



T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERİN YAŞADIĞI ANTEPARTUM SEMPTOMLAR İLE
GEBELİKTE RİSK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

NURSEMA AKSÖZ

0000-0002-3799-5609

EBELİK ANA BİLİM DALI

Ebelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SİVAS

MAYIS-2023

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERİN YAŞADIĞI ANTEPARTUM SEMPTOMLAR İLE
GEBELİKTE RİSK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

NURSEMA AKSÖZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANA BİLİM DALI
Ebelik Programı

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. GÜLSEREN DAĞLAR

SİVAS-2023

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 2023 tarihli ve 2/9 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

KATKI BELİRTME / TEŞEKKÜR

Tez çalışmam, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana her türlü desteği gösteren, her anlamda bilgi ve tecrübesini esirgemeyen, kendine has tarzıyla her daim ilgili, anlayışlı, yol gösterici olan, öğretmeye gönül vermiş hem akademik hem de kişisel gelişimime değerli katkılarda bulunmuş olan, öğrencisi olmaktan her zaman mutluluk ve gurur duyacağım kıymetli ve saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Gülseren DAĞLAR başta olmak üzere,

Tez savunma sınav jürisinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer Doç. Dr. Özlem DURAN AKSOY'a ve Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN'a,

Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere,

Tez çalışmamı uygulayabilmem için hastanede desteklerini esirgemeyen sağlık çalışanlarına,

Bu süreçte bana yardımcı olan arkadaşlarıma,

Son olarak beni bugünlere getiren, tüm zorlu süreçlerimde desteklerini hiç eksik etmeyen, her kararımın arkasında dağ gibi duran, attığım her adımda yanımda olan, evlatları olmaktan gurur duyduğum çok kıymetli annem Fikriye AKSÖZ'e ve babam Metin AKSÖZ'e; hayatımdaki en büyük şansım olan canım kardeşlerim Nafiye ve Semra AKSÖZ'e

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM

SAYGILARIMLA

SİVAS

NURSEMA AKSÖZ

MAYIS-2023

ÖZET

GEBELERİN YAŞADIĞI ANTEPARTUM SEMPTOMLAR İLE GEBELİKTE RİSK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Nursema AKSÖZ

Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Gülseren DAĞLAR

2023, 121 Sayfa

Araştırmada gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar ile gebelikte risk algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Örneklemi 01.10.2020-31.01.2021 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne sağlıklı gebelik izlemi için başvuran 9. ve 40. gebelik haftası arasında olan, sağlıklı gebelik yaşayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 615 gebe oluşturmuştur. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Gebelik Semptom Envanteri (GSE) ve Gebelikte Risk Algısı Ölçeği (GRAÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik ölçütleri, tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklem t testi, ki-kare testi ve pearson kolerasyon analizi kullanılmıştır.

Gebelerin gebelik haftası ortalaması $22,18 \pm 9,42$ olup %26,5'i birinci trimester, %41,5'i ikinci trimester, %32,0'si üçüncü trimesterdedir. GSE semptom sıklığı toplam puan ortalaması $39,85 \pm 16,57$; semptomlarının günlük aktiviteleri kısıtlama durumu toplam puan ortalaması $54,28 \pm 9,55$ 'tir. GRAÖ toplam puan ortalaması $2,71 \pm 1,69$; bebeğe yönelik risk algısı puan ortalaması $2,49 \pm 1,92$; kendine yönelik risk algısı puan ortalaması $2,99 \pm 1,82$ 'dur. Gebelerin toplam risk algısı düşük olup kendine yönelik risk algısı bebeğe yönelik risk algısından daha yüksektir.

Gebelerin %70'den fazlası sık idrar çıkma, memelerde hassasiyet, lökore, aşırme, yorgunluk ya da halsizlik, uyku bozukluğu ve sırt ağrısı semptomlarını yaşamaktadır. Semptom yaşayan gebelerin %70'den fazlasının yaşamını reflü, siyatik ağrı, yorgunluk ya da halsizlik, depresif hissetme, uyku bozukluğu, huzursuz bacak ve sırt ağrısı kısıtlamaktadır.

GSE semptom sıklığı ve kısıtlama toplam puanı ile GRAÖ hem toplam hem de alt boyutlar (gebenin bebeğe yönelik risk algısı ve gebenin kendine yönelik risk algısı) arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Gebelerin yaşadığı semptomlar ve yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlaması arttıkça toplam risk algısı ile bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı artmaktadır.

Sonuçta; gebeler en fazla genito-üriner sistem en az cilt ile ilgili semptomlar yaşamakta; semptom yaşayan gebelerin günlük yaşamını en fazla nöro-psikolojik sistem, en az cilt ile ilgili semptomlar kısıtlamaktadır. Gebelikte semptom yaşama ve yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu arttıkça gebelikte risk algısı artmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda gebelerin gebelikte yaşanan semptomlarla baş edebilmesi ve gebenin kendine yönelik risk algısının düşük düzeyde olması için gebelere antepartum semptomlar hakkında eğitim ve danışmanlık yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Antepartum semptomlar; ebelik; gebelik; gebelikte risk algısı; risk; risk algısı

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN ANTEPARTUM SYMPTOMS EXPERIENCED BY PREGNANTS AND RISK PERCEPTION DURING PREGNANCY

Nursema AKSÖZ

Master Thesis

Master Thesis, Midwifery Department

Supervisor: Assoc. Prof. Gülseren DAĞLAR

2023, 121 pages

The aim of the study was to assess the relationship between antepartum symptoms experienced by pregnant women and risk perception during pregnancy. The study was conducted by using cross-sectional and descriptive method. The sample included 615 pregnant women who applied to the Sivas Numune Hospital Obstetrics and Gynecology Polyclinic for healthy pregnancy follow-up between October 1, 2020 and January 31, 2021, were in between 9 and 40 weeks of pregnancy, had a healthy pregnancy, and had consented to take part in the study. The Personal Information Form, Pregnancy Symptom Inventory (PSI), and Perception of Pregnancy Risk Scale (PPRS) were used to gather the data. Descriptive statistics, one-way analysis of variance, independent-sample t test, chi-square test, and Pearson's correlation analysis were utilized in the evaluation of the data.

The average of the pregnancy week of the pregnant women was 22.18 ± 9.42 , with 26.5% of them in the first trimester, 41.5% in the second trimester, and 32.0% in the third. The mean total score for the PSI symptom frequency was 39.85 ± 16.57 ; the mean total score for the symptoms that impede daily living was 54.28 ± 9.55 . The PPRS total score averaged out to 2.71 ± 1.69 points; the mean score for their baby's risk perception was 2.49 ± 1.92 ; the mean score for their own self-perception of risk was 2.99 ± 1.82 . Pregnant women have a low overall risk perception, with a higher risk perception for themselves than for their unborn child.

The symptoms of frequent urination, breast soreness, leukorrhea, cravings, weakness or exhaustion, disturbed sleep, and back pain were felt by more than 70% of pregnant women. The lives of more than 70% of pregnant women who

experienced the symptoms were limited by reflux, sciatic pain, weariness or weakness, feeling melancholy, disturbed sleep, restless legs, and back pain.

A low, positive, and significant relationship was found between PSI symptom frequency and total restriction score, and both total and sub-dimensions of PPRS (pregnant woman's risk perception towards her baby and pregnant woman's risk perception towards herself) ($p < 0,05$). The sense of overall risk as well as the risk perception towards both the mother and the unborn child increases as the symptoms experienced by pregnant women and the restriction of the symptoms experienced in everyday life grow.

As a result of the study, it was determined that pregnant women experienced symptoms related to genito-urinary system most frequently and symptoms related to skin least frequently. The everyday life of pregnant women who encountered symptoms is restricted by the neuro-psychological system symptoms most frequently and by those related to the skin the least. The risk perception during pregnancy increased as the condition of having symptoms during pregnancy and the constraint of everyday living by the experienced symptoms increased.

According to these findings, it is advised that pregnant women receive information and counselling on antepartum symptoms in order to manage the symptoms encountered throughout pregnancy and to have a low degree of risk perception towards themselves.

Keywords: Antepartum symptoms; midwifery; pregnancy; risk perception during pregnancy; risk; risk perception

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
KATKI BELİRTME / TEŞEKKÜR	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
GRAFİKLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Gebelikte Sistemlerde Meydana Gelen Değişikler ve Semptomlar	5
2.1.1. Üreme Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler	6
2.1.1.1. Üreme Sistemi Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları	8
2.1.2. Üriner Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler	9
2.1.2.1. Üriner Sistem Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları.....	10
2.1.3. Gastrointestinal Sistemde (GİS) Meydan Gelen Değişiklikler.....	11
2.1.3.1. GİS’de Görülen Semptomlar ve Ebelik Yaklaşımları	12
2.1.4. Kardiyovasküler Sistemdeki (KVS) Meydan Gelen Değişiklikler.....	14
2.1.4.1. KVS Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları	15
2.1.5. Solunum Sisteminde Meydan Gelen Değişiklikler.....	16
2.1.5.1. Solunum Sistemi Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları.....	17

2.1.6. Kas İskelet Sisteminde (KİS) Meydana Gelen Değişiklikler	17
2.1.6.1. KİS Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları.....	18
2.1.7. Ciltte Meydana Gelen Değişiklikler	18
2.1.7.1. Cilt Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları	19
2.1.7. Nörolojik Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler	20
2.1.7.1. Nörolojik Sistem Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları.....	20
2.1.8. Psikolojik Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler	21
2.1.8.1. Psikolojik Sistemde Görülen Semptomlar ve Ebelik Yaklaşımları	22
2.1.9. Gebelikte Yaşanan Semptomlara Yönelik Ebelik Yaklaşımları.....	24
2.2. Gebelikte Risk Algısı	25
2.2.1. Gebelikte Risk Algısına Yönelik Ebelik Yaklaşımları	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Türü	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	29
3.3. Araştırmanın Evreni	29
3.4. Araştırmanın Örneklemi	29
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	31
3.6. Veri Toplama Araçları.....	31
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek II).....	31
3.6.2. Gebelik Semptom Envanteri (GSE) (Ek III).....	31
3.6.3. Gebelikte Risk Algısı Ölçeği (GRAÖ) (Ek IV).....	33
3.7. Ön Uygulama	34
3.8. Verilerin Toplanması \ Araştırmanın Uygulanması	34
Şekil 1. Araştırmanın Uygulanma Planı.....	35
3.9. Verilerin Değerlendirmesi	35

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	37
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	81
6.1. Sonuçlar.....	81
6.2. Öneriler.....	82
KAYNAKLAR	83



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Gebelikte Yaşanan Semptomların Sistemlere Göre Dağılımı.....	33
Tablo 2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler.....	36
Tablo 3. GSE ve GRAÖ'ne Ait İç Geçerlilik Katsayıları	37
Tablo 4. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 5. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	40
Tablo 6. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Tablo 7. GRAÖ Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Tablo 8. Gebelerin Sistemlere Göre Semptom Yaşama Durumu ve GSE'nde Yaşadığı Semptomların Sıklık Puan Ortalamaları Dağılımı.....	44
Tablo 9. Gebelerin Yaşadığı Semptomların Sıklık Dağılımı	45
Tablo 10. Gebelerin Sistemlere Göre Semptom Yaşama ve Yaşadığı Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumlarının Dağılımı.....	46
Tablo 11. Gebelerin Yaşadığı Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumunun ve GSE'ne Göre Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumu Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 12. Gebelerin Yaşadığı Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumunun Dağılımı	51
Tablo 13. Gebelerde Trimesterlere Göre En Yaygın Görülen ve Günlük Yaşamı En Fazla Kısıtlayan Semptomların Dağılımı.....	52
Tablo 14. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşadığı Semptomların Sistemlere İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 15. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Yaşadığı Semptomların Sistemlere İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55

Tablo 16. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşadığı Semptomların Sistemlere İlişkin Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 17. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Yaşadığı Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumunun Sistemlere İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	60
Tablo 18. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre GRAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 19. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre GRAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Tablo 20. Gebelikte Sistemlere Göre Semptom Yaşama ve Yaşanan Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumu ile Gebelikte Risk Algısı Arasındaki İlişki	64

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1. GRAÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Grafik 2. Gebelerin Sistemlere Göre Semptom Yaşama Durumu (n=615)	48
Grafik 3. Gebelerin Yaşadığı Semptomların Sistemlere Göre Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumunun Dağılımı	48

ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Araştırmanın Uygulanma Planı	35
--	----

KISALTMALAR

American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

Gastrointestinal Sistem (GİS)

Gebelik Semptom Envanteri (GSE)

Gebelikte Risk Algı Ölçeği (GRAÖ)

Genito-Üriner Sistem (GÜS)

Huzursuz Bacak Sendromu (HBS)

Kardiyovasküler Sistem (KVS)

Kas İskelet Sistemi (KİS)

Türk Dil Kurumu (TDK)

Üriner İnkontinans (Üİ)

World Health Organization (WHO)

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşamın bir parçası olan gebelik; fertilizasyondan doğuma kadar fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak, homeostazisi korumak, doğum eylemine ve doğum sonrası döneme hazırlamak için anatomik, fizyolojik, psikolojik ve biyokimyasal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen gebe kadınlar gebelik süresince tüm sistemlerde değişimler yaşamakta (Ceylan, 2022; Çiftçi Mutlu, 2021; Şen, 2020; Akcan, 2019; Kamalak, 2015), gebelik döneminde görülen bu değişimler antepartum semptomlara neden olmaktadır (Akcan, 2019; Şahin, 2019). Antepartum semptomların bazılarının sebebi bilinmezken birçoğu hormonal değişikliklere ve büyüyen uterusu bağlı oluşmaktadır (Çetin ve ark., 2017; Özçelik ve Karaçam, 2014).

Gebelikte görülen antepartum semptomlar, erken dönem (birinci trimester) ve geç dönem (ikinci ve üçüncü trimester) semptomlar adı altında iki bölümde incelenmektedir (Özorhan, 2016). Gebeliğin birinci trimesterinde daha çok kokulara karşı hassasiyet, bulantı-kusma, burun tıkanıklığı, burun kanaması, halsizlik, sık idrara çıkma, memelerde hassasiyet, pityalizm, palmar eritem, vajinal akıntıda artma, lökore, ambivalan duygular ve abdominal rahatsızlık yaşanabilmektedir. İkinci ve üçüncü trimesterlerde ise mide yanması, iştahta artma, ödem, varis, gaz, hemoroid, konstipasyon, sırt ağrısı, kas krampları, solunum sıkıntısı, uyku sorunları, round-ligament ağrısı, karpal tünel sendromu, baş ağrısı ve braxton hicks kasılmaları görülebilmektedir (Akcan, 2019; Beji ve Dişsiz, 2019; Şahin, 2019; Özorhan, 2016; Taşkın, 2016; Kamalak, 2015). Ancak bu semptomların sıklık ve şiddeti gebeden gebeye değişiklik gösterebilmektedir.

Gebelerin yaşadığı semptomların sıklığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda; gebelerin en fazla sık idrara çıkma, yorgunluk ya da halsizlik, sırt ağrısı ve uyku bozukluğu yaşadığı (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Şen, 2020), en fazla yaşanan semptomların günlük yaşamı çok kısıtladığı görülmüştür (Polat, 2022). Özyürek (2019) de gebelerin yaşadığı semptomları trimesterlere göre değerlendirmiş;

birinci trimesterde bitkinlik ve yorgunluk (%96,3), mide bulantısı (%77,8), sık idrara çıkma (%66,6), vajinal akıntıda artma (%59,2) ve sırt-bel ağrısı (%55,5); ikinci trimesterde bitkinlik ve yorgunluk (%89,9), sık idrara çıkma (%75,4), sırt-bel ağrısı (%52,2), vajinal akıntıda artma (%50,7) ve reflü (%39,1); üçüncü trimesterde bitkinlik ve yorgunluk (%73,7), uyku problemi (%60,5), sık idrara çıkma (%45,6), vajinal akıntıda artma (%27,2) ve sırt ve bel ağrısı (%22,8) semptomlarının sık yaşandığı sonucuna ulaşmıştır. Kadınlar gebelikte fizyolojik semptomlara ek olarak trimesterlere özgü psikolojik değişimler de yaşamaktadır. Birinci trimesterde gebeliği kabul edip etmeme, duygu belirsizliği, ambivalan duygular, ikinci trimesterde narsizim, içe dönme, olumsuz beden imajı algısı, üçüncü trimesterde de tekrar ambivalan duygular, duyarlılık, destek arayışları ve duygusal bağımlılık yaşanabilmektedir (Özorhan, 2016; Özorhan, 2014).

Gebelerin yaşadığı bu semptomların sıklığı kadından kadına değişebildiği gibi kadınların verdiği tepkiler de değişiklik gösterebilmektedir (Arslan ve ark., 2019). Semptomların ve semptomlara verilen tepkilerin belirlenmesi kadar kadınların bu semptomları risk olarak algılayıp algılamaması da önemlidir. Bu nedenle gebelerin gebelikte risk algılarının belirlenmesi gereklidir (Özorhan, 2016). Yapılan bir çalışmada gebe kadınların %67,0'sinin gebelikte yaşanan fizyolojik semptomları normal, %12,5'inin ise patolojik olarak algıladığı saptanmıştır (Özkan ve Arslan, 2007). Türk Dil Kurumu'na (TDK) (2023) göre algı “*bir şeye dikkati yönelterek o şeyin bilincine varma, idrak*” olarak tanımlanmıştır. Gebelik algısını; gebelikteki semptomlar, geçmiş yaşam deneyimleri, gebeliğe karar verme sebebi, gebelikten beklentileri, gebeliğe bakış açısı, hayalleri, psikolojik, fizyolojik, sosyokültürel ve ekonomik durum, toplumsal bakışı ve kadının statüsü, gebelikte yaşanan sorunlar ve bunların şiddeti gibi birçok faktör etkilemektedir (Arslan ve ark., 2019; Kumcağız, 2017). TDK'ye göre risk “*zarara uğrama tehlikesi*” iken (TDK, 2023) Sjoberg, riski “*bir olayın gerçekleşme ve o olaydan olumsuz etkilenme olasılığı, tehlikeden kaynaklanabilecek kayıp, yaralanma veya başka zarar verici olayın meydana gelme ihtimali*” olarak tanımlamıştır (Sjoberg, 2000). Risk algısı ise bir riskin meydana gelme olasılığı ve potansiyel zararları hakkında insanların sahip olduğu subjektif bir yargıdır (Lee ve ark., 2012). Risk algısı “sezgisel tarama”nın işlevi olan öznel bir

sorundur ve kişiden kişiye değişiklik göstermektedir (Lee ve ark., 2012; Sjoberg, 2000).

Gebelikte risk algısı, kişisel, fizyolojik, psikolojik ve kültürel birçok faktöre dayanan karmaşık bir süreçtir. Bu faktörler algılanan riskin derecesine, risk ile ilgili bilginin nasıl sunulduğuna ve bilginin kaynağına duyulan güven derecesine bağlıdır (Lee ve ark., 2019). Risk algısını belirlemede toplumun başkalarını önemsemesi, geleneksel ve sosyal değerleri, sorumlulukları, bireyin riski ne ölçüde algıladığı, bunu etkileyen duygular ve bu duygularla başa çıkmak için kullanılan stratejiler önemlidir (Lennon, 2016). Gebe kadınlar tarafından gebelikteki riskli durumların belirtileri gebelikte yaşanabilen semptomlar olarak normal kabul edildiğinde sağlık kuruluşuna başvurmada ve bakım almada gecikmeler yaşanabilmektedir (Lee ve ark., 2012). Kadınlar, gebelikte yaşanan semptomların olumsuz sonuçlarının kendilerine ciddi düzeyde zarar verebileceğinin farkında olduğunda da obstetrik süreçte olası riskleri en aza indirmek, komplikasyonları önlemek, anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek, doğum öncesi bakım almak için vakit kaybetmeden sağlık kuruluşuna başvurmak istemektedir (Evcili ve Dağlar, 2019; Dönmez, 2018).

Literatür incelendiğinde; gebelikte yaşanan semptomların sıklığını (İncirkuş, 2021; Kul, 2021; şen, 2020; Dönmez, 2018), şiddetini (zyrek, 2019; şahin, 2019; Kamalak, 2015; Aydemir ve Hazar, 2014) ve yaşam kalitesine etkisini (Akcan, 2019; Demir, 2019; zorhan, 2016) inceleyen, risk algısını saptayan (Maharramova, 2022; Sangin ve Phonkunsol, 2021; Rajbanshi, 2021; Lee ve ark., 2019), gebelikte risk algısı ile iyilik halini (Okayay ve Sunay, 2022) ve tıbbi sağlık algısını değerlendiren (Bayrampour, 2012), etkileyen faktörlerin belirlendiği ve trimesterler arası karşılaştırmanın yapıldığı (Gözüyeşil ve ztrk, 2022) alışmalar bulunmaktadır. Buna rağmen gebelerin yaşadığı semptomlar ve gebelikte risk algısını bir arada değerlendiren, gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar ile gebelikte risk algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya tarafımızca rastlanmamıştır. Oysaki gebelikte kadının sağlık durumu, gebelik komplikasyonları, gebelik yaşı risk algısını etkilediği gibi gebelik semptomları da etkilemektedir (Bayrampour, 2012). Gebelik dönemindeki fizyolojik tepkiler kadar risk algısının da belirlenerek yönetilebilmesi önemlidir. Bütüncül bir yaklaşım açısından gebelik izlemlerinde tıbbi değerlendirme

yapılırken, fiziksel değerlendirme ile birlikte risk algısı değerlendirilerek riskli grup içerisinde yer alan gebeler belirlenmeli, bilgilendirilmeli ve yakından takip edilmelidir. Bu doğrultuda gebelerin yaşıadığı semptomlar ile gebelikteki risk algısı arasındaki ilişkiyi belirlemenin gebelere daha iyi bir bakım sunmada başta ebeler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine yol göstereceği düşünölmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, gebelerin yaşıadığı antepartum semptomlar ile gebelikte risk algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Gebelerin en sık yaşıadığı antepartum semptomlar nelerdir?
2. Gebelerin yaşamını kısıtlayan antepartum semptomlar nelerdir?
3. Gebelerin gebelikte risk algısı düzeyleri nasıldır?
4. Gebelerin yaşıadığı antepartum semptomlar ile gebelikte risk algısı arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Doğurganlık çağına gelen her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olay olan gebelik; ovum ile spermiumun birleşerek 46 kromozomlu yeni bir hücre (zigot) meydana getirmesidir (Taşkın, 2016). Gebelik süresi son menstruasyonun ilk gününden itibaren hesaplandığında 280 gün veya 28 günlük 10 lunar ay veya 40 haftadır. Fertilizasyon gününden itibaren hesaplandığında ise 267 gündür ve bu 267 güne gerçek gebelik süresi denir (Taşkın, 2016; Aydemir ve Hazar, 2014). Ayrıca gebelik “trimester” adı verilen üç ayrı dönemden oluşmaktadır. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği - American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG, 2021) tarafından yayınlanan raporda 0-13. haftalar arası birinci trimester (1-3 ay), 14-27. haftalar arası ikinci trimester (4-7 ay), 28-40. haftalar arası ise üçüncü trimester (7-9 ay) olarak belirtilmektedir.

2.1. Gebelikte Sistemlerde Meydana Gelen Değişikler ve Semptomlar

Gebelikte fertilizasyondan doğuma kadar fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak, homeostazisi korumak, doğum eylemine ve doğum sonrası döneme hazırlanmak için anatomik, fizyolojik ve psikolojik birçok değişim meydana gelmektedir (Taşkın, 2016). Bu değişimlerin bir kısmının sebebi bilinmezken bir kısmının hormonal değişikliklere ve büyüyen uterusu bağlı olduğu düşünülmektedir. Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadındır ancak eş ve aile üyeleri de hem bu süreci etkilemekte hem de bu süreçten etkilenmektedir. Bu nedenle gebelik hem kadın için hem de aile üyeleri için gelişimsel bir kriz dönemidir (Özorhan, 2016; Taşkın, 2016). Bu kriz sürecinde anne organizmasında; genito-üriner, gastrointestinal, kardiyovasküler ve solunum, kas iskelet, nöro-psikolojik sistemde ve ciltte değişiklikler meydana gelmektedir (Özyürek, 2019; Özorhan, 2016; Taşkın, 2016; Nazik ve Eryılmaz, 2014). Bu değişikliklere bağlı olarak gebelikte çok sayıda semptom yaşanabilmektedir (Özyürek, 2019; Nazik ve Eryılmaz, 2014). Foxcroft ve ark. (2013), normal bir gebelikte ortaya çıkabilecek 38 adet semptom bildirmiştir. Dönmez ve ark. (2018) gebelerin %13,6'sının gebelik semptomlarından en az birini yaşadığını, Özçelik ve Karaçam (2014) da gebelerin %99,8'inin gebelikleri süresince bir ve daha fazla semptomla karşılaştıklarını saptamıştır.

2.1.1.Üreme Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler

İmplantasyonla başlayıp doğum sonu süreçte de devam edecek anatomik, fizyolojik ve psikolojik birtakım değişiklikler ilk olarak üreme sisteminde görülmektedir. Bu değişiklikler genelde damarlanma ve hormon yapısındaki artış ile ilişkilidir. Üreme sisteminde uterus, serviks, vajen, perine, tuba uterinalar ve memelerde değişiklikler olmaktadır (Taşkın, 2016).

Uterus: Uterus, fetüsün büyüyüp geliştiği yerdir. Bu nedenle uterusda önemli değişiklikler görülmektedir. Gebelikten önce antefleksiyon pozisyonunda, 60 gram ağırlığında, küçük, solid ve armut şeklinde olan uterus; term bir gebelikte 1100 gram ağırlığındadır. Kapasitesi 10 ml'den 5000 ml'ye kadar çıkmaktadır (Beji ve Özkan, 2019; Özorhan, 2016; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015). Östrojen ve progesteron hormonlarının etkisiyle kas liflerinde ve endometrium tabakasında hipertrofi (hücrelerin hacimce artması) ve hiperplazi (hücrelerin sayıca artması) meydana gelmektedir (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016). İlk trimesterde uterin duvarlar östrojen hormonu ve myometrial hiperplazi etkisiyle kalınlaşırken, ikinci ve üçüncü trimesterde kas fibrinlerindeki hipertrofi etkisiyle incelmektedir. Son trimesterde ise hem fetüs hem de uterin kontraksiyonlar abdominal duvardan kolaylıkla palpe edilebilmektedir (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016). İlk kez 1872'de Braxton Hicks tarafından keşfedilen kontraksiyonlar, birinci trimesterde plasental dolaşıma yardımcı olurken üçüncü trimesterde servikal dilatasyonu sağlamaktadır (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Serviks ve Vajen: Fibröz bir dokuya sahip olan serviks; gebelik boyunca yumuşama, boyunda kısalma, silinme (efasman), huni biçimini alıp (funneling-hunileşme) dilate olma gibi değişimler göstermektedir (Taşkın, 2016). Gebelik öncesi serviksin kıvamı burun ucuna benzer iken konsepsiyondan sonra kulak memesi kıvamına gelmektedir. Serviks gebeliğin 6-8 haftalarında vazokonjesyon nedeniyle yumuşamakta ve bu yumuşama "Godell's işareti" olarak adlandırılmaktadır (Beji ve Özkan, 2019; Özorhan, 2016; Taşkın, 2016). Gebelikte servikal glandlarda proliferasyon ve progesteron hormonunun etkisi ile servikal glandlarda müköz bir tıkaç oluşmakta ve fetüs dış ortamdaki mikroorganizmalardan korunmaktadır. Bu tıkaç doğumda servikal dilatasyon başladığı zaman hafif kanlı

müköz bir sıvı şeklinde atılmaktadır. Buna nişane (bloody show) ya da kanlı işaret denir (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016). Gebelikte östrojen ve progesteron hormonlarının etkisi ile servikte vazokonjesyon artar ve servikal glandların hipertrofisi ve hiperplazisi sonucu serviks koyu mavi, vajen mor bir renk almaktadır. Vajinadan sonra labialara da yansıyan bu renk değişimi gebeliğin en erken belirtilerinden biridir ve “Chadwick’s işareti” olarak adlandırılmaktadır (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016). Vajen ödemli ve yumuşaktır. Vajinal mukoza hücrelerinde glikojen içeriği artmakta, vajina epitelindeki laktobasiller laktik asit üreterek vajen pH’sını düşürmekte ve vajinada asidik bir ortam oluşturmaktadır (Özkan ve Bilgin, 2019). Ortamın asidik oluşu enfeksiyon gelişimini önlerken glikojenden zengin bir ortam inatçı mantar enfeksiyonun sık görülmesine neden olmaktadır (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016). Ayrıca vajinal mukozanın hiperplazisi ve östrojen düzeyinin yükselmesi ile endoservikal glandlar tarafından mukus üretimi artmakta olup gebelik boyunca görülen normal vajinal akıntının artmasına (lökore) neden olmaktadır (Özkan ve Bilgin, 2019).

Vulva ve Perine: Gebelik boyunca vulva ve perinede damarlanma artışı ve büyüyen uterusun baskısı ile varislere eğilim artmaktadır. Damarlanmanın artması, ödem ve konnektif doku değişiklikleri vulva ve perine dokusunda esnekliğe neden olmaktadır. Pigmentasyon artışı ile perine daha koyu bir renk almaktadır. Pelvik konjesyon orgazmik periyodu ve cinsel isteği artırmaktadır (Özkan ve Bilgin, 2019; Taşkın, 2016).

Tuba Uterinalar: Gebelik sırasında tuba uterina kası hafif hipertrofiye uğramakta ve tuba mukoza epiteli kısmen düzleşmektedir (Özkan ve Bilgin, 2019). Gebelik boyunca artan östrojen ve progesteron seviyesi, ovulasyon için gerekli olan folikül stimüle eden hormon (FSH) ve luteinize hormon (LH) salınımı üzerine negatif etki ederek overlerdeki ovulasyon sürecini baskılamaktadır. Gebelikte pek çok folikül gelişmeye devam etmekte ancak hiç bir folikül yeterli olgunluğa ulaşamamaktadır (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016).

Memeler: Memelerdeki değişim gebeliğin ilk belirtilerinden biridir. Gebelik süresince östrojen ve progesteron hormonun etkisiyle meme dokusunda hem şekilsel hem de yapısal değişiklikler meydana gelmektedir. Östrojen hormonu meme kanal

dokusunun gelişiminden, progesteron hormonu lob, lobül ve alveollerin gelişiminden sorumludur. Gebeliğin erken döneminde memelerde hassasiyet, sızı ve dolgunluk yaşanırken, geç döneminde memelere olan kan akımı, superfasiyal ven ağrı belirginliği, areolanın pigmentasyonu artmakta ve nipple (meme ucu) daha erektel bir hal almaktadır. Memelerden gebeliğin 12. haftasına kadar sıvı gelmezken 12. gebelik haftasından sonra elle sağıldığında sarı renkte antikor yönünden zengin olan kolostrum gelmektedir. Gebeliğin son trimesterinde kendiliğinden salgılanan kolostrum doğumdan sonra beşinci günde olgun süte dönüşmektedir (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

2.1.1.1. Üreme Sistemi Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları

Üreme sistemindeki değişikliklere bağlı olarak lökore, cinsel istekte değişiklik, memelerde hassasiyet, meme ucunda ağrı, meme ucunda renk değişikliği semptomları yaşanmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Vajinal Akıntıda Artma (Lökore): Üreme sistemindeki yaygın semptomlardan biri olan lökore çoğu zaman tedavi gerektirmeyen; renksiz, kokusuz ve kaşıntıya neden olmayan akıntıdır (Şahin, 2019; Taşkın, 2016). Sarı, yeşil ya da beyaz renkte akıntı, yanma ve kaşıntı oluyorsa bu durum patolojiktir ve tedavi gerektirmektedir. Lökore şikayetini azaltmaya yönelik gebeler biriken vajinal sekresyonların uzaklaştırılması için her gün duş almaları, pamuklu iç çamaşırı tercih etmeleri, iç çamaşırlarını sık değiştirmesi, vulvayı temiz ve kuru tutmaları, vajinal duştan, sürekli günlük ped kullanmaktan, parfümlü sabun ve kimyasallardan kaçınmaları, tampon kullanmamaları, dar pantolon ve kıyafetler giymemeleri, sık sık el yıkamaları, perine temizliğini önden arkaya doğru yapmaları konusunda bilgilendirilmelidir. Enfeksiyon belirtisi olan kötü kokulu, renkli akıntı ve kaşıntı görmesi durumunda bir sağlık kuruluşuna başvurması önerilmektedir (Beji ve Dişsiz, 2019; Özkan ve Bilgin, 2019; Taşkın, 2016).

Cinsel İsteğe Değişim: Gebelikte kadınların cinsel isteğinde artma veya azalma görülebilirken değişmeden de kalabilmektedir. İlk trimesterde gebelik düşüncesinin olmaması cinsel isteği artırabilmekte iken bazı kadınlarda ilk trimesterde sık görülen bulantı, kusma, yorgunluk, meme hassasiyeti gibi semptomlar cinsel isteği azaltabilmektedir. İkinci trimesterde kadınların artan

duyarlılık ve enerji hissi cinsel isteği artırabilmekte iken üçüncü trimesterde gebelik haftasının ve semptomların artması ile cinsel istek azalabilmektedir. Son trimesterde cinsel yaşamı devam ettirebilmek için alternatif pozisyonlar (yan ve dikey pozisyonlar) önerilmektedir (Murray ve Mckinney, 2014; Mckinney ve ark., 2013; Murray ve ark., 2002).

Gebelikte cinsel yaşamın devamlılığı konusunda sorun yaşayan gebeler, profesyonel bir kişinin yardımına ihtiyaç duyabilmektedir. Bu süreçte gebelerin cinsel sağlığının değerlendirilmesi, gebelerde oluşan cinsel değişikliklerin tanımlanması, gebelerin bu değişikliklerle baş etme becerisinin geliştirmesine yardımcı olunması, oluşabilecek problemlere yönelik ebelik girişimlerinin belirlenmesi, uygulanması ve çiftlere gebelikte cinsel yaşam hakkında danışmanlık yapılması önerilmektedir (Özçelik ve Karaçam, 2014).

Memelerde Hassasiyet (Mastodini): Memelerde hassasiyet, gebelerin ilk fark ettiği gebelik belirtilerindendir. Progesteron düzeyinin artması, memelerde hassasiyet görülmesine, meme uçlarının duyarlılığının artmasına ve memelerde sızlama ve acı yaşanmasına neden olmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016). Meme dokusunda görülen bu değişiklikler gebelerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Memelerde hassasiyet yakınması olan gebelere; gebelik boyunca geniş omuz askılı, memeleri iyi saran ve destekleyen, pamuklu ve terletmeyen sütyen kullanması önerilmektedir. Ayrıca memelerde ağrı şikâyeti olan gebelere soğuk uygulama yapması, hijyeni sürdürmek için ılık su ile memeleri yıkaması, meme uçlarına yumuşatıcı pomatlar sürmesi önerilmektedir (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016).

2.1.2. Üriner Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelikte üriner sistemde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler meydana gelmekte; mesanede, böbrekler ve üreterler de değişiklikler yaşanmaktadır. Bu değişiklikler genelde büyüyen uterus ile ilişkilidir (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016).

Mesane: İlk ve son trimesterde uterusun mesane üzerine basısına bağlı olarak mesane kapasitesi azalmakta ve bu da gebelerin sık idrar çıkma semptomu yaşamasına neden olmaktadır. İkinci trimesterde uterusun abdominal kaviteye doğru

yükselmesi mesanenin baskıdan kurtulmasını, gebelerin sık idrara çıkma semptomu yaşama sıklığının azalmasını sağlamaktadır. Progesteronun düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisi mesane kapasitesini artırmakta, peristaltik hareketleri azaltmaktadır. Bu durum da idrar stazına neden olarak üriner sistemde enfeksiyon görülme sıklığını artırmaktadır (Dağlar, 2021; Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015; Cunningham ve ark., 2005).

Böbrek ve Üreterler: Gebelikte her iki böbrekte yapısal ve işlevsel farklılıklar görülebilmektedir. Bu farklılıklar; böbreklerin boyunda uzama, renal pelviste genişleme, ağırlığında ve glomerular filtrasyon hızında artma olarak sıralanabilmektedir (Özkan ve Bilgin, 2019). Gebeliğin 12. haftasından sonra büyüyen uterus nedeniyle pelviste bulunan organlar yer değiştirmekte ve hiperemik bir hal almaktadır (Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015). Büyüyen uterusun mesaneye yaptığı baskı ve östrojen hormonunun etkisi ile gebeliğin erken dönemlerinde sık idrara çıkma görülmektedir. Gebeliğin ilerleyen haftalarında ise uterusun ve progesteronun relaksasyon etkisi ile tonüsü azalan mesaneden daha az idrar çıkışı olmaktadır (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016). Progesteronun relaksasyon etkisi böbreklerde özellikle sağ renal pelviste ve üreterlerde fizyolojik dilatasyona neden olmaktadır. Bunun sonucunda böbreklerde staz ve idrar volümü artışı görülmekte ve gebelikte üriner enfeksiyona yatkınlık artmaktadır (Beji ve Özkan, 2019; Taşpınar, 2015; Cunningham ve ark, 2005).

2.1.2.1. Üriner Sistem Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları

Üriner sistemindeki değişikliklere bağlı olarak sık idrar çıkma ve üriner inkontinans semptomları yaşanmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Sık İdrara Çıkma: Gebelikte progesteron hormonu etkisiyle üriner kaslarda gevşeme ve büyüyen uterusun mesaneye uyguladığı basınç nedeniyle sık idrara çıkma görülmektedir. Özellikle ilk ve son trimesterde bu durum daha sık yaşanmaktadır (Özkan ve Bilgin, 2019; Beji ve Dişsiz, 2019; Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2016). Gebelikte sık idrara çıkma normal bir durum olduğundan sık idrara çıkmayı önleyecek herhangi bir uygulama bulunmamaktadır (Özkan ve Bilgin, 2019). Sık idrara çıkma şikâyeti yaşayan gebelere idrara çıkmayı ertelememeleri, mesanesini iki saatte bir boşaltmaları, sık idrara çıkma nedeniyle uyku problemleri

yaşayanlara gece yatmadan önce çay, kahve gibi diüretik içecekleri azaltmaları önerilmektedir (Dağlar, 2021; Taşkın, 2016).

Üriner İnkontinas (Üİ): Üriner sistemde yaşanan değişikliklerden dolayı gebelikte Üİ sıklığı artmakta ve en sık 3. trimesterde görülmektedir (Okunola, 2018). Gebelikte öksürme ve hapşırmaya bağlı idrar kaçırma şikâyeti normal bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Üİ şikâyeti olan gebelere iki saatte bir mesaneyi boşaltması, idrar yapma hissi geldiğinde beklemeden tuvalete gitmesi, kahve gibi diüretik özelliği olan içeceklerden kaçınması önerilmektedir. Kadınlara Üİ riskini azaltmak ve üriner kontrolü sağlamak için kegel egzersizleri öğretilmelidir (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016).

2.1.3. Gastrointestinal Sistemde (GİS) Meydan Gelen Değişiklikler

GİS’de gebeliğin erken dönem belirtilerine neden olabilecek birtakım değişiklikler görülmektedir. Bu değişiklikler genelde hormon salınımındaki artış ile ilişkilidir. Üreme sisteminde ağız, mide, bağırsaklar, karaciğer ve safra kesesinde değişiklikler yaşanmaktadır (Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Ağız: Gebelikte artan östrojen etkisi ile diş etleri yumuşak ve hiperemik hale gelmektedir. Bu nedenle postpartum sürece kadar devam edebilecek gingivit, diş eti kanaması, diş kaybı (Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015) ve tükrük bezlerinde sekresyon artışı (pityalizm) görülmektedir (Taşkın, 2016).

Mide ve Bağırsaklar: Karın içi basıncın artması, progesteronun etkisiyle özefagusda motilitenin ve sfinkter basıncın azalması özefageal reflüye neden olmaktadır. Mide ve bağırsakların fizyolojik olarak yer değiştirmesi, gebelikte büyüyen uterusun basısı ve artan progesteron düzeyi düz kas tonüsünde oluşan relaksasyon etkisiyle mide ve bağırsakların peristaltizmini ve mide salgısını azaltmakta, mide boşalması gecikerek reflü riski artmaktadır. Ayrıca sodyum ve su retansiyonu gebelerde hemoroid görülme olasılığını artırmaktadır. Konstipasyon şikayetine büyüyen uterusun bağırsaklar üzerine baskısı eşlik edince gebelikte hemoroid yaşanabilmektedir (Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Karaciğer ve Safra Kesesi: Progesteron hormonunun etkisiyle tonüsü azalan ve hipotonik bir hal alan safra kesesinde safra taşı oluşma riski artmaktadır. Safra retansiyonu sonucu gebelikte kaşıntı problemi görülebilmektedir. Büyüyen uterus ve gebelik hormonları nedeniyle karaciğerde plazma bilirubin konsantrasyonu ve serum kolinesteraz aktivitesinde azalma ve kolestatik sarılık görülmektedir. (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

2.1.3.1. GİS’de Görülen Semptomlar ve Ebelik Yaklaşımları

GİS’deki değişikliklere bağlı olarak, aşırı tükürük salgısı, reflü, bulantı ve kusma, mide yanması, mide ve bağırsaklarda gaz, iştahta artma/azalma gibi semptomlar yaşanmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Bulantı Kusma: Gebeliğin birinci trimesterinde yaygın olarak görülen bulantı-kusmanın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte yapılan araştırmalar hormonal, metabolik, toksik, nörolojik ve psikosomatik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir (Taşkın, 2016). Genellikle 2-12. gestasyonel haftalar arasında görülmektedir. Bulantı kusma yaşayan gebelere rahatsız edici kokulardan ve yemek kokularından uzak durması, sabahları yataktan kalkmadan önce tuzlu kraker, küçük bir dilim ekmek ya da sarı leblebi yemesi, sık aralıklarla ve az miktarda yemek yemesi (günde üç ana üç ara öğün), içecekleri öğünler ile birlikte değil öğün aralarında tüketmesi, kızartmalardan, yağlı ve aşırı baharatlı yiyeceklerden kaçınması, beslenmeye B6 vitamininden zengin gıdalar (muz, somon, tavuk, hindi, patates, taze sıkılmış meyve suyu, ıspanak, süt, yumurta, yulaf ezmesi, tam buğday ekmeği çeşitleri vb.) eklemesi, kola, gazoz gibi asitli içeceklerden kaçınması, çay ve kahve tüketimini azaltması, zencefil sakızı çiğnemesi, yataktan yavaş kalkması ve gün içinde ani pozisyon değişikliklerinden kaçınması, açık havada yürüyüşler yapması, bulunduğu ortamı sık sık havalandırması önerilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [THSK], 2014).

Reflü: Gebelikte mide alt sfinkter basıncı ile peristaltik hareketlerin azalmasıyla gastrik reflü görülmektedir (Taşpınar, 2015). Reflü şikayeti olan gebelere sık aralıklarla beslenmesi (günde en az üç ana üç ara öğün), aşırı yemek yemekten kaçınması, yağlı yiyecekler ile kızartmalardan ve asitli içeceklerden uzak durması, çay kahve tüketimini azaltması, gaz yapıcı ve asit artırıcı besinler

tüketmemesi, yemeklerden sonra kısa bir süre yarı oturur pozisyonda dinlenmesi, uyumadan önce yemek yememesi, uyurken başını yüksekte tutması ve rahat elbiseler giymesi önerilmektedir (THSK, 2014).

Konstipasyon (Kabızlık): Gebelikte konstipasyon progesteron hormonunun bağırsak motilitesini yavaşlatması, büyüyen uterusun bağırsaklar üzerine baskı yapması, demir preparatlarının kullanılması, yanlış beslenme alışkanlığı, yetersiz sıvı alınması ve kısıtlı egzersiz nedeniyle yaşanmaktadır (Özkan ve Bilgin, 2019; Taşkın, 2016). Konstipasyon şikayeti olan gebelere 2500-3000 cc/gün sıvı alması, sabahları aç karnına bir bardak ılık içecekler ya da kuru erik suyu içmesi, günlük düzenli egzersiz yapması, lifli besinleri tüketmesi, her gün aynı saatte tualete gitmeyi alışkanlık haline getirmesi ve kafeinli içeceklerden kaçınması önerilmektedir (Özkan ve Bilgin, 2019; Taşkın, 2016).

Hemoroid: Hemoroid, rektal venlerdeki varislerin genişlemesidir. Genellikle doğum sonu dönemde iyileşen hemoroid gebelikte büyüyen uterusun venler üzerine yaptığı basıncın artması, venöz sirkülasyonun engellenmesi, barsakların yer değiştirmesi ve konstipasyon nedeniyle defekasyonda zorlamaya bağlı oluşmaktadır. Genellikle sızlama, şişme, kaşıntı, ağrı ve kanama şeklinde belirti vermektedir (Özkan ve Bilgin, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015). Hemoroid yaşayan gebelere konstipasyonu önleyen uygulamalara ek olarak oturma banyosu yapması, günde 10-15 dakika sims pozisyonunda dinlenmesi, kabız kalmaması ve gerektiğinde lokal anestetik ajanlar ve pomadlar kullanması önerilmektedir. Sims pozisyonu rektal venlere olan basıncı azaltarak ve rahatlama sağlamaktadır (Özkan ve Bilgin, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Aşerme: Gebeliğin her döneminde görülebilen aşerme gebelikte hormon seviyesindeki yükselmeye bağlı olarak yiyeceklere karşı duyulan isteğin artmasıdır. Gebelikte aşermeyi önleyecek herhangi bir uygulama yoktur. Ancak gebelikte besin dışı yiyeceklerde yeme isteğinde artış görülmektedir. Bu da beslenme bozukluğunun ya da aneminin habercisidir. Gebelere kiremit, buz, saç, kil, toprak gibi maddelerin anne-fötüs sağlığını olumsuz etkileyeceği, bunun normal bir durum olmadığı anlatılmalıdır. Gebelere bu süreçte farklı besin seçenekleri ve yaşam şekillerini

düzenlemeye yönelik önerilerde bulunulmalıdır (İncirkuş, 2021; Dağlar ve ark., 2018).

2.1.4. Kardiyovasküler Sistemdeki (KVS) Meydan Gelen Değişiklikler

Gebelikte büyüyen uterusun, fetüsün, plasantanın kan ve oksijen ihtiyacını karşılayabilmek için KVS’de birçok değişiklik meydana gelmektedir (Beji ve Özkan, 2019; Sevil ve Ertem, 2016). Bu değişiklikler gebeliğin ilk sekiz haftası içinde başlayıp ikinci trimester sonuna kadar artarak devam etmekte, üçüncü trimesterden gebeliğin sonuna kadar durağan bir seyir göstermektedir (Sevil ve Ertem, 2016).

Kalpdeki Değişiklikler: Gebelikte kalp boyutu %12 artmakta, myokarda hipertrofi gelişmektedir. Üçüncü trimesterde uterusun diyafragma yaptığı bası ile kalp yukarı ve sola doğru yer değiştirmektedir (Özkan ve Bilgin, 2019; Taşkın, 2016).

Kan Hacmindeki Değişiklikler: Gebeliğin 6-8. haftalarından itibaren maternal kan hacmi artarak 32-34. haftalarda maksimum hacme 4700-5200 ml ulaşmaktadır. Gebelikte plazma seviyesi gebelik öncesine göre %40-50 (1200-1600 ml) oranında, kan hacmi de uterusun, memelerin maternal ve fetal dokuların, doğumda ve postpartum dönemde kaybedilen kan gereksinimini karşılamak için artmaktadır (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016).

Kardiyak Outputtaki Değişiklikler: Kardiyak output gebe olmayan bir kadında ortalama 4.5-5.5 ml/dk iken gebe bir kadında 6-7 ml/dk’ya yükselmektedir. Gebeliğin 14.-20. haftalarından itibaren kalp atım sayısı dakikada 10-15 atım artmakta ve terme kadar artmaya devam etmektedir. Gebeliğin 32. haftasında kardiyak outputta gebelik öncesi döneme göre %30-50 oranında, gebeliğin 40. haftasında %20 oranında artış görülmekte ve doğumdan sonra kardiyak output tekrar yükselmektedir (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016).

Kan Basıncındaki Değişiklikler: Gebelikte progesteron ve otonom sinir sistemi vazodilatasyonu artmaktadır. Vazodilatasyon sonucunda ilk iki trimesterde diastolik basınç 10-15 mmHg azalmaktadır. Son trimesterde kan basıncında hafif bir

yükselme görülmektedir (Beji ve Özkan, 2019; Özkan ve Bilgin, 2019; Taşkın, 2016).

2.1.4.1. KVS Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları

KVS'deki değişikliklere bağlı olarak vajinada ağrılı damarlar, baş dönmesi, bayılma, çarpıntı, varis venler, ellerde ve ayaklarda ödem semptomları yaşanmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Varis: Varis, gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde yaygın görülmektedir. Varise büyüyen uterusun alt ekstremitelere venöz dönüşü engellemesi, progesteron hormonunun gevşetici etkisi, aşırı kilo alımı, uzun süre ayakta durmak, hereditör faktörler (ven duvarlarının zayıflığı, mevcut varisler), ileri anne yaşı, iri fetüs, çoğul gebelik, aktivite azlığı, konstipasyon neden olmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015). Gebelere venöz basıncı arttıran pozisyonlardan (bacak bacak üstüne atma vb.) ve uzun süre oturmaktan ya da ayakta durmaktan kaçınması, diz üstü çorap ya da sıkı çorapları kullanmaması, varis çorabı giymesi, vulvada oluşan varisler için iç çamaşırını iki adet hijyenik ped ile desteklemesi, gebelik egzersizleri yapması önerilmektedir (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Baş Dönmesi: Gebelikte artan hormon seviyesi damarlardaki genişlemeye neden olarak fetüse giden kan miktarını arttırmakta ancak kanın geri dönüşünü yavaşlatmaktadır. Bu da gebelikte hipotansiyona ve geçici baş dönmesine neden olmaktadır. Baş dönmesi, kişinin kendisini veya çevresini döner tarzda algılamasıdır (Taştan Gürkan, 2020). Baş dönmesi yaşayan gebelere uzun süre aynı pozisyonda kalmaması, düzenli yemek yemesi, sol yan yatması, sıkmayan, bol kıyafetler giymesi önerilmektedir (THSK, 2014).

Bayılma: Progesteron hormonunun relaksasyon etkisiyle oluşan kan basıncında düşme, uzun süre ayakta kalmak ya da sırtüstü yatmaya bağlı uteroplental kan akımında azalma, malnütrisyon ve yorgunluk nedeni ile bayılma hissi oluşmaktadır (Taştan Gürkan, 2020; Taşkın, 2016). Bayılma yaşayan gebelere sol yan yatar pozisyonda dinlenmesi, uzun süre ayakta kalmaması, ani hareketten kaçınması, sıcak suyla banyo yapmaması, üç ana üç ara öğün şeklinde beslenmesi, yorucu işlerden uzak durması önerilmektedir (THSK, 2014).

Çarpıntı: Gebelikte KVS’de oluşan değişiklikler kadınlarda kalp çarpıntısına neden olmaktadır (Sevil ve Ertem, 2016). Gebelikteki fizyolojik çarpıntı müdahale gerektirmez ama gebelere çarpıntının şekli, sıklığı ve fizyolojisi anlatılmalı, çarpıntının takip edilmesi önerilmeli ve gerektiğinde sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği açıklanmalıdır.

Ödem: Gebeliğin geç döneminde (ikinci ve üçüncü trimester) fizyolojik ödem görülmektedir. Gebelikte bacaklarda venöz basıncın artmasına bağlı sodyum ve su retansiyonu, alt ekstremitelerde venöz dolaşımın engellenmesi, kapiller permabilitenin artması, uzun süre oturma ya da ayakta durma ödeme neden olmaktadır. Ancak yüzde, ellerde, ayak bileklerinde ödem, proteinüri, hipertansiyonla birlikte olduğunda preeklampsi yönünden değerlendirilmelidir (Beji ve Dişsiz, 2019; Özkan ve Bilgin, 2019; Taşkın, 2016). Gebelikte ödemi azaltmak için gebelere sıkı giysiler giymekten ve uzun süre oturmaktan ya da ayakta durmaktan kaçınması, otururken ya da dinlenirken bacaklarını yükseltmesi, rahat ayakkabı giymesi ve ayak egzersizleri yapması, uzun araba yolculuklarında iki saatte bir en az 20 dakika mola vermesi, günlük 8-10 bardak sıvı alması, yüksek oranda sodyum, yağ ve şeker içeren yiyeceklerden kaçınması önerilmektedir (Beji ve Dişsiz, 2019; Özkan ve Bilgin, 2019; Taşkın, 2016).

2.1.5. Solunum Sisteminde Meydan Gelen Değişiklikler

Gebelikte akciğer kapasitesinde ve solunum fonksiyonlarında birtakım değişimler meydana gelmektedir. Anatomik olarak, gebelikte büyüyen uterus diyaframı yaklaşık dört cm yukarı yükseltirken, subkostal açı %50 genişlemekte, göğüs transvers çapı, göğüs çapı iki cm, göğüs çevresi altı cm artmaktadır. Fetüse gerekli oksijeni sağlamak ve karbondioksidi atmak için akciğerler daha fazla çalışmaktadır. Gebelikte oksijen harcanması %15-20 artmaktadır. Tidal volüm (normalde eforsuz alınıp verilen hava miktarı) artarken vital kapasite (kullanılabilen akciğer hava volümü) değişmemektedir. Hiperventilasyon (solunum hız ve derinliğinde artış) ve üst solunum yollarında hiperemi olmaktadır (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016).

2.1.5.1. Solunum Sistemi Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları

Solunum sistemindeki değişikliklere bağlı olarak gebelikte horlama, solunum sıkıntısı gibi semptomlar yaşanmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Horlama: Orofarenks boyutundaki daralma, nazal konjesyon, kilo alımı ve fetüs horlamaya neden olmaktadır. Gebelik haftası ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır (Facco, 2010). Uykunun sürekli ve kaliteli olması için gebelerin horlama ile baş edebilmesi gerekmektedir. Gebelerin horlama ile baş edebilmesi için uyurken yüksek yastık kullanmaları, burun tıkanıklığını önleyici tedbirler almaları, sol yan pozisyonda uyumaları önerilmektedir (Hutchison, 2012).

Solunum Sıkıntısı: Gebelikte en sık üçüncü trimesterde görülmekte olup büyüyen uterusun diyafragmayı dört cm yukarıya itmesi sonucu akciğerlerin yükünün artması, efor gerektiren işler, sırt üstü yatmak ve östrojen düzeyine bağlı burun mukozasında oluşan ödem ve burun tıkanıklığı solunum sıkıntısına neden olmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016). Gebelere solunum sıkıntısıyla baş etmeleri için solunum ve gevşeme egzersizleri öğretilmesi, sol yan pozisyonlarda yatması, uyurken başını yükseltecek yastık kullanması, odanın iyi nemlendirilmiş ve havalandırılmış olmasına dikkat etmesi, öğünlerde fazla yemek yememesi, dik pozisyonda oturması önerilmektedir (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; THSK, 2014).

2.1.6. Kas İskelet Sisteminde (KİS) Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelikte hormon yapımında artma, fetüsün büyümesi ve annenin kilo alması sonucu KİS’nde yumuşama, esneme, eklemler arası boşlukta genişleme ve eklemlerde hareketlenme meydana gelmektedir. Bu değişiklikler pelvik kavitenin boyutunu artırarak doğumu kolaylaştırır. Pelvik eklemlerdeki gevşeme pelvik hareketliliği artırarak kadının yürüyüşünde değişime neden olmaktadır. Uterusun öne doğru büyümesi ile lordosis artmakta, bu da sakroiliak eklemin yükünü artırarak bel ağrısına neden olmaktadır. Son trimesterde lumbodorsal lordosise uyum sağlamak için boyun öne doğru fleksiyon yaparken omuzlarda düşme görülmektedir (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

2.1.6.1. KİS Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları

KİS'ndeki değişiklikler ve büyüyen uterusun mekanik etkisi ile gebeler sırt ve bel ağrısı, kalça veya pelviste ağrı semptomlarını yaşayabilmektedir (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Bel Ağrısı: Gebelikte sık rastlanan şikâyetlerden olan bel ağrısı genellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde ortaya çıksa da ilk trimesterde de görülebilmektedir. Gebelikte bel ağrısını azaltmak için gebelere uygun vücut mekaniklerini kullanması, otururken bel bölgesine küçük bir yastık koyması, ağır şeyleri kaldırmaktan kaçınması, yük taşımak gerekirse çekmek yerine iterek eşyayı hareket ettirmesi, egzersiz yapması önerilmektedir. Bel ağrısı üriner sistem enfeksiyonunun işareti olabileceğinden gebelere enfeksiyon bulguları öğretilmelidir (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Kalça ve Pelviste Ağrı: Üçüncü trimesterde sıkça karşılaşılan kalça ağrısının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte femurda geçici osteoporoz ve osteonekrozun neden olduğu düşünülmektedir (Proisy, 2014). Gebelikte kalça ağrısını tamamen önlemek mümkün değildir. Ancak ağrıyı azaltmak için egzersiz ile pelvis kasları güçlendirilebilir. Gebeler yerden bir şey alırken eğilmek yerine çöelmeyi tercih etmeleri, topuklu ayakkabı giymekten kaçınmaları, yatarken dizlerin altını yastıkla desteklemeleri önerilmektedir (Şahin, 2019).

2.1.7. Ciltte Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelikte metabolizmayı oluşturan fazla ısıyı dağıtmak için cilde olan kan akımı artmaktadır. Ayrıca östrojen, progesteron ve α -melanosit-stimülan hormon seviyesinin artmasına bağlı olarak vasküler ve pigmentasyon değişiklikleri görülmektedir. Pigmentasyon öncelikle meme ucu, areola, perineal bölge, vulva ve linea albada olmaktadır (Beji ve Özkan, 2019).

Hiperpigmentasyon: Gebelikte östrojen ve progesteron hormonlarının etkisi ile gebelikte pigmentasyon artışı olmakta bu artış daha çok yanaklar, alın ve burun köprüsünde görülmektedir. Yüzde olan bu renk değişikliği gebelik maskesi (kloasma), simfisis pubisten umblikusa kadar uzanan koyu renkli çizgi linea nigra

olarak adlandırılmaktadır. Meme areolasının rengi gebelik haftası ilerledikçe daha koyu renge dönüşmektedir (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Vasküler Değişiklikler: Gebelikte artan progesteron ve östrojenin etkisi ile kan damarlarında dilatasyon ve proliferasyon görülmektedir. Yüzeyel kan damarlarında örümcek ağına benzer kırmızı ince kan damarları oluşmakta özellikle beyaz kadınlarda daha görünür hale gelmektedir (Taşkın, 2016).

2.1.7.1. Cilt Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları

Ciltte bu değişikliklere bağlı olarak gebelik maskesi, ciltte kaşıntı, çatlak gibi semptomlar yaşanmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Gebelik Maskesi (Kloazma Melazma): Derinin pigmentasyon renk düzensizliklerinden olan hiperpigmentasyon ile seyreden sık görülen gebelik semptomlarından birisidir. Yanaklar, alın ve burun köprüsünde sıklıkla görülmektedir (Taşkın, 2016). Gebelikte yüzde lekeler oluşmasını önlemek için sürekli makyajlı bir yüzle dolaşmaması, iyi ve düzenli cilt temizliği, pigment giderici ajanlarla yüz temizliği yapması (Prignano ve ark., 2007), kış mevsiminde bile mutlaka koruyuculuğu yüksek yüze özel güneş kremleri kullanması, her 2-3 saatte bir ve güneş ışığına çıkmadan önce kremi yenilemesi, yaz aylarında güneşten korunmak için geniş kenarlı şapka kullanması önerilmektedir (Cunningham, 2005). Ayrıca folik asit eksikliği de gebelik maskesine neden olduğundan gebelikte folik asit içeren besinlerin tüketilmesi de önemlidir (Wolf ve Kenney, 2021; Esmé, 2023).

Ciltte Kaşıntı: Progesteron hormonunun etkisi ile karaciğer ve safra kesesi işlevinde değişiklik olmakta ve gebelikte safra taşı riski artmaktadır. Safra retansiyonu sonucu ciltte kaşıntı ortaya çıkabilmektedir (Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015). Ayrıca çatlaklarda kaşıntıya neden olabilmektedir. Kaşıntı yaşayan gebelere tırnaklarını kısa ve temiz tutması, bol rahat giysiler giymesi ve ılık duş alması önerilmektedir (Taşkın, 2016).

Çatlaklar: Gebelikte hızlı kilo alımına bağlı derinin genişlemesi ile deri altı bağ dokuları bu duruma uyum sağlayamamakta ve bağ dokularındaki kopmaları sonucunda çatlaklar meydana gelmektedir. Kilo alımının en fazla olduğu meme, karın, kalça, kol ve bacakların üst kısmında belirgin çatlak görülmektedir. Önce

pembemsi-mor renkte olan çizgiler zaman içerisinde beyaza dönüşmektedir (Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015). Gebelik çatlaklarını önlemek için gebeliğin ilk aylarından itibaren, çatlakların sık görüldüğü bölgelere cilt nemli halde iken bebe yağı, ozon yağı vb. nemlendirici sürmesi ve hızlı kilo alımından kaçınması önerilmektedir (THSK, 2014).

2.1.7. Nörolojik Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler

Nörolojik sistemde yaşanan değişimler diğer sistemlere kıyasla daha az görülmektedir. Gebelik öncesi döneme kıyasla hafıza ve konsantrasyon azalmaktadır. Kelime hafızasında ve hatırlamada problem yaşanmasına neden olmaktadır. Nörolojik sistem semptomlarını etkileyen stres kortizol miktarını artırmakta, duygulanım, konumlama ve yön bulma yetileri olumsuz etkilenmekte, aşırı stres de geri dönüşsüz hafıza problemlerine neden olmaktadır. Büyüyen uterusun pelvik sinirlere basısı alt ekstremitelerde his kaybına ve kas kramplarına neden olmaktadır. El bileğinde oluşan ödemin median sinirin sıkıştırması sonucu “karpal tünel sendromu” görülmektedir (Taşpınar, 2015).

2.1.7.1. Nörolojik Sistem Semptomları ve Ebelik Yaklaşımları

Nörolojik sistemde görülen bu değişikliklere bağlı olarak bacak krampları, karpal tünel, siyatik ağrı, baş ağrısı, yorgunluk, uykusuzluk, huzursuz bacak semptomları yaşanmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Kas Krampı: İkinci ve üçüncü trimesterde sıklıkla görülen ağrılı kontraksiyonlardır. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, diyetle yetersiz kalsiyum alımı, kalsiyum/fosfor oranındaki dengesizlik, büyüyen uterusun pelvik sinir ya da pelvik damarlar üzerine bası yapması, ayağın uzun süre aynı pozisyonda kalması, yorgunluk kramplara neden olmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016). Kas krampını önlemek için gebeye bacaklarına masaj yapması (parmak uçlarından yukarı doğru, dizlere basınç ve sıcak uygulama), hafif, geniş topuklu ayakkabı, diyetinde kalsiyum içeren yiyecekler (süt, yoğurt, peynir, meyve, sebze) alması ve fosfor alımını azaltması, kalsiyum ve sodyum klorür kullanması, en az günlük sekiz bardak su içmesi, hareketsiz kalmaması, gün içinde ayaklarını

yükselterek oturması önerilmektedir (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Huzursuz Bacak Sendromu (HBS): Bacakları istemsiz hareket ettirme dürtüsü ile karakterizedir. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte genetik faktörlerin, beyin dopamin sisteminin, multiparitenin, demir eksikliğinin, folat eksikliğini, östrojen düzeyi yüksekliğinin etkili olduğu belirtilmektedir. Gebelere HBS'nin nedeni açıklanmalı ve bilgilendirilmelidir. Gebelere HBS yaşama sıklığını azaltmak için orta derecede egzersiz, yoga, sıcak/soğuk su uygulamaları, progresif gevşeme egzersizleri ve uyku hijyeni gibi uygulamaları yapması önerilmektedir (Dikmen, 2021; Mazrek, 2020).

Karpal Tunel Sendromu: El bileğinde median sinirin baskılanması sonucu karpal tunel sendromu meydana gelmektedir. Karpal tunel sendromlu kadınlarda, küçük parmak dışında kalan parmaklarda uyuşma, bilekten kola doğru uzanan ani ve keskin ağrı, parmaklarda yanma hissi, özellikle sabahları görülen kısmi şişlik ve el krampları, başparmakta güçsüzlük, uykudan el ve bilek ağrısı ile uyanma gibi şikayetlere neden olmaktadır. Karpal tunel sendromu yaşayan gebelere el egzersizi önerilmektedir (Özçelik ve Karaçam, 2014; Foxcroft ve ark., 2013). El egzersizi, el bileği ekstansiyon pozisyonunda tutulmakta, beş dakikalık dinlenme süresini takiben avuç içi aşağıya dönük şekilde parmak eklemleri fleksiyona getirilmekte, beş saniyelik dinlenme ve sonrasında el yumruk yapılarak tamamlanmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016).

Baş Ağrısı: Baş ağrısı, psikolojik nedenlerden, gebelikte artan kan volümünün serebral arterler üzerine bası yapmasından kaynaklanmakta ve uykusuzluk, yorgunluk, stres, depresyon gibi faktörler de gebelikte baş ağrısı görülme sıklığını arttırmaktadır (Gürkan, 2020). Gebelere alna soğuk uygulama, masaj ve gevşeme, rahatlama egzersizleri, dengeli ve düzenli beslenme, bol sıvı alımı, düzenli uyku önerilmektedir (Taşkın, 2016).

2.1.8. Psikolojik Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelik döneminde meydana gelen anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler gebelerde gebeliğin algılanması ve kabul edilmesi sürecini

etkilemektedir. Gebelikte her trimesterde kazanılması gereken gelişimsel görevler ve genel tepkiler mevcuttur. Gebe, ilk trimesterde kendindeki fiziksel değişimlere odaklanmakta iken; ikinci trimesterde fetüsün hareketlerinin hissedilmeye başlanması ile fetüse yoğunlaşmakta, son trimester de ise acı çekme, doğum ve bebeğini kaybetme korkusu ile ilgisi kendisine ve bebeğe yönelmektedir (Taşkın, 2016).

Birinci Trimester: Ambivalan duyguların geliştiği dönemdir. Bu dönem gebeliğin kabul edildiği adaptasyon süreci olduğu için ruhsal değişikliklere ambivalan duygulara eğilim olmaktadır. Bulantı kusma, yorgunluk, halsizlik ve uyuklama isteği gibi değişikliklerden bebeğini sorumlu tutmasına ve gebenin kendisini mutsuz hissetmesine sebep olan psikolojik çatışmalar yaşanmaktadır. Birinci trimesterin sonunda gebe, gebeliği kabul etmeli ve “*ben gebeyim*” diyebilmelidir (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016).

İkinci Trimester: Gebelik kabul edilmiş, ambivalan duygular ortadan kalkmış, kadın gebe görünümü kazanmış ve gebeliğe karşı olumlu duygular geliştirmektedir. Fetüsün hareketlerini (quicking) hissetmektedir. Birinci trimesterde odak kendisindeyken ikinci trimesterde odak fetüstür. Gebenin öğrenmeye, paylaşma en açık olduğu dönemdir. İkinci trimesterin sonunda kadın “*bir bebek sahibi olacağım*” diyebilmelidir (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016).

Üçüncü Trimester: Son trimester, fetüsün gelişip büyümesi ve uterus hacminin artması ile gebenin günlük yaşamının kısıtlandığı dönemdir. Gebe kendini doğuma hazırlama, bebeğin odasını ve ihtiyaçlarını hazırlama gibi eksiklerini tamamlamaktadır. Gebe annelik rolünü algılamaya başlayarak “*ben anne olacağım*” diyebilmelidir (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016).

2.1.8.1. Psikolojik Sistemde Görülen Semptomlar ve Ebelik Yaklaşımları

Psikolojik sistemde görülen bu değişikliklere bağlı olarak unutkanlık, depresif hissetme, anksiyete, canlı rüyalar, beden imajında değişiklik semptomları yaşanmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Yorgunluk: Gebelikte endokrin sistemdeki değişikliklerden dolayı görülen yorgunluk; en çok birinci trimesterde karşımıza çıkmaktadır. Gebeliğin 20.

haftasından sonra geçebildiği gibi ikinci ve üçüncü trimesterde de devam edebilmektedir. Gebelere günde en az 7-8 saat uyumaları, ani pozisyon değişikliğinden kaçınmaları, ağır ve yorucu aktivitelerden kaçınmaları, yürüyüş gibi hafif egzersizler yapmaları, kalabalık ve sıcak ortamda bulunmamaları, temiz havaya çıkmaları, rahat bir ortamda dinlenmeleri, dinlenirken sol yan yatmaları, düzenli beslenmeleri önerilmektedir (Özkan ve Bilgin, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Uyku Bozuklukları: Gebelikte meydana gelen fiziksel ve hormonal değişikliklerden dolayı uyku sorunları yaşanmakta ve ilk trimesterde başlayıp üçüncü trimesterde en yüksek seviyeye ulaşabilmektedir (Pien ve Schwab, 2004). Gebeler, total uyku süresinde azalma, uykudan sık uyanma, uyku evrelerinde artma ve gündüz uyuklama isteğinde artma yaşamaktadır (Hutchison ve ark., 2012). Uyku bozukluğu yaşayan kadınlarda uyku problemlerine yol açan etmenler belirlenmeli, uyku değişimleri konusunda bilgilendirilmelidir. Uyku sorunu yaşayan kadınlara haftanın her günü düzenli olarak aynı saatte uyumalarını ve sabah aynı saatte kalkmaları, yatmadan 2-3 saat önce öğünlerini yemeleri, uyumadan önce ılık duş almaları, ılık süt içmeleri, gevşeme egzersizleri yapmaları, yatarken rahat edilebilecek bir pozisyon almaları, başını yükselterek yatması, yattığı odanın ışığını ve ısını azaltması ve sessiz loş bir ortamda uyuması önerilmektedir (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşpınar, 2015).

Anksiyete ve Depresyon: Birçok kadın gebelikte oluşan fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere kolaylıkla adapte olurken, bazı kadınlar adaptasyon sürecinde zorluk yaşayabilmektedir. Bu süreçteki zorluklar anne adaylarında anksiyete ve depresyona neden olmaktadır. Tüm gebeler gebelikte anksiyete ve depresyon yaşama riski açısından değerlendirilmelidir. Değerlendirme sonrası anksiyete ve depresyona neden olan risk etkenleri belirlenmeli, gebelere anksiyete ve depresyon ile baş etme konulu eğitim ve danışmanlık yapılmalı, gebelerin sosyal destek sistemleri harekete geçirilmelidir (Yücel ve ark., 2013). Yüksek riskli gebelerde anksiyete ve depresyon düzeyleri düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir (Karabulut ve Yavuz, 2021).

Beden İmajında Değişiklik: Gebelikte vücut büyüklüğünde kalça ve belde kalınlaşma, karın şişkinliği, memelerin büyümesi gibi belirgin değişiklikler olmaktadır. Günümüzde toplumun yapısı, kültürel yaşam şekilleri değiştikçe her

kadında gebelik sürecinde bedeninde olan bu değişiklikleri algılama düzeyi değişmektedir. Bu değişiklikler fetüs gelişimini gösterdiği için kadını memnun ederken; stria, linea nigra, vücut boyutunda ve şeklindeki değişimleri bazı kadınları rahatsız edebilir. (Murray ve Mckinney, 2014; Mckinney ve ark., 2013; Murray ve ark., 2002). Bu memnuniyet her kadının gebeliğe karşı olan tutum ve uyumu değiştirmektedir. Gebelerin beden imajındaki değişiklikleri, algılama düzeyleri sosyal ve kültürel değerleri ile birlikte değerlendirilmeli ve uygun girişimler planlanmalıdır.

2.1.9. Gebelikte Yaşanan Semptomlara Yönelik Ebelik Yaklaşımları

Gebelikte semptomlara uyum sağlamak gebelikte risk algısı yönetimini kolaylaştırdığından ebeveynlerin uyumuna destek olunması, danışmanlık yapılması ve bilinçlendirilmesi önemlidir. Ebeler, kadın yaşamının her parçasında iletişim halinde olan ve onlarla birebir vakit geçiren en önemli sağlık profesyoneleridir. Kadınlara sadece hastalık durumunda değil sağlıklı süreçte de en iyi bakımı vermeyi amaçlayan ebelere gebelik sürecinde önemli sorumluluklar düşmektedir (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016; Taşpınar, 2015).

Ebeler gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadına verilen bakımı planlamada, annenin ve fetüsün sağlığını korumada, gelişimini sürdürmede, gebenin semptomlar konusundaki yanlış alışkanlıklarını düzeltmede, doğrularını pekiştirmede ve yeni bilgiler kazandırmada, gebelikte meydana gelebilecek sorunları önlemede sağlık profesyonelleri içinde en önemli konumda yer almaktadır. Bakımın temel amacına ulaşması için ebeler gebeleri bütüncül olarak değerlendirmeli, prenatal bakım hizmetlerini vermelidir. DSÖ gebeleri antepartum dönemde bir bütün olarak ele alıp, devamlı takip gerektiren ebe liderliğindeki sürekli bakım modelini önermektedir (World Health Organization [WHO], 2023). Ebelerin, gebelerde oluşan biyolojik, psikolojik, sosyal ve cinsel değişiklikleri tanımlamada, gebelerin bu değişikliklerle baş etme becerisini geliştirmede, gebelik semptomlarını değerlendirmede, semptomların gebelik sürecinin bir parçası olduğu konusunda bilinçlendirmede, yüksek riskli durum veya sağlık sorunu oluştuğunda sevkini sağlamada, hastanede ve evde bakım izlemine yapmada, yaşam kalitesini geliştirmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Çetin ve ark., 2017; Taşkın,

2016; Özçelik ve Karaçam, 2014). Ebeler, gebelerin gebelik semptomları ile baş etme becerilerini olumlu yönde geliştirerek olumlu gebelik deneyimi yaşamlarına katkı sağlayacaktır. Bu nedenle, sürdürülebilir bir ebelik bakımı için ebeler gebenin olumsuz duyguları tanımasına ve kabul etmesine, gebelik semptomlarının olumsuzluklarını azaltmasına, gebenin olumlu tutumlarını güçlendirmesine teşvik etmelidir (Nakamura, 2020). Gebelik dönemi boyunca ebeler, gebe ve ailesinin gebeliğe sağlıklı bir şekilde uyum sağlamasını ve gebeliğin sağlıklı bir şekilde sonlanmasını ve bebeğin sağlık bir şekilde büyümesini sağlamalıdır.

Eğitim, bakım, danışmanlık gibi pek çok sağlık hizmetini yürüten ebeler; antenatal dönemdeki kadınlardan gebelik yakınmaları açısından detaylı anamnez almalı, sorgulamalıdır. Bu kapsamda gebelerin fiziksel, sosyal ve ruhsal ihtiyaçları belirlenmeli, gebelere gebelik fizyolojisine bağlı gelişebilecek yakınmalar hakkında eğitim, bakım ve danışmanlık hizmeti verilmelidir. Gebelik sürecindeki anne adayının yeni ebeveynliğe adaptasyonu sağlanmalıdır. Ayrıca gebelik sürecinde sadece gebeyi değil gebenin eşi ve ailesine de gebelik fizyolojisi ve buna bağlı oluşabilecek yakınmalar hakkında bilgi verilmesi, anne adaylarına destek olmaları hususunda aile üyelerinin bilgilendirmelidir (Beji ve Dişsiz, 2019; Taşkın, 2016).

2.2. Gebelikte Risk Algısı

Risk, hem gelecekteki hem de şimdiki bir olayla ilgili zararlı sonuç meydana gelme ihtimalidir (Sjoberg, 2000). Diğer bir tanıma göre risk tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma olarak tanımlansa da bireylerin hayattaki tehlikeleri ve belirsizliği anlamalarına yardımcı olan subjektif bir değerlendirmedir (Sjoberg, 2000; Slovic, 2000). Risk herkes tarafından aynı düzeyde algılanmayabilir. Algı; “*duyular yoluyla bir şeyi görme, duyma veya bir şeyin farkına varma ve yorumlama yeteneği*” olarak tanımlanmaktadır (Oxford English Dictionary, 2022). TDK’ye (2022) göre algı “*bir şeye dikkati yönelterek o şeyin bilincine varma, idrak*” anlamına gelmektedir. Risk algısı, kişinin bir olayın olasılığına ilişkin beklentisi (Weinstein ve ark., 2007) veya potansiyel zarar hakkındaki inançları (Brewer ve ark., 2007) olarak tanımlanmaktadır. Risk algısı subjektif bir yargı olmakla birlikte Sağlık İnanç Modeli, Koruma Motivasyon Teorisi ve Beklenti Teorisi gibi farklı birçok teorinin temel noktası olarak görülmektedir. Bu modellerin temelinde, “*insanların sağlık*

risklerini nasıl algıladıkları, bu algıların ne kadar doğru olduğu ve risk bilgisine nereden ulaşıldığını açıklamak” vurgulanmaktadır (Jackson ve ark., 2006). Araştırmacılar, gebelikte risk algısının son derece bireyselleştiğini ve bunun yalnızca tıbbi tanılara dayanmadığını (Heaman ve Gupton, 2009) belirtirler de, teoriler kullanıldığında gebelikte riskin algılanmasına neden olan faktörlerin anlaşılması gerektiği belirtilmektedir (Lennon, 2016). Ayrıca kendisini olumsuz sonuçlar için risk altında algılayan bireylerin, kendilerini risk altında algılamayanlara göre riskli davranışlarını azaltma olasılıkları daha fazladır (Janz ve Becker, 1984). Riskler hayatın her döneminde olduğu gibi kadın yaşamının önemli bir parçası olan gebelik sürecinde de kadınları etkileyebilmektedir.

Gebelikte risk normal şartlarda olması beklenmeyen fakat önceden var olan ya da gebelikte meydana gelebilecek komplikasyonların oluşma olasılığıdır. Gebelikte yaşanan anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki dengeyi bozarak gebe ve fetüs sağlığı açısından potansiyel bir risk oluşturmaktadır (Aydemir ve Hazar, 2014). Gebelikte risk algısı *“gebelerin kendilerine ve bebeklerine gelebilecek olası zararlar hakkındaki duygu, düşünce ve farkındalıkları”* olarak tanımlanmaktadır (Heaman ve Gupton, 2009). Gebelikte risk algısı kişisel, fizyolojik, psikolojik ve kültürel birçok faktöre dayanan karmaşık bir süreçtir. Bunların yanı sıra önceki deneyimler, gebeliğe uyum, riskin meydana geldiği dönem, sosyal destek kaynakları, bilgi eksikliği, gebelerin risklere ilişkin tutumları (Okeh ve ark., 2015), tıbbi risk, psikolojik unsurlar, riskin klinik özellikleri, gebelik yaşı ve sağlık profesyonellerinin bakış açıları risk algısı düzeyini etkileyen diğer faktörlerdir (Bayrampour, 2012). Tıpta medikalizasyonun artması, kadınların daha sık tarama ve testler yaptırmalarına, sağlıklı yaşam davranışlarını değiştirmelerine ve bunlara bağlı olarak da risk algılarında azalmaya neden olmakta (Lee ve ark., 2019; Lupton, 2012) iken bazı kadınları ters yönde etkileyebilmektedir. Bayrampour (2013) nullipar kadınlarda risk algısını etkileyen faktörlerin gebelik anksiyetesi, gebelik yaşı, tıbbi riskler, algılanan risk faktörleri ve anne yaşı olduğunu bulmuştur. Risk algısının şiddetini gebelerin tedaviye karşı tutumu, gebelikte annenin kararları ve tıbbi prosedür ve önerilere bağlılıkları etkilemektedir (Bayrampour, 2013). Daha önce yapılan araştırmalarda da ileri yaştaki kadınlarda risk algısı ile ilişkili faktörlerin tıbbi riskler (gebelik komplikasyonları), gebelikte ilgili kaygı, algılanan kontrol,

gebelik yaşı ve sağlık profesyonellerinin görüşleri olduğu belirtilmektedir (Sangin ve Phonkusol, 2021; Bayrampour, 2013; Bayrampour, 2012). Risk algısı her gebe tarafından farklı algılanabilmektedir. Kadınlar, gerçek riskten ziyade risklerinin artıp artmadığına veya azaldığına dair algılarına dayanarak kararlar vermektedir (Lee ve ark., 2019). Risk algısı, kadınların gebelikte aldıkları bakımı ve doğum öncesi bakımla ilgili kararlarını güçlü bir şekilde etkileyen bir faktördür. Lennon (2016) çalışmasında yüksek risk algısının, kadınların daha fazla tarama testlerine maruz kalmalarına sebep olduğu ve doğumun planlanacağı yeri, doğuma eşlik edecek sağlık profesyoneli hatta doğum şeklini de etkilediği bildirilmektedir. Risk algısı gebelerin sağlık davranışlarını ve sağlık kararlarını etkilemektedir (Lee ve ark., 2019). Risk algısı, maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltmak için bir stratejidir (Rajbanshi ve ark., 2021). Ancak gebe kadınların tehlike belirtileri hakkında farklı algıları ve yorumları bulunmaktadır. Kadınlar, gerçek riskten ziyade risklerinin artıp artmadığına veya azaldığına dair algılarına dayanarak kararlar vermektedir (Lee ve ark., 2019). Doğum öncesi bakımla ilgilenen sağlık profesyonellerinin gebe kadınların risk algısı hakkındaki bilgilerini anlamaları önemlidir. Sağlık profesyonelleri, gebe kadınların risk algısı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığında bakım ve hizmet politikalarının yeteri kadar etkili olmayacağını belirtmektedir (Lee ve ark., 2012; Slovic, 2000). Bu nedenle gebe kadınların gebelik riskine ilişkin kendi değerlendirmeleri ile sağlık profesyonellerinin risk algı değerlendirmeleri aynı olmalıdır (Shojaeian, 2021). Gebeleri, kadın doğum uzmanlarını ve ebeleri kapsayan bir çalışmada ebelerin anne ve bebeğe yönelik risk algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Lee ve ark., 2019).

2.2.1. Gebelikte Risk Algısına Yönelik Ebelik Yaklaşımları

Ebeler kadınların sağlıklı bir gebelik yaşayabilmesi için prekonsepsiyonel dönemden başlayarak gebelikteki riskleri belirlemeli, risklere yönelik uygun girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır (Lennon, 2016). Doğum öncesi bakımda aktif rol alan ebelerin, gebelerin hangi semptomları risk olarak algıladığını, risk algılarına ilişkin anlayışlarını ve farkındalıklarını araştırarak risk algısının iletişime olan etkisini belirleyerek bakım vermeleri önemlidir (Lee ve ark., 2019). Özellikle doğum öncesi bakım ziyaretlerinde kadının risk algısını dikkate alması ve kişisel sağlık

faktörlerine dayalı olarak bireysel riskini anlamasında ona yardımcı olmalıdır. Gebelerin gebelikteki risk algılarını ve risk faktörlerini onlarla tartışmak ve varsa yanlış anlamaları düzeltmek onların riskleri daha iyi anlamalarına yardımcı olabilmekte, yersiz kaygıyı azaltabilmekte ve kadınların gebelikte risk değerlendirmelerine kendi anlayışlarını dahil etmelerini sağlayabilmektedir. Bu yaklaşımlar, kadınların daha bilinçli seçimler yapmasına ve gereksiz müdahalelerden kaçınmasına yardımcı olmaktadır (Bayrampour, 2012).

Maternal, fetal ve neonatal sağlığın geliştirilmesinde ilk basamaklarından biri de gebelerin kendilerine ve bebeklerine yönelik farkındalıklarının artırılmasıdır. Farkındalığın artırılması için ebeler prekonsepsiyonel dönemden başlayarak gebelik süresince kadınların hangi semptomları riskli olarak algıladığını, risk algılarına ilişkin anlayışlarını ve farkındalıklarını araştırarak risk algısının kadınlarla olan iletişimlerini nasıl etkilediğini belirleyerek bakım vermeleri gerekmektedir. Ebeler gebe eğitim sınıflarında ya da gebelik takiplerinde kadınlara eğitim ve danışmanlık yaparak gebelerin risk algısı bakış açısında olumlu değişim sağlamaktadır (Maharromova, 2022; Rajbanshi ve ark., 2021). Gebelikte risk algısını yönetmede önemli olan diğer bir unsur da sosyal ve manevi destektir (Lee ve ark., 2019). Ebeler gebelik sürecinde gebelerin destek sistemlerinin harekete geçmesini sağlamalıdır. Destek sistemi olarak da eş, anne, baba, kardeş, arkadaş vb. kişilerden destekalma, gebeye duygu ve düşüncelerini ifade etme, etkili başa çıkma teknikleri kullanma, sosyal ilişkilerini düzenleme gibi konularda danışmanlık yapılması önerilmektedir (Yanık, 2019).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sivas Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Hastane Sivas il merkezinde olup, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği hastanenin B blok zemin katında yer almaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde muayenelerin yapıldığı beş poliklinik, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi polikliniği, non-stres test çekimi yapılan poliklinik, aile planlaması ve rahim içi araç uygulama odası, emzirme odası, ilaç, sarf ve temizlik odası mevcuttur. Polikliniklerde birer kadın doğum uzmanı ve sekreter, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi polikliniğinde bir hekim, bir ebe ve bir hemşire, non-stres test çekimi odasında üç ebe, aile planlaması ve rahim içi araç uygulama odasında iki ebe bulunmaktadır. Polikliniklerde jinekolojik ve obstetrik muayeneler, ultrasonografi, endometriyal biyopsi gibi küçük cerrahi müdahaleler, kanser taraması, non-stres test çekimi, aile planlaması danışmanlığı ve rahim içi araç uygulaması hizmetleri hafta içi her gün 8-17 saatleri arasında verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; 01.01.2019–31.12.2019 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne gebelik izlemi için başvuran 1309 sağlıklı gebe oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan aşağıdaki formülle hesaplama yapılmış, basit tesadüfi örneklem yöntemi ile en az 298 sağlıklı gebenin araştırma kapsamına alınması gerektiği belirlenmiştir.

$$n = \frac{N.p.q.t_{\alpha}}{(N-1)\alpha^2 + t_{\alpha}^2.p.q}$$

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örneklemeye alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

α = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir (Raosoft, 05.06.2020).

Araştırmanın örneklemini; 01.10.2020–31.01.2021 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne gebelik izlemi için başvuran 9. ve 40. gebelik haftası arasında olan, sağlıklı gebelik yaşayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 615 gebe oluşturmuştur.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Sağlıklı gebelik yaşayan,
- Okuma yazma bilen,
- Türkçe konuşabilen,
- 9. ve 40. gebelik haftası arasında olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Riskli gebelik tanısı alan,
- Okuma yazma bilmeyen,
- Türkçe konuşamayan,

- İletişim ve anlama problemi olan,
- Gebelik haftası 9'dan küçük ve 40'dan büyük olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen gebeler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler:

Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri

Bağımlı değişkenler:

Gebelik Semptom Envanteri toplam puanları,

Gebelikte Risk Algısı Ölçeği toplam ve alt boyut puanları

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Gebelik Semptom Envanteri” ve “Gebelikte Risk Algısı Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek II)

Form, araştırmacı tarafından literatür taranarak (Ceylan, 2022; İncirkuş, 2021; Şen, 2020; Akcan, 2019; Şahin, 2019; Özorhan, 2016) oluşturulmuştur. Gebelerin tanıtıcı özelliklerin sorgulandığı bu form demografik özellikler (yaş, aile yapısı, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, eşinin eğitim düzeyi vb.), obstetrik özellikler (gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük/küretaj sayısı, ölü doğum yaşama durumu, gebelik kontrollerini yaptırdığı yer, gebelik kontrollerini en sık yapan sağlık çalışanı, istenen doğum şekli vb.) olmak üzere toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Gebelik Semptom Envanteri (GSE) (Ek III)

Foxcroft ve arkadaşları tarafından 2013 yılında gebelikte yaşanan semptomların sıklığını ve yaşanan semptomların günlük aktiviteleri sınırlama durumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. GSE’nde gebelikte sık yaşanan 42 semptom değerlendirilmektedir. Gebe kadınlardan, envanterde yer alan soruları, son bir ayı

dikkate alarak değerlendirmeleri istenmektedir. GSE semptom yaşama sıklığı ve yaşanan semptomun günlük yaşamı kısıtlama durumu olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. GSE'nin birinci bölümünde gebelikte yaşanan semptomların sıklığı 4'l  likert tipindeki skala kullanılarak değerlendirilmektedir. Her semptom 0-3 arasında (asla 0, nadiren 1, ara sıra 2 ve sık sık 3) puanlanmakta bu bölümden toplam en az 0 en fazla 126 puan alınabilmektedir. Alınan puanın artması, yaşanan semptom sıklığının arttığı, azalması ise semptom sıklığının azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır (Gürkan ve G loğlu, 2020). GSE'nin ikinci bölümünde; semptomların günlük aktiviteleri sınırlama durumu 3'l  likert tipindeki skala kullanılarak değerlendirilmektedir. Her semptomun günlük aktiviteyi sınırlama durumu 1-3 arasında (sınırlamaz 1, az sınırlar 2, çok sınırlar 3) puanlanmakta ve bu bölümden toplamda 42-126 arasında puan alınabilmektedir. Alınan puan artışı yaşanan semptomların günlük aktiviteleri sınırladığı, puan azalması semptomların günlük aktiviteleri sınırlama düzeyinin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır (Gürkan ve G loğlu, 2020). GSE orjinalinin Cronbach's Alpha değeri 0,70'dir (Foxcroft ve ark., 2013). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik  alışması Gürkan ve G loğlu (2020) tarafından yapılmış, Cronbach's Alpha katsayısı 0,82 saptanmıştır. Bu araştırmada da Cronbach's Alpha değeri 0,75 olarak bulunmuştur.

GSE'de semptomlar genel olarak sıralanmış olup bu semptomlar literatür doğrultusunda (şahin, 2019; Can Gürkan ve ark., 2018; Alden, 2016) sistemlere ayrılarak gruplandırılmış ve Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Gebelikte Yaşanan Semptomların Sistemlere Göre Dağılımı

Genito-Üriner Sistem Semptomları	Gastrointestinal Sistem Semptomları	Kardiyovasküler Sistem ve Solunum Sistemi Semptomları
Lökore	Bulantı	Vajinada ağırlı damarlar
Cinsel istekte değişiklik	Kusma	Baş dönmesi
Memelerde hassasiyet	Reflü	Bayılma
Meme ucunda ağrı	Konstipasyon	Çarpıntı
Meme ucunda renk değişikliği	Hemoroid	Varis
Sık idrara çıkma	Ağız kuruluğu	Ellerde ve ayaklarda ödem
İnkontinans	Aşırme	Horlama
	Pamukçuk	Solunum sıkıntısı
	Tat ve kokuda değişiklikler	
Kas İskelet Sistemi Semptomları	Cilt Semptomları	Nörolojik Sistem Semptomları
Sırt ağrısı	Yağlı cilt	Bacak krampları
Bel ağrısı	Gebelik maskesi	Karpal tünel
Kalça ve pelviste ağrı	Ciltte kaşıntı	Siyatik ağrı
	Çatlak	Baş ağrısı
		Yorgunluk
		Uyku bozukluğu
		Huzursuz bacak
		Unutkanlık
		Depresif hissetme
		Anksiyete
		Canlı rüyalar
		Beden imajında değişiklik

3.6.3. Gebelikte Risk Algısı Ölçeği (GRAÖ) (Ek IV)

Ölçek, gebelerin risk algısını değerlendirmek amacıyla Heaman ve Gupton (2009) tarafından geliştirilmiş olup “gebenin bebeğe yönelik risk algısı” ve “gebenin kendisine yönelik risk algısı” olarak iki bölümden oluşmaktadır. “Gebenin bebeğe yönelik risk algısı” faktörü beş maddeden (2, 6, 7, 8, 9. madde); “gebenin kendisine yönelik risk algısı” faktörü dört maddeden (1, 3, 4 ve 5. madde) oluşmaktadır (Evcili ve Dağlar, 2019). Ölçekte, her bir maddenin hemen altında “hiç risk yok” ve “son derece yüksek risk var” ifadesinin bulunduğu 0-100 mm'lik bir doğrusal çizgi bulunmaktadır. Ölçeğin toplam puanı; dokuz maddenin her biri için yapılan puanların toplanması ve elde edilen puanın dokuz bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Ölçeğin faktörlerine ait puanlama da yapılabilmektedir. “Gebenin bebeğe yönelik risk algısı” faktörüne ait puan, bu faktör altında bulunan beş maddenin her biri için yapılan puanların toplanması ve elde edilen puanın beşe bölünmesiyle bulunmaktadır. “Gebenin kendisine yönelik risk algısı” faktörüne ait puan, bu faktör altında bulunan dört maddenin her biri için yapılan puanların toplanması ve puanın

dörde bölünmesiyle elde edilmektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamakta, ölçekten alınan puanın artması gebenin kendisi ve bebeği ile ilişkili risk algısının arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. GRAÖ orjinalinin Cronbach's Alpha değeri 0,87'dir (Heaman ve Gupton, 2009). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Evcili ve Dağlar (2019) tarafından yapılmış, Cronbach Alpha katsayısı 0.84 bulunmuştur. Bu çalışmada da Cronbach Alpha değeri 0,84 olarak saptanmıştır.

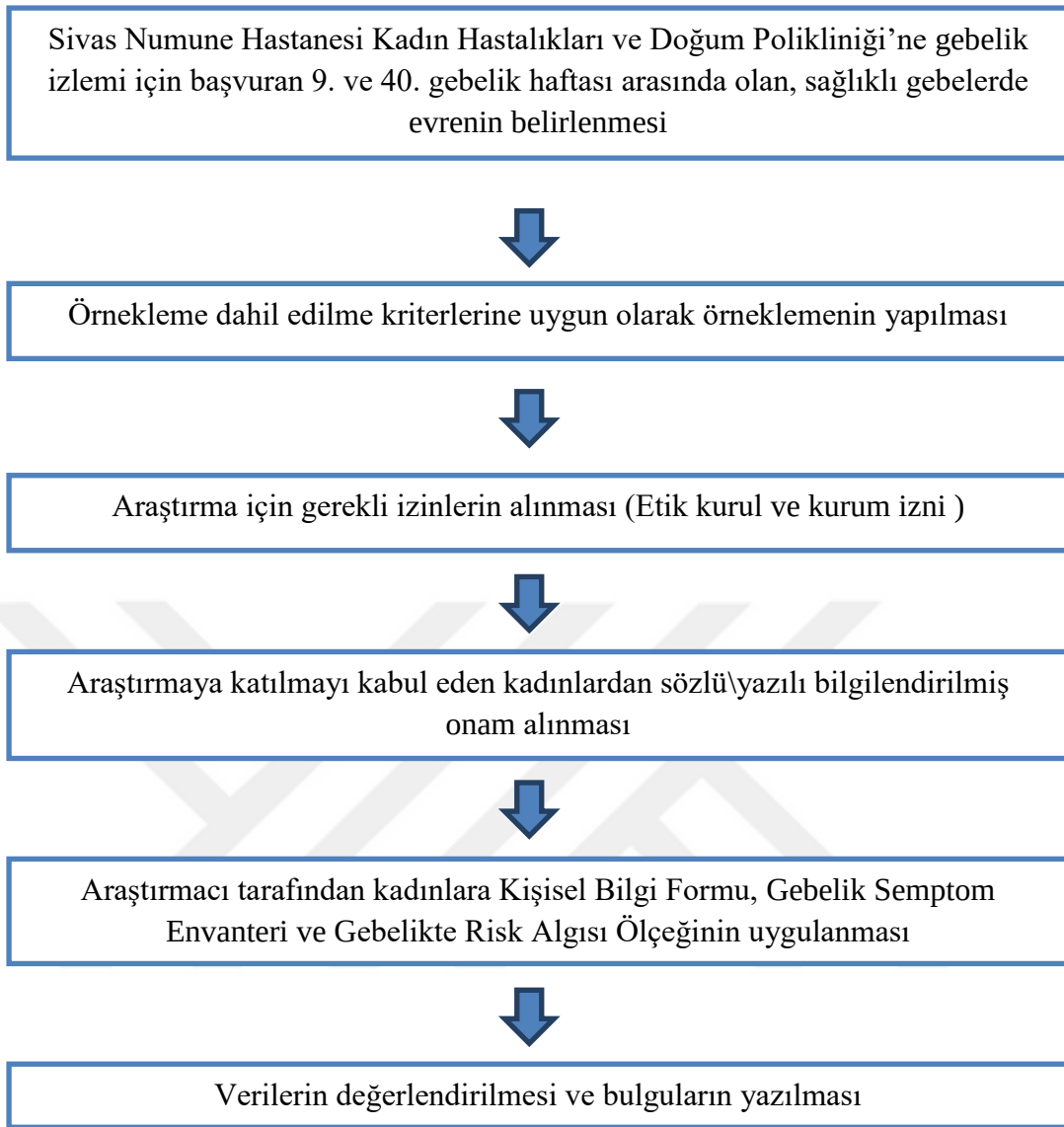
3.7. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması 15.09.2020-30.09.2020 tarihleri arasında Sivas il merkezinde bulunan Sivas Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne gebelik izlemi için başvuran 9. ve 40. gebelik haftası arasında olan ve sağlıklı gebelik yaşayan 50 gebe ile yapılmıştır. Araştırmanın ön uygulamasında gebelere araştırma hakkında bilgi verilmiş araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere Bilgilendirilmiş Olur Formu'nu (Ek I) onaylamaları istenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere veri toplama formları uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda tüm soruların hem okuma hem de cevaplandırılması açısından anlaşılır olduğu görülmüş, formlardaki sorularda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama sonuçları araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Toplanması \ Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, 01.10.2020–31.01.2021 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne gebelik izlemi için başvuran 9. ve 40. gebelik haftası arasında olan sağlıklı gebelerle yapılmıştır. Araştırmacı tarafından gebelere çalışma hakkında bilgi verilerek gerekli açıklamalar yapıldıktan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra veri toplama formları uygulanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde uygun bir ortamda, pandemi kurallarına dikkat edilerek (maske, mesafe, kişisel kalem vb.) yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, GSE ve GRAÖ kullanılmıştır.

Araştırmanın uygulanma planı Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın Uygulanma Planı

3.9. Verilerin Değerlendirmesi

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel ölçütler (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinden iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesinde Independent-sample t testi, ikiden fazla bağımsız grup için tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) (hangi grup ortalamasının diğerlerinden farklı olduğunu belirlemek için homojenlik sağlanıyorsa Tukey, sağlanmıyorsa Tamhane's T2 testi), kategorik veriler arasındaki farkın belirlenmesinde Ki-Kare testi, değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve

düzeyini belirlemek için pearson korelasyon analizi uygulanmış ve yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. İstatistiksel analizde kullanılan testler Tablo 2’de özet olarak verilmiştir.

Tablo 2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Değişkenler	Kullanılan testler
Yaş, eğitim durumu, eş eğitim durumu, ekonomik düzey algısı, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük/küretaj yaşama durumu, düşük/küretaj sayısı, son gebelikle şu anki gebelik arasındaki süre, bebeğin istenen cinsiyette olma durumu, gebelik kontrollerini yaptırdığı yer, gebelik kontrollerini yapan sağlık çalışanı, semptomlarla ilgili bilgi kaynağı,	Varyans analizi Belirtilen değişkenlerden anlamlı çıkanların olması durumunda; veriler homojen ise Tukey, veriler homojen değilse Tamhane T2 testi
Gebenin çalışma durumu, eş çalışma durumu, aile tipi, eş ile akrabalık durumu, gebelikte sigara kullanma durumu, sağlık durum algısı, doğum yapma durumu, yaşayan çocuk varlığı, ölü doğum durumu, gebeliği planlama durumu, gebeliği isteme durumu, gebeliğin oluşma şekli, gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumu, semptomlarla ilgili sağlık çalışanı tarafından eğitim alma, istenen doğum şekli	Bağımsız gruplarda t testi
Gebelerin yaşadığı semptomların sistemlere göre dağılımı	Ki-Kare testi
Verilerin normallik dağılım analizleri	Çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları
Çalışmada kullanılan ölçeklere ait iç geçerlilik katsayıları	Cronbach’s Alpha
Gebelik semptom envanteri ile gebelikte risk algısı ölçeği arasındaki ilişki	Pearson korelasyon analizi

Çalışma kapsamında kullanılan ölçeklerin iç geçerlik düzeylerinin belirlenmesi için Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısından yararlanılmıştır. Ölçeklere ait iç geçerlik katsayıları Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3. GSE ve GRAÖ'ne Ait İç Geçerlilik Katsayıları

Ölçekler	Cronbach's Alpha
Gebelik Semptom Envanteri	0,75
Gebelikte yaşanan semptomların sıklığı	0,77
Semptomların günlük aktiviteleri kısıtlama durumu	0,73
Gebelikte Risk Algısı Ölçeği	0,84
Gebenin bebeğe yönelik risk algısı	0,85
Gebenin kendine yönelik risk algısı	0,80

Çalışmada kullanılan ölçeklere ait iç geçerlik katsayıları güvenirlik düzeyleri incelendiğinde, GSE genel güvenirlik düzeyleri oldukça güvenilir ($0.61 < \alpha < 0.80$), GRAÖ toplam puanın da yüksek güvenilir ($0,81 < \alpha < 1.00$) (Uzunsakal ve Yıldız, 2018) olduğu belirlenmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, çalışma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar sayısı: 2020-07/14) (Ek V) izin alınmıştır. Ayrıca veri toplama formlarının uygulanabilmesi için Sivas Numune Hastanesi'nden (76728045-44-2931_E78 sayılı) (Ek VI) yazılı izin alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır. Araştırmaya katılan gebelere araştırma hakkında bilgi verilmiş, kişisel bilgilerinin korunacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiş, yalnızca gönüllü olanlar araştırmaya dâhil edilmiş ve Bilgilendirilmiş Olur Formu'nun okunması sağlanarak yazılı onamları alınmıştır (Ek I).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma, Sivas Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne gebelik izlemi için başvuran 9. ve 40. gebelik haftası arasında olan sağlıklı gebeleri kapsamaktadır, elde edilen sonuçlar tüm gebelere genellenemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde, Sivas Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne gebelik izlemi için başvuran 9. ve 40. gebelik haftası arasında olan, sağlıklı gebelik yaşayan gebelerin gönüllü katılımlarıyla gerçekleştirilen gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar ile gebelikte risk algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları analiz edilerek tablolar halinde özetlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş Grubu*	18 – 20 yaş	50
	21-34 yaş	488
	35 – 43 yaş	77
Yaş Ortalaması (min-maks)	27,78 ± 5,26	(18 - 43)
Yaşadığı Yer	İl	381
	İlçe	166
	Köy	68
Eğitim Durumu	İlköğretim	151
	Lise	164
	Üniversite ve üzeri	300
Eş Eğitim Durumu	İlköğretim	144
	Lise	176
	Üniversite ve üzeri	295
Çalışma Durumu	Çalışan	285
	Çalışmayan	330
Eş Çalışma Durumu	Çalışan	590
	Çalışmayan	25
Aile Tipi	Çekirdek	486
	Geniş	129
Eş ile Akrabalık Durumu	Akraba olan	72
	Akraba olmayan	543
Ekonomik Düzey Algısı	Gelir giderden az	119
	Gelir gidere denk	400
	Gelir giderden fazla	96
Gebelikte Sigara Kullanma Durumu	Kullanan	24
	Kullanmayan	591
Sağlık Durumu Algısı	İyi	419
	Orta	196
TOPLAM	615	100,0

* Gruplamada sağlıklı ve riskli gebelik yaş aralığı dikkate alınmıştır.

Gebelerin %79,3'ünün 21-34 yaş aralığında olduğu, %62,0'sinin il merkezinde yaşadığı, %48,8'inin eğitim durumunun üniversite ve üzeri, %48,0'inin de eşinin eğitim durumunun üniversite ve üzeri olduğu, %53,7'sinin çalışmadığı, %95,9'unun eşinin çalıştığı, %79,0'unun çekirdek ailede yaşadığı, %88,3'ünün eşi ile akraba olmadığı, %96,1'inin sigara kullanmadığı saptanmıştır. Ayrıca gebelerin %65,0'i gelirini giderine denk, %68,1'i de sağlık durumunu iyi olarak ifade etmiştir (Tablo 4). Gebelerin en küçüğü 18 en büyüğü 43 yaşında olup yaş ortalaması $27,78 \pm 5,26$ olarak saptanmıştır.

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı Tablo 5'te verilmiştir.

Gebelerin gebelik haftası ortalaması $22,18 \pm 9,42$ olup %26,5'i birinci trimester, %41,5'i ikinci trimester, %32,0'si üçüncü trimesterdedir. Gebelerin %38,6'sının ilk gebeliği, %52,8'inin daha önce doğum yaptığı, doğum yapanların %52,7'sinin doğum sayısının bir olduğu, %51,7'sinin yaşayan çocuğunun olduğu, yaşayan çocuğu olanların %52,9'unun bir çocuğa sahip olduğu, %71,2'sinin düşük/küretajının olmadığı, düşük/küretajı olanların %74,6'sının bir düşüğünün olduğu, %96,1'inin ölü doğumu olmadığı, ölü doğumu olanların %70,8'inin bir ölü doğumu olduğu saptanmıştır. Gebelerin %54,7'sinin son gebeliği ile şu an ki gebeliği arasında 24 ay ve üzeri zaman olduğu, %76,3'ünün gebeliğinin planlı olduğu, %97,2'sinin istenen gebeliğe sahip olduğu, %55,0'inin bebeğinin istenen cinsiyette olduğu, %94,8'inin gebeliğinin kendiliğinden oluştuğu belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin %90,6'sının gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırdığı, %49,8'inin gebelik kontrolleri için devlet hastanesini tercih ettiği, %71,0'inin gebelik kontrollerini kadın doğum uzmanının yaptığı, %45,9'unun gebelik semptomları ile ilgili sağlık çalışanlarından bilgi aldığı ve %71,5'inin normal doğum yapmak istediği bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler		n	%
Bulunduğu Trimester	Birinci trimester	163	26,5
	İkinci trimester	255	41,5
	Üçüncü trimester	197	32,0
Gebelik Haftası Ortalaması (min-maks)	22,18±9,42 (9 – 40)		
Gebelik Sayısı	İlk gebelik	237	38,6
	İkinci gebelik	158	25,7
	Üçüncü gebelik	103	16,7
	Dört ve üzeri gebelik	117	19,0
Doğum Yapma Durumu	Yapan	325	52,8
	Yapmayan	290	47,2
Doğum Sayısı (n=325)	Bir doğum	171	52,7
	İki doğum	96	29,5
	Üç ve üzeri doğum	58	17,8
Yaşayan Çocuk Varlığı	Var	318	51,7
	Yok	297	48,3
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=318)	Bir çocuk	168	52,9
	İki çocuk	92	28,9
	Üç çocuk	58	18,2
Düşük/Küretaj Yaşama Durumu	Yaşayan	177	28,8
	Yaşamayan	438	71,2
Düşük/Küretaj Sayısı (n=177)	Bir düşük	132	74,6
	İki düşük	30	16,9
	Üç ve üzeri	15	8,5
Ölü Doğum Yaşama Durumu	Yaşayan	24	3,9
	Yaşamayan	591	96,1
Ölü Doğum Sayısı (n=24)	Bir ölü doğum	17	70,8
	İki ölü doğum	7	29,2
Son Gebelikle Şu An ki Gebelik Arasındaki Süre (n=378)*	0 – 12 ay	119	31,5
	13 – 23 ay	52	13,8
	24 ay ve üzeri	207	54,7
Gebeliği Planlama Durumu	Planlı	469	76,3
	Plansız	146	23,7
Gebeliği İsteme Durumu	İstenen	598	97,2
	İstenmeyen	17	2,8
Bebğin İstenen Cinsiyette Olma Durumu	İstenen cinsiyet	338	55,0
	İstenmeyen cinsiyet	100	16,2
	Cinsiyet bilinmiyor	177	28,8
Gebeliğin Oluşma Şekli	Kendiliğinden	583	94,8
	Tedavi ile	32	5,2
Gebelik Kontrollerini Düzenli Olarak Yaptırma Durumu	Yaptıran	557	90,6
	Yaptırmayan	58	9,4
Gebelik Kontrollerini Yaptırdığı Yer**	Devlet hastanesi	508	49,8
	Üniversite hastanesi	121	11,9
	Özel hastane	152	14,9
	Aile Sağlığı Merkezi	222	21,8
	Özel klinik	17	1,6
Gebelik Kontrollerini Yapan Sağlık Çalışanı**	Kadın doğum uzmanı	578	71,0
	Aile hekimi	81	10,0
	Hemşire	37	4,5
	Ebe	118	14,5
Gebelik Semptomları ile İlgili Sağlık Çalışanı Tarafından Eğitim Alma	Eğitim alan	164	26,7
	Eğitim almayan	451	73,3

Tablo 5 (Devamı): Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Gebelik Semptomları ile İlgili Bilgi Kaynağı**	Televizyon/radyo/internet	168	18,8
	Gazete/kitap/dergiler	75	8,4
	Doğum öncesi eğitim sınıfları/kurslar	56	6,3
	Aile büyükleri (anne, abla, teyze vb.)	184	20,6
	Sağlık çalışanı (ebe, hemşire, doktor)	409	45,9
İstenen Doğum Şekli	Normal doğum	440	71,5
	Sezaryen	175	28,5
TOPLAM		615	100.0

*2. ve 3. gebelik yaşayanların sayısı belirtilmiştir **Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

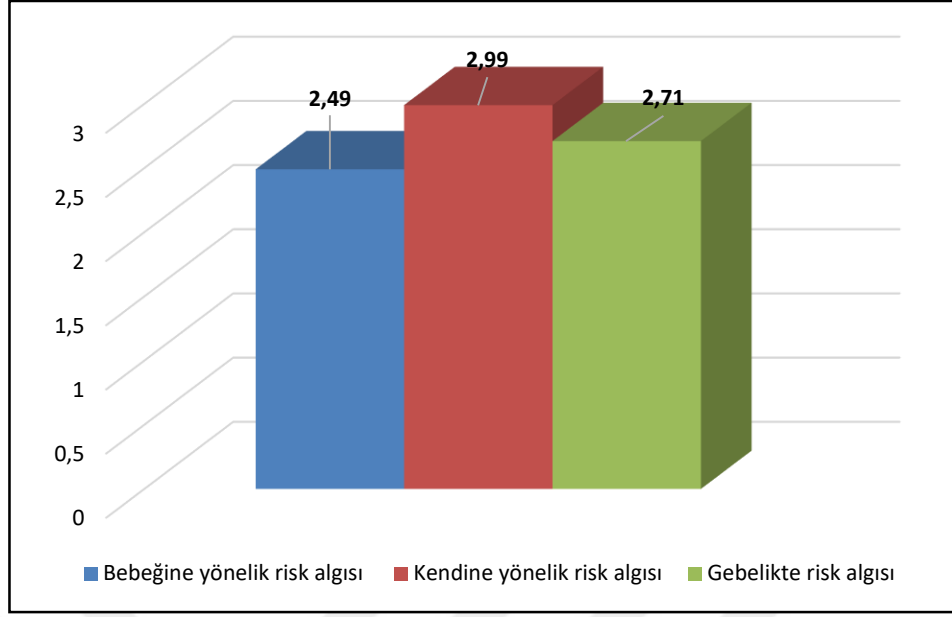
Çalışmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puan ortalamalarının dağılımı Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Ölçek Maddeleri	Ölçekten Alınabilecek Puan (Min-Max)	Çalışmadan Alınan Puan (Min-Max)	$\bar{x} \pm ss$	Medyan
Gebelik Semptom Envanteri	Gebelikte yaşanan semptomların sıklığı	0-126	2-92	39,85±16,57	39,00
	Semptomların günlük aktiviteleri kısıtlama durumu	42-126	42-96	54,28±9,55	52,00
Gebelikte Risk Algısı Ölçeği		0-10	0,00-8,94	2,71±1,69	2,55
	Gebenin Bebeğe Yönelik Risk Algısı	0-10	0,00-9,14	2,49±1,92	2,20
	Gebenin Kendisine Yönelik Risk Algısı	0-10	0,00-8,70	2,99±1,82	2,97

Gebelerin GSE puan ortalamaları değerlendirildiğinde; gebelikte yaşanan semptomların sıklığı 39,85±16,57; semptomların günlük aktiviteleri kısıtlama durumu 54,28±9,55’tir (Tablo 6). GRAÖ toplam puan ortalaması 2,71±1,69; bebeğe yönelik risk algısı alt boyut puan ortalaması 2,49±1,92; kendine yönelik risk algısı alt boyut puan ortalaması 2,99±1,82’dir (Tablo 6; Grafik 1). Gebelerin kendine yönelik risk algısının bebeğe yönelik risk algısından göreceli olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

GRAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Grafik 1’de yer almaktadır.



Grafik 1. GRAÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRAÖ maddelerinin puan ortalamaları Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7. GRAÖ Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Maddeleri	Ölçekten Alınabilecek Puan (Min-Max)	Çalışmadan Alınan Puan (Min-Max)	$\bar{X} \pm ss$	Medyan
Gebenin Bebeğe Yönelik Risk Algısı				
Bu gebelik sırasında bebeğime yönelik risk	0-10	0 – 9	2,95±2,56	2,40
Bebeğimin prematüre (37. gebelik haftasından önce) doğma riski	0-10	0 - 10	2,82±2,62	2,00
Bebeğimin bir doğum kusuruna sahip olma riski	0-10	0 - 10	2,24±2,23	1,50
Bebeğimin yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınma riski	0-10	0 - 10	2,26±2,39	1,50
Bu gebelik sırasında bebeğimi kaybetme riski	0-10	0 - 10	2,21±2,28	1,30
Gebenin Kendisine Yönelik Risk Algısı				
Bu gebelik sırasında kendime yönelik risk	0-10	0 – 10	2,76±2,39	2,20
Bu gebelik sırasında kanama yaşama riskim	0-10	0 – 10	2,29±2,44	1,50
Bu gebelik sırasında sezaryen geçirme riskim	0-10	0 - 10	4,72±3,57	4,30
Bu gebelik sırasında hayatımı kaybetme riskim	0-10	0 – 10	2,20±2,14	1,50

GRAÖ'nin gebenin bebeğe yönelik risk algısı alt boyut maddelerinden en yüksek puan ortalaması $2,95 \pm 2,56$ ile “bu gebelik sırasında bebeğime yönelik risk” en düşük puan ortalaması ise $2,21 \pm 2,28$ ile “bu gebelik sırasında bebeğimi kaybetme riski” olduğu saptanmıştır. Gebenin kendisine yönelik risk algısı alt boyut maddelerinden en yüksek puan ortalaması $4,72 \pm 3,57$ ile “bu gebelik sırasında sezaryen geçirme riskim” en düşük puan ortalaması $2,20 \pm 2,14$ ile “bu gebelik sırasında hayatımı kaybetme riskim” olarak belirlenmiştir (Tablo 7).

Gebelerin sistemlere göre semptom yaşama durumu ve GSE’nde yaşadığı semptomların sıklığı puan ortalamaları dağılımı Tablo 8’de verilmiştir.

Gebelerin sistemlere göre semptom yaşama durumları değerlendirildiğinde; sistemlere ilişkin en fazla yaşadıkları semptomların GÜS’de sık idrar çıkma (%93,2), lökore (%77,2) ve memelerde hassasiyet (%76,9); GİS’de aşırme (%70,1), bulantı (%68,8) ve ağız kuruluğu (%60,4); KVS ve solunum sisteminde solunum sıkıntısı (%57,9), bayılma (%44,9), ellerde ve ayaklarda ödem (%44,7); ciltte kaşıntı (%48,3), çatlak (%48,1), sivilcelenme (%45,6); nöro-psikolojik sistemde yorgunluk ya da halsizlik (%96,6), uyku bozukluğu (%85,0), baş ağrısı (%68,3); KİS’de sırt ağrısı (%78,5), kalça veya pelviste ağrı (%57,1) olduğu bulunmuştur (Tablo 8).

GSE’nde sistemlere ilişkin semptomlardan alınan puan ortalamaları değerlendirildiğinde GÜS’de sık idrara çıkma ($2,24 \pm 0,95$), GİS’de bulantı ($1,22 \pm 1,04$), KVS ve solunum sisteminde solunum sıkıntısı ($1,03 \pm 1,07$), ciltte çatlak ($0,86 \pm 1,04$), nöro-psikolojik sistemde yorgunluk ya da halsizlik ($2,20 \pm 0,84$) ve KİS’nde sırt ağrısının ($1,54 \pm 1,08$) en yüksek ortalama sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Gebelerin yaşadığı semptomların sıklık dağılımı Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 8. Gebelerin Sistemlere Göre Semptom Yaşama Durumu ve GSE’nde Yaşadığı Semptomların Sıklık Puan Ortalamaları Dağılımı

SİSTEMLER	Semptom Yaşama Durumu				Ort±ss
	Yaşayan		Yaşamayan		
	n	%	n	%	
Genito-Üriner Sistem Semptomları					
Sık idrara çıkma	573	93,2	42	6,8	2,24±0,95
Lökore	475	77,2	140	22,8	1,43±1,03
Memelerde hassasiyet	473	76,9	142	23,1	1,32±0,95
Meme ucunda renk değişikliği	397	64,6	218	35,4	1,15±1,03
Cinsel istekte değişiklik	387	62,9	228	37,1	1,10±1,02
Meme ucunda ağrı	352	57,2	263	42,8	0,89±0,90
İnkontinans	249	40,0	369	60,0	0,64±0,89
Vajinal kandidiyazis	130	21,1	485	78,9	0,33±0,71
Gastrointestinal Sistem Semptomları					
Aşırme	431	70,1	184	29,9	1,20±0,97
Bulantı	423	68,8	192	31,2	1,22±1,04
Ağız kuruluğu	373	60,4	242	39,4	1,03±1,04
Reflü	339	55,1	276	44,9	1,07±1,14
Konstipasyon	330	53,6	285	46,4	0,92±1,02
Kusma	297	48,3	318	51,7	0,84±1,04
Tat ve kokuda değişiklikler	183	29,7	432	70,3	0,52±0,91
Hemoroid	142	23,1	473	76,9	0,42±0,87
Kardiyovasküler Sistem ve Solunum Sistemi Semptomları					
Solunum sıkıntısı	356	57,9	259	42,1	1,03±1,07
Baş dönmesi	276	44,9	339	55,1	0,66±0,85
Ellerde ve ayaklarda ödem	275	44,7	340	55,3	0,86±1,09
Çarpıntı	255	41,5	360	58,5	0,67±0,93
Vajinada ağrılı damarlar	246	40,0	369	60,0	0,70±0,99
Varis	205	33,4	410	66,6	0,58±0,91
Horlama	173	28,1	442	71,9	0,47±0,86
Bayılma	74	12,0	541	88,0	0,17±0,49
Cilt Semptomları					
Ciltte kaşıntı	297	48,3	318	51,7	0,85±1,00
Çatlak	296	48,1	319	51,9	0,86±1,04
Ciltte sivilcelenme	280	45,6	335	54,4	0,77±0,98
Gebelik maskesi	168	27,3	447	72,7	0,43±0,78
Nöro-Psikolojik Sistem Semptomları					
Yorgunluk ya da halsizlik	594	96,6	21	3,4	2,20±0,84
Uyku bozukluğu	523	85,0	92	15,0	1,73±1,04
Baş ağrısı	420	68,3	195	31,7	1,14±1,00
Bacak krampları	375	61,0	240	39,0	1,10±1,05
Endişe	345	56,1	270	43,9	1,08±1,10
Unutkanlık	337	54,8	278	45,2	0,89±0,97
Depresif hissetme	328	53,3	287	46,7	0,93±1,02
Huzursuz bacak	307	49,9	308	50,1	0,95±1,10
Siyatik ağrı	280	45,5	335	54,5	0,81±1,04
Canlı rüyalar	263	42,8	352	57,2	0,75±1,01
Beden imajında değişiklik	248	40,3	367	59,7	0,66±0,91
Karpal tunel	246	40,0	369	60,0	0,66±0,94
Kas İskelet Sistemi Semptomları					
Sırt ağrısı	483	78,5	132	21,5	1,54±1,08
Kalça veya pelviste ağrı	351	57,1	264	42,9	1,03±1,06

Tablo 9. Gebelerin Yaşadığı Semptomların Sıklık Dağılımı

SİSTEMLER	Semptom Sıklığı							
	Asla		Nadiren		Bazen		Sık Sık	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Genito-Üriner Sistem Semptomları								
Lökore	140	22,8	185	30,1	175	28,5	115	18,7
Vajinal kandidiyazis	485	78,9	80	13,0	30	4,9	20	3,3
Cinsel istekte değişiklik	228	37,1	165	26,8	153	24,9	69	11,2
Memelerde hassasiyet	142	23,1	208	33,8	192	31,2	73	11,9
Meme ucunda ağrı	263	42,8	184	29,9	142	23,1	26	4,2
Meme ucunda renk değişikliği	218	35,4	161	26,2	163	26,5	73	11,9
Sık idrara çıkma	42	6,8	99	16,1	144	23,4	330	53,7
İnkontinans	369	60,0	126	20,5	93	15,1	27	4,4
Gastrointestinal Sistem Semptomları								
Bulantı	192	31,2	182	29,6	153	24,9	88	14,3
Kusma	318	51,7	149	24,2	76	12,4	72	11,7
Reflü	276	44,9	128	20,8	104	16,9	107	17,4
Konstipasyon	285	46,4	157	25,5	111	18,0	62	10,1
Hemoroid	473	76,9	66	10,7	33	5,4	43	7,0
Ağız kuruluğu	242	39,4	192	31,2	99	16,1	82	13,3
Aşerme	184	29,9	184	29,9	186	30,3	61	9,9
Tat ve kokuda değişiklikler	432	70,3	93	15,1	45	7,3	45	7,3
Kardiyovasküler Sistem ve Solunum Sistemi Semptomları								
Vajinada ağrılı damarlar	369	60,0	116	18,9	76	12,4	54	8,8
Baş dönmesi	339	55,1	167	27,2	86	14,0	23	3,7
Bayılma	541	88,0	45	7,3	27	4,4	2	0,3
Çarpıntı	360	58,5	135	22,0	81	13,2	39	6,3
Varis	410	66,6	88	14,3	84	13,7	33	5,4
Ellerde ve ayaklarda ödem	340	55,3	103	16,7	92	15,0	80	13,0
Horlama	442	71,9	91	14,8	46	7,5	36	5,9
Solunum sıkıntısı	259	42,1	166	27,0	105	17,1	85	13,8
Cilt Semptomları								
Ciltte sivilcelenme	335	54,4	137	22,3	92	15,0	51	8,3
Gebelik maskesi	447	72,7	93	15,1	55	8,9	20	3,3
Ciltte kaşıntı	318	51,7	114	18,5	139	22,6	44	7,2
Çatlak	319	51,9	127	20,7	106	17,2	63	10,2
Nöro – Psikolojik Sistem Semptomları								
Bacak krampları	240	39,0	147	23,9	156	25,4	72	11,7
Karpal tunel	369	60,0	127	20,7	76	12,4	43	7,0
Siyatik ağrı	335	54,5	125	20,3	90	14,6	65	10,6
Baş ağrısı	195	31,7	213	34,6	130	21,1	77	12,5
Yorgunluk ya da halsizlik	21	3,4	106	17,2	220	35,8	268	43,6
Uyku bozukluğu	92	15,0	169	27,5	169	27,5	185	30,0
Huzursuz bacak	308	50,1	107	17,4	120	19,5	80	13,0
Unutkanlık	278	45,2	171	27,8	119	19,3	47	7,7
Depresif hissetme	287	46,7	142	23,1	126	20,5	60	9,8
Endişe	270	43,9	102	16,6	165	26,8	78	12,7
Canlı rüyalar	352	57,2	119	19,3	88	14,3	56	9,2
Beden imajında değişiklik	367	59,7	126	20,5	88	14,3	34	5,5
Kas İskelet Sistemi Semptomları								
Sırt ağrısı	132	21,5	171	27,7	161	26,2	151	24,6
Kalça veya pelviste ağrı	264	42,9	142	23,1	136	22,1	73	11,9

Gebelerin yaşadığı semptomların sıklığı değerlendirildiğinde GÜS'e ilişkin semptomlardan gebelerin %53,7'sinin sık idrara çıkma, %18,7'sinin lökore; GİS semptomlarından gebelerin %17,4'ünün reflü, %14,3'ünün bulantı; KVS ve solunum sistemi semptomlarından gebelerin %13,8'inin solunum sıkıntısı ve %13,0'ünün el ve ayaklarda ödem; ciltle ilgili semptomlardan gebelerin %10,2'sinin çatlak ve %8,3'ünün ciltte sivilcelenme; nöro-psikolojik sistem semptomlarından %43,6 yorgunluk ya da halsizlik ve %30,0'unun uyku bozukluğu; KİS semptomlarından gebelerin %24,6'sının sırt ağrısı ve %11,9'unun kalça veya pelviste ağrıyı sık sık yaşadığı bulunmuştur (Tablo 9).

Gebelerin sistemlere göre semptom yaşama ve yaşadığı semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Gebelerin Sistemlere Göre Semptom Yaşama ve Yaşadığı Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumlarının Dağılımı

SİSTEMLER	Semptom Yaşama Durumu					
	Yaşayan			Yaşamayan		
	n	%	Ort±ss	n	%	Ort±ss*
Genito üriner sistem	613	99,7	9,09±3,89	2	0,3	-
Nöro- psikolojik sistem	611	99,3	13,00±6,10	4	0,7	-
Gastrointestinal sistem	603	98,0	7,37±4,26	12	2,0	-
Kardiyovasküler sistem ve Solunum sistemi	563	91,5	5,61±3,48	52	8,5	-
Kas iskelet sistemi	527	85,7	2,99±1,48	88	14,3	-
Cilt	487	79,2	3,67±2,10	128	20,8	-
	Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumu					
	Kısıtlayan**			Kısıtlamayan		
	n	%	Ort±ss	n	%	Ort±ss
Nöro-Psikolojik sistem	333	54,5	16,78±3,91	278	45,5	7,05±2,60
Kas iskelet sistemi	282	53,5	4,12±0,94	245	46,5	1,64±0,47
Genito üriner sistem	279	45,4	11,43±2,30	334	54,6	5,44±1,97
Gastrointestinal sistem	220	36,5	11,77±2,62	383	63,5	4,53±2,20
Cilt	112	23,0	5,95±1,21	375	77,0	2,40±1,09
Kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi	118	20,9	11,16±2,08	446	79,1	4,24±2,20

*Sistemlere ait semptom yaşanmadığı için ortalama alınmamıştır **GSE çok az kısıtladı ve çok kısıtladı birleştirilerek kısıtladı olarak değerlendirilmiştir.

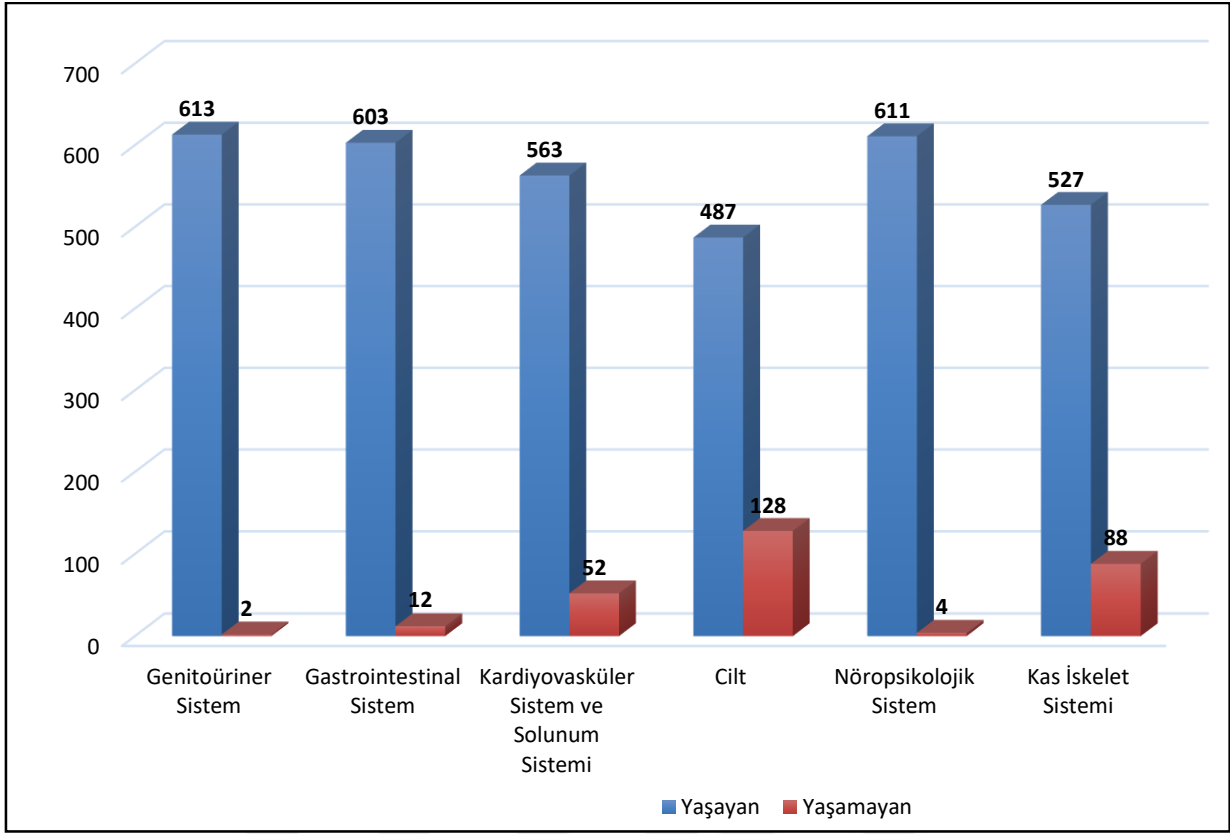
Gebelerin yaşadığı semptomlar sistemler düzeyinde ele alındığında %99,7'si GÜS, %99,3'ü nöro-psikolojik sistem, %98,0'i GİS, %91,5'i KVS ve solunum sistemi, %85,7'si KİS ve %79,2'si cilt ile ilgili semptom yaşamaktadır (Tablo10; Grafik 2).

Gebelerin en fazla GÜS ile ilgili semptom yaşadığı en az ise cilt ile ilgili semptom yaşadığı belirlenmiştir.

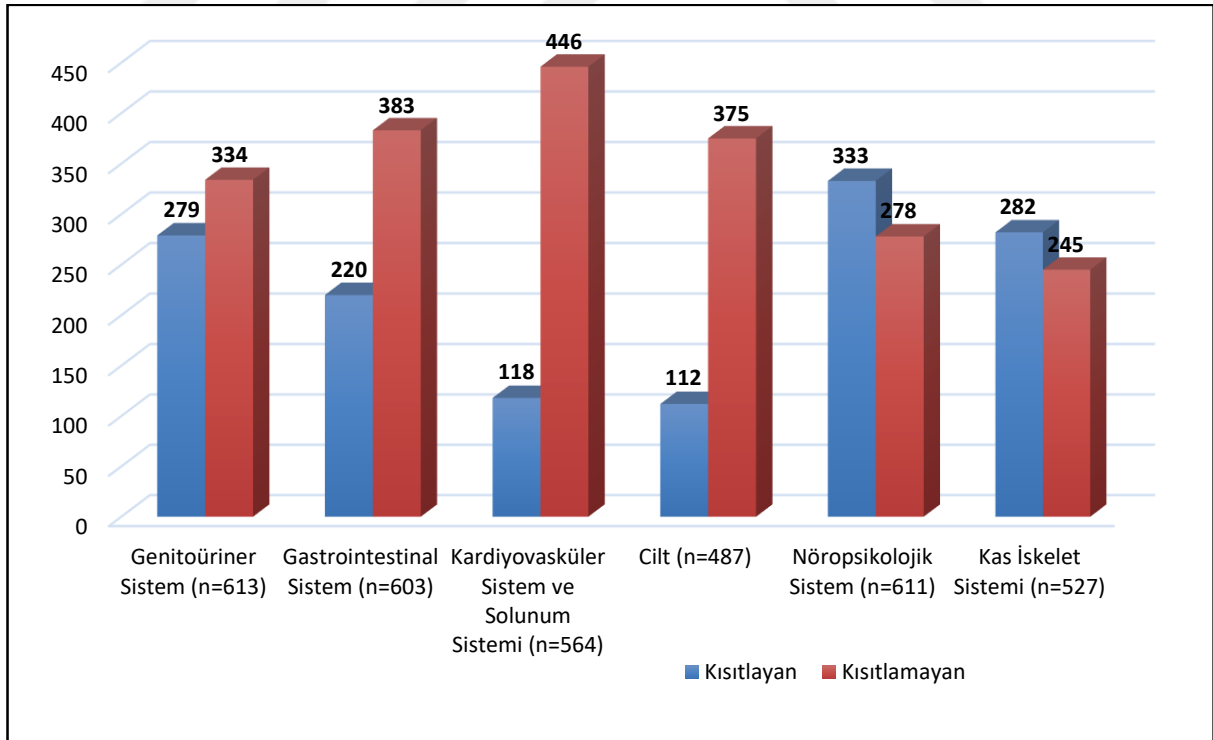
GSE'ne göre alınan puan ortalamaları değerlendirildiğinde de nöro-psikolojik sistem $13,00 \pm 6,10$; GÜS $9,09 \pm 3,89$; GİS $7,37 \pm 4,26$; KVS ve solunum sistemi $5,61 \pm 3,48$; cilt $3,67 \pm 2,10$ ve KİS $2,99 \pm 1,48$ olarak saptanmıştır. Bu değerlere göre gebeler en fazla nöro-psikolojik sistem semptomlarını, en az kas iskelet sistemine ait semptomları yaşamaktadır (Tablo 10). Ayrıca gebelerin sistemlere göre semptom yaşama durumları grafik olarak Grafik 2'de sunulmuştur.

Gebelerin yaşadıkları semptomların sistemlere göre günlük yaşamı kısıtlama durumları değerlendirildiğinde; gebelerin %54,5'i nöro-psikolojik sistem, %53,5'i KİS, %45,4'ü GÜS, %36,5'i GİS, %23,0'ü cilt ve %20,9'u da KVS ve solunum sistemi ile ilgili yaşadığı semptomların günlük yaşamını kısıtladığını ifade etmiştir (Tablo 10; Grafik 3). Gebelerin en fazla nöro-psikolojik sisteme ilişkin yaşadığı semptomların, en az ise cilt ile ilgili semptomların günlük yaşamını kısıtladığı belirlenmiştir.

GSE'nin semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu puan ortalamaları da nöro-psikolojik sistem $16,78 \pm 3,91$; GİS $11,77 \pm 2,62$; GÜS $11,43 \pm 2,30$; KVS ve solunum sistemi $11,16 \pm 2,08$; cilt $5,95 \pm 1,21$ ve KİS $4,12 \pm 0,94$ olarak saptanmıştır. Bu değerlere göre gebelerin yaşamını en fazla nöro-psikolojik sistem semptomlarının, en az da KİS ait semptomların kısıtladığı saptanmıştır. Sistemlere göre yaşanan semptomların gebenin günlük yaşamını kısıtlama durumları karşılaştırıldığında tüm sistemlerde günlük yaşamını kısıtlama ve kısıtlamama arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 10). Sistemlere göre yaşanan semptomların günlük yaşamını kısıtladığını ifade eden gebelerin puan ortalaması kısıtlamadığını ifade edenlerden yüksektir. Ayrıca gebelerin yaşadığı semptomların sistemlere göre günlük yaşamı kısıtlama durumu grafik olarak Grafik 3'te verilmiştir.



Grafik 2. Gebelerin Sistemlere Göre Semptom Yaşama Durumu (n=615)



Grafik 3. Gebelerin Yaşadığı Semptomların Sistemlere Göre Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumunun Dağılımı

Gebelerin yaşadığı semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumunun ve GSE'ne göre semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu puan ortalamalarının dağılımı Tablo 11'de verilmiştir.

Gebelerin yaşadığı semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumları değerlendirildiğinde; sistemlere ilişkin günlük yaşamı en fazla kısıtlayan semptomların GÜS'de inkontinans (%69,9), sık idrara çıkma (%67,9), lökore (%55,2) ve memelerde hassasiyet (%50,3); GİS'de reflü (%70,8), bulantı (%65,5), kusma (%62,3), tat ve kokuda değişiklikler (%60,1), konstipasyon (%57,0) ve hemoroid (%56,3); KVS ve solunum sisteminde vajinada ağrılı damarlar (%65,0), solunum sıkıntısı (%62,6), çarpıntı (%61,6), baş dönmesi (%58,7), bayılma (%58,7), varis (%56,1) ve ellerde ve ayaklarda ödem (%53,1); ciltte kaşıntı (%50,8); nöro-psikolojik sistemde yorgunluk ya da halsizlik (%81,0), huzursuz bacak (%74,3), depresif hissetme (%71,0), uyku bozukluğu (%70,6), siyatik ağrı (%70,0), anksiyete (%69,9), baş ağrısı (%65,7), bacak krampları (%63,5), unutkanlık (%57,0) ve karpal tunel (%54,5); KİS'nde sırt ağrısı (%70,0) ve kalça ve pelviste ağrı (%67,2) olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

GSE semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumundan alınan puan ortalamalarına göre de GÜS'de inkontinans ($1,89 \pm 0,69$), GİS'de reflü ($1,97 \pm 0,74$), KVS ve solunum sisteminde solunum sıkıntısı ($1,80 \pm 0,71$), ciltte yağlı cilt ($1,52 \pm 0,70$), nöro-psikolojik sistemde yorgunluk ya da halsizlik ($2,10 \pm 0,68$) ve KİS'nde sırt ağrısı ($1,90 \pm 0,70$) en yüksek ortalama sahiptir (Tablo 11).

Gebelerin yaşadığı semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumunun dağılımı Tablo 12'de verilmiştir.

Gebelerin yaşadığı semptomlarda günlük yaşamı çok kısıtlayan semptomların GÜS'de sık idrara çıkma (%27,1), inkontinans (%19,5); GİS'de reflü (%26,3), tat ve kokuda değişiklikler (%25,1); KVS ve solunum sisteminde el ve ayaklarda ödem (%18,2), solunum sıkıntısı (%17,1); ciltte yağlı cilt (%12,1), ciltte kaşıntı (%9,7); nöro-psikolojik sistemde yorgunluk ya da halsizlik (%29,1) ve uyku bozukluğu (%29,1); KİS'nde sırt ağrısı (%20,1), kalça veya pelviste ağrı (%17,4) olduğu bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 11. Gebelerin Yaşadığı Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumunun ve GSE'ne Göre Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumu Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumu				
	Kısıtladı *		Kısıtlamadı		Ort±ss
	n	%	n	%	
Genito-Üriner Sistem Semptomları					
İnkontinans (n=246)	172	69,9	74	30,1	1,89±0,69
Sık idrara çıkma (n=573)	389	67,9	184	32,1	1,95±0,76
Lökore (n=475)	262	55,2	213	44,8	1,67±0,68
Memelerde hassasiyet (n= 473)	238	50,3	235	49,7	1,59±0,65
Meme ucunda ağrı (n= 350)	164	46,9	186	53,1	1,53±0,60
Vajinal kandidiyaz (n=130)	58	44,6	72	55,4	1,58±0,72
Cinsel istekte değişiklik (n= 387)	148	38,2	239	61,8	1,47±0,65
Meme ucunda renk değişikliği (n=397)	147	37,0	250	63,0	1,42±0,59
Gastrointestinal Sistem Semptomları					
Reflü (n=339)	240	70,8	99	29,2	1,97±0,74
Bulantı (n=423)	277	65,5	146	34,5	1,85±0,72
Kusma (n=297)	185	62,3	112	37,7	1,84±0,75
Tat ve kokuda değişiklikler (n=183)	110	60,1	73	39,9	1,85±0,79
Konstipasyon (n=330)	188	57,0	142	43,0	1,76±0,75
Hemoroid (n=142)	80	56,3	62	43,7	1,69±0,68
Ağız kuruluğu (n=373)	180	48,3	193	51,7	1,56±0,63
Aşerme (n=431)	130	30,2	301	69,8	1,37±0,60
Kardiyovasküler Sistem ve Solunum Sistemi Semptomları					
Vajinada ağrılı damarlar (n=246)	160	65,0	86	35,0	1,78±0,65
Solunum sıkıntısı (n=356)	223	62,6	133	37,4	1,80±0,71
Çarpıntı (n=255)	157	61,6	98	38,4	1,76±0,68
Baş dönmesi (n=276)	162	58,7	114	41,3	1,73±0,70
Bayılma (n=74)	39	58,7	35	47,3	1,59±0,61
Varis (n=205)	115	56,1	90	43,9	1,72±0,71
Ellerde ve ayaklarda ödem (n=275)	146	53,1	129	46,9	1,71±0,75
Horlama (n=173)	67	38,7	106	61,3	1,53±0,73
Cilt Semptomları					
Ciltte kaşıntı (n=297)	151	50,8	146	49,2	1,61±0,66
Çatlak (n=296)	124	41,9	172	58,1	1,49±0,62
Yağlı cilt (n=280)	111	39,6	169	60,4	1,52±0,70
Gebelik maskesi (n=168)	50	29,8	118	70,2	1,36±0,59
Nöro- Psikolojik Sistem Semptomları					
Yorgunluk ya da halsizlik(n=594)	481	81,0	113	19,0	2,10±0,68
Huzursuz bacak (n=307)	228	74,3	79	25,7	1,97±0,69
Depresif hissetme (n=328)	233	71,0	95	29,0	1,88±0,67
Uyku bozukluğu (n=523)	369	70,6	154	29,4	2,00±0,76
Siyatik ağrı (n=280)	196	70,0	84	30,0	1,93±0,72
Anksiyete (n=345)	241	69,9	104	30,1	1,88±1,68
Baş ağrısı (n=420)	276	65,7	144	34,3	1,88±0,74
Bacak krampları (n=375)	238	63,5	137	36,5	1,79±0,68
Unutkanlık (n=337)	192	57,0	145	43,0	1,73±0,71
Karpel tunel (n=246)	134	54,5	112	45,5	1,66±0,67
Beden imajında değişiklik (n=248)	120	48,4	128	51,6	1,59±0,67
Canlı rüyalar (n=263)	118	44,9	145	55,1	1,61±0,74
Kas İskelet Sistemi Semptomları					
Sırt ağrısı (n=483)	338	70,0	145	30,0	1,90±0,70
Kalça ve pelviste ağrı (n=351)	236	67,2	115	32,8	1,85±0,69

*GSE çok az kısıtladı ve çok kısıtladı birleştirilerek kısıtladı olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 12. Gebelerin Yaşadığı Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumunun Dağılımı

	Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumu					
	Kısıtlamadı		Çok az kısıtladı		Çok kısıtladı	
	n	%	n	%	n	%
Genito-Üriner Sistem Semptomları						
Lökore (n=475)	213	44,8	204	42,9	58	12,3
Cinsel istekte değişiklik (n= 387)	239	61,8	113	29,2	35	8,0
Memelerde hassasiyet (n= 473)	235	49,7	195	41,2	43	9,1
Meme ucunda ağrı (n= 350)	186	53,1	143	40,9	21	6,0
Meme ucunda renk değişikliği (n=397)	250	63,0	126	31,7	21	5,3
Sık idrara çıkma (n=573)	184	32,1	234	40,8	155	27,1
İnkontinans (n=246)	74	30,1	124	50,4	48	19,5
Vajinal kandidiyaz (n=130)	72	55,4	40	30,8	18	13,8
Gastrointestinal Sistem Semptomları						
Bulantı (n=423)	146	34,5	194	45,9	83	19,6
Kusma (n=297)	112	37,7	121	40,7	64	21,6
Reflü (n=339)	99	29,2	151	44,5	89	26,3
Konstipasyon (n=330)	142	43,0	125	37,9	63	19,1
Hemoroid (n=142)	62	43,7	62	43,7	18	12,6
Ağız kuruluğu (n=373)	193	51,7	152	40,8	28	7,5
Aşırma (n=431)	301	69,8	102	23,7	28	6,5
Tat ve kokuda değişiklikler (n=183)	73	39,9	64	35,0	46	25,1
Kardiyovasküler Sistem ve Solunum Sistemi Semptomları						
Vajinada ağrılı damarlar (n=246)	86	35,0	128	52,0	32	13,0
Baş dönmesi (n=276)	114	41,3	121	43,8	41	14,9
Bayılma (n=74)	35	47,3	34	45,9	5	6,8
Çarpıntı (n=255)	98	38,4	120	47,1	37	14,5
Varis (n=205)	90	43,9	83	40,5	32	15,6
Ellerde ve ayaklarda ödem (n=275)	129	46,9	96	34,9	50	18,2
Horlama (n=173)	106	61,3	42	24,3	25	14,4
Solunum sıkıntısı (n=356)	133	37,4	162	45,5	61	17,1
Cilt Semptomları						
Yağlı cilt (n=280)	169	60,4	77	27,5	34	12,1
Gebelik maskesi (n=168)	118	70,2	40	23,8	10	6,0
Ciltte kaşıntı (n=297)	146	49,2	122	41,1	29	9,7
Çatlak (n=296)	172	58,1	104	35,1	20	6,8
Nöro- Psikolojik Sistem Semptomları						
Bacak krampları (n=375)	137	36,5	181	48,3	57	15,2
Karpal tunel (n=246)	112	45,5	105	42,7	29	11,8
Siyatik ağrı (n=280)	84	30,0	131	46,8	65	23,2
Baş ağrısı (n=420)	144	34,3	182	43,3	94	22,4
Yorgunluk ya da halsizlik(n=594)	113	19,0	308	51,9	173	29,1
Uyku bozukluğu (n=523)	154	29,4	217	41,5	152	29,1
Huzursuz bacak (n=307)	79	25,7	159	51,8	69	22,5
Unutkanlık (n=337)	145	43,0	139	41,2	53	15,8
Depresif hissetme (n=328)	95	29,0	176	53,7	57	17,3
Anksiyete (n=345)	104	30,1	178	51,6	63	18,2
Canlı rüyalar (n=263)	145	55,1	76	28,9	42	16,0
Beden imajında değişiklik (n=248)	128	51,6	93	37,5	27	10,9
Kas İskelet Sistemi Semptomları						
Sırt ağrısı (n=483)	145	30,0	241	49,9	97	20,1
Kalça ve pelviste ağrı (n=351)	115	32,8	175	49,8	61	17,4

Gebelerde trimesterlere göre en yaygın görülen ve günlük yaşamı en fazla kısıtlayan semptomların dağılımı Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Gebelerde Trimesterlere Göre En Yaygın Görülen ve Günlük Yaşamı En Fazla Kısıtlayan Semptomların Dağılımı

1. Trimester (n=163)			2. Trimester (n=255)			3. Trimester (n=197)		
En Yaygın Semptomlar*								
	n	%		n	%		n	%
Sık idrara çıkma	156	95,7	Yorgunluk ya da halsizlik	248	97,3	Yorgunluk ya da halsizlik	192	97,5
Yorgunluk ya da halsizlik	154	94,5	Uyku bozukluğu	220	86,3	Sık idrara çıkma	187	94,9
Bulantı	135	82,8	Memelerde ağrı	211	82,7	Uyku bozukluğu	176	89,3
Vajinal akıntıda artma	129	79,1	Sırt ağrısı	196	76,9	Sırt ağrısı	167	84,8
Uyku bozukluğu	127	77,9	Baş ağrısı ve aşırma	193	75,7	Vajinal akıntıda artma	157	79,7
En Fazla Kısıtlayan Semptomlar**								
Yorgunluk ya da halsizlik	128	78,5	Yorgunluk ya da halsizlik	200	78,4	Yorgunluk ya da halsizlik	153	77,7
Sık idrara çıkma	92	56,4	Sık idrara çıkma	164	64,3	Sık idrara çıkma	133	67,5
Uyku bozukluğu	88	54,0	Uyku bozukluğu	154	60,4	Uyku bozukluğu	127	64,5
Bulantı ve sırt ağrısı	83	50,9	Sırt ağrısı	133	52,2	Sırt ağrısı	122	61,9
Baş ağrısı	71	43,6	Baş ağrısı	132	51,8	Kalça veya pelviste ağrı	99	50,3

*Tabloda gebelerde en yaygın görülen ilk beş semptom sıralanmıştır.

**Tabloda gebelerin günlük yaşamını kısıtladığını ifade ettikleri en yaygın ilk beş semptom sıralanmıştır.

Birinci trimesterdeki gebelerde sık idrara çıkmanın (%95,7), ikinci ve üçüncü trimesterdeki gebelerde de yorgunluk ya da halsizliğin (sırasıyla %97,3; %97,5) en yaygın görülen semptomlar olduğu belirlenmiştir. Birinci trimesterdeki gebelerde sık görülen diğer semptomlar sırasıyla yorgunluk ya da halsizlik (%94,5), bulantı (%82,8), vajinal akıntıda artma (%79,1) ve uyku bozukluğudur (%77,9). İkinci trimesterdeki gebelerde sık görülen diğer semptomlar sırasıyla uyku bozukluğu (%86,3), memelerde ağrı (%82,7), sırt ağrısı (%76,9), baş ağrısı ve aşırmedir (%75,7). Üçüncü trimesterdeki gebelerde sık görülen diğer semptomlar sırasıyla sık idrara çıkma (%94,9), uyku bozukluğu (%89,3), sırt ağrısı (%84,8), vajinal akıntıda artmadır (%79,7) (Tablo 13).

Gebelerin yaşadıklarını ifade ettikleri semptomlardan yorgunluk ya da halsizliğin her üç trimesterdeki (birinci trimester %78,5; ikinci trimester %78,4;

üçüncü trimester %77,7) gebelerde günlük yaşamı en çok kısıtlayan semptom olduğu belirlenmiştir. Gebelerin yaşamını ikinci sırada en çok kısıtlayan semptomun sık idrara çıkma (birinci trimesterde %56,4; ikinci trimesterde %64,3; üçüncü trimesterde %67,5) olduğu bulunmuştur. Uyku bozukluğu semptomunun her üç trimesterdeki gebelerde günlük yaşamı en fazla kısıtlayan üçüncü semptom (birinci trimesterde %54,0; ikinci trimesterde %60,4; üçüncü trimesterde %64,5) olduğu görülmüştür. Gebelerin günlük yaşamını kısıtlayan diğer semptomlar da birinci trimesterde bulantı ve sırt ağrısı, (%50,9) ile baş ağrısı (%43,6); ikinci trimesterde sırt ağrısı (%52,2) ile baş ağrısı (%51,8); üçüncü trimesterde de sırt ağrısı (%61,9) ile kalça ve pelviste ağrı (%50,3) dır (Tablo 13).

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre yaşadığı semptomların sistemlere ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 14'te verilmiştir.

Gebelerin sosyodemografik özelliklerinden yaşın, eğitim durumunun, eş eğitim durumunun ve sağlık durum algısının sistemsel düzeyde gebelerin yaşadıkları semptomları etkilediği, gebenin ve eşinin çalışma durumunun ise etkilemediği bulunmuştur. Yaşın GİS, nöro-psikolojik sistem ve GSE toplam puan ortalamasını; eğitim durumunun GİS, KVS ve solunum sistemi puan ortalamasını; eş eğitim durumunun GÜS, GİS, KİS, cilt ve GSE toplam puan ortalamasını; sağlık durum algısının cilt ve GSE toplam puan ortalamasını etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). 21-34 yaş grubundaki gebelerin GİS, nöro-psikolojik sistem ve GSE toplam puan ortalaması; eğitim düzeyi lise olanların GİS, KVS ve solunum sistemi; eş eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların GÜS, GİS, KİS, cilt ve GSE toplam puan ortalaması; sağlık durumunu orta olarak ifade edenlerin de cilt ve GSE toplam puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 14).

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre yaşadığı semptomların sistemlere ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15'da verilmiştir.

Tablo 14. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşadığı Semptomların Sistemlere İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	GEBELİK SEMPTOMLARI						
	Genito-Üriner Sistem (n=342)	Gastrointestinal Sistem (n=259)	Kardiyovasküler Sistem ve Solunum Sistemi (n=169)	Kas-İskelet Sistemi (n=440)	Cilt (n=184)	Nöro-Psikolojik Sistem (n=335)	GSE toplam Puan
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
Yaş							
18-20 yaş ^a	8,70±3,79	5,60±2,75	4,78±2,99	2,18±1,62	2,88±2,73	11,04±5,96	35,18±14,88
21-34 yaş ^b	9,18±3,96	7,48±4,43	5,20±3,79	2,65±1,73	2,95±2,39	13,25±6,29	40,72±16,96
35-43 yaş ^c	8,75±3,26	6,66±4,36	4,99±3,31	2,30±1,70	2,65±2,19	12,00±5,20	37,35±14,38
<i>p* değeri</i>	0,502	0,006	0,690	0,065	0,585	0,020	0,029
<i>Anlamlı fark</i>	-	a-b	-	-	-	a-b	a-b
Eğitim Durumu							
İlköğretim ^a	8,81±3,88	6,22±3,86	5,30±3,50	2,39±1,90	2,75±2,37	13,07±6,44	38,54±16,38
Lise ^b	9,41±3,97	8,12±4,69	5,80±3,92	2,55±1,69	2,97±2,43	13,49±6,28	42,34±16,85
Üniversite ve üzeri ^c	9,05±3,80	7,25±4,27	4,70±3,58	2,67±1,65	2,96±2,39	12,52±5,95	39,15±16,42
<i>p* değeri</i>	0,378	0,001	0,007	0,276	0,638	0,254	0,074
<i>Anlamlı fark</i>	-	a-b, a-c	b-c	-	-	-	-
Eş Eğitim Durumu							
İlköğretim ^a	8,68±3,93	5,90±3,87	4,74±3,29	2,18±1,73	2,53±2,19	12,11±5,81	36,15±16,00
Lise ^b	8,70±3,99	7,19±4,45	5,59±4,09	2,54±1,82	2,80±2,49	13,20±6,14	40,03±17,43
Üniversite ve üzeri ^c	9,52±3,72	7,89±4,34	5,07±3,58	2,77±1,64	3,16±2,40	13,14±6,33	41,55±16,07
<i>p* değeri</i>	0,029	0,000	0,113	0,003	0,030	0,201	0,006
<i>Anlamlı fark</i>	b-c	a-b, a-c	-	a-c	a-c	-	a-c
Gebenin Çalışma Durumu							
Çalışan	9,06±4,00	7,49±4,56	5,20±3,71	2,58±1,66	2,90±2,32	12,74±6,30	39,98±16,83
Çalışmayan	9,12±3,75	7,00±4,13	5,08±3,65	2,56±1,78	2,92±2,46	13,07±6,06	39,74±16,36
<i>p** değeri</i>	0,852	0,159	0,690	0,879	0,918	0,514	0,862
Eş Çalışma Durumu							
Çalışan	9,06±3,85	7,28±4,36	5,12±3,70	2,59±1,72	2,90±2,39	12,90±6,18	39,85±16,56
Çalışmayan	9,80±4,20	6,04±3,72	5,64±3,04	1,92±1,75	3,20±2,38	13,32±5,91	39,92±17,02
<i>p** değeri</i>	0,350	0,163	0,488	0,056	0,536	0,736	0,983
Sağlık Durum Algısı							
İyi	8,94±3,86	7,03±4,36	5,03±3,83	2,48±1,70	2,69±2,27	12,67±6,22	38,84±16,99
Orta	9,41±3,86	7,66±4,26	5,37±3,31	2,74±1,76	3,38±2,59	13,44±6,03	42,00±15,45
<i>p** değeri</i>	0,165	0,093	0,284	0,082	0,002	0,150	0,028

*One-WayAnova testi, **Independent-sample t testi, a-b: Aynı harfe sahip değişkenler arasında anlamlı farklılık vardır.

Tablo 15. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Yaşadığı Semptomların Sistemlere İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Gebelik Semptomları						GSE toplam Puan
	Genito-Üriner Sistem (n=342)	Gastrointestinal Sistem (n=259)	Kardiyovasküler sistem ve Solunum Sistemi (n=169)	Kas-İskelet Sistemi (n=440)	Cilt (n=184)	Nöro-Psikolojik Sistem (n=335)	
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
Gebelik Sayısı							
İlk gebelik ^a	8,64±3,70	7,88±4,38	5,11±3,29	2,64±1,59	3,06±2,42	12,92±6,15	41,17±15,65
İkinci gebelik ^b	7,94±3,97	7,04±4,27	5,11±4,20	2,58±1,78	2,65±2,34	12,77±5,92	39,20±17,58
Üçüncü gebelik ^c	7,45±3,31	6,61±4,45	5,30±3,72	2,43±1,76	2,88±2,29	12,90±6,97	38,44±17,50
Dört ve üzeri gebelik ^d	8,03±3,50	6,69±4,10	5,11±3,68	2,52±1,88	2,98±2,49	13,10±5,83	39,31±16,15
<i>p* değeri</i>	0,047	0,023	0,972	0,753	0,398	0,979	0,455
<i>Anlamlı fark</i>	a-c,	a-c	-	-	-	-	-
Doğum Yapma Durumu							
Yapan	8,47±3,97	6,40±4,02	5,17±3,91	2,52±1,85	2,94±2,38	13,03±6,31	38,70±17,15
Yapmayan	9,66±3,82	7,90±4,37	5,04±3,35	2,60±1,63	3,02±2,43	12,84±6,06	41,06±15,84
<i>p** değeri</i>	0,003	0,000	0,742	0,946	0,044	0,977	0,201
Doğum Sayısı							
Bir doğum ^a	8,35±3,79	6,76±4,48	5,25±4,00	2,56±1,74	2,48±2,17	12,87±6,24	38,27±16,82
İki doğum ^b	9,08±3,84	7,27±3,87	5,42±4,01	2,53±1,87	3,20±2,58	13,04±6,28	40,54±18,07
Üç ve üzeri doğum ^c	8,47±3,97	5,19±3,73	4,84±3,72	2,47±1,94	3,16±2,39	13,19±6,41	37,31±16,57
<i>p* değeri</i>	0,317	0,010	0,682	0,941	0,027	0,940	0,453
<i>Anlamlı fark</i>	-	a-c, b-c	-	-	a-b	-	-
Yaşayan Çocuk Varlığı							
Var	8,63±3,80	6,39±4,00	5,15±3,90	2,50±1,84	2,92±2,37	13,00±6,27	38,61±16,96
Yok	9,66±3,91	7,90±4,40	5,09±3,39	2,62±1,64	3,05±2,43	12,89±6,10	41,20±16,10
<i>p** değeri</i>	0,001	0,000	0,783	0,900	0,020	0,976	0,125
Son Gebelikte Şu Anki Gebelik Arasındaki Süre							
İlk gebelik ^a	9,54±3,74	7,86±4,39	5,12±3,28	2,65±1,60	3,07±2,42	12,95±6,15	41,20±15,64
0-12 ay ^b	9,40±3,75	6,97±4,18	4,61±3,67	2,47±1,67	2,61±2,33	12,65±5,96	38,71±15,99
13-23 ay ^c	7,44±3,60	6,54±4,18	3,46±2,73	2,12±1,73	1,81±1,90	10,02±4,65	31,38±13,47
24 ay ve üzeri ^d	8,81±4,02	6,82±4,34	5,89±4,11	2,64±1,89	3,17±2,42	13,75±6,44	41,09±18,00
<i>p* değeri</i>	0,002	0,034	0,000	0,183	0,001	0,001	0,001
<i>Anlamlı fark</i>	a-c, b-c	a-d	a-c, a-d, b-d, c-d	-	a-c, c-d	a-c, b-c	a-c, b-c, c-d
Gebeliği Planlama Durumu							
Planlı	9,26±3,76	7,38±4,25	5,10±3,55	2,62±1,68	2,91±2,41	12,89±6,08	40,17±16,04
Plansız	8,53±4,14	6,73±4,58	5,25±4,07	2,40±1,86	2,91±2,33	13,00±6,44	38,83±18,17
<i>p** değeri</i>	0,046	0,110	0,692	0,216	0,991	0,850	0,425
Gebeliği İsteme Durumu							
İsteyen	9,09±3,82	7,21±4,32	5,08±3,64	2,57±1,73	2,92±2,41	12,91±6,16	39,77±16,50
İstemeyen	9,29±5,26	7,94±4,91	7,24±4,48	2,41±1,62	2,41±1,69	13,24±6,65	42,53±19,11
<i>p** değeri</i>	0,873	0,551	0,017	0,707	0,386	0,829	0,500

Tablo 15 (Devamı). Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Yaşandığı Semptomların Sistemlere İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bebğin İstenen Cinsiyette Olma Durumu								
İstenen cinsiyet ^a	9,60±3,99	7,27±4,35	5,52±3,50	2,82±1,69	3,17±2,56	13,63±5,99	42,01±16,08	
İstenen cinsiyet değil ^b	8,85±3,80	6,98±4,27	5,81±3,98	2,53±1,82	3,20±2,22	12,90±6,47	40,27±17,86	
Cinsiyet bilinmiyor ^c	8,25±3,49	7,28±4,36	4,03±3,60	2,11±1,64	2,24±2,01	11,56±6,14	35,48±15,95	
<i>p* değeri</i>	0,001	0,824	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	
<i>Anlamlı fark</i>	a-c	-	a-c, b-c	a-c	a-c, b-c	a-c	a-c	
Gebelik Kontrollerini Düzenli Olarak Yaptırma Durumu								
Yaptıran	9,14±3,83	7,39±4,33	5,22±3,67	2,66±1,71	2,98±2,42	13,07±6,22	40,46±16,61	
Yaptırmayan	8,62±4,22	5,66±4,11	4,41±3,64	1,69±1,65	2,19±2,00	11,47±5,44	34,03±15,13	
<i>p** değeri</i>	0,331	0,004	0,114	0,000	0,016	0,060	0,005	
Semptomlarla İlgili Bilgi Kaynağı								
Televizyon/radyo/internet ^a	9,35±4,30	7,99±4,64	5,07±3,87	2,79±1,74	2,89±2,56	12,89±6,05	40,97±18,17	
Gazete/kitap/dergiler ^b	9,63±3,87	8,15±4,89	5,39±3,59	2,75±1,74	3,09±2,60	12,75±6,42	41,75±17,59	
Doğum öncesi eğitim sınıfları/kurslar ^c	9,18±3,80	6,86±4,43	5,34±3,38	2,57±1,53	3,63±2,61	13,82±5,95	41,39±15,38	
Aile büyüklerinden ^d	10,10±3,99	7,92±4,64	5,95±3,75	2,79±1,66	3,27±2,39	13,83±6,21	43,86±16,51	
Sağlık çalışanlarından ^e	9,34±3,84	7,44±4,42	5,26±3,67	2,64±1,71	3,09±2,51	13,04±6,24	40,82±16,63	
<i>p* değeri</i>	0,022	0,087	0,289	0,140	0,010	0,467	0,041	
<i>Anlamlı fark</i>	a-d, c-d	-	-	-	a-c, b-c	-	a-d, d-e	

*One-Way ANOVA testi, **Independent-sample t testi, a-b: Aynı harfe sahip değişkenler arasında anlamlı farklılık vardır.

Gebelerin obstetrik özelliklerinden gebelik sayısının, doğum yapma durumunun, doğum sayısının, yaşayan çocuk varlığının, son gebelikte şu anki gebelik arasındaki sürenin, gebeliği planlama durumunun, gebeliği isteme durumunun, bebeğin istenen cinsiyette olma durumunun, gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumunun, gebelik kontrollerini yaptırdığı yerin, gebelik kontrollerini yapan sağlık çalışanının, semptomlarla ilgili bilgi kaynağının sistemsel düzeyde gebelerin yaşadıkları semptomları etkilediği bulunmuştur. Gebelik sayısının GÜS ve GİS, doğum yapma durumunun GÜS, GİS ve cilt, doğum sayısının GİS ve cilt, yaşayan çocuk varlığının GÜS, GİS ve cilt, son gebelikte şu anki gebelik arasındaki sürenin GÜS, GİS ve KVS ve solunum sistemi, cilt, nöro-psikolojik sistem ve GSE toplam puan ortalamasını, gebeliği planlama durumunun GÜS, gebeliği isteme durumunun KVS ve solunum sistemi, bebeğin istenen cinsiyette olma durumunun GÜS, KVS ve solunum sistemi, KİS, cilt, nöro-psikolojik sistem ve GSE toplam puan ortalamasını, gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumunun GİS, KİS, cilt ve GSE toplam puan ortalamasını, semptomlarla ilgili bilgi kaynağının GÜS, cilt ve GSE toplam puan ortalamasını etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 15).

İlk gebelik yaşayan gebelerin GÜS ve GİS, doğum yapmayanların GÜS, GİS ve cilt, iki doğum yapanların GİS ve cilt, iki doğum yapanların GİS, yaşayan çocuğu olmayanların GÜS, GİS ve cilt, son gebelikte şu anki gebelik arasındaki sürede ilk gebelik yaşayanların GÜS, GİS ve GSE toplam puan ortalaması, 24 ay ve üzeri olanların KVS ve solunum sistemi, cilt ve nöro-psikolojik sistem puan ortalaması, planlı gebelik yaşayanların GÜS, istenmeyen gebelik yaşayanların KVS ve solunum sistemi puan ortalaması, bebeği istenen cinsiyette olanların GÜS, KİS, nöro-psikolojik sistem ve GSE toplam puan ortalaması, bebeği istenmeyen cinsiyette olanların ise KVS ve solunum sistemi ve cilt puan ortalaması, gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptıranların GİS, KİS, cilt ve GSE, semptomlarla ilgili doğum öncesi eğitim sınıfları/kurslarında bilgi alanların GİS puan ortalaması, aile büyüklerinden bilgi alanların GÜS ve GSE toplam puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 15).

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre yaşadığı semptomların sistemlere ilişkin günlük yaşamı kısıtlama durumu puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 16’da verilmiştir.

Gebelerin sosyodemografik özelliklerinden eğitim durumu, eş eğitim durumu ve eş ile akrabalık durumunun sistemsel düzeyde gebelerin günlük yaşamını kısıtladığı, yaş, gebenin çalışma durumu ve sağlık durum algısının ise kısıtlamadığı bulunmuştur. Eğitim durumunun KVS ve solunum sistemi, eş eğitim durumunun GÜS, eş ile akrabalık durumunun KİS puan ortalamalarını kısıtladığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi lise olan gebelerin KVS ve solunum sistemi, eş eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların GÜS, eşi ile akraba olanların KİS puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 16).

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre yaşadığı semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumunun sistemlere ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 16. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşadığı Semptomların Sistemlere İlişkin Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Gebelik Semptomları						GSE* Puanı
	Genito-Üriner Sistem (n=342)	Gastrointestinal Sistem (n=259)	Kardiyovasküler Sistem ve Solunum Sistemi (n=169)	Kas-İskelet Sistemi (n=440)	Cilt (n=184)	Nöro-Psikolojik Sistem (n=335)	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Yaş							
18-20 yaş ^a	10,56±2,47	10,33±1,17	9,92±2,31	2,97±1,11	5,08±1,49	16,61±3,92	54,00±10,88
21-34 yaş ^b	10,93±2,54	11,29±2,81	10,38±2,33	3,40±1,28	5,20±1,31	16,86±3,99	54,61±9,89
35-43 yaş ^c	10,20±1,97	11,03±2,98	9,20±1,47	3,35±1,20	5,17±1,49	16,05±3,50	52,00±5,57
<i>p* değeri</i>	0,165	0,410	0,085	0,193	0,948	0,476	0,400
Eğitim Durumu							
İlköğretim ^a	10,44±2,22	10,62±2,31	10,21±2,17	3,56±1,36	5,44±1,69	16,62±3,76	53,49±8,89
Lise ^b	10,93±2,53	11,67±3,09	10,86±2,32	3,16±1,13	4,87±1,10	17,53±4,26	56,16±10,56
Üniversite ve üzeri ^c	10,89±2,54	11,16±2,70	9,78±2,21	3,38±1,27	5,23±1,25	16,42±3,81	53,59±9,17
<i>p* değeri</i>	0,357	0,103	0,031	0,068	0,121	0,104	0,164
<i>Anlamli fark</i>	-	-	b-c	-	-	-	-
Eş Eğitim Durumu							
İlköğretim ^a	10,63±2,14	10,62±2,60	9,61±1,87	3,37±1,32	5,15±1,65	16,20±3,46	52,33±8,81
Lise ^b	10,36±2,25	11,38±2,75	10,79±2,44	3,31±1,24	5,40±1,42	16,89±4,09	54,39±9,88
Üniversite ve üzeri ^c	11,11±2,67	11,31±2,82	10,14±2,27	3,39±1,26	5,10±1,14	16,88±4,00	54,90±9,59
<i>p* değeri</i>	0,049	0,272	0,059	0,856	0,445	0,450	0,300
<i>Anlamli fark</i>	b-c	-	-	-	-	-	-
Gebenin Çalışma Durumu							
Çalışan	10,89±2,53	11,17±2,88	10,15±2,39	3,33±1,21	5,27±1,30	16,61±4,19	54,49±9,85
Çalışmayan	10,72±2,42	11,24±2,65	10,26±2,17	3,40±1,32	5,13±1,37	16,87±3,69	54,09±9,31
<i>p** değeri</i>	0,535	0,850	0,768	0,559	0,495	0,547	0,742
Eş ile Akrabalık Durumu							
Akraba olan	10,37±2,42	11,46±2,73	10,94±2,60	3,78±1,25	5,00±1,44	16,88±3,29	53,52±8,88
Akraba olmayan	10,86±2,48	11,18±2,77	10,12±2,22	3,30±1,25	5,21±1,33	16,73±4,02	54,38±9,65
<i>p** değeri</i>	0,253	0,619	0,145	0,008	0,492	0,806	0,650
Sağlık Durum Algısı							
İyi	10,73±2,50	11,27±2,53	10,31±2,50	3,31±1,26	5,23±1,46	16,75±4,00	54,64±9,94
Orta	10,95±2,42	11,08±3,18	9,98±1,65	3,48±1,27	5,14±1,17	16,74±3,79	53,58±8,78
<i>p** değeri</i>	0,440	0,603	0,313	0,186	0,661	0,980	0,395

*One-Way ANOVA testi, **Independent-sample t testi, a-d: Aynı harfe sahip değişkenler arasında anlamlı farklılık vardır.

Tablo 17. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Yaşadığı Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumunun Sistemlere İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Obstetrik Özellikler*	Gebelik Semptomları*						GSE Günlük Yaşamı Kısıtlama Puanı
	Genito-Üriner Sistem (n=342)	Gastrointestinal Sistem (n=259)	Kardiyovasküler Sistem ve Solunum Sistemi (n=169)	Kas-İskelet Sistemi (n=440)	Cilt (n=184)	Nöro-Psikolojik Sistem (n=335)	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Gebelik Sayısı							
İlk gebelik ^a	11,09±2,57	11,10±2,81	9,95±2,23	3,21±1,18	5,23±1,35	16,80±4,06	54,33±10,16
İkinci gebelik ^b	10,99±2,65	11,27±2,58	10,19±2,25	3,50±1,32	5,27±1,17	16,40±4,01	54,92±9,67
Üçüncü gebelik ^c	10,02±1,85	11,31±2,78	10,52±2,45	3,42±1,33	4,79±1,06	17,46±3,83	53,33±7,35
Dört ve üzeri gebelik ^d	10,59±2,34	11,33±2,96	10,43±2,20	3,49±1,29	5,40±1,66	16,54±3,63	54,20±10,05
<i>p* değeri</i>	0,041	0,952	0,639	0,179	0,261	0,459	0,880
<i>Anlamlı fark</i>	a-c	-	-	-	-	-	-
Yaşayan Çocuk Varlığı							
Var	10,40±2,23	11,12±2,55	10,37±1,93	3,54±1,34	5,10±1,29	16,77±3,75	54,26±8,89
Yok	11,15±2,62	11,14±2,77	10,00±2,17	3,22±1,18	5,22±1,31	16,83±3,98	54,28±9,67
<i>p** değeri</i>	0,027	0,225	0,062	0,547	0,731	0,763	0,384
Ölü Doğum Yaşama Durumu							
Yaşayan	12,09±3,04	13,20±3,76	10,57±2,29	3,23±1,30	6,00±2,23	19,55±4,00	57,80±14,42
Yaşamayan	10,76±2,44	11,12±2,70	10,19±2,27	3,37±1,26	5,16±1,29	16,65±3,90	54,12±9,30
<i>p** değeri</i>	0,079	0,020	0,666	0,707	0,360	0,016	0,234
Gebeliği Planlama Durumu							
Planlı	9,46±2,59	11,00±2,56	10,21±2,40	3,34±1,24	5,34±1,35	16,73±3,94	54,83±10,14
Plansız	10,24±1,88	12,20±3,46	10,20±1,79	3,44±1,34	4,74±1,21	16,79±3,90	52,46±7,08
<i>p** değeri</i>	0,008	0,031	0,964	0,519	0,008	0,915	0,049
Bebeğin İstenen Cinsiyette Olma Durumu							
İsteyen cinsiyet ^a	11,06±2,60	11,21±2,79	10,21±2,01	3,35±1,29	5,28±1,33	16,59±3,91	54,22±9,45
İstenen cinsiyet değil ^b	10,53±2,17	10,84±2,82	10,13±2,77	3,67±1,26	5,34±1,58	17,25±3,60	55,13±9,05
Cinsiyet bilinmiyor ^c	10,39±2,31	11,42±2,70	10,28±2,34	3,19±1,18	4,75±0,99	16,79±4,20	53,69±10,31
<i>p* değeri</i>	0,072	0,550	0,962	0,049	0,087	0,534	0,750
<i>Anlamlı fark</i>	-	-	-	b-c	-	-	-
Gebelik Kontrollerini Düzenli Olarak Yaptırma Durumu							
Yaptıran	10,79±2,47	11,16±2,76	10,22±2,32	3,36±1,28	5,17±1,32	16,93±3,99	54,34±9,63
Yaptırmayan	10,96±2,49	12,00±2,87	10,00±2,94	3,46±1,06	5,60±1,64	14,63±2,16	53,00±7,78
<i>p** değeri</i>	0,747	0,253	0,767	0,678	0,323	0,000	0,651
İstenen Doğum Şekli							
Normal Doğum	11,05±2,60	11,19±2,72	10,37±2,32	3,38±1,29	5,31±1,44	17,03±4,08	55,79±9,93
Sezaryen	10,20±2,00	11,26±2,92	9,76±2,07	3,32±1,20	4,91±1,04	16,11±3,48	50,54±7,35
<i>p** değeri</i>	0,001	0,858	0,118	0,685	0,034	0,037	0,000

*One-Way ANOVA testi, **Independent-sample t testi, a-d: Aynı harfe sahip değişkenler arasında anlamlı farklılık vardır.

Gebelerin obstetrik özelliklerinden gebelik sayısının, yaşayan çocuk varlığının, ölü doğum yaşama durumunun, gebeliği planlama durumunun, bebeğin istenen cinsiyette olma durumunun, gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumunun, gebelik kontrollerini yaptırdığı yerin, istenen doğum şeklinin sistemsel düzeyde gebelerin günlük yaşamını kısıtladığı bulunmuştur. Gebelik sayısının, yaşayan çocuk varlığının GÜS puan ortalamalarını, ölü doğum durumunun GİS ve nöro-psikolojik sistem puan ortalamalarını, gebeliği planlama durumunun GÜS, GİS, cilt ve GSE toplam puan ortalamalarını, bebeğin istenen cinsiyette olma durumunun KİS puan ortalamalarını, gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumunun nöro-psikolojik semptom puan ortalamalarını, istenen doğum şeklinin GÜS, cilt, nöro-psikolojik sistem ve GSE toplam puan ortalamalarını kısıtladığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 17).

İlk gebeliği olan ve yaşayan çocuğu olmayanların GÜS, ölü doğum yapanların GİS ve nöro-psikolojik sistem, gebeliği planlı olanların cilt ve GSE toplam, gebeliği planlı olmayanların GÜS ve GİS, bebeği istenen cinsiyette olmayanların KİS, gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptıranların nöro-psikolojik sistem, normal doğum yapmak isteyenlerin GÜS, cilt, nöro-psikolojik sistem ve GSE toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 17).

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre GRAÖ puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 18’de yer almaktadır.

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre GRAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; GRAÖ alt boyutlarından gebenin bebeğe yönelik risk algısını yaşın, eğitim durumunun, eş eğitim durumunun; kendine yönelik risk algısını ve GRAÖ toplam puanını da yalnızca gebenin yaşının etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). 35 yaş ve üzeri gebelerin GRAÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları (bebeğe ve kendine yönelik risk algısı), eğitim durumu ilköğretim olanların ve eş eğitim durumu ilköğretim olanların bebeğe yönelik risk algısı puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 18).

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre GRAÖ puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 19’da yer almaktadır.

Tablo 18. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre GRAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Gebelikte Risk Algı Ölçeği		
	Gebenin bebeğe yönelik risk algısı	Gebenin kendisine yönelik risk algısı	Toplam puan
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Yaş			
18 - 20 yaş ^a	2,39±1,60	2,92±1,60	2,63±1,47
21-34 yaş ^b	2,41±1,85	2,90±1,75	2,64±1,63
35 - 43 yaş ^c	3,08±2,38	3,60±2,17	3,31±2,08
<i>p* değeri</i>	0,017	0,007	0,004
<i>Anlamlı fark</i>	b-c	b-c	a-c
Eğitim Durumu			
İlköğretim ^a	2,76±2,07	2,94±1,69	2,84±1,72
Lise ^b	2,66±1,83	2,90±1,74	2,76±1,68
Üniversite ve üzeri ^c	2,27±1,86	3,06±1,90	2,62±1,69
<i>p* değeri</i>	0,016	0,582	0,410
<i>Anlamlı fark</i>	a-c	-	-
Eş Eğitim Durumu			
İlköğretim ^a	2,72±2,04	3,01±1,60	2,85±1,69
Lise ^b	2,69±1,74	3,04±1,79	2,86±1,58
Üniversite ve üzeri ^c	2,26±1,94	2,95±1,91	2,57±1,76
<i>p* değeri</i>	0,016	0,852	0,121
<i>Anlamlı fark</i>	b-c	-	-
Çalışma Durumu			
Çalışan	2,51±1,98	3,10±1,80	2,77±1,73
Çalışmayan	2,48±1,87	2,89±1,81	2,66±1,66
<i>p** değeri</i>	0,864	0,428	0,428
Eş Çalışma Durumu			
Çalışan	2,47±1,92	2,97±1,82	2,70±1,70
Çalışmayan	2,95±1,87	3,34±1,50	3,12±1,46
<i>p** değeri</i>	0,228	0,218	0,218
Aile Tipi			
Çekirdek aile	2,51±1,93	2,97±1,78	2,71±1,70
Geniş aile	2,44±1,86	3,04±1,92	2,72±1,69
<i>p** değeri</i>	0,733	0,970	0,970
Eş ile Akrabalık Durumu			
Akraba olan	2,72±2,15	2,82±1,63	2,76±1,72
Akraba olmayan	2,46±1,89	3,01±1,83	2,71±1,69
<i>p** değeri</i>	0,287	0,788	0,788
Ekonomik Düzey Algısı			
Gelir giderden az ^a	2,67±1,73	3,10±1,39	2,86±1,38
Gelir gidere denk ^b	2,45±1,99	3,00±1,92	2,70±1,78
Gelir giderden fazla ^c	2,44±1,82	2,79±1,80	2,60±1,66
<i>p* değeri</i>	0,522	0,434	0,795
Gebelikte Sigara Kullanma Durumu			
Kullanan	2,51±1,33	2,94±1,39	2,70±1,37
Kullanmayan	2,49±1,94	2,99±1,82	2,71±1,71
<i>p** değeri</i>	0,957	0,972	0,960
Sağlık Durum Algısı			
İyi ^a	2,40±1,83	2,96±1,81	2,65±1,64
Orta ^b	2,69±2,08	3,05±1,80	2,85±1,80
<i>p** değeri</i>	0,096	0,577	0,174

*One-Way Anova testi, **Independent-sample t testi, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır.

Tablo 19. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre GRAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Gebelikte Risk Algı Ölçeği		
	Gebenin bebeğe yönelik risk algısı	Gebenin kendisine yönelik risk algısı	Toplam puan
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Gebelik Sayısı			
İlk gebelik ^a (n:237)	2,52±1,92	2,92±1,62	2,70±1,64
İkinci gebelik ^b (n:158)	2,45±1,79	3,13±1,96	2,75±1,65
Üçüncü gebelik ^c (n:103)	2,22±1,81	2,79±1,76	2,47±1,64
Dört ve üzeri gebelik ^d (n:117)	2,74±2,14	3,12±1,98	2,91±1,88
<i>P* değeri</i>	0,253	0,366	0,297
Doğum Yapma Durumu			
Yapan (n:325)	2,57±1,97	3,05±1,92	2,78±1,77
Yapmayan (n:290)	2,48±1,91	2,93±1,68	2,68±1,64
<i>p** değeri</i>	0,539	0,805	0,672
Yaşayan Çocuk Varlığı			
Var (n:318)	2,57±1,96	3,04±1,91	2,78±1,76
Yok (n:297)	2,46±1,90	2,91±1,68	2,66±1,63
<i>p** değeri</i>	0,762	0,795	0,849
Gebeliği Planlama Durumu			
Planlı (n:469)	2,46±1,91	2,92±1,76	2,66±1,68
Plansız (n:146)	2,60±1,95	3,22±1,95	2,88±1,74
<i>p** değeri</i>	0,428	0,081	0,185
Gebeliği İsteme Durumu			
İsteyen (n:598)	2,51±1,91	3,01±1,81	2,76±1,70
İstemeyen (n:17)	2,04±2,00	2,11±1,44	2,07±1,56
<i>p** değeri</i>	0,324	0,043	0,115
İstenen Doğum Şekli			
Normal doğum (n:440)	2,45±1,86	2,68±1,72	2,56±1,67
Sezaryen (n:175)	2,59±2,06	3,75±1,79	3,11±1,69
<i>p** değeri</i>	0,437	0,000	0,000
Gebeliğin Oluşma Şekli			
Kendiliğinden (n:583)	2,47±1,88	2,95±1,80	2,68±1,68
Tedavi ile (n:32)	2,95±2,43	3,61±1,85	3,24±1,95
<i>p** değeri</i>	0,278	0,047	0,070
Gebelik Kontrollerini Düzenli Yaptırma Durumu			
Yaptıran (n:557)	2,44±1,92	2,93±1,80	2,66±1,69
Yaptırmayan (n:58)	3,01±1,84	3,51±1,83	3,23±1,63
<i>p** değeri</i>	0,031	0,022	0,015

*One-Way Anova testi, **Independent-sample t testi, a-e: Aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır.

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre GRAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; GRAÖ alt boyutlarından gebenin bebeğe yönelik risk algısını gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumunun; kendine yönelik risk algısını gebeliği isteme durumunun, istenen doğum şeklinin, gebeliğin oluşma şeklinin ve gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumunun; GRAÖ toplam puanını ise istenen doğum şeklinin ve gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumunun etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu gebeliği isteyenlerin ve

tedavi ile gebe kalanlardan kendine yönelik risk algısı puan ortalaması, sezaryen ile doğum yapmak isteyenlerin GRAÖ toplam puan ve kendine yönelik risk algısı puan ortalaması, gebelik kontrollerini düzenli olarak yaptırmayanlardan GRAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları (bebeğe ve kendine yönelik risk algısı) anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 19).

Gebelikte sistemlere göre semptom yaşama ve yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu ile gebelikte risk algısı arasındaki ilişki Tablo 20’de yer almaktadır.

Tablo 20. Gebelikte Sistemlere Göre Semptom Yaşama ve Yaşanan Semptomların Günlük Yaşamı Kısıtlama Durumu ile Gebelikte Risk Algısı Arasındaki İlişki

SİSTEMLER	Gebelikte Risk Algısı Ölçeği					
	Gebenin bebeğe yönelik risk algısı		Gebenin kendisine yönelik risk algısı		Toplam puan	
	r	p	r	p	r	p
Semptom yaşam durumu						
Genitoüriner sistem	0,078	0,054	0,076	0,059	0,085	0,035
Gastrointestinal sistem	0,102	0,011	0,169	0,000	0,144	0,000
Kardiyovasküler sistem ve Solunum sistemi	0,099	0,014	0,052	0,201	0,087	0,031
Kas iskelet sistemi	0,036	0,368	0,092	0,023	0,066	0,100
Cilt	0,040	0,328	0,152	0,000	0,097	0,016
Nöro- Psikolojik sistem	0,105	0,009	0,159	0,000	0,141	0,000
GSE* Toplam Puanı	0,116	0,004	0,164	0,000	0,150	0,000
Yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu						
Genitoüriner sistem	0,096	0,018	0,103	0,011	0,109	0,007
Gastrointestinal sistem	0,117	0,004	0,190	0,000	0,163	0,000
Kardiyovasküler sistem ve Solunum sistemi	0,141	0,000	0,105	0,009	0,138	0,001
Kas iskelet sistemi	0,065	0,109	0,116	0,004	0,095	0,018
Cilt	0,103	0,011	0,202	0,000	0,160	0,000
Nöro-Psikolojik sistem	0,165	0,000	0,207	0,000	0,202	0,000
GSE* Toplam Puanı	0,165	0,000	0,211	0,000	0,204	0,000

*Gebelik Semptom Envanteri

Gebelikte sistemlere göre semptom yaşama ve yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu ile gebelikte risk algısı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; GÜS’e ait semptom yaşama ile GRAÖ toplam puanı arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki ($r=0,085$; $p=0,035$) bulunmuşken GÜS’de yaşanan semptomların kısıtlama puanı ile GRAÖ hem toplam hem de alt boyutlar (gebenin bebeğe yönelik risk ve kendisine yönelik risk algısı) puan

ortalamaları arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla; $r=0,109$ $p=0,007$; $r=0,096$ $p=0,018$; $r=0,103$ $p=0,011$). Gebede GÜS ile ilgili yaşanan semptomlar arttıkça gebelikte risk algısı; yaşanan semptomlar nedeniyle günlük yaşamı kısıtlanan gebelerin hem toplam risk algısı hem de bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20).

GİS ile ilgili hem semptom yaşama hem de bu sistemle ilgili yaşanan semptomların kısıtlama puanı ile GRAÖ toplam ve alt boyutları (gebenin bebeğe yönelik risk ve gebenin kendisine yönelik risk algısı) puan ortalamaları arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla; $r=0,144$ $p=0,000$; $r=0,102$ $p=0,011$; $r=0,169$ $p=0,000$; $r=0,163$; $p=0,000$; $r=0,117$; $p=0,004$; $r=0,190$; $p=0,000$). GİS ile ilgili semptom yaşama ve yaşanan semptomlar nedeniyle günlük yaşamın kısıtlanma durumu arttıkça gebenin toplam risk algısı ile bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20).

KVS ve solunum sistemi ile ilgili semptom yaşama ve puanı ile GRAÖ hem toplam hem de alt boyutlardan gebenin bebeğe yönelik risk algısı arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki (sırasıyla; $r=0,087$; $p=0,031$; $r=0,099$; $p=0,014$) bulunmuşken yaşanan semptomların kısıtlama puanı ile GRAÖ hem toplam hem de alt boyutlar (gebenin bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki (sırasıyla; $r=0,138$; $p=0,001$; $r=0,141$; $p=0,000$; $r=0,105$; $p=0,009$) bulunmuştur. KVS ve solunum sisteminde yaşanan semptomlar arttıkça gebelerin toplam risk algısı ile bebeğe yönelik risk algısı; yaşadığı semptomlar nedeniyle yaşamı kısıtlanma durumu arttıkça gebelerin toplam risk algısı ile bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20).

KİS'ne ait semptom yaşama ile GRAÖ alt boyutu gebenin kendisine yönelik risk algısı arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki ($r=0,092$; $p=0,023$) bulunmuşken KİS'nde yaşanan semptomların kısıtlama puanı ile GRAÖ hem toplam hem de alt boyutlardan gebenin kendine yönelik risk algısı arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki (sırasıyla; $r=0,095$; $p=0,018$; $r=0,116$; $p=0,004$) saptanmıştır. KİS semptomları arttıkça gebenin kendisine yönelik risk algısı; KİS semptomları nedeniyle kısıtlanma yaşayan gebelerin toplam risk algısı ile kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20).

Ciltle ilgili semptom yaşama ile GRAÖ hem toplam hem de alt boyutlardan gebenin kendisine yönelik risk algısı arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki (sırasıyla; $r=0,097$; $p=0,016$; $r=0,152$; $p=0,000$) bulunmuşken ciltte yaşanan semptomların kısıtlama puanı ile GRAÖ hem toplam hem de alt boyutlar (gebenin bebeğe yönelik risk ve kendine yönelik risk algısı) arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki (sırasıyla; $r=0,160$; $p=0,000$; $r=0,202$; $p=0,000$; $r=0,103$; $p=0,011$) saptanmıştır. Ciltle ilgili yaşanan semptomlar arttıkça gebelerin toplam risk algısı ile kendisine yönelik risk algısı; yaşadığı semptomlar nedeniyle yaşamı kısıtlanma durumu arttıkça gebelerin toplam risk algısı ile bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20).

Nöro-psikolojik sistem semptomu yaşama ve nöro-psikolojik sistemde yaşanan semptomların kısıtlama puanı ile GRAÖ hem toplam hem de alt boyutlar (gebenin bebeğe yönelik risk ve kendine yönelik risk algısı) arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla; $r=0,141$; $p=0,000$; $r=0,105$; $p=0,009$; $r=0,159$; $p=0,000$; $r=0,202$; $p=0,000$; $r=0,165$; $p=0,000$; $r=0,207$; $p=0,000$). Nöro-psikolojik sistem ile ilgili semptomları yaşayan ve yaşadığı semptomlar nedeniyle yaşamı kısıtlanan gebelerin toplam risk algısı ile bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20).

GSE toplam ve GSE toplam kısıtlama puanı ile GRAÖ hem toplam hem de alt boyutlar (gebenin bebeğe yönelik risk ve kendine yönelik risk algısı) arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla; $r=0,150$; $p=0,000$; $r=0,116$; $p=0,004$; $r=0,164$; $p=0,000$; $r=0,204$; $p=0,000$; $r=0,165$; $p=0,000$; $r=0,211$; $p=0,000$). GSE semptomlarını yaşayan ve yaşanan semptomlar nedeniyle yaşamı kısıtlanan gebelerin toplam risk algısı ile bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20).

5. TARTIŞMA

Gebelik fizyolojik bir süreç olmasına rağmen gebelikte anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler görülmekte olup bu değişikliklere bağlı olarak sık idrara çıkma, inkontinans, yorgunluk ya da halsizlik, solunum sıkıntısı, uyku bozukluğu gibi semptomlar yaşanmaktadır (Taşkın, 2016). Gebeler bu semptomları kendilerine ve bebeklerine yönelik riskli bir durum olarak algılayabilmekte ve gebelerin gebelikte risk algılarının artmasına da neden olabilmektedir. Bu araştırmada, sağlıklı gebelik yaşayan gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar ile gebelikte risk algısı arasındaki ilişki ortaya konulmuş elde edilen bulgular literatürle tartışılmıştır.

Gebelerin yaşadıkları semptom yaşama ve yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu değerlendirildiğinde GSE sıklığından $39,85 \pm 16,57$ (0-126), yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumundan $54,28 \pm 9,55$ (42-126) puan aldıkları saptanmış hem sıklık hem de kısıtlama puan ortalamasının düşük düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 6). Gebelikte yaşanan semptom sıklığını belirlemek amacıyla yapılan diğer çalışmalarda da semptom sıklığı puan ortalaması 37,71–43,23 arasında bulunmuş ve düşük olarak değerlendirilmiştir (Ceylan, 2022; Polat, 2022; Bakır ve ark., 2021). Araştırma bulgumuzla uyumlu olan bu sonuçların yanı sıra semptom sıklığı puan ortalamasının 45,31–53,88 arasında saptandığı ve orta düzeyde olarak değerlendirildiği araştırmalar da bulunmaktadır (Çiftçi Mutlu, 2021; Şahin, 2020). Yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumunun değerlendirildiği çalışmalarda da gebelerin günlük yaşamı düşük düzeyde kısıtlandığı saptanmış (Ceylan, 2022; Polat, 2022; Bakır ve ark., 2021; Çiftçi Mutlu, 2021) olup bu araştırma sonucunu destekler nitelikte olduğu görülmüştür.

Gebelikte birçok semptom yaşanmakta ancak gebeler bu semptomlar çok şiddetli olduğunda veya bebeklerine yönelik riskli bir durum olarak algıladıklarında sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır (AÇSAP, 2023). Gebelikte risk algısı gebelerin kendilerine ve bebeklerine yönelik olası tehlikelere karşı duygu, düşünce ve farkındalıklarıdır (Heaman ve Gupton, 2009). Gebelerin risk algısı puan ortalaması toplamda $2,71 \pm 1,69$; iken kendine yönelik risk algısı puan ortalaması ($2,99 \pm 1,82$) bebeğe yönelik risk algısı puan ortalamasından ($2,49 \pm 1,92$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6; Grafik 1). Bu sonuca göre gebelerin kendi sağlıklarına

yönelik daha fazla risk algıladıkları söylenebilir. Bu sonuca benzer olarak Okyay ve Sunay, (2022) yaptıkları çalışmada gebelerin GRAÖ toplam puan ortalamasını $20,45 \pm 17,13$ olarak bulmuş, gebenin kendisine yönelik risk algısını ($24,99 \pm 21,8$), bebeğe risk algısından ($16,81 \pm 16,73$) daha yüksek saptamıştır. Ayrıca Lee ve ark. (2019) gebenin kendisine yönelik risk algısını yüksek belirlemiş iken Maharramova (2022), ise gebelerin bebeğe yönelik risk algısını ($2,64 \pm 2,11$) daha yüksek bulmuştur. Araştırma sonuçlarımızda hem gebenin yaşadığı semtomlar ile yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumunun hem de risk algısının düşük olması sevindirici bir sonuçtur. Araştırmada risk algısının düşük düzeyde olması sonucunun araştırma örneklem grubunun sadece sağlıklı gebelik yaşayan gebelerin oluşturmasından kaynaklandığı söylenebilir. Bu sonuca göre gebelerin gebeliğe ilişkin duygu ve düşüncelerini olumlu yönde etkileyeceği, risk algısını olumsuz etkileyen faktörlerin az olduğu, risk algılarını değiştirmeye yönelik müdahalelerde zorlanılmayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada gebelerin risk algısı ölçeği maddelerinin puan ortalamaları da ayrı ayrı incelenmiş ve en yüksek puan ortalamasının gebenin kendisine yönelik risk maddeleri içerisinde $4,72 \pm 3,57$ ile “bu gebelik sırasında sezaryen geçirme riskim”; bebeğine yönelik risk maddeleri içerisinde de $2,95 \pm 2,56$ ile “bu gebelik sırasında bebeğime yönelik risk” olduğu görülmüştür (Tablo 7). Bu durumda gebenin kendisine yönelik risk algısı ölçek alt boyut puan ortalaması ile ölçek maddeleri puan ortalamasının birbirini desteklediği de görülmektedir. Gebelerin “bu gebelik sırasında sezaryen geçirme riskim” maddesini risk olarak algılamasının nedeni olarak toplumun operatif cerrahi girişimlere verdiği önemden ve gebelerin cerrahi müdahaleyi riskli bir durum olarak düşünmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Sangin ve Phonkunsol (2021) yaptıkları çalışmada kendisine yönelik risk algısı maddelerinden birinci sırada “kendime yönelik risk” yer almış “sezaryen geçirme riskim” ise ikinci sırada bulunmuştur. Sangin ve Phonkunsol (2021) ve Taghizadeh (2017) bebeğe yönelik risk algısı alt boyut maddelerinden en yüksek puan ortalamasını araştırmada ulaştığımız sonuçla uyumlu olarak “bu gebelik sırasında bebeğime yönelik risk” olduğunu saptamıştır.

Gebelik süresince tüm sistemlerde anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşamakta (Ceylan, 2022; Çiftçi Mutlu, 2021; Şen, 2020; Akcan, 2019; Kamalak, 2015), bu değişiklikler vücuttaki tüm sistemleri kapsamakta (Özkan, 2021) ve gebelikte çok sayıda antepartum semptomlara neden olmaktadır (Akcan, 2019; Özyürek, 2019; Şahin, 2019; Nazik ve Eryılmaz, 2014). Foxcroft ve ark. (2013) normal bir gebelikte bile ortaya çıkabilecek 38 adet semptom bildirmiştir. Literatürde gebelikte 42 adet fiziksel, psikolojik semptom yaşandığı belirtilmiş ve bu semptomların sıklıkla yorgunluk ya da halsizlik, uyku bozukluğu, sık idrara çıkma, sırt ağrısı ve kalça ağrısı olduğu görülmüştür (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Kul, 2021; Liu ve ark., 2020; Şen, 2020; Campolong ve ark., 2017; Yıkar, 2017).

Gebeler sistemlere ilişkin en fazla GÜS semptomlarını yaşamakta (%99,7) (Tablo 10), bu sistemle ilgili de en fazla sık idrara çıkmayı (%93,2) yaşamaktadır. (Tablo 8). Bu semptomu yaşayan gebelerin yarısından fazlası (%53,7) “sık sık” yaşadığını (Tablo 9) ifade etmektedir. GÜS semptomları gebelerin günlük yaşamını en fazla kısıtlayan ikinci (%69,9) (Tablo 10) sistemdir. GÜS’de gebelerin yarısından fazlasının günlük yaşamını sık idrara çıkma kısıtlamakta (%67,9) (Tablo 11) ve bu semptomun günlük yaşamını kısıtladığını ifade eden gebelerinde %27,1’i kısıtlama düzeyini “çok kısıtladı” (Tablo 12) olarak ifade etmektedir. Gebelerde trimesterlere göre en yaygın görülen semptomlar değerlendirildiğinde birinci trimesterde ilk sırada sık idrara çıkma (%95,7), üçüncü trimesterde ise ikinci sırada sık idrara çıkma (%94,9) yer alırken ikinci trimesterde ilk beş semptom arasında yer almamaktadır. Trimesterlere göre günlük yaşamı en fazla kısıtlayan semptomlar ele alındığında sık idrara çıkma her üç trimesterde ikinci sırada (birinci trimesterde %56,4; ikinci trimesterde %64,3; üçüncü trimesterde %67,5) yer almaktadır (Tablo 13). Progesteron hormonun üriner kaslarda relaksasyon etkisi, büyüyen uterusun mesane üzerine uyguladığı baskı gebelikte yaygın bir şekilde sık idrara çıkma yaşanmasına neden olmaktadır (Beji ve Dişsiz, 2019). Yapılan çalışmalarda da gebelerin büyük çoğunluğunun sık idrara çıkma semptomunu deneyimlediği görülmüştür (İncirkuş, 2021; Kul, 2021; Jarvis ve Piercy, 2020; Akcan, 2019; Özyürek, 2019). Ayrıca Yıkar (2017) gebelerin tamamının, Çetin ve ark. (2017) da %62,4’ünün sık idrara çıkma yaşadığını saptamıştır. Sık idrara çıkma semptomu yaşama oranları birinci trimesterde %66,6–%88,9, ikinci trimesterde %75,4–%90,6, üçüncü trimesterde

%45,6–%100 arasında değişmektedir (Özyürek, 2019; Yıkar, 2017; Nazik ve Eryılmaz, 2013; Demiryay, 2006; Yanikkerem ve ark., 2006). Araştırmada sık idrara çıkmanın yaygın görülmesi sonucunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Sık idrara çıkma GÜS’e ilişkin semptomlardan günlük yaşamı ikinci sırada kısıtlamakta (%69,9) (Tablo 11), günlük yaşamını kısıtladığını ifade eden gebelerin de %27,1’i kısıtlama düzeyini “çok kısıtladı” olarak (Tablo 12) tariflemektedir. İncirkuş’un (2021) çalışmasında günlük yaşamı kısıtlayan semptomlardan ilk sırada sık idrara çıkma (%81,5) olduğu bulunmuştur. Akcan’ın (2019) 330 gebe ile yaptığı çalışmada sadece bir kişi sık idrara çıkma semptomunun günlük yaşamı kısıtlamadığını ifade etmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da sık idrara çıkma semptomu %63,8-%78,7 oranlarında gebelerin günlük yaşamını kısıtladığı görülmektedir (Polat, 2022; Özyürek ve Özgül, 2021). Araştırma sonucumuzla literatürde gebelerin sık idrara çıkma semptomu yaşama ve yaşadıkları semptomların günlük yaşamı kısıtlanma oranları benzerlik göstermektedir.

Gebelikte yaygın görülen semptomlardan olan lökoreyi gebeler GÜS’de ikinci sırada (%77,2) yaşamakta (Tablo 8), bu semptomu yaşayan gebelerin %18,7’si “sık sık” (Tablo 9) yaşamaktadır. Lökore gebelerin yarısından fazlasının günlük yaşamı kısıtlamakta (%55,2) (Tablo 11) ve günlük yaşamını kısıtladığını ifade eden gebelerinde %12,3’ü kısıtlama düzeyini “çok kısıtladı” (Tablo 12) olarak ifade etmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelerin lökoreyi %37,3-%87,2 oranlarında yaşadığı (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Özyürek, 2019; Çetin ve ark., 2017) yaşanan semptomların günlük yaşamı %34,8-%67,9 oranlarında kısıtladığı bulunmuştur (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Özyürek ve Özgül, 2021). Akcan (2019) çalışmasında gebelerin tamamına yakınının lökore yaşadığını ve günlük yaşamının kısıtladığını ifade etmiştir. Araştırmada lökorenin görülme sıklığı ve günlük yaşamı kısıtlama sonucunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Gebeler sistemlere ilişkin ikinci sırada (%99,3) ve GSE puan ortalamasına göre de ilk sırada ($13,00 \pm 6,10$) en fazla nöro-psikolojik sistem semptomları yaşamakta, sistemlere ilişkin günlük yaşamı da en fazla nöro-psikolojik sistem (%54,5) semptomları kısıtlamaktadır (Tablo 10). Bu sistemle ilgili en fazla yorgunluk ya da halsizlik (%96,6) yaşanmakta (Tablo 8) ve bu semptomu yaşayan gebelerin yarısına

yakını (%43,6) “sık sık” (Tablo 9) yaşamaktadır. Nöro-psikolojik sistemde günlük yaşamı en fazla yorgunluk ya da halsizlik (%81,0) semptomunun kısıtladığı (Tablo 11) ve günlük yaşamını kısıtladığını ifade edenlerin %29,1’inin kısıtlama düzeyinin “çok kısıtladığı” (Tablo 12) görülmüştür. Gebelerde trimesterlere göre en yaygın görülen semptomlar değerlendirildiğinde birinci trimesterde (%94,5) ikinci sırada, ikinci (%97,3) ve üçüncü (%97,5) trimesterde ilk sırada yorgunluk ya da halsizlik yer almaktadır. Trimesterlere göre günlük yaşamı en fazla kısıtlayan semptomlar ele alındığında da her üç trimesterde de yorgunluk ya da halsizlik (birinci trimester %78,5; ikinci trimester %78,4 ve üçüncü trimester %77,7) semptomunun günlük yaşamı en fazla kısıtladığı görülmüştür (Tablo 13). Gebelikte birinci trimesterde fiziksel, duygusal ve metabolik değişiklikler üçüncü trimesterde uyku bozuklukları, artan gebelik kilosu gibi fiziksel rahatsızlıklar gebelerde yorgunluk semptomunun yaygın görülmesine neden olmaktadır. Akcan (2019) çalışmasında yorgunluk ya da halsizlik semptomunu gebelerin tamamının yaşadığını saptamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da yorgunluk ya da halsizlik semptomunun gebelerde %95,1 ile %40,4 arasında değişen oranlarda yaşandığı belirlenmiştir (Polat, 2022; Kul, 2021; İncirkuş, 2021; Özyürek, 2019; Çetin ve ark., 2017; Özçelik ve Karaçam, 2014; Türkmen, 2014; Yanikkerem ve ark., 2010; Babadağlı, 2008; Demiryay, 2006). Gebeliğin her trimesterinde görülebilen yorgunluk ya da halsizlik semptomunun yapılan çalışmalarda gebelerin yaşama sıklığı oranlarının birinci trimesterde %73,3-%96,3, ikinci trimesterde %75,6-%90,6, üçüncü trimesterde %76,7-%100 arasında değiştiği görülmektedir (Özyürek, 2019; Yıkar, 2017; Nazik ve Eryılmaz, 2013; Yanikkerem ve ark., 2006). Özyürek (2019) çalışmasında gebelerin yorgunluk ya da halsizlik semptomunun her üç trimesterde de ilk sırada yaşadığını belirlemiştir. Yorgunluk ya da halsizlik semptomu gebelikte hormon dengesindeki değişikliklerden kaynaklı olarak sık görülmekte (Taşkın, 2016); gebelerin yaşam kalitesini düşürmekte ve günlük yaşamı kısıtlamaktadır (İncirkuş, 2021; Akcan, 2019; Demir, 2019; Yıkar, 2017; Dönmez ve Karaçam, 2014). Yapılan çalışmalarda yorgunluk ya da halsizlik semptomunun %68,0-%86,8 oranlarında gebelerin günlük yaşamını kısıtladığı bulunmuştur (Polat, 2022; MarBenn-Jiménez, 2021; Özyürek ve Özgül, 2021). Akcan (2019) da yorgunluk ya da halsizlik semptomunun gebelerin tamamının günlük yaşamını kısıtladığını saptamıştır. Araştırmada belirlenen yorgunluk ya da

halsizlik semptom prevalansı ve günlük yaşamı kısıtlama düzeyleri literatürle benzerlik göstermektedir.

Gebelikte fiziksel, duygusal ve metabolik değişiklikler yorgunluk hissinin artması nedeniyle gebelikte uyku ihtiyacı özellikle ilk ve son trimesterde artmaktadır. Araştırmada nöro-psikolojik sistemde en fazla yaşanan ikinci semptom (%85,0) uyku bozukluğudur (Tablo 8). Bu semptomu gebelerin %30,0'unun "sık sık" yaşadığı (Tablo 9) belirlenmiştir. Uyku bozukluğu semptomunu yaşayan gebelerin %70,6'sı yaşamının kısıtlandığı (Tablo 11), yaşamının kısıtlandığını söyleyenlerin de %29,1'inin yaşamının "çok kısıtlandığı" (Tablo 12) görülmüştür. Gebelikte ilk trimesterde başlayarak üçüncü trimesterde en yüksek seviyeye ulaşan uyku bozukluğuna fiziksel ve hormonal değişiklikler neden olmaktadır (Pien and Schwab, 2004). Gebeler uyku bozukluğu semptomunu birinci trimesterde %77,9, ikinci trimesterde %86,3, üçüncü trimesterde %89,3 oranlarında yaşamaktadır (Tablo 13). Araştırmamızda her üç trimesterdeki gebelerde uyku bozukluğu yaşandığı ve bu semptomu yaşama oranlarının trimester ilerledikçe giderek arttığı görülmektedir. Polat'ın (2022) çalışmasında gebelerin dörtte üçünün, Akcan'ın (2019) çalışmasında da gebelerin tamamına yakınının uyku bozukluğu yaşadığı saptanmıştır. Yapılan literatür taramasında gebelerin %66,7-%88,6'sının uyku bozukluğu semptomu yaşadığı belirlenmiştir (İncirkuş, 2021; Şen, 2020; Köybaşı ve Oskay, 2017). Yapılan çalışmalarda gebelerin birinci trimesterde %23,7-%56,7, ikinci trimesterde %29,2-%90,0, üçüncü trimesterde %40,9-%90,0 uyku bozukluğu yaşadığı tespit edilmiştir (Şen, 2020; Özyürek, 2019; Yıkar, 2017; Demiryay, 2006). Bir başka çalışmada da gebelerin birinci trimesterde hiçbirinin uyku bozukluğu yaşamadığı, ikinci (%49) ve üçüncü trimesterde (%51) uyku bozukluğu yaşadığı bulunmuştur (Nazik ve Eryılmaz, 2013). Gebelikte uyku bozukluğu semptomunun yaşamı kısıtlama durumu gebeden gebeye değişiklik göstermekle birlikte %63,2-%79,9 arasındadır (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Kul, 2021; MarBenn-Jiménez, 2021). Akcan'ın (2019) çalışmasında gebelerin tamamına yakınının uyku bozukluğu semptomunu günlük yaşamını kısıtladığı, bir çalışmada da gebelerin yarısından fazlası uyandıktan sonra kendilerini dinlenmiş olarak hissetmediklerini (Arkalı, 2021) ifade etmiştir. Sonuç olarak; uyku bozukluğu semptomunun yaygınlık ve günlük yaşamı kısıtlama durumu literatürle benzerlik göstermektedir. Ayrıca MarBenn-Jiménez ve ark.

(2021) çalışma sonuçları bu araştırma bulguları ile çok benzerdir. MarBenn-JiméNez ve ark. (2021) gebeliğin 16. ve 34. haftalarında gebelere GSE uygulamış ve ikinci ve üçüncü trimesterde en sık yaşanan semptomları ve bu semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumunu değerlendirmiş, gebelerin 16. haftada yorgunluk ya da halsizlik (%85,9) ve uyku bozukluğu (%74,4), 34. haftada en sık uyku bozukluğu (%91,9), sık idrara çıkma (%90,3) ve yorgunluk ya da halsizlik (%87,1) yaşadığını belirlemiştir. Ayrıca 16. gebelik haftasında günlük yaşamı en fazla yorgunluk ya da halsizlik (%68,0), uyku bozukluğu (%63,2) ve sık idrara çıkma (%54,6), 34. gebelik haftasında günlük yaşamı en fazla uyku bozukluğu (%83,6), yorgunluk ya da halsizlik (%80,7) ve sık idrara çıkma (%64,5) semptomlarının kısıtladığı bulunmuştur (MarBenn-JiméNez ve ark., 2021).

Gebeliğin ilk yarısında hormon değişiklikleri son yarısında da büyüyen uterus ve progesteron hormonu gebelerin aşırme, bulantı, reflü, ağız kuruluğu vb. semptomlar yaşamasına neden olmaktadır. Gebelerin tamamına yakını (%98,0) GİS semptomlarını yaşamakta (Tablo 10), GİS ile ilgili de en fazla aşırme (%70,1) yaşanmaktadır (Tablo 8). Aşırme semptomu yaşayan gebelerin %9,9'u "sık sık" yaşadığını (Tablo 9) ifade etmiştir. Gebelerin %36,5'inin günlük yaşamını GİS kısıtlamakta (Tablo 10), GİS semptomlarından günlük yaşamı en fazla reflü (%70,8) kısıtlamaktadır (Tablo 11). Reflünün yaşamını kısıtladığını ifade edenlerin %26,3'ü kısıtlama düzeyini "çok kısıtladı" (Tablo 12) olarak ifade etmektedir. Gebelikte hormon seviyelerindeki artışın yiyeceklere olan isteği artırdığı bilinmektedir (Beji ve Dişsiz, 2019). Yapılan çalışmalarda gebelerin yiyeceklere olan isteğinin arttığı ve aşırmenin %18,8 ile %79,1 arasında değiştiği görülmüştür (İncirkuş, 2021; Akcan, 2019; Türkmen, 2014; Demiryay, 2006). Polat (2022) çalışmasında gebelerin %11,8'i aşırmeyi sık sık yaşarken, %37,1'i yaşamamaktadır. Gebelikte mide alt sfinkter basıncı ile peristaltik hareketlerin azalması gastrik reflüye neden olmaktadır (Taşpınar, 2015). Akcan'ın (2019) çalışmasında gebelerin tamamına yakını reflü semptomunun günlük yaşamı kısıtladığını ifade etmektedir. Gebelikte reflü %43,8-%60,6 oranlarında günlük yaşamı kısıtlamakta, günlük yaşamı kısıtlandığını ifade eden gebelerin de %10,5 ile %26,8'inin günlük yaşamı çok kısıtlanmaktadır (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Özyürek ve Özgül, 2021). Araştırmada aşırme prevelansı ile reflünün günlük yaşamı kısıtlanma düzeyleri literatürle benzerlik göstermektedir.

Gebelikte sıklıkla yaşanan ve erken dönemde görülen semptomlardan olan bulantı, bu araştırmada GİS’de en fazla yaşanan (%68,8) (Tablo 8) ve günlük yaşamı en fazla kısıtlayan ikinci semptomdur (Tablo 11). Gebelerin %14,3’ü bulantıyı “sık sık” yaşadığını (Tablo 9), %19,6’sı günlük yaşamının çok kısıtlandığını (Tablo 12) ifade etmiştir. Genellikle 2-12. gestasyonel haftalar arasında görülen bulantı-kusma şikâyetleri kadınların %94,3’ünde 5-8. haftalar arasında başlarken, sadece %0,5’inde 13-16. haftalar arasında başlamaktadır (Güner, 2022). Gebelik boyunca %28,1–71,2 oranlarında bulantı yaşanmaktadır (Polat, 2022; Kul, 2021; İncirkuş, 2021; Akcan, 2019; Özyürek, 2019; Çetin ve ark., 2017; Foxcroft ve ark., 2013). Şen’in (2020) çalışmasında gebelerin %61,3’ü bulantı yaşamış, bulantı yaşayanların %11,8’i “sık sık” yaşadığını söylemiştir. Yiyeceklere karşı tikslenme oluşturan bulantı, kadınların başta yeme alışkanlıkları olmak üzere birçok alışkanlıklarında ve yaşam tarzında değişikliğe neden olmaktadır. Literatürde bulantının gebelerin günlük yaşamını kısıtlama oranının %42,4-%92,9 arasında değiştiği görülmüştür. Günlük yaşamı kısıtlanan gebelerin de en fazla dörtte birinin günlük yaşamını çok kısıtladığı belirlenmiştir (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Özyürek ve Özgül, 2021; Akcan, 2019). Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmanın sonucu ile literatürün örtüştüğü görülmektedir.

Gebelikte büyüyen uterusun, fetüsün ve plasentanın kan ve oksijen ihtiyacını karşılamak için KVS ve solunum sisteminde değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler gebelerin solunum sıkıntısı, baş dönmesi, el ve ayaklarda ödem vb. semptomlar yaşamasına neden olmaktadır (Beji ve Özkan, 2019; Taşkın, 2016). Gebelerin %91,5’i KVS ve solunum sistemi ile ilgili semptom (Tablo 10) yaşamaktadır. Gebeler bu sistemle ilgili en fazla solunum sıkıntısı (%57,9) (Tablo 8) yaşamakta ve solunum sıkıntısı semptomu yaşayan gebelerin %13,8’i “sık sık” (Tablo 9) yaşamaktadır. Gebelerin %20,9’unun KVS ve solunum sistemi ile ilgili semptomlardan dolayı günlük yaşamı kısıtlanmaktadır (Tablo 10). Bu sistemle ilgili gebelerin günlük yaşamını en fazla vajinada ağrılı damarlar (%65,0) ve solunum sıkıntısı (%62,6) (Tablo 11) kısıtlamakta, günlük yaşamı kısıtlanan gebelerin %13,0’ünün vajinada ağrılı damarlardan dolayı %17,1’inin de solunum sıkıntısı semptomundan günlük yaşamı çok kısıtlanmaktadır (Tablo 12). Büyüyen uterusun diyafragmayı yukarıya itmesi sonucu akciğerlerin yükünün artması ile gebelikte

solunum sıkıntısı en sık üçüncü trimesterde görülmektedir. Gebelikte %26,6-%87 oranlarında solunum sıkıntısı yaşanmaktadır (Polat, 2022; Kul, 2021; İncirkuş, 2021; Şen, 2020; Akcan, 2019; Özçelik ve Karaçam, 2014; Babadağlı, 2008). Görüldüğü üzere bu araştırma sonucu ile literatürdeki solunum sıkıntısı yaşama durumu uygunluk göstermektedir. Akcan'ın (2019) çalışmasında gebelerin tamamına yakını solunum sıkıntısı semptomunun günlük yaşamını kısıtladığını ifade etmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda solunum sıkıntısı gebelerin ortalama yarısının günlük yaşamını kısıtlamaktadır (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Özyürek ve Özgül, 2021). Araştırmamızda solunum sıkıntısı sebebiyle günlük yaşamını kısıtlanan gebe oranının literatürdeki gebelerden fazla olmasının nedeni olarak örneklem büyüklüğü, ortalama gebelik haftası, sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin farklılığın olduğu düşünülmektedir. Büyüyen uterus alt ekstremitte venlerinde kan göllenmesine, damar genişlemesine ve varislere neden olmaktadır. Varisler vulva ve vajende de görülüp vajinada ağrılı damarlara neden olmaktadır (Taşkın, 2016). Yapılan literatür taramasında vajinada ağrılı damarların gebelerin günlük yaşamını bu araştırma sonuçları ile benzer oranlarda (%21,0-%32,9) kısıtladığı görülmüştür (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Özyürek ve Özgül, 2021).

Gebelikteki hormonal değişiklikler, büyüyen fetüs ve kilo alımı KİS'nde değişikliklere neden olmakta, bu değişiklikler pelvik kaviteyi genişleterek doğumun kolaylaşmasını sağlamaktadır. Büyüyen uterusun oluşturduğu lordozis ve progesteron hormonun gevşetici etkisi gebelikte sırt ağrısına neden olmaktadır. Gebelerin %85,7'si KİS ile ilgili semptom yaşamakta (Tablo 10), bu sistemle ilgili gebeler en fazla sırt ağrısından yakınmakta (%78,5) (Tablo 8) ve bu semptomu da %24,6'sı "sık sık" (Tablo 9) yaşadığını belirtmektedir. Gebelerin %53,5'inin günlük yaşamını KİS ile ilgili semptomlar kısıtlamakta (Tablo 10), bu sistemle ilgili gebelerin günlük yaşamını en fazla sırt ağrısı (%70,0) kısıtlamaktadır (Tablo 11). Bu semptom nedeniyle gebelerin %49,9'u günlük yaşamının çok kısıtlandığını (Tablo 12) belirtmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelerin sırt ağrısı yaşama durumları %70,8 ile %87,2 (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Şen, 2020; Şahin, 2019), sırt ağrısı nedeniyle günlük yaşamı kısıtlanan gebelerin oranı %58,9-%73,2 arasında değişmektedir (Polat, 2022; MarBenn-Jiménez, 2021; Özyürek ve Özgül, 2021). Akcan (2019) gebelerin tamamına yakınının sırt ağrısı yaşadığını ve sırt ağrısı

yaşayan gebelerin tamamına yakınının günlük yaşamının kısıtladığını saptamıştır. Araştırma bulgularımız literatürle uyumluluk göstermektedir.

Gebeliğin son döneminde sıkça karşılaşılan kalça ve pelviste ağrısının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte geçici osteoporoz ve osteonekrozun neden olduğu düşünülmektedir (Proisy, 2014). KİS'nin diğer bir semptomu olan kalça ve pelviste ağrıyı gebelerin yarısından fazlası (%57,1) yaşamakta (Tablo 8), bu semptomu yaşayan gebelerin de %11,9'u "sık sık" (Tablo 9) yaşadığını ifade etmektedir. Gebelerin %67,2'sinin günlük yaşamını kalça ve pelviste ağrı kısıtlamakta (Tablo 11), günlük yaşamı kısıtlanan gebelerin %17,4'ü günlük yaşamının çok kısıtlandığını ifade etmektedir (Tablo 12). Yapılan çalışmalarda gebelerin %54,7-%91,0'nin kalça ve pelviste ağrı yaşadığı (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Şen, 2020; Akcan, 2019; Şahin, 2019), %43,8-%81,2'sinin kalça ve pelviste ağrı semptomunun günlük yaşamını kısıtladığı görülmüştür (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Özyürek ve Özgül, 2021). Başka bir çalışmada da kalça ve pelviste ağrı nedeniyle gebelerin tamamına yakınının günlük yaşamının kısıtlandığı saptanmıştır (Akcan, 2019). Araştırma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Gebelikte kilo alımı ve metabolizma hızındaki artış vücut ısısında ve kan akımında artışa neden olmakta bu artış gebelikte çatlak, kaşıntı, sivilcelenme vb. semptomlara neden olmaktadır. Araştırmada gebeler en az ciltle ilgili semptom (%79,2) yaşamakta (Tablo 10), bu sistemle ilgili gebelerin yarısına yakını kaşıntı (%48,3) yaşamakta (Tablo 8), kaşıntı yaşayanların %7,2'si "sık sık" (Tablo 9) olarak ifade etmektedir. Gebelerin dörtte üçünden fazlasının (%79,2) günlük yaşamı ciltle ilgili semptomlar nedeniyle (Tablo 10), yarısından fazlasının (%50,8) da kaşıntıdan dolayı günlük yaşamı kısıtlanmakta (Tablo 11) ve bu semptomdan günlük yaşamını kısıtlananların yaklaşık onda biri (%9,7) günlük yaşamını "çok kısıtladı" olarak (Tablo 12) ifade etmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelerin yarıdan fazlası kaşıntı yaşamakta (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Akcan, 2019; Şahin, 2019), %19,5-%94,8 oranlarında gebelerin günlük yaşamını kısıtlamakta ve bu semptomdan günlük yaşamını kısıtlananların %3,5 ile %35,3'ünün günlük yaşamı çok kısıtlanmaktadır (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Özyürek ve Özgül, 2021; Akcan, 2019). Literatürde

kaşıntısının yaşanma ve günlük yaşamı kısıtlama düzeyi ile araştırmada ulaşılan bu sonucun benzer olduğu görülmektedir.

Gebelikte hızlı kilo alımına bağlı derinin aniden genişlemesi, deri altı bağ dokusu bu duruma uyum sağlayamaması ve bağ dokusundaki kopmalar sonucunda çatlaklar meydana gelmektedir. Ciltle ilgili semptomlardan en fazla görülen (%48,1) (Tablo 8) semptom çatlak olup bu semptomu yaşayan gebelerin onda biri (%10,2) “sık sık” yaşamaktadır (Tablo 9). Ayrıca ciltle ilgili günlük yaşamı en fazla kısıtlayan (%41,9) (Tablo 11) ikinci semptom çatlaktır ve bu nedenle gebelerin %10,2’sinin günlük yaşamı çok kısıtlanmaktadır (Tablo 12). Yapılan çalışmalarda gebelerin %62,5-%87,9’unda çatlak olduğu (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Akcan, 2019; Şahin, 2019), bu semptomun %14,3-%90,3 oranlarında gebelerin günlük yaşamını kısıtladığı ve günlük yaşamı kısıtlananların %3,3-%43,8’inde günlük yaşamın çok kısıtlandığı saptanmıştır (Polat, 2022; İncirkuş, 2021; Özyürek ve Özgül, 2021; Akcan, 2019). Bu araştırmada ulaşılan ciltle ilgili yaşanan semptomların görülme sıklığı ve günlük yaşamı kısıtlama düzeyi sonuçlarının literatür ile benzer olduğu söylenebilir.

Gebelikte sistemlere göre semptom yaşama ve yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu ile gebelikte risk algısı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; gebelerin yaşadığı semptomlar ve yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu arttıkça gebelerin ya toplam risk algısının ya da bebeğe ve kendine yönelik risk algısının artırdığı görülmektedir (Tablo 20). Gebelikte risk algısı gebeliğe özgü durumlardan etkilenmektedir (Lee ve ark., 2019). Gebelik semptomları da gebeliğe özgü durumlardan olduğuna göre araştırmada gebelerin risk algısını yaşanan semptomlar ve günlük yaşamın kısıtlanma durumu etkilemiştir. Ayrıca maternal semptomlar gebenin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmekte (İncirkuş, 2021; Akcan, 2019; Demir, 2019), bazı riskli durumlarda ek tıbbi müdahalelere yol açabilmekte ve ekonomik yük oluşturarak (Campolong ve ark., 2017; Liu ve ark., 2020) gebelikte risk algısını arttırabilmektedir. Gebelikte yüksek risk algısı gebenin iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (Okuyay ve Sunay, 2022).

Gebede GÜS semptomları arttıkça risk algısı artmakta, bebeğe ve kendine yönelik risk algısında değişiklik olmamakta iken GÜS semptomları nedeniyle günlük yaşamı kısıtlanan gebelerin hem toplam risk algısı hem de bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20). GÜS ile ilgili gebeler en fazla sık idrara çıkma ve inkontinans yaşamaktadır. Gebeler sık idrara çıktıkları için günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenmekte, inkontinans nedeniyle idrar kaçırma (İnal ve Taşhan, 2020) ve stigma düşüncesi (Boylu ve Dağlar, 2019) oluşmakta gebeler sosyal yaşamlarını kısıtlamakta, bu da günlük yaşamlarında olumsuzluğa neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda da gebelerin Üİ nedeniyle yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği görülmüştür (Gökarp ve ark., 2020; İnal ve Taşhan, 2020). Gebelerin GÜS semptomları nedeniyle hem sosyal yaşamdan uzaklaşması, stigma düşüncesi hem de günlük yaşamlarının kısıtlanması risk algısının artmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Türkiye Üreme Sağlığı Programı Sağlık Arama Davranışı Araştırması'nda (2007) gebelerin gebelik semptomlarını normal kabul ettiği ve semptomlar çok şiddetli olmadıkça sağlık kuruluşuna başvurmadağı, GİS semptomları içerisinde yer alan bulantı, kusma, reflü, kontipasyon, hemoroid gibi semptomlar şiddetlendiğinde sağlık kuruluşlarına başvurulduğı, gebelerin yaşamlarını etkileyerek risk algılarını artırdığı, gebelerin bu semptomlarla ilgili şikayetlerin kendilerinden çok doğacak bebeklerine yönelik zarar oluşturabileceğini düşündüklerini ifade ettikleri saptanmıştır (AÇSAP, 2023). Bu araştırmada da GİS semptomları yaşayan ve yaşadığı semptomlar nedeniyle günlük yaşamı kısıtlanan gebelerde hem toplam risk algısı hem de bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20).

Gebede KVS ve solunum sistemi ile ilgili semptomlar gebelerin toplam ve bebeğe yönelik risk algısını artırırken kendine yönelik risk algısında değişiklik görülmemekte ancak semptomlar nedeniyle kısıtlama yaşayan gebelerde hem toplam risk algısında hem de bebeğe ve kendisine yönelik risk algısında artış olmaktadır (Tablo 20). Gebeler KVS ve solunum sistem semptomlarından en fazla solunum sıkıntısı, el ve ayaklarda ödem, baş dönmesi, çarpıntı yaşamakta ve bu semptomlar günlük yaşamlarını kısıtlamaktadır. Ödem, çarpıntı, solunum sıkıntısı yaşamın devamlılığını sağlayan hayati organlarda görülen semptomlar olması ve bu

semptomlara neden olabilecek risk faktörlerin gebelerde bulunması gebelerin yaşadığı fizyolojik semptomları daha ciddi ya da patolojik bir semptom olarak algılamasına neden olabilmektedir (Özkan ve Arslan, 2007). Yaşanan fizyolojik değişimlerin patolojik olarak algılanması gebelerin risk algısında artışa neden olabilmektedir.

Gebede KİS semptomları arttıkça sadece kendisine yönelik risk algısı artmakta iken semptomlar nedeniyle günlük yaşamı kısıtlanan gebelerin hem toplam risk algısı hem de kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20). Gebeler KİS’nde sırt ağrısı, kalça ve pelviste ağrı semptomlarını yaşamaktadır. Ağrı kadının ve sosyal çevresinin yaşam kalitesini bozan, ıstırap ve iş gücü kaybına neden olan önemli bir sağlık problemidir (Çevik, 2017). Ağrının gebe olunmayan dönemde tedavisi kolay iken gebelikte fetüsün ve hormonların fizyolojik etkisiyle oluştuğundan tedavi edilememekte ama ağrıyı azaltmaya yönelik uygulamalar bulunmaktadır (Taşkın, 2016). Ağrının yok edilememesi ya da azaltılmaması gebelerin ağrıyı riskli bir durumun belirtisi olarak değerlendirmesine neden olabilmektedir. Riskli durumlar ya da tehlike işaretleri gebelerin risk algısını artırmaktadır. (Shojaeian ve ark., 2021). Gebelikte yaşanan ağrılar da gebeler tarafından riskli bir durumun belirtisi ya da tehlike işareti olarak algılanabilmekte ve gebelerin risk algısını artırabilmektedir.

Ciltle ilgili semptomları yaşayan gebelerde toplam ve kendisine yönelik risk algısı artarken semptomlar nedeniyle günlük yaşamı kısıtlanan gebelerde hem toplam hem de bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20). Ciltle ilgili semptomlar ile gebelikte risk algı düzeyini değerlendiren çalışmaya rastlanmamış olup yapılan çalışmalarda ciltteki fiziksel değişimlerin gebelerde ciddi anksiyeteye yol açtığı (Fournet ve Thobois, 2015; Brennan ve ark., 2012), çatlakların gebelerin beden algısını kötü etkilediği (Kocaöz ve ark., 2020), çatlakları olan gebelerin daha mutsuz olduğu (Yamaguchi ve ark., 2012) sonucuna ulaşılmıştır. Anksiyete, olumsuz beden algısı, mutsuzluk gibi durumlar gebelerin yaşadıkları semptomlara olan bakış açısını olumsuz etkilediğinden (Beji ve Özkan, 2019) risk algının arttığı düşünülmektedir.

Nöro-psikolojik sistem semptomları yaşayan ve yaşadığı semptomlar nedeniyle günlük yaşamı kısıtlanan gebelerde hem toplam risk algısı hem de bebeğe ve

kendisine yönelik risk algısı artmaktadır (Tablo 20). Gebelikte nöro-psikolojik sistem semptomları içerisinde gebelerin en fazla yaşadığı semptomun uyku bozukluğu olduğu görülmektedir. Uyku bozukluğu ile psikososyal semptomlar birbirlerini etkilemekte (Ertmann ve ark., 2019) ve uyku bozukluğunun gebelikte sık görülmesi gebelerin risk algısını etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada az uyuyan gebelerin sezaryen ile doğum yapma riski yüksek bulunmuştur (Hashmi, 2016). Uyku bozukluğunun sezaryen doğum yapma riskini artırdığına göre gebelerin kendisine yönelik risk algısını da artıracığı düşünülmektedir. Psikolojik semptomlar arasında yer alan anksiyete, stres, depresyon gebelikte obstetrik ve neonatal komplikasyonlara neden olmaktadır. Kalyoncu (2021) gebelerin anksiyete ve depresyon puanlarının gebe olmayan kadınlardan daha yüksek olduğunu, anksiyete ve depresyonun gebelik için risk faktörü olduğunu, Taghizadeh ve ark. (2017) da gebelikte endişe yaşama ile risk algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Yapılan çalışmalarda risk algısı yüksek olan gebelerin olumsuz psikoloji yaşadığı görülmüştür (Taghizadeh, 2017; Lee ve ark., 2012; Leichtentritt ve ark., 2005). Bakır ve ark. (2021) ile Maharramova (2022) gebelikte yaşanan semptomlar ve kısıtlama durumu arttıkça bebek sağlığı ile ilgili stresin arttığını saptamıştır. Araştırmamızda da gebelerin nöro-psikolojik sistem semptomları yaşama ve yaşadıkları semptomlar nedeniyle günlük yaşamı kısıtlanması artıkça bebeğe yönelik risk algısı artmaktadır. Bu çalışmalar doğrultusunda nöro-psikolojik sistem semptomlarının gebelerin yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek risk algısını artırdığını ve araştırma sonucuyla uyumlu olduğunu söyleyebiliriz.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar ile gebelikte risk algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Gebelerin yaş ortalaması $27,78 \pm 5,26$ (min-maks:18-43)'dır.
- Gebelerin gebelik haftası ortalaması $22,18 \pm 9,42$ 'dir. Gebelerin %26,5'i birinci, %41,5'i ikinci, %32,0'si üçüncü trimesterdedir.
- Gebeler %99,7 GÜS, %99,3 nöro- psikolojik sistem, %98,0 GİS, %91,5 KVS ve solunum sistemi, %85,7 KİS ve %79,2'si cilt ile ilgili semptom yaşamaktadır.
- Trimesterlere göre en fazla yaşanan semptom birinci trimesterde sık idrara çıkma, ikinci ve üçüncü trimesterde yorgunluk ya da halsizliktir.
- Sistemlerle ilgili semptom yaşayan gebelerin nöro-psikolojik sistemde %54,5'inin; KİS'inde %53,5'inin, GÜS'de %45,4'ünün, GİS'de %36,5'inin, ciltte %23,0'ünün ve KVS ve solunum sisteminde %20,9'unun günlük yaşamı kısıtlanmaktadır.
- Her üç trimesterde de gebelerin günlük yaşamını en çok kısıtlayan semptomlar yorgunluk ya da halsizlik, sık idrara çıkma, uyku bozukluğu ve sırt ağrısıdır.
- Gebelerin GÜS, GİS, KVS ve solunum sistemi, cilt ve nöro-psikolojik sistem ile ilgili yaşadıkları semptomlar arttıkça gebelikte risk algısı artmakta iken tüm sistemlerle ilgili yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu arttıkça gebelikte risk algısı artmaktadır.
- GİS, KVS ve solunum sistemi ve nöro-psikolojik sistem semptomları arttıkça gebenin bebeğe yönelik risk algısı artmakta, GİS, KİS, cilt ve nöro-psikolojik sistem semptomları arttıkça da kendisine yönelik risk algısı artmaktadır.
- GÜS, GİS, KVS ve solunum sistemi, cilt ve nöro-psikolojik sistem ile ilgili yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu arttıkça gebenin bebeğe yönelik risk algısı artmakta, tüm sistemlerle ilgili yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu arttıkça da kendine yönelik risk algısı artmaktadır.

- Gebelerin semptom yaşama ve yaşanan semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumu arttıkça toplam risk algısı ile bebeğe ve kendisine yönelik risk algısı artmaktadır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelerin risk algılarının değerlendirilmesi,
- Ebelerin antenatal izlemlerde gebelerin yaşadığı semptomlar ve semptomların günlük yaşamı kısıtlama durumları hakkında ayrıntılı veri toplaması, veriler doğrultusunda bakımı planlaması ve planlı öğretimler yapması, özellikle gebelerin risk algısını etkileyen semptomlarla başetme yöntemlerini geliştirilmesine yönelik uygun girişimler planlaması,
- Gebelerin yaşadığı semptomların günlük yaşamı kısıtlamasını ve risk algı düzeylerinin artmasını önlemek için gebelik öncesinde ve gebeliğin erken dönemlerinde gebe eğitim sınıflarına yönlendirilmesi,
- Sağlık profesyonellerinin gebelerin yaşadıkları semptomlar ve semptomlarla başetmelerinin sağlaması konusunda mesleki eğitimlerinin, yeterliklerinin, bilgi ve becerilerin artırılması için hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Bu çalışma ile anlamlı sonuçlar ortaya konulmuş olsa da gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar ile gebelikte risk algısı arasındaki ilişkinin belirlendiği çalışmaların yapılması,
- Gebelerin yaşadığı antepartum semptomlar ile gebelikte risk algısı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmaların daha büyük ve farklı örneklem gruplarında yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akcan, K. (2019). Perinatoloji kliniğinde yatan gebelerin gebelik semptomlarının yaşam kalitesine etkisi. T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı, Gaziantep.

American College Of Obstetricians And Gynaecologists. (ACOG). How Your Fetus Grows During Pregnancy

Arkalı G. T. (2021). Gebelikte uyku kalitesi ile gebelik uyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

Arslan, S., Okçu, G., Coşkun, A. M., Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6:(1), 179-192.

Aydemir H., Hazar H. U. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 3:(2).

Babadağlı, B. (2008). Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11:(3), 96-105.

Bakır, N., Demir, C., Şener, N. (2021). Gebelerin yaşadığı stres ve gebelik semptomları arasındaki ilişki. Karya Journal of Health Science, 2:(3), 71-76.

Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012). Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. BMC Pregnancy And Childbirth, 12:(1), 1-13.

Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2013). Predictors of perception of pregnancy risk among nulliparous women. Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 42:(4), 416-427.

Beji N. K., Dişsiz M. (2019). Gebelikte ve Hemşirelik Yaklaşımı. Neziha Kızılkaya Beji (Ed.), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları içinde (s. 307-362). İstanbul: Çapa.

Beji N. K., Özkan S. A. (2019). Gebelikte Görülen Fizyolojik/Psikolojik Değişikler. Neziha Kızılkaya Beji (Ed.), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları içinde (s. 286-306). İstanbul: Çapa.

Brennan, M., Young, G., Devane, D. (2012). Topical preparations for preventing stretch marks in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, (11).

Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. Health Psychol. 26:136–45.

Campolong, K., Jenkins, S., Clark, M. M., Borowski, K., Nelson, N., Moore, K. M., Bobo, W. V. (2018). The association of exercise during pregnancy with trimester-specific and postpartum quality of life and depressive symptoms in a cohort of healthy pregnant women. Archives of Women's Mental Health, 21, 215-224.

Ceylan G. (2022). Gebelik yakınmalarının doğum sonrası bebek bakımıyla ilgili obsesif davranışlara etkisi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Conseil Sante, Sofreco, Eduser. (2007). Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.

Cunnigham F. G., Gant N. F., Leveno K.J., Gilstrap I. L. C., Hauth J. C., Wenstrom K.d. (2005). Williams Obstetrics. Çeviri: Akman A. Williams Doğum Bilgisi (s. 63-200). İstanbul.

Çetin, F. C., Demirci, N., Çalık, K. Y., Akıncı, A. Ç. (2017). Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 48:(4), 135-141.

Çevik, I. Ü. (2017). Ağrının kronikleşmesine neden olan faktörler, patofizyoloji temelli tedaviler. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi, 16, 77-80.

Dağlar G. (2021). Gebelikte Üriner Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler ve Bakım. Yüksekol Ö., Evcili F., Demirel G. (Ed.), Normal Gebelik ve Bakım içinde (s.184 -192). Ankara.

Dağlar, G., Bilgiç, D. Demirel, G. (2018). Determination of myths regarding the pregnancy period and childbirth of pregnant women. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 49:(1), 59-64.

Demir E. (2019). Gebelerin sosyodemografik özelliklerinin gebelikte olağan yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi. T.C. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzincan.

Demiryay, A. (2006). Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.

Dikmen, H. A. (2021). Gebelerde huzursuz bacak sendromunun uyku kalitesi ve kaygı düzeyi üzerine etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12:(1), 132-138.

Dönmez, A., Er, M. Karaçam, Z. (2018). Gebe okuluna başvuran gebelerin yaşadığı gebeliğe bağlı fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi . Life Sciences, 13:(1) , 1-10.

Ertmann, R. K., Nicolaisdottir, D. R., Kragstrup, J., Siersma, V., Lutterodt, M. C., Bech, P. (2019). Physical Discomfort in Early Pregnancy and Postpartum Depressive Symptoms. Nordic Journal of Psychiatry, 73:(3), 200-206.

Esme P. (2023). Use of Vitamins in Skin Disease. Ayşe Serap Karadağ ve Ümit Tursen (Ed.), Supplements in Dermatology içinde (s. 20-27).

Evcili, F., Dağlar, G. (2019). Gebelikte risk algısı ölçeği: türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cukurova Medical Journal, 44, 211-222.

Facco, F. L., Kramer, J., Ho, K. H., Zee, P. C., Grobman, W. A. (2010). Sleep disturbances in pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 115:(1), 77-83.

Foxcroft, K. F., Callaway, L. K., Byrne, N. M., Webster, J. (2013). Development and validation of a pregnancy symptoms inventory. BMC Pregnancy and Childbirth, 13:(1), 1-9.

Gökcalp, C., Okumuş, H., Bilgiç, D. (2020). Gebelikte trimesterlere göre üriner inkontinans ve yaşam kalitesi. Cukurova Medical Journal, 45:954-962.

Güner, N. T. (2022). Gebeliğin erken döneminde yaşanan bulantı-kusma şikâyetlerinin anksiyete ve depresif belirtiler ile ilişkisi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.

Gürkan A. T. (2020). Baş ağrısı, baş dönmesi, burun kanaması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı İleri İç Hastalıkları Hemşireliği-II, Samsun.

Hashmi, A. M., Bhatia, S. K., Bhatia, S. K., & Khawaja, I. S. (2016). Insomnia during pregnancy: diagnosis and rational interventions. Pakistan Journal of Medical Sciences, 32:(4), 1030.

Heaman, M. I., Gupton, A. L. (2009). Psychometric testing of the perception of pregnancy risk questionnaire. Research in Nursing & Health, 32:(5), 493-503.

Hutchison B.L., Stone P.R., McCowan L.M.E., Stewart A.W., Thompson J.M.D., Mitchell E.A. (2012). A postal survey of maternal sleep in late pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth. 12:144.

İnal C. G., Taşhan S. T. (2020). Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6:(2), 150-160.

İncirkuş H. (2021). Son trimester gebelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul.

İncirkuş H. (2021). Son trimester gebelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul.

İncirkuş, H. (2021). Son trimester gebelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul.

Jackson, J., Allum, N., Gaskell, G. (2006). Bridging levels of analysis in risk perception research: The case of the fear of crime. In Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 7:1.

Janz, N. K., Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Educ Q.* 11:1–47.

Kalyoncu S. Y. (2021). Birinci basamakta takip edilen 18-49 yaş grubunda gebe olan ve olmayan kadınlarda anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultangazi Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Kamalak, H. (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Aydın.

Karabulutlu, Ö., Yavuz, C. (2021). Yüksek riskli gebeliklerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin sıklığının değerlendirilmesi. *Caucasian Journal of Science*, 8:(1), 51-69.

Kocaöz S., Beşer N. G., Kızılırmak A. (2020). Striae gravidarum in primigravid women: prevalence, risk factors, prevention interventions and body image. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33:(23), 3922-3928.

Köybaşı, E. Ş., Oskay Ü. (2017). Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 59:(1), 1-5.

Kul E. (2021). Antenatal izlem için başvuran son trimester gebelerde uyku kalitesi ve etki eden faktörler. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul.

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

Lee, S., Holden, D., Webb, R., Ayers, S. (2019). Pregnancy related risk perception in pregnant women, midwives & doctors: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19: 335.

Leichtentritt R. D., Blumenthal N., Elyassi A., Rotmensch S. (2005). High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices. *Health Soc Work*, 30:(1):39–47.

Lennon, S. L. (2016). Risk perception in pregnancy: a concept analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 72:(9), 2016-2029.

Liu, N., Wang, J., Chen, D. D., Sun, W. J., Li, P., Zhang, W. (2020). Effects of exercise on pregnancy and postpartum fatigue: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 253, 285-295.

Lupton, D. (2012). 'Precious cargo': Foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22:(3), 329-340.

Maharramova A. (2022). Gebelikte risk algısı ve stres düzeyinin karşılaştırılması. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Marín-Jiménez, N., Borges-Cosic, M., Ocón-Hernández, O., Coll-Risco, I., Flor-Alemany, M., Baena-García, L., ... Aparicio, V. A. (2021). Association of self-reported physical fitness with pregnancy related symptoms the GESTAFIT project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18:(7), 3345.

Mazrek, H. (2020). Gebelerde huzursuz bacak sendromunun yorgunluk düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Mckinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K., & Ashwill, J. (2021). *Maternal-Child Nursing E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Murray, S.S., Mckinney, E.S. (2014). *Foundatations Of Maternal-Newborn Nursing*. (6th Ed.). Saunders Elsevier, St. Louis, 93-141.

Murray, S.S., Mckinney, E.S. Gorrie, T.E. (2002). *Foundations Of Maternalnewborn Nursing*. (Third Ed.). Saunders, Elsevier, Philedelphia, 120-183.

Mutlu E. N. Ç. (2021). Gebelik semptomlarının cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi. T.C. Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Yozgat.

Nakamura Y, Okada T, Morikawa M, Yamauchi A, Sato M, Ando M, Ozaki N. (2020). Perinatal depression and anxiety of primipara is higher than that of multipara in Japanese women. *Scientific Reports*, 10:(1).

Nazik, E., Eryılmaz, G. (2014). Incidence of pregnancy-related discomforts and management approaches to relieve them among pregnant women. *Journal of Clinical Nursing*, 23:(11-12), 1736-1750.

Okeh, N. O., Hawkins, K. C., Butler, W., Younis, A. (2015). Knowledge and perception of risks and complications of maternal obesity during pregnancy. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)*, 5:(323), 2161-0932.

Okunola, T. O., Olubiyi, O. A., Omoya, S., Rosiji, B., Ajenifuja, K. O. (2018). Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnancy in ikere-ekiti, nigeria. *Neurourology and Urodynamics*, 37:(8), 2710-2716.

Okuy, E. K., Sunay, Z. (2022). Gebelikte risk algısı ile gebelikte iyilik hali arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Socrates Journal Of Interdisciplinary Social Studies*, 14, 1-12.

Oxford English Dictionary (2015) Perception. Oxford English Dictionary Online. Retrieved From

Özçelik, G., Karaçam, Z. (2014). Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30:(3), 1-18.

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

Özkan, H. A., Bilgin, Z. (2019). Kanıta Dayalı Gebelik ve Doğum Yönetimi (s. 81-94). Ankara.

Özorhan, E.Y. (2016). Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Erzurum.

Özorhan, E.Y., Ejder, Apay, S. Altun Ö. Ş. (2014).Gebelikte Ruh Sağlığı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. 2:(3);33-42.

Öztuna D., Elhan A. H., Kurşun N., Sağlık Araştırmalarında Kullanılan İlişki Katsayıları, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28:160-165

Özyürek B. (2019). “Gebelik Semptom Envanteri”nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik-Güvenirliği ve Trimesterlere Göre Semptomların İncelenmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Özyürek, B., Özgül, S. (2021). Turkish translation, cross-cultural adaptation, and psychometric validation of the pregnancy symptoms inventory: An instrument to assess the full spectrum of pregnancy symptoms. Midwifery, 97, 102962.

Picard, D., Sellier, S., Houivet, E., Marpeau, L., Fournet, P., Thobois, B., ... Joly, P. (2015). Incidence and risk factors for striae gravidarum. Journal of the American Academy of Dermatology, 73:(4), 699-700.

Pien, G. W., Schwab, R. J. (2004). Sleep disorders during pregnancy. Sleep, 27:(7), 1405-1417.

Polat A. S. (2022). Kadınların gebelik döneminde yaşadıkları semptomlar ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki. T.C. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sivas.

Prignano, F., Ortonne, J. P., Buggiani, G., Lotti, T. (2007). Therapeutical approaches in melasma. Dermatologic clinics, 25:(3), 337-342.

Proisy, M., Rouil, A., Raoult, H., Rozel, C., Guggenbuhl, P., Jacob, D., Guillin, R. (2014). Imaging of musculoskeletal disorders related to pregnancy. American Journal Of Roentgenology, 202:(4), 828-838.

Rajbanshi, S., Norhayati, M. N., & Nik Hazlina, N. H. (2021). Risk perceptions among high-risk pregnant women in Nepal: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, 21, 1-8.

Raosoftware. Sample Size Calculator.

Sangin, S., Phonkusol, C. (2021). Perception of pregnancy risk and related obstetric factors among women of advanced maternal age. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25:(3), 494-504.

Shojaeian, Z., Khadivzadeh, T., Sahebi, A., Kareshki, H., Tara, F. (2021). Perceived risk in women with high risk pregnancy: A qualitative study. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 26:(2), 168.

Sjoberg, L. (2000). The methodology of risk perception research. *Qual Quant*. 34:407– 18.

Slovic, P. (2000). Perception Of Risk. Slovic, P. The Perception Of Risk içinde. Routledge. (s 131-150).

Şahin, E. Ş. (2019). Gebelik yogasının gebelik semptomlarına etkisi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Şen, G. (2020). Gebelikte görülen yakınmaların uyku kalitesine etkisi. T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı, Aydın.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. (2014). Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. Ankara: Kızılay.

Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). Using Multivariate Statistics. Pearson

Taghizadeh, Z., Cheraghi, M. A., Kazemnejad, A., Pooralajal, J., Aghababaei, S. (2017). Difference in perception of pregnancy risk in two maternal age groups. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 11:(5), QC09.

Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Genişletilmiş XV. Baskı. Yenişehir: Ankara.

Taşpınar A. (2015). Normal Gebelik. Ahsen Şirin, Oya Kavlak (Ed.), Kadın Sağlığı Genişletilmiş 2. Baskı içinde (s. 284-294). İstanbul: Hadımköy.

Türk Dil Kurumu. (TDK). Türk Dil Kurumu Sözlükleri.

Türkmen S. (2014). Gebeliğin son trimesterinde yaşanan sağlık sorunları ve gebenin yaşam kalitesi üzerine etkisi. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, İstanbul.

Uzunsakal, E., Yıldız, D. (2018). Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi, 2(1):14-28.

Weinstein, N. D., Kwitel, A., McCaul, K. D., Magnan, R. E., Gerrard, M., Gibbons, F. X. (2007). Risk perceptions: Assessment and relationship to influenza vaccination. Health Psychol. 26:146–51.

Wolf, S. T., Kenney, W. L. (2021). Skin pigmentation and vitamin D–folate interactions in vascular function: an update. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, 24:(6), 528-535.

Yamaguchi K., Suganuma N., Ohaski K. (2012). Quality of life evalotion in Japanese pregnant women with striae gravidarum: A cross-sectional study. BMC Research Notes, 5:(1), 1-6.

Yanık, D. Özcanarşlan, F. (2019). Riskli gebelerde algılanan sosyal destek ile stresle başetme düzeyleri arasındaki ilişki. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2:(3), 96-104.

Yanikkerem, E., Altıparmak, S., Karadeniz, G. (2006). Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 10:(10), 35-42.

Yıkar S. Y. (2017). Doğum öncesi dönemde verilen eğitimin gebelikte görülen yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisi. T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Yücel, P., Çayır, Y., Yücel, M. (2013). Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. Klinik Psikiyatri, 16, 83-87.