;23(2):73-78.
86. **Bader T J.** Obstetrik Jinekolojinin Sırları.3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi, **2009**:210-212.

87. **Orhan Deliorman D, Hartevioğlu A.** Gebelik ve emzirme Döneminde A,D ve E Vitaminlerin Kullanımlarının Değerlendirilmesi. *Spatula DD*,2015;5(4):191-198.
88. **Timur S, Kızıllırmak A.** Gebelerin Bulantı Kusma İle Baş Etme Yöntemleri. *İ.Ü.F.N.Hem. Derg*,2011;3: 129-134.
89. **Güleroğlu FT, Beser NG.** Gebe Kadınlarda Seksüel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. *The Journal Of Sexual Medicine*,2014;11(1):146-153.
90. **Eryılmaz G, Ege E, Zincir H.** Gebelikte Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002; 5(1): 11-17.
91. **Pınar Ertekin Ş, Arslan Ş, Polat K, Çitçi D, Cesur B, Dağlar G.** Gebelerde Uyku Kalitesi İle Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2014;7(3):171-177.
92. **Alptekin H, Işık H, Kayhan F, Hızır Y, Selimoğlu R, Kıyıcı A.** Gebelikte sigara içmenin fetal umbilikal kord BDNF(Brain-Derived neutrotrophic Factor) düzeylerine etkisi. *Eur J Health Sci*.2016;35-39.
93. **İzci F, Bilici R.** Gebelerde Madde Kullanımı: Görülme Sıklığı ve Etkileri. *Bağımlılık Dergisi*, 2015;6(1) :26-34
94. **Hadımlı A.** Hemşirelik Bakımının Erken Doğum Tehdidi Tanısı Alan Gebelerin Gebeliklerine Uyumuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2011.
95. **Paşalak İnceser Ş.** Yüksek Riskli Gebelik Nedeniyle Hastanede Yatak İstirahatinde Olan Gebelerin Gebeliğe Uyum Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2016.

EKLER

EK-1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı, bu araştırma Hiperemesis Gravidarum tanısı alan gebelerde gebelik uyumunun sağlık uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama formlarının uygulama süresi yaklaşık 15-20 dakika sürecektir. Soruları içtenlikle cevaplamanız bu araştırma sonuçlarının doğruluğu ve güvenilirliği açısından çok önemlidir. Toplanan veriler sadece araştırma amaçları için kullanılacaktır. Araştırmayı kabul etmeniz halinde, anket üzerinde kimliğinizle ilgili bilgi belirtmeniz gerekmemektedir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

1) Kaç yaşındasınız?.....

2) Eğitim durumunuz?

- 1) İlkokul mezunu
- 2) Ortaokul mezunu
- 3) Lise mezunu
- 4) Üniversite mezunu

3) Çalışıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

4) Eşinizin eğitim durumu nedir?

- 1) İlkokul mezunu
- 2) Ortaokul mezunu
- 3) Lise mezunu
- 4) Üniversite mezunu

5) Eşiniz çalışıyor mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

6) Aile tipiniz?

- 1) Çekirdek aile
- 2) Geniş

7)Ailenizin ekonomik düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Gelirim giderimden az
- 2) Gelirim giderime denk
- 3) Gelirim giderimden fazla

8) Sosyal güvenceniz var mı?

- 1) Evet
- 2)Hayır

9)Yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?

- 1) Köy
- 2) İlçe
- 3) İl

10)Kaç yıllık evlisiniz?.....

11) Şu anki gebelik haftanız nedir?.....

12)Toplam gebelik sayınız nedir?.....

Sağ:.... Ölü:.... Düşük/Kürtaj:....

13) Bir önceki gebelikle bu gebelik arasında geçen süre?.....

14) Yaşayan çocuk sayısı nedir?.....

15) Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?.....

- 1)Evet
- 2)Hayır

EK-2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)

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

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Anne-babaları, çocukları ile birlikteyken izlemek hoşuma gidiyor.				
3. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
4. Eşimle doğacak bebeğimiz hakkında konuşuyoruz.				
5. Eşim gebeliğim süresince beni eleştirdi.				
6. İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
7. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
8. Ağrı ile baş edebilirim				
9. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				

10. Üzgün olduğumda eşim bana anlayış gösterir.				
11. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
12. Doğumumun sağlıklı bir şekilde ilerleyeceğini düşünüyorum.				
13. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
14. Annem doğacak olan bebeğimle ilgileniyor.				
15. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				
16. Bebeğimin sağlıklı olmayacağı konusunda endişelerim var.				
17. Ne zaman ağrı yaşasam bunun en kötü şey olduğunu düşünürüm.				
18. Doğumun, sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				
19. Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum.				
20. Annem gebe olmamdan mutlu.				
21. Annem yararlı önerilerde bulunur.				
22. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
23. Eşim benimle gebeliğim				

hakkında konuşmayı seviyor.				
24. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				
25. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
26. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
27. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
28. Annemle problemlerim hakkında rahatlıkla konuşabiliyorum.				
29. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşkularım var.				
30. Sık sık bebekte olabilecek sorunları düşünüyorum.				
31. Annem torununu sabırsızlıkla bekliyor.				
32. Hamile olmaktan memnunum.				
33. Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
34. Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
35. Eşim, ihtiyaç duyduğumda ev işlerinde				

yardım eder.				
36. Gebelik süresince cinsel hayatımızdaki değişiklik konusunda, eşimle konuşmakta zorlanırım.				
37. Annem yanımda olduğunda kendimi iyi hissediyorum.				
38. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
39. Doğum sırasında kontrolümü kaybedeceğimden eminim.				
40. Doğumum sırasında eşimin bana destek olacağına inanıyorum.				
41. Doğumda bana kötü şeyler olabileceğinden korkuyorum.				
42. Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
43. Eşim duygularım ve sorunlarımla onu sıktığımı düşünüyor.				
44. Annem ve ben ne zaman bir araya gelsek tartışırız.				
45. Bebeğe yeterli dikkati / özeni göstermek benim için zor olacak.				
46. Bebeğin, bana bir yük olacağını düşünüyorum.				
47. Doğumda olacaklara				

kendimi hazır hissediyorum.				
48. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
49. Doğum zamanı geldiğinde, ağırlı olsa bile tüm gücümle ıkınabilirim.				
50. Nasıl bir anne olmak istediğim konusunu düşünüyorum.				
51. Doğumda oluşabilecek sorunlar hakkında endişelerim var.				
52. Doğum stresinin benim baş edebileceğimden çok daha fazla olacağını düşünüyorum.				
53. Doğum sırasındaki rahatsızlıklara dayanabilirim.				
54. Bebek bakımı için ayırdığım zaman nedeniyle kendime çok az zaman kalacağından endişeliyim.				
55. Kendimle ilgili şüphelerim olduğunda annem beni rahatlatır.				
56. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğumu düşünüyorum.				
57. Doğum sırasında bazı şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.				
58. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				

59. Annem bildiğim şekilde davranmam konusunda beni destekliyor.				
60. Eşimin gebeliğim süresince cinsel hayatımızla ilgili benimle konuşabileceğini düşünüyorum.				
61. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
62. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
63. Doğumda bebeğimi kaybetmekten korkuyorum.				
64. Doğumda kontrolümü kaybedersem, yeniden kontrolümü sağlamakta zorlanırım.				
65. Annem kararlarımı eleştirir.				
66. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
67. Bebeğimin bana benzememesinden korkuyorum.				
68. Doğumda olabilecek bütün kötü olayları aklımdan geçiyor.				
69. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
70. Bebeğin bakımını paylaşmak konusunda eşime güvenebilirim.				

71. Normal doğum yapacağım konusunda kendime güveniyorum.				
72. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğumu düşünüyorum.				
73. Bebeğimi şimdiden sevmeye başladığım.				
74. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
75. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
76. Şuan hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
77. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
78. Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				
79. Hamile olduğum için mutluyum.				

EK-3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği(GSUÖ)

1. Gebe kaldığımdan beri, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürdüğümü düşünüyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
2. Gebe kaldığımdan beri, gecede en az 7-8 saat uyuyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
3. Gebe kaldığımdan beri; günde en az 20 dakika, haftada en az 3 kez olmak üzere düzenli olarak egzersiz yapıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
4. Gebe kaldığımdan beri, araba, kamyon, yük arabası, kamyonet kullanırken (yolculuk ederken) emniyet kemeri kullanıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
5. Gebe kaldığımdan beri, günde 2'den fazla kafeinli içecek (kahve, çay, kola, soda) tüketiyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
6. Gebe kaldığımdan beri, kokain, amfetamin yada LSD, eroin yada uçuşu madde kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
7. Gebe kaldığımdan beri, eşim ve/veya ben başkalarıyla cinsel ilişkiye girdik.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
8. Gebe kaldığımdan beri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlemler alıyorum (örn; prezervatif kullanıyorum yada cinsel ilişkiden kaçınıyorum).
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
9. Kendi sağlığım veya bebeğimin sağlığıyla ilgili endişelerim olduğunda doktoruma ya da ebeme bildiririm.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
10. Gebeliğimle ilgili sorularım olduğunda ya da anlayamadığım bir şey olduğunda doktoruma ya da ebeme sorarım.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
11. Gebe kaldığımdan beri, doktorum ya da ebemin tavsiye ettiği ilaçlar dışında bitkisel ilaçlar kullanıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

12. Gebe kaldığımdan beri, kendim ve bebeğim için iyi olacak yiyecek ve içecekler alırken etiketlerini okuyorum (örn; tuz ve yağ oranının fazla olmamasına, suni tatlandırıcılar içermemesine ve vitamin değerinin yüksek olmasına dikkat ediyorum).

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

13. Gebe kaldığımdan beri, duş şeklinde banyo yaparım.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

14. Gebe kaldığımdan beri, 37,7 °C'den daha sıcak suda yıkanmaktan ve oturma banyosu yapmaktan sakınıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

15. Gebe kaldığımdan beri, zehirli kimyasallar ve diğer maddelere maruz kalmaktan sakınırım veya sınırlandırırım (örn; pasif içicilik, haşere ve böcek ilaçları ve kurşun içeren içme suyu).

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

16. Gebe kaldığımdan beri, herhangi bir ilaç ya da destekleyici maddeler almadan önce doktorumla ya da ebemle konuşurum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

17. Gebe kaldığımdan beri; eğer doktorum ya da ebem tavsiye ettiyse, multivitaminleri ve doğum öncesi vitaminleri alıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez
d) Haftada 5-6 kez e) Günlük yada tavsiye edilmedi

18. Gebe kaldığımdan beri, süt ve süt ürünleri veya kalsiyumdan zengin yiyecekler tüketerek veya dışarıdan ilaç vb. alarak yeterli düzeyde (1200mg/gün) kalsiyum alıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez
d) Haftada 5-6 kez e) Günlük

19. Gebe kaldığımdan beri, günde 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketiyorum.

a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada 4 d) Haftada 5 yada 6
e) Günlük

20. Gebe kaldığımdan beri, diyetimde yeterince lifli ve posalı gıda (sebze, kuru meyve gibi) alıyorum.

a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada 4 d) Haftada 5 yada 6 e) Günlük

21. Gebe kaldığımdan beri, sigara içiyorum.

- a) Hiçbir zaman içmedim b) Gebe kaldığımdan beri bıraktım
c) Günde 10 sigaradan az d) Günde 11-20 sigara e) Günde 1 paketten fazla

22. Gebe kaldığımdan beri, alkollü içecekler içerim (şarap, bira veya likör).

- a) Gebeliğim süresince hiç alkollü içecek almadım b) Gebeliğimi öğrenmeden önce
c) Ayda 3 kereden az d) Haftada 1 e) Haftada 1’den az

23. Gebe kaldığımdan beri, bir oturuşta genellikle bir şişe bira, bir kadeh şarap ya da bir kadeh liköre denk gelecek şekilde içki içiyorum.

- a) Hamileyken hiç içmedim b) 1 içki (içecek) c) 2 içki (içecek)
d) 3 içecek (içki) e) 3 içecekten (içki) fazla

24. Doğum öncesi bakım için doktorumu ya da ebemle görüşmeye başladım.

- a) Döllenmeden önce gebeliği planlamak için b) Gebeliğimin ilk 3 ayında
c) Gebeliğin 5. ayından önce d) Gebeliğin 7. ayından önce
e) Gebeliğin 9. ayından önce

25. Gebe kaldığımdan beri, “randevumu kaçırdım” (doktorumla ya da ebemle olan randevuyu unuttum ya da randevuya gitmedim anlamında).

- a) Hiçbir randevuyu kaçırmadım b) Bir randevuyu kaçırdım c) 2-3 randevu kaçırdım
d) 4-5 randevu kaçırdım e) 5 randevudan fazla kaçırdım

26. Gebe kaldığımdan beri, düzenli olarak diş bakımı yaptırıyorum (her 6 ayda bir profesyonel temizlik ya da diş bakımı)

- a) Düzenli diş bakımı yaptırdım
b) Diş bakımı zamanım gelmiş olmasına rağmen diş hekimine gitmedim
c) Şu anda diş bakımı yaptırmam gerekli mi bilmiyorum
d) Bir diş hekimine gittim ve bazı bakımlarım oldu fakat gereksinimim olan her şey değil
e) Bir diş hekimine gittim ve bütün bakımımı yaptırdım ya da gebe kaldığımdan beri bir diş hekimi için randevu zamanım henüz gelmedi

27. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğumla ilgili daha fazla bilgi edinmek için kitaplara, broşürlere, videolara veya internete bakıyorum.

- a) Hiçbir zaman b) Ayda bir yada daha az c) Ayda 2-3 kez
d) Ayda 4 kez (haftada bir) e) Ayda 4 kezden fazla

28. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğum ile ilgili daha fazla bilgi edinmek için arkadaşlarımla veya aile üyeleriyle konuşuyorum.

- a) Hiçbir zaman b) Ayda 1 kez yada daha az
c) Ayda 2-3 kez d) Ayda 4 kez (haftalık) e) Ayda 4 kezden fazla

29. Gebe kaldığımdan beri, kendimi rahatlatmak için bazı şeyler yapmaya (yürüyüş, masaj, müzik dinlemek, el işi) zaman ayırıyorum.

- a) Hiçbir zaman b) Haftada 1 kez yada daha az c) Haftada 1-2 kez
d) Haftada 3-5 kez e) Haftada 5'ten fazla

30. Gebe kaldığımdan beri, gebelikte, gebelik zamanına uygun, doktorum ya da ebem tarafından önerilen ağırlık kadar kilo aldım.

- a) Kilo kaybettim b) Gereğinden çok az ya da çok fazla kilo aldım
c) Kilo almadım ya da vermedim d) Bilmiyorum
e) Almam gereken miktarda kilo aldım

31. Gebe kaldığımdan beri, her gün su, meyve ya da sebze suyu yada diğer kafeinsiz içecekler içirim.

- a) Günde 3 bardaktan az (220 ml'lik) sıvı b) Günde 3-4 bardak (220 ml'lik) sıvı
c) Günde 5-6 bardak (220 ml'lik) sıvı d) Günde 7-8 bardak (220 ml'lik) sıvı
e) Günde 8 bardaktan (220 ml'lik) fazla sıvı aldım.

32. Gebe kaldığımdan beri, bahçede çalışırken eldiven kullanarak, pişmemiş ya da az pişmiş et yemeyerek ve kedi dışkısı ile temastan kaçınarak toksoplazma enfeksiyonu riskini en aza indiriyorum.

- a) Daima b) Haftada 5 gün c) Haftada 3 gün d) Bazen e) Hiç

33. Doğuma hazırlık kurslarına katıldım ya da katılmayı planlıyorum.

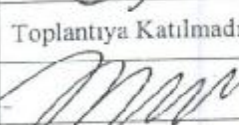
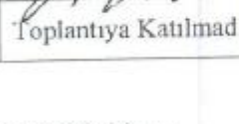
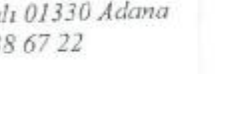
- a) Kesinlikle evet b) Hayır, daha önce katılmıştım c) Emin değilim
d) Muhtemelen hayır e) Kesinlikle hayır

EK-4. Etik Kurul Onayı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
54	10 Haziran 2016

KARAR NO 14- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Evşen Nazik yönetiminde, Öznur Yurtman Akçayüzü tarafından yürütülmesi öngörülen, "Hipereomezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerde Gebelik Uyumunun Sağlık Uygulamalarına Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-5. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumların Resmi İzin Yazıları



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Adana İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

ADANA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ADANA İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
09/09/2016 16:39 - 69937107 - 010.99 - E.15933
00029939232

Sayı : 69937107/010.99
Konu : Bilimsel Çalışma Onayı

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Doç.Dr.Evşen NAZİK sorumlu araştırmacılığında, Yüksek Lisans Öğrencisi Öznur YURTMAN AKÇAYÜZLÜ'nün "Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerde Gebelik Uyumunun Sağlık Uygulamalarına Etkisi " konulu çalışmasını Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması koşulu ile oy birliği ile uygun bulunmuştur

Doç.Dr.Orhan GÖRGÜLÜ
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı


Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
199.....2016
Ali ÜSTÜNKAYA
Evrak Birimi

Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma Geliştirme ve Proje Birimi Hacı Ömer Sabancı Caddesi - Seyhan / Adana Tlf: 0(322) 321 57 52 Faks: 0 322 221 00 20 mail:Resan.Arlier@saglik.gov.tr
Faks No:0322 221 00 20

e-Posta:resan.arlier@saglik.gov.tr İnt.Adresi: R.ARLIER

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 594f9362-4752-4b02-81bb-c850ed379b7d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Reşan ARLIER

Unvan:Uzman

Telefon No:0(322) 321 57 52



24/10/2016

T. C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

Toplantı Sayısı	Karar Sayısı	Toplantı Tarihi
65	1	24/10/2016

Anabilim Dalımız Akademik Kurulu 24/10/2016 tarihinde, saat; 10:00' da Prof. Dr. F. Tuncay ÖZGÜNEN başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır:

KARAR NO: 1- T.C. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliğinin 59565534-622.01/E.123532 sayılı ve 29/09/2016 tarihli yazısı görüldü: Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Öznur AKÇAYÜZLÜ'nün "**Hiperemesis Gravidarumlu Gebelerde Gebelik Uyumunun Sağlık Uygulamalarına Etkisi**" başlıklı tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapmasına ve Doç. Dr. Selim BÜYÜKKURT'un yardımcı araştırmacı olarak görevlendirilmesine ve gereği için Dekanlık makamına arzına; **oy birliği ile karar verilmiştir.**

Prof. Dr. F. Tuncay ÖZGÜNEN
Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. M. Turan ÇETİN

Prof. Dr. M. Ali VARDAR

Prof. Dr. İ. Cüneyt DİRÜKE

Prof. Dr. S. Cansun DEMİR

Prof. Dr. Yılmaz ATAY

Doç. Dr. Selim BÜYÜKKURT

Doç. Dr. Ahmet Barış GÜZEL
(İZİNLİ)

Doç. Dr. Ferhat ERÜNSAK

Doç. Dr. Ümran KÜÇÜKGÖZ GÜLEÇ

EK-6. Gönüllülerin Bilgilendirildiği Ve Rızasının Alındığını Gösteren Metin

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, Hiperemezis gravidarum tanısı alan gebelerde gebelik uyumunun sağlık uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmada sizi tehlikeye sokacak herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Çalışmada araştırmacı tarafından size bazı sorular sorulacak ve verdiğiniz cevaplar kayıt edilecektir.

Bu çalışmaya kendi isteğinizle girebilir, girmeyebilir ya da istediğiniz aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum tıbbi bakımınıza ve sağlık personeli ile olan ilişkinize herhangi bir zarar getirmeyecektir.

Çalışma ekibi, kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve araştırmanın sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılmanızı ve iş birliği yapmanızı arzu ediyoruz. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ediyoruz.

Öznur AKÇAYÜZLÜ

Doç. Dr. Evşen NAZİK

EK-7. Ölçek Kullanma İzin Yazıları

öznur yurtman



Yanıtla

23.8.2016 (Sal), 15:25

Sezer Er Güneri (er.sezer@hotmail.com)

hocam merhaba yardımlarınız için çok teşekkür ederim. Emeğinize sağlık.

Gönderen: Sezer Er Güneri er.sezer@hotmail.com

Gönderildi: 23 Ağustos 2016 Salı 14:50

Kime: oznuryurtman@hotmail.com

Konu: Ölçek Kullanım İzni

Sayın Öznur Yurtman,

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'ni planlamış olduğunuz tezde kullanabilirsiniz. Ölçeğin değerlendirmesi ile ilgili bilgilerin bulunduğu dosyayı mailin ekinde bulabilirsiniz.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Yard. Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Assistant Professor Sezer ER GUNERI

Ege University Nursing Faculty Women Health and Illness Nursing Department

öznur yurtman



Yanıtla

2.8.2016 (Sal), 09:28

Kerime Derya Beydağ (derya.beydag@okan.edu.tr)

Merhaba hocam çok teşekkür ederim. Emeğinize sağlık görüşmek üzere hoşçakalın

From: derya.beydag@okan.edu.tr

To: oznuryurtman@hotmail.com

Subject: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

Date: Fri, 29 Jul 2016 10:29:46 +0000

Merhaba Öznur,

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'ni çalışmanızda kullanmanızdan mutluluk duyarım. Ekte Ölçeğin Türkçe formunu, Atatürk Üniversitesinin dergisinde yayınlanan makaleyi (bu makalede alt ölçekler ve soruları ile ilgili bilgi var) birde iki yabancı kaynağı ekte gönderiyorum. Çalışmanın her aşamasında yardıma ihtiyaç duyarsan benimle iletişime geçebilirsin. Çalışmada başarılar dilerim.

Sevgilerimle

ÖZGEÇMİŞ

Öznur AKÇAYÜZLÜ Hatay- Antakya’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Antakya’da tamamladı. 2000 yılında Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı.

Lisans eğitimini 2004 yılında tamamladı. 2005 yılında Çukurova üniversitesi Balcalı Hastanesine hemşire olarak atandı. 2005-2016 yılları arasında hastanenin klinik bakteriyoloji ve enfeksiyon hastalıkları servisinde görev yaptı. 2015 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başladı.

Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniğinde hemşirelik görevini sürdürmektedir. Öznur Akçayüzlü evlidir ve bir çocuk annesidir.