

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
EBE-2019-0001

ERKEN DOĞUM TEHDİDİ OLAN GEBELERİN
BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Melike GÖKBARAZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

AYDIN - 2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Melike GÖKBARAZ tarafından “*Erken Doğum Tehdidini Olan Gebelerin Bakım Gereksinimleri*” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04.02.2019

Üye (T.D.)	: Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM	ADÜ	
Üye	: Prof. Dr. Ayden ÇOBAN	ADÜ	
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Ummahan YÜCEL	EÜ	

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve geliştirilmesi sırasında bana yol gösteren, tezin bütün aşamalarına titizlikle eğilen ve sabırla destek olan, tezimin yürütülmesinde bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM' a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Öneri ve desteklerinden dolayı, tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Sayın Prof. Dr. Ayden ÇOBAN ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ummahan YÜCEL' e,

Zorlu çalışma koşullarına rağmen yüksek lisans eğitimim boyunca yaptığı çalışma listeleriyle katkıda bulunan ve beni destekleyen Servis Sorumlu Hemşirem Aysun KESKİNATEŞ MEN' e ve servis çalışma arkadaşlarıma,

Araştırma verilerini toplama aşamasında gerekli hassasiyeti gösteren ve destek olan Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kadın doğum servisinde çalışan ebe ve hemşire arkadaşlarıma, çalışmaya katılmayı kabul eden değerli anne adaylarına,

Tüm hayatım boyunca fedakârlığın en büyüğünü gösteren, benden hiçbir zaman vazgeçmeyen, her daim beni destekleyen ve yanımda olan, bugünlere gelmemi sağlayan biricik annem Hatice GÖKBARAZ, babam Erdoğan GÖKBARAZ ve kıymetli kardeşlerim Nurdan GÖKBARAZ ve Mehmet Taha GÖKBARAZ' a,

Araştırmanın tamamlanmasında bana destek olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Preterm Eylem	6
2.2. Preterm Eylemin Görülme Sıklığı	6
2.3. Preterm Eylemin Etiyolojisi	7
2.4. Preterm Eylemin Tanılanması	9
2.5. Preterm Eylemin Anne Sağlığına Etkisi.....	10
2.6. Preterm Eylemin Bebek Sağlığına Etkisi	11
2.7. Preterm Eylemin Topluma Etkisi	12
2.8. Türkiye’de Anne-Bebek Ölümleri ve Uluslararası Veriler ile Karşılaştırılması.....	12
2.9. Tıbbi Yaklaşım ve Protokoller	18
2.10. Preterm Eylemde Ebelik Bakımı, Ebenin Sorumluluğu ve Ebelik Tanıları	24
2.11. Ebelik Girişimleri	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yeri	28
3.3. Araştırmanın Zamanı	29

3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	29
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
3.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	30
3.7. Veri Toplama Araçları.....	30
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	30
3.7.2. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Veri Formu	31
3.8. Ön Uygulama.....	32
3.9. Veri Toplanması	32
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
4. BULGULAR	33
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Verileri.....	33
4.2. Gebelerin Gebelik ile İlgili Verileri	35
4.3. Gebelerin Kronik Hastalık Öyküleri.....	37
4.4. Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Yaşadıkları Hastalık Öyküleri	38
4.5. Gebelerin Şimdiki Gebeliklerinde Yaşadıkları Sağlık Problemleri	39
4.6. Gebelerin Gebelik Öncesi Ruhsal Sağlık Durumu	41
4.7. Gebelerin Daha Önceki Gebeliklerindeki Ruhsal Sağlık Durumu	42
4.8. Gebelerin Daha Önceki Lohusalık Dönemindeki Ruhsal Sağlık Durumu	43
4.9. Gebelerin Şu Anki Gebeliklerinde Ruhsal Sağlık Durumu.....	43
4.10. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ile İlgili Veriler.....	44
4.11. Gebelerin Bazı Bireysel Özelliklerinin Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerinde Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı	50
5. TARTIŞMA.....	73
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerinin İncelenmesi.....	73
5.2. Gebelerin Kronik Hastalık Öykülerinin İncelenmesi	76
5.3. Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Yaşadıkları Hastalık Öykülerinin İncelenmesi.....	76

5.4. Gebelerin Şimdiki Gebeliklerinde Yaşadıkları Sağlık Problemlerinin İncelenmesi.....	77
5.5. Gebelerin Ruhsal Sağlık Durumu ile İlgili Verilerin İncelenmesi	77
5.6. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ile İlgili Verilerin İncelenmesi	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
6.1. Sonuçlar.....	82
6.2. Öneriler.....	84
KAYNAKLAR.....	86
EKLER	92
ÖZGEÇMİŞ.....	109

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

İBBS-1	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması-1
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHO	: World Health Organization
O47.0	: Preterm Eylem tanı kodu
O47	: Yalancı doğum tanı kodu
O20.0	: Düşük tehdidi tanı kodu
SS	: Standart Sapma
BKI	: Beden Kitle İndeksi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İBBS-1'e göre bebek ölüm hızı, (1.000 Canlı Doğumda). 2016	13
Şekil 2. Bebek ölüm hızının uluslararası karşılaştırılması, (1.000 Canlı Doğumda), 2016 ..	13
Şekil 3. İBBS-1'e göre perinatal ölüm hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2016.....	14
Şekil 4. İBBS-1'e göre neonatal ölüm hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2016	14
Şekil 5. Neonatal ölüm hızının uluslararası karşılaştırılması, (1.000 Canlı Doğumda), 2016	15
Şekil 6. İBBS-1'e göre postneonatal ölüm hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2016	15
Şekil 7. İBBS-1'e göre beş yaş altı ölüm hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2016.....	16
Şekil 8. Beş yaş altı ölüm hızının uluslararası karşılaştırılması (1.000 Canlı Doğumda), 2016	16
Şekil 9. İBBS-1'e göre anne ölüm oranı, (1.000 Canlı Doğumda), 2016	17
Şekil 10. Göre anne ölüm oranının uluslararası karşılaştırılması (1.000 Canlı Doğumda), 2016	17

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. DSÖ raporuna göre preterm doğumun en fazla olduğu 10 ülke ve preterm doğum sayıları ile 100 bin canlı doğumda erken doğum sayıları.....	7
Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütünün erken doğum sonuçlarını iyileştirmede yararlanılabilecek önerileri	21
Tablo 3. Araştırma zamanı ile ilgili bilgiler	29
Tablo 4. Gebelerin sosyo - demografik özellikleri	34
Tablo 5. Gebelerin obstetrik öyküleri	35
Tablo 6. Gebelikle ilgili veriler	36
Tablo 7. Gebelerin Beden Kitle İndeksleri	37
Tablo 8. Gebelerin hastalık öyküleri	38
Tablo 9. Daha önceki gebeliklerde yaşanan rahatsızlıklar	39
Tablo 10. Bu gebelikte yaşanan rahatsızlıklar	40
Tablo 11. Gebelerin kullandıkları ilaçlar	41
Tablo 12. Gebelerin ruhsal sağlığı ile ilgili veriler	42
Tablo 13. Gebelerin daha önceki gebeliklerindeki ruhsal sağlık durumları ile ilgili veriler	42
Tablo 14. Gebelerin daha önceki lohusalıktaki ruhsal sağlık durumları ile ilgili veriler	43
Tablo 15. Gebelerin şu anki gebeliklerindeki ruhsal sağlık durumları ile ilgili verileri.....	44
Tablo 16. Gebelerin <i>Sağlığın Algılanması - Sağlığın Yönetim Biçimi</i> alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları	45
Tablo 17. Gebelerin <i>Beslenme ve metabolik durum</i> alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları	45
Tablo 18. Gebelerin <i>Boşaltım şekli</i> alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları	46
Tablo 19. Gebelerin <i>Aktivite, egzersiz şekli - fizik bulgular</i> alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları	46
Tablo 20. Gebelerin <i>Uyku - istirahat şekli</i> alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları ...	47
Tablo 21. Gebelerin <i>Bilişsel - algılama şekli</i> alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları	47

Tablo 22. Gebelerin <i>Kendini algılama - kendini kavrama şekli</i> alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları	48
Tablo 23. Gebelerin <i>Rol - ilişki şekli</i> alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları	48
Tablo 24. Gebelerin <i>Cinsellik ve üreme</i> alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları	49
Tablo 25. Gebelerin <i>Stres ile baş etme / tolere etme durumu</i> alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları	49
Tablo 26. Gebelerin <i>İnanç ve değerler</i> alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları	50
Tablo 27. Gebelerin bazı değişkenlerinin <i>Sağlığın Algılanması - Sağlığın Yönetim Biçimi</i> alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı	51
Tablo 28. Gebelerin bazı değişkenlerinin <i>Beslenme ve Metabolik Durum</i> alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı	53
Tablo 29. Gebelerin bazı değişkenlerinin <i>Boşaltım Şekli</i> alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı	55
Tablo 30. Gebelerin bazı değişkenlerinin <i>Aktivite Egzersiz Şekli – Fizik Bulgular</i> alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı	57
Tablo 31. Gebelerin bazı değişkenlerinin <i>Uyku ve İstirahat Şekli</i> alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı	59
Tablo 32. Gebelerin bazı değişkenlerinin <i>Bilişsel – Algılama Şekli</i> alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı	61
Tablo 33. Gebelerin bazı değişkenlerinin <i>Kendini Algılama – Kendini Kavrama Şekli</i> alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı	63
Tablo 34. Gebelerin bazı değişkenlerinin <i>Rol – İlişki Şekli</i> alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı	65
Tablo 35. Gebelerin bazı değişkenlerinin <i>Cinsellik ve Üreme</i> alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı	67
Tablo 36. Gebelerin bazı değişkenlerinin <i>Stres ile Baş Etme / Tolere Etme Durumu</i> alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı	69
Tablo 37. Gebelerin bazı değişkenlerinin <i>İnanç ve Değerler</i> alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı	71

ÖZET

ERKEN DOĞUM TEHDİDİ OLAN GEBELERİN BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Gökbaraz M., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Bakım Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.

Çalışmanın amacı erken doğum tehdidi olan gebelerin bakım gereksinimlerini belirlemektir. Araştırma analitik-kesitsel olarak, Ocak-Aralık 2017 tarihleri arasında, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ve Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme gelişigüzel (uygunluk) örnekleme yöntemi ile belirlenen ve erken doğum tehdidi tanısıyla hastanede yatan 130 gebe alınmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu ve Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Veri Formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının $27,21 \pm 6,39$, çoğunun ortaokul (%33,8) ve lise (%26,2) mezunu oldukları görülmüştür. Gebelerin gebelik sayı ortalamasının $2,44 \pm 1,58$ olduğu, %33,8'inin ilk gebeliğinin olduğu ve %33,1'inin bu gebeliklerini planlamadıkları saptanmıştır. Gebelerin %83,9'unun 28-36 gebelik haftasında oldukları ve %34,6'sının en az bir tane kronik hastalığının olduğunu belirlenmiştir. Gebelerin en fazla yaşadıkları fiziksel sağlık problemlerinin bel ve kasık ağrısı (%44,6), erken doğum tehdidi (%41,5), bulantı-kusma (%21,5) ve kanama (%14,6) olduğu ve %8,5'inin ruhsal sağlık probleminin bulunduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin %96,9'unun sağlığın algılanması - sağlığın yönetim biçimi, %90,8'inin beslenme ve metabolik durum, %54,6'sının boşaltım, %83,8'inin aktivite, egzersiz şekli-fizik bulgular, %53,8'inin uyku ve istirahat, %76,90'ının bilişsel algılama şekli, %86,2'sinin kendilerini algılama-kendilerini kavrama, %25,4'ünün rol-ilişki şekli, %20,0'ının cinsellik ve üreme, %26,9'unun stres ile baş etme / tolere etme durumu ve %38,8'inin inanç ve değerler alanlarında bakım gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca araştırmada gebelerin bazı alanlarda sorun yaşamalarının sosyodemografik, obstetrik ve diğer bazı özelliklerine göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur.

Sonuç olarak bu çalışmada, erken doğum tehdidi olan gebelerin çoğunun Gordon'un Fonksiyonel Sağlık rüntleri modelinin birçok alanında sorunlarının bulunduğu ve bu sorunların bazı bireysel özelliklerine göre değişiklik gösterdiği sonuçları elde edilmiştir. Erken doğum tehdidi olan gebelere verilen bakım hizmetlerinin sunumunda bu sonuçların dikkate alınması ile anne-bebek sağlığının gelişimine katkı sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Erken Doğum, Tehdit, Doğum ncesi Bakım, Ebelik, Bakım



ABSTRACT

CARE REQUIREMENTS OF PREGNANT AT RISK OF PRETERM BIRTH

Gökbaraz M., Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences, Care Requirements of Pregnant at Risk of Preterm Birth, Master Thesis, Aydın, 2019.

Aim of the study was to determine the care requirements of pregnant at risk of preterm birth. The study was made cross-sectional with, between January-December 2017, in Aydın Adnan Menderes University Research Hospital, Obstetrics and Gynaecology Clinic and Aydın Obstetrics and Gynaecology Hospital. The sample of the study consisted of 130 pregnant women hospitalized with the diagnosis of premature birth threat. Data was collected with Personal Information Form and Gordon's Functional Health Patterns Data Form. Data were analysed by descriptive statistics and chi-square test.

The mean age of the pregnant women participated in the study was 27.21 ± 6.39 ; most of them were middle school (33.8%) and high school (26.2%). It was found that the mean pregnancy number of pregnant was 2.44 ± 1.58 , 33.8% of them had first pregnancy and 33.1% did not plan these pregnancies. It was determined that 83.9% of pregnant were at 28-36 weeks of gestation and 34.6% of them had at least one chronic disease. The most common physical health problems of the pregnant women were back and groin pain (44.6%), premature birth threat (41.5%), nausea and vomiting (21.5%) and bleeding (14.6%), and 8.5% had a mental health problem.

Of the pregnant women participated in the study 96.9% were found to have care needs in areas of perceived health-management of health, 90.8% had feeding and metabolic status, 54.6% had discharge, 83.8% had activity, exercise-physic findings, %53.8 had sleeping and resting, 76.9% had cognitive perception, 86.2% had self-perception, 25,4% had role-relationship type, 20,0% had sexuality, 26.9% had coping / stressing status, and 38.8% had beliefs and values. In addition, it was found that the problems of pregnant women in some areas vary according to socio-demographic, obstetric and some other characteristics.

In conclusion, in this study, it was concluded that most of the pregnant with premature birth threat had problems in many areas of Gordon's Functional Health Pattern Model and these problems changed according to some individual characteristics. It might contribute to the development of maternal and infant health by taking care of these results in the provision of care services to pregnant with premature birth threat.

Keywords: Preterm Birth, Threat, Prenatal Care, Midwifery, Care

1. GİRİŞ

Gebelik ve doğum yaşam sürecinde normal bir evre olarak kabul edilir. Fakat bu dönem gebe ve aile için önemli biyolojik, psikolojik ve sosyal adaptasyon gerektirir (Taşkın, 2017). Bu fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler bazen annenin, fetüsün ya da yenidoğanın yaşamını, sağlığını tehlikeye atan, hastalık ve ölüm riskini arttıran bir duruma gelebilir (Ölçer ve Oskay, 2015). Bu riskli durumlar, kadının gebelik öncesinde var olan sağlık sorununa veya gebelik sürecinde ortaya çıkan sağlık sorunlarına bağlı olmak üzere iki şekilde ortaya çıkabilir (Karaçam ve Şen, 2012). Ortaya çıkan bu yüksek riskli durumlar obstetrik morbidite ve mortalitenin en önemli nedenidir ve insan hayatının erken ve geç dönemini kalıcı bir şekilde etkiler (Kamalak ve ark, 2011). Bu yüksek riskli durumların en önemlilerden birisi erken doğum tehdididir. Erken doğum tehdidi, anne ve bebek sağlığını, dolayısı ile aile ve toplum sağlığını etkileyen bir durum olması nedeniyle önemli ve üzerinde çalışılması gereken bir konudur.

Erken doğum eylemi, gebeliğin 37. gebelik haftasından önce canlı doğum ile sonuçlanmasıdır (World Health Organization, 2015). Erken doğum riski ise gebeliğin 20. gebelik haftasından sonra ya da 37. gebelik haftasından önce, 10 dakikada 2 veya 30 dakikada 3 - 4 defa hissedilen ve en az 30sn süren kontraksiyonlara ek olarak servikal dilatasyon ve silinmenin gözlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Kamalak ve ark, 2011). Bu tanıma göre erken doğum riski erken tanımlanabilen bir durumdur. Erken tanımlanabilir bir durum olmasına ve gelişmiş perinatal bakım hizmetlerine rağmen görülme hızının önüne geçilememektedir. Bunun yanında neonatal yoğun bakım hizmetlerinde de gelişmeler sağlanmış ve erken doğan fetüslerin hayata tutunabilme oranı arttırılmıştır. Ancak verilen yenidoğan yoğun bakım hizmeti sağlık bakım giderlerine ekonomik olarak fazla yük getirmektedir. Bahsedilen bu yükleri hafifletmek için erken doğum riskinin erken tanımlanması ve erken doğumların engellenmesi önem taşımaktadır. Erken doğum eylemini durdurmak için iyi tasarlanmış girişimler, erken doğum eylemi riskinin neden olduğu maternal, neonatal morbidite ve mortalitenin azalmasını sağlayabilir (Ege ve ark, 2009).

Erken doğum eylemi sık karşılaşılan önemli bir sağlık sorundur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 5 yaş altı çocuk ölüm oranının 5,9 milyon olduğunu, bu ölümlerin önemli bir bölümünün erken doğum komplikasyonlarına bağlı olduğunu ve 2013 yılında sadece erken doğum eylemi komplikasyonları ile bir milyon bebeğin hayatını kaybettiğini bildirmiştir

(World Health Organization, 2015). DSÖ 184 ülkeyi kapsayan verilerine dayalı olarak erken doğum eylemi sonucu olan bebeklerin oranının %5 - 18 arasında değiştiğini rapor etmektedir. Bu erken doğumların %60'tan fazlası Afrika ve Güney Asya'da meydana gelmektedir. Ayrıca düşük gelirli ülkelerde erken doğan bebek oranı %12 iken, yüksek gelirli ülkelerde bu oran %9'dur (World Health Organization, 2015).

Ülkemizde de erken doğum eyleminin prevalansı ile ilgili yapılan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Aydın'da 607 gebe ile yapılan bir çalışmada gebelerin %2,1'inde erken doğum tehdidi olduğu bildirilmiştir (Özçelik ve Karaçam 2014). Kahramanmaraş (Coşkun ve ark, 2008) ve Konya (Ege ve ark, 2009)'da yapılan çalışmalarda doğumların yaklaşık %17'sinin erken doğum olduğu rapor edilmiştir (sırası ile %17,4; %17,3). İstanbul Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinde 2002 - 2007 yılları arasında doğum yapan kadınlar ile yapılan bir araştırmada 15 - 19 yaş arasında adolesanların %25,2'inde, 20 - 35 yaş arası kadınların %18,9'unda ve 35 yaş ve üzeri kadınların %23,6'da erken doğum eylemi olduğu bildirilmiştir (Şekeroğlu ve ark. 2009). Yine İstanbul'da 40 yaş ve üzerindeki 344 gebenin incelendiği bir çalışmada, gebelerin %6,4'ü erken doğum tehdidi yaşadıkları ve bunların %8,4'ünde erken doğum ile sonuçlandığı belirtilmiştir (Gedikbaşı ve ark, 2006).

Preterm eylemin görülme oranının yüksekliğine bakıldığında maternal, fetal, neonatal ve toplumsal etkilerinden de söz etmek gerekmektedir. Preterm eylemin anne üzerindeki en yaygın etkisi, erken doğumun bebeğin sağlığını tehdit etmesinden kaynaklanan psikolojik strestir. Anne bu stres ile baş etme yolları bulamadığında, kaygı düzeyi yükselir ve depresyon gelişme riskinde artma gözlenir. Kanada ve Amerika'da yapılan çalışmalarda depresyon belirtilerinin gözlenmesi ve depresyon düzeyinin artmasının preterm eylem ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Christiaens ve ark, 2015; Ruiz ve ark, 2015). Erken doğum tehdidi gebelerin; kendilerini çaresiz hissetmesine, kendi kendine yetememesine, durumunun belirsizliği yüzünden kontrolünü kaybetmesine, hasta rolüne girmesine, can sıkıntısına, suçluluk, öfke, yalnızlık, umutsuzluk gibi duygular hissetmesine, kendisini sürekli yorgun hissetmesine neden olan birçok duygu-durum değişikliği yaşamasına neden olmaktadır (Karaçam ve Şen, 2012).

Preterm eylemin en önemli fetal ve neonatal sonucu fiziksel gelişimini tamamlamamış immatür bir bebeğin doğumuna neden olmasıdır. Teknolojinin ve sağlık bilimlerinin gelişimine paralel olarak yenidoğan bakımında gelişmeler olsa da, preterm eylem dünya çapında tek başına en büyük bebek ölüm nedenidir (Butali ve ark, 2016). Bu

bebekler doğum travması ve ekstrauterin hayata uyum sağlayamama gibi ciddi riskler ile karşılaşmaktadırlar. Preterm eylemin yanında komplikasyonlarında 5 yaş altı çocuk ölüm nedenleri arasında gösterilmektedir ve 2013 yılında yaklaşık 1 milyon çocuğun ölümü ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (World Health Organization, 2015). Prematüre bebeklerde erken dönemde respiratuvar distres sendromu, intraventrikular hemoraji, sepsis, nekrotizan enterekolit, serebral palsy ve geç dönemde konuşma, görme ve işitme yeteneğinde bozulma, davranışsal sorunlar, mental retardasyon gibi durumlar gözlenebilmektedir (Ege ve ark, 2009).

Erken doğumlar toplumu ekonomik yönden doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Doğrudan etkisi erken doğumlarda sağlanan yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin maliyeti yönündedir. Bu hizmet sağlık sisteminin en pahalı bakım hizmetidir ve tutarı yaklaşık 5 milyar dolardır. Dolaylı yönde etkisi ise erken doğum riski yaşayan gebelerin yatak istirahatine alınmasıdır. Bu da toplum ve aile için iş gücü kaybına neden olmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yüksek riskli gebelerin %14,8'inin hastanede yatarak tedavi aldıkları rapor edilmiştir (Özçelik, 2010).

Düzenli uterus kontraksiyonlar ile başvuran gebenin tanısı konulurken öncelikle bu durumunun gerçek doğum eylemi olup olmadığının belirlenmesi gerekmektedir. En az bir saatlik sürede 7-10 dakikada bir tekrarlayan ve 30 saniye süren kontraksiyonlar kardiyotokografide de saptanıyor (4 / 20 dk veya 6 / 60 dk) ve buna ek olarak servikal dilatasyon 20 mm'den fazla, servikal efasman da %80'den fazla gözleniyor ise kesin tanı preterm eylem olarak konulur (Sotiriadis ve ark, 2010). Tanı koymaya yardımcı diğer yöntemler ise gebenin kanında trombosit düzeyini de kapsayan tam kan sayımı, tam idrar tahlili ve idrar kültürü, genital enfeksiyonlarının varlığının belirlenmesi, servikal örnekleme fibronektinin değerlendirilmesi, ultrasonografi ile servikal uzunluğun ölçülmesi, fetal izlemin yapılması ve gebelik 32 ve 36 haftalarında fetal akciğer olgunluğunun değerlendirilmesidir (Gilbert ve Harmon, 2011).

Sağlık ekibi, kesin preterm eylem tanısı almış olan gebenin, gebeliğinin devamının fetüs ya da anne üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini belirlemeli ve uygun tedavi ve bakımı vermelidir (Gilbert ve Harmon, 2011). Fetüs ile ilgili değerlendirmeler yapılırken, fetüsün olgunlaşma durumunu saptamak için fetüsün akciğerlerinin olgunluk seviyesini gösteren lesitin/sfingomyelin oranına bakılmalı ya da amniyotik sıvıdaki fosfatil gliserol varlığı değerlendirilmelidir. Bu değerlere göre anne karnındaki fetüs olgun ise eylemin

durdurulması kontrendikedir. Fetüse ait eylemin durdurulması ile ilgili diğer kontrendikasyonlar ise fetüsün ölmesi, yaşamı sürdürmesine engel olacak kadar çok anomalisinin olması, ileri derece intrauterin gelişim geriliğinin teşhis edilmesi, intraamniyotik enfeksiyonun gözlenmesidir. Gebede eylemin durdurulmasına kontrendike olan durumlar ise; ciddi preeklemsinin varlığı, kalp hastalığı, plasenta previa ya da ablasyo plasenta nedeniyle önemli miktarda kanamanın gerçekleşmiş olmasıdır (Gilbert ve Harmon, 2011). Tüm bu kontrendike durumlar ekarte edilip eylemin durdurulmasına karar verildiğinde ise gebe ve fetüs için en uygun tedavi ve bakıma karar verilir.

Preterm eylemi durdurmada en sık kullanılan yöntem tokolitik ilaç kullanımıdır. Aktivite değişikliği ve hidrasyonun sağlanması da diğer preterm eylemi durdurmak için kullanılan yöntemlerdendir (Kamalak ve ark, 2011). Tokolitik ilaçlarla ilgili literatür tarandığında birçok verilere ulaşılmıştır. Hidrasyon ve aktivite değişikliği ise literatürde sınırlı sayıda çalışması olan girişimlerdi. Özellikle aktivite değişikliği konusunda uygulanan genel yaklaşım gebenin yatak istirahatine alınması şeklindedir (Karaçam, Şen, 2012).

Gebe izlem ve bakımında önemli bir yeri olan ebelerin yüksek riskli durumları erken dönemde tanınmaları ve önlemler almaları büyük önem taşımaktadır (Taşkın, 2017). Yüksek riskli durumlardan biri olan erken doğum tehdidi ile ilgili literatür incelendiğinde, erken doğum tehdidinin tıbbi tanısı ve tedavisi, görülme sıklığı ve risk faktörleri ile ilgili birçok ulusal ve uluslararası çalışmaya ulaşılmıştır. Ancak yüksek riskli gebelerin yaşadığı sağlık sorunları ile ilgili bir adet ulusal çalışmaya rastlanmıştır (Oskay ve Coşkun, 2012). Bu çalışmada da sadece hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan sağlık sorunlarına odaklanılmıştır. Bu nedenle bu araştırmada erken doğum tehdidi tanısı olan hastanede ya da evde bakım ve tedavi alan tüm gebelerin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen bilgilerin erken doğum tehdidi tanısı olan gebelerin bakım hizmetlerinin planlanması, kapsamının oluşturulması ve sunum kalitesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Araştırmanın Amacı: Erken doğum tehdidi tanısı olan gebelerin bakım gereksinimlerini belirlemektir.

Araştırma Soruları

1. Erken doğum tehdidi tanısı olan gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri nedir?
2. Erken doğum tehdidi tanısı almış gebelerin bakım gereksinimleri nelerdir?
3. Gebenin bakım gereksinimleri sosyodemografik ve obstetrik özelliklere göre değişiklik gösterir mi?
4. Gebenin bakım gereksinimleri erken doğum tehdidine eşlik eden sağlık sorunlarına göre değişiklik gösterir mi?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Preterm Eylem

Preterm eylem yani erken doğum eylemi, gebeliğin 37. haftadan önce, canlı doğum ile sonuçlanmasına denir (World Health Organization, 2018). Erken doğum riski ise gebeliğin 20. haftadan sonra ya da 37. haftadan önce, 10 dakikada 2 veya 30 dakikada 3-4 defa hissedilen ve en az 30 s süren kontraksiyonlara ilave servikal dilatasyon ve silinmenin gözlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Kamalak ve ark, 2011). Preterm doğum, son derece erken (28 haftadan az), çok erken (28 ile 32 hafta) ve orta-geç preterm (32 ile 37 hafta) olmak üzere üç alt kategoriye ayrılmaktadır (World Health Organization, 2018).

2.2. Preterm Eylemin Görülme Sıklığı

Erken doğum eylemi sık karşılaşılan önemli bir sağlık sorundur ve her yıl, yaklaşık 15 milyon bebek preterm doğmaktadır (World Health Organization, 2018). Preterm doğumların %70'i kendiliğinden ortaya çıkmaktadır (Phillips ve ark, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2015 yılında 5 yaş altı çocuk ölümlerinin yaklaşık 1 milyonundan erken doğum eylemi komplikasyonlarının sorumlu olduğunu rapor etmiştir. Bu ölümlerin %90'ından fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. DSÖ'nün 184 ülkeyi kapsayan verilerine göre erken doğum eyleminin sonucu olarak doğan bebeklerin oranı %5-18 arasında değişmektedir. Bu erken doğumların %60'ından fazlası Afrika ve Güney Asya ülkelerinde meydana gelmektedir. Ayrıca düşük gelirli ülkelerde erken doğan bebek oranı %12 iken, bu oran yüksek gelirli ülkelerde %9'a düşmektedir (World Health Organization, 2018; Butali ve ark, 2016).

DSÖ raporuna göre preterm doğumun en fazla olduğu 10 ülke ve preterm doğum sayıları ile 100 bin canlı doğumda erken doğum sayıları Tablo 1'de verilmiştir (World Health Organization, 2018). Bazı ülkelerde yapılan güncel çalışmalarda preterm eylem prevalansının Hindistan'da %9,7 (Patel ve ark, 2017), Nijerya'da %16,8 (Butali ve ark, 2016), Brezilya'da %11,5 (Leal ve ark, 2016), ABD'de % 12 (Roozbeh ve ark, 2016), İran'ın şehirleri arasında %2 ile %55 (Vakilian ve ark, 2015) ve Peru'da %7,5 (Ahumada-Barrios ve Alvarado, 2016) olduğu bildirilmiştir.

Tablo 1. DSÖ raporuna göre preterm doğumun en fazla olduğu 10 ülke ve preterm doğum sayıları ile 100 bin canlı doğumda erken doğum sayıları

Preterm Doğumun En Fazla Olduğu 10 ülke ve Preterm Doğum Sayıları	100 Bin Canlı Doğumda Erken Doğum Sayıları
Hindistan: 3 519 100 Çin: 1 172 300 Nijerya: 773 600 Pakistan: 748 100 Endonezya: 675 700 Amerika Birleşik Devletleri: 517 400 Bangladeş: 424 100 Filipinler: 348 900 Demokratik Kongo Cumhuriyeti: 341 400 Brezilya: 279 300	Malavi: 18.1 Komorlar: 16.7 Kongo: 16.7 Zimbabve: 16.6 Ekvator Ginesi: 16.5 Mozambik: 16.4 Gabon: 16.3 Pakistan: 15.8 Endonezya: 15.5 Moritanya: 15.4

Ülkemizde erken doğum eyleminin prevalansı ile ilgili tüm ülke verilerini yansıtan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak bölgesel bazı çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Aydın'da 607 gebe ile yapılan bir çalışmada gebelerin %2,1'inde erken doğum tehdidi olduğu bildirilmiştir (Özçelik ve Karaçam 2014). Kahramanmaraş (Coşkun ve ark, 2008) ve Konya (Ege ve ark, 2009)'da yapılan çalışmalarda doğumların yaklaşık %17'sinin erken doğum olduğu rapor edilmiştir (sırası ile %17,4; %17,3). İstanbul Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinde 2002-2007 yılları arasındaki doğumları kapsayan bir araştırmada kadınların %7,9'unda erken doğum eylemi olduğu bildirilmiştir (Şekeroğlu ve ark. 2009). Yine İstanbul'da 40 yaş ve üzerindeki 344 gebenin incelendiği bir çalışmada, gebelerin %6,4'ünün erken doğum tehdidi yaşadığı ve bunların %8,4'ünde erken doğum ile sonuçlandığı belirtilmiştir (Gedikbaşı ve ark, 2006).

2.3. Preterm Eylemin Etiyolojisi

Preterm eylemin birçok nedeni bulunmaktadır ve bunlardan en önemlisi olarak gebenin daha önce preterm eylem geçirmiş olması gösterilmektedir (Kamalak ve ark, 2011). Bunun dışında genellikle uterin irritabiliteyi ya da prostoglandin salınımını arttırarak doğum eyleminin erken başlamasına neden olan birçok durum bulunmaktadır. Bunlar (Taşkın, 2017; Mattheus ve ark, 2016; Çoban, 2015; Gilbert ve Harmon, 2011);

- ✓ 16 yaşından küçük ya da 35 yaşından büyük olma,
- ✓ Fazla ya da düşük kilolu olma,
- ✓ Beslenme yetersizliği,

- ✓ Sigara, ilaç ve alkol kullanımını,
- ✓ Düşük sosyo-ekonomik düzey,
- ✓ Düşük eğitim düzeyi,
- ✓ Yetersiz prenatal bakım alma ya da bakım almama,
- ✓ Gebeyi etkileyen duygusal stres,
- ✓ Ağır çalışma şartları, uzun ve yorucu iş seyahatleri,
- ✓ Evde iki ya da fazla çocuğun bulunması,
- ✓ Ablasiyo plasenta, diyabet, gestasyonel diyabet, preeklemsi, renal ve kardiyovasküler hastalıklar,
- ✓ Uterusun aşırı gerilmesine neden olan çoğul gebelik veya polihidroamniyoz,
- ✓ Abdominal travmalar, abdominal ameliyatlar,
- ✓ Erken membran rüptürü,
- ✓ Diestilstilbestrole maruz kalma,
- ✓ Servikte yetmezlik,
- ✓ Plasental anomaliler,
- ✓ Anormal prezantasyon,
- ✓ Pyelonefritis, pnomoni,
- ✓ Anemi,
- ✓ Üriner, vajinal, uterin enfeksiyonlar ve fetüsle ilgili enfeksiyonlar,
- ✓ Ateşli hastalıklar,
- ✓ Diş hastalıklarıdır.

Dünyada ve ülkemizde preterm eylemin nedenlerini araştıran birçok çalışma bulunmaktadır. İran'da yapılan bir çalışmada preterm eylemlerin %36'sının enfeksiyona bağlı olarak geliştiği bildirilmiştir (Roozbeh ve ark, 2016). Peru da yapılan bir çalışmada ise preterm eylemlerin %44'ünün üriner enfeksiyona bağlı geliştiği raporlanmıştır (Ahumada-Barrios ve Alvarado, 2016). Amerika'da yapılan bir çalışmada da gebeliği sırasında diş problemi yaşayan kadınlarda preterm eylem gelişme olasılığının %95 olduğu belirtilmiştir (Mattheus ve ark, 2016).

Ülkemizde Koçyiğit ve ark (2011)'nın yayınladıkları bir olgu bildirimi çalışmasında preterm eylem ön tanısıyla kadın doğum servisine yatırılan 33 haftalık bir gebede yapılan genel muayene sonucunda dişlerinden kaynaklanan enfeksiyon tespit edilmiş ve tedaviye başlanmış, ancak doğumun preterm olarak gerçekleştiği bildirilmiştir. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında 2002-2006 tarihleri arasında gerçekleşen 1250 doğumun incelendiği bir çalışmada, kadınların %0,6'sında (8 kadın) uterin anomali teşhis edildiği ve bu kadınların doğumlarının çoğunun (n=7/8) preterm doğum ile sonuçlandığı rapor edilmiştir (Eroğlu ve ark, 2007). Preterm eylem tanısı almış gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini belirlemek amacı ile hastanede yatan 113 yüksek riskli gebe ile yapılan bir çalışmada ise gebelerin depresyon puanlarının orta, kaygı puanlarının yüksek ve algılanan sosyal destek puanlarının da orta düzeylerde olduğu bildirilmiştir (Şen ve Şirin, 2013). Spontan ve tedavi ile oluşan ikiz gebeliklerin perinatal ve neonatal sonuçlarını karşılaştırmak için yapılan çalışmalarda preterm eylem oranlarının spontan ikizlerde %44-60 ve yardımcı üreme tekniği ile oluşan ikizlerde %65-85 arasın olduğu gözlenmiştir (Sayın ve ark, 2005; Sümer ve ark, 2013).

Gebeliğin 36. haftasından önce yapılmak zorunda olunan acil cerrahi operasyonlar preterm eylem riskini arttırmaktadır. İyileşme sürecinde vücutta daha fazla prostaglandin üretilir ve bu da preterm kontraksiyon olasılığını artırır. Operasyona bağlı gelişen ağrı ve ağrıya yönelik kullanılan analjezikler, preterm eyleme bağlı oluşan kontraksiyon ağrılarını gizleyebilir ve preterm eylemin gözden kaçmasına neden olabilir. Bu nedenle cerrahi operasyon geçirmiş gebeler, uterus kontraksiyonları bakımından elektronik monitör ile izlenmelidir (Gilbert ve Harmon, 2011). Göçmen ve ark (2005), retrospektif olarak yaptıkları bir çalışmada acil cerrahi operasyon yapılan gebelerde preterm eylem oranının %8 olduğunu bildirmişlerdir.

2.4. Preterm Eylemin Tanılanması

Sağlık ekibi üyeleri, uterin kontraksiyonlar ile kendilerine başvuran gebelerin, öncelikle gerçek doğum eyleminde olup olmadığını belirlemeleri gerekmektedir. Tanı koymaya yardımcı durum ve yöntemler şöyle sıralanabilir (Sotiriadis ve ark, 2010);

- ✓ En az bir saattir 7-10 dakikada bir gelen ve 30 saniye süren kontraksiyonların varlığı (4/20 dk veya 6/60 dk),
- ✓ Servikal dilatasyonun 20 mm'den ve silinmenin (efasman) %80'den fazla olması,

- ✓ Trombosit düzeyini de kapsayan tam kan sayımının yapılması,
- ✓ İdrar yolları enfeksiyonlarını saptamak üzere idrar ve idrar kültürü analizi,
- ✓ Gonore, B grubu streptokok, Clamidy, Bakteriodesbivius ve Bacteroidesfragilis enfeksiyonlarını elemek üzere servikal kültürün alınması,
- ✓ Fetal tehlike belirtilerini saptamak için fetal izlemin yapılması,
- ✓ Gebelik 32 ve 36 haftalar arasında ise fetal akciğer olgunluğunun değerlendirilmesi,
- ✓ Fibronektin değerlendirmesi,
- ✓ Ultrasonografi ile servikal uzunluğun ölçülmesidir.

Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada Çelen ve ark (2012), preterm eylem gözlenen gebelerden alınan servikal sürüntüde çoğu Escherichia Coli olmak üzere %42 oranında üreme olduğunu gözlemlemişlerdir. Çetinkaya ve ark (2015) da yaptıkları vaka kontrol çalışmasında, gebelerin serum çinko, bakır, albümin, mikro C reaktif protein, ferritin ve tam kan sayımı tetkikleri ile tam idrar tahlili, idrar kültür sonuçlarını incelemişlerdir. Bu çalışmada çalışma grubundaki gebelerin %50'sinin preterm doğum yaptığı, artmış ferritin ve azalmış albümin düzeylerinin preterm doğum ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Hastanesinde yapılan bir çalışmada ise preterm eylem tehdidi ile başvuran 67 gebenin tanılama yapmak için transvajinal ultrasonografi ile servikal uzunlukları ölçülmüş ve tek başına ultrasonografi ile servikal uzunluğa bakılarak preterm eylem tanısı koyulabildiği sonucuna ulaşılmıştır (Sümer ve ark, 2010).

2.5. Preterm Eylemin Anne Sağlığına Etkisi

Preterm eylemin anne üzerindeki en yaygın olumsuz etkisi, bebeğin sağlığını tehdit etmesinden kaynaklanan psikolojik strestir. Bu stres ile baş etme yolları bulunamadığında kaygının artması ve depresyon gelişmesi riski de artmaktadır. Kanada ve Amerika'da yapılan çalışmalarda depresyon belirtilerinin gözlenmesi ve depresyon düzeyinin artmasının preterm eylem ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Christiaens ve ark, 2015; Ruiz ve ark, 2015).

Ülkemizde yapılan bir çalışmalarda gebelerin %57'sinin gebelikleri süresince fiziksel, %23'ünün ruhsal rahatsızlık yaşadıkları (Karaçam ve Ançel, 2009), kısmi ve kesin yatak istirahatinde olan gebelerin fiziksel ve psikolojik alanlarda etkilenme gözlemlendiği bildirilmiştir (Oskay ve Coşkun, 2012). Preterm eylem gebelerde çaresizlik, kendi kendine

yetememe, belirsizlik, hasta rolü, kontrol kaybı, can sıkıntısı, suçluluk, öfke, yalnızlık, umutsuzluk, beklemekten yorulma ve duygulanım değişikliği gibi durumlar yaşamasına neden olabilir (Karaçam ve Şen, 2012).

Preterm eylem, sezaryen endikasyonu yoluyla da anne sağlığını etkilemektedir. Yapılan araştırmalar preterm eylemin sezaryen doğum oranlarını artırdığı ve bu oranların %37 ile %79 arasında değiştiğini göstermektedir (Leal ve ark, 2016; Butali ve ark, 2016; Amini ve ark, 2017).

2.6. Preterm Eylemin Bebek Sağlığına Etkisi

Preterm eylem, immatür bir bebeğin doğumuna yol açar ve bu bebekler, doğum travması ve ekstrauterin hayata uyum sağlayamama riski ile karşı karşıya kalırlar. Teknolojinin ve sağlık bilimlerinin gelişimine paralel olarak yenidoğan bakımında gelişmeler olsa da, preterm eylem dünya çapında tek başına en büyük bebek ölüm nedenidir (Butali ve ark, 2016). Amerika’da 2013 yılı verilerine göre, yaklaşık 4 milyon canlı doğum gerçekleştiği ve bunların %11’inin preterm eylem olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada 8.470 bebek ölümünü %36’sının preterm doğumla ilişki olarak geliştiği rapor edilmiştir (Shapiro-Mendoza ve ark, 2016). Ayrıca geç preterm eylem (35-36 gebelik haftası) ile doğan bebekler, terminde doğan bebeklere göre daha yüksek oranda morbidite ve mortaliteye sahiptirler (Butali ve ark, 2016).

Preterm eylemin yanında komplikasyonları da 5 yaş altı çocuk ölüm nedenleri arasında gösterilmektedir ve 2013 yılında yaklaşık 1 milyon çocuğun ölümü ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (World Health Organization, 2015). Preterm bebeklerde en sık görülen problemler şunlardır (Gilbert ve Harmon, 2011);

- ✓ Respiratuvar distres sendromu,
- ✓ İntravasküler ya da pulmoner homoraji,
- ✓ Hiperbilirubinemi,
- ✓ Enfeksiyonlara yatkınlıkta artma,
- ✓ Anemi,
- ✓ Nörolojik sorunlar,
- ✓ Metabolik sorunlar ve

✓ Isı düzenleme mekanizmasında yetersizliktir.

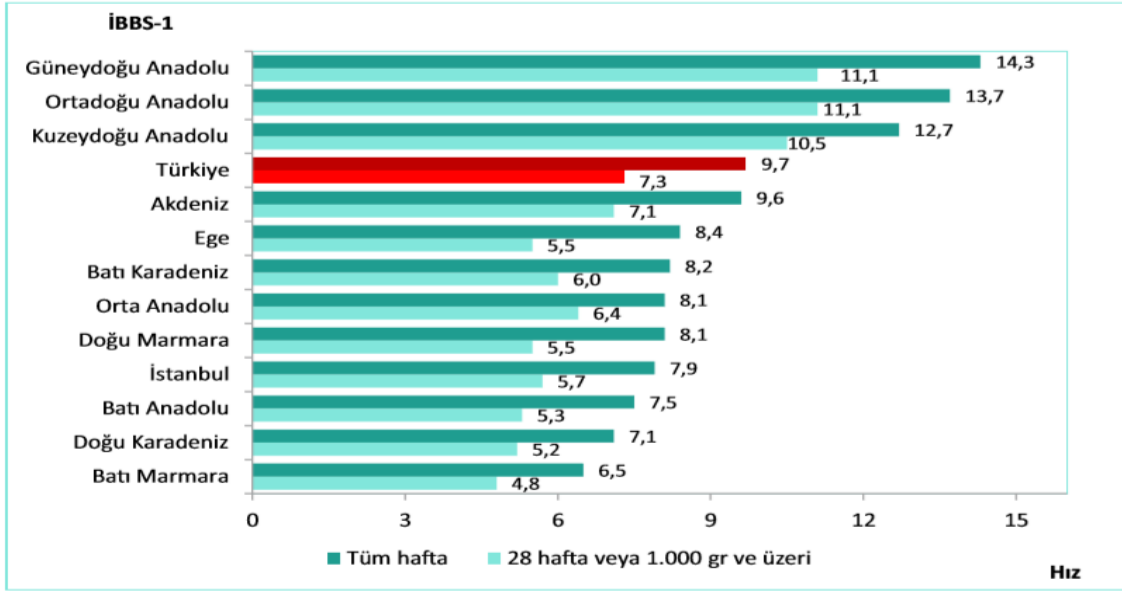
2.7. Preterm Eylemin Topluma Etkisi

Preterm doğumların ekonomik boyutu dolaylı ya da dolaysız olarak toplumu etkilemektedir. Dünya sağlık örgütünün verilerine göre dünya genelinde hayatta kalma oranlarındaki eşitsizlikler uygun maliyetli bakım eksikliği nedeniyle gerçekleşmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, az gelişmiş ülkelere göre neonatal dönemde hayatta kalan preterm yenidoğanların sayısı fazla olsa da, engelli birey sayısının daha fazla olmasına neden olmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde ise bu bebeklerin neredeyse tamamı hayatta kalmaktadır (World Health Organization, 2018). Amerika da yapılan bir çalışmada preterm eylem ve sonrasında gerçekleşen sağlık harcamalarının 26 milyar dolardan fazla olduğu bildirilmiştir (Butali ve ark, 2016). Amerikan Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine)’nün hazırladığı raporda doğum öncesi bakım için harcanan her 1 doların term doğumların artışı sağlayacağı ve bu sayede preterm doğumlarda yapılan harcamalardan 3,38 dolar kar edilebileceği bildirilmiştir (Krans ve Davis, 2015).

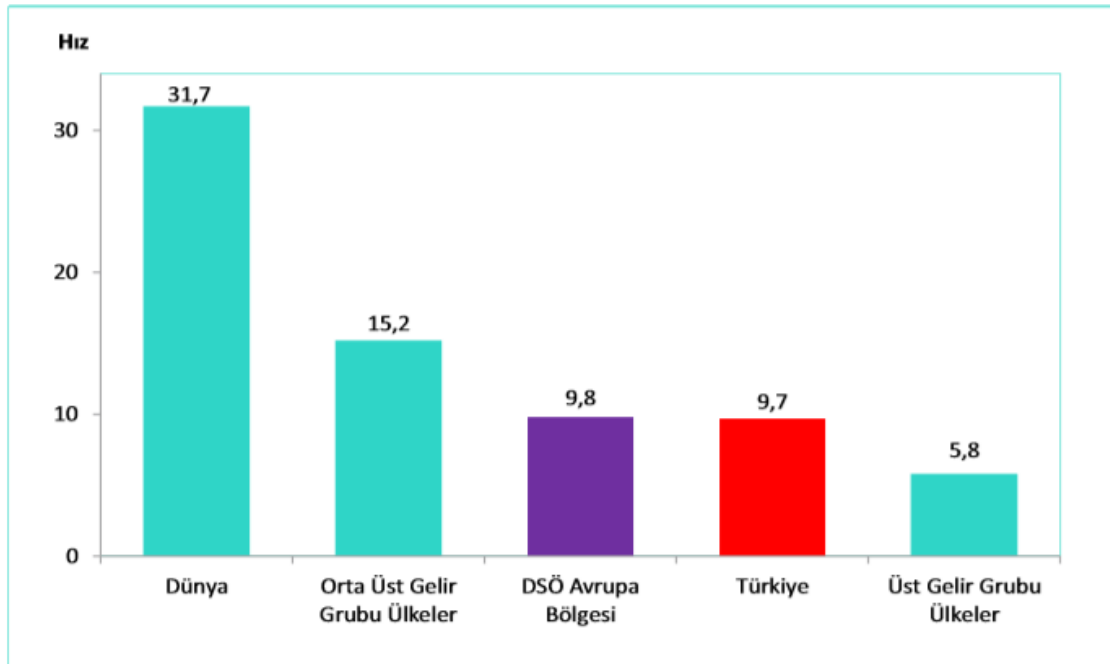
Preterm eylemde gebenin yatak istirahatine alınması da toplum ve aile için üretim ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Bu konuda yapılan bir çalışmada yüksek riskli gebelerin %14,8’inin hastanede yatarak tedavi aldıkları rapor edilmiştir (Özçelik ve Karaçam, 2014). Ülkemizde 2014’te mevcut “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” ve “Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi” gibi kaynakların etkin iyi kullanımı ile yüksek riskli gebelerin erken teşhis ve tedavisi sağlanabilir ve böylece olası hastaneye yatarak tedavi gibi müdahalelerin oluşturabileceği ekonomik yük azaltılabilir. Bu anlamda evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi de toplumsal etkilenme ve ekonomik yönden hafifletici olabilir.

2.8. Türkiye’de Anne-Bebek Ölümleri ve Uluslararası Veriler ile Karşılaştırılması

Bu bölümde ülkemizde eylemin anne-bebek ölümleri ile ilgili ulusal veriler ve bu verilerin Dünya geneli, orta-üst ve üst gelir grubu ülkeler, DSÖ Avrupa bölgesi ile karşılaştırma sonuçları verilmiştir (Şekil 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). İlgili veriler incelendiğinde ülkemiz verilerinin üst gelir grubu ülkelerinkinden daha yüksek, DSÖ Avrupa Bölgesine benzer, dünya geneli ve orta-üst gelir grubu ülkelerinkinden daha düşük olduğu görülmektedir.



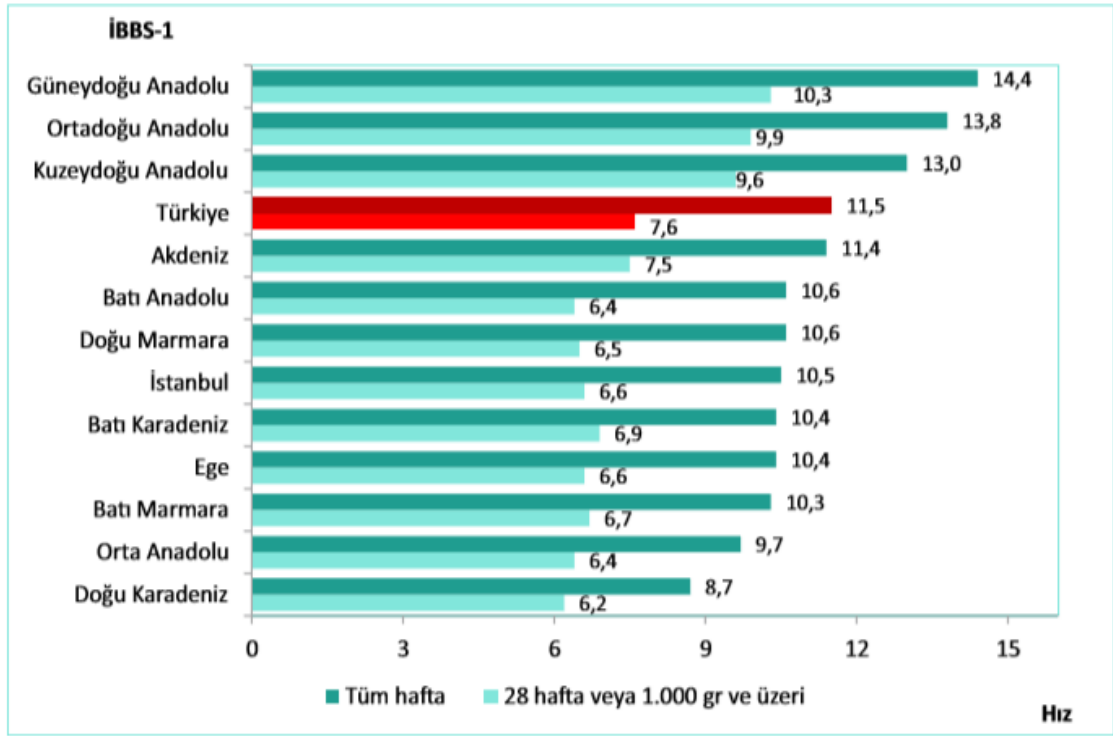
Şekil 1. İBBS-1'e göre bebek ölüm hızı, (1.000 Canlı Doğumda). 2016



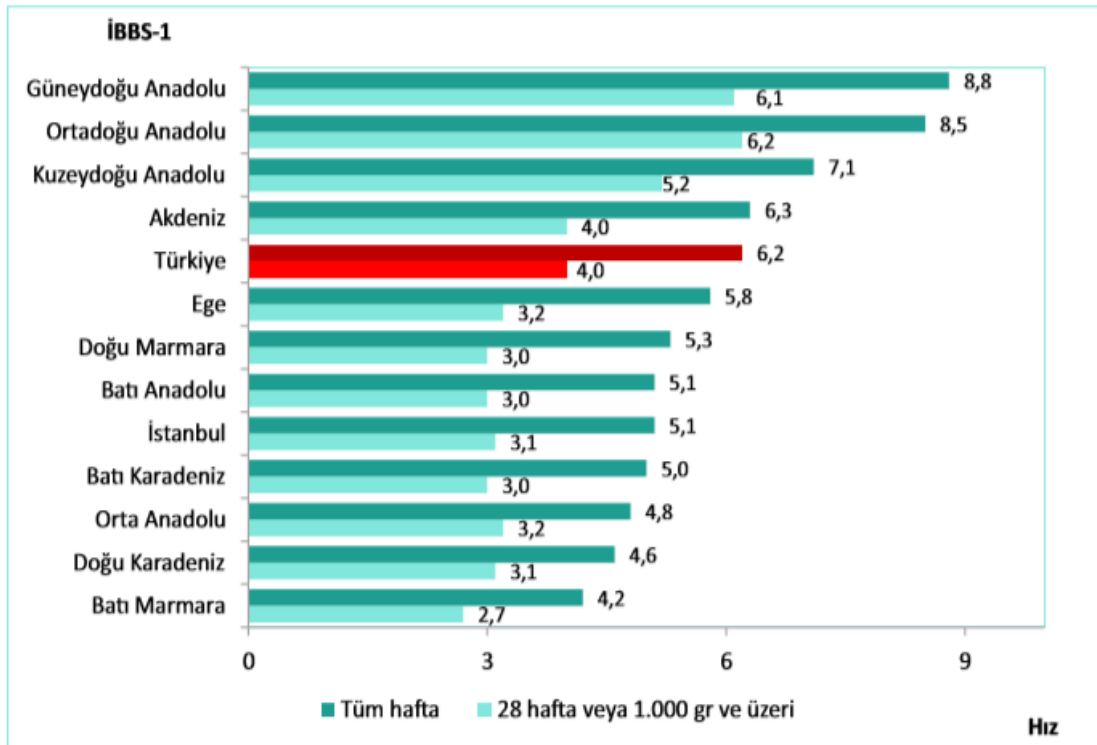
Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, DSÖ Global Health Observatory Veri tabanı

Not: Türkiye verisi 2016 yılına aittir.

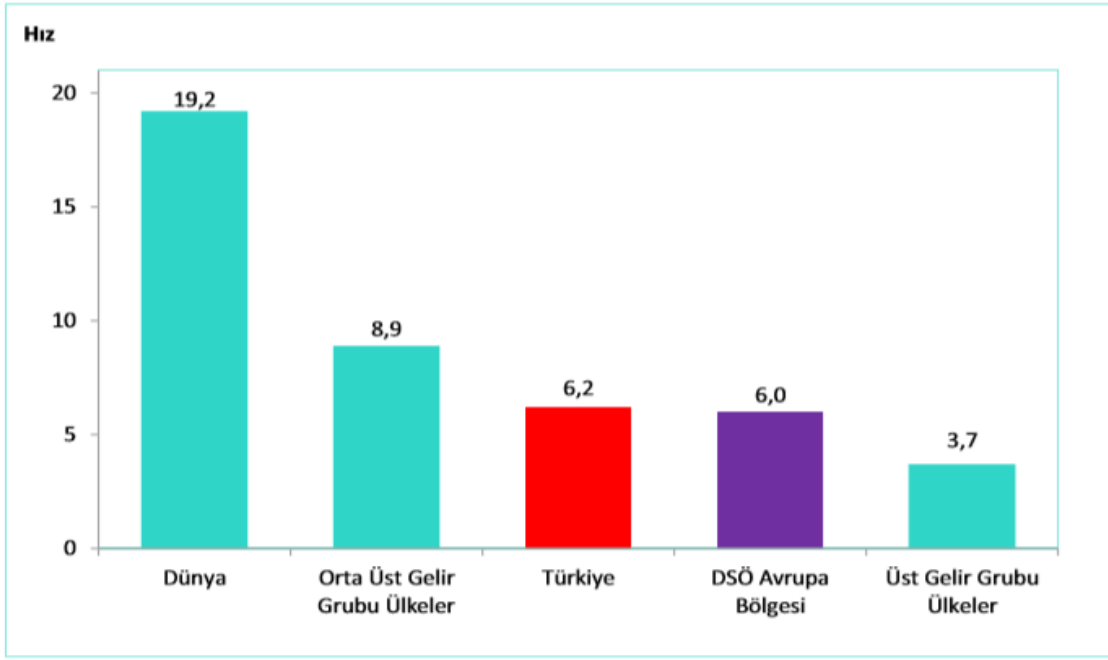
Şekil 2. Bebek ölüm hızının uluslararası karşılaştırılması, (1.000 Canlı Doğumda), 2016



Şekil 3. İBBS-1'e göre perinatal ölüm hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2016



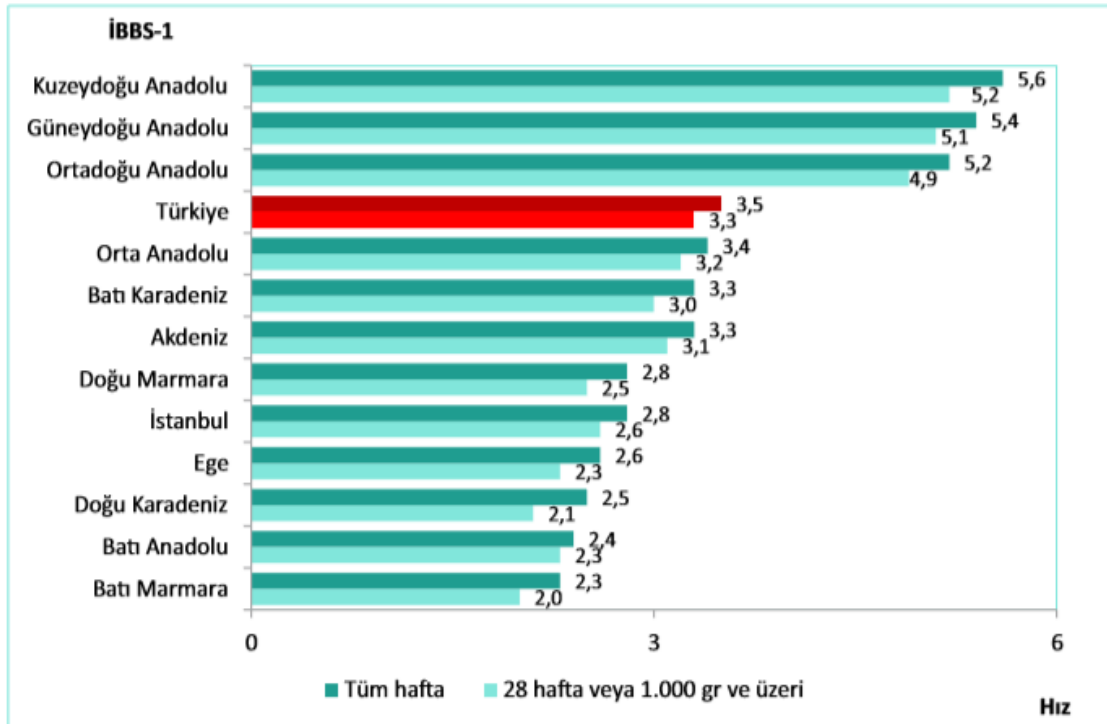
Şekil 4. İBBS-1'e göre neonatal ölüm hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2016



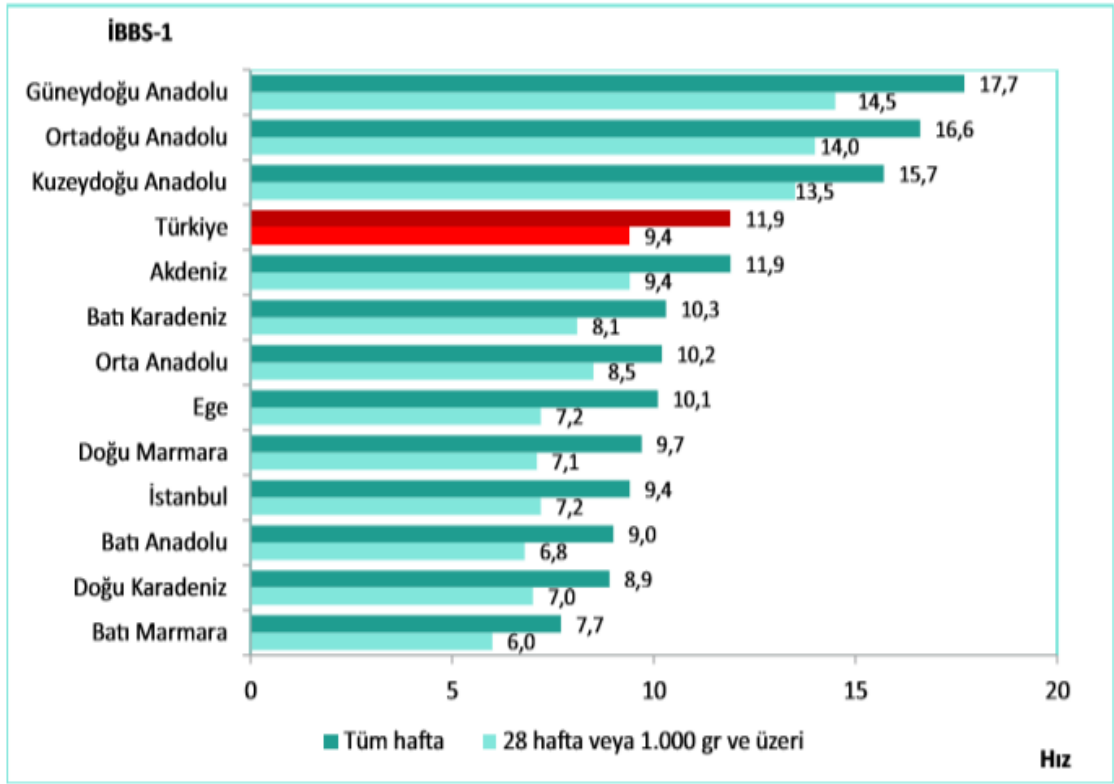
Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, DSÖ Global Health Observatory Veri tabanı

Not: Türkiye verisi 2016 yılına aittir.

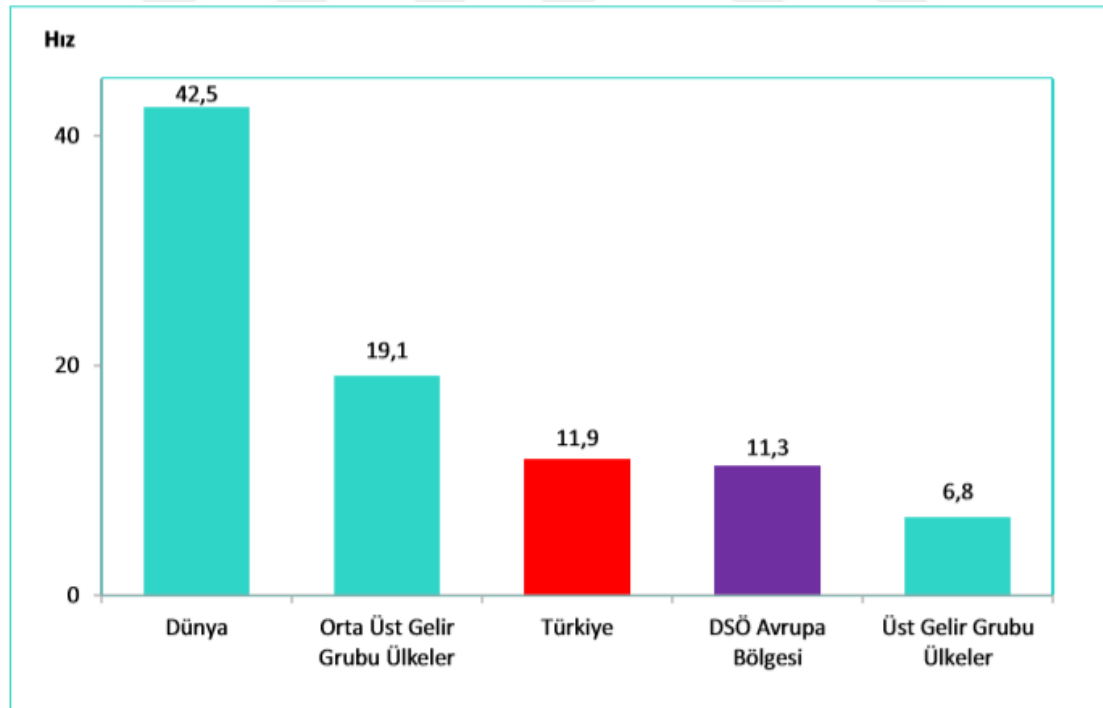
Şekil 5. Neonatal ölüm hızının uluslararası karşılaştırılması, (1.000 Canlı Doğumda), 2016



Şekil 6. İBBS-1'e göre postneonatal ölüm hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2016



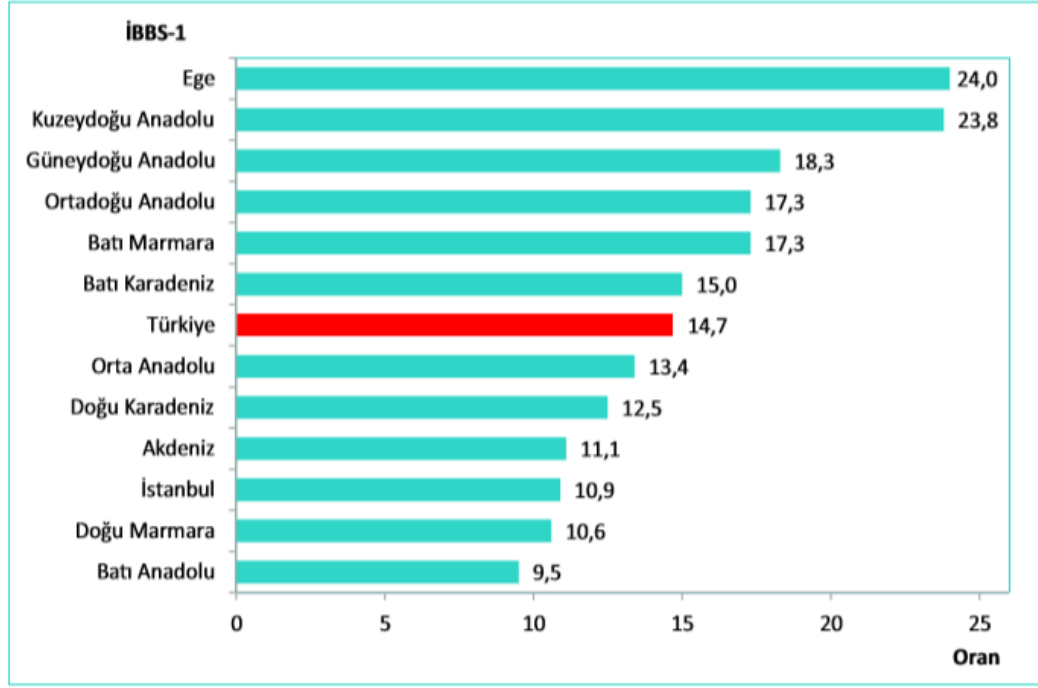
Şekil 7. İBBS-1'e göre beş yaş altı ölüm hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2016



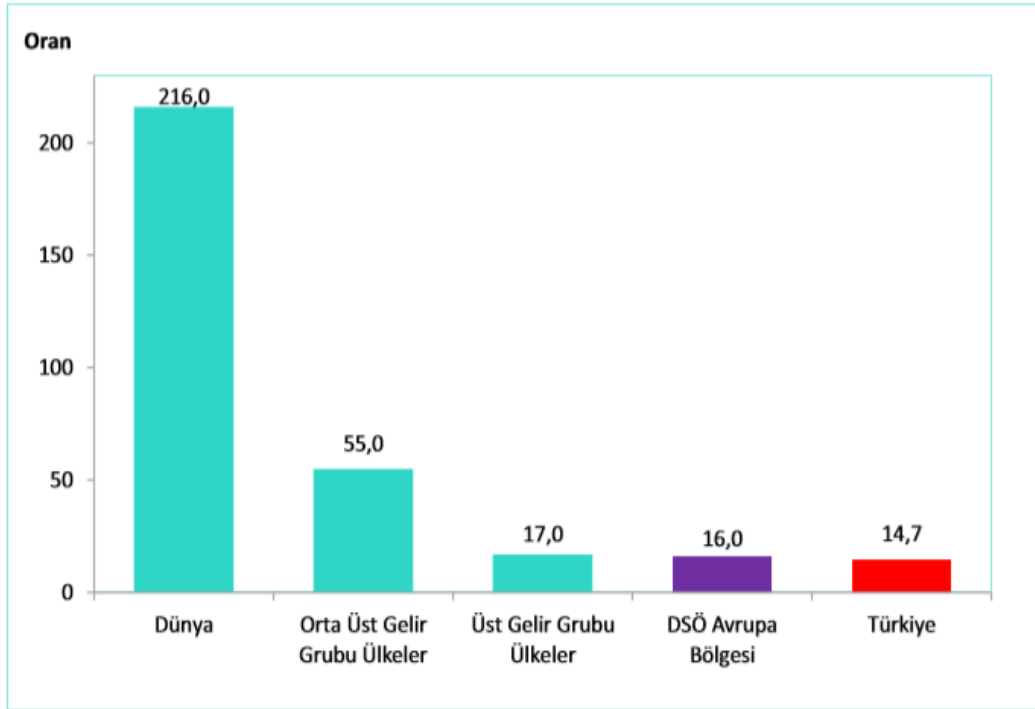
Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, DSÖ Global Health Observatory Veri tabanı

Not: Türkiye verisi 2016 yılına aittir.

Şekil 8. Beş yaş altı ölüm hızının uluslararası karşılaştırılması (1.000 Canlı Doğumda), 2016



Şekil 9. İBBS-1'e göre anne ölüm oranı, (1.000 Canlı Doğumda), 2016



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Trends in Maternal: 1990 to 2015

Not: Türkiye verisi 2016 yılına aittir.

Şekil 10. Göre anne ölüm oranının uluslararası karşılaştırılması (1.000 Canlı Doğumda), 2016

2.9. Tıbbi Yaklaşım ve Protokoller

Sağlık ekibinin gebeye preterm eylem tanısı koyduğunda, preterm eylemin nedenini ve gebeliğin devam etmesinin fetüs ya da anne için yarar ya da zararlarını belirlemesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının eylemin durdurulmasının kontrendike olduğu durumları iyi bilmesi önemlidir. Bunlar (Gilbert ve Harmon, 2011);

- ✓ Ekstrauterin ortamda yaşamını sürdürebilecek olgun bir fetüsün varlığı,
- ✓ Ölü fetüs,
- ✓ Fetüste yaşamı sürdürmeyi engelleyecek kadar çok anomalinin bulunması,
- ✓ İntrauterin gelişim geriliği,
- ✓ Aktif kanama (plasenta previa ya da ablasio plasenta nedeniyle),
- ✓ İntraamniyotik enfeksiyon ve
- ✓ Ciddi preeklamsi ve kalp hastalığıdır.

Preterm eylemi durdurmak için kullanılan yöntemler aktivite değişikliği, hidrasyon ve tokolitik ilaç tedavisidir. Preterm eylem durdurabilmek için ilk sırada yer alan tedavi şekli evde ya da hastanede yatak istirahatidir. Yang ve ark (2009)'nın yaptığı çalışmada gebelerin yaklaşık 1/3'ünün yüksek riskli oldukları ve onların da 1/4'ünün aktivite sınırlamasını da içeren bir tıbbi bakım aldıkları bildirilmiştir.

Yatak istirahati üç farklı biçimde uygulanmaktadır. Birinci tip yatak istirahati; hafif ev işleri, yarım gün çalışma, kısa yürüyüş ve gün içinde iki saat dinlenme şeklinde olmaktadır. İkinci tip yatak istirahati; çalışmayı bırakma, ev işleri için yardım alma, yürüyüş dahil egzersiz yasağı, günün büyük bir kısmında dinlenme biçimindedir. Üçüncü tip yatak istirahatinde; kesin yatak istirahati, sadece oda içinde hareket edebilme şeklinde uygulanmaktadır (Karaçam ve Şen, 2012).

Preterm eylemi durdurmaya yönelik uygulanan bir diğer yöntem de hidrasyonun artırılmasıdır. Ancak bu yöntem, hastaneye yatırılarak uygulanan tedavilerde fazla miktarda verilen sıvının pulmoner ödem görülme riskini arttırdığı için tartışmalıdır. Diğer yandan meyve suyu ve süt gibi doğal kalorisi olan sıvıların oral yoldan alınmasının yararlı olacağı bildirilmektedir (Gilbert ve Harmon, 2011).

Preterm eylemde tokolitik ilaçlar, kontraksiyonları durdurmak amacıyla kullanılır. Bunların bazıları beta sempatomimetikler (ritodrine, terbutalinesulfate gibi), magnezyum sülfat, prostoglandin inhibitörü (indomethacin) ve kalsiyum kanal blokeri (nifedipine)'dir (Gilbert ve Harmon, 2011; Çoban, 2015).

Beta-sempatomimetik ilaçlar, epinefrini ya da norepinefrini taklit ederler ve adrenerjik reseptörlerde etkilidirler ve uterus düz kas liflerinin kontraktilesini azaltırlar. Bu amaçla kullanılan ilaçlar ritodrine ve terbutalinedir. Bu ilaçlar serum fizyolojik ya da ringer laktat gibi sıvılar içinde intravenöz yolla uygulanır. Kontraksiyonlar kesildikten sonra 12-24 saat daha devam edilir ve intravenöz tedavi kesilmeden önce, subkutan enjeksiyon ya da oral tedavi başlanır (Gilbert ve Harmon, 2011). Yapılan bir çalışmada ritodrinin, perinatal ölüm ya da gebeliğin terme ulaşması konusunda belirgin bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Ancak, bu ilacın iki gün içerisinde doğum yapma ihtimali olan gebe sayısını %40 oranında azalttığı rapor edilmiştir (Posner ve ark, 2014).

Magnezyum Sülfat kendini kalsiyumun yerine koyarak, uterusun düz kaslarını gevşetir. Magnezyum uterin aktiviteyi, yalnızca hücresel düzeyde değil, aynı zamanda sinir ileti düzeyinde de etki göstererek azaltır. Ayrıca magnezyum arteriyel basıncı azaltıp ve uterin kan akımını da artırır (Gilbert ve Harmon, 2011).

Kalsiyum kanal blokörleri daha az maternal yan etkileri ve daha iyi neonatal sonuçları olduğu için tokolitikler içerisinde ilk sırada kullanılması önerilmektedir (Conde-Agudela ve ark, 2011). Bu ilaçlar kalsiyumun, uterin düz kaslarına geçişini engellerler. Bu amaç ile kullanılan ilaç da nifedipindir. Prostaglandin inhibitörleri de prostoglandin sentezini baskılayarak etki ederler (Gilbertve Harmon, 2011). Başer ve ark (2014) yaptıkları çalışmada nifedipinin %70 oranında doğumun yedi günden fazla geciktirdiği sonucuna ulaşmışlardır.

Preterm eylemde doğrudan bebek sağlığına yönelik de bazı ilaçlar kullanılmaktadır. Betamethazone ya da dexamethasone'nun tedavisi fetal akciğer olgunluğunun stimülasyonu için kullanılır ve daha stabil lesitinin üretimini uyarır. Lesitin normal alveolar fonksiyonun sağlanmasından sorumlu fosfolipittir. Bu tedavinin gebeliğin 28-34. haftalar arasında doğan fetüslerde, neonatal respiratuvar distresi azalttığı düşünülmektedir. Rutin uygulamada 24 saat aralıklarla 12mg'lık iki doz uygulanır (Gilbert ve Harmon, 2011). Yapılan bir çalışmada fetal akciğer matürasyonunu arttırmak için kullanılan antenatal deksametazon ve

betametazon tedavisinin fetal kalp hızı aktivitesi ve biyofizik profil skoru üzerine olan etkilerini incelenmiştir. Her iki ilaç grubunda da fetal kalp hızında değişme gözlenmezken, akselerasyon ve variabilitede anlamlı bir azalma saptanmıştır. Yine her iki ilaç grubunda da biyofizik parametrelerden fetal solunum hareketleri ve fetal vücut hareketlerinde belirgin bir azalma olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda hem deksametazon hem de betametazonun fetal kalp hızı ve biyofizik aktivite üzerinde belirgin baskılamaya neden olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca çalışmada, fetal hipoksi olarak değerlendirilen sonuçların da verilen steroid ile ilişkili ve geri dönüşsüz olabileceğinin akılda tutulması önerilmiştir (Vuruşkan ve ark, 2004).



Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü'nün erken doğum sonuçlarını iyileştirmede yararlanılabilecek önerileri

Anne İle İlgili Müdahaleler	Öneriler	Kanıtların Öneri Gücü ve Kalitesi
Yenidoğan sonuçlarını iyileştirmesi için antenatal kortikosteroidlerin kullanımı	Doğum öncesi kortikosteroid tedavisi, aşağıdaki şartlar yerine getirildiğinde 24 – 34 gebelik haftalarından itibaren preterm doğum riski olan gebeler için önerilmektedir: ✓ Gebelik yaşı değerlendirilmesi doğru bir şekilde yapılabilir. ✓ Erken doğumun ani olabileceği düşünülüyorsa ✓ Maternal enfeksiyona dair klinik kanıt yoksa ✓ Yeterli doğum öncesi bakımı mevcutsa (preterm eylemin tanınması, doğumun başladığının tespiti ve güvenli yönetimi dahil). ✓ Erken doğmuş bebek gerektiğinde yeterli bakımı alabilecekse (resüsitasyon, beslenme desteği, enfeksiyon tedavisi ve güvenli oksijen kullanımı dahil).	Yenidoğan sonuçları için orta kaliteli , maternal sonuçlar için düşük kaliteli kanıtlar
	Seçilmiş kadınlarda, tedavinin başlangıcından itibaren 7 gün içinde, ilk 24 saat dahil olmak üzere, ani preterm doğum olabileceği düşünülüyorsa, antenatal kortikosteroid uygulanmalıdır.	Güçlü öneri Düşük kaliteli kanıtlar
	Antenatal kortikosteroid tedavisi, erken doğum riski olan kadınlarda tek ya da çoğul doğum olma durumu ayırt etmeden uygulanır.	Güçlü öneri Düşük kaliteli kanıtlar
	Erken membran rüptürü olan, ama klinik enfeksiyon belirtileri bulunmayan kadınlarda antenatal kortikosteroid tedavisi önerilmektedir.	Güçlü öneri Yenidoğan sonuçları için orta kaliteli , maternal sonuçlar için düşük kaliteli kanıtlar
	Koryoamniyoziti olan ve erken doğum riski olan kadınlara antenatal kortikosteroid tedavisi önerilmemektedir.	Şarhlı öneri Düşük kaliteli kanıtlar
	Sezaryen planlanan geç preterm (34 – 36 ⁺⁶) eylemi olan kadınlarda antenatal kortikosteroid tedavisi önerilmemektedir.	Şarhlı öneri Düşük kaliteli kanıtlar
	Ani erken doğum riski olan ve hipertansif bozukluğu olan kadınlarda antenatal kortikosteroid tedavisi önerilmektedir.	Güçlü öneri Yenidoğan sonuçları için orta kaliteli , maternal sonuçlar için düşük kaliteli kanıtlar
	Ani preterm eylem riski ve fetüs gelişim geriliği olanlar için antenatal kortikosteroid tedavisi önerilmektedir.	Güçlü öneri Çok düşük kaliteli kanıtlar
	Pregestasyonel ya da gestasyonel diyabeti olan gebelerde antenatal kortikosteroid tedavisi, annenin kan glikoz düzeyinin en uygun duruma getirilmesi için gerekli olan müdahaleler ile beraber önerilmektedir.	Güçlü öneri Çok düşük kaliteli kanıtlar
	Ani erken doğum gerçekleşecekse antenatal kortikosteroid tedavisi olarak intramüsküler olarak deksametazon ya da betametazon (toplam 24 mg) kullanılır.	Güçlü öneri Çok düşük kaliteli kanıtlar
	Antenatal kortikosteroid tedavisinden 7 gün sonra preterm eylem gerçekleşmez ise tedavi tekrarlanır ve daha sonraki 7 gün içinde erken doğum riski yüksek olanlara klinik değerlendirme yapılır.	Şarhlı öneri Yenidoğan sonuçları için orta kaliteli , maternal sonuçlar için çok düşük kaliteli kanıtlar

Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü'nün erken doğum sonuçlarını iyileştirmede yararlanılabilecek önerileri (Devamı)

Anne İle İlgili Müdahaleler	Öneriler	Kanıtların Öneri Gücü ve Kalitesi
Preterm eylemi inhibe etmek için tokolitikler	Yenidoğan sonuçlarını iyileştirmek amacıyla kullanılan tokolitik tedaviler, ani preterm eylem riski olan kadınlarda önerilmemektedir.	Şarhli öneri Cok düşük kaliteli kanıtlar
Nörolojik komplikasyonlara karşı fetal koruma için Magnezyum sülfat	Bebek ve çocukta serebral palsinin önlenmesi için 32. Gebelik haftasından önce preterm eylem riski olan gebeler için magnezyum sülfat kullanımı önerilmektedir.	Güçlü öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan
Erken doğum için antibiyotik	Sağlam amniyotik membranları olan ve hiçbir klinik enfeksiyon belirtisi olmayan preterm eylem riskli kadınlara rutin antibiyotik tedavisi önerilmez.	Güçlü öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan
	Erken membran rüptürü olan gebeler için antibiyotik tedavisi önerilmektedir.	Güçlü öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan
	Erken membran rüptürü olan kadınlar da profilaktik antibiyotik olarak eritromisin tavsiye edilir.	Şarhli öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan
	Erken membran rüptürü olan gebelerde amoksisilin ve klavulanik asit kombinasyonu kullanımı önerilmemektedir.	Güçlü öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan
En uygun doğum şekli	Preterm yenidoğan sonuçlarının iyi olması için, baş veya makat geliş olsa da, sezaryen önerilmemektedir.	Şarhli öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan
Preterm yenidoğan bebeklerin termal bakımı	2000 g ya da altında olan yenidoğanlar için Kanguru anne bakımı rutin olarak önerilmektedir ve sağlık tesislerinde yenidoğan stabil olur olmaz başlatılmalıdır.	Güçlü öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan
	Doğum ağırlığı 2000 g veya daha az olan yenidoğan bebeklerde kanguru anne bakımının mümkün olduğunca sürekli olması sağlanmalıdır.	Güçlü öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan
	2000 g veya daha az doğum ağırlığında yenidoğan bebekler için eğer sürekli kanguru anne bakımı mümkün değilse, geleneksel bakım yerine aralıklı kanguru anne bakımı tavsiye edilir	Güçlü öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan
	Kanguru anne bakım verilemeyen 2000 g veya altında stabil olmayan yenidoğanlara ve 2000 g altında stabil yenidoğanlara, ya radyant ısıtıcılarla sağlanan ya da küvezlerde nötral ısıda olan bir ortamda bakılmalıdır.	Güçlü öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan
	Doğumdan hemen sonra preterm yenidoğan için termal bakım sağlayan plastik torbaların/sargıların etkinliği konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır. Ancak, preterm yenidoğanın stabilizasyonu ve özel yenidoğan bakım koşullarına transferi sırasında termal bakım sağlayan plastik torbalar/sargılar hipotermiyi önlemek için alternatif olarak kabul edilebilir.	Şarhli öneri Cok düşük kaliteli kanıtlara dayalı
Solunum sıkıntısı sendromlu yenidoğanlara sürekli pozitif havayolu basıncı	Sürekli pozitif havayolu basıncı tedavisi respiratuvar distres sendromu ile doğan preterm yenidoğanlarda tavsiye edilir.	Güçlü öneri Cok düşük kaliteli kanıtlara dayalı
	Respiratuvar distres sendromu olan yenidoğan bebeklerde sürekli pozitif havayolu basıncı tedavisi, tanı konur konulmaz başlanmalıdır.	Şarhli öneri Cok düşük kaliteli kanıtlara dayalı

Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü'nün erken doğum sonuçlarını iyileştirmede yararlanılabilecek önerileri (Devamı)

Anne İle İlgili Müdahaleler	Öneriler	Kanıtların Öneri Gücü ve Kalitesi
Solunum yolu hastalığı olan yenidoğan için sürfaktan yönetimi	Sürfaktan replasman tedavisi respiratuvar distres sendromu olan entübe ve ventilatöre bağlı yenidoğanlar için tavsiye edilir.	Şarhlı öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan (sadece entübasyonda bulunan sağlık tesislerinde, ventilatör bakımı, kan gazı analizi, yenidoğan hemşirelik bakımı ve izleme mevcut)
	Respiratuvar distres sendromu olan ventilatöre bağlı preterm yenidoğanlarda, hayvansal kökenli ya da protein içeren sentetik Sürfaktan replasman tedavisi kullanılabilir.	Şarhlı öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan (sadece entübasyonda bulunan sağlık tesislerinde, ventilatör bakımı, kan gazı analizi, yenidoğan hemşirelik bakımı ve izleme mevcut)
	Preterm yenidoğanlarda respiratuvar distres sendromu başlangıcından önce Sürfaktan replasman tedavisi (profilaktik uygulama) önerilmemektedir.	Güçlü öneri Cok düşük kaliteli kanıta dayalı
	Respiratuvar distres sendromu olan entübasyonlu preterm yenidoğanlarda, kurtarma tedavisi vermeden önce semptomların kötüleşmesini beklemekten ziyade Sürfaktan replasman tedavisi erken (doğumdan sonraki ilk 2 saat içinde) uygulanmalıdır.	Şarhlı öneri Orta kaliteli kanıtlara dayanan (sadece entübasyonda bulunan sağlık tesislerinde, ventilatör bakımı, kan gazı analizi, yenidoğan hemşirelik bakımı ve izleme mevcut)
Preterm yenidoğan için oksijen terapisi ve konsantrasyon	Gebeliğin 32. Haftasında veya erken doğmuş preterm yenidoğanlarda oksijen tedavisine %100 oksijen yerine %30 oksijen ya da hava (eğer harmanlanmış oksijen mevcut değil ise) başlanması önerilir.	Güçlü öneri Cok düşük kaliteli kanıta dayalı
	Progresif olarak yüksek konsantrasyonlarda oksijen kullanımı sadece oksijen tedavisi alan ve kalp tepe atımı dakikada 60'tan az olan yenidoğanlarda, %30 oksijen veya hava ile 30 saniye uygun ventilasyon yapıldıktan sonra düşünülmelidir.	Güçlü öneri Cok düşük kaliteli kanıta dayalı

2.10. Preterm Eylemde Ebelik Bakımı, Ebenin Sorumluluğu ve Ebelik Tanıları

Preterm eylem nedeni ile gebeliklerin hastaneye yatırılma oranının artışına paralel olarak antenatal bakım gereksinimleri de artış göstermiştir. Kaliteli antenatal bakım hizmetleri olumlu iletişimi, bilgilendirmeyi ve danışmanlığı, uygun fizik ortamının yaratılmasını, psikolojik ve sosyal desteği kapsayacak biçimde sunulmalıdır (Çoban, 2015). Ebelerin preterm eylem tehdidi olan gebeye nitelikli bakım hizmeti sunma görev ve sorumlulukları bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014);

- ✓ Gebelik tanısını koymak, normal gebe izlemine ve gerekli muayenelerini yapmak ve riskli durumları erken dönemde belirlemek, gerekli önlemleri alarak sevk etmek.
- ✓ Doğum sürecini yönetmek; travay sırasında anne ve bebeğin sağlığını izlemek, normal doğumları ve tabibin olmadığı hallerde acil makat doğumları yaptırmak, gerektiğinde epizyotomi uygulamak. Doğum sürecinde normalden sapmaları belirlemek, acil durum tedbirlerini almak ve tabibe haber vermek, tabibin direktifleri doğrultusunda acil müdahalede bulunmak.
- ✓ Doğum sonrası dönemde; yenidoğanın ilk bakım ve muayenesini yapar, gerektiğinde acil resüsitasyon gerçekleştirmek, anneye emzirme eğitimi vermek, annenin bakım ve izlemine yapmak, normalden sapmaları tespit ederek sevk etmek.
- ✓ Acil obstetrik durumlarda Bakanlıkça düzenlenen protokoller doğrultusunda tanımlanan ilaçları uygulamak.
- ✓ Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek.
- ✓ Aile planlaması hizmetlerinde, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarında görev almak.
- ✓ 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişimini izler, özellikle gebe ve 0-6 yaş çocuk aşıları olmak üzere bulaşıcı hastalıkların kontrol programlarında ve bağışıklama hizmetlerinde görev alır.

Preterm eylem gelişen gebeye konulabilecek ebelik tanıları (Çoban, 2015; Karaçam ve Şen, 2012);

- ✓ Uzun süre yatmaya bağlı kaslarda güçsüzlük ve ağrı,
- ✓ Uzun süre yatakta kalmaya bağlı aktivite intoleransı,

- ✓ Hastane ortamı, aktivite yetersizliği ve iştahta azalmaya bağlı kilo kaybı,
- ✓ Aktivite yetersizliğine bağlı olarak gebelikte görülen gastrointestinal sistemle ilgili yakınmalarda artış,
- ✓ Yatak istirahatine bağlı kulak, burun dolgunluğu ve baş ağrısı,
- ✓ Uyku problemleri ve yorgunluk,
- ✓ Kendi yaşamıyla ilgili kontrol kaybı,
- ✓ Aile bütünlüğünün bozulması,
- ✓ Can sıkıntısı ve yalnızlık duygusu,
- ✓ Preterm eylemin sonuçlarına bağlı kaygı düzeyinde artma,
- ✓ Depresyon riski ve
- ✓ Tokolitik tedavi ve yatak istirahati ile ilgili metabolik zarar görme riski.

2.11. Ebelik Girişimleri

Preterm eylemin gelişmesini önleyici tedbirler preterm eyleme zemin hazırlayan durumların önlenmesi ya da düzenlenmesine odaklanmalıdır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergeye göre hemşire ve ebelerin görevleri arasında ev ziyaretleri yaparak gebeleri tespit etme, düzenli aralıklarla ziyaret etme ve izleme, yüksek riskleri erken dönemde tespit etme ve gerekli birimlere sevk etme yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu hizmetin sağlanabilmesi içinde 2014 yılında Sağlık Bakanlığının yayınladığı “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi”nden faydalanılabilir. Bu rehberde her gebenin en az 4 kez nitelikli izlenmesi gerekmektedir. Ayrıca ülkemizde 2005 yılında çıkarılan yönetmelik ile “hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafında rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması” ifadesi ile evde bakım hizmetleri tanımlanmıştır. Bu yönergeye göre preterm eylem riski olan gebelere hastanede bakımın yanı sıra evde de bakım hizmeti verilebilmektedir ve bu ebeler tarafından yapılabilir (Karaçam ve Şen, 2012).

Ebeler gebe ile ilk karşılaşmada detaylı bir öykü, fizik muayene ve laboratuvar testleri yapmalı ve “Gebelikte Risk Değerlendirme Formu” kullanılmalıdır. Sonraki tüm

görüşmelerde de detaylı fizik muayene ve laboratuvar testleri yapmalı, risk durumunu değerlendirmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Preterm eylem tehdidi tanısı alan gebenin hastanede mi yoksa evde mi bakım alacağı belirlendikten sonra ebelik girişimleri planlanmalıdır. Yapılacak bakım planı ise preterm eylem sebeplerine yönelik olacağı gibi koruyucu önlemleri de kapsamalıdır.

Preterm eylem sebeplerinden biri olan yetersiz ya da fazla kilo alımı değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Bu nedenle ebeler gebenin beslenme alışkanlıkları, öğün özellikleri hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Uzun süre açlık gebede prostaglandin salınımı artar ve doğum eyleminin başlamasına sebep olur. Düzenli ve dengeli beslenmenin önemi gebeye anlatılmalı ve su ya da meyve suyu tüketimi yönünden desteklenmelidir. Kafein içeren içeceklerden uzak durması konusunda uyarılmalıdır. Hidrasyon ayrıca üriner yol enfeksiyon riskini de azaltır. Enfeksiyonlardan korunmak önemlidir. Yeterli sıvı alımı, perineal hijyen, pamuklu iç çamaşırı giyme, kokulu banyo köpüklerinden kaçınma ve cinsel ilişkiyi sınırlı tutma gibi önlemler enfeksiyonları azaltmada faydalıdır. Dolu bir mesanede uterus kontraksiyonlarını uyarabilir bu nedenle uyanık olduğu her iki saatte bir mesanesini boşaltmasının önemi anlatılır (Gilbert ve Harmon, 2011).

Hastanın yorgunluğa neden olacak aktiviteleri azaltması ve uterusu olan kan akımını arttırmak üzere günlük dinlenme periyotları planlaması konusunda bilgilendirilmelidir. Anksiyetenin, sosyo-ekonomik düzeyin, ailevi stresörlerin belirlenmesi de bakım gereksinimlerini belirlemede yardımcıdır. Stres etkilerini azaltmak üzere etkili baş etme teknikleri öğretilir. Gevşeme egzersizleri, solunum egzersizleri, uygun fiziksel egzersizler, düşünme (katatimi), yoga, masaj terapisi, akupunktur, maneviyatı güçlendirme, müzik terapisi gibi uygulamalarda kullanılabilir (Gilbert ve Harmon, 2011; Ölçer ve Oskay, 2015).

Gebeye preterm eylemin belirtilerinin neler olduğu öğretilir ve en ufak bir belirtinin bile rapor edilmesi istenir. Gebe bir kontraksiyonda ağrıya neden olmayan bir gerginlik duygusu hissedeceği konusunda eğitilir. Gebe, günde 2 defa 1 tam saat yatar pozisyonda parmak uçlarını fundus üzerine koyarak uterusun gerilip gerilmediğini kendi kendine palpe ederek takip etmesi önerilir (Gilbert ve Harmon, 2011). Preterm eylemin öncü belirtileri olan menstruasyon ya da abdominal kramp benzeri, alt seviyede sırt ağrısı, pelvik basınç, vajinal akıntıda değişme ya da diyare gibi durumlara dikkat etmesi vurgulanır. Gebe belirtilerden herhangi birini deneyimlediğinde, mesanesini boşaltması, yan yatar pozisyonda

uzanması, 2-3 bardak sıvı alması ve kontraksiyonları kontrol etmesi öğretilir. Gebe bir saat içinde dörtten fazla kontraksiyon saptarsa ya da bir saat istirahat ve sıvı alımına rağmen öncü belirtiler geçmiyorsa, bir sağlık kuruluşuna başvurmasının önemi vurgulanır (Karaçam ve Şen, 2012).

Hastanede preterm eylem tehdidi sebebiyle yatan gebelere yukarıda sıralanan girişimlerin uygulanmasının yanı sıra (Gilbert ve Harmon, 2011);

- ✓ Hastanın steroid tedavisi hakkında bilgi alması sağlanır ve onamı alınır,
- ✓ Fetüs, tehlike bulguları yönünden yakın izlenir,
- ✓ Doğum kaçınılmaz olduğunda, neonatal yoğun bakım ekibine ya da neonotoloji uzmanına haber verilir,
- ✓ Eğer steroid diabetik hastalarda kullanılıyorsa, hasta hiperglisemi yönünden takip edilmeli.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma analitik-kesitsel tasarımda yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi tarafından bakım verilen erken doğum tehdidi tanısı almış gebeler ile yapıldı.

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği 2 yatağı doğumhanede olmak üzere 28 yatak ile hizmet vermektedir. Bölüm jinekoloji ve obstetri olarak ayrılmamaktadır. Tüm odalar iki kişiliktir ve her odada tuvalet bulunmaktadır. Serviste 12 kişi hizmet vermekte ve bunların 5'i ebe ve 7'si hemşiredir. Bu klinikte bir ebe servis sorumlusu, bir hemşire bebek hemşiresi olarak ve diğer ebe ve hemşireler de nöbetli çalışma sistemi ile görev yapmaktadır. Bu üniversite hastanesinin kadın doğum polikliniği 6 odalıdır, 3 hemşire hizmet vermekte ve iki yataklı doğumhanesi servis içinde yer almaktadır. Bu hastanede iki ayrı klinik olarak hizmet veren ve toplam 23 yatağı bulunan üçüncü basamak ile 8 yataklı ikinci basamak yenidoğan bakım ünitesi bulunmaktadır.

Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde preterm doğum riski olan gebeler kadın doğum servisi ve jinekoloji servislerinde hizmet almaktadırlar. Kadın doğum servisi, 16 tanesi 2 yataklı, 8 tanesi tek yataklı ve tuvaletleri odanın içinde olmak üzere 40 yatağı bulunmaktadır. Serviste 15 ebe çalışmakta, 1 ebe servis sorumlusu ve diğer ebeler nöbetli çalışma sistemi ile görev yapmaktadır. Bu hastane, 12 adet doğum polikliniği, 1 adet doğumhane, bir adet üçüncü seviyede yenidoğan bakım ünitesi ve gebe bilgilendirme sınıfı ile hizmet vermektedir.

Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinin istatistik verilerine göre yıllık doğum sayının yaklaşık 7000 ve Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinin ise 2000 doğumdur. Her iki hastanede de erken doğum tehdidi ile hastaneye yatışı yapılan gebeler mesai saatleri içinde kendi doktoru tarafından muayene edilmektedir. Yatışı uygun görülen gebeler servise yönlendirilmektedir. Mesai saatleri dışında ya da hafta

sonu gelişen durumlarda ise icap ve nöbetçi doktor onayı ile gebelerin servislere yatışı yapılmaktadır. Erken doğum tehdidi ile yatışı yapılan gebelere ebe ve hemşireler tarafından durumu hakkında bilgilendirme yapılmakta, onam formları imzalatılmakta, tedavisi hakkında bilgilendirme ve tedavisi yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Ocak-Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın zamanı ile ilgili ayrıntılı bilgiler Tablo 3 te verilmiştir.

Tablo 3. Araştırma zamanı ile ilgili bilgiler

Araştırma konusunun seçimi	08.06.2016- 27.06.2016
Veri toplama formlarının oluşturulması	08.06.2016- 19.01.2017
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ön onayının alınması	31.10.2016
Aydın İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınması	23.12.2016
Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden izin alınması	09.03.2017
Soru formunun ön uygulaması	19.01.2017
Araştırma verilerinin toplanması	09.02.2017- 26.09.2017
Araştırma sonuç raporlarının hazırlanması	26.09.2017-18.12.2018
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu son onayı alınması	25.02.2019

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi tarafından bakım verilen erken doğum tehdidi tanısı ile yatan gebeler ile yapılması planlanmıştır. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kayıtlarına göre 1 Mayıs 2015- 31 Mayıs 2016 tarihleri arasında O47.0 tanı kodlu Preterm Eylem tanısı ile tedavi gören gebe sayısı 199, O47 tanı kodlu Yalancı Doğum tanısı ile tedavi gören gebe sayısı ise 522'dir. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde O20.0 tanı kodlu Düşük Tehdidi tanısı ile tedavi gören gebelerin sayısı 760 kişidir. Bu sayıların içinde kişi tekrarları bulunmaktadır.

Araştırmada örneklem hacminin hesaplanması, Oskay ve Coşkun (2012) tarafından yüksek riskli gebeler ile yapılan bir çalışmaya dayalı olarak yapılmıştır. Bu araştırmanın verilerine dayalı olarak yapılan analizde, G*Power 3.1.9.2 ile power:0,80, $\alpha=0,05$, örneklem

hacmi; 37 ve df:1 alınarak yapılan hesaplamada effect size:0,59 olarak bulunmuştur. Bu araştırmanın örnekleme alınması gereken en az birey sayısı G*Power 3.1.9.2 ile effect size:0,30, $\alpha=0,05$, power:0,80 ve df:1 alınarak hesaplanmış ve 145 olarak bulunmuştur. Araştırmaya, olası vaka kayıpları da dikkate alınarak, olasılıksız örnekleme (gelişi güzel) yöntemi ile 150 kadının alınması planlanmıştır. Ancak araştırmanın veri toplamasına ayrılan süre içinde 130 gebeye ulaşılmıştır. Araştırmanın elde edilen verilerine dayalı olarak gücü tekrar hesaplanmıştır. Buna göre, başlı istatistikler ki-kare testi ile analiz edildiğinden $n=130$, $\alpha=0,05$, effect size:0,30 ve df:5 alınarak hesaplanmış ve power:0,76 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Gebelik haftası 20 ile 37 arasında olmak,
- Türkçe konuşabiliyor ve anlayabiliyor olmak ve
- Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olmaktır.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Veri toplama sırasında görüşmeye engel olabilecek herhangi bir sağlık sorunu ve ruhsal tanısı olduğunu bildirme.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu ve Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Veri Formu ile toplanmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatüre dayalı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda kişisel bilgileri belirleyen 27 soru (Ek 2) bulunmaktadır (Karaçam ve Şen, 2012; Roozbeh ve ark, 2016; Ahumada-Borrios ve Alvarado, 2016; Christiaens ve ark, 2015). Bu form ile gebelerin sosyo-demografik, obstetrik özelliklerine ve ruhsal durumuna ait verileri toplanmıştır. Soru formunun kapsam geçerliğini sağlamak için araştırma konusunda deneyimli beş uzmandan görüşleri alınmış ve yapılan öneriler doğrultusunda yeniden düzenleme yapılmıştır. Daha

sonra bu formun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek ve görüşmenin standardizasyonunu sağlamak için ön uygulama yapılmış ve görüşme formuna son şekli verilmiştir.

3.7.2. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Veri Formu

Amerika Birleşik Devletleri Boston Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Profesörü olan Marjory Gordon ilk kez 1974 yılında "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli" ni tanımlamıştır. Bu model 1986 yılında sağlıklı ve hasta bireylerden veri toplamayı standardize etmek ve hemşirelik tanısını belirlemeyi kolaylaştırmak amacıyla tekrar düzenlemiştir. Bu model yaşamın kalitesine ve insanın potansiyel başarısına yardımcı olan 11 fonksiyonel sağlık örüntüsünü içermektedir (Ek 3). Bu örüntüler genç ya da yaşlı, kadın ya da erkek, her alanda ve her sağlık düzeyinde, akut ya da kronik her türlü medikal tanılarda insan tepkilerini değerlendirmede kullanılır. Bu örüntüler insanın fonksiyonel özelliklerini temsil ettiği için geniş bir kapsamda uygulanabilmektedir ve birbirlerine bağımlıdır (Gordon, 1982).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın 08.03.2010 tarih ve 27515 sayılı resmi gazetede hemşirelik yönetmeliği yayınlanmıştır. Bu yönetmelikteki 6.maddenin a bendinde "Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler." ifadesi yer almaktadır. Bahsi geçen bu ifade ile Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntülerin hemşirelik bakımında kullanımının önü açılmaktadır.

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri şunlardır (Erdemir, 2012);

1. Sağlığın algılanması- sağlığın yönetim biçimi,
2. Beslenme şekli ve metabolik durumu,
3. Boşaltım- eliminasyon şekli,
4. Aktivite-egzersiz şekli,
5. Uyku- istirahat şekli,
6. Bilişsel algılama şekli,
7. Kendini algılama- kavrama şekli,

8. Rol- ilişki şekli,
9. Cinsellik ve üreme,
10. Baş etme, stresi tolere etme şekli ve
11. İnanç ve değerleri.

3.8. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini geliştirmek için kadın doğum servisinde yatan 10 sağlıklı gebe ile ön uygulama yapılmıştır. Bu veriler analize alınmamıştır.

3.9. Veri Toplanması

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi tarafından bakım verilen erken doğum tehdidi tanısı almış gebelere çalışma hakkında bilgilendirme yapıp çalışmaya katılıp katılmayacakları sorulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı onam alınıp ve ardından veri toplama formları yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur. Gebelerin bakım gereksinimlerini belirlemek için Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modelinde yer alan sorular gebelere yöneltilmiş ve her bir alana ilişkin sorulara verilen yanıtlar “evet / var” ya da “hayır / yok” şeklinde kayıt edilmiştir.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri The Statistical Package for the Social Sciences Version 18 (PASW Inc, Chicago, IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve Ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmada Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gebelerin bakım gereksinimleri, her bir alana ilişkin sorulara verilen “evet /var” yanıtları ile belirlenmiştir. Bildirilen “evet /var” yanıtları sorun adları alınmış, tabloda sayı ve yüzde hesapları ile sunulmuştur. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ancak yapılan ileri analizler için önemlilik değeri: $p = 0,05$ karşılaştırma sayısı formülü ile yeniden hesaplanmış ve ilgili değerler metin içinde verilmiştir (Cangur ve Ankaralı, 2014).

4. BULGULAR

4.1. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Verileri

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $27,21 \pm 6,39$ (aralık: 16 - 46) olarak bulunmuştur. Çalışmadaki gebelerin %6,2'sinin okur - yazar değil / okur - yazar, %18,5'inin ilkokul, %33,8'inin ortaokul, %26,2'sinin lise ve %15,4'ünün ise ön lisans / lisans / lisansüstü mezunu oldukları görülmüştür. Çalışmadaki gebelerin %76,9'unun ev hanımı oldukları, eşlerinin %49,2'sinin işçi olarak çalıştıkları ve %31,5'inin ise işsiz oldukları görülmüştür. Gebelerin % 90'ının sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır. Gebelerin %57,7'si gelir durumunu gidere göre dengeli olduğunu bildirmiştir. Çalışmaya katılmış olan gebelerin %4,6'sının resmi nikâhının olmadığı, %1,5'inin ise boşanmış ya da ayrı yaşadığı görülmüştür. Ayrıca gebelerin %26,9'un geniş ailede yaşadıkları ve bunlardan %85,7'inin ise eşinin ailesi ile birlikte yaşadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Gebelerin sosyodemografik özellikleri (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş, Ort: 27,21 ± 6,39; Min: 16; Max: 46		
Eğitim Durumu		
Okur - yazar değil / okur - yazar	8	6,20
İlkokul	24	18,50
Ortaokul	44	33,80
Lise	34	26,20
Ön lisans / lisans / lisansüstü	20	15,40
Kendisinin Çalışma Durumu		
Evet	32	24,60
Hayır	98	75,40
Kendisinin işi		
Ev hanımı	100	76,90
İşçi	15	11,50
Memur	10	7,70
Esnaf	5	3,80
Eşinin Çalışma Durumu		
Evet	122	93,80
Hayır	8	6,20
Eşinin işi		
İşçi	64	49,20
Memur	16	12,30
Serbest meslek	9	6,90
İşsiz	41	31,50
Sağlık Güvencesi		
Var	117	90,00
Yok	13	10,00
Algılanan Gelir Düzeyi		
Gelir - giderden az	55	42,30
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla	75	57,70
Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evlilik Durumu		
Evli resmi nikâhı var	122	93,80
Evli imam nikâhı var	6	4,60
Ayrı yaşıyor ya da boşanmış	2	1,50
Aile tipi		
Geniş aile	35	26,90
Çekirdek aile	95	73,10
Ailede yaşayan aile büyükleri		
Eşinin ailesi	30	85,70
Kendi ailesi	5	14,30

Gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin verileri Tablo 5'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, gebelik sayısı ortalaması $2,44 \pm 1,58$ (aralık: 1 - 6) olduğu ve gebelerin %33,8'inin ilk gebeliği olduğu belirlenmiştir. Doğum yapanların %61,9'unun bir kez doğum yaptığı ve %53,9'unun ise sezaryen ile doğum yaptığı bildirilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin canlı doğum sayısı ortalaması $1,57 \pm 0,99$ (aralık: 1 - 6), spontan abortus

ortalaması $1,24 \pm 0,59$ (aralık: 1 - 4), yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,55 \pm 0,96$ (aralık: 1 - 6) olarak bulunmuştur.

Tablo 5. Gebelerin obstetrik öyküleri (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha önce doğum yapma		
Evet	76	58,50
Hayır	54	41,50
Kaç kez doğum yaptığı (n= 76)		
1	47	61,90
2	20	26,30
3-6	9	11,80
Doğum şekli (n= 76)		
Normal doğum	35	46,10
Sezaryen *	41	53,90
Gebelik sayısı, Ort: $2,44 \pm 1,58$; Min: 1; Max: 9		
Gebelik sayısı		
1	44	33,70
2	37	28,50
3	23	17,70
4-9	26	20,10
Canlı Doğum Sayısı, Ort: $1,57 \pm 0,99$; Min: 1; Max: 6		
Canlı doğum sayısı (n= 74)		
1	47	63,40
2	19	25,70
3-6	8	10,90
Kendiliğinden Düşük Sayısı, Ort: $1,24 \pm 0,59$; Min: 1; Max: 4		
Kendiliğinden düşük sayısı (n= 38)		
1	31	81,60
2	6	15,80
4	1	2,60
Kürtaj Sayısı, Ort: $1,58 \pm 1,02$; Min: 1; Max: 4		
Kürtaj sayısı (n= 14)		
1	10	71,40
2	1	7,10
3	2	14,30
4	1	7,10
Yaşayan Çocuk Sayısı, Ort: $1,55 \pm 0,96$; Min: 1; Max: 6		
Yaşayan çocuk sayısı (n= 73)		
1	47	64,30
2	18	24,70
3-6	8	11,00

*Bu grupta yer alan bir kişi sezaryen sonrası normal doğum yapmıştır.

4.2. Gebelerin Gebelik ile İlgili Verileri

Gebelerin %33,1'i bu gebeliklerini planlamadıklarını ve %2,3'ü istemediklerini bildirmişlerdir. Gebelerin %7,7'sinin tedavi ile gebe kaldıkları saptanmıştır. Araştırma için görüşme yapıldığı dönemde kadınların %83,8'i 28 - 36 gebelik haftalarında idiler. Gebelerin

bir önceki gebeliklerinde doğum öncesi bakım hizmeti alma oranı %56,9 iken, bu gebeliklerinde %96,2 olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. Gebelikle ilgili veriler (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebeliği planlama durumu		
Evet	87	66,90
Hayır	43	33,10
Gebeliği isteme durumu		
Evet	127	97,70
Hayır	3	2,30
Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma		
Evet	60	46,20
Hayır	70	53,80
Tedavi ile gebe kalma		
Evet	10	7,70
Hayır	120	92,30
Gebelik Haftası, Ort: 31,95 ± 3,75; Min: 21; Max: 37		
Gebelik hafta grubu		
21 - 27 hafta	17	13,10
28 - 36 hafta	109	83,80
37 - 40 hafta	4	3,10
Doğum öncesi bakım alma grubu		
1 - 12 hafta	125	96,20
13 - 40 hafta	5	3,80
Doğum öncesi bakım için istenen bütün zamanlarda kontrole gitme durumu		
Evet	127	97,70
Hayır	3	2,30

*SS: Standart sapma

Gebelerin gebelik öncesi Beden Kitle İndeksi (BKI) ortalamasının $23,73 \pm 4,94$ (aralık: 14,06 - 38,71) olduğu, %24,4'ünün düşük, %15,7'sinin yüksek ve %12,6'sının şişman olduğu görülmüştür. Ayrıca gebelerin gebelikleri sırasında alınan kilo ortalamasının $9,19 \pm 6,18$ (aralık: -13 - 24) olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Gebelerin Beden Kitle İndeksleri (n= 127)

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
BKI Ort: 23,73 ± 4,94; Min: 14,06; Max: 38,71, (n= 127)*		
Beden kitle indeksi grubu		
Düşük (BKI < 19,8)	31	24,40
Normal (BKI 19,9 - 26)	60	47,20
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	20	15,70
Şişman (BKI > 29,1)	16	12,60
Gebelikte alınan kilo Ort: 9,19 ± 6,18; Min: -13; Max: 24, (n=126)**		

*Üç gebe gebelik öncesi kilolarını bilmiyor. Bu sebeple n’de farklılık olmuştur.

** Bir gebe gebelik sırasında son tartısını bilmediği için n sayısında farklılık olmuştur.

4.3. Gebelerin Kronik Hastalık Öyküleri

Çalışmaya katılan gebelerin kronik hastalıkları sorgulandığında %34,6’sı (n= 45 / 130) en az bir kronik hastalıklarının olduğu görülmüştür. Gebelerin kronik hastalıkları incelendiğinde 14’ünde astım / alerjik astım / bronşit rahatsızlığı, 6’sında diabetes mellitus ve 6’sında da talasemi taşıyıcılığı olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olduğunu belirten gebelere düzenli tedavi alma durumu sorulduğunda ise sadece 22’si düzenli tedavi aldığını belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Gebelerin hastalık öyküleri (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık		
Evet	45	34,60
Hayır	85	65,40
Kronik hastalık (n= 59)*		
Astım / alerjik astım / bronşit	14	10,76
Diabetes mellitus	6	4,61
Talasemi taşıyıcısı	6	4,61
Migren	5	3,84
Epilepsi	5	3,84
Aritmi	3	2,30
Hipotroidi	3	2,30
İnsülin direnci	2	1,53
Romatizma	2	1,53
Hipertroidi	2	1,53
Huzursuz ayak sendromu	1	0,76
Karaciğer hassasiyeti	1	0,76
Demir eksikliği anemisi	1	0,76
Sedef	1	0,76
Kas hastalığı	1	0,76
Polikistikover	1	0,76
Konstibasyon	1	0,76
Safra kesesi kisti	1	0,76
Zona	1	0,76
Hemoroid	1	0,76
HBV taşıyıcı	1	0,76
Kronik hastalık ile ilgili ilaç kullanımı (n= 45)**		
Evet	22	48,90
Hayır	23	51,10

* Bazı gebelerde birden fazla kronik hastalık olduğu için n sayısında farklılık olmuştur. Yüzdelik hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

** Yüzde hesabı kronik hastalığı gebe sayısı (n= 45) üzerinden alınmıştır.

4.4. Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Yaşadıkları Hastalık Öyküleri

Çalışmaya katılan gebelere daha önceki gebeliklerinde herhangi bir sağlık problemi yaşama durumu sorulduğunda %40,8'si (n= 53 / 130) en az bir sağlık problemi yaşadığını belirtmiştir. Gebelerin en sık karşılaştıkları sağlık problemlerinin erken doğum tehdidi (%23,08; n= 30 / 130), bulantı kusma (%5,38; n= 7 / 130) ve düşük riski (%3,84; n= 5 / 130) olduğu görülmüştür. Yatarak tedavi alma durumu değerlendirildiğinde ise gebelerin %20'si (n= 26 / 130) hastanede yatarak tedavi aldığını bildirmişlerdir. Bu gebelerin en çok hastaneye yatış nedeninin erken doğum tehdidi (n= 15 / 27) olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Daha önceki gebeliklerde yaşanan rahatsızlıklar (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlık		
Evet	53	40,80
Hayır	77	59,20
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlıkların türü (n= 59)*		
Erken doğum tehdidi	30	23,08
Bulantı - kusma	7	5,38
Düşük riski	5	3,84
Gestasyonel hipertansiyon	3	2,30
Hipotroidi	2	1,53
Gestasyonel diabetes mellitus	2	1,53
Mide kanaması	1	0,76
Preeklamsi	1	0,76
Varis	1	0,76
İdrar yolu enfeksiyonu	1	0,76
Karaciğer enzim yüksekliği	1	0,76
Kanama	1	0,76
Plasenta previa	1	0,76
Kanın pıhtılaşma sorunu	1	0,76
Kan uyumsuzluğu	1	0,76
Oligohidroamniyos	1	0,76
Daha önceki gebeliğinde hastaneye yatış durumu		
Evet	26	20,00
Hayır	104	80,00
Daha önceki gebeliğinde hastaneye yatış sebebi (n= 27)*		
Erken doğum tehdidi	15	11,53
Bulantı - kusma	3	2,30
İdrar yolu enfeksiyonu	3	2,30
Düşük riski	2	1,53
Mide kanaması	1	0,76
Kanama	1	0,76
Gestasyonel hipertansiyon	1	0,76
Preeklamsi	1	0,76

*Bir gebede birden fazla hastalık bulunabilmektedir. Yüzdelik hesabı toplam gebe sayı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

4.5. Gebelerin Şimdiki Gebeliklerinde Yaşadıkları Sağlık Problemleri

Yapmış olduğumuz çalışmaya katılmış olan 130 gebenin de bu gebeliklerinde en az bir rahatsızlık yaşıyor olduğu belirlenmiştir. En sık karşılaşılan rahatsızlıklar ise kasık - bel ağrısı (%44,61; n= 58 / 130), erken doğum tehdidi (%41,53; n= 54 / 130), bulantı - kusma (%21,53; n= 28 / 130) ve kanama (%14,61; n= 19 / 130) olduğu görülmüştür (Tablo 10).

Tablo 10. Bu gebelikte yaşanan rahatsızlıklar (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bu gebelikte yaşanan rahatsızlıklar		
Kasık - bel ağrısı	58	44,61
Erken doğum tehdidi	54	41,53
Bulantı - kusma	28	21,53
Kanama	19	14,61
Gestasyonel diabetes mellitus	13	10,00
İdrar yolu enfeksiyonu	8	6,15
Gestasyonel hipertansiyon	6	4,61
Oligohidroamniyos	3	2,30
Karaciğer enzim yüksekliliği	3	2,30
Diabetes mellitus	2	1,53
Hipertansiyon	2	1,53
Guatr	1	0,76
İştahsızlık	1	0,76
Hidronefroz	1	0,76
Bebekte gelişim geriliği	1	0,76
TOPLAM*	200	100,00

*Bir gebede birden fazla sağlık problemi bulunmaktadır, yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden alınmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin tamamı en az bir ilaç kullanmakta idi. Gebelerin kullandıkları ilaçlar Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Gebelerin kullandıkları ilaçlar (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bu gebelikte yaşanan hastalıkla ilgili aldığı tedaviler *		
Mai / serum	108	83,07
Celestone	52	40,00
Adalat / nifedipin	41	31,53
Magnezyum	38	29,23
Antibiyotik	25	19,23
Progestan	15	11,53
Ağrıkesici	9	6,92
Euthyrox / levetron	7	5,38
Aspirin	4	3,07
İnsülin	4	3,07
Ursofalk	3	2,30
Ventolin	2	1,53
Budecort	2	1,53
Metpamid	2	1,53
Duphalac	2	1,53
Depakin	2	1,53
Propess	2	1,53
Rhogam	2	1,53
Dodex ampul	1	0,76
İnnohep	1	0,76
Tegretol	1	0,76
Gaviscon	1	0,76
Gyno - lomexin	1	0,76
Oksapar	1	0,76
Proluton depot	1	0,76
Lamictal	1	0,76
TOPLAM*	327	100,00

* Bazı gebeler birden fazla ilaç almakta idiler. Bu nedenle toplam= 327'dir. Ancak yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden alınmıştır.

4.6. Gebelerin Gebelik Öncesi Ruhsal Sağlık Durumu

Gebelere gebelik öncesi ruhsal sağlık durumları sorulduğunda %10'u herhangi bir ruhsal sağlık sorunu olduğunu bildirmiştir. Gebeler bu ruhsal sağlık sorunlarının depresyon (n= 11 / 13) ve bipolar bozukluk (n= 2 / 13) olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 12).

Tablo 12. Gebelerin ruhsal sağılığı ile ilgili veriler (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ruhsal rahatsızlık öyküsü		
Evet	13	10,00
Hayır	117	90,00
Ruhsal rahatsızlığın türü (n= 13)*		
Depresyon	11	84,60
Bipolar bozukluk	2	15,40
Ruhsal rahatsızlık nedeni ile tedavi alma (n= 13)*		
Evet	10	76,90
Hayır	3	23,10

* Ruhsal rahatsızlığı olan gebeler n=13'tür. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden alınmıştır.

4.7. Gebelerin Daha Önceki Gebeliklerindeki Ruhsal Sağlık Durumu

Çalışmaya katılan gebelere önceki gebelikte ruhsal bir rahatsızlık yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda, %4,6'sı herhangi bir ruhsal bir rahatsızlık yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Daha önceki gebelik ile ilgili diğer bilgiler Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Gebelerin daha önceki gebeliklerindeki ruhsal sağlık durumları ile ilgili veriler (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü		
Evet	6	4,60
Hayır	124	95,40
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlığın başlama zamanı (n= 6)*		
Dördüncü hafta da	3	65
Okuz ikinci hafta da	1	22
Yirmi ikinci hafta da	2	43
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık ne kadar devam etti (n= 6)*		
İki hafta	1	22
Altı hafta	2	43
Doğuma kadar	2	43
Halen	1	22
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık nedeni ile doktora gitme (n= 6)*		
Evet	3	65
Hayır	3	65
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık nedeni ile tedavi alma (n= 6)*		
Evet	1	22
Hayır	5	108

* Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden alınmıştır.

4.8. Gebelerin Daha Önceki Lohusalık Dönemindeki Ruhsal Sağlık Durumu

Önceki lohusalık döneminde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu ile ilgili veriler Tablo 14'te verilmiştir. Bu tabloya göre gebelerin %9,2'si lohusalık döneminde ruhsal bir rahatsızlık yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yaşanmış olan bu ruhsal rahatsızlığın en uzununu %41,7 oranıyla sekiz hafta sürdüğü belirlenmiştir.

Tablo 14. Gebelerin daha önceki lohusalıktaki ruhsal sağlık durumları ile ilgili veriler (n=130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal bir problem yaşama durumu		
Evet	12	9,20
Hayır	118	90,80
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal problemin başlama zamanı (n= 12)*		
Birinci haftada	10	108
İkinci haftada	2	22
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal problemin ne kadar sürdüğü (n= 12)*		
İki hafta	3	32,5
Beş hafta	3	32,5
Altı hafta	1	11
Sekiz hafta	5	54
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal problemi yüzünden doktora gitme durumu (n= 12)*		
Evet	2	22
Hayır	10	108
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal problemi yüzünden ilaç kullanma durumu (n= 12)*		
Evet	1	11
Hayır	11	119

* Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden alınmıştır.

4.9. Gebelerin Şu Anki Gebeliklerinde Ruhsal Sağlık Durumu

Çalışmaya katılan gebelere şimdiki ruhsal sağlık durumları sorulduğunda %8,5'i (n= 11 / 130) herhangi bir ruhsal rahatsızlığının olduğunu bildirmiştir. Ruhsal rahatsızlık yaşadığını belirten gebelerin %27,3'i (n= 3 / 11), bu durumun dördüncü ve 21. gebelik haftalarından itibaren yaşamaya başladığını ifade etmişlerdir. Yine bu gebelerin %72,7'si (n= 8 / 11) ruhsal rahatsızlıklarının halen devam ettiğini bildirmişlerdir (Tablo 15).

Tablo 15. Gebelerin şu anki gebeliklerindeki ruhsal sağlık durumları ile ilgili verileri
(n=130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu		
Evet	11	8,5
Hayır	119	91,5
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık başlama zamanı (n= 11)*		
Dördüncü haftada	3	27,3
On ikinci haftada	2	18,2
On üçüncü haftada	2	18,2
Yirmi birinci haftada	3	27,3
Yirmi dördüncü haftada	1	9,1
Bu gebeliğinde yaşadığı ruhsal rahatsızlığının süresi (n= 11)*		
Üç gün	1	9,1
İki hafta	1	9,1
On iki hafta	1	9,1
Halen devam ediyor	8	72,7
Bu gebeliğindeki ruhsal rahatsızlığı yüzünden doktora gitme durumu (n= 11)*		
Evet	1	9,1
Hayır	10	90,9
Bu gebeliğindeki ruhsal rahatsızlığı yüzünden tedavi alma durumu (n= 11)*		
Evet	1	9,1
Hayır	10	90,9

* Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden alınmıştır.

4.10. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ile İlgili Veriler

Bu bölümde; gebelerin bildirdikleri bakım gereksinimleri, Gordon'un bildirdiğı sağlığın algılanması - sağlığın yönetim biçimi, beslenme ve metabolik durum, boşaltım sistemi, aktivite egzersiz şekli - fizik bulgular, uyku - istirahat şekli, bilişsel - algılama şekli, kendini algılama - kendini kavrama şekli, rol - ilişki şekli, cinsellik ve üreme, stres ile baş etme / tolere etme durumu, inanç ve değerlerden oluşan on bir başlık altında incelenmiş ve sunulmuştur.

Çalışmaya katılan gebelerin %96,9'u *sağlığın algılanması - sağlığın yönetim biçimi* ile ilgili bakım gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir. Bu alanda en sık bildirilen sorunların kasık ağrısı (%78,46; n= 102 / 130), kanama (%18,46; n= 24 / 130) ve bel ağrısı (%15,38; n= 20 / 130) olduğu görülmüştür (Tablo 16).

Tablo 16. Gebelerin *Sağlığın Algılanması - Sağlığın Yönetim Biçimi* alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sorunu olan		
Evet	126	96,90
Hayır	4	3,10
Sorunlar (n= 163)*		
Kasık ağrısı	102	78,46
Kanama	24	18,46
Bel ağrısı	20	15,38
Bulantı kusma	4	3,07
İştahsızlık	2	1,53
Oligohidroamniyos	2	1,53
Gestasyonel diabetes mellitus	2	1,53
Hipertansiyon	2	1,53
Karaciğer enzim yüksekliği	2	1,53
Kan uyumsuzluğu	1	0,76
Bebek hareketlerinde azalma	1	0,76
Bebekte gelişim geriliği	1	0,76

*Bir gebede birden fazla sağlık sorunu olduğu gözlemlenmiştir. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

Tablo 17’de gebelerin *beslenme ve metabolik durum* ile ilgili bakım gereksinimleri hakkındaki bilgiler verilmiştir. Gebelerin %90,8’i bu alanda en az bir problem yaşadıklarını bildirmişlerdir. En sık karşılaşılan sorunlar ise diş eti kanaması (%60,76; n= 79 / 130), yetersiz sıvı alımı (%37,69; n= 49 / 130) ve diş çürüğü (%30,76; n= 40 / 130) olarak rapor edilmiştir.

Tablo 17. Gebelerin *Beslenme ve metabolik durum* alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sorunu olan		
Evet	118	90,80
Hayır	12	9,20
Sorunlar (n= 236)*		
Diş eti kanaması	79	60,76
Yetersiz sıvı alımı	49	37,69
Diş çürüğü	40	30,76
Mide yanması	18	13,84
Sigara kullanımı	18	13,84
Aft	11	8,46
Reflü	8	6,15
Düzensiz - dengesiz beslenme	5	3,84
Kilo kaybı	4	3,07
İştahsızlık	2	1,53
Kanal tedavisi	1	0,76
Yirmilik diş ameliyatı	1	0,76

*Bir gebede birden fazla sağlık sorunu vardır. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

Gebelerin *boşaltım şekli* ile ilgili verileri incelendiğinde, %54,6'sının bu alanda en az bir sorun bilindirdikleri görülmüştür. En sık karşılaşılan sorunların ise konstipasyon (%37,70; n= 49 / 130) ve inkontinans (%27,70; n= 36 / 130) olduğu belirtilmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Gebelerin *Boşaltım şekli* alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sorunu olan		
Evet	71	54,60
Hayır	59	45,40
Sorunlar (n= 91)*		
Konstipasyon	49	37,70
İnkontinans	36	27,70
Diyare	4	3,07
Hemoroid	2	1,53

*Bir gebede birden fazla sağlık sorunu vardır. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

Tablo 19'da verilen Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntülerinden *Aktivite, egzersiz şekli - fizik bulgular* ile ilgili verileri incelendiğinde, bu alanda gebelerin %83,8'inde en az bir sorunu olduğu belirlenmiştir. Bu alanda yaşanan sorunlara bakıldığında en fazla ellerde güçsüzlük (%53,07; n= 69 / 130) ve enerji eksikliği (%40; n= 52 / 130) olduğu görülmektedir. Ayrıca gebelerin %13,84'ünün (n= 18 / 130) yatak istirahatinde olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 19. Gebelerin *Aktivite, egzersiz şekli - fizik bulgular* alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sorunu olan		
Evet	109	83,80
Hayır	21	16,20
Sorunlar (n= 209)*		
Ellerde güçsüzlük	69	53,07
Enerji eksikliği	52	40,00
Ödem	47	36,15
Yatak istirahati	18	13,84
Yardıma ihtiyacı olma	18	13,84
Öksürük	3	2,30
Varis	2	1,53

*Bir gebede birden fazla sağlık sorunu vardır. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

Çalışmada gebelerin %53,80'ı *uyku ve istirahat* alanında en az bir sorun yaşadıklarını bildirmişleridir. Bu alanda yaşanan sorunların uyku örüntüsünde bozulma (%48,46; n= 63 / 130) ve yorgunluk (%37,69; n= 49 / 130) olduğu belirtilmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Gebelerin *Uyku - istirahat şekli* alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları (n=130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sorunu olan		
Evet	70	53,80
Hayır	60	46,20
Sorunlar (n= 112)*		
Uyku örüntüsünde bozulma	63	48,46
Yorgunluk	49	37,69

*Bir gebede birden fazla sağlık sorunu vardır. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

Gebelerin *bilişsel algılama şekli* ile ilgili sorunları incelendiğinde %76,90'ının en az bir sorun bildirdiği bulunmuştur. Bu alanda en sık bildirilen sorunların unutkanlık (%50,77; n= 66 / 130), konsantrasyon eksikliği (%30; n= 39 / 130), bacaklarda - ayaklarda ağrı / uyuşukluk (%17,70; n= 23 / 130) ve karar vermede zorlanma (%16,15; n= 21 / 130) olduğu saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Gebelerin *Bilişsel - algılama şekli* alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları (n=130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sorunu olan		
Evet	100	76,90
Hayır	30	23,10
Sorunlar (n= 203)*		
Unutkanlık	66	50,77
Konsantrasyon eksikliği	39	30,00
Bacaklarda - ayaklarda ağrı / uyuşukluk	23	17,70
Karar vermede zorlanma	21	16,15
Vücudun sağ tarafında uyuşukluk	19	14,61
Vücudun sol tarafında uyuşukluk	12	9,23
Yargılamada zorlanma	10	7,70
Gözlük kullanımı	7	5,58
Ağrı ile baş edememe	4	3,07
Halüsilasyon	1	0,76
Tat almada bozulma	1	0,76

*Bir gebede birden fazla sağlık sorunu vardır. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

Gebelerin *kendilerini algılama – kendilerini kavrama* ile ilgili bakım gereksinimleri değerlendirildiğinde %86,20'sin de en az bir sorun olduğu gözlemlenmektedir. En sık

gözlemlenen sorunlar ise enerji yetersizliği (%39,23; n= 51 / 130), erken doğum korkusu (%36,15; n= 47 / 130), sağlığını kaybetme korkusu (%28,46; n= 37 / 130), baş etmede zorluk (%24,61; n= 32 / 130) ve beden imgesinde rahatsızlık (%21,54; n= 28 / 130) olarak ifade edilmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Gebelerin *Kendini algılama - kendini kavrama şekli* alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sorunu olan		
Evet	112	86,20
Hayır	18	13,80
Sorunlar (n= 239)*		
Enerji yetersizliği	51	39,23
Erken doğum korkusu	47	36,15
Sağlığını kaybetme korkusu	37	28,46
Baş etmede zorluk	32	24,61
Beden imgesinde rahatsızlık	28	21,54
Doğum korkusu	19	14,62
Depresyon	11	8,46
Ölüm korkusu	5	3,84
Korku	4	3,07
Anksiyete	4	3,07
Bipolar bozukluk	1	0,76

*Bir gebede birden fazla sağlık sorunu vardır. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

Çalışmada gebelerin *rol – ilişki şekli* ile ilgili verileri incelendiğinde, %25,40'ının bakım gereksinimi olduğu gözlemlenmektedir. Bu alanda gebelerin %17,70'ının kendine zarar verme riski (n= 23 / 130) ve %5,38'inin (n= 7 / 130) başkasına zarar verme riskinde oldukları dikkat çekmektedir. Gebelerin %11,54'ü de (n= 15 / 130) kişiler arası etkileşimde bozulma sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 23).

Tablo 23. Gebelerin *Rol - ilişki şekli* alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sorunu olan		
Evet	33	25,40
Hayır	97	74,60
Sorunlar (n= 50)*		
Kendine zarar verme riski	23	17,70
Kişiler arası etkileşimde bozulma	15	11,54
Başkasına zarar verme riski	7	5,38
Ebeveynlikte yetersizlik	4	3,07
Rol performansında azalma	1	0,76

*Bir gebede birden fazla sağlık sorunu vardır. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

Gebelerin *cinsellik ve üreme* ile ilgili sorunları incelendiğinde %20,00'ının bakım gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Bu alanda en sık karşılaşılan sorunların düzensiz adet görme (%11,54; n= 15 / 130) ve cinsel ilişkiye zorlanma (%3,07; n= 4 / 130) olduğu bulunmuştur (Tablo 24).

Tablo 24. Gebelerin *Cinsellik ve üreme* alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları (n=130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sorunu olan		
Evet	5	4
Hayır	125	96
Sorunlar (n= 5)*		
Cinsel ilişkiye zorlanma	4	104
Cinsel ilişkide ağrı	1	26

*Bir gebede birden fazla sağlık sorunu vardır. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

Gebelerin *stres ile baş etme / tolere etme durumu* ile ilgili sorunları Tablo 25'te sunulmuştur. Gebelerin %26,90'ı bu konuda sorunu olduğunu ve en sık bildirilen sorunlarının ise travma (%17,70; n= 23 / 130) ve stres ile baş edememe (%13,08; n= 17 / 130) olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 25. Gebelerin *Stres ile baş etme / tolere etme durumu* alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sorunu olan		
Evet	35	26,90
Hayır	95	73,10
Sorunlar (n= 43)*		
Travma (aile ölüm, iş kaybı, taşınma, ... vb.) ile baş edememe	23	17,70
Stres ile baş edememe	17	13,08
Destek eksikliği	2	1,53
İletişim güçlüğü	1	0,76

*Bir gebede birden fazla sağlık sorunu vardır. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

Gebelerin *inanç ve değerleri* ile ilgili verileri incelendiğinde, %38,8'i bu alanda sorun yaşadığını bildirmişlerdir. Gebelerin %37,70'inin (n= 49 / 130) geleneksel inanç ve uygulamalar sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 26). Bu inançlar Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26. Gebelerin *İnanç ve değerler* alanında sorun yaşama ve yaşanan sorunları (n= 130)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sorunu olan		
Evet	50	38,80
Hayır	79	61,20
Sorunlar (n= 130)*		
Geleneksel inanç ve uygulamalara sahip olma	49	37,70
Yok	81	62,30
Geleneksel inanç ve uygulamalar		
Ayna kırılmasının uğursuzluğu	1	0,76
Siyah kedinin uğursuzluğu	1	0,76
Saç kestirmeme	27	20,76
Saçını boyatmamak	7	5,38
Ayva yemek, yanağına dokunmak (bebeğin yanağında gamze olsun diye)	11	8,46
Et, ciğer, karabiber yememe ve dokunmama		
Geceleri banyo yapmamak	22	16,92
Aynaya fazla bakmamak	2	1,53
Geceleri soğan kabuğu atmamak	1	0,76
Geceleri çöp atmamak	1	0,76
Mezarlığa gitmemek	1	0,76
Akşamları yalnız kalmamak	3	2,30
Soğuk suya girmemek	1	0,76
Cenaze evine gitmemek	1	0,76
Çileğe dokunmamak	1	0,76
Bebeğin ilk hareketini hissettiğinde kime bakarsa bebek ona benzer inancı	3	2,30
Ağaçtan meyve koparmamak	1	0,76
Akşam ezanından sonra eve acı biber sokmamak		
Kıyafet almamak	1	0,76
Başkasının hakkında kötü konuşmamak	1	0,76
Elma yemek (bebek güzel olsun diye)	1	0,76
Kına yakmamak	1	0,76
İğne alıp vermenin uğursuzluk olması	1	0,76
Nazar	4	3,07
Cinsiyet belirlemek için yapılan şeyler	1	0,76
Aşerdiği her şeyi yemeye çalışmak	1	0,76
Balık yememek	1	0,76
Kelle yememek	1	0,76
Bir hayvana bakmamak (ayı gibi)	1	0,76
	1	0,76
	2	1,53

*Bir gebede birden fazla sağlık sorunu vardır. Yüzde hesabı toplam gebe sayısı (n= 130) üzerinden yapılmıştır.

4.11. Gebelerin Bazı Bireysel Özelliklerinin Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerinde Sorun Yaşama Durumuna Göre Dağılımı

Gebelerin yaş, eğitim, çalışma durumu, sağlık güvencesi, algılanan gelir düzeyi, evlilik durumu, aile tipi, gebelik ve yaşayan çocuk sayıları, gebeliği planlama ve isteme durumu, gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptıрма, tedavi ile gebe kalma, gebelik haftası, kronik hastalık öyküsü, daha önceki gebelikte rahatsız yaşama, bu gebelikte

rahatsızlık yaşama, gebelik öncesi, daha önceki gebelikte ve doğum sonrası dönemlerde ve bu gebelik sırasında ruhsal rahatsızlık yaşama öyküsü ve BKİ değişkenlerinin Gordon'un *Sağlığın Algılanması - Sağlığın Yönetim Biçimi* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı incelenmiş ve Tablo 27'de verilmiştir. Bu değişkenlere göre Sağlığın Algılanması - Sağlığın Yönetim Biçimi alanında sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 27. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Sağlığın Algılanması - Sağlığın Yönetim Biçimi* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130)

Değişkenler	Sağlığın Algılanması - Sağlığın Yönetim Biçimi Alanında Sorunu		X ² / p
	Olan (n=126) Sayı (%)	Olmayan (n=4) Sayı (%)	
Yaş grupları	24 (96,0)	1 (4,0)	
16-20	62 (95,4)	3 (4,6)	
21-30	26 (100,0)	0 (0,0)	
31-35	14 (100,0)	0 (0,0)	
36-46			
Eğitim Durumu	8 (100,0)	0 (,0)	
Okur - yazar değil / okur - yazar	24 (100,0)	0 (,0)	
İlkokul	43 (97,7)	1 (2,3)	
Ortaokul	32 (94,1)	2 (5,9)	
Lise	19 (95,0)	1 (5,0)	
Ön lisans / lisans / lisansüstü			
Çalışma Durumu	31 (96,9)	1 (3,1)	0,000 / 0,986
Evet	95 (96,9)	3 (3,1)	
Hayır			
Sağlık Güvencesi	114 (97,4)	3 (2,6)	0,771 / 0,380
Var	12 (92,3)	1 (7,7)	
Yok			
Algılanan Gelir Düzeyi	55 (100,0)	0 (0,0)	4,493 / 0,034
Gelir - giderden az	71 (94,7)	4 (5,3)	
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla			
Evlilik Durumu	118 (97,5)	3 (2,5)	1,339 / 0,247
Evli resmi nikâhı var	8 (88,9)	1 (11,1)	
Evli imam nikâhı var			
Aile tipi	33 (94,3)	2 (5,7)	0,993 / 0,319
Geniş aile	93 (97,9)	2 (2,1)	
Çekirdek aile			
Gebelik sayısı	42 (95,5)	2 (4,5)	
1	35 (94,6)	2 (5,4)	
2	23 (100,0)	0 (0,0)	
3	26 (100,0)	0 (0,0)	
4-9			
Yaşayan çocuk sayısı (n= 73)	45 (95,7)	2 (4,3)	
1	18 (100,0)	0 (0,0)	
2	8 (100,0)	0 (0,0)	
3-6			
Gebeliğin planlama durumu	85 (97,7)	2 (2,3)	0,503 / 0,478
Evet	41 (95,3)	2 (4,7)	
Hayır			

Tablo 27. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Sağlığın Algılanması - Sağlığın Yönetim Biçimi* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130) (Devamı)

Değişkenler	Sağlığın Algılanması - Sağlığın Yönetim Biçimi Alanında Sorunu		X ² / p
	Olan (n=126) Sayı (%)	Olmayan (n=4) Sayı (%)	
Gebeliğin isteme durumu			
Evet	123 (96,9)	4 (3,1)	
Hayır	3 (100,0)	0 (0,0)	
Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma			1,421 / 0,233
Evet	57 (95,0)	3 (5,0)	
Hayır	69 (98,6)	1 (1,4)	
Tedavi ile gebe kalma			
Evet	10 (100,0)	0 (0,0)	
Hayır	116 (96,7)	4 (3,3)	
Gebelik haftası			
21 - 27 hafta	17 (100,0)	0 (0,0)	
28 - 36 hafta	105 (96,3)	4 (3,7)	
37 - 40 hafta	4 (100,0)	0 (0,0)	
Kronik hastalık öyküsü			0,178 / 0,673
Evet	44 (97,8)	1 (2,2)	
Hayır	82 (96,5)	3 (3,5)	
Daha önceki gebelikte rahatsızlık yaşama			1,857 / 0,173
Evet	24 (92,3)	2 (7,7)	
Hayır	102 (98,1)	2 (1,9)	
Bu gebelikte rahatsızlık yaşama			
Evet	126 (96,9)	4 (3,1)	
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	13 (100,0)	0 (0,0)	
Hayır	113 (96,6)	4 (3,4)	
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	6 (100,0)	0 (0,0)	
Hayır	120 (96,8)	4 (3,2)	
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal rahatsızlık öyküsü			0,886 / 0,347
Evet	11 (91,7)	1 (8,3)	
Hayır	115 (97,5)	3 (2,5)	
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama			
Evet	11 (100,0)	0 (0,0)	
Hayır	115 (96,6)	4 (3,4)	
Beden kitle indeksi grubu			
Düşük (BKI < 19,8)	30 (96,8)	1 (3,2)	
Normal (BKI 19,9 - 26)	57 (95,0)	3 (5,0)	
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	20 (100,0)	0 (0,0)	
Şişman (BKI > 29,1)	16 (100,0)	0 (0,0)	

Gebelerin sosyo-demografik, obstetrik ve rahatsızlık öyküleri ve BKİ değişkenleri ve Gordon'un *Beslenme ve Metabolik Durum* alanında sorun yaşama durumları arasında

yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (p> 0,05; Tablo 28).

Tablo 28. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Beslenme ve Metabolik Durum* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130)

Değişkenler	Beslenme ve Metabolik Durum Alanında Sorunu		X ² / p
	Olan (n= 118) Sayı (%)	Olmayan (n= 12) Sayı (%)	
Yaş grupları			
16-20	22 (88,0)	3 (12,0)	1,713 / 0,634
21-30	59 (90,8)	6 (9,2)	
31-35	25 (96,2)	1 (3,8)	
36-46	12 (85,7)	2 (14,3)	
Eğitim Durumu			
Okur - yazar değil / okur - yazar	7 (87,5)	1 (12,5)	0,725 / 0,948
İlkokul	21 (87,5)	3 (12,5)	
Ortaokul	41 (93,2)	3 (6,8)	
Lise	31 (91,2)	3 (8,8)	
Ön lisans / lisans / lisansüstü	18 (90,0)	2 (10,0)	
Çalışma Durumu			
Evet	31 (96,9)	1 (3,1)	2,308 / 0,129
Hayır	87 (88,8)	11 (11,2)	
Sağlık Güvencesi			
Var	106 (90,6)	11 (9,4)	0,043 / 0,836
Yok	12 (92,3)	1 (7,7)	
Algılanan Gelir Düzeyi			
Gelir - giderden az	49 (89,1)	6 (10,9)	0,320 / 0,571
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla	69 (92,0)	6 (8,0)	
Evlilik Durumu			
Evli resmi nikâhı var	110 (90,9)	11 (9,1)	0,039 / 0,844
Evli imam nikâhı var	8 (88,9)	1 (11,1)	
Aile tipi			
Geniş aile	30 (85,7)	5 (14,3)	1,349 / 0,254
Çekirdek aile	88 (92,6)	7 (7,4)	
Gebelik sayısı			
1	41 (93,2)	3 (6,8)	3,057 / 0,383
2	33 (89,2)	4 (10,8)	
3	19 (82,6)	4 (17,4)	
4-9	25 (96,2)	1 (3,8)	
Yaşayan çocuk sayısı (n= 73)			
1	41 (87,2)	6 (12,8)	2,008 / 0,366
2	16 (88,9)	2 (11,1)	
3-6	8 (100,0)	0 (0,0)	
Gebeliği planlama durumu			
Evet	80 (92,0)	7 (8,0)	0,426 / 0,514
Hayır	38 (88,4)	5 (11,6)	
Gebeliği isteme durumu			
Evet	115 (90,6)	12 (9,4)	0,588 / 0,443
Hayır	3 (100,0)	0 (0,0)	
Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma			
Evet	57 (95,0)	3 (5,0)	2,380 / 0,123
Hayır	61 (87,1)	9 (12,9)	

Tablo 28. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Beslenme ve Metabolik Durum* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130) (Devamı)

Değişkenler	Beslenme ve Metabolik Durum Alanında Sorunu		X ² / p
	Olan (n= 118) Sayı (%)	Olmayan (n= 12) Sayı (%)	
Tedavi ile gebe kalma			
Evet	10 (100,0)	0 (0,0)	
Hayır	108 (90,0)	12 (10,0)	
Gebelik hafta grubu			
21 - 27 hafta	14 (82,4)	3 (17,6)	2,066 / 0,356
28 - 36 hafta	100 (91,7)	9 (8,3)	
37 - 40 hafta	4 (100,0)	0 (0,0)	
Kronik hastalık			
Evet	42 (93,3)	3 (6,7)	0,567 / 0,452
Hayır	76 (89,4)	9 (10,6)	
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	22 (84,6)	4 (16,4)	1,307 / 0,253
Hayır	96 (92,3)	8 (7,7)	
Bu gebelikte yaşanan rahatsızlık (n=130)			
Evet	118 (90,8)	12 (9,2)	
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	12 (92,3)	1 (7,7)	0,043 / 0,836
Hayır	106 (90,6)	11 (9,4)	
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	5 (83,3)	1 (16,7)	0,346 / 0,556
Hayır	113 (91,1)	11 (8,9)	
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal bir problem yaşama durumu			
Evet	10 (83,3)	2 (16,7)	0,737 / 0,391
Hayır	108 (91,5)	10 (8,5)	
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu			
Evet	9 (81,8)	2 (18,2)	0,943 / 0,332
Hayır	109 (91,6)	10 (8,4)	
Beden kitle indeksi grubu			
Düşük (BKI < 19,8)	29 (93,5)	2 (6,5)	5,254 / 0,154
Normal (BKI 19,9 - 26)	56 (93,3)	4 (6,7)	
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	15 (75,0)	5 (25,0)	
Şişman (BKI > 29,1)	15 (93,8)	1 (6,3)	

Gebelerin sosyo-demografik, obstetrik ve rahatsızlık öyküleri ve BKI değişkenlerinin Gordon'un *Boşaltım Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı incelenmiş ve Tablo 29'da verilmiştir. Bu değişkenler ile *Boşaltım Şekli* alanında sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel analizde sadece algılanan gelir düzeyi değişkeninde gelir giderden az olan gruptaki gebelerin (n=38; %69,1) gelir gidere denk / gelir giderden fazla olan gruptaki gebelere (n= 33; %44,0) göre daha fazla oranda sorun

yaşadıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($X^2 = 8,059$; $p = 0,005$).

Tablo 29. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Boşaltım Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130)

Değişkenler	Boşaltım Şekli Alanında Sorunu		X^2 / p
	Olan (n= 71) Sayı (%)	Olmayan (n= 59) Sayı (%)	
Yaş grupları			
16-20	18 (25,0)	7 (28,0)	3,780 / 0,286
21-30	33 (50,8)	32 (49,2)	
31-35	13 (50,0)	13 (50,0)	
36-46	7 (50,0)	7 (50,0)	
Eğitim Durumu			
Okur - yazar değil / okur - yazar	5 (62,5)	3 (37,5)	4,790 / 0,310
İlkokul	13 (54,2)	11 (45,8)	
Ortaokul	28 (63,6)	16 (36,4)	
Lise	18 (52,9)	16 (47,1)	
Ön lisans / lisans / lisansüstü	7 (35,0)	13 (65,0)	
Çalışma Durumu			
Evet	16 (50,0)	16 (50,0)	0,365 / 0,546
Hayır	55 (56,1)	43 (43,9)	
Sağlık Güvencesi			
Var	66 (56,4)	51 (43,6)	1,521 / 0,218
Yok	5 (38,5)	8 (61,5)	
Algılanan Gelir Düzeyi			
Gelir - giderden az	38 (69,1)	17 (30,9)	8,059 / 0,005
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla	33 (44,0)	42 (56,0)	
Evlilik Durumu			
Evli resmi nikâhı var	65 (53,7)	56 (46,3)	0,580 / 0,446
Evli imam nikâhı var	6 (66,7)	3 (33,3)	
Aile tipi			
Geniş aile	19 (54,3)	16 (45,7)	0,002 / 0,963
Çekirdek aile	52 (54,7)	43 (45,3)	
Gebelik sayısı			
1	24 (54,5)	20 (45,5)	3,510 / 0,319
2	16 (43,2)	21 (56,8)	
3	14 (60,9)	9 (39,1)	
4-9	17 (65,4)	9 (34,6)	
Yaşayan çocuk sayısı (n= 73)			
1	20 (42,6)	27 (57,4)	4,022 / 0,134
2	11 (61,1)	7 (38,9)	
3-6	6 (75,0)	2 (25,0)	
Gebeliği planlama durumu			
Evet	44 (50,6)	43 (49,4)	1,733 / 0,188
Hayır	27 (62,8)	16 (37,2)	
Gebeliği isteme durumu			
Evet	68 (53,5)	59 (46,5)	
Hayır	3 (100,0)	0 (0,0)	
Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma			
Evet	29 (48,3)	31 (51,7)	1,774 / 0,183
Hayır	42 (60,0)	28 (40,0)	

Tablo 29. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Boşaltım Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130) (Devamı)

Değişkenler	Boşaltım Şekli Alanında Sorunu		X ² / p
	Olan (n= 71) Sayı (%)	Olmayan (n= 59) Sayı (%)	
Tedavi ile gebe kalma			
Evet	4 (40,0)	6 (60,0)	0,930 / 0,335
Hayır	67 (55,8)	53 (44,2)	
Gebelik hafta grubu			
21 - 27 hafta	11 (64,7)	6 (35,3)	1,659 / 0,436
28 - 36 hafta	57 (52,5)	52 (47,7)	
37 - 40 hafta	3 (75,0)	1 (25,0)	
Kronik hastalık			
Evet	26 (57,8)	19 (42,2)	0,278 / 0,598
Hayır	45 (52,9)	40 (47,1)	
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlık (n=130)			
Evet	13 (50,0)	13 (50,0)	0,279 ^a / 0,597
Hayır	58 (55,8)	46 (44,2)	
Bu gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	71 (54,6)	59 (45,4)	0,279 / 0,597
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	8 (61,5)	5 (38,5)	0,279 / 0,597
Hayır	63 (53,8)	54 (46,2)	
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü (n=130)			
Evet	3 (50,0)	3 (50,0)	0,054 / 0,817
Hayır	68 (54,8)	56 (45,2)	
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal bir problem yaşama durumu			
Evet	7 (58,3)	5 (41,7)	0,074 / 0,786
Hayır	64 (54,2)	54 (45,8)	
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu			
Evet	7 (63,6)	4 (36,4)	0,401 / 0,527
Hayır	64 (53,8)	55 (46,2)	
Beden kitle indeksi grubu			
Düşük (BKI < 19,8)	18 (58,1)	13 (41,9)	0,356 / 949
Normal (BKI 19,9 - 26)	32 (53,3)	28 (46,7)	
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	12 (60,0)	8 (40,0)	
Şişman (BKI > 29,1)	9 (56,3)	7 (43,8)	

Gebelerin yaş, eğitim, çalışma durumu, sağlık güvencesi, algılanan gelir düzeyi, evlilik durumu, aile tipi, gebelik ve yaşayan çocuk sayıları, gebeliği planlama ve isteme durumu, gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma, tedavi ile gebe kalma, gebelik haftası, kronik hastalık öyküsü, daha önceki gebelikte rahatsız yaşama, bu gebelikte rahatsızlık yaşama, gebelik öncesi, daha önceki gebelikte ve doğum sonrası dönemlerde ve bu gebelik sırasında ruhsal rahatsızlık yaşama öyküsü ve BKİ değişkenlerinin Gordon'un *Aktivite Egzersiz Şekli – Fizik Bulgular* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı

incelenmiştir (Tablo 30). Yapılan analizde, kronik hastalığı olan gebelerin olmayanlara göre daha fazla oranda *Aktivite Egzersiz Şekli – Fizik Bulgular* alanında sorun yaşadıkları bulunmuştur (n=42; %93,3'e karşı n= 67; %78,8). Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($X^2 = 4,574$; $p = 0,032$).

Tablo 30. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Aktivite Egzersiz Şekli – Fizik Bulgular* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n=130)

Değişkenler	Aktivite Egzersiz Şekli – Fizik Bulgular Alanında Sorunu		X^2 / p
	Olan (n= 109) Sayı (%)	Olmayan (n= 21) Sayı (%)	
Yaş grupları			
16-20	20 (80,0)	5 (20,0)	1,319 / 0,725
21-30	54 (83,1)	11 (16,9)	
31-35	22 (84,6)	4 (15,4)	
36-46	13 (92,9)	1 (7,1)	
Eğitim Durumu			
Okur - yazar değil / okur - yazar	6 (75,0)	2 (25,0)	3,228 / 0,520
İlkokul	19 (79,2)	5 (20,8)	
Ortaokul	37 (84,1)	7 (15,9)	
Lise	28 (82,4)	6 (17,6)	
Ön lisans / lisans / lisansüstü	19 (95,0)	1 (5,0)	
Çalışma Durumu			
Evet	28 (87,5)	4 (12,5)	0,418 / 0,518
Hayır	81 (82,7)	17 (17,3)	
Sağlık Güvencesi			
Var	97 (82,9)	20 (17,1)	0,899 / 0,343
Yok	12 (92,3)	1 (7,7)	
Algılanan Gelir Düzeyi			
Gelir - giderden az	46 (83,6)	9 (16,4)	0,003 / 0,956
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla	63 (84,0)	12 (16,0)	
Evlilik Durumu			
Evli resmi nikâhı var	102 (84,3)	19 (15,7)	0,242 / 0,623
Evli imam nikâhı var	7 (77,8)	2 (22,2)	
Aile tipi			
Geniş aile	30 (85,7)	5 (14,3)	0,123 / 0,725
Çekirdek aile	79 (83,2)	16 (16,8)	
Gebelik sayısı			
1	35 (79,5)	9 (20,5)	5,486 / 0,140
2	35 (94,6)	2 (5,4)	
3	19 (82,6)	4 (17,4)	
4-9	20 (76,9)	6 (23,1)	
Yaşayan çocuk sayısı (n= 73)			
1	43 (91,5)	4 (8,5)	4,261 / 0,119
2	13 (72,2)	5 (27,8)	
3-6	6 (75,0)	2 (25,0)	

Tablo 30. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Aktivite Egzersiz Şekli – Fizik Bulgular* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n=130) (Devamı)

Değişkenler	Aktivite Egzersiz Şekli – Fizik Bulgular Alanında Sorunu		χ^2 / p
	Olan (n= 109) Sayı (%)	Olmayan (n= 21) Sayı (%)	
Gebeliği planlama durumu			
Evet	72 (82,8)	15 (17,2)	0,230 / 0,632
Hayır	37 (86,0)	6 (14,0)	
Gebeliği isteme durumu			
Evet	106 (83,5)	21 (16,5)	
Hayır	3 (100,0)	0 (0,0)	
Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma			
Evet	51 (85,0)	9 (15,0)	0,110 / 0,741
Hayır	58 (82,9)	12 (17,1)	
Tedavi ile gebe kalma			
Evet	8 (80,0)	2 (20,0)	0,112 / 0,738
Hayır	101 (84,2)	19 (15,8)	
Gebelik hafta grubu			
21 - 27 hafta	15 (88,2)	2 (11,8)	1,801 / 0,406
28 - 36 hafta	90 (82,6)	19 (17,4)	
37 - 40 hafta	4 (100,0)	0 (0,0)	
Kronik hastalık			
Evet	42 (93,3)	3 (6,7)	4,574 / 0,032
Hayır	67 (78,8)	18 (21,2)	
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	23 (88,5)	3 (11,5)	0,546 / 0,460
Hayır	86 (82,7)	18 (17,3)	
Bu gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	109 (83,8)	21 (16,2)	
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	10 (76,9)	3 (23,1)	0,468 / 0,494
Hayır	99 (84,6)	18 (15,4)	
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	6 (100,0)	0 (0,0)	2,169 / 0,141
Hayır	103 (83,1)	21 (16,9)	
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal bir problem yaşama durumu			
Evet	10 (83,3)	2 (16,7)	0,003 / 0,960
Hayır	99 (83,9)	19 (16,1)	
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu			
Evet	10 (90,9)	1 (9,1)	0,505 / 0,477
Hayır	99 (83,2)	20 (16,8)	
Beden kitle indeksi grubu			
Düşük (BKI < 19,8)	25 (80,6)	6 (19,4)	2,180 / 0,536
Normal (BKI 19,9 - 26)	50 (83,3)	10 (16,7)	
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	18 (90,0)	2 (10,0)	
Şişman (BKI > 29,1)	15 (93,8)	1 (6,3)	

Tablo 31’de gebelerin sosyo-demografik, obstetrik ve rahatsızlık öyküleri ve BKİ değişkenlerinin Gordon’un *Uyku ve İstirahat Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı görülmektedir. Yapılan analizde, gebelerin bu değişkenleri ile *Uyku ve İstirahat Şekli* alanında sorun yaşama durumları arasında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 31. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Uyku ve İstirahat Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130)

Değişkenler	Uyku ve İstirahat Şekli Alanında Sorunu		X ² / p
	Olan (n= 70) Sayı (%)	Olmayan (n= 60) Sayı (%)	
Yaş grupları			
16-20	13 (52,0)	12 (48,0)	2,169 / 0,538
21-30	34 (52,3)	31 (47,7)	
31-35	17 (65,4)	9 (34,6)	
36-46	6 (42,9)	8 (7,1)	
Eğitim Durumu			
Okur - yazar değil / okur - yazar	4 (50,0)	4 (50,0)	0,550 / 0,968
İlkokul	13 (54,2)	11 (45,8)	
Ortaokul	23 (52,3)	21 (47,7)	
Lise	20 (58,8)	14 (41,2)	
Ön lisans / lisans / lisansüstü	10 (50,0)	10 (50,0)	
Çalışma Durumu			
Evet	21 (65,6)	11 (34,4)	2,370 / 0,124
Hayır	49 (50,0)	49 (50,0)	
Sağlık Güvencesi			
Var	64 (54,7)	53 (45,3)	0,344 ^a / 0,558
Yok	6 (46,2)	7 (53,8)	
Algılanan Gelir Düzeyi			
Gelir - giderden az	30 (54,5)	25 (45,5)	0,019 / 0,891
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla	40 (53,3)	35 (46,7)	
Evlilik Durumu			
Evli resmi nikâhı var	65 (53,7)	56 (46,3)	0,011 / 0,915
Evli imam nikâhı var	5 (55,6)	4 (44,4)	
Aile tipi			
Geniş aile	17 (48,6)	18 (51,4)	0,536 / 0,464
Çekirdek aile	53 (55,8)	42 (44,2)	
Gebelik sayısı			
1	25 (56,8)	19 (43,2)	2,780 / 0,427
2	20 (54,1)	17 (45,9)	
3	9 (39,1)	14 (60,9)	
4-9	16 (61,5)	10 (38,5)	
Yaşayan çocuk sayısı (n=73)			
1	24 (51,1)	23 (48,9)	1,898 / 0,387
2	11 (61,1)	7 (38,9)	
3-6	6 (75,0)	2 (25,0)	
Gebeliği planlama durumu			
Evet	44 (50,6)	43 (49,4)	1,133 / 0,287
Hayır	26 (60,5)	17 (39,5)	

Tablo 31. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Uyku ve İstirahat Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130) (Devamı)

Değişkenler	Uyku ve İstirahat Şekli Alanında Sorunu		X ² / p
	Olan (n= 70) Sayı (%)	Olmayan (n= 60) Sayı (%)	
Gebeliği isteme durumu			
Evet	67 (52,8)	60 (47,2)	3,775 / 0,052
Hayır	3 (100,0)	0 (0,0)	
Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma			
Evet	30 (50,0)	30 (50,0)	0,663 / 0,415
Hayır	40 (57,1)	30 (42,9)	
Tedavi ile gebe kalma			
Evet	4 (40,0)	6 (60,0)	0,835 / 0,361
Hayır	66 (55,0)	54 (45,0)	
Gebelik hafta grubu			
21 - 27 hafta	6 (35,3)	11 (64,7)	2,793 / 0,247
28 - 36 hafta	62 (56,9)	47 (43,1)	
37 - 40 hafta	2 (50,0)	2 (50,0)	
Kronik hastalık			
Evet	26 (57,8)	19 (42,2)	0,428 / 0,513
Hayır	44 (51,8)	41 (48,2)	
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	16 (61,5)	10 (38,5)	0,774 / 0,379
Hayır	54 (51,9)	50 (48,1)	
Bu gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	70 (53,8)	60 (46,2)	
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	8 (61,5)	5 (58,5)	0,344 / 0,558
Hayır	62 (53,0)	55 (47,0)	
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	3 (50,0)	3 (50,0)	0,037 / 0,847
Hayır	67 (54,0)	57 (46,0)	
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal bir problem yaşama durumu			
Evet	7 (58,3)	5 (41,7)	0,107 / 0,743
Hayır	63 (53,4)	55 (46,6)	
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu			
Evet	8 (72,7)	3 (27,3)	1,724 / 0,189
Hayır	62 (52,1)	57 (47,9)	
Beden kitle indeksi grubu			
Düşük (BKI < 19,8)	18 (58,1)	13 (41,9)	0,911 / 0,823
Normal (BKI 19,9 - 26)	33 (55,0)	27 (45,0)	
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	9 (45,0)	11 (55,0)	
Şişman (BKI > 29,1)	9 (56,3)	7 (43,8)	

Gebelerin bazı değişkenlerinin Gordon'un *Bilişsel – Algılama Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı incelendiğinde, kronik hastalığı olan gebelerin (n= 41;

%91,1) olmayanlara (n= 59; %69,4) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla oranda sorun yaşadıkları ($X^2= 7,805$; $p= 0,005$) saptanmıştır. Ayrıca daha önceki gebeliklerinde rahatsızlık yaşamış olan gebelerin de (n= 16; %61,5) yaşamamış olanlara (n= 84; %80,8) göre de daha çok sorun yaşadığı ($X^2= 4,333$; $p= 0,037$) ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 32).

Tablo 32. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Bilişsel – Algılama Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n=130)

Değişkenler	Bilişsel – Algılama Şekli Alanında Sorunu		X^2 / p
	Olan (n= 100) Sayı (%)	Olmayan (n= 30) Sayı (%)	
Yaş grupları			
16-20	21 (84,0)	4 (16,0)	1,030 / 0,794
21-30	49 (75,4)	16 (24,6)	
31-35	20 (76,9)	6 (23,1)	
36-46	10 (71,4)	4 (28,6)	
Eğitim Durumu			
Okur - yazar değil / okur - yazar	6 (75,0)	2 (25,0)	2,040 / 0,728
İlkokul	18 (75,0)	6 (25,0)	
Ortaokul	33 (75,0)	11 (25,0)	
Lise	29 (85,3)	5 (14,7)	
Ön lisans / lisans / lisansüstü	14 (70,0)	6 (30,0)	
Çalışma Durumu			
Evet	27 (84,4)	5 (15,6)	1,328 / 0,249
Hayır	73 (74,5)	25 (25,5)	
Sağlık Güvencesi			
Var	91 (77,8)	26 (22,2)	0,454 / 0,501
Yok	9 (69,2)	4 (30,8)	
Algılanan Gelir Düzeyi			
Gelir - giderden az	46 (83,6)	9 (16,4)	2,420 / 0,120
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla	54 (72,0)	21 (28,0)	
Evlilik Durumu			
Evli resmi nikâhı var	93 (76,9)	28 (23,1)	0,004 / 0,949
Evli imam nikâhı var	7 (77,8)	2 (22,2)	
Aile tipi			
Geniş aile	30 (85,7)	5 (14,3)	2,085 ^a / 0,149
Çekirdek aile	70 (73,7)	25 (26,3)	
Gebelik sayısı			
1	37 (84,1)	7 (15,9)	2,224 / 0,527
2	28 (75,7)	9 (24,3)	
3	16 (69,6)	7 (30,4)	
4-9	19 (73,1)	7 (26,9)	
Yaşayan çocuk sayısı (n=73)			
1	35 (74,5)	12 (25,5)	0,039 / 0,981
2	13 (72,2)	5 (27,8)	
3-6	6 (75,0)	2 (25,0)	

Tablo 32. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Bilişsel – Algılama Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n=130) (Devamı)

Değişkenler	Bilişsel – Algılama Şekli Alanında Sorunu		X ² / p
	Olan (n= 100) Sayı (%)	Olmayan (n= 30) Sayı (%)	
Gebeliği planlama durumu			
Evet	70 (80,5)	17 (19,5)	1,853 / 0,173
Hayır	30 (69,8)	13 (30,2)	
Gebeliği isteme durumu			
Evet	98 (77,2)	29 (22,8)	0,167 / 0,683
Hayır	2 (66,7)	1 (33,3)	
Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma			
Evet	48 (80,0)	12 (20,0)	0,594 / 0,441
Hayır	52 (74,3)	18 (25,7)	
Tedavi ile gebe kalma			
Evet	7 (70,0)	3 (30,0)	0,276 / 0,599
Hayır	93 (77,5)	27 (22,5)	
Gebelik hafta grubu			
21 - 27 hafta	13 (76,5)	4 (23,5)	0,011 / 0,994
28 - 36 hafta	84 (77,1)	25 (22,9)	
37 - 40 hafta	3 (75,0)	1 (25,0)	
Kronik hastalık			
Evet	41 (91,1)	4 (8,9)	7,805 / 0,005
Hayır	59 (69,4)	26 (30,6)	
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	16 (61,5)	20 (38,5)	4,333 / 0,037
Hayır	84 (80,8)	20 (19,2)	
Bu gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	100 (76,9)	30 (23,1)	
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	11 (84,6)	2 (15,4)	0,523 / 0,470
Hayır	89 (76,1)	28 (23,9)	
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	3 (50,0)	3 (50,0)	2,175 / 0,140
Hayır	97 (78,2)	27 (21,8)	
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal bir problem yaşama durumu			
Evet	9 (75,0)	3 (25,0)	0,027 / 0,869
Hayır	91 (77,1)	27 (22,9)	
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu			
Evet	6 (54,5)	5 (45,5)	2,947 / 0,086
Hayır	94 (79,0)	25 (21,0)	
Beden kitle indeksi grubu			
Düşük (BKI < 19,8)	27 (87,1)	4 (12,9)	2,997 / 0,392
Normal (BKI 19,9 - 26)	44 (73,3)	16 (26,7)	
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	14 (70,0)	6 (30,0)	
Şişman (BKI > 29,1)	12 (75,0)	4 (25,0)	

Tablo 33'te gebelerin sosyo-demografik, obstetrik ve rahatsızlık öyküleri ve BKİ değişkenlerinin Gordon'un *Kendini Algılama – Kendini Kavrama Şekli* alanında sorun

yaşama durumuna göre dağılımı verilmiştir. Bu değişkenler ile Kendini Algılama – Kendini Kavrama Şekli alanında sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel analizde ruhsal rahatsızlık öyküsü ile ilgili sorun yaşandığı görülmüştür. Ruhsal rahatsızlık öyküsü olan gebelerin (n= 13; %100,0), olmayanlara (n= 99 %84,6) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla sorun yaşandıkları bulunmuştur ($X^2= 4,100$; $p= 0,043$).

Tablo 33. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Kendini Algılama – Kendini Kavrama Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130)

Değişkenler	Kendini Algılama – Kendini Kavrama Şekli Alanında Sorunu		X^2 / p
	Olan (n= 112) Sayı (%)	Olmayan (n= 18) Sayı (%)	
Yaş grupları			
16-20	20 (80,0)	5 (20,0)	5,133 / 0,162
21-30	55 (84,6)	10 (15,4)	
31-35	23 (88,5)	3 (11,5)	
36-46	14 (100,0)	0 (0,0)	
Eğitim Durumu			
Okur - yazar değil / okur - yazar	8 (100,0)	0 (0,0)	6,282 / 0,179
İlkokul	22 (91,7)	2 (8,3)	
Ortaokul	36 (81,8)	8 (18,2)	
Lise	31 (91,2)	3 (8,8)	
Ön lisans / lisans / lisansüstü	15 (75,0)	5 (25,0)	
Çalışma Durumu			
Evet	27 (84,4)	5 (15,6)	0,110 / 0,740
Hayır	85 (86,7)	13 (13,3)	
Sağlık Güvencesi			
Var	102 (87,2)	15 (12,8)	0,904 / 0,342
Yok	10 (76,9)	3 (23,1)	
Algılanan Gelir Düzeyi			
Gelir - giderden az	50 (90,9)	5 (9,1)	1,807 / 0,179
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla	62 (82,7)	13 (17,3)	
Evlilik Durumu			
Evli resmi nikâhı var	104 (86,0)	17 (14,0)	0,064 / 0,800
Evli imam nikâhı var	8 (88,9)	1 (11,1)	
Aile tipi			
Geniş aile	29 (82,9)	6 (17,1)	0,420 / 0,517
Çekirdek aile	83 (87,4)	12 (12,6)	
Gebelik sayısı			
1	34 (77,3)	10 (22,7)	6,843 / 0,077
2	34 (91,9)	3 (8,1)	
3	19 (82,6)	4 (17,4)	
4-9	25 (96,2)	1 (3,8)	
Değişkenler	Kendini Algılama – Kendini Kavrama Şekli Alanında Sorunu		X^2 / p
	Olan (n= 112) Sayı (%)	Olmayan (n= 18) Sayı (%)	
Yaşayan çocuk sayısı (n=73)			
1	44 (93,6)	3 (6,4)	2,943 / 0,230
2	15 (83,3)	3 (16,7)	
3-6	8 (100,0)	0 (0,0)	
Gebeliği planlama durumu			
Evet	75 (86,2)	12 (13,8)	0,001 / 0,980
Hayır	37 (86,0)	6 (14,0)	
Gebeliği isteme durumu			
Evet	109 (85,8)	18 (14,2)	
Hayır	3 (100,0)	0 (0,0)	

Tablo 33. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Kendini Algılama – Kendini Kavrama Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130) (Devamı)

Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma			
Evet	50 (83,3)	10 (16,7)	0,743 / 0,389
Hayır	62 (88,6)	8 (11,4)	
Tedavi ile gebe kalma			
Evet	9 (90,0)	1 (10,0)	0,146 / 0,703
Hayır	103 (85,8)	17 (14,2)	
Gebelik hafta grubu			
21 - 27 hafta	16 (94,1)	1 (5,9)	2,580 / 0,275
28 - 36 hafta	92 (84,4)	17 (15,6)	
37 - 40 hafta	4 (100,0)	0 (0,0)	
Kronik hastalık			
Evet	40 (88,9)	5 (11,1)	0,432 / 0,511
Hayır	72 (84,7)	13 (15,3)	
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	25 (96,2)	1 (3,8)	3,449 / 0,063
Hayır	87 (83,7)	17 (16,3)	
Bu gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	112 (86,2)	18 (13,8)	
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	13 (100,0)	0 (0,0)	4,100 / 0,043
Hayır	99 (84,6)	18 (15,4)	
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	5 (83,3)	1 (16,7)	0,040 / 0,842
Hayır	107 (86,3)	17 (13,7)	
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal bir problem yaşama durumu			
Evet	12 (100,0)	0 (0,0)	3,768 / 0,052
Hayır	100 (84,7)	18 (15,3)	
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu			
Evet	10 (90,9)	1 (9,1)	0,525 / 0,616
Hayır	102 (85,7)	17 (14,3)	
Beden kitle indeksi grubu			
Düşük (BKI < 19,8)	27 (87,1)	4 (12,9)	0,362 / 0,948
Normal (BKI 19,9 - 26)	51 (85,0)	9 (15,0)	
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	18 (90,0)	2 (10,0)	
Şişman (BKI > 29,1)	14 (87,5)	2 (12,5)	

Tablo 34’te gebelerin bazı değişkenlerinin Gordon’un *Rol – İlişki Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı görülmektedir. Bu değişkenler ile *Rol – İlişki Şekli* alanında sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel analizde kronik hastalık, ruhsal rahatsızlık öyküsü, bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu alanlarında sorun yaşandığı belirlenmiştir. Bu değişkenler ve *Rol – İlişki Şekli* alanında sorun yaşama durumları arasında yapılan değerlendirmede, kronik hastalığı olan gebelerin olmayanlara göre daha fazla sorun yaşadıkları bulunmuştur (n= 17; %37,8’e karşı n= 16; %18,8; $X^2= 5,581$; p= 0,018). Yine ruhsal rahatsızlık öyküsü olan gebelerde (n= 8; %61,5) olmayanlara (n= 25; %21,4) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla sorun yaşandığı görülmüştür ($X^2= 8,576$; p= 0,003). Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşayan gebelerin (n=6; %54,5) yaşamayanlara (n= 27; %22,7) göre daha fazla oranda sorun yaşadıkları ve

yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($X^2 = 4,690$; $p = 0,030$).

Tablo 34. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Rol – İlişki Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n=130)

Değişkenler	Rol – İlişki Şekli Alanında Sorunu		X^2 / p
	Olan (n= 33) Sayı (%)	Olmayan (n= 97) Sayı (%)	
Yaş grupları			
16-20	8 (32,0)	17 (68,0)	1,947 / 0,583
21-30	14 (21,5)	51 (78,5)	
31-35	6 (23,1)	20 (76,9)	
36-46	5 (35,7)	9 (64,3)	
Eğitim Durumu			
Okur - yazar değil / okur - yazar	3 (37,5)	5 (62,5)	2,343 / 0,673
İlkokul	6 (25,0)	18 (75,0)	
Ortaokul	8 (18,2)	36 (81,8)	
Lise	10 (29,4)	24 (70,6)	
Ön lisans / lisans / lisansüstü	6 (30,0)	14 (70,0)	
Çalışma Durumu			
Evet	10 (31,3)	22 (68,8)	0,771 / 0,380
Hayır	23 (23,5)	75 (76,5)	
Sağlık Güvencesi			
Var	31 (26,5)	86 (73,5)	0,839 / 0,360
Yok	2 (15,4)	11 (84,6)	
Algılanan Gelir Düzeyi			
Gelir - giderden az	13 (23,6)	42 (76,4)	0,154 / 0,695
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla	20 (26,7)	55 (73,3)	
Evlilik Durumu			
Evli resmi nikâhı var	31 (25,6)	90 (74,4)	0,052 / 0,819
Evli imam nikâhı var	2 (22,2)	7 (77,8)	
Aile tipi			
Geniş aile	8 (22,9)	27 (77,1)	0,162 / 0,688
Çekirdek aile	25 (26,3)	70 (73,7)	
Gebelik sayısı			
1	12 (27,3)	32 (72,7)	0,919 / 0,821
2	8 (21,6)	29 (78,4)	
3	5 (21,7)	18 (78,3)	
4-9	8 (30,8)	18 (69,2)	
Değişkenler	Rol – İlişki Şekli Alanında Sorunu		X^2 / p
	Olan (n= 33) Sayı (%)	Olmayan (n= 97) Sayı (%)	
Yaşayan çocuk sayısı (n=73)			
1	10 (21,3)	37 (78,7)	1,317 / 0,518
2	3 (16,7)	15 (83,3)	
3-6	3 (37,5)	5 (62,5)	
Gebeliği planlama durumu			
Evet	23 (26,4)	64 (73,6)	0,154 / 0,695
Hayır	10 (23,3)	33 (76,7)	
Gebeliği isteme durumu			
Evet	31 (24,4)	96 (75,6)	2,315 / 0,128
Hayır	2 (66,7)	1 (33,3)	
Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma			
Evet	14 (23,39)	46 (76,7)	0,248 / 0,619
Hayır	19 (27,1)	51 (72,9)	
Tedavi ile gebe kalma			
Evet	4 (40,0)	6 (60,0)	1,117 / 0,291
Hayır	29 (24,2)	91 (75,8)	

Tablo 34. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Rol – İlişki Şekli* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n=130) (Devamı)

Gebelik hafta grubu			
21 - 27 hafta	5 (29,4)	12 (70,6)	0,163 / 0,922
28 - 36 hafta	27 (24,8)	82 (75,2)	
37 - 40 hafta	1 (25,0)	3 (75,0)	
Kronik hastalık			
Evet	17 (37,8)	28 (62,2)	5,581 / 0,018
Hayır	16 (18,8)	69 (81,2)	
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	10 (38,5)	16 (61,5)	
Hayır	23 (22,1)	81 (77,9)	2,934 / 0,087
Bu gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	33 (25,4)	97 (74,6)	
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	8 (61,5)	5 (38,5)	8,576 / 0,003
Hayır	25 (21,4)	92 (78,6)	
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	1 (16,7)	5 (83,3)	0,275 / 0,600
Hayır	32 (25,8)	92 (74,2)	
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal bir problem yaşama durumu			
Evet	5 (41,7)	7 (58,3)	1,683 / 0,195
Hayır	28 (23,7)	90 (76,3)	
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu			
Evet	6 (54,5)	5 (45,5)	4,690 / 0,030
Hayır	27 (22,7)	92 (77,3)	
Beden kitle indeksi grubu			
Düşük (BKI < 19,8)	6 (19,4)	25 (80,6)	2,876 / 0,411
Normal (BKI 19,9 - 26)	14 (23,3)	46 (76,7)	
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	7 (35,0)	13 (65,0)	
Şişman (BKI > 29,1)	6 (37,5)	10 (62,5)	

Gebelerin sosyo-demografik, obstetrik ve rahatsızlık öyküleri ve BKİ değişkenlerinin Gordon'un *Cinsellik ve Üreme* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı incelenmiş ve Tablo 35'te verilmiştir. Gebelik sayısı ile Gordon'un Cinsellik ve Üreme alanında sorun yaşama durumu arasında yapılan değerlendirmede gruplar arası farkın önemli olduğu saptanmıştır ($X^2= 11,333$; $p= 0,010$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde, bu farkın herhangi bir gruba bağlı olmadığı görülmüştür (bu ileri analiz için önemlilik değeri: $p=0,05/6=0,008$ olarak kabul edilmiştir). Yine ruhsal rahatsızlık öyküsü olan gebelerin ($n= 6$; %46,2) olmayanlara ($n= 20$; %17,1) göre daha fazla sorun yaşadıkları ve bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($X^2= 5,134$; $p= 0,023$). Gebelerin bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu ile Cinsellik ve Üreme alanındaki analize bakıldığında, bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşayanların ($n=6$; %54,5), yaşamayanlara ($n= 20$; %16,8) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla oranda sorun yaşadıkları bulunmuştur ($X^2= 7,178$; $p= 0,007$). BKİ ile Cinsellik ve Üreme alanındaki analize bakıldığında ise gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($X^2= 9,331$; $p= 0,025$). Yapılan ileri analizde bu farkın herhangi bir

gruba bağılı olmadığı görülmüştür (bu ileri analiz için önemlilik değeri: $p=0,05/6=0,008$ olarak kabul edilmiştir).

Tablo 35. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Cinsellik ve Üreme* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130)

Değişkenler	Cinsellik ve Üreme Alanında Sorunu		X^2 / p
	Olan (n= 26) Sayı (%)	Olmayan (n= 104) Sayı (%)	
Yaş grupları			
16-20	6 (24,0)	19 (76,0)	3,286 / 0,350
21-30	10 (15,4)	55 (84,6)	
31-35	5 (19,2)	21 (80,8)	
36-46	5 (35,7)	9 (64,3)	
Eğitim Durumu			
Okur - yazar değil / okur - yazar	2 (25,0)	6 (75,0)	5,705 / 0,222
İlkokul	9 (37,5)	15 (62,5)	
Ortaokul	6 (13,6)	38 (86,4)	
Lise	6 (17,6)	28 (82,4)	
Ön lisans / lisans / lisansüstü	3 (15,0)	17 (85,0)	
Çalışma Durumu			
Evet	3 (9,4)	29 (90,6)	2,995 / 0,084
Hayır	23 (23,5)	75 (76,5)	
Sağlık Güvencesi			
Var	23 (19,7)	94 (80,3)	0,083 / 0,774
Yok	3 (23,1)	10 (76,9)	
Değişkenler	Cinsellik ve Üreme Alanında Sorunu		X^2 / p
	Olan (n= 26) Sayı (%)	Olmayan (n= 104) Sayı (%)	
Algılanan Gelir Düzeyi			
Gelir - giderden az	12 (21,8)	43 (78,2)	0,197 / 0,657
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla	14 (18,7)	61 (81,3)	
Evlilik Durumu			
Evli resmi nikâhı var	22 (18,2)	99 (81,8)	2,998 / 0,083
Evli imam nikâhı var	4 (44,4)	5 (55,6)	
Aile tipi			
Geniş aile	5 (14,3)	30 (85,7)	0,977 / 0,323
Çekirdek aile	21 (22,1)	74 (77,9)	
Gebelik sayısı			
1	11 (25,0)	33 (75,0)	11,333 / 0,010
2	3 (8,1)	34 (91,9)	
3	2 (8,7)	21 (91,3)	
4-9	10 (38,5)	16 (61,5)	
Yaşayan çocuk sayısı (n=73)			
1	6 (12,8)	41 (87,2)	5,187 / 0,075
2	3 (16,7)	15 (83,3)	
3-6	4 (50,0)	4 (50,0)	
Gebeliği planlama durumu			
Evet	15 (17,2)	72 (82,8)	1,251 / 0,263
Hayır	11 (25,6)	32 (74,4)	
Gebeliği isteme durumu			
Evet	24 (18,9)	103 (81,1)	3,163 / 0,075
Hayır	2 (66,7)	1 (33,3)	

Tablo 35. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Cinsellik ve Üreme* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130) (Devamı)

Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma			
Evet	9 (15,0)	51 (85,0)	1,741 / 0,187
Hayır	17 (24,3)	53 (75,7)	
Tedavi ile gebe kalma			
Evet	1 (10,0)	9 (90,0)	0,785 / 0,376
Hayır	25 (20,8)	95 (79,2)	
Gebelik hafta grubu			
21 - 27 hafta	5 (29,4)	12 (70,6)	2,675 / 0,264
28 - 36 hafta	21 (19,3)	88 (80,7)	
37 - 40 hafta	0 (0,0)	4 (100,0)	
Kronik hastalık			
Evet	11 (24,4)	34 (75,6)	0,850 / 0,357
Hayır	15 (17,6)	70 (82,4)	
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	5 (19,2)	21 (80,8)	0,012 / 0,913
Hayır	21 (20,2)	83 (79,8)	
Bu gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	26 (20,0)	104 (80,0)	
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	
Değişkenler	Cinsellik ve Üreme Alanında Sorunu		X ² / p
	Olan (n= 26) Sayı (%)	Olmayan (n= 104) Sayı (%)	
Ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	6 (46,2)	7 (53,8)	5,134 / 0,023
Hayır	20 (17,1)	97 (82,9)	
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	2 (33,3)	4 (66,7)	0,617 / 0,432
Hayır	24 (19,4)	100 (80,6)	
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal bir problem yaşama durumu			
Evet	2 (16,7)	10 (83,3)	0,096 / 0,757
Hayır	24 (20,3)	94 (79,7)	
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu			
Evet	6 (54,5)	5 (45,5)	7,178 / 0,007
Hayır	20 (16,8)	99 (83,2)	
Beden kitle indeksi grubu			
Düşük (BKI < 19,8)	9 (29,0)	22 (71,0)	9,331 / 0,025
Normal (BKI 19,9 - 26)	7 (11,7)	53 (88,3)	
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	3 (15,0)	17 (85,0)	
Şişman (BKI > 29,1)	7 (43,8)	9 (56,3)	

Gebelerin yaş, eğitim, çalışma durumu, sağlık güvencesi, algılanan gelir düzeyi, evlilik durumu, aile tipi, gebelik ve yaşayan çocuk sayıları, gebeliği planlama ve isteme durumu, gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma, tedavi ile gebe kalma, gebelik haftası, kronik hastalık öyküsü, daha önceki gebelikte rahatsız yaşama, bu gebelikte rahatsızlık yaşama, gebelik öncesi, daha önceki gebelikte ve doğum sonrası dönemlerde ve

bu gebelik sırasında ruhsal rahatsızlık yaşama öyküsü ve BKİ değişkenlerinin Gordon'un *Stres ile Baş Etme / Tolere Etme Durumu* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı incelenmiş ve Tablo 36'da verilmiştir. Bu değişkenlere göre Stres ile Baş Etme / Tolere Etme Durumu alanında sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 36. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Stres ile Baş Etme / Tolere Etme Durumu* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130)

Değişkenler	Stres ile Baş Etme / Tolere Etme Durumu Alanında Sorunu		X^2 / p
	Olan (n= 35) Sayı (%)	Olmayan (n= 95) Sayı (%)	
Yaş grupları			
16-20	4 (16,0)	21 (84,0)	3,314 / 0,346
21-30	17 (26,2)	48 (73,8)	
31-35	10 (38,5)	16 (61,5)	
36-46	4 (28,6)	10 (71,4)	
Eğitim Durumu			
Okur - yazar değil / okur - yazar	4 (50,0)	4 (50,0)	7,201 / 0,126
İlkokul	10 (41,7)	14 (58,3)	
Ortaokul	9 (20,5)	35 (79,5)	
Lise	9 (26,5)	25 (73,5)	
Ön lisans / lisans / lisansüstü	3 (15,0)	17 (85,0)	
Çalışma Durumu			
Evet	9 (28,1)	23 (71,9)	0,031 / 0,860
Hayır	26 (26,5)	72 (73,5)	
Sağlık Güvencesi			
Var	31 (26,5)	86 (73,5)	0,106 / 0,745
Yok	4 (30,8)	9 (69,2)	
Algılanan Gelir Düzeyi			
Gelir - giderden az	18 (32,7)	37 (67,3)	1,632 / 0,201
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla	17 (22,7)	58 (77,3)	
Evlilik Durumu			
Evli resmi nikâhı var	33 (27,3)	88 (72,7)	0,113 / 0,737
Evli imam nikâhı var	2 (22,2)	7 (77,8)	
Aile tipi			
Geniş aile	9 (25,7)	26 (74,3)	0,036 ^a / 0,850
Çekirdek aile	26 (27,4)	69 (72,6)	
Gebelik sayısı			
1	12 (27,3)	32 (72,7)	2,605 / 0,457
2	8 (21,6)	29 (78,4)	
3	5 (21,7)	18 (78,3)	
4-9	10 (38,5)	16 (61,5)	
Yaşayan çocuk sayısı (n=73)			
1	12 (25,5)	35 (74,5)	0,470 / 0,791
2	5 (27,8)	13 (72,2)	
3-6	3 (37,5)	5 (62,5)	
Gebeliği planlama durumu			
Evet	25 (28,7)	62 (71,3)	0,439 / 0,508
Hayır	10 (23,3)	33 (76,7)	

Tablo 36. Gebelerin bazı değişkenlerinin *Stres ile Baş Etme / Tolere Etme Durumu* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130) (Devamı)

Gebeliği isteme durumu			
Evet	33 (26,0)	94 (74,0)	2,114 / 0,146
Hayır	2 (66,7)	1 (33,3)	
Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptıрма			
Evet	17 (28,3)	43 (71,7)	0,113 / 0,737
Hayır	18 (25,7)	52 (74,3)	
Tedavi ile gebe kalma			
Evet	5 (50,0)	5 (50,0)	2,625 / 0,105
Hayır	30 (25,0)	90 (75,0)	
Değişkenler	Stres ile Baş Etme / Tolere Etme Durumu Alanında Sorunu		X ² / p
	Olan (n= 35) Sayı (%)	Olmayan (n= 95) Sayı (%)	
Gebelik hafta grubu			
21 - 27 hafta	8 (47,1)	9 (52,9)	5,903 / 0,052
28 - 36 hafta	27 (24,8)	82 (75,2)	
37 - 40 hafta	0 (0,0)	4 (100,0)	
Kronik hastalık			
Evet	12 (26,7)	33 (73,3)	0,002 / 0,962
Hayır	23 (27,1)	62 (72,9)	
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet			
Hayır	8 (30,8)	18 (69,2)	0,244 / 0,621
	27 (26,0)	77 (74,0)	
Bu gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	35 (26,9)	95 (73,1)	
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	6 (46,2)	7 (53,8)	2,469 / 0,116
Hayır	29 (24,8)	88 (75,2)	
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	2 (33,3)	4 (66,7)	0,126 / 0,723
Hayır	33 (26,6)	91 (73,4)	
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal bir problem yaşama durumu			
Evet	2 (16,7)	10 (83,3)	0,773 / 0,379
Hayır	33 (28,0)	85 (72,0)	
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu			
Evet	5 (45,5)	6 (54,5)	1,908 / 0,167
Hayır	30 (25,2)	89 (74,8)	
Beden kitle indeksi grubu			
Düşük (BKI < 19,8)	5 (16,1)	26 (83,9)	4,389 / 0,222
Normal (BKI 19,9 - 26)	15 (25,0)	45 (75,0)	
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	6 (30,0)	14 (70,0)	
Şişman (BKI > 29,1)	7 (43,8)	9 (56,3)	

Tablo 37’de gebelerin bazı değişkenlerinin Gordon’un *İnanç ve Değerler* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı verilmiştir. Gebelik haftası ile İnanç ve Değerler alanında sorun yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel analizde, gruplar arası farkın önemli olduğu görülmüştür ($X^2 = 8,627$; $p = 0,013$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde grubunda 21 - 27 hafta grubundaki gebelerde ($n = 12$; %70,6) 28 - 36 hafta grubundaki gebelere ($n = 36$; %33,3) göre daha fazla oranda sorun yaşadıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (bu ileri analiz için önemlilik değeri: $p = 0,05/3 = 0,017$ olarak kabul edilmiştir).

Tablo 37. Gebelerin bazı değişkenlerinin *İnanç ve Değerler* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı ($n = 130$)

Değişkenler	İnanç ve Değerler Alanında Sorunu		X^2 / p
	Olan ($n = 50$) Sayı (%)	Olmayan ($n = 79$) Sayı (%)	
Yaş grupları			
16-20	7 (28,0)	18 (72,0)	3,231 / 0,357
21-30	25 (38,5)	40 (61,5)	
31-35	10 (40,0)	15 (60,0)	
36-46	8 (57,1)	6 (42,9)	
Eğitim Durumu			
Okur - yazar değil / okur - yazar	3 (37,5)	5 (62,5)	0,744 / 0,946
İlkokul	8 (33,3)	16 (66,7)	
Ortaokul	17 (38,6)	27 (61,4)	
Lise	15 (44,1)	19 (55,9)	
Ön lisans / lisans / lisansüstü	7 (36,8)	12 (63,2)	
Çalışma Durumu			
Evet	13 (41,9)	18 (58,1)	0,173 / 0,677
Hayır	37 (37,8)	61 (62,2)	
Sağlık Güvencesi			
Var	46 (39,7)	70 (60,3)	0,389 / 0,533
Yok	4 (30,8)	9 (69,2)	
Algılanan Gelir Düzeyi			
Gelir - giderden az	20 (36,4)	35 (63,6)	0,232 / 0,630
Gelir - gider dengeli / gelir - giderden fazla	30 (40,5)	44 (59,5)	
Evlilik Durumu			
Evli resmi nikâhı var	49 (40,8)	71 (59,2)	3,678 / 0,055
Evli imam nikâhı var	1 (11,1)	8 (88,9)	
Aile tipi			
Geniş aile	12 (34,3)	23 (65,7)	0,405 / 0,524
Çekirdek aile	38 (40,4)	56 (59,6)	
Gebelik sayısı			
1	18 (40,9)	26 (59,1)	0,886 / 0,829
2	15 (41,7)	21 (58,3)	
3	7 (30,4)	16 (69,6)	
4-9	10 (38,5)	16 (61,5)	

Tablo 37. Gebelerin bazı değişkenlerinin *İnanç ve Değerler* alanında sorun yaşama durumuna göre dağılımı (n= 130) (Devamı)

Yaşayan çocuk sayısı (n=73)			
1	17 (37,0)	29 (63,0)	0,450 / 0,798
2	6 (33,3)	12 (66,7)	
3-6	2 (25,0)	6 (75,0)	
Gebeliği planlama durumu			
Evet	36 (41,4)	51 (58,6)	0,773 / 0,379
Hayır	14 (33,3)	28 (66,7)	
Gebeliği isteme durumu			
Evet	48 (38,1)	78 (61,9)	0,976 / 0,323
Hayır	2 (66,7)	1 (33,3)	
Değişkenler	İnanç ve Değerler Alanında Sorunu		X ² / p
	Olan (n= 50) Sayı (%)	Olmayan (n= 79) Sayı (%)	
Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırma			
Evet	25 (41,7)	35 (58,3)	0,399 / 0,527
Hayır	25 (36,2)	44 (63,8)	
Tedavi ile gebe kalma			
Evet	5 (5,0)	5 (50,0)	0,563 / 0,453
Hayır	45 (37,8)	74 (62,2)	
Gebelik hafta grubu			
21 - 27 hafta	12 (70,6)	5 (29,4)	8,627 / 0,013
28 - 36 hafta	36 (33,3)	72 (66,7)	
37 - 40 hafta	2 (50,0)	2 (50,0)	
Kronik hastalık			
Evet	19 (43,2)	25 (56,8)	0,550 / 0,458
Hayır	31 (36,5)	54 (63,5)	
Daha önceki gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	8 (30,8)	18 (69,2)	0,876 / 0,349
Hayır	42 (40,8)	61 (59,2)	
Bu gebelikte yaşanan rahatsızlık			
Evet	50 (38,5)	80 (61,5)	
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	5 (38,5)	8 (61,5)	0,001 / 0,981
Hayır	45 (38,8)	71 (61,2)	
Daha önceki gebeliklerde ruhsal rahatsızlık öyküsü			
Evet	2 (33,3)	4 (66,7)	0,080 / 0,778
Hayır	48 (39,0)	75 (61,0)	
Daha önceki lohusalık döneminde ruhsal bir problem yaşama durumu			
Evet	3 (25,0)	9 (75,0)	1,115 / 0,291
Hayır	47 (40,2)	70 (59,8)	
Bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık yaşama durumu			
Evet	3 (27,3)	8 (72,7)	0,689 / 0,403
Hayır	47 (39,8)	71 (60,2)	
Beden kitle indeksi grubu			
Düşük (BKI < 19,8)	8 (25,8)	23 (74,2)	4,716 / 0,194
Normal (BKI 19,9 - 26)	26 (43,3)	34 (56,7)	
Yüksek (BKI > 26,1 - 29)	6 (30,0)	14 (70,0)	
Şişman (BKI > 29,1)	8 (53,3)	7 (46,7)	

5. TARTIŞMA

Bu araştırma Aydın il merkezinde erken doğum riski olan gebelerin bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada erken doğum riski olan gebelerin bakım gereksinimlerine ilişkin önemli ulusal veriler ortaya konmuştur.

5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerinin İncelenmesi

Bu çalışmada gebelerin yaş ortalamasının gebelik için uygun ($27,21 \pm 6,39$) olduğu görülmüştür. Farklı ülke ve bölgelerde yapılan çalışmalarda da preterm doğum eylemi tanısı alan kadınların benzer yaş özelliklerinde oldukları ve 24 ile 31 yaş arasında değiştiği görülmektedir (Köksal ve Karakuş, 2017; Patel ve ark, 2017; Ha ve McDonald, 2017; Leal ve ark, 2016; Amabebe ve ark, 2016; Roozbeh ve ark, 2016; Ahamada-Barrios ve Alvarado, 2016; Christiaens ve ark, 2015; Ruiz ve ark, 2015). Bu sonuçlara göre preterm doğum eyleminin adölesan ya da ileri yaş gibi gebelik için riskli yaşlar ile ilişkili olmadığı söylenebilir.

Çalışmadaki gebelerin daha çok ortaokul ve lise mezunu, ev hanımı oldukları, sağlık güvencesinin olduğu, gelirlerinin giderlerine göre dengeli olduğunu, az bir bölümünün resmi nikâhının olmadığı ve geniş ailede yaşadıkları saptanmıştır. İran'da yapılan bir çalışmalarda da preterm doğumu olan kadınların büyük çoğunluğunun düşük eğitim düzeyinde ve ev hanımı oldukları bildirilmiştir (Amini ve ark, 2017; Roozbeh ve ark, 2016). Bu konuda Kanada (Ha ve McDonald, 2017) ve Brezilya'da (Leal ve ark, 2016) yapılan çalışmalarda kadınların çoğunun lise düzeyinde eğitime sahip oldukları (sırası ile %84 ve %33,6) ve resmi olarak evli (sırası ile %94,5 ve %80) rapor edilmiştir. Yine Kanada'da yapılan bir başka çalışmada da spontan preterm doğumu olan kadınların %55'inin lisans eğitimini tamamladığı bildirilmiştir (Christiaens ve ark, 2015). Yine Brezilya'da yapılan bir başka çalışmada da preterm doğum yapan annelerin %18'inin 12 yıl ve daha fazla eğitim gördükleri ve yalnız yaşadıkları belirtilmiştir (Izoton de Sadovsky ve ark, 2017). Amerika'da preterm doğum için risk faktörlerini araştıran bir çalışmada düşük riskli grubun %56'sının, orta riskli olanların %48'inin ve yüksek riskli olanların ise %27'sinin evli oldukları ve hepsinin ortalama yaklaşık 12 yıl eğitim aldıkları belirtilmiştir (Ruiz ve ark, 2015). Amerika'da yapılan bir diğer çalışmada ise preterm eylem gerçekleşen kadınların %45'inin lise eğitim düzeyinde, %7'sinin evli, %24'ünün gelirinin 10 bin dolardan az ve

%51'inin özel sigortasının olduğu rapor edilmiştir (Matthevs ve ark, 2016). Hindistan'da yapılan bir çalışmada çoğunluğun ortaöğretim (%62,3) mezunu olduğu bildirilmiştir (Patel ve ark, 2017). Çin'de yapılan bir çalışmada ise erken doğum tehdidi olan kadınların çoğunun kolej mezunu, aylık gelirleri normal düzeyde ve meslek sahibi oldukları bildirilmiştir (Nie ve ark, 2017). Sosyo-demografik özelliklerin yüksek riskli gebelikler üzerine etkilerini araştıran bir çalışmada da yüksek riskli gebelerin çoğunun ilköğretim mezun ve ekonomik gelirlerinin yüksek düzeyde olduğu rapor edilmiştir (Köksal ve Karakuş, 2017). Bu sonuçlar erken doğum tehdidi olan gebelerin eğitim, gelir, evlilik durumu, çalışma, sosyal güvence gibi sosyo-demografik özellikler bakımından araştırmanın yapıldığı ülkelere göre değişiklik göstermektedir.

Çalışmada gebelerin çoğunun ikinci gebeliğinin olduğu belirlenmiştir. Farklı ülke ve bölgelerde yapılan çalışmalarda da preterm doğum eylemi tanısı alan kadınların çoğunun ikinci gebeliği olduğu, paritenin 1 ve 3 arasında değiştiği görülmektedir (Köksal ve Karakuş, 2017; Patel ve ark, 2017; Amini ve ark, 2017; Ahumada-Barrios ve Alvarado, 2016; Butali ve ark, 2016; Christiaens ve ark, 2015). Brezilya'da yapılan bir çalışmada da preterm eylem yaşayan kadınların %52'sinin ilk ve %36'sının ikinci gebeliklerinin olduğu bildirilmiştir (Leal ve ark, 2016). Bu sonuçlara göre erken doğum eylemi riskinin ilk ve daha sonraki gebeliklerde de görülebildiği söylenebilir.

Bu çalışmada gebelerin çoğunun daha önce sezaryen ile doğum yaptığı görülmüştür. Daha önce yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde preterm doğum eylemi tanısı alan kadınların çoğunun sezaryen ile doğum yaptıkları bildirilmektedir (Çim ve ark, 2018; Amini ve ark, 2017; Sak ve ark, 2017; Ha ve McDonald, 2017; Leal ve ark, 2016; Butali ve ark, 2016). Bu sonuçlar sezaryenin erken doğum eylemi için bir risk oluşturduğunu gösterebilir.

Çalışmada gebelerin önemli bir bölümünün (%33) bu gebeliklerini planlamadıkları ve az bir kısmının da istemedikleri (%2) saptanmıştır. İran' da yapılan iki farklı çalışmanın birincisinde erken doğum riski olan gebelerin %18'inin gebeliklerini planlamadıkları (Roozbeh ve ark, 2016) diğlerinde de %19'unun istemedikleri (Amini ve ark, 2017) rapor edilmiştir. Bu sonuçlara göre gebelerin planlanma ve istenme durumunun erken doğum eylemi için risk oluşturabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada bazı gebelerin (%7,7) tedavi ile gebe kaldıkları belirlenmiştir. Benzer olarak, farklı ülke ve bölgelerde yapılan çalışmalarda da preterm doğum eylemi tanısı alan

kadınların tedavi ile gebe kalma oranlarının %4 - 9 arasında değiştiği görülmektedir (Nie ve ark, 2017; Amini ve ark, 2017; Roozbeh ve ark, 2016; Shapiro-Mendoza ve ark, 2016). Bu sonuçlar yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların erken doğum yaşama riskinin olduğunu gösterebilir.

Bu çalışmada gebelerin bir önceki gebeliklerine (%57) göre daha fazla oranda (%96) doğum öncesi bakım hizmeti aldıkları görülmüştür. Nijerya ve Brezilya’da yapılan çalışmalarda ise erken doğum riski olan gebelerde doğum öncesi bakım hizmeti alma oranının %50 ve %75 olduğu rapor edilmiştir (Butali ve ark, 2016; Leal ve ark, 2016). Amerika’da preterm doğum için risk düzeyini araştıran bir çalışmada, doğum öncesi bakım hizmeti almaya başlanan gebelik haftası ortalamalarının düşük risklilerde 9,7, orta risklilerde 10,2 ve yüksek risklilerde 9,7 olduğu bildirilmiştir (Ruiz ve ark, 2015). İran’da preterm doğum ile ilgili yapılan bir çalışmada ise gebelikte bakım alma oranı %10,9 olarak belirtilmiştir (Roozbeh ve ark, 2016). Peru’da yapılan bir çalışmada da preterm doğum için riski olan gebelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma ortalamasının 3,2 olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Ahumada-Barrios ve Alvarado, 2016). Bu sonuçlara göre doğum öncesi bakım hizmeti alma oranının erken doğum riski ile ilişkili olduğu sonucuna varılabilir.

Çalışmada gebelerin önemli bir bölümünün düşük kilo (%24,4), yüksek kilolu (%15,7) ve şişman (%12,6) oldukları görülmüştür. Bu konuda yapılan çalışmalarda preterm doğum eylemi tanısı alan kadınların daha çok İsveç ve Brezilya’da normal (Liu ve ark, 2016; Leal ve ark, 2016), İran’da yüksek (Amabeb ve ark, 2016) ve Çin’de düşük (Nie ve ark, 2017) kiloda oldukları görülmektedir. Bu sonuçlar kilo ile erken doğum riski arasındaki ilişkinin değişken olduğunu akla getirmektedir.

Çalışmada gebelerin gebelikleri sırasında alınan kilo ortalamasının normal sınırlar içinde olduğu (yaklaşık 32. haftada, ortalama 9 kilo) belirlenmiştir. Aydında yapılan bir çalışmada da kadınların gebelikleri süresince yaklaşık 13-14 kilo aldıkları rapor edilmiştir (Karaçam ve ark, 2012). Bu sonuçlar erken doğum riskinin gebelerin kilo alımını etkilemediğini gösterebilir.

5.2. Gebelerin Kronik Hastalık Öykülerinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan gebelerin yaklaşık üçte birinde astım / alerjik astım / bronşit rahatsızlığı, diabetes mellitus ve talasemi taşıyıcılığı gibi herhangi bir kronik hastalıklarının olduğunu ve bu nedenle tedavi aldıkları belirlenmiştir. Farklı ülke ve bölgelerde yapılmış olan çalışmalarda orak hücreli anemi, ılımlı / şiddetli anemi, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların gebelerde sık karşılaşılan hastalıklardan olduğu rapor edilmiştir (Patel ve ark, 2017; Butali ve ark, 2016; Leal ve ark, 2016). İran’da yapılan bir çalışmada da herhangi bir kronik hastalığa sahip olma oranı %13 olarak belirlenmiştir (Roozbeh ve ark, 2016). Çim ve ark (2018) epilepsisi olan gebelerin gebelik sonuçlarını inceleyen çalışmasında da preterm doğum görülme oranı %18,4 olarak bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre kronik hastalığın, kadınların erken doğum riski yaşama olasılığını artırdığı söylenebilir.

5.3. Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Yaşadıkları Hastalık Öykülerinin İncelenmesi

Çalışmada gebelerin önemli bir bölümünün daha önceki gebeliklerinde de erken doğum tehdidi (%23), bulantı kusma (%5) ve düşük riski (%4) yaşadıkları belirtmiştir. Bu konuda yapılan araştırmalarda önceki gebeliğinin erken doğum ile sonuçlandığını bildiren gebelerin oranı %11,6 ile %94 arasında değişiklik göstermektedir (Patel ve ark, 2017; Ha ve McDonald, 2017; Ahumada-Barrios ve Alvarado, 2016; Roozbeh ve ark, 2016; Leal ve ark, 2016; Ruiz ve ark, 2015). Kanada’da yapılmış olan bir sistematik derlemede örneklem büyüklüğü 33 – 17334 arasında değişen ve 37 haftadan önce tekrarlayan erken doğum eylemi yaşayan kadınların oranının %15,4’ten %85,5’e yükseldiği bildirilmiştir (Philips ve ark, 2017). Butali ve ark (2016) Nijerya’da yaptıkları çalışmada ise erken doğum yapmış olan kadınlarda preklempsi, eklempsi, uterin rüptür, erken membran rüptürü gibi hastalıkların da eşlik ettiği rapor edilmiştir. Bu sonuçlar, preterm doğum eylemi öyküsü olan kadınlarda bu riskin yüksek olduğunu gösterebilir.

Çalışmada gebelerin daha çok erken doğum tehdidi nedeni ile ilgili olmak üzere çeşitli gebelik problemlerine bağlı olarak hastanede yatarak tedavi aldıkları (%20) belirlenmiştir. Ülkemizde sağlıklı gebeler ile yapılan çalışmada gebelerin hastaneye yatış oranının araştırmamız sonucuna yakın (%14,8) olduğu, yatış nedenlerinin %5’ini düşük tehdidi ve %2’sini erken doğum tehdidinin oluşturduğu belirtilmiştir (Özçelik ve Karaçam, 2014).

5.4. Gebelerin Şimdiki Gebeliklerinde Yaşadıkları Sağlık Problemlerinin İncelenmesi

Bu çalışmada bazı gebelerin erken doğum tehdidine ilave olarak kasık / bel ağrısı, bulantı - kusma ve kanama şikâyetlerinin belirlenmiştir. Yapılan diğer araştırmalarda da kadınların gebeliklerinde erken doğum riskinin yanı sıra preeklampsi, enfeksiyon, plasenta previa, anemi, üriner enfeksiyon gibi sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir (Amini ve ark, 2017; Nie ve ark, 2017; Sak ve ark, 2017; Ahumada-Barrios ve Alvarado, 2016; Roozbeh ve ark, 2016; Liu ve ark, 2016; Ruiz ve ark, 2015). Bu sonuçlar, erken doğum eylemi riski olan gebelerde ilave sorunların olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir.

5.5. Gebelerin Ruhsal Sağlık Durumu ile İlgili Verilerin İncelenmesi

Bu araştırmada bazı gebelerin gebelik öncesi (%10), önceki gebelik (%5) ve lohusalık (%9) döneminde ve bu gebelikleri (%9) sırasında ruhsal bir rahatsızlık yaşadıkları görülmüştür. Yapılan çalışmalarda maternal depresyon belirtilerin varlığı ile preterm doğum eylemi arasında anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (Christiaens ve ark, 2015; Liu ve ark, 2016). Bu sonuç gebelerin, özellikle de yüksek riskli gebelerin ruhsal durumlarının göz önünde bulundurulması konusunda hassasiyet gösterilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

5.6. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ile İlgili Verilerin İncelenmesi

Bu araştırmada gebelerin çoğunun (%97) *sağlığın algılanması - sağlığın yönetim biçimi* alanında daha çok kasık ağrısı, kanama ve bel ağrısı ile ilgili olmak üzere bakım gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalarda da benzer şekilde gebelerde anemi, üriner enfeksiyon ve preeklampsi sık karşılaşılan bir sağlık sorunu olarak rapor edilmektedir (Roozbeh ve ark, 2016; Ahumada-Barrios ve Alvarado, 2016; Ruiz ve ark, 2015). Bu sonuçlar preterm doğum eylemi olan gebelerde başka gebelikle ilgili sağlık sorunlarının olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmada gebelerin çoğunun (%91) daha çok yetersiz sıvı alımı, diş eti kanaması ve diş çürüğü gibi *beslenme ve metabolik durum* ile ilgili bakım gereksinimleri bulunduğu görülmüştür. Brezilya'da yapılmış olan dört adet kohort çalışmasının analizinde en yüksek erken doğum prevelansının en yoksul aileler arasında gözlendiği (Izoton de Sadovsky ve

ark, 2017), Çin’de erken doğum tehdidi olan kadınların daha düşük kiloda oldukları (Nie ve ark, 2017) ve İran’da düşük sosyoekonomik düzey ve bunun sonucu olarak yetersiz beslenmenin ve ağız hastalıklarının preterm eylem ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Roozbeh ve ark, 2016). Hawai’ de yapılan bir çalışmada da gebelerin yaklaşık %20’sinin dış problemi için dış hekimine başvurduğu ve erken doğum eylemi olasılığının dış problemi bildirenlerde daha yüksek (OR = 1,46, %95) ve ağız hijyeni danışmanlığı alanlarda ise daha düşük (OR = 0,72, %95) olduğu bildirilmiştir (Mattheus ve ark, 2016). Türkiye’de yapılan bir çalışmada da gebe kadınların %6’sının diyetisyene gittiği rapor edilmiştir. Aynı çalışmada en fazla tüketilen besinlerin meyve, sebze, ekmek, yağ, peynir ve yoğurt, en az tüketilen besinin de kırmızı et olduğu bildirilmiştir (Eren ve ark, 2015). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada, beslenme ile ilgili mitlerde %83 oranında “*gebelikte aş eren kadına özlemine duyduğu her şey yedirilir*” ve %61 oranında da “*çok şişman olan gebeler sağlıklı bebek sahibi olamazlar*” inancı rapor edilmiştir (Bilgiç ve ark, 2018). Bu sonuçlar beslenme ve metabolik durum ile ilgili bakım gereksinimlerinin araştırmaların örneklem özelliklerine göre değiştiğini göstermektedir

Araştırmada bazı gebelerin (%55) konstipasyon ve inkontinans sorunları nedeni ile *boşaltım şekli* alanında bakım gereksinimlerinin olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebelerin %6’sının sürekli ve %39’unun hapsirirken veya öksürürken üriner inkontinans yaşadığı ve bu durumun bazı gebelerin (%1) günlük yaşamını olumsuz etkilediği rapor edilmiştir (Dağdeviren ve ark, 2018). Özçelik ve Karaçam (2014) sağlıklı gebelerle yaptıkları çalışmada da kontipasyon (%13,3), gülerken – hapsururken idrar kaçırma (0,7) yaşadıkları bildirilmiştir. Çağlar ve Hisar (2018) ise deneysel çalışmalarında, gebelikte konstipasyonun eğitim yolu ile giderilebileceğini göstermişlerdir.

Bu çalışmada gebelerin çoğunun (%84) Gordon’un fonksiyonel sağlık örüntülerinden *Aktivite, egzersiz şekli - fizik* alanında ellerde güçsüzlük (%53) ve enerji eksikliği (%40) görüldüğü ve bazılarının da (%14) yatak istirahatinde olduğu saptanmıştır. Kanada’da yapılan kesitsel bir çalışmada ise erken doğum tehdidi olan gebelerde yatak istirahatinde bulunma oranının (%8) daha düşük olduğu bildirilmiştir (Ha ve ark, 2017). Bu sonuçlar bazı gebelerin gebeliklerinin durumuna bağlı olarak aktivitelerinin kısıtlandığını göstermektedir. Bu durum bu gebelerin sağlığını olumsuz etkileyebilir. Ülkemizde sağlıklı gebeler ile yapılan bir çalışmada da bu sonucu destekleyen bir biçimde, gebelerin çoğunun inaktif (%61) olduğu ve bu durumun sağlık düzeylerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Özdemir ve ark, 2017).

Çalışmada erken doğum riski olan gebelerin yaklaşık yarısının (%54) *uyku ve istirahat* alanında uyku örüntüsünde bozulma (%49) ve yorgunluk (%38) gibi en az bir sorun yaşadıklarını görülmüştür. Sağlıklı gebelerde kronik yorgunluk sendromunun araştırıldığı bir çalışmada nedeni açıklanamayan yorgunluk ve uykudan dinlenmemiş olarak uyanma sorunlarının yüksek oranda olduğu rapor edilmiştir (Gölcür ve ark, 2017). Normal gebeler ile yapılan bir diğer çalışmada da bizim çalışma bulgularımıza benzer oranlarda gebelerin uyku kalitesinin kötü olduğu (Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile %56 ve Berlin Uyku Anketi ile %44) belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada gebelerin uyku kalitesinin düşük eğitim ve gelir düzeyi, obezite, evde yaşayan kişi sayısı ve yaşın artışına bağlı olarak azaldığı bildirilmiştir (Çelik ve Köse, 2017). Köybaşı ve Oskay'ın (2017) yaptığı bir çalışmada da gebelerin %89'unun gebelik öncesinde de uyku problemi yaşadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre gebelerin uyku ve istirahat alanındaki problemlerinin erken doğum riski ile ilişkili olmadığını gösterebilir.

Bu araştırmada gebelerin çoğunun (%77) *bilişsel algılama şekli* ile ilgili daha çok unutkanlık (%51), konsantrasyon eksikliği (%30), bacaklarda - ayaklarda ağrı / uyuşukluk (%18) ve karar vermede zorlanma (%16) gibi sorunlar bildirdikleri saptanmıştır. Bu konuda sağlıklı gebeler ile yapılan bir araştırmada, bu alanda yaşanan hafızada bozulma (%14), konsantrasyon güçlüğü (%11), kas ağrısı (%52) ve güçsüzlüğü (%34) gibi sorunların daha az oranda olduğu rapor edilmiştir (Gölcür ve ark, 2017). Bu sonuçlar, erken doğum riski olan gebelerin normal gebelere oranla bilişsel algılama şekli alanında daha fazla problem bildirdiklerini göstermesi bakımından önemlidir.

Gebelerin büyük bir bölümü (%86) *kendilerini algılama – kendilerini kavrama* alanında daha çok enerji yetersizliği (%39), erken doğum korkusu (%36), sağlığını kaybetme korkusu (%29), baş etmede zorluk (%25) ve beden imgesinde rahatsızlık (%22) gibi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Benzer şekilde, ülkemizde sağlıklı gebeler ile yapılan çalışmalarda da gebelerin kendilerini algılama – kendilerini kavrama alanında stres, doğum ağrısı ve korkusu, yaşadıkları belirtilmiştir (Bilgiç ve ark, 2018; Barut ve Uçar, 2018; Körükçü ve ark, 2017; Bacacı ve Ejder Apay, 2018; Sezen ve Ünsalver, 2018). Bu sonuçlar, erken doğum riski olan gebelerin bu alanda daha fazla sıkıntı yaşadıklarını gösterebilir.

Bu çalışmada bazı gebelerin (%25) *rol – ilişki şekli* alanında kişiler arası etkileşimde bozulma (%12), kendine (%18) ve başkasına (%5) zarar verme düşüncesinde olduklarını bildirdikleri saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise bazı sağlıklı gebelerinde eş ve

aile ilişkilerinde ve evlilik uyumlarında sıkıntılar olduğu bildirilmiştir (Aksoy Derya ve ark, 2018; Körükçü ve ark, 2017; Gümüüşdaş ve Ejder Apay 2016). Bu sonuçlar gebeliğe özel olmayabilir.

Çalışmada bazı gebelerin (%20) düzensiz adet görme (%12) ve cinsel ilişkiye zorlanma (%3) gibi *cinsellik ve üreme* ile ilgili sorunlarının olduğu belirlenmiştir. Küçükdurmaz ve ark (2016) yaptığı bir çalışmada ise sağlıklı gebelerin büyük bir bölümünün cinsel sorun yaşadığı ve bazı gebelerinde ağrı, düşük riski ve günah işlemekten korkmak gibi nedenler ile cinsel ilişkiden sakındıkları bildirilmiştir. Bilgiç ve ark (2018) da gebelikte cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyebilecek çok sayıda yanlış inanış olduğunu rapor etmişlerdir. Bu sonuçlara göre gebelikte cinsellik ve üreme sağlığının çoğu geleneksel olmak üzere birçok faktörden etkilenebileceği düşünülebilir.

Bu araştırmada bazı gebelerin (%27) *stres ile baş etme / tolere etme durumu* ile ilgili daha çok travma (%18) ve stres ile baş edememe (%13) olmak üzere sorunlarının olduğunu görülmüştür. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da sağlıklı gebelerin de kaygı ve streslerinin yüksek olduğu rapor edilmiştir (Aksoy Derya ve ark, 2018; Körükçü ve ark, 2017). Bu sonuçlar gebelikte yaşanan stresin boyutunu göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmada gebelerin önemli bir bölümünün *inanç ve değerleri* ile ilgili zararlı batıl inanca (%38) sahip oldukları belirlenmiştir. Bilgiç ve ark (2018) yaptığı çalışmada da benzer şekilde gebelerin zararlı ya da zararsız olmak üzere çok farklı inançlarının olduğunu belirtilmiştir. Bu sonuçlar, gebelerin zararlı inançlarına ilişkin bakıma gereksinimlerinin önemli olduğunu gösterebilir.

Bu çalışmada gebelerin sosyodemografik, obstetrik ve diğer bazı özellikleri ile Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri karşılaştırmış ve *Sağlığın Algılanması - Sağlığın Yönetim Biçimi, Beslenme ve Metabolik Durum, Uyku ve İstirahat Şekli, Stres ile Baş Etme / Tolere Etme Durumu* alanlarında istatistiksel olarak önemli bir durum saptanmamıştır. Ancak, gelir düzeyini düşük olarak tanımlayan gebelerin *Boşaltım Şekli*, kronik hastalığı olanların *Aktivite Egzersiz Şekli – Fizik Bulgular, Bilişsel – Algılama Şekli ve Rol – İlişki Şekli* alanlarında daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. Yine ruhsal rahatsızlık öyküsü olanların *Kendini Algılama – Kendini Kavrama Şekli, Rol – İlişki Şekli, Cinsellik ve Üreme*, bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık olanların *Rol – İlişki Şekli, Cinsellik ve Üreme*, gebelik sayısı fazla ve şişman olanlarda *Cinsellik ve Üreme*, gebelik haftası 21 - 27 olanlarda *İnanç*

ve Değerler alanında daha fazla sorun yaşandığı saptanmıştır. Bu sonuçlar erken doğum tehdidi olan gebelerin bazı özelliklerinin fonksiyonel sağlık örüntülerini etkilediğini göstermesi bakımından önemlidir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Erken doğum tehdidi olan gebelerin bakım gereksinimleri belirlemek amacıyla analitik-kesitsel olarak yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Bu çalışmada gebelerin yaş ortalamasının $27,21 \pm 6,39$ olduğu görülmüştür.
- Çalışmadaki gebelerin daha çok ortaokul (%34) ve lise (%26) mezunu, ev hanımı (%77) oldukları, sağlık güvencesinin olduğu (%90), gelirlerinin giderlerine göre dengeli olduğunu (%58), az bir bölümünün resmi nikâhının olmadığı (%5) ve geniş ailede yaşadıkları (%27) saptanmıştır.
- Çalışmada gebelerin %62'sinin bir kez doğum yaptığı, %54'ünün ise sezaryen ile doğum yaptığı, %33 bu gebeliklerini planlamadıkları ve %2'sinin istemedikleri, %7,7'sinin tedavi ile gebe kaldıkları saptanmıştır.
- Bu çalışmada gebelerin bir önceki gebeliklerine (%57) göre daha fazla oranda (%96) doğum öncesi bakım hizmeti aldıkları görülmüştür.
- Çalışmada gebelerin gebelik öncesi %24'ü düşük kilolu, %16'sı yüksek kilolu ve %13'ünün şişman oldukları görülmüştür. Çalışmada gebelerin gebelikleri sırasında alınan kilo ortalamasının normal sınırlar içinde olduğu (yaklaşık 32. haftada, ortalama 9 kilo) belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan gebelerin 14'ünde astım / alerjik astım / bronşit rahatsızlığı, 6'sında diabetes mellitus ve 6'sında da talasemi taşıyıcılığı gibi herhangi bir kronik hastalıklarının olduğunu ve bu nedenle tedavi aldıkları belirtmiştir.
- Çalışmada gebelerin daha önceki gebeliklerinde %23'ü erken doğum tehdidi, %5'i bulantı kusma ve %4'ü düşük riski yaşadıkları belirtmiştir. Çalışmada gebelerin %11,5'inin erken doğum tehdidi nedeni ile ilgili olmak üzere çeşitli gebelik problemlerine bağlı olarak hastanede yatarak tedavi aldıkları (%20) belirlenmiştir.
- Bu çalışmada gebelerin erken doğum tehdidinde ilave olarak %45'inin kasık / bel ağrısı, %22'sinin bulantı - kusma ve %15'inin kanama şikâyetlerinin olduğu belirlenmiştir.

- Bu araştırmada gebelerin %10'unun gebelik öncesinde, %5'inin önceki gebelikte, %9'unun lohusalık döneminde ve %9'unun bu gebelikleri sırasında ruhsal bir rahatsızlık yaşadıkları görölmüştür.
- Bu araştırmada gebelerin %97'sinin Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntülerinden *sağlığın algılanması - sağlığın yönetim biçimi* alanında daha çok kasık ağrısı (%78), kanama (%18) ve bel ağrısı (%15) ile ilgili olmak üzere bakım gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır.
- Çalışmada %91 gebenin daha çok yetersiz sıvı alımı (%38), diş eti kanaması (%61) ve diş çürüğü (%31) gibi *beslenme ve metabolik durum* ile ilgili bakım gereksinimleri bulunduğu görölmüştür.
- Araştırmada %55 gebenin konstipasyon (%38) ve inkontinans (%28) sorunları nedeni ile *boşaltım şekli* alanında bakım gereksinimlerinin olduğu görölmüştür.
- Bu çalışmada gebelerin %84'ünün *Aktivite, egzersiz şekli – fizik bulgular* alanında ellerde güçsüzlük (%53) ve enerji eksikliği (%40) göröldüğü ve bazılarının da (%14) yatak istirahatinde olduğu saptanmıştır.
- Çalışmada erken doğum riski olan gebelerin %54'ünün *uyku ve istirahat* alanında uyku örüntüsünde bozulma (%49) ve yorgunluk (%38) gibi en az bir sorun yaşadıklarını görölmüştür.
- Bu araştırmada gebelerin %77'sinin *bilişsel algılama şekli* ile ilgili daha çok unutkanlık (%51), konsantrasyon eksikliği (%30), bacaklarda - ayaklarda ağrı / uyuşukluk (%18) ve karar vermede zorlanma (%16) gibi sorunlar bildirdikleri saptanmıştır.
- Gebelerin %86'sının *kendilerini algılama – kendilerini kavrama* alanında daha çok enerji yetersizliği (%39), erken doğum korkusu (%36), sağlığını kaybetme korkusu (%29), baş etmede zorluk (%25) ve beden imgesinde rahatsızlık (%22) gibi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.
- Bu çalışmada gebelerin %25'inin *rol – ilişki şekli* alanında kişiler arası etkileşimde bozulma (%12), kendine (%18) ve başkasına (%5) zarar verme düşüncesinde olduklarını bildirdikleri saptanmıştır.
- Çalışmada gebelerin %20'sinin düzensiz adet görme (%12) ve cinsel ilişkiye zorlanma (%3) gibi *cinsellik ve üreme* ile ilgili sorunlarının olduğu belirlenmiştir.

- Bu araştırmada gebelerin %27'sinin *stres ile baş etme / tolere etme durumu* ile ilgili daha çok travma (%18) ve stres ile baş edememe (%13) olmak üzere sorunlarının olduğunu görülmüştür.
- Çalışmada gebelerin %38'inin *inanç ve değerleri* ile ilgili zararlı batıl inanca sahip oldukları belirlenmiştir.
- Bu çalışmada gebelerin sosyo-demografik, obtetrik ve diğer bazı özellikleri ile Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri karşılaştırmış ve *Sağlığın Algılanması - Sağlığın Yönetim Biçimi, Beslenme ve Metabolik Durum, Uyku ve İstirahat Şekli, Stres ile Baş Etme / Tolere Etme Durumu* alanlarında istatistiksel olarak önemli bir durum saptanmamıştır. Ancak, gelir düzeyini düşük olarak tanımlayan gebelerin *Boşaltım Şekli*, kronik hastalığı olanların *Aktivite Egzersiz Şekli – Fizik Bulgular, Bilişsel – Algılama Şekli ve Rol – İlişki Şekli* alanlarında daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. Yine ruhsal rahatsızlık öyküsü olanların *Kendini Algılama – Kendini Kavrama Şekli, Rol – İlişki Şekli, Cinsellik ve Üreme*, bu gebeliğinde ruhsal rahatsızlık olanların *Rol – İlişki Şekli, Cinsellik ve Üreme*, gebelik sayısı fazla ve şişman olanlarda *Cinsellik ve Üreme*, gebelik haftası 21 - 27 olanlarda *İnanç ve Değerler* alanında daha fazla sorun yaşandığı saptanmıştır. Bu sonuçlar erken doğum tehdidi olan gebelerin bazı özelliklerinin fonksiyonel sağlık örüntülerini etkilediğini göstermesi bakımından önemlidir.

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlara dayalı olarak;

- ✓ Sağlık çalışanlarının erken doğum tehdidi tanısı almış gebelere bu konu hakkında bilgi vermeleri ve bu gebelere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öğretmeleri, bu gebelerin ve bebeklerini gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde yakın izlemeleri, klinik ortamda bireysel bakımı planlamaları ve uygulamaları,
- ✓ Hastanede erken doğum tehdidi tanısı almış, takip edilmiş ve taburcu olmuş gebelere evde de gereksinimlerini karşılayacak bakım ve izlemlerini planlanmaları, uygulanmaları ve takibini sağlanmaları,

- ✓ Örgün ve yaygın eğitim birimlerinde görevli ebelerin bu ve diğer çalışmaların sonuçlarını dikkate alacak biçimde eğitim programlarını yenilemeleri ve ebelerin bu konudaki farkındalıklarını arttırmaları,
- ✓ Sağlık yönetici ve politika geliştiricilerinin erken doğum tehdidi ile ilgili uygulamaları, kanıta dayalı uygulamaları ve bilimsel bilgi gelişimini geliştirecek biçimde düzenleme yapmaları,
- ✓ Erken doğum tehdidi tanısı almış olan gebelere ilişkin daha kapsamlı verileri ortaya koyabilecek gözlemsel, sağlık durumlarını geliştirebilecek yöntemlerin test edildiği deneysel ve deneyimlerini ortaya koyabilecek kalitatif araştırmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- Ahumada-Borrios ME, Alvarado GF**, Risk Factors for Premature Birth in a Hospital, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2016, 24, 1-8.
- Aksoy Derya Y, Özşahin Z, Uçar T, Erdemoğlu Ç, Ünver H**, Gebelikte Yakınmaların Yaşam Kalitesine Etkisi ile Psikososyal Sağlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2018, 12(3), 171-177.
- Amabebe E, Reynold S, Stern V, Stafford G, Paley M, Anumba DOC**, Cervicovaginal Fluid Acetate: a Metabolite Marker of Preterm Birth in Symptomatic Pregnant Women, *Frontiers in Medicine*, 2016, 3, 1-10.
- Amini P, Maroufizadeh S, Samani RO, Hamidi O, Sepidarkish M**, Prevelence and Determinants of Preterm Birth in Tehran, Iran: a Comparison Between Logistic Regression and Decision Tree Methods, *Osong Public Health Res Perspect*, 2017, 8(3), 195-200.
- Bacacı S, Apay SE**, Gebelerde Beden İmajı Algısı ve Distres Arasındaki İlişki, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018, 8(2), 76-82.
- Barut S, Uçar T**, Gebelerde Doğum Öz-yeterlilik Algısının Doğum Korkusu ile İlişkisi, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 11(2), 107-115.
- Başer HC, Özdemir Ö, Kılıç N, Demircan F, Ekmez F, Yücel O**, Preterm Eylem Tedavisinde Nifedipin'in Ekinliği, *Bozok Tıp Dergisi*, 2014, 4(3) ,41-47.
- Bilgiç D, Demirel G, Dağlar G**, Gebelerin Gebelik Dönemine ve Doğuma İlişkin Mitlerinin Belirlenmesi, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2018, 17(3), 160-173.
- Butali A, Ezeaka C, Ekhaguere O, Weathers N, Ladd J, Fajolu I, Esezobar C, Makwe C, Odusanya B, Anorlu R, Adeyemo W, Iroha E, Egri-Okwaji M, Adejumo P, Oyeneyin L, Abiodun M, Badejoko B, Ryckman K**, Characteristics and Risk Factors of Preterm Birth in a Tertiary Center in Lagos, Nigeria, *PanAfrican Medical Journal*, 2016, 24(1), 1-8.
- Cangur S, Ankaralı H**, Examining the Probabilities of Type I Error for Unadjusted All Pairwise Comparisons and Bonferroni Adjustment Approaches in Hypothesis Testing for Proportions, *Lifescience Global in International Journal of Statistics in Medical Research International Journal of Statistics in Medical Research*, 2014; 3(4): 404-411.

Christiaens I, Hegodoren K, Olson DM, Adverse Childhood Experience are associated with Spontaneous Preterm Birth: a CasControl Study, *BioMed Central Medicine*, 2015, 13(124), 1-9.

Conde-Agudela A, Romero R, Kusanovic JP, Nifedipine in the Management of Preterm Labor: A Systematic Review and Metaanalysis, *Am Journal Obstet Gynecol*, 2011, 204(2), 134.

Coşkun A, Kıran G, Böstü B, Ekerbiçer HÇ, Spontan Preterm Doğum ve Preterm Premetür Membran Ruptürü Olgularının Değerlendirilmesi, *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi*, 2008, 5(3), 182-187.

Çağlar S, Hisar KM, Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelere Verilen Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Konstipasyonun Giderilmesinde Etkinliği, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 7(1), 156-163.

Çelen Ş, Özcan Temizkan R, Yapar Eyi EG, Seçkin T, Saygan S, Özkan MŞ, Preterm Eylem ve Erken Membran Ruptüründe Servikal Kültür Sonuçlarının Karşılaştırılması, *Erciyes Medical Journal*, 2012, 34(4), 174-177.

Çelik F, Köse M, Gebelikte Uyku Kalitesinin Trimester ile İlişkisi, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2017, 18, 85-88.

Çetinkaya S, Seçkin KD, Karlı MF, Başer E, Tetik K, Öz M, Özakşit MG, Preterm Eylem Tehdidi Olgularında Atuk Faz Reaktanlarının Preterm Doğumu Önlemedeki Yeri, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2015, 12(1), 6-9.

Çim N, Tolunay HE, Karaman E, Elçi GG, Aksin Ş, Boza B, Sayın S, Yılmazhan R, Alkış İ, Şahin HG, Epilepsinin Gebelik Sonuçları Üzerine Etkisi, *Van Tıp Dergisi*, 2018, 25(2), 180-187.

Çoban A, Riskli Gebelikler, In: Kadın Sağlığı Kitabı, Ed: Şirin A, Kavlak O, Nobel Kitapevi, İstanbul, 2015: 343-344.

Dağdeviren H, Kaya C, Cengiz H, Erdoğan VŞ, Helvacıoğlu Ç, Bilecan MS, Urinary Incontinence in Pregnant Women and Its Relation with Quality of Life, *İstanbul Medical Journal*, 2018, 19, 43-46.

Ege E, Akın B, Altuntuğ K, Arıöz A, Koçoğlu D, Spontan Preterm Doğum Sıklığı ve İlişkili Faktörler, *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi*, 2009, 6(3), 197-205.

- Eren NŞ, Şencan İ, Aksoy H, Koç EM, Kasım İ, Kahveci R, Samur G, Özkara A,** Evaluation of Dietary Habit During Pregnancy, *Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2015, 2, 89-95.
- Eroğlu D, Öktem M, Esinler İ, Yanık F, Zeyneloğlu HB,** Uterin Anomalili Vakalarda Gebelik Sonuçlarını ve Literatürünün Gözden Geçirilmesi, *başkent Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2007, 4(1), 43-46.
- Gedikbaşı A, Akyol A, Mağar V, Ark C, Ceylan Y,** 40 Yaş Üstü Gebeliklerin Perinatal Sonuçları, *Perinotoloji Dergisi*, Mart 2006; 14(1).
- Gilbert ES, Harmon JS,** Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum, Çeviri Ed. Taşkın L, 2. Baskı Çeviri, Ankara, 2011: 15, 35, 540-574.
- Göçmen E, Bilgiç İ, Ertan T, Yoldaş Ö, Bilgin A, Kılıç M, Tez M, Koç M,** Gebelikte Akut Apandisit Tanısı, *Selçuk Tıp Dergisi*, 2005, 21(2), 59-62.
- Gölcür M, Sarı O, Aydoğan Ü, Akpak YK, Keskin U,** Gebelerde Kronik Yorgunluk Sendromu Belirti ve Bulgularının Sıklığının Araştırılması, *Ankara Medical Journal*, 2017, 17(3), 160-173.
- Gümüşdaş M, Ejder Apay S,** Gebelikte Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2016, 3(1), 1-8.
- Ha V, McDonald SD,** Pregnant Women's Preferences for and Concerns About Preterm Birth Prevention: a Cross-Sectional Survey, *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 2017, 17(49), 1-10.
- Izoton de Sadovsky AD, Matijasevich A, Santos IS, Barros FC, Marinda AE, Silveira MF,** Socioeconomic Inequality in Preterm Birth in Four Brazilian Birth Cohort Studies, *Jornal de Pediatria*, 2017, 504, 1-8.
- Kamalak Z, Simavlı S, Duvan Cİ, Turhan NÖ,** Preterm Eylem Yönetimi, *Yeni Tıp Dergisi*, 2011, 28, 13-16.
- Karaçam Z, Ançel G,** Depression, Anxiety and Influencing Factors in Prognancy: a Study in A Turkish Population, *Midwifery*, 2009, 25(4), 344-356.
- Karaçam Z, Ekmen H, Çalışır H,** The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes, *Health Care for Women International*, 2012, 33(8), 697-718.
- Koçyiğit İD, Taşkaldıran A, Alp YE, Tekin U, Atıl F, Tüz HH, Sağsöz N,** Preterm Eylemle Sonuçlanan Odontojen Kaynaklı Enfeksiyon, *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2011, 28(3), 203-207.

Köksal HK, Karakus S, Impact of Sociodemographic Attributes on High-Risk Pregnancy, *Cumhuriyet Medical Journal*, 2017, 39(2), 494-500.

Körükçü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukçuoğlu K, Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu ile Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2017, 7, 152-158.

Köybaşı EŞ, Oskay ÜY, Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2017, 59, 1-5.

Krans EE, Davis MM, Stronger Starts for Mothers and Newborns: Implications for Prenatal Care Delivery, *National Institutes of Health Public Access Author Manuscript Curr Opin Obstet Gynecol Author Manuscript*, 2015, 26(6), 511-515.

Küçükdurmaz F, Efe E, Malkoç Ö, Kolus E, Amasyalı AS, Resim S, Prevalence and Correlates of Female Sexual Dysfunction Among Turkish Pregnant Women, *Turkish Journal of Urology*, 2016, 42(3), 178-183.

Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Dominguas RMSM, Dias MAB, Moreira ME, Gama SG, Prevalence and Risk Factors Related to Preterm Birth in Brazil, *The Author(s) Reproductive Health*, 2016, 13(3), 163-174.

Liu C, Cnattingius S, Bergström M, Östberg V, Hjern A, Prenatal Parental Depression and Preterm Birth: a National Cohort Study, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2016, 123, 1973-1982.

Mattheus D, Shannon M, Lim E, Gandhi K, The Association Between Socio-demographic Factors, Dental Problems, and Preterm Labor for Pregnant Women Residing in Hawaii, *Journal of Medicine and Public Health*, 2016, 75(8), 219-227.

Nie C, Dia Q, Zhao R, Dong Y, Chen Y, Ren H, The Impact of Resilience on Psychological Outcomes in Women With Threatened Premature Labor and Spouse: a Cross-Sectional Study in Southwest China, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2017, 15(26), 1-10.

Özçelik G, Karaçam Z, Gebelikte Sık Karşılaşılan Yakınmalar, Fiziksel, Ruhsal ve Cinsel Sağlık Sorunları, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkileri, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 30(3), 1-18.

Özdemir ÖÇ, Sürmeli M, Özel A, Yavuz İE, Topçuoğlu A, Ankaralı H, Gebelerde Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 2017, 22(2), 95-102.

Patel A, Prakash AA, Pusdecor YV, Kulkarni H, Hibberd P, Decection and Risk Stratafication of Women at High Risk of Preterm Birth in Rural Communities Near Nagpur, India, *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 2017, 17(311), 1-8.

Philips C, Velji Z, Hanly C, Metcalfe A, Risk of Recurrent Spontaneous Preterm Birth: a Systematic Review and Meta-analysis, *BMJ Open*, 2017, 7, 1-6.

Roosbeh N, Moradi S, Soltani S, Zolfizadeh F, Hasani MT, Yabendah AP, Factors Associated with Preterm Labor in Hormozgan Province in 2013, *Electronic Physician*, 2016, 8(9), 2918-2923.

Ruiz RJ, Dwivedi AK, Mallawaarachichi I, Balcazar HG, Stowe RP, Ayers KS, Pickler R, Psychological, Cultural and Neuroendocrine Profiles of Risk For Preterm Birth, *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 2015, 15(204), 1-9.

Sak S, İncebiyık A, uyanıkoğlu H, Turp AB, Hilali NG, Sak ME, Tersiyer Bir Merkezde Doğum Yapan Adolesan, Reprodüktif ve İleri Yaş Gebelerde Obstetrik ve Neonatal Sonuçların Karşılaştırılması, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2017, 48(3), 89-93.

Sayın NC, Varol FG, Arda S, Vatansever Ü, Acunaş B, Kurt İ, Spontan ve Tedavi İle Oluşan İkiz Gebeliklerde Perinatal ve Neonatal Sonuçların Karşılaştırılması, *Türk Fertilité Dergisi*, 2005, 13(1).

Sezen C, Ünsalver BÖ, Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki: Bir Gözden Geçirme ve Plot Çalışma, *The Journal of Neurobehavioral Science*, 2018, 5(1), 29-36.

Shapiro – Mendoza CK, Barfield WD, Henderson Z, James A, Howse JL, Iskande J, Thorpe PG, CDC Grand Rounds: Public Health Stratecies to Prevent Pretetm Birth, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2016, 65(32), 826-830.

Sotiriadis A, Papatheodorous S, Kavvadias A, Makrydimas G, Transvaginal Cervical Length Measurement for Prediction of Preterm Birth in Women with Threatend Preterm Labor: a Meta-analaysis, *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2010, 35, 54-64.

Sümer Ç, Yalvaç S, Kandemir Ö, Karçaaltıncaba D, Haberal A, Ultrasonografik Servikal Uzunluk Ölçümü ve Fetal Fibronektin Testinin Gerçek Preterm Eylemi Tespit Etmedeki Yeri, *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi*, 2010, 7(3), 189-195.

Sümer D, Çetin M, Yenicesu AG, Yanık A, Spontan ve IVF İkiz Gebeliklerin Obstetrik ve Perinatal Sonuçlarının Karşılaştırılması, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2013, 35, 526-531.

Şekeroğlu M, Baksu A, İnce Z, Gültekin H, Göker N, Özsoy S, Adolesan ve İleri Yaş Gebeliklerde Obstetrik Sonuçlar, *Şişli Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 2009, 43, 1-7.

Şen E, Şirin A, Preterm Eylem Tanısı Alan Gebelerin Kaygı, Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2013, 19(3), 159-163.

Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı (13. Baskı), Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2017: 269, 273, 342.

Vakilian K, Ranjbaran M, Khorsandi M, Sharafkhani N, Khodadost M, Prevalence of Preterm Labor in Iran: a Systematic Review and Meta-Analysis, *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 2015, 13(12), 733-748.

Vuruşkan G, Tapısız ÖL, Mungan T, Çağlar G, Aytan H, Fetal Maturasyonda Profilaktik Deksametazon ve Betametazonun Fetal Kalp Hızı Paterni ve Biyofizik Profili Üzerine Olan Etkileri, *Perinatoloji Dergisi*, 2004, 12(2).

WEB_1. (2015). Updated November 2015, World Health Organization web sitesi, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> (18.06.2016).

WEB_2. (2018). 19 February 2018, World Health Organization web sitesi, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth (02.10.2018).

WEB_3. (2016). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü web sitesi. Sağlık İstatistik Yıllığı 2016 (07.12.2018).

WEB_4. (2016). Sağlık Bakanlığı web site. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-hizmetlerinin-u-.html> (19.02.2016).

WEB_5. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü web sitesi. Sağlık Bakanlığı Personeli İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik 22 Mayıs 2014 Perşembe Resmi Gazete (13.12.2018).

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

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

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Araştırmanın Amacı erken doğum tehdidi tanısı olan gebelerin bakım gereksinimlerini belirlemektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için gebeliğinizin 20-37 haftalarında erken doğum tehdidi tanısı almış olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmaya dâhil edilen erken doğum tehdidi tanısı olan gebelere araştırma ile ilgili bilgi verilecek, çalışmaya katılmaya davet edilecek, sözlü ve yazılı onamları alınacak, araştırma verileri görüşme formu ile yüz yüze görüşme yapılarak doldurulacaktır. Görüşme sırasında veriler, araştırmacı tarafından görüşme formuna elle yazılacaktır. Görüşme süresinin yaklaşık 20-30 dakika olması beklenmektedir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluğunuz, araştırma ile ilgili size sorulan bütün soruları cevaplamaktır.

Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 150'dir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 1.5 yıldır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız **yaklaşık 20-30 dakikadır.**

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin erken doğum tehdidi olan gebelere sunulan bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumuna katkı sağlaması beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışma ile ilgili herhangi bir risk bulunmamaktadır. Araştırma sırasında size anket formunda yer alan kişisel bilgileriniz ve bakım gereksinimlerinizi belirleyecek sorular sorulacaktır. Veriler, araştırmacı tarafından görüşme formuna elle yazarak kayıt ve edilecektir.

KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI

Bu araştırma sırasında sizden kan örneği alınmayacaktır.

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

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besin bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Görüşmenin tamamlanamaması durumunda, çalışmadan çıkarılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu çalışmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/ SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Bu çalışma ile ilgili herhangi bir zararlanma durumu yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda, Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05468981805 no.lu telefondan Ebe Melike GÖKBARAZ'a ve 05322004655 no.lu telefondan Zekiye KARAÇAM'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Araştırma süreci ile ilgili tüm masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacak, size ve/veya sigorta sisteminize hiçbir ödeme yaptırılmayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen herhangi bir kurum bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

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

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

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

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Görüşme formuna kayıt edilen veriler, size ait tüm bilgiler ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma yayınlanırken kimlik bilgileriniz saklı tutulacaktır, ancak

araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tüm bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

() Okur yazar değil

() Okur yazar

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise

() Lisans

() Lisansüstü

3. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

() Evet

() Hayır

Cevabınız **evet** ise yaptığınız iş nedir?.....

4. Eşiniz çalışıyor mu?

() Evet

() Hayır

Cevabınız **evet** ise yaptığı iş nedir?.....

5. Sosyal güvenceniz var mı?

() Evet

() Hayır

6. Gelir düzeyinizi gideriniz ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendirirsiniz?

() Gelir giderden az

() Gelir ve gidere denk

() Gelir giderden fazla

7. Evlilik Durumunuz:

() Evli, resmi nikahı var

() Ayrı yaşıyor ya da boşanmış

() Evli, imam nikahı var

() Eşi vefat etmiş

() Çok eşli

8. Ailenizde eş ve çocuklarınız dışında birlikte yaşadığınız aile büyükleri ya da akrabalarınız var mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız **evet** ise kimler ile birlikte yaşıyorsunuz?

.....

9. Daha önce doğum yaptınız mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız **evet** ise kaç kez doğum yaptınız?.....

Cevabınız **evet** ise nasıl doğum yaptınız. () Normal doğum

() Müdahaleli doğum (vakum, forseps)

() Sezaryen doğum

() Normal doğum sonrası sezaryen doğum

10. Obstetrik Öykü:

Gebelik sayısı.....

Kendiliğinden düşük sayısı.....

Canlı doğum sayısı.....

Kürtaj sayısı.....

Yaşayan çocuk sayısı.....

11. Bu gebeliğinizi planlamış mıydınız?

() Evet () Hayır

12. Bu gebeliğinizi istiyor musunuz?

() Evet () Hayır

13. Gebe kalmadan önce sağlık kontrolü yaptırdınız mı?

() Evet () Hayır

14. Tedavi ile mi gebe kaldınız?

() Evet () Hayır

15. Gebelik öncesi kilonuz:.....

16. Şimdiki kilonuz:.....

17. Boyunuz:.....

18. Son adet tarihiniz:.....

19. Tahmini doğum tarihi:.....

20. Şu anki gebelik haftası:.....

21. Bir önceki gebeliğinizde doğum öncesi bakım aldınız mı?

() Evet () Hayır

22. Doğum öncesi bakım almaya gebeliğinizin kaçınıcı haftasında başladınız?

.....

23. Kaç kez doğum öncesi bakım hizmeti aldınız?.....

24. Kontrole gelmeniz istenen bütün zamanlarda gelebildiniz mi?

() Evet () Hayır

25. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız **evet** ise; Belirtiniz:.....

Tedavi alıyor musunuz?.....

26. Daha önceki gebelikleriniz süresince herhangi bir fiziksel rahatsızlık (aşırı bulantı kusma, düşük tehdidi, yüksek kan basıncı, diyabet vb. gibi) yaşadınız mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız **evet** ise; Nedir?.....

27. Daha önceki gebelikleriniz süresince yaşadığınız rahatsızlıklar nedeni ile hastaneye yattınız mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız **evet** ise; yatış nedeniniz ne idi?.....

28. Bu gebeliğiniz süresince herhangi bir fiziksel rahatsızlık (aşırı bulantı kusma, düşük tehdidi, yüksek kan basıncı, diyabet vb. gibi) yaşadınız mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız **evet** ise; Nedir?.....

29. **(28'inci soruda cevabınız evet ise),** bu rahatsızlık nedeni ile herhangi bir tedavi alıyor musunuz?

() Evet () Hayır

Cevabınız evet ise; ne tür tedaviler aldığınızı açıklayınız.

.....

30. Herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız **evet** ise; Nedir?.....

Bu nedenle doktora gittiniz mi? () Evet () Hayır

Bu nedenle size ilaç / reçete verildi mi? () Evet () Hayır

31. Daha önceki gebelikleriniz süresince herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız oldu mu?

() Evet () Hayır

Cevabınız **evet** ise; Gebeliğinizin kaçınıcı haftasında / ayında başladı?.....

Ne kadar süre devam etti?.....

Bu nedenle doktora gittiniz mi? () Evet () Hayır

Bu nedenle size ilaç / reçete verildi mi? () Evet () Hayır

32. Daha önceki lohusalık dönemlerinizde herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız oldu mu?

() Evet () Hayır

Cevabınız **evet** ise; Lohusalığınızın kaçınıcı gününde / ayda başladı?.....

Ne kadar süre devam etti?.....

Bu nedenle doktora gittiniz mi? () Evet () Hayır

Bu nedenle size ilaç / reçete verildi mi? () Evet () Hayır

33. Bu gebeliğiniz süresince ruhsal rahatsızlığınız oldu mu?

() Evet () Hayır

Cevabınız **evet** ise; Bu durum gebeliğinizin kaçınıcı haftasında / ayında başladı?.....

Ne kadar süre devam etti?.....

Bu nedenle doktora gittiniz mi? () Evet () Hayır

Bu nedenle size ilaç / reçete verildi mi? () Evet () Hayır

Ek 3. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

1. Sağlığın Algılanması-Sağlığın Yönetim Biçimi	
- Sağlık durumunu algılama: Başlıca yakınması? - Önceden geçirdiği hastalıklar ya da ameliyat? - Geçmişte ve halen sağlık arayış davranışları? - Sağlık sigortası - Halen uygulanan tedavi: Herhangi bir ilaç tedavisinde mi? - Önerilen tedavilere bağlılığı - Yaralanmaya neden olacak risk faktörü var mı? - Koruyucu uygulamalar (meme muayenesi gibi)	
2. Beslenme ve Metabolik Durum	
- Kilo kaybı ya da kilo alımı - Besleme durumu: Diyeti var mı? - Günlük sıvı alımı - İlaç ve alkol tüketimi - Yutma güçlüğü - Ağız boşluğu dahil, deri, doku ve mukoz membran bütünlüğü - Dişlerin durumu, problem var mı? - Beden ısısı	
3. Boşaltım Şekli	
- Barsak boşaltım sıklığı, özelliği - İdrara çıkma sıklığı, kontrolde güçlüğü var mı? Rengi? Miktarı? - Terleme, koku sorunu var mı?	

4. Aktivite Egzersiz Şekli-Fizik Bulgular	
- Solunum - Solunum yetersizliği - Öksürük-siyanoz - Solunum sesleri - Nabız hızı-ritmi - Kan basıncı - Ödem - Kas gücü-el sıkma - İstenilen-gereken aktiviteleri tamamlamak için yeterli enerji - Egzersiz şekli? Tipi? Düzenliliği? - Boş zamanlarda yapılan aktiviteler, çocuk, oyun faaliyetleri - Aşağıdaki faaliyetleri yapabilme yeteneğini algılama (Düzey Kodları; Düzey 0: Kendi kendine tam bakıyor Düzey 1: Araç-gerece gereksinim duyuyor Düzey 2: Bir başka kişinin denetiminde (yardım gereksinimi var) Düzey 3: Bir başka kişinin denetimine ya da yardımcı araç-gerece gereksinim duyuyor Düzey 4: Bağımlı ve katkıda bulunmuyor a. Beslenme b. Banyo yapma c. Tuvalete gitme d. Yatak hareket e. Giyinme f. Kendine çekidüzen verme g. Genel hareket h. Yemek pişirme i. Ev işlerini yürütme j. Alış-veriş	

5. Uyku-İstirahat Şekli	
- Uyku alışkanlıkları? Dinlenmiş hissediyor mu? - Uykuya başlama problemi? Rüya? Kabus? Erken uyanma? - İstirahat alışkanlıkları - Uyumak ve gevşemek için uyguladığı yöntemler	

6. Bilişsel-Algılama Şekli	
- Görme, işitme, hissetme, tat alma, dokunma ve koku alma yeteneği - İşitme gücü var mı? İşitme cihazı kullanıyor mu? - Görme gücü var mı? Gözlük kullanıyor mu? - Ağrı-rahatsızlık. Bunlarla nasıl baş edildiği? - Halüsinasyon? - Vücudun her iki tarafını da algılama - Belleği? Son günlerde herhangi bir değişiklik var mı? - Yargılama - Karar verme - Konsantre olma/dikkatini toplama yeteneği - En kolay öğrenme şekli? Öğrenmede zorluk?	

7. Kendini Algılama-Kendini Kavrama Şekli	
- Algıladığı herhangi bir korku ve tehlike - Endişe-korku? Gerginlik? - Huzursuzluk - Ruhsal durumda değişiklik-depresif, meraklı - Enerjisini kendine yöneltme yeteneği-hareketsizlik - Durumun kontrolü dışında olduğunu algılama şekli - Beden bilinci? Bireysel kimliği (Kendinizi tanımlar mısınız?)	

8. Rol-İlişki Şekli	
- Önemli kayıplar: Keder - Rolünü yerine getirme yeteneği, mesleği - Evlilik durumunuzu nasıl tanımlıyorsunuz? - Kişiler arası etkileşimi - Yaşamında önemli olan kişiler. Herhangi bir kişiler arası ilişki zorluğu var mı? - Aile yapısı: Herhangi bir zorluğu var mı? - Ailesinin ve ona yakın kişilerin hastalığa karşı tutumları - Ebeveyn olarak problemleri - İletişim becerileri - Kendine zarar verme riski var mı? - Diğerlerine yönelik zarar verme riski var mı?	

9. Cinsellik ve Üreme	
- Cinsel yaşamı: genel olarak cinsel yaşamınızı nasıl tanımlarsınız (doyumlu-doyumsuz...) - Gebelikten sonraki cinsel yaşamınızda herhangi bir değişiklik var mı? - Kontraseptifler kullanıyor mu/problemi var mı? - Menstrasyon öyküsü - Gebelik var mı? - Tecavüz öyküsü var mı? Cinsel yaşamınızda sizi rahatsız eden tecavüz olarak algılayabileceğiniz, yorumlayabileceğiniz bir durum var mı?	

10. Stres ile Baş etme/Tolere Etme Durumu	
- Mevcut stresörler: Yaşam zorlukları - Travmaya karşı tepki ve uyum - Yakın geçmişte büyük yaşam değişiklikleri - Stresörlerle baş etme şekli - Stresörlerle baş etmek için kullandığı kaynaklar - Aile desteğinin aile gelişimine destek olabilme	

11. İnanç ve Değerler	
- Yaşam hakkında ki inanç ve değerleri - Dini, kültürel/geleneksel inançlarınızla ilgili neler yaparsınız? Sizin için dinin önemi nedir? - Yararlı dini uygulamaları - Din adamı ile görüşme isteği	



Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ön Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/10/2016-E.46042



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
Anabilim Dalı Başkanı

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.10.2016 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 1 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Kurul Başkanı

KARAR 1

Protokol No : 2016/997
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
ADÜ Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "**Erken doğum tehdidi olan gebelerin bakım gereksinimleri**" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınıp izin belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen **çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)]lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına** ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüs Tıp Fakültesi Merkez Kampüs Kepez
Mevki 09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:
http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/

Bilgi İçin: Necla Yıldız
Unvan: Memur

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Ek 5. Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sonuç Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/02/2019-E.12155



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.02.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanıza ilgili alınan 21 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Doç.Dr. Tolga ÜNÜVAR
Kurul Başkan Yardımcısı

KARAR 21

Protokol No : 2016/997
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
Sağ. Bil. Fak. Ebelik Bölümü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 27.10.2016 tarihinde şartlı (kurum izni) onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "**Erken doğum tehdidi olan gebelerin bakım gereksinimleri**" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki tarihli dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Kurum izin belgesinin alınıp, dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayını** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Evrak Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/KV4JKT3>

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüs Tıp Fakültesi Merkez Kampüs Kepez
Mevki 09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:
Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Bilgi İçin: Tulay Şahin

Unvan: Sağlık Teknikeri

Ek 6. Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/12/2016-E.41281


Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Aydın Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

AYDIN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - AYDIN İLİ KEBİGS İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
20/12/2016 16:43 - 25305691 - 605.01 - E.02698
00033712866

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Şube : 25305691- 605.01

Konu : Melike GÖKBARAZ'ın
Araştırma İzni.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Adnan Menderes Üniversitesi Yazı ve Kurul İşleri Müdürlüğü'nün 14/12/2016 tarih ve E.22281 sayılı yazısı.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Melike GÖKBARAZ, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Ocak 2017- Aralık 2018 tarihleri arasında "Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Bakım Gereksinimleri" konulu tez çalışmasını gerçekleştirmek için Genel Sekreterliğimiz Eğitim, Ar-Ge Birimine talepte bulunmuştur. Söz konusu araştırması Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırma İzinleri Etik Komisyonu tarafından incelenmiştir.

Adı geçenin belirtilen tarihlerde anılan Hastanede çalışma yapması, çalışmayı yaparken kimlik taşıması, hasta mahremiyetine dikkat etmesi, hizmeti aksamasına mahal vermemesi, çalışma sonuçlarını Genel Sekreterliğimizle paylaşması kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgileriniz ile gereğini arz ve rica ederim.

Uz. Dr. Selma ÖZCAN
Genel Sekreter

DAĞITIM:
-Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü
(Yazı ve Kurul İşleri Müdürlüğü)
-Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yöneticiliği

Aydın Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tel: 0256 214 33 62 Fax: 0256 214 56 60
e-posta: sumeyra.celebi@saglik.gov.tr Telefon No: (0256) 214 3362/4010
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 695fceb-4cf9-46b9-8aad-4b506307edd5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi İçin: Sümeyra ÇELEBİ

11/Aralık 2016

**Ek 7. Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği İzin Yazısı**

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/03/2017-E.14561

 T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 63364346-804.01
Konu : Veri Toplama hk.

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 17.02.2017 tarih ve 10375 sayılı yazınız.

İlgi yazınız üzerine, Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı ile gerekli yazışma yapılmış olup Enstitünüz Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Melike GÖKBARAZ'ın "Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Bakım Gereksinimleri" konulu tez çalışmasını Ocak 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında yapması ilgili Anabilim Dalı Başkanlığınca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Yrd.Doç.Dr. Mücahit KAPÇI
Başhekim

Ek:Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 01.03.2017 tarih ve 13010 sayılı yazısı (1 sayfa)

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Aytepe Mevkii Pk:09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 444 12 56 Faks No: 0256 214 40 86
E-Posta: rektorluk@adu.edu.tr İnternet Adresi: http://hastane.adu.edu.tr/

Bilgi İçin: Tuğba TÜRK
Unvan: Tıbbi Sekreter

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : GÖKBARAZ, Melike
Uyruk : T.C.
Doğum Yeri ve Tarihi : Denizli 01.01.1987
Telefon : 05468981924
e-mail : melike.gokbara@adu.edu.tr
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora		-
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2018
Lisans	Ankara Üniversitesi	2009

BURSLAR ve ÖDÜLLER:

xxx

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2010-	Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi	Servis Ebesi

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

2. PROJELER

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler