

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBE KADINLARIN ALGILADIKLARI FİZİKSEL VE  
EMOSYONEL YAKINMALAR**

Ayça DEMİRYAY

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Nihal Cengiz

Tez No:

2006- AFYON

### III

## ÖNSÖZ

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla beraber kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturur. Gebelik ve annelik kavramları algılanandan daha karmaşık bir durumdur. Bir zamanlar basitçe bekleme zamanı olarak nitelendirilen gebelik, günümüzde ebeveynler için uyum sağlamayı gerektiren stresli bir yaşam olayı ya da krizi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca gebelik vücut görüntüsünde, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde değişiklik oluşturduğu için toplum sağlığı açısından önemli bir konudur.

Araştırma Gebelikte Algılanan Fiziksel ve Emosyonel Yakınmaları incelemek amacıyla Muğla Devlet ve SSK hastaneleri ile 1 No'lu sağlık ocağında yapılmıştır.

Araştırmanın yapılış aşamasında yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Nihal Cengiz'e teşekkürlerimi sunarım.

Benden maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, hayattaki en büyük değerlerim eşim ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBE KADINLARIN ALGILADIKLARI FİZİKSEL VE  
EMOSYONEL YAKINMALAR**

Ayça DEMİRYAY

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Nihal Cengiz

Bu Tez Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından.....proje  
numarası ile desteklenmiştir.

Tez No: 2006-022

2006 -AFYON

**İÇİNDEKİLER**

Kabul ve Onay.....	II
Önsöz .....	III
İçindekiler.....	IV
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	VII
Tablolar Dizini.....	VIII
<b>ÖZET.....</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>3</b>
<b>1.GİRİŞ.....</b>	<b>5</b>
1.1.Gebelik.....	8
1.1.2 Gebelik Oluşan Fizyolojik.Değişiklikler .....	11
1.1.2.1. Genel Değişiklikler.....	11
1.1.2.2. Genital Sistem.....	12
1.1.2.3. Göğüsler.....	14
1.1.2.4. Deri ve Karın Duvarı.....	14
1.1.2.5. Kas ve İskelet Sistemi.....	14
1.1.2.6. Üriner Sistem.....	15
1.1.2.7. Gastrointestinal Sistem.....	16
1.1.2.8. Solunum Sistemi.....	17
1.1.2.9. Kardiyovasküler Sistem .....	18
1.1.2.10. Endokrin Sistem.....	19

1.1.2.11. Metabolik Değişiklikler.....	20
1.1.3. Gebelikte Gözükten Psikolojik Değişiklikler.....	21
1.1.3.1. Birinci Tremester.....	21
1.1.3.2. İkinci Tremester.....	22
1.1.3.3. Üçüncü Tremester.....	23
1.1.4. Gebelikte Yaşanılan Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar.....	24
1.1.4.1. Bulantı Kusma.....	25
1.1.4.2. Mide Yanması.....	26
1.1.4.3. İştahta Artma Azalma ve Aşerme.....	27
1.1.4.4. Sık İdrara Çıkma .....	27
1.1.4.5. Konstipasyon .....	28
1.1.4.6. Hemoroidler.....	29
1.1.4.7. Varisler .....	29
1.1.4.8. Bacak Krampları.....	30
1.1.4.9. Bel Ağrısı.....	30
1.1.4.10. Baş Ağrısı.....	31
1.1.4.11. Solunum Güçlüğü.....	31
1.1.4.12. Yorgunluk ve Uykusuzluk.....	32
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>33</b>
2.1. Araştırmanın Türü .....	33
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	33

2.3. Veri Toplama.....	33
2.4. Verilerin Toplanma Yöntemi.....	34
2.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi.....	34
2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
<b>3. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
<b>4. TARTIŞMA.....</b>	<b>57</b>
<b>5. SONUÇ.....</b>	<b>67</b>
<b>6.ÖNERİLER.....</b>	<b>69</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>70</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>77</b>

## VII

### SİMGELER VE KISALTMALAR

#### Simgeler

#### Açıklama

min

Minimum Değer

maks

Maksimum Değer

#### Kısaltmalar

#### Açıklama

DSÖ

Dünya Sağlık Örgütü

ACTH

Adenokortikotropik Hormon

HCS

Human Koryonik Somatomamaotropin Hormon

FSH

Folikülü Stimüle Edici Hormon

T4

Total Tiroksin

T3

Total Triiyodotironin

Hg

Hemoglobin

Htc

Hematokrit

## VIII

### TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 2: Gebelerin Evliliğe İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 3: Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4: Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgilenme Durumlarına Göre Dağılımları.....	39
Tablo 5: Gebelerin Sağlık Durumuna İlişkin Bulgularına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 6: Gebelerin Gebelik Sırasında Eşlerinden Aldıkları Destek ve Doğum Sırasında Eşlerini Yanlarında İsteme Durumlarına Göre Dağılımı.....	41
Tablo 7: Gebelerin Bebek Bakımını Paylaşacak Kişi ve Doğum Olayının Tanımlama Durumlarına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 8: Gebelerin Gebelikleri Sırasında Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Sorunlara Göre Dağılımları.....	43
Tablo 9: Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınma Puan Ortalamalarının Yaş, Eğitim Durumu, Gelir Gider ve Evlilik Yılına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 10: Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınma Puan Ortalamalarının Genel Sağlık, Gebe Kalmadan Önceki ile Şimdiki Sağlık, Gebeliği Süresince Gittiği Sağlık Kuruluşları, Gebelik Sayısı, Gebelik Haftası ve Doğumu Tanımlama Durumuna Göre Dağılımı .....	47
Tablo 11: Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınma Puan Ortalamalarının Bilgi Alma, Çalışma, Eşlerinden Destek Alma ve Eşlerini Doğumda Yanlarında İsteme, Gebeliği İsteme, Düzenli Gebelik Takibi Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı.....	49
Tablo 12: Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalarının Gebelik Haftalarına Göre Dağılımları.....	50

## ÖZET

Bu araştırma gebe kadınların gebelik döneminde yaşadığı fiziksel ve emosyonel yakınmaların belirlenmesi ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırma Muğla ilinde SSK ve Devlet hastanelerinde ve 1 No'lu sağlık Ocağında 27 Eylül 2004- 07 Mart 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini Muğla SSK ve Devlet hastaneleri Kadın Doğum Polikliniğine ve 1 No'lu sağlık ocağına başvuran tüm gebe kadınlar, örneklem grubunu ise araştırma sınırlılıkları dahilinde araştırmaya katılmayı kabul eden 180 gönüllü gebe oluşturmuştur.

Araştırmada veri toplamak için literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Gebelere uygulanan anket formu, sosyo-demografik ve evliliğe ilişkin özellikleri, doğurganlığa ve sağlık durumlarına ilişkin özellikleri, gebelerin gebelikleri süresince algıladıkları fiziksel ve emosyonel sorunları içermektedir. Araştırmada kullanılan “gebelikle ilgili fiziksel ve emosyonel yakınmalar” listesi için Cronchbach alfa güvenilirlik kat sayısı  $\alpha=0,7190$  olarak saptanmıştır.

Veriler görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Toplanan verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, Ki-kare, Varyans analizi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır. Toplanan verilerin değerlendirilmesi sonucunda;

Gebelerin çoğunluğunun gebelikleri süresince düzenli gebelik takibi yaptırdığı, gebelik ve doğum ile bilgi aldıkları, bu konudaki bilgi kaynaklarının sağlık personeli olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin yarısından fazlasının algıladıkları sağlık durumları iyi olarak saptanmış, yaklaşık yarısının gebe kalmadan önceki sağlık durumu ile şimdiki sağlık durumu arasında bir farklılık görmediği tespit edilmiştir.

Gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmalarında ilk üç sırayı sık idrara çıkma, yorgunluk ve bulantı kusma şikâyeti almıştır.

Gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmalarını gittiği sağlık kuruluşu, gebelik sayısı, gebelik haftası, doğumu tanımlama ve gebeliği isteme durumunun etkilediği, sadece sağlık ocağına başvuran, 5 ve üzeri gebeliğe sahip olan, doğum olayını korku verici olarak tanımlayan ve gebeliği istemeyen gebelerin puan ortalaması yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmalarından, bel ağrısı, dış ya da dış eti ağrısı, bacaklarda kramp, sıcak basması ve uyumakta güçlük çekme ile gebelik haftaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş ve bu yakınmaların en çok III. trimesterde görüldüğü saptanmıştır.

**Anahtar Sözcükler: Gebelik, doğum, prenatal bakım, hemşirelik.**

## SUMMARY

This study was descriptively designed to detect the physical and emotional complaints of the woman experienced in the period of pregnancy and factors affecting them.

The study was carried out between 27 September 2004 and 07 March 2004 in Social Security Hospital, State Hospital and No. 1 Health Clinic in Muğla.

The universe of the study consists of all the pregnant women applying to Muğla Social Security Hospital, State Hospital and No. 1 Health Clinic, and the sampling group consists of 180 pregnant women randomly chosen from the universe of the study.

In order to collect data in the study, a questionnaire developed by the researcher in line with the literature was used. The questionnaire administered to the pregnant women includes items to solicit socio-demographic and marital-status-related features, fertility and health related features, and physical and emotional problems experienced by the participants during the period of pregnancy. For the list of “pregnancy-related physical and emotional complaints” used in the study, Cronchbach alfa reliability coefficient was found to be  $\alpha=0,7190$ .

The data were collected by means of interview technique. In the analysis of the data, frequency, Chi-square, Variation analysis and t-test were used. As a result of the analysis of the data;

It was found that most of the participating pregnant women had regular pregnancy control during the period of pregnancy, got information regularly about the pregnancy, and the source of the information was health personnel.

Participants’ perception of their health was found to be positive for more than half of the women, and it was found that more than half of the participants do not see any difference between the pre-pregnancy health status and the current status.

The first three places in the pregnant women's complaints were taken by frequent toilet going, fatigue, and nausea and resulting vomiting.

It was found that the physical and emotional complaints of the pregnant women are affected by the health institution visited, the number of the pregnancy, week of the pregnancy, how the birth giving is defined, and how much the pregnancy is desired, and for the women going only to the health clinic, with 5 or more pregnancy experiences, defining birth giving something scaring and not desiring the pregnancy, the mean scores were found to be high.

The correlation between in which week the pregnancy is and these physical and emotional complaints: back ache, tooth or gum ache, cramp in legs, difficulty in sleeping, feeling hot; was found to be meaningful and these complaints were found to be experienced the most in III. trimester.

**Key Words: Pregnancy, birth giving, prenatal care, nursing**

## 1. GİRİŞ

Her ülkede toplumsal sistemin temel ögesi insandır. İnsanın yaşam sürecinin her evresinde farklı gereksinimleri vardır. Bu gereksinimlerden vazgeçilmez olanı da sağlıktır (1). Sağlık ihtiyacının ne zaman başladığına dair şimdiye kadar pek çok görüş öne sürülmüştür. Bunlardan biri de D. Copperfield hikâyesinin ilk cümlesidir: “Hayatımın başlangıcıyla, hayatıma başlamak için doğumumu kaydediyorum”. Ch. Dickens’a göre insan gelişimi doğana kadar başlamazdı ve pek çok bilim adamının 20 yy. ortalarına kadar uterustaki yaşamın öneminden haberleri bile yoktu. Fakat bugün biliyoruz ki, hayat ovumun sperm ile döllenmesiyle başlar. Ayrıca doğmamış çocuğun normal büyüme ve gelişmesi, gebelik komplikasyonları, enfeksiyonlar ve teratojenler gibi pek çok faktörden olumsuzca etkilenebilir (1,2).

Dolayısıyla kadın sağlığı, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Bu nedenle kadın sağlığı aile sağlığından ayrı düşünülemez. Aile sağlığı, aile üyelerinin tümünün, aile içinde ve aile dışında en üst fonksiyonel kapasitede olmalarıdır şeklinde tanımlanır. Aile sağlığı, aile üyelerinin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilmesine, sosyal yaşama katılabilmesine ve aile üyelerinin rollerini, kendisi ve ailesi için sorumluluklarını yerine getirebilmesine bağlıdır. Aile içindeki bu etkileşim ve bağ nedeniyle aile üyelerinden birinin sağlığındaki bozulma, aile içindeki dengeyi bozar, sağlığı bozulan kişi özellikle anne olduğunda bu denge daha da etkilenir (3,4)

Türkiye nüfusunun % 27,4’ünü doğurgan çağıdaki evli kadınlar oluşturmaktadır. Doğurganlık yeteneği, kadınların gebe kalmalarına ve doğum yapmalarına, bunlara bağlı olarak da bazı sorunlar ve risklerle karşılaşmalarına neden olmaktadır (5,6). Bu nedenle anne ve çocuklar sağlıklı olduklarında bile sağlık hizmetlerinde risk grubu olarak ele alınırlar. DSÖ verilerine bakıldığında bu grubun sağlık düzeyinin gelişmekte olan ülkelerde düşük olduğu görülmektedir. Dünyada her yıl meydana gelen 500 000 anne ölümünün % 99’u gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (3).

Türkiye’de ana ölüm hızı yüz binde 100’dür. Gelişmiş ülkelerde bu oran yüz binde 26’ya düşmektedir (3). Bu oranlar önemlidir. Çünkü bebek ve anne ölüm oranları bir toplumun sağlık düzeyinin en iyi göstergesi olarak kabul edilir. Komşu

ülkelere göre yüksek olan ana ölümlülüğü içinde bebek ölümünün de yüksek olması Türkiye’de gebelik ve doğum hizmetleri ile ilgili sorunlar olabileceğini düşündürmektedir (7).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla beraber kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturur. Gebelik boyunca anne organ faaliyetleri fetüs emrine girer ve bütün kaynaklar fetüs için mobilize edilir. Bütün bunların normal dengede olabilmesi için gebeler günlük yaşamlarında korunmalıdır (8,9).

Bu amaçla da antenatal bakım ve eğitim bütün dünyada benimsenmiş, ana sağlığı, sağlık kurumları ile özel yasa ve yönetmeliklerle güvence altına alınmış, milli sağlık politikalarının ana prensipleri arasına girmiştir (8).

İyi planlanan doğum öncesi bakım ve annenin olabilecek riskli durumlara karşı bilgili olması ile ana ölüm hızı ve bebek ölüm hızlarının düştüğü bilinmektedir (8,9,10). Bu istatistiksel göstergeler aynı zamanda prenatal bakımın değerlendirilmesinde de kullanılır (11).

Prenatal bakım, doğum öncesinde düzenli izlemlerle verilen bakımdır. Bu bakımda gebenin ve fetüsün sağlığını korumak, gelişimini sürdürmek, gebenin bu konudaki yanlış alışkanlıklarını düzeltmek, doğrularını pekiştirmek ve yeni bilgiler kazandırmak, gebelikte meydana gelebilecek sorunları önlemek ve gebeyi laktasyon dönemine hazırlamak amaçlanır (12).

Gebeliğin 7. ayına kadar ayda bir, 7–8. aylarda 2 haftada bir, son gebelik ayında da haftada bir izlemlerle verilecek olan bu bakım genel sağlık değerlendirmesini ve anne eğitimini kapsar (13). İyi bir prenatal bakıma gebe kalmadan önce başlanmalıdır. Çünkü gebelik öncesi sağlık durumu iyi olmayanlarda, gebelik, anne ve fetüsün sağlığı riske girer (3).

Türkiye’de gebelerin çoğu antenatal bakım almamaktadır. Ege-Marmara Bölgesi’nde gebelerin % 14’ü, Güney Ege-Akdeniz Bölgesi’nde % 25’i, Orta Anadolu’da % 41’i, Karadeniz Bölgesi’nde % 36’sı, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde %70’i doğum öncesi bakım almamaktadır (14,15). Gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmama nedenlerinden birisinin de sağlık personelinin korkma ve çekinmeleri olduğu düşünülürse sağlık personelinin daha dikkatli olması gerekmektedir (15,16).

Gebelerin aldıkları prenatal bakımla ilgili memnuniyet düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada; gebelerin % 52'si memnun olmadığını, %34'ü soru sorma olanağı bulamadıklarını, % 80'i de genel sağlık kontrollerinden hiçbir şey öğrenmediklerini belirtmişler, buna rağmen bu annelerin % 98'i kliniklere bilinçli olarak devam etmişlerdir (17).

Gebelik ve annelik kavramları algılanandan daha karmaşık bir durumdur. Bir zamanlar basitçe bekleme zamanı olarak nitelendirilen gebelik, günümüzde ebeveynler için uyum sağlamayı gerektiren stresli bir yaşam olayı ya da krizi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca gebelik vücut görüntüsünde, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde de değişiklik yapmaktadır. Bu nedenle prenatal bakım sürecinde hemşire gebeyi birey olarak, çevresi ile bir bütün olarak, onun sahip olduğu sosyo-ekonomik ve kültürel değerleri ile beraber iyi bir ilişki içinde, güven vererek, bilgilendirerek, destek olarak ve danışmanlık yaparak ele almalıdır (3,18).

Annelik, gebelik ve doğumla başlayıp kadın yaşamı boyunca devam eden bir süreçtir (5,19). Bu nedenle aile sağlığını önemli ölçüde etkileyen gebelik döneminde verilen bakım ve eğitim hizmetlerinin yalnızca antenatal bakımla sınırlı kalmaması, babaları da içeren bütüncül yaklaşımlı hizmetlerle de desteklenerek sürdürülmesi gerekmektedir. Anne bakımını veren hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarının yanında gebeliğin ve doğumun ailenin diğer bireyleriyle de ilgili olduğunu, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığının çevresinden ayrı düşünülemeyeceğini unutmamaları gerekir. Ayrıca bu hizmetlerin verimliliğini ve etkinliğini arttırmak, öncelikli sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesine dayanmaktadır. Önceliklerin bilinmesi hizmet veren ve alan kişilere pek çok yarar sağlamaktadır (2,3).

Bu öncelikleri saptayabilmek amacıyla da gebe kadınların algıladıkları fiziksel, ruhsal yakınmaları ve bunlardan doğan sağlık gereksinimlerinin bilinmesi gerekir. Bu amaçlar doğrultusunda elde edilecek veriler, verilen sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetim için öneriler getirecektir.

### 1.1. Gebelik

Her canlının amacı yarına kalmaktır. Her cins kendi sürekliliğini, üreme fonksiyonu sayesinde gerçekleştirir ve güvence altına alır. İnsanda, dişi ve erkek üreme organları tarafından gerçekleştirilen bu fonksiyon sayesinde cinse özgü özellikler bozulmadan kuşaktan kuşağa aktarılabilir (12, 20).

Bu özelliklerin taşınması genetik mirasımız olan kromozomlar sayesinde olmaktadır. İnsan organizmasını oluşturan hücrelerin çekirdeğinde 46 kromozom bulunmaktadır. Sadece olgun cinsiyet hücreleri bu kural dışında kalmakta ve çekirdeklerinde 23 kromozom içermektedir. Her iki germ hücresinin fertilizasyon öncesi olgunlaşıp üreme yeteneği kazanabilmesi için çeşitli aşamalardan geçerek kromozom sayılarının yarılanması gerekir. Bu sürece yani gametlerin olgunlaşma sürecine gametogenesis denir. Bu olay kadın üreme hücreleri için oogenesis, erkek üreme hücreleri için ise spermatogenesis adını alır (3, 5, 8, 12, 13, 21).

Fertilizasyon, tubaların ampulla bölümünde gerçekleşeceğinden her iki olgun germ hücresinin buraya taşınması gerekmektedir. Ovumun fertilizasyon bölgesine transportu tamamen pasiftir. Bu geçiş, tubaların kas tabakasındaki ritmik kontraksiyonlar, epitel hücrelerindeki silia ve salgı fonksiyonu sayesinde gerçekleşir (3, 22).

Spermiler ise koitustan sonra uterus ve tubalara doğru kendi hareketleriyle ilerlerler. Koitustan 1–2 saat sonra spermiumların ancak 300–500 tanesi tubaların ampulla kısmında oosit II' ye ulaşabilir. Bunlardan ancak bir tanesi oosit II' yi delerek hücre içine girer. Spermin ovumu çevreleyen hücreleri aşarak hücre zarından içeri girmesi ile her iki olgun germ hücresinin pronükleusları birleşir ve tek bir hücre haline dönüşür, böylece fertilizasyon gerçekleşir. Fertilizasyon ovulasyondan sonraki 24–48 saat içinde olur (8, 12).

Fertilizasyon sonucu oluşan yeni hücreye zigot adı verilir. Zigotun uterusu ulaşması 7 gün sürer. Bu sırada zigot mitoz ile çoğalarak gelişir. İlk bölünme ile ortaya çıkan iki hücrenin her birine Blastomer denir. Daha sonraki bölünmeler sonucu zigot sırasıyla 4,8,16,32,64 hücreli hale dönüşür. Zigottaki blastomer sayısı 12–16' ya ulaştınca Morula adını alır (2, 3).

Morula, uterusu ulaştıktan sonra yapısında değişimler başlar. Ortasında sıvı toplanır, hücreler kenarlara doğru itilir. Bir grup blastomer yassılaşıp kenara doğru itilirken, diğer bir grup kitle halinde kalır. Bu yapı taşlı bir yüzüğe benzetilebilir. Yüzüğün halkasını oluşturan yassı hücrelere trofoblast ya da dış hücre kümesi, yüzüğün taşını oluşturan yuvarlak hücre kümesine de embrioblast ya da iç hücre kümesi denir. Embrioblastlardan embrio, trofoblastlardan ise plasenta ve membranlar gelişmektedir. Bir iki haftalık olan bu oluşuma Blastokist adı verilir ve artık implantasyon yeteneği kazanmıştır (3, 8, 23).

İmplantasyon, fertilizasyondan 7 gün sonra blastokistin çevresinde bulunan trofoblast hücreleri tarafından endometriuma gömülme sürecidir. İmplantasyon genellikle uterusun üst bölümlerinde, fundusun ön ve arka duvarlarında olur; fertilizasyondan sonra 10. günde tamamlanır. İmplantasyonun gerçekleşmesinden sonra embriyonel ve fetal devre ile fetüs intrauterin büyüme ve gelişme sürecine girer. Gebelik süresi, son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı ya da 40 haftadır. Gerçek gebelik süresi ise fertilizasyon gününden itibaren 267 gündür (3, 5, 8, 12, 13).

Gebelik fizyolojik bir olay olmakla birlikte, her kadın gebeliğe karşı kendi ruhsal, sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına uygun davranış gösterir. Gebelik süresince değişik zaman dilimlerinde (trimestir) gebede emosyonel reaksiyonlar gelişmektedir. Bununla birlikte ülkemizde özellikle kentlerde, ataerkil aile yapısının yerini çekirdek aile yapısına bırakması, kadının iş hayatına atılması, aile bireylerinin yaşam felsefesi ve rollerindeki değişiklik, kadının sorumluluğunun artmasına neden olmuş ve buna paralel olarak beraberinde bazı sorunları gündeme getirmiştir (24).

Gebelik, doğum ve doğum sonu devrelerinin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesi, gebelik süresince verilecek düzenli kontrol, bakım ve eğitimler ile sağlanabilir. Bu bakımdan prenatal bakım gebeliğin sonuçlarının iyileştirilmesinde çoğunlukla güven vermektedir. Prenatal bakım eksikliklerine rağmen azda olsa ilerleme sağlamıştır ve Amerika’da koruyucu sağlık sistemlerinde en yaygın olarak kullanılan hizmettir (24,25).

Günümüzde hüküm süren gebe kadınların bakım yaklaşımları temelini çoğunlukla geleneksel uygulamalardan almıştır (25–27). Prenatal bakımın yararları ve amaçları hakkındaki sorular on yıllarca literatürlerde tartışılmıştır. Her ne kadar bakımın uygulamaları ve içeriği önemli araştırmalarla incelenip yayınlansa da değişiklik için birkaç tavsiyede bulunulmuştur (28).

Centering Pregnancy de bunlardan biridir. Bir yenilik olan Centering, prenatal bakımın yararları üstünde yapılan birkaç araştırmanın önerileri ile yeniden yapılandırılan prenatal bakımın hasta merkezli modelidir (29).

Bu uygulama Amerika’da 1994 yılından bu yana uygulanmaktadır. Fakat henüz çok yaygın değildir. Bu uygulamada aynı gestasyonel yaştaki gebe kadınlardan 8–12 kişilik gruplar oluşturulmaktadır. Grup gebelikleri süresince beraber kalmaktadır. İlk ziyaret ve anemnezden sonra fiziksel egzersizler ve laboratuvar testleri adım adım yapılmaktadır. Sonraki ziyaretler 90–120 dakikalık oturumları içermektedir ve gruptaki kadınlara göre prenatal ziyaret programı oluşturulmaktadır. Pek çok kadın eşlerini veya yakınlarını bu gruba getirebilmektedir (29,30).

Grup oturumlarında beslenme, erken gebelik sorunları ve bakımı, madde kullanımı, doğuma hazırlık, postpartum döneme adaptasyon, bebeğin beslenmesi, kontrasepsiyon ve anne-babalık gibi konular tartışılmakta ayrıca bu tartışmalara ek olarak konularla ilgili kitapçıklar dağıtılmaktadır (31).

Yeni bir yaklaşım olan Centering Pregnancy gebelikle ilgili pek çok sorunda uzmanlaşarak gebelere ve ülke ekonomisine büyük yararlar sağlamıştır. Ayrıca

şimdiye kadar verilen bakımdaki çoğu eksikliği gidererek prenatal bakımda bir devrim yaratmıştır (31).

Döllenme ile başlayan, doğum ile sona eren gebelik periyodu gebe için fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle düzenlenmiş doğal bir süreçtir. Bütün bu değişiklikler anne adayının gebeliğe uyumunu sağlamak amacıyla meydana gelmektedir (2).

### **1.1.2. Gebelikte Oluşan Fizyolojik Değişiklikler**

Gebelik sırasında anne organizmasında çok sayıda anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler olur. Bu değişiklikler doğumdan sonra ilk 6–8 hafta içinde normale döner. Fizyolojik değişikliklerin nedeni; annenin gebelik ve doğum sırasında bazı risklerden korunması, fetüsün büyüme ve gelişmesinin sağlanmasıdır (32).

Gebelikte bir kadının vücudunda meydana gelen fizyolojik değişikliklerin incelenmesi, gebeliğin semptomları olarak kabul edilen durumlarında çoğunu izah eder. Aynı zamanda prenatal takipte de gebe kadının daha sağlıklı değerlendirilmesine yardımcı olur. Bu değişiklikler yalnızca genital organlarda olmaz, tüm doku ve organlarda kendine has yeni dengeler oluşur (33).

#### **1.1.2.1. Genel Değişiklikler**

İlerleyen gebeliğin en belirgin değişimleri, fazlalaşan vücut kitlesi ve farklılaşmış habitustur. Gebeliğin artan besin gereksinmesine iştah artışı ve hatta aşırı yiyecek isteği eşlik eder. Bu kapsamda “aşermek” adı verilen aşırı ve bazen sapmış istekler (kil yemek gibi) bulunur. Normal bir tekil gebelikteki toplam ortalama 12 kilonun dağılımı, maternal yağ depoları, artmış kan hacmi, toplam vücut sıvısı ve fazlalaşan meme dokusu şeklindedir (34).

Bu değişimler döllenmenin hemen ardından başlamakla beraber, en hızlı büyüme dönemi 20. gebelik haftasından sonra başlar. Normal ilerleyen bir gebeliğe ilişkin maternal belirtiler, çabuk yorulabilmek, açlık hissi, şişme ve irileşen vücut kitlesiyle birlikte artan yağ depolarına karşı duyulan endişedir. Prenatal bakım ve eğitim, normal gebeliğin bu değişimlerinin başarıyla karşılayabilecek düzgün diyet, doğru duruş ve vücut mekaniğini bilinçli idare edebilmeyi sağlar. Ayrıca düzenli izlemler sayesinde gebenin bu değişikliklere adaptasyonu ve olası problemler saptanmış olur (34–36).

### 1.1.2.2. Genital Sistem

Uterus, şeklini ve i hacmini büyük oranda değiştirme kapasitesine sahiptir. Böylece büyüyen fetüs ve eklerine uyum sağlayabilir. Normalde 50–70 gr. ağırlığında 7.5×5×2.5 cm. boyutlarında ve 10 ml. i hacme sahiptir. Miadında gebelikte ise ağırlığı 800-1000 gr., boyutları 20 ×25 ×22.5 cm. ve i hacmi 4500 cm<sup>3</sup> e ulaşır. Uterus kas lifleri boy ve sayıca artarken endometium da kalınlaşır. Büyümeden mekanik ve hormonal mekanizmalar sorumludur (32,34).

Östrojen ve progesteron hormonlarındaki artış uterus kaslarında hipertrofi ve hiperplaziye neden olur. Kalınlaşma ve genişleme en çok fundusta olur. Fundus yüksekliği gebelik haftasına göre değişir. Uterustaki genişleme simetrik değildir. Uterusun büyüklüğü artıkça şekil değişiklikleri de geçirir. İlk bir iki haftada orijinal armut şeklini korur. 12. haftaya kadar yuvarlak şekil alır. Daha sonra pelvis dışına çıkan uterus ovoid bir şekil alır. Uterus pelvisten çıktıktan sonra, solda rektosigmoid kolon nedeniyle sağa doğru rotasyon yapar (13,35,37).

Gebeliğin ilk trimestirinden başlayarak uterus normalde ağrısız düzenli kontraksiyonlar geçirir. Bunlara Braxton Hicks kontraksiyonları adı verilir. Gebeliğin son üç haftasında uterusun duvarları incelir ve kontraksiyon yeteneği artar (13,35).

Serviks fibröz bir dokudur. Gebelik süresince belirgin düzeyde yumuşar ve morumsu bir renk alır. Aynı zamanda vaskülaritesi artmıştır ve ödemlidir. Servikal mukoza bezlerinde profilerasyon artışı görülür. Servikal kanal kalın bir müköz tıkaçla dolar. Böylece uterus ve dış ortam arasında bir bariyer oluşturarak, fetüs dış ortamdan korunmuş olur (35,38).

Vajen mor, ödemli (Chadwick belirtisi ) ve yumuşaktır. Damarlaşma Arttığından varislere eğilim artar. Vajinal sekresyon ve glikojen miktarı artar. Artan glikojenden laktik asit üretilir, böylece vajen PH: 3-3,5 dönüşür ve enfeksiyonlara karşı direnç artmış olur. Bağ dokusu gevşer, kas tabakası hipertrofiye uğrar ve mukoza kalınlaşır (3,13,34,39).

Gebelik sırasında ovulasyon ve yeni follikülerin maturasyonu geçici olarak durur. Sekonder folikül graaf foliküle dönüşmez. Bazı primer foliküller sekonder foliküle dönüşebilir (22).

Gebeliğin olduğu taraftaki over diğerinden bir miktar daha büyüktür. Genellikle tek bir korpus luteum vardır ve gebeliğin ilk 7-8 haftası boyunca progesteron üretiminden primer sorumludur. Progesteron üretimi, 8. haftadan sonra esas olarak plasenta tarafından yapılır (13,22,35). Artan östrojene bağlı olarak overe gelen kan miktarı artar. Variköz sistem genişlemiştir; buna bağlı ödem oluşur. Gebelik ilerledikçe overler yukarı doğru yer değiştirirler (22).

Hormon artışı nedeniyle tubalarda ve ligamentlerde uzama, çaplarında ve damarlarında artma, hipertrofi, konjesyon ve ödem saptanır. Uterusun karın içinde yükselmesine ayak uydurarak karın boşluğuna doğru yer değiştirir (13,37).

Gebelikte vulva ve perinede damarlaşmanın artması ve gelişen uterusun baskısı ve pigmentasyon sonucu perine daha koyu bir renk alır. Kasları genişler, yumuşak ve esnek bir hale gelir. Labiumlar büyür ve ödemli bir görünüm kazanır. Bu bölgede de varislere eğilim söz konusudur (3,37,38).

### **1.1.2.3. Göğüsler**

Gebeliğin çok erken dönemlerinde mastodini ve göğüslerde hassasiyet görülür. Göğüslerde büyüme ve nodularite gebeliğin en erken ikinci ayında belirginleşir. Meme uçları ve aerola büyür ve pigmentasyonu koyulaşır. Gebeliğin ikinci yarısında kolostrum salgısı başlar. Göğüsler büyüdükçe deri çok incilir ve deri altındaki ince venler daha görünür hale gelir. Aerola etrafında yer alan Montgomery tüberkülleri daha belirgin bir hal alır (40,41).

### **1.1.2.4. Deri ve Karın Duvarı**

Gebeliğin yarısından sonra pigmentasyon görülür. Özellikle yüzde oluşan pigmentasyon, gebelik maskesi (chloasma uterinum) şeklinde kendisini gösterir. Abdominal derinin orta hattı belirgin bir biçimde pigmente olarak kahverengimsi siyah bir renk alır ve linea nigra'yı oluşturur. Gebeliğin daha sonraki aylarında abdomen üzerindeki deride çoğunlukla kırmızımsı hafif çöküntülü çizgiler oluşur. Bu stria gravidumlar gebe kadınların yaklaşık yarısında görülür. Bazen abdomen duvar kasları aşırı gerilime karşı koyamazlar ve rektus kasları orta hatta ikiye ayrılarak diastasis rektiği oluştururlar (35,37).

### **1.1.2.5. Kas İskelet Sistemi**

Hormonların etkisi kas ve iskelet sisteminde gevşemelere neden olur. Böylece vücudun denge sistemi değişir. Lordozlar ve kemik ağrıları görülür (13).

### 1.1.2.6. Üriner Sistem

Böbrekler hem boy hem de ağırlık olarak artar, sağ böbrek sol böbrekten daha fazla büyür. Her böbreğin uzunluğu yaklaşık 1-1,5 cm. artar. Renal pelvis, gebelik öncesi 10 ml.'lik normal hacminden 60 ml.'lik bir hacme ulaşmıştır. Bu da hidronefroza neden olur (32,34).

Üreterler kemik pelvisin üst kenarında, sağda sola oranla daha fazla olmak üzere dilate olur. Ayrıca uzar ve gevşerler, böylece üriner stazda artış olur. 200 ml. kadar idrar gevşemiş toplayıcı sistemde kalır. Bu artış enfeksiyon riskini artırır. Toplayıcı sistem ve üreterlerdeki gevşemenin başlıca nedenleri; progesteronun üreter düz kasının gevşetici etkisi, ovarian venin pelvis giriminin hızında üreterlere bası yapması, gebe uterusun sağa rotasyonu ile sağ üreter daha fazla olmak üzere bası yapması, olarak sıralanabilir (34,43).

Gebelikte renal fonksiyonlardaki değişiklikler maternal ve plasental hormonlardaki artışa bağlıdır. Adenokortikotropik hormon (ACTH), antidiüretik hormon aldosteron, kortisol, human koryonik somatomammotropin (HCS) ve tiroid hormon bunlar arasındadır. Glomerular filtrasyon oranı erken gebelikten itibaren yaklaşık %50 artar ve bu miada kadar devam eder. Renal plazma akımı %30–50 artmıştır (32,34,42,44).

Gebelikte glikozun glomerular filtrasyonu artar. Ancak tubuler reabsorbsiyon minimal azalma gösterir. Böylece filtrasyon reabsorbsiyon oranı bozulur ve glikozüri görülebilir. Gebelik dışında glikozüri için eşik kan düzeyi 194 mg/dl iken gebelikte 155mg/dl'dir. Glomerular filtrasyon hızının artışı ve tubuler reabsorbsiyon azalması sonucu aminoasitlerin idrarla atılımı artmıştır. Gebelik dışında fizyolojik proteinüri için üst sınır 150mg/gün iken, gebelikte 300mg/gün'dür (34).

Uterus büyüdükçe mesane yukarıya doğru yer değiştirir ve ön-arka çapta yassılaşır. Uterustan gelen bası ile sık sık idrara çıkma, mesane damarlanmasında artma ve kas tonusunda azalma olur. Kapasite 1500ml.'nin üstüne çıkar. Günlük idrara hacmi %25 artmıştır. Gebelik ilerledikçe mesane kapasitesi azalır ve bu da

idrar frekansını arttırır. Ayrıca uterus büyüdükçe üriner kontrol azalır ve idrar kaçırmaya “stres inkontinans” a neden olur (13,32,43).

### 1.1.2.7. Gastrointestinal Sistem

Sindirim kanalındaki değişimler, gebelikte erken başlar ve başlıca yükselen progesteron düzeylerine bağlıdır. Hormon artışı ve büyüyen uterus nedeniyle tüm sistemde motilite azalır. Tükürük sekresyonu artabilir (pityalizm), tükürük daha asidiktir ve bazen diş çürümelerini arttırabilir. Gebelikte diş çürümelere dişlerde kalsiyum eksikliğine bağlı değildir. Hatta dental kalsiyum stabildir ve kemik kalsiyumu gibi gebelikte mobilize olmaz. Diş etleri hiperemik ve hipertrofik; çoğunlukla oldukça süngerimsi ve hassastırlar, kolayca kanayabilirler. Bu artmış sistemik östrojene bağlı olabilir (13,34).

Özafagus alt sfinkter basıncı azalmıştır. Bu azalma gebelik haftasıyla orantılıdır ve doğum sonrası 1–7. haftada normale döner. Sfinkter basıncı azalması progesteronun kas gevşetici etkisine bağlanmaktadır. Ayrıca gebelikte özafagus motilitesi de azalmıştır. Bunlar reflü özafajit sıklığının artmasına neden olurlar. Gebelikte daha sık olarak midenin asiditesi azalmıştır. Gastrin hormonunun üretimi önemli ölçüde artarak mide hacminin artmasına ve mide pH’sında düşmeye yol açar. Mide mukus üretimi artabilir. Bu değişiklikler sayesinde gebelikte peptik ülser hastalığı azalır. Gebelikte mide hem hipotoniktir hem de motilitesi azalmıştır (32,34,43).

Alınan gıdaların mideden boşalması ve barsaklardan geçişi gecikir. Bunun sonucu mide yanması, bulantı ve kusmalar, kabızlık görülür. Safra kesesi fonksiyonu, gebelikte belirgin biçimde değişir. Safra kesesi boşalma süresi uzar ve hacmi artar. Bu fonksiyon azalması ve safra bileşimindeki değişim gebelikte safra taşlarına eğilimi arttırır. Karaciğerde metabolizma artışı sonucu, gebelik boyunca aşırı bir kan hücumu görülür. Her türlü aktivitesinde artma vardır. Östrojen ve progesteron, bilirubin metabolizması ve atılımını etkiler. Kolestatik sarılık gebelikte

sık görülür. Spider anjioma, kaşıntı, palmar eritem gebelikte fizyolojik olarak görülebilir (33,35,37).

Uterus büyürken mide yukarı itilir, kalın ve ince barsağın büyük bir kısmı yukarı ve yanlara doğru yer değiştirir. İnce barsak motilitesi azalmıştır. Demir ve kalsiyum absorpsiyonu gebelik öncesine oranla artmıştır. Kolon motilitesi azalmış, su absorpsiyonu artmıştır. Gebelik sırasında hemoroidler oldukça yaygındır. Buna büyük ölçüde büyümüş uterus seviyesinin altındaki damarların yükselmiş kan basıncı ve konstipasyon neden olur (33,34,37).

#### **1.1.2.8. Solunum Sistemi**

Gebelik, solunum performansını etkileyen anatomik ve fizyolojik değişiklikleri oluşturur. Erken gebelikte, solunum kanalının tamamında kapiller dilatasyon görülür. Nazal tıkanıklık ve epistaksis sıktır. Büyüyen uterus basısının gücü diyaframı yukarı kaldırır fakat bu vital kapasiteyi azaltmaz. Gebelikte vital kapasite değişmez (34,42,43).

Gebe kadında bazal metabolizma hızı ve ağırlığın artması oksijen tüketiminde, doğumdan hemen önce normale göre %20 artışa yol açar. Karbondioksit oluşumu da buna uygun olarak artar. Bu etkiler annede solunum dakika hacminin artmasına sebep olur. Artan progesteron seviyesi de solunum hızını artırır. Çünkü progesteron solunum merkezinin karbondioksite duyarlılığını artırır. Oluşan bu değişiklikler sonucunda, beyin sapı solunum merkezinin uyarılmasına bağlı olarak gebelik dispnesi denilen olay ortaya çıkar. Gebe kadınların yaklaşık %60-70'inde görülür (8,12,34,43).

Gebelikte akciğerlerde iki değişiklik gözlenir. Bunlardan birincisi hava yollarında dilatasyon ikincisi ise göğüs duvarının elastikiyetinin artmasıdır. Her iki değişiklikte hormonal aktivite ile ilişkili olarak ortaya çıkar. Bu iki değişikliğe bağlı akciğerlerde gaz alışverişi kolaylaşır ve gebelikte artan oksijen ihtiyacı karşılanmış olur. Pulmoner ventilasyon %30-40 artmıştır. Vücutta bu durumu kompanse

edebilmek için bazı değişiklikler oluşur. Gebeliğin bu hafif kompanse respiratuar alkalozu, solunuma duyarlılık, dispne ve hiperventilasyon gibi maternal belirtilere yol açar (3,42,43).

### **1.1.2.9. Kardiyovasküler Sistem**

Gebelikte en önemli değişiklikler kardiyovasküler sistemde görülür. Bunların en önemlisi kardiyak debi artışı ve renal, uterin kan akımında artmadır. Uterus büyüdükçe diyafram yükselir, kalp uzun ekseninde rotasyon yaparak yukarıya ve biraz da sola doğru yer değiştirir, böylece apeks vuruşu yana kaymış olur. Kardiyak kapasite 70-80 ml. artmıştır. Bu volüm artışına veya kardiyak kasın hipertrofisine bağlı olabilir (35,44).

Kardiyak debi, atım hacmi ile kalp hızının bir ürünüdür. Tipik olarak, gebelik sırasında istirahat durumunda nabız hızı dakikada yaklaşık olarak 10-15 atış artar. Kardiyak debi yaklaşık %40 kadar artar ve 20-24. gebelik haftalarında maksimuma ulaşır. Uterusa ve memelere olan kan akımı artar. Uterus kan akımındaki artış yaklaşık 500ml/dk ile 700-800ml/dk arası değişmektedir (34,35,42).

Kan hacmi erken gebelikten itibaren anlamlı düzeyde artar ve 30-34. haftada en üst seviyeye ulaşır. Kan hacminde ortalama gebelik öncesi değerin %40-50'si oranında artış vardır. Artan kan miktarının çoğu plazmadır. Plazma 1300ml. artarken, eritrosit hacmi sadece 400-500 ml. artar. Bu da dilüsyonel etki ile fizyolojik bir anemi oluşmasına neden olur. Gebelikte Hg düzeyi 11 gr.dan, Htc. Düzeyi %34'ten ve eritrositler 3-5 milyondan az olursa anemiden söz edilir (3,33,36).

Artan kan hacmi ve kalp atım hacmine rağmen gebelerde kan basıncı artışı olmadığı gibi bir miktar da düşüş beklenebilir. Gebelikte minimal arteriyel sistolik basınç azalması (10-15 mmHg), ancak anlamlı diastolik basınç azalması (20-25 mmHg) görülür. Pozisyon kan basıncını etkiler. Sırtüstü yatan bir gebede uterusun vena kava inferiora basısı kalbe dönen kan miktarını azaltıp, önce taşikardi, ardından bradikardi ile beraber hipotansiyona yol açabilir. Buna "supin hipotansiyon

sendromu” denir. Bunu önlemek için gebelere sol yanlarına yatmaları önerilir (3,33,36,42).

Gebelik öncesi ortalama 4500/ml’de olan lökosit sayısı gebelikte artarak 20.000/ml.’ye kadar yükselir. Lenfosit ve monosit sayısı aynı kalır. Gebelik pıhtılaşmaya eğilimin arttığı bir durumdur. Trombosit sayısında belirgin bir değişiklik olmaz. Trombositopeni varlığında, otoimmün hastalık, preeklampsi veya başka bir patolojik durum aranmalıdır. Gebelikte, değişik esansiyel koagülasyon faktörleri artar. Fibrinojen yükselir. Faktör VII, VIII, IX ve X gebelik süresince progresif olarak artar. Bu fizyolojik değişiklikler kanama ve tromboembolik hastalıkları önlemeye yardımcı olur (3,34,42,43).

#### **1.1.2.10. Endokrin Sistem**

Hipofiz ön lobunda belirgin bir hipertrofi meydana gelir. plasenta kaynaklı östrojen ve progesteron hormon düzeyinin yüksek oluşu nedeniyle FSH ve LH’nun salgısı minimal düzeye iner. Buna karşın ACTH (Adrenokortikotrop hormon) düzeyleri artar. Arka lobda hipertrofi görülmez. Salgılanan oksitosin ve vazopressin, gebelik boyunca plasenta ve kandaki bazı enzimlerle (Oksitokinaz fermenti) ve progesteron hormonu inaktive edilirler. Prolaktin salgısı artmıştır (37,40).

Tiroid belli bir düzeyde hipertrofiye uğrar. Total tiroksin (T4) ve Total triiyodotironin (T3) yükselir. Paratiroid bezler de hiperplazi ve hipertrofiye uğrar.

Parat hormon salgısında artma vardır. Pankreas da belli bir büyüme dikkati çeker. Langerhans adacıkları genişler ve hiperinsülinemi oluşur. Gebelik süresince adrenal bezin büyüklüğünde değişiklik olmaz. Progesteronun natriüretik etkisini karşılamak için aldosteron sekresyonu belirgin olarak artar. Total ve serbest kortizol iki ya da üç kat artar (34,43).

### 1.1.2.11. Metabolik Değişiklikler

Gebelikte ortalama kilo alımı 12,5 kg. dır. Gebeliğin ilk aylarında kilo alımı daha yavaş ve azdır. Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimestirlerinde ise kilo alımı daha fazladır Bazal metabolizma yaklaşık %20 artar, oksijen gereksinimi çoğalır. Anne organizması, bütün enerji ve besin kaynaklarını, plasenta hormonlarının yönetimi altında fetüs için seferber eder. Gebelik dışında 2100 kalori olan günlük gereksinim, gebelikte 2500 kaloriye, emzirme döneminde ise 3000 kaloriye ulaşır (37,45,46).

Artmış su retansiyonu gebeliğin normal bir fizyolojik değişikliğidir. Termde fetüs, plasenta ve amniotik sıvının su içeriği yaklaşık 3,5 litredir. Gebelikteki su retansiyonunun nedenleri;

- Plazma ve eritrosit hacmindeki artış,
- Alt ekstremitelerde venöz basıncın artması,
- Sodyum retansiyonu,
- Böbreklerde reabsorbsiyon değişiklikleri,
- Östrojen hormonu' dur.

Su retansiyonuna paralel olarak sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor ve magnezyum gibi elektrolitlerde birikme vardır. Gebelikte demir ihtiyacı artmıştır. Özellikle gebeliğin 5. ayından itibaren anne adayına demir preparatları başlanmalıdır. Çünkü bu aydan itibaren fetüs karaciğerinde demir depolanmaya başlar (3,12,35).

Gebelikte doku artışı nedeniyle protein metabolizması çok hızlıdır. Plazma proteinlerinin konsantrasyonunda değişiklikler görülür. Albumin konsantrasyonu önemli ölçüde azalırken, fibrinojen yükselir. Gebeliğin erken dönemlerinde anne dolaşımında glikoz konsantrasyonu düşer. Bu nedenle enerji için yağlar kullanılır. Bu yüzden gebelikte sık aralıklarla ve yeterli karbonhidratla beslenilmesi önerilir.

Gebelikte plasental laktojenik hormon, anne insülinini duyarsız hale getirerek fetüsün sürekli çektiği glikozun anne kanında dengelenmesini sağlar. Bütün bu değişiklikler gebeliğin güçlü bir diabetojenik potansiyele sahip olduğunu düşündürmektedir. Gebelikte yağ metabolizması da hızlanmıştır. Gebeliğin devamı sırasında %25 oranında lipemi oluşur, kolesterol düzeyi artar (3,35,37).

### **1.1.3. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler**

Kadın yaşamında gebelik dönemi, değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak yorumlanır. Çince’de kriz kelimesinin bir anlamı da “fırsatlar” dır. Yani bu dönem kadın için stres dolu bir deneyimin yanında çoğunlukla güçlü ve derin duyguların yaşandığı, gelişim için bir fırsat ve kendini tanıma, yaratıcılık için de bir şans olabilir (20,47,48).

Her kadın gebeliği farklı olarak yaşar. Gebelik karşısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişir (3,36,49,50).

#### **1.1.3.1. Birinci Trimestir**

Birinci trimestir, kadının başarması gereken gelişimsel görev, gebeliğini kabul etmesidir. Bu trimestir sonunda gebe olduğunu ifade edebilmelidir. Gebeliği ve anneliği normal olarak algılayan kadınların adaptasyonu daha iyidir. Menstruasyona ve gebeliğe karşı olumsuz duygular taşıyan kadınlarda baş ağrısı, bulantı, emosyonel gerilim gibi semptomlar ortaya çıkabilir (3,51,52).

Rosemary, Joan ve Wayne (2001), yaptıkları bir çalışmada depresif ve anksiyete bozukluğu olan gebelerdeki bulantı, baş ağrısı, sırt ağrısı gibi somatik problemlerin normal gebelere göre anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğünü saptamışlardır (50).

Bu dönemin kadını hem korku hem de umut duygularıyla aynı anda etkilediği görülür. Bu süre boyunca kadın, duygularını anlamakta zorluk çekebilir. Bir yandan yaşadığı fiziksel rahatsızlıklar diğer yandan çelişkili duyguları gebeyi psikolojik anlamda zorlayabilir. Bebekle ilgili çok az sevinç duyduğu bir devredir. Ambivalans birinci trimestirde daha yoğun olarak yaşanır. Anne adayı bu dönemde daha içe dönük ve pasiftir. Daha önceki aktiviteleriyle daha az ilgilenilir ve yalnız kalma gereksinimi artabilir. Duygusal dalgalanmalar bu dönemde sık görülür. Dakikaları dakikalarına uymaz. Bazen kendilerine çok iyi hissetmelerine rağmen birkaç dakika sonra ağlamak isteyebilirler. Bu değişiklikler kadının eşi ve ailesi için şaşırtıcıdır. (3,54).

Gebeliğin kabul edilebilirliği, kadının inanç ve tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, ilişkileri ve davranışları, kadının geçmiş yaşam deneyimleri gibi birçok faktörden etkilenebilir. Gebe kendisinden başka çevresinde bulunan, onun için önem taşıyan kişilerce de gebe olduğunun bilinmesinden ve gebeliğinin istenmiş olmasından emin olmak ister. Bu durum gebenin desteğe olan ihtiyacını gösteren bir bulgudur (3,24).

Shereshesky ve Yorrow ilk trimestirde gebeliğini kabullenen ve güven duygusu içinde olan gebelerdeki uyum sürecinin olumlu olduğunu belirtmişlerdir. Birinci trimestirin sonunda gebelikten hoşlanma mutluluk duyma, fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etme, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği, özgüven ve umut duygusu, kadının gebeliği kabullendiğini gösteren belirtilerdir (54).

### **1.1.3.2. İkinci Trimestir**

Bu dönemde rahatsızlık veren gebelik belirtileri geçtiği veya hafiflediğinden ve vücudu gebeliğe uyum sağladığından dolayı kadın daha mutlu ve rahattır. Ailesi ve kendisi gebelik gerçeğini kabul etmiştir. İlk aylarda soyut olan fetüs varlığı, anne tarafından hareketlerinin hissedilmesi, ultrasonografide görüntülenmesi ve kalp seslerinin duyulması ile somut bir kavrama dönüşür (12,55).

İkinci trimesterde kadınlar fetüsü koruma yetenekleri hakkında endişelenir. Bu endişe sıklıkla narsizm ve içe dönme şeklinde kendini gösterir. Kadın tamamen kendine ve bebeğine dönük yaşadığı için kendisine hayran ve içe dönük tanımlanır. Kıyafetleri, yediği besinler ve yaşadığı çevre öncesine göre daha önemlidir. Çevresel olayların fetüsü etkileyip etkilemediğini değerlendirir. Bundan dolayı bazı kadınlar işlerine ve çevredeki diğer bireylere, daha az ilgi gösterirler (3,12).

İlk trimesterde vücut şekli çok az değişmesine rağmen, ikinci trimesterde karnın açıkça çıkıntı oluşturması, belin kalınlaşması, memelerin genişlemesi gibi değişimler gebeliğin ifadesi olur. Kadının vücudu tüm hatları ile genişler. Kendisini başkalarından ayırmayı sağlayan ve güvenlik hissi veren belirli beden sınırları giderek kaybolur. Kadının gebelik döneminde değişen bedenine karşı neler hissettiği kendini tanımlaması ile anlaşılabilir (3,56,57).

Gebe beden imajı değiştiği için kendini farklı ve garip hisseder, kendisini şişman, fil, karpuz, çirkin olarak tanımlar. Berkiten'in 1999 yılında "Babaların gebelik, doğum ve doğum sonu sürecine katılımlarının eşler açısından değerlendirilmesi" amacı ile yaptığı çalışmasının sonuçlarına göre anne adaylarının %52.5'i beden yapılarını kötü ve çirkin bulurken, baba adaylarının %80'inin bu durumu doğal ve normal karşıladıkları belirlenmiştir. Gebelikte gelişen bu olumsuz algılamalar doğal deneyimlerdir (24,56,58,59).

Bu trimesterde anne kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye istek duyar. Bu dönem annenin gebelikle ilgili bilgileri öğrenmeye ve diğer gebe kadınlarla konuşmaya yöneldiği dönemdir (3).

### **1.1.3.3. Üçüncü Trimestir**

Bu dönemde gebenin doğum ve bebek için hazırlıkları artmıştır. Anne bütün eksikliklerini tamamlamaya çalışır. İkinci trimesterde başlayan içe dönüklük bu dönemde de sürer. Duygusal dalgalanmalar olur. Kadın gebeliği ile gurur duyar, hem de doğum ile ilgili korkuları vardır. Fiziksel görünümü daha büyümüş ve

hantallaşmıştır. Artık gebelikten bıkmaya başlamıştır ve aynı zamanda doğum hakkında endişeleri vardır. Fiziksel rahatsızlık, gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanması gereksinimini ortaya koyar (3,12).

Anne adayı gebeliğin son aylarında fiziksel ve ruhsal destek için başkalarına özellikle eşine bağımlı olmaya başlar. Bu dönemde kadın daha duyarlı hale gelir. Bebeğini kaybedebileceği ya da ona zarar verebileceği duygusu yaşar. Bu nedenle de kendine çok dikkat eder. Son ayda anne, ilk trimestir de yaşadığı ambivalan duyguları yeniden yaşamaya başlar. Gebelikten nefret eder, bebeği ister fakat doğumdan korkar (3,12,55).

#### **1.1.4. Gebelikte Yaşanan Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar**

Gebelikte sık görülen problemler, sağlık personeli tarafından minör rahatsızlıklar olarak ele alınır. Ancak bu rahatsızlıklar gebe kadın için minör değildir. Gebelikte görülen rahatsızlıkların çoğu, fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucudur (3).

Bu rahatsızlıklar yapı ve şiddet olarak hamileliğin evresine göre değişirler. Özellikle ilk ve son trimestirlerde ortaya çıkarlar. Bu görüşten yola çıkarak gebeliğin üç trimestirine şu benzetmeleri yapabiliriz. Birincisi uyum dönemidir. Bu dönem ilk üç ay boyunca sürer. Hamilelik yerleşir, organizma uyum sağlar. Organizma daha çabuk ya da daha geç tepki verir. Vakaların çoğunda üçüncü aya doğru bütünüyle yok olacak sıkıntılar ortaya çıkabilir ancak bu sıkıntılar bazen hamileliğin başlangıcını zorlu kılar. Bulantılar ve kusmalar buna verilebilecek en sık rastlanan örneklerdir (12,60,61).

İkinci dönem, denge dönemidir. Bu dönem yedinci aya kadar yayılır. Annenin ve çocuğun vücutları birbirlerine mükemmel şekilde uyum sağlamış gibi gözükmektedir. Sıkıntılar genellikle durmuştur. Uterus henüz rahatsız edecek kadar

hacimli değildir. Düşük tehlikeleri en aza inmiştir. Bu dönem hamileliğin en hoş dönemi olarak ifade edilir (60).

Dokuzuncu aya denk gelen üçüncü dönem, bitkinlik dönemidir. İki nedene dayalı sıkıntıların ortaya çıktığı dönemdir. Öncelikle fetüsün gelişip büyümesi ve buna bağlı artan uterus hacmi, yorgunluğa ve varislere neden olabilir. Sonra organizma doğuma hazırlandığından, pelvis bağları ve eklemlerinde olan değişimler ağrı sebebi olabilir (60,61).

Gebelerde en sık rastlanılan fiziksel ve emosyonel yakınmalar; sık idrara çıkma, bulantı-kusma, iştahta artma-azalma, mide yanması, kokulara karşı hassasiyet, konstipasyon, diyare, hemoroidler, varisler ve ödem, kas krampları, bel ağrısı, baş ağrısı, yorgunluk hissi, halsizlik, sıkıntı hissi ve uykusuzluktur. Anne gebelikte görülen olağan rahatsızlıkların tehlikeli olmadığını gebeliğin fizyolojik bir olay olduğunu, basit önlemlerle bu sıkıntıların giderilebileceğini bilmelidir (3,5,8,12,13,62).

#### **1.1.4.1. Bulantı-Kusma**

Özellikle ilk aylarda görülen bir yakınmadır. Gebe kadınların %50-70'i gebeliğin ilk 8-16. haftasında sabahları, çoğu kez kusma ve mide bulantısından şikayet ederler. Bulantı ve kusma günün her saatinde görülebilir ve özellikle yemek pişirirken, yorgunken şiddetlenebilir (3,12,34).

Gebelikte ortaya çıkan bulantı ve kusmanın nedeni henüz tam olarak bilinmemektedir. Ama hormonal, metabolik, nörolojik ve psikosomatik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Bunlar; HCG düzeyinde yükselme, karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklik, annenin gebeliğe ve gebeliğin getireceği durumlara göstereceği psikolojik tepki ve gastrointestinal sistemde peristaltik hareketlerin yavaşlamasıdır (3,34,45).

Bazı önlemlerle bu semptomların azalması sağlanabilir. Gebe bulantı ve kusmayı ortaya çıkaracak görüntü, koku ve tatlardan uzak durmalıdır. Sabahları yavaş hareket etmelidir. Çünkü hızlı hareket etmek bulantıya yol açabilir. Sabah yataktan kalkmadan önce tuzlu gıdalar tüketmelidir. Katı ve sıvı yiyecekleri aynı anda tüketmekten kaçınmalıdır. Öğünleri sık ve az porsiyonlardan oluşmalıdır. Sindirimi zor besinlerden kaçınmalı. Gece midenin boş kalmasını ya da kan şekerinin düşmesini önlemek için uyumadan önce protein ve karbonhidrattan zengin bir atıştırma örneğin, bir bardak süt ve bir dilim kepekli ekmeği yiyebilir (12,13).

Dinlemeye ve uykusuna özen göstermelidir. Çünkü gerek bedensel gerekse duygusal yorgunluk bulantıyı arttırabilir. Dehidratasyon ve ketonüri ile birlikte bulunan uzamış bulantı ve kusmalar (Hiperemezis Gravidarum) hospitalizasyon gerektirebilmektedir (3,13,45).

#### **1.1.4.2. Mide Yanması**

Gebelikte sindirim sisteminde motilite azlığı, özafagus / mide sfinkterinin gevşemesinin yanı sıra artan östrojen hormonunun regürjitasyona ve bakteriyel gaz oluşumuna yol açması, büyüyen uterusun mideye baskı yapması mide yanmasına ve hazımsızlığa neden olur. Sonuçta gebe yemeklerden sonra ağırlık hissi, şişkinlik hissi, ekşime ve yanma hislerinden şikayet eder (13,45).

Gebe öncelikle aşırı yemekten kaçınmalıdır. Mideyi irrite edecek, gaz yapıcı besinler almamalıdır. Yiyecekleri az ve sık aralıklarla iyi çiğneyerek tüketmelidir. Yarı oturur pozisyonda uyku gebe için rahatlatıcıdır. Bilinçsiz sodyum bikarbonat alımı önlenmelidir. Çünkü sodyum bikarbonat geçici olarak mideyi yatıştırır, ancak midenin asitli salgılarını artırıcı bir etkileri vardır. Eğer bu önlemlere rağmen şikayetler devam ediyorsa doktora danışılarak alüminyum ya da magnezyum içeren antiasitler kullanılabilir (5,8,18,34,45).

### 1.1.4.3. İştahta Artma-Azalma ve Aşerme

Gebelikte artan hormon düzeyleri ile birlikte iştahta artar. Bu durum gebeliğin ilk üç ayında daha sık görülür. Bunun sebebi hormonal değişikliklerin en fazla bu aylarda olmasıdır. Eğer gebenin bulantı ve kusması fazla ise ilk aylarda iştahta azalma da görülebilir (18,61).

Bazı gıdalara karşı aşırı istek duyulabilir. Bu olay aşerme ya da pika olarak adlandırılır. Pika toprak, kil, sabun ve buz gibi beslenme ögesi olmayan maddelerin zorunlu alımıdır. Yaygın olarak görülen pika çeşitleri, toprak yeme (geophagia) ve buz yeme (pagophagia)'dir. Bu özel tanımlamalar eski Yunan-Roma uygarlıklarından gelmektedir (3,12,63).

Yayınlanan veriler pika sıklığının %8 ile %65 arasında olduğunu göstermektedir. Latin Amerika 'da bu oran %23 ile %44 arasında değişmektedir. Henüz pikaya sebep olan etkenler kesin olarak bilinmemektedir fakat sıklıkla anemi veya demir eksikliğine bağlı olduğu düşünülmektedir (63).

Pikanın tanısı sadece gebe kadının anemnezine bağlıdır bu da genellikle prenatal bakım sırasında ihmal edilir. Bunun sebebi muhtemelen sağlık çalışanlarının bu rahatsızlık konusunda bilgi eksikliğinin olmasıdır. Gebe kadınlarda pikanın teşhisinde risk gruplarının belirlenmesi, elverişli bir ortamda değerlendirmenin yapılması ve beslenme eğitimi verilmesinin payı büyüktür (60,63).

### 1.1.4.4. Sık İdrara Çıkma

Gebe kadınlar gebeliğin ilk ve son üç ayında sık sık tuvalete gitme ihtiyacı hissederler. Bu durumdan büyüyen uterusun mesaneye baskısı, pelvis içi konjesyon sorumlu tutulmaktadır. Yine gebeliğin son aylarında mesane başla pelvis arasında miada yakın sıkışır. Sfinkter gevşemesi de eklenince, idrar kaçırma şikayeti görülebilir. Gebe kadın idrar yaparken ağrı, yanma ya da idrarda kan gibi

belirtilerden şikayet ediyorsa, idrar yolu enfeksiyonu açısından incelenmelidir. (3,34,45,61).

Gebelikte sık idrara çıkmayı önleyecek herhangi bir önlem yoktur. Gebelikte sık idrara çıkmayı önlemek için sıvı alımı kısıtlanmamalıdır. İdrar kaçırma ve üriner sistem enfeksiyon riskini azaltacağından dolayı mesanenin sık boşaltılması (uyanırken her iki saatte bir) gerekir. İdrar yaparken öne doğru eğilmesi de mesanenin tam olarak boşalmasına yardımcı olacaktır. Ayrıca internal organların desteklenmesine, boşaltım kontrolüne ve iyi bir perineal tonüsün sürdürülmesine yardım edeceğinden dolayı Kegel egzersizleri önerilebilir (3,61).

#### **1.1.4.5. Konstipasyon**

Gebelik sırasında kabızlık sık görülen bir şikayettir. Gebe kadında konstipasyona yatkınlığı artıran faktörler; progesteron düzeyindeki artışın gastro intestinal sistemde yarattığı motilite azalması, uterusun mekanik baskısı, demir preparatlarının kullanılması, yetersiz sıvı alımı, yetersiz egzersiz alışkanlığı ve beslenme alışkanlığıdır (3).

Kabızlığı önlemenin pek çok yolu vardır. Öncelikle düzenli fiziksel egzersizler yapılmalıdır. Genelde günde yarım saatlik yürüyüşler yeterli olmaktadır. Sonrasında beslenme alışkanlığı kabızlığın önlenmesinde büyük yer tutmaktadır. Yeterince yeşil sebze ve meyve alımı, bol posalı yiyeceklerin tüketilmesi sağlanmalıdır. Sıvı alımı da artırılmalıdır (3,45,46).

Ayrıca düzenli tuvalet alışkanlığının kazandırılması önemlidir. Bu önlemlere rağmen kabızlık devam ediyorsa doktora danışılarak hafif laksatifler kullanılabilir. Kuvvetli laksatifler kullanılmamalıdır. Çünkü uterus kontraksiyonlarını başlatabilirler. Konstipasyon hemoroid eğilimini ve varolan hemoroidlerin verdiği rahatsızlıkları arttırdığından önlenmesi gereken bir problemdir (3,34,45,61).

#### **1.1.4.6. Hemoroidler**

Hemoroidler anüs ve rektumun alt ucundaki venlerin genişlemesidir. Normal koşullarda genellikle konstipasyon nedeniyle oluşan zorlanmalar sonucu oluşur. Gebelikte ise hemoroid nedeni, konstipasyonun yanında büyüyen uterusun venler üzerindeki basıncın artması ve venöz sirkülasyonun engellenmesidir (3,53).

Hemoroidin semptomları, sızlama, şişme, kaşıntı, ağrı ve hemoroidal kanamayı içerir. İnternal hemoroidler, anal sfinkterin etrafına yerleşmiştir ve defakasyonla birlikte genellikle kanamaya yol açar. Eksternal hemoroidler ise anal sfinkterin dışında yerleşmiştir. Genelde ağrı ve kanamaya neden olmazlar (3,46,61).

Hemoroidler genel olarak doğumdan sonra iyileşirler. Birçok önlem, ilk etapta bu problemi önleyebilir ya da şikayetlerin hafiflemesine yardım edebilir. Bunların başında konstipasyonun önlenmesi gelmektedir. Eğer hemoroid mevcutsa sıcak su oturma banyoları, gereğinde hekimin önereceği ağrı giderici ve rahatlatıcı kremlerin kullanılması yararlı olabilir (3,46,53,61).

#### **1.1.4.7. Varisler**

Özellikle hamileliğin ikinci trimestirinde ortaya çıkarlar ve her hamilelikte ilerleme eğilimi gösterirler. Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimestirlerinde alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesi, progesteronun gevşetici etkisi, kalıtsal faktörler, aşırı kilo alımı, fazla ayakta durmayı gerektiren işler ve konstipasyon gebelikte variköz venlerin oluşumuna yatkınlığı artırmaktadır (3,12).

Genellikle diz arkasında ve alt bacakta daha az olmakla birlikte labia majör ve vajinada da görülebilir. Bacaklarda ağırlık, ısı, şişme, ağrı, karıncalanma ve kramplara neden olabilirler. Bu şikayetler ayakta durmayla, yorgunlukla, sıcakla artar ve günün sonunda özellikle önemli derecede artış gösterirler (3,45).

Bu problemin çözümünde amaç venöz dönüşü artırmaya yardımcı olmaktır. Bunun için gebenin düzenli egzersiz yapması, uzun süre oturmaktan ve ayakta durmaktan kaçınması, çok soğuk ya da sıcak duş almaması, varis çorapları ve elastik bandaj kullanması önerilebilir. Vena cava inferior üzerine uterusun baskı yapmasından kaçınmak için bacaklarını yükselterek uzatabilir. Böylece venöz dönüş artırılmış olur. Vulvar varisler, iç çamaşırın içine koyulacak pedlerle desteklenebilir. Kalçanın altına yastık koyularak elevasyonun sağlanması veya gebenin diz-çene pozisyonunda belirli sürelerle dinlenmesi önerilebilir (36,45,53).

#### **1.1.4.8. Bacak krampları**

Gebelik sırasında serum kalsiyumunun düşmesine ve kan fosfor düzeyinin artmasına, yerel dolaşım etkinliğinin azalmasına bağlı olarak meydana gelebilir. Genellikle gece gelen bu ağrılı spazmlar ikinci ve üçüncü trimestirindeki gebe kadınlarda daha sık ortaya çıkmaktadır (46,61).

Kramplar şiddetli ise gebenin süt alımının kısıtlanması (yerine eşdeğer yiyecek konulmalıdır), bol kalsiyum emilimini kolaylaştıran etkenlere ağırlık verilmesi yararlı olabilir (45,46).

Bacak masajları, bacakların hafifçe karına doğru çekilerek kasların gevşetilmesi, lokal ısı uygulaması, zaman zaman ayakların altına yastık konularak dinlenmenin alışkanlık haline getirilmesi de yardımcı uygulamalardır (46).

#### **1.1.4.9. Bel Ağrısı**

Gebe kadınların yaklaşık %50-90'ı bel ağrısı deneyimi yaşamaktadırlar. Bunun nedeni, büyüyen uterusun lumbo-sakral vertebranın eğiminde artmaya neden olması, progesteronun etkisiyle eklemlerdeki kartilaj dokunun yumuşaması sonucu röntgen incelemelerinde pelvis mobilitesinin arttığı, hatta pubiste ayrılmanın gözleendiği

saptanmıştır. Gebenin vücut mekaniklerini uygun olarak kullanmaması da bel ağrısına yol açabilmektedir (3,34,64).

Gebe kadına bunu önlemeye yönelik, uygun vücut mekaniklerini uygulaması, çok yüksek topuklu ya da çok düz ayakkabılar giymemesi, uzun süre ayakta kalmaması, stres ve yorgunluktan kaçınması önerilir. Bunun için gevşetici egzersizler düzenli olarak yapılabilir (3,61).

#### **1.1.4.10. Baş Ağrısı**

Gebelik döneminde baş ağrıları da en sık karşılaşılan rahatsızlıklardan biridir. Baş ağrısı belirince tansiyon mutlaka kontrol edilmelidir. Göz, kan ve idrar muayenelerinin yapılması gereklidir. Çünkü baş ağrıları bir takım sistemik hastalıkların belirtisi olabilir (39).

Baş ağrıları sık olarak gebeliğin ilk ve üçüncü trimestirinde görülür. Oluşan bu baş ağrıları psikolojik sebeplerden dolayı olabilir. Göz bozuklukları, sinüzit veya diş iltihapları baş ağrılarının sebepleri arasında gösterilebilir. Gebelikte ise sebeplerin daha çok hormonal artış, kardiasfinkterinde gevşeme, sindirim sisteminde motilite azalması, ruhsal dalgalanmalar ve gerilimler olduğu düşünülmektedir (13,39).

Şiddetli ve tedavi ile geçmeyen baş ağrılarında preeklampsi ve eklampsi durumlarından şüphelenilerek doktora başvurulmalıdır. Gebenin bu şikayetini en aza indirmek amacıyla verilebilecek öneriler; düzenli uyuması, bol sıvı alması, aç kalmaması, açık havada yürüyüş yapması, ılık duş alması ve stresli ortamlardan kendisini uzak tutmasıdır (39,53).

#### **1.1.4.11. Solunum Güçlüğü**

Gebeliğin son aylarında sık görülen bir sorundur. Bunun nedeni büyüyen uterusun diyaframa yaptığı basınç ve oksijen tüketiminin artışıdır. Ayrıca gebelikte

östrojenin burun mukozasındaki etkileri sonucu burun tıkanıklığı ve burun kanamaları görülebilir. Bu da gebenin solunumunu güçleştiren bir etken olabilir (3,13).

Sıkıntı hissini azaltmak için gebe kadının sırt üstü yatmaması, yarı oturur pozisyonda yüksek bir yastıkla yatması, sık aralarla dinlenmesi, aşırı yorgunluktan kaçınılması önerilebilir. Eğer ilk trimestirden itibaren solunum sıkıntısı varsa şiddetli ise dudaklarda ve parmak uçlarında morarma görülüyorsa kalp hastalığı yönünden araştırılmalıdır (13,61).

#### **1.1.4.12. Yorgunluk ve Uykusuzluk**

Gebelikte yorgunluğa neden olan faktör tam olarak bilinmemektedir. İlk trimestirlerde artan hormon düzeyleri, son trimestirde ise büyüyen uterus, annenin vücudunun hantallaşması ve gebelikte görülen diğer yakınmalar gebenin kendisini yorgun ve bitkin hissetmesine neden olabilir. Ayrıca bu faktörler nedeniyle gebe kadınlarda uyuma güçlüğü de görülebilir (3,53,61).

Hedman, Pohjasvaara, Tolonen ve arkadaşlarının (2002), yaptıkları bir çalışmada gebeliğin ilk aylarında uykuya eğilimin arttığını fakat daha sonraki aylarda giderek uykunun azaldığını saptamışlardır. Özellikle son aylarda gebelerin uykularının daha rahatsız olduğu ve gece uyanmalarının arttığı, bu sorunların 30 yaş üstü gebelerde daha sık görüldüğünü belirlemişlerdir (65).

Bu sorunun en aza indirgenmesinde düzenli egzersiz yapma, yeterli miktarda akşam yemeği yeme, düzenli bir yatış saatine sahip olma, yatmadan önce ılık duş alma ve kafeinsiz ılık içecekler içme, yatış pozisyonun rahat ve destekleyici olmasına dikkat etme önerilebilir. Aynı zamanda gebeye uyuyamamakla ilgili kaygılarının uykusuzluğundan daha çok stres kaynağı olacağı hatırlatılmalıdır (13,53,61).

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma gebe kadınların gebelik döneminde yaşadığı fiziksel ve emosyonel yakınmaların belirlenmesi ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### 2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma Muğla ilinde SSK ve Devlet hastanelerinde ve 1 No'lu sağlık ocağında hastane başhekimliğinden yazılı izin alınarak 27 Eylül 2004- 07 Mart 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini Muğla SSK ve Devlet hastaneleri Kadın Doğum Polikliniğine ve 1 No'lu sağlık ocağına başvuran gebe kadınlar oluşturmuştur. Örneklem grubunu ise, 18-40 yaş aralığında, evli, soruları yanıtlayabilecek yeterlilikte, çalışmaya katılmayı kabul eden 180 gönüllü gebe oluşturmuştur.

### 2.3. Veri Toplama

Araştırmada veri toplamak için literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanıldı (Ek 1). Gebelere uygulanan anket formu 3 bölümden ve toplam 59 maddeden oluşmaktadır. Anket formunda 11 sorudan oluşan ilk bölüm; sosyo-demografik ve evliliğe ilişkin özellikleri, 19 sorudan oluşan ikinci bölüm doğurganlığa ve sağlık durumlarına ilişkin özellikleri, 29 sorudan oluşan üçüncü bölüm ise gebelerin gebelikleri süresince algıladıkları fiziksel ve emosyonel sorunları içermektedir (Ek 1). Anket formunda üçüncü bölümdeki ilk 22 madde fiziksel sorunlarla, sonraki 6 madde emosyonel sorunlarla ilgilidir. Son madde ise verilen sorunlar dışında belirtilebilecek diğer sorunlar için boş bırakılmıştır. Araştırmada kullanılan “gebelikle ilgili fiziksel ve emosyonel yakınmalar” listesi için Cronchbach alfa güvenilirlik kat sayısı  $\alpha=0,7190$  olarak saptanmıştır.

Anket formunun değerlendirilmesinde verilen sorunlar için “Var”, “Yok” şeklinde işaretleme yapılmış, “Var” cevabı verenlere 1 puan, “Yok” cevabı verenlere

ise 0 puan verilmiştir. Toplam maks. puan 23, min. puan 1 olmuştur. Gebelerin gebelikleri süresince algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmaların puan ortalaması ise 11,96 olarak hesaplanmıştır.

#### **2.4. Verilerin Toplanma Yöntemi**

Veriler 27.09.2004–07.03.2005 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Anket formu uygulanmadan önce yanlış anlaşılmanın ortadan kaldırılması ve güvenilir yanıtların alınabilmesi için gebelere araştırma konusunda genel bilgiler verilmiştir. Özellikle gebe kadınların kendini daha rahat hissetmeleri açısından ankette isimlerinin gerekli olmadığı hatırlatılmıştır.

#### **2.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi**

Araştırmacı tarafından elde edilen veriler kodlanarak min-max tutarlılık kontrolü yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi ve analizi SPSS 12.2 programı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın analizinde; gebe kadınların sosyo-demografik ve evliliğe ilişkin özelliklerinin, doğurganlık ve sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin ve gebelik ile ilgili fiziksel ve emosyonel sorunlar listesindeki maddelerin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır.

Gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamaları ile yaş, eğitim durumu, gelir gider durumu, evlilik süresi, sağlık durumu, gittiği sağlık kuruluşu, gebelik sayısı, gebelik haftası ve doğumu tanımlama durumu arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla varyans analizi yapılmıştır.

Gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamaları ile bilgi alma durumu, çalışma durumu, eşlerinden aldıkları destek durumu, doğum sırasında eşlerini yanlarında isteme durumu, gebeliği isteme durumu, düzenli gebelik takibi yaptırma durumu arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t- testi) yapılmıştır.

Gebe kadınların fiziksel ve emosyonel yakınmalarının trimesterlere göre farklılığı Ki-kare ile analiz edilmiştir.

## 2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına evli olan, kendisinde fiziksel ve ruhsal hastalık tanısı olmayan anne adayları alınmıştır. İncelenmesi planlanan gebelik sorunlarından daha farklı ve fazla sorun yaşayacağı düşünülerek fiziksel ve ruhsal hastalık tanısı olan, evli olmayan anne adayları araştırma kapsamına alınmamıştır.

Çalışma ile ilgili bilgi verilerek çalışmaya katılmaya isteki anne adayları ile çalışılmış, beklemek istemeyen ve çok vakitlerinin olmayan gebeler ile görüşülememiştir.

Araştırmacının araştırmanın yapıldığı yerde çalışmıyor olması, araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

### 3. BULGULAR

#### 3.1. Gebelerin Sosyo- Demografik ve Evlilik Özelliklerine İlişkin Bulgular

<b>Yaş Grupları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
18-21	25	13.9
22-25	57	31.7
26-29	49	27.2
30-33	32	17.8
34-37	10	5.6
36-40	7	3.9
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	3	1.7
Okur-yazar	2	1.1
İlkokul mezunu	65	36.1
Ortaokul mezunu	18	10.0
Lise mezunu	59	32.8
Üniversite mezunu	33	18.3
<b>Eş Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar	1	.6
İlkokul mezunu	50	27.8
Ortaokul mezunu	26	14.4
Lise mezunu	75	41.7
Üniversite mezunu	28	15.6
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	58	32.2
Çalışmıyor	122	67.8
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	30	16.7
Gelir giderle dengeli	128	71.1
Gelir giderden fazla	22	12.2
<b>Aile Tipi</b>		
Geniş	26	14.4
Çekirdek	153	85
Parçalanmış	1	.6
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 1:** Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 1’de gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelenmiş ve %13,9’unun 18-21 yaş grubunda, %31,7’sinin 22-25 yaş grubunda olmasına karşın, %3,9’nun 36-40 yaş grubunda olduğu; eğitim durumlarında %1,7’sinin okur-yazar olmadığı, %18,3’ünün üniversite mezunu olduğu ve %36,1 ile en fazla ilkokul mezununun bulunduğu saptanmıştır. Eş eğitim durumunda ise okur-yazar olmayan kimsenin bulunmadığı, %41,7’sinin lise mezunu olduğu ve %06’sının okur-yazar olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %32,2’sinin çalıştığı, %67,8’sinin çalışmadığı; %71,1’inin gelirinin giderine denk olduğu; %85’inin çekirdek aileye ve %06’sının parçalanmış aileye sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca araştırma kapsamındaki 180 gebe kadının yaş ortalaması  $26,81 \pm 4,71$  olarak bulunmuştur.

<b>Eşle İsteyerek Evlenme</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İsteyerek evlenen	180	% 100
İstemeyerek evlenen	0	
<b>Evlilik Süresi</b>		
<1	30	16.7
1-4 yıl	82	45.6
5-8yıl	31	17.2
9-12 yıl	30	16.7
13-16 yıl	6	3.3
17-20 yıl	1	.6
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 2:** Gebelerin Evliliğe İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 2’de gebelerin evliliğe ilişkin özellikleri incelenmiş ve %100’ünün eşiyile isteyerek evlendiği, %45,6’sının 1-4 yıl süresince evli olduğu, %06’sının ise 17-20 yıl süre boyunca evli olduğu saptanmıştır.

<b>Doğurganlık Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><u>Gebelik Sayısı</u></b>		
1	86	47.8
2	54	30.0
3	26	14.4
4	5	2.8
5 ve üzeri	9	5.0
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Canlı Doğum Sayısı</u></b>		
Yok	103	57.2
1	65	36.1
2	9	5.0
3	2	1.1
4	1	0.6
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Ölü Doğum Sayısı</u></b>		
Yok	172	95.6
1	8	4.4
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Düşük Sayısı</u></b>		
Yok	142	78.8
1	23	12.8
2	10	5.6
3	4	2.2
4	1	0.6
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Yaşayan Çocuk Sayısı</u></b>		
Yok	104	57.7
1	64	35.6
2	9	5.0
3	2	1.1
4	1	0.6
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Gebelik Haftası</u></b>		
I. Trimester	76	42.2
II. Trimester	65	36.1
III. Trimester	39	21.7
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Gebeliği İsteme Durumu</u></b>		
İstiyor	165	91.7
İstemiyor	15	8.3
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 3:** Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları

### 3.2. Gebelerin Doğurganlık Özellikleri ve Bilgilenme Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 3'te gebelerin doğurganlık özellikleri incelenmiş ve %47,8'nin birinci gebeliği, %5'inin 5 ve üzerindeki gebeliği olduğu belirlenmiştir. Hiç canlı doğumu olmayanların oranı %57,2, dört canlı doğumu olanların oranı %06; ölü doğumu olmayanların oranı %95,6, bir ölü doğumu olanların oranı ise %4,4 olarak saptanmıştır.

Gebelerin %78,8'inin hiç düşük yapmadığı, düşük yapanlardan %12,8'inin bir düşük, %5,6'sının iki düşük, %2,2'sinin üç düşük, %06'sının dört düşük yaptığı; %57,7'sinin yaşayan çocuğa sahip olmadığı, yaşayan çocuklara sahip olanlardan %35,6'sının bir çocuğa, %5'inin iki çocuğa, %1,1'inin üç çocuğa ve %06'sının dört çocuğa sahip olduğu bulunmuştur. Gebelik haftalarının dağılımına bakıldığında, %42,2'sinin ilk trimester, %36,1'inin ikinci trimester, % 21,7'sinin üçüncü trimesterde olduğu belirlenmiştir. Gebeliği isteme durumları incelendiğinde ise %91,7'sinin isteyerek, %8,3'ünün istemeyerek gebe kaldığı saptanmıştır.

Bilgi Alma Durumu	n	%
Bilgi Alan	153	85.0
Bilgi Almayan	27	15.0
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b>Bilgi Alınan Kişi</b>		
Sağlık Personeli	107	59.4
Basın	1	.6
Aile	13	7.2
Sağlık personeli-Basın	20	11.1
Sağlık Personeli- Aile	1	.6
Basın-Aile	6	3.3
Hepsi	5	2.8
<b>TOPLAM</b>	<b>153</b>	<b>100.0</b>
<b>Bilgi Almak İstenen Kişi</b>		
Sağlık Personeli	159	88.3
Basın	2	1.1
Aile	4	2.2
Sağlık personeli-Basın	7	3.9
Sağlık Personeli- Aile	4	2.2
Basın-Aile	1	.6
Hepsi	3	1.7
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 4:** Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgilenme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 4’te gebelerin gebelik ve doğumla ilgili bilgilenme durumları incelenmiş, %15’inin bilgi almadığı, bilgi alanlardan %59,4’ünün sağlık personelinen, %06’sının basından bilgi aldığı belirlenmiştir. Gebelerin %88,3’ünün gebelik ve doğumla ilgili bilgileri sağlık personelinen, %1,1’inin ise basından almak istedikleri saptanmıştır.

### 3.3. Gebelerin Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular

<b><u>Gebelik Süresince Gittiği Sağlık Kuruluşu</u></b>	<b><u>n</u></b>	<b><u>%</u></b>
Sağlık Ocağı	8	4.4
Sağlık Ocağı-Devlet Hastanesi	26	14.4
Sağlık Ocağı-SSK	99	55.0
Sağlık Ocağı-Üniversite Hastanesi	2	1.1
Sağlık Ocağı-Özel Hastane	45	25.0
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Düzenli Olarak Gebelik Takibi Yaptırma Durumu</u></b>		
Yaptıran	165	91.7
Yaptırmayan	15	8.3
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Gebe Olduğunu Öğrendiğinde Neler Hissettiği</u></b>		
Mutlu Oldum	122	67.8
Şaşırmadım bekliyordum	32	17.8
Şaşırdım beklemiyordum	26	14.4
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Gebelerin Algıladıkları Sağlık Durumları</u></b>		
Kötü	4	2.2
Orta	51	28.3
İyi	100	55.6
Çok iyi	25	13.9
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Gebe Kalmadan Önceki Sağlık Durumu İle Şimdiki Sağlık Durumunu Karşılaştırma</u></b>		
Çok daha kötüydü	1	.6
Biraz daha kötüydü	16	8.9
Hemen hemen aynıydı	81	45.0
Biraz daha iyiydi	66	36.7
Çok daha iyiydi	16	8.9
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 5:** Gebelerin Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgularına Göre Dağılımı

Tablo 5 incelendiğinde araştırma kapsamındaki kadınların tümünün sağlık ocağına gebelikleri ile ilgili olarak geldiği görülmektedir. Gebe kadınların %4,4'ü gebelikleri ile ilgili olarak sadece sağlık ocağına, %14,4'ü hem sağlık ocağı hem de devlet hastanesine, %55'i hem sağlık ocağı hem de SSK hastanesine, %1,1'i sağlık ocağı ve üniversite hastanesine, %25'inin ise sağlık ocağı ve özel hastaneye başvurduğu görülmektedir. %91,7'sinin düzenli gebelik takibi yaptırdığı, %8,3 düzenli olarak gebelik takibi yaptırmadığı belirlenmiştir.

Gebe olduklarını öğrendiklerinde neler hissettikleri durumuna bakıldığında, %67,8'i mutlu olduğunu, %17,8'i şaşırmadığını ve bu gebeliği beklediğini, %14,4'ü şaşırdığını ve bu gebeliği beklemediğini ifade etmiştir. Gebe kadınların algıladıkları genel sağlık durumlarında %2,2'sinin kötü, 28,3'ünün orta, %55,6'sının iyi, %13,9'unun çok iyi olarak belirttikleri görülmektedir. Gebe kalmadan önceki sağlık durumları ile şimdiki sağlık durumlarını karşılaştırmalarının istendiği soruya verdikleri yanıtlar ise %06'sı çok daha kötü, %8,9'u biraz daha kötü, %45'i hemen hemen aynı, %36,7'si biraz daha iyi, %8,9'u çok daha iyi olarak saptanmıştır.

<b>Eşlerinden Yardım Alma Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yardım Alan	157	87.2
Yardım Almayan	23	12.8
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b>Eşlerini Yanlarında İsteme Durumu</b>		
İsteyen	156	86.7
İstemeyen	24	13.3
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 6:** Gebelerin Gebelik Sırasında Eşlerinden Aldıkları Destek ve Doğum Sırasında Eşlerini Yanlarında İsteme Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 5'te gebelerin gebelik sırasında eşlerinden aldıkları destek ve doğum sırasında eşlerini yanlarında isteme durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında, %87,2'sinin eşlerinden yardım aldığı, %12,8'inin yardım almadığı; %86,7'sinin doğum sırasında eşlerini yanlarında istediği, %13,3'ünün ise istemediği bulunmuştur.

<b>Bebek Bakımını Paylaşacak Kişi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eş	102	56.7
Bir aile büyüğü	65	36.1
Kreş	1	.6
Diğer ( Bakıcı, kardeş ....)	12	6.7
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b>Doğum Olayını Tanımlama Durumu</b>		
Ağrılı	34	18.9
Korku verici	26	14.4
Stresli	38	21.1
Mutluluk verici	74	41.1
Diğer	8	4.4
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 7:** Gebelerin Bebek Bakımını Paylaşacak Kişi ve Doğum Olayını Tanımlama Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 7'de verilen değerler incelendiğinde, gebelerin doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişinin %56,7'sinin eşi, %36,1'inin aile büyüğü olduğu görülmektedir. %41,1'i doğum olayını mutluluk verici, %4,4'ü diğer seçeneği ile bütün duyguların karışımı olduğunu ya da herhangi bir fikirleri olmadığı cevabını vermişlerdir.

### 3.4. Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalarına İlişkin Bulgular

Gebelik İlgili Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar	n	%
<b><u>Hazımsızlık-Mide Yanması</u></b>		
Var	113	37.2
Yok	67	62.8
<b><u>Bulantı-Kusma</u></b>		
Var	129	71.7
Yok	51	28.3
<b><u>İştahta Artma</u></b>		
Var	75	41.7
Yok	105	58.3
<b><u>İştahta Azalma</u></b>		
Var	70	38.9
Yok	110	61.1
<b><u>Aşerme</u></b>		
Var	88	48.9
Yok	92	51.1
<b><u>Kabızlık</u></b>		
Var	56	31.1
Yok	124	68.9
<b><u>İshal</u></b>		
Var	14	7.8
Yok	166	92.2
<b><u>Sık İdrar</u></b>		
Var	144	80.0
Yok	36	20.0
<b><u>Hemoroid</u></b>		
Var	26	14.4
Yok	154	85.6
<b><u>Bel Ağrısı</u></b>		
Var	127	70.6
Yok	53	29.4
<b><u>Diş Ağrısı</u></b>		
Var	56	31.1
Yok	124	68.9
<b><u>Baş Ağrısı</u></b>		
Var	85	47.2
Yok	95	52.8
<b><u>Kokulara Karşı Hassasiyet</u></b>		
Var	123	68.3
Yok	57	31.7
<b><u>Bacak Krampları</u></b>		
Var	76	42.2
Yok	104	57.8
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 8:** Gebelerin Gebelik Sırasında Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Sorunlara Göre Dağılımları

<b><u>Sıcak Basması</u></b>		
Var	81	45.0
Yok	99	55.0
<b><u>Şişkinlik Hissi</u></b>		
Var	89	49.4
Yok	91	50.6
<b><u>Hareketlerde Azalma</u></b>		
Var	87	48.3
Yok	93	51.7
<b><u>Hareketlerde Artma</u></b>		
Var	13	7.2
Yok	167	92.8
<b><u>Cinsel İstekte Artma</u></b>		
Var	22	12.2
Yok	158	87.8
<b><u>Cinsel İstekte Azalma</u></b>		
Var	85	47.2
Yok	95	52.8
<b><u>Yorgunluk</u></b>		
Var	141	78.3
Yok	39	21.7
<b><u>Uyumakta Güçlük</u></b>		
Var	56	31.1
Yok	124	68.9
<b><u>Endişelenme</u></b>		
Var	102	56.7
Yok	78	43.3
<b><u>Karamsar ve Kötü Hissetme</u></b>		
Var	63	35.0
Yok	117	65.0
<b><u>Yalnız Hissetme</u></b>		
Var	52	28.9
Yok	128	71.1
<b><u>Görünüşünden Memnun Olmama</u></b>		
Var	39	21.7
Yok	141	78.3
<b><u>Gereksiz Yere Sinirlenme</u></b>		
Var	106	58.9
Yok	74	41.1
<b><u>Mutlu Hissetme</u></b>		
Var	59	32.8
Yok	121	67.2
<b>TOPLAM</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 8:** Gebelerin Gebelik Sırasında Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Sorunlara Göre Dağılımları

Tablo 8'deki veriler incelenmiş ve şu sonuçlar elde edilmiştir; gebelerin %80'inin sık idrara çıktığı, %78,3'ünde yorgunluk olduğu, %71,7'sinin bulantı kusması olduğu, %70,6'sında bel ağrısı ve %68,3'ünün kokulara karşı hassasiyeti olduğu saptanmıştır. %62,8'inde hazımsızlık %58,9'unda gereksiz yere sinirlenme, %56,7'sinde gebelik ve doğum hakkında fazla endişelenme, %49,4'ünde şişkinlik, %48,9'unda aşırma, %48,3'ünde günlük fiziksel hareketlerde azalma, %47,2'sinde baş ağrısı ve cinsel istekte azalma, %45'inde sıcak basması, %42,2'sinde bacak krampları, %41,7'sinde iştahta artma, %38,9'unda iştahta azalma, %35'inde kendini karamsar ve kötü hissetme, %32,8'inde kendini enerjik ve çok mutlu hissetme, %31,1'inde kabızlık, diş ağrısı ve uyumakta güçlük çekme görüldüğü belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin %28,9'unda kendini yalnız hissetme, %21,7'sinde şu anki görünüşünden memnun olmama, %14,4'ünde hemoroid, %12,2'sinde cinsel istekte artma, %7,8'sinde ishal ve %7,2'sinde günlük fiziksel hareketlerde artma olduğu bulunmuştur.

### 3.5. Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Tanıttıcı Özellikler	N	X	Varyans Kaynağı	STDEV	SD	Kareler Toplamı	Kareler Ortalama.	Anlamlılık Derecesi
<b>Yaş</b>								
18-21	25	11.80	Gruplar arası	4.62	5	55.6	11.1	F=0.52 p>0.05
22-25	57	11.95	Gruplar içi	4.72	174	3691.0	21.2	
26-29	49	12.53	Genel	4.59	179	3746.7		
30-33	32	10.10		4.39				
34-37	10	13.14		4.17				
38-41	7	11.96		5.14				
<b>Eğitim Durumu</b>								
Okur-yazar değil	3	16.00	Gruplar arası	6.24	5	117.3	23.4	F=1.12 p>0.05
Okur-yazar	2	14.50	Gruplar içi	7.77	174	3629.3	20.8	
İlkokul mezunu	65	12.32	Genel	4.89	179	3746.7		
Ortaokul mezunu	18	10.50		4.28				
Lise mezunu	59	12.00		4.35				
Üniversite mezunu	33	11.45		4.13				
<b>Gelir-Gider</b>								
Gelir giderden az	30	11.20	Gruplar arası	4.57	2	47.8	23.9	F=1.14 p>0.05
Gelir giderle dengeli	128	12.29	Gruplar içi	4.53	177	3698.9	20.8	
Gelir giderden fazla	22	11.09	Genel	4.77	179	3746.7		
<b>Evlilik Yılı</b>								
1 yıldan az	30	10.07	Gruplar arası	3.51		140.3	28.0	F=1.35 P>0.05
1-4	82	12.37	Gruplar içi	4.37	5	3606.4	20.7	
5-8	31	12.45	Genel	4.97	174	3746.7		
9-12	29	12.00		5.27	179			
13-16	6	13.33		5.20				
17-20	2	11.50		6.36				

**Tablo 9:** Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınma Puan Ortalamalarının Yaş, Eğitim Durumu, Gelir Gider ve Evlilik Yılına Göre Dağılımları

Tablo 9’da görüldüğü üzere yaşa göre gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamalarına ait en yüksek ortalama  $X=13.14$  ile 34-37 yaş grubuna ait olup, bunu sırasıyla  $X=12.53$  ile 26-29 yaş grubu,  $X=11.96$  ile 38-41 yaş grubu,  $X=11.95$  ile 22-25 ve  $X=11.80$  ile 18-21 yaş grupları izlemişlerdir. Ancak yaş ile gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmaları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $F=0.52$ ,  $p>0.05$ ).

Eğitim durumuna bakıldığında en yüksek puanın  $X=16.00$  ile okur-yazar olmayanlara ait olduğu ancak eğitim durumu ile gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ( $F=1.12$ ,  $p>0.05$ ). Gelir gider durumu ile gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma

puan ortalamalarında en yüksek puan  $X=12.29$  ile gelir giderin dengeli olduğu gruptur fakat aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $F=1.14$ ,  $p>0.05$ ).

Tanıttıcı Özellikler	N	X	Varyans Kaynağı	STDEV	SD	Kareler Toplamı	Kareler Ortalama.	Anlamlılık Derecesi
<b><u>Genel Sağlık Durumu</u></b>								
Kötü	4	11.75	Gruplar arası	2.98	3	114.2	38.0	F=1.84
Orta	51	13.12	Gruplar içi	4.50	176	3632.4	20.6	P>0.05
İyi	100	11.69	Genel	4.53	179	3746.7		
Çok iyi	25	10.72		4.80				
<b><u>Önceki-Simdiki Sağlık Durumu</u></b>								
Çok daha kötüydü	2	16.00	Gruplar arası	1.41	4	125.9	31.4	F=1.52
Biraz daha kötüydü	15	12.33	Gruplar içi	4.22	175	3620.7	20.6	p>0.05
Hemen hemen aynıydı	81	11.20	Genel	4.49	179	3746.7		
Biraz daha iyiydi	66	12.33		4.74				
Çok daha iyiydi	16	13.44		4.44				
<b><u>Gittiği Sağlık Kur.</u></b>								
Sağlık ocağı	8	14.63	Gruplar arası	4.71	4	185.7	46.4	F=2.28
S. ocağı-Devlet Hast.	26	11.27	Gruplar içi	4.78	175	3560.9	20.3	<b>P&lt;0.05</b>
S. ocağı-SSK	99	11.32	Genel	4.53	179	3746.7		
S. ocağı- Üni. Hast.	2	13.00		4.24				
S. ocağı- Özel Hast.	45	13.24		4.27				
<b><u>Gebelik Sayısı</u></b>								
1. gebelik	86	11.74	Gruplar arası	4.29	4	303.7	75.9	F=3.85
2. gebelik	54	10.96	Gruplar içi	4.48	175	3443.0	19.6	<b>P&lt;0.05</b>
3. gebelik	26	12.77	Genel	4.26	179	3746.7		
4. gebelik	5	13.40		8.01				
5 ve üzeri	9	16.89		3.44				
<b><u>Gebelik Haftası</u></b>								
I. Trimester	76	10.75	Gruplar arası	4.51	2	255.3	127.6	F=6.47
II. Trimester	65	12.25	Gruplar içi	4.42	177	3491.3	19.7	<b>P&lt;0.05</b>
III. Trimester	39	13.85	Genel	4.33	179	3746.7		
<b><u>Doğumu Tanımlama Durumu</u></b>								
Ağrılı	34	10.68	Gruplar arası	4.25	4	167.0	41.7	F=2.04
Korku verici	26	13.62	Gruplar içi	4.49	175	3579.6	20.4	<b>P&lt;0.05</b>
Stresli	38	11.24	Genel	5.08	179	3746.7		
Mutluluk verici	74	12.19		4.45				
Diğer	8	13.38		3.33				

**Tablo 10:** Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınma Puan Ortalamalarının Genel Sağlık Durumu, Gebe Kalmadan Önceki Sağlık Durumu ile Şimdiki Sağlık Durumu, Gebeliği Süresince Gittiği Sağlık Kuruluşları, Gebelik Sayısı, Gebelik Haftası ve Doğumu Tanımlama Durumuna Göre Dağılımları

Tablo 10'da genel sağlık durumu ile gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmaları arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlık durumu orta olan grubun

X=13.12, sağlık durumu ktu olan grubun X=11.75, sağlık durumu iyi olan grubun X=11.69 ve çok iyi olan grubun X=10.72 puan aldığı ancak genel sağlık durumu ile gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmaları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı tespit edilmiştir (F=1.84, p>0.05).

Gebe kalmadan önceki sağlık durumu ile Şimdiki sağlık durumu ve görülen sorunların puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, gebe kalmadan önceki sağlık durumu çok ktu olanların X=16.00, çok daha iyi olanların X=13.44, biraz daha iyi ve biraz daha ktu olanların X=12.33, hemen hemen aynı olanların X=11.20 puan aldıkları gözlenmiş fakat aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur (F=1.52, p>0.05). Gebelerin gebelik süresince gittiği sağlık kuruluşları ile gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, sadece sağlık ocağına başvuranların X=14.63, sağlık ocağı ve özel hastaneye başvuranların X=13.24, sağlık ocağı ve niversite hastanesine başvuranların X=13.00, sağlık ocağı ve SSK hastanesine başvuranların X=11.32 ve sağlık ocağı ile devlet hastanesine başvuranların X=11.20 puan aldığı ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir (F=2.28, p<0.05).

Gebelik sayısına göre fiziksel ve emosyonel yakınmalara ait en yüksek ortalama X=16.89 ile 5 ve üzeri gebeliği olan gruba ait olup bunu sırasıyla X=13.40 ile 4. gebeliği olan, X=12.77 ile 3. gebeliği olan, X=11.74 ile ilk gebeliği olan ve X=10.96 ile 2. gebeliği olan gruplar izlemişlerdir. İstatistiksel değerlendirmeler sonucunda gebelik sayısı ile fiziksel ve emosyonel yakınmalar arasındaki ilişki önemli bulunmuştur (F=3.85, p<0.05).

Gebelik haftası ile fiziksel ve emosyonel yakınmalar arasındaki ilişki incelendiğinde, gebelik haftası arttıkça puan ortalamalarının arttığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel açıdan önemli olduğu gözlenmektedir (F=6.47, p<0.05).

Doğum olayını tanımlama ile fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamalarına bakıldığında, korku verici olarak tanımlayanların X=13.62, diğer tanımını yapanların X=13.38, mutluluk verici olarak tanımlayanların X=12.19, stresli tanımını yapanların X=11.24 ve ağrılı olarak tanımlayanların X=10.68 puan aldıkları

saptanmıştır. Doğum olayını tanımlama durumu ile fiziksel ve emosyonel yakınmalar arasındaki ortalamalarının farklılık derecesi istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $F=2.04$ ,  $p<0.05$ ).

<b>Tanımcı Özellikler</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>STDEV.</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>
<b><u>Bilgi Alma Dur.</u></b>					
Alan	153	12.07	4.62	178	0.727
Almayan	27	11.37	4.32		
<b><u>Çalışma Durumu</u></b>					
Çalışıyor	58	11.76	4.41	178	-0.408
Çalışmıyor	122	12.06	4.66		
<b><u>Eş Destek Durumu</u></b>					
Alan	157	11.94	4.40	178	-0.141
Almayan	23	12.09	5.72		
<b><u>Eşlerini Yanlarında İsteme dur.</u></b>					
İsteyen	156	11.98	4.67	178	0.147
İstemeyen	24	11.83	3.95		
<b><u>Gebeliği İsteme Dur.</u></b>					
İsteyen	165	11.78	4.61	178	-1.809
İstemeyen	15	14.07	3.75		
<b><u>Düzenli Olarak Gebelik Takibi Yaptırma Durumu</u></b>					
Yaptıran	165	12.01	4.63	178	0.436
Yaptırmayan	15	11.47	3.96		

**Tablo 11:** Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınma Puan Ortalamalarının Bilgi Alma Durumu, Çalışma Durumu, Eşlerinden Destek Alma ve Eşlerini Doğumda Yanlarında İsteme Durumu, Gebeliği İsteme Durumu, Düzenli Gebelik Takibi Yaptırma Durumuna Göre Dağılımları

Tablo 11’de gebelerin gebelikleri sırasında gebelik ve doğum hakkında bilgi alma durumlarına göre fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamaları dağılımları görülmektedir. Yapılan t testinde bu iki değişken arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $t=0.727$ ,  $p>0.05$ ). Tabloda bilgi alan gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $X=12.07$ ). Çalışma durumlarına bakıldığında, en yüksek ortalamanın  $X=12.06$  ile

çalışmayan gebelere ait olduğu saptanmış ancak aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ( $t=-0.408$ ,  $p>0.05$ ).

Gebelerin gebelikleri sırasında eşlerinden aldıkları destek durumları ile fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan t testi sonucunda aralarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $t=-0.141$ ,  $p>0.05$ ). Eşlerinden destek almayan gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $X=12.09$ ). Gebelerin doğum sırasında eşlerinin yanlarında olmalarını isteme durumuna bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının  $X=11.98$  ile isteyen gebelere ait olduğu ancak aralarındaki ilişkinin anlamsız olduğu bulunmuştur ( $t=0.147$ ,  $p>0.05$ ).

Gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamaları ile gebeliği isteme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasının  $X=14.07$  ile gebeliği istemeyenlere ait olduğu görülmektedir ve gebeliği isteme durumu ile fiziksel ve emosyonel yakınma ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $t=-1.809$ ,  $p<0.05$ ). Gebeliği süresince düzenli gebelik takibi yaptırma durumuna bakıldığında, düzenli gebelik takibi yaptıranların puan ortalamalarının  $X=12.01$  ile daha yüksek olduğu saptanmış ancak aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $t=0.436$ ,  $p>0.05$ ).

Gebelik İlgili Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar	I. Trimester		II. Trimester		III. Trimester		Toplam		X <sup>2</sup>	SD	P=0.05
	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Hazımsızlık, mide yanması</b>											
Var	43	56,6	41	63,1	29	74,4	113	100,0	3.491	2	0.175
Yok	33	43,4	24	36,9	10	25,6	67	100,0		2	
<b>Bulantı-kusma</b>											
Var	56	73,7	47	72,3	26	66,7	129	100,0	0.646	2	0.724
Yok	20	26,3	18	27,7	18	33,3	51	100,0		2	
<b>İştahta Artma</b>											
Var	27	35,5	31	47,7	17	43,6	75	100,0	2.209	2	0.331
Yok	49	64,5	34	52,3	22	56,4	105	100,0		2	
<b>İştahta Azalma</b>											
Var	30	39,5	26	40,0	14	35,9	70	100,0	0.192	2	0.909
Yok	46	60,5	39	60,0	25	64,1	110	100,0		2	
<b>Bazı gıdalara karşı aşırı istek</b>											
Var	41	53,9	27	41,5	20	51,3	88	100,0	2.273	2	0.321
Yok	35	46,1	38	58,5	19	48,7	92	100,0		2	
<b>Kabızlık</b>											
Var	21	27,6	22	33,8	13	33,3	56	100,0	0.746	2	0.689
Yok	55	72,4	43	66,2	26	66,7	124	100,0		2	
<b>İshal</b>											
Var	5	6,6	4	6,2	5	12,8	14	100,0	1.774	2	0.412
Yok	71	93,4	61	93,8	34	87,2	166	100,0		2	
<b>Sık idrara çıkma</b>											
Var	60	78,9	52	80,0	32	82,1	144	100,0	0.155	2	0.925
Yok	16	21,1	13	20,0	7	17,9	36	100,0		2	
<b>Hemoroid</b>											
Var	11	14,5	9	13,8	6	15,4	26	100,0	0.047	2	0.977
Yok	65	85,5	56	86,2	33	84,6	154	100,0		2	

**Tablo 12:** Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalarının Gebelik Haftalarına Göre Dağılımları

Gebelik İlgili Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar	I. Trimester		II. Trimester		III. Trimester		Toplam		X <sup>2</sup>	SD	P=0.05
	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Bel ağrısı</b>											
Var	45	59,2	48	73,8	34	87,2	127	100,0	10.235	2	<b>0.006</b>
Yok	31	40,8	17	26,2	5	12,8	53	100,0		2	
<b>Diş yada diş eti ağrısı</b>											
Var	16	21,1	23	35,4	17	43,6	56	100,0	6.975	2	<b>0.031</b>
Yok	60	78,9	42	64,6	22	56,4	124	100,0		2	
<b>Baş ağrısı</b>											
Var	40	52,6	30	46,2	15	38,5	85	100,0	2.123	2	0.346
Yok	36	47,4	35	53,8	24	61,5	95	100,0		2	
<b>Kokulara Karşı Hassasiyet</b>											
Var	51	67,1	45	69,2	27	69,2	123	100,0	0.092	2	0.955
Yok	25	32,9	20	30,8	12	30,8	57	100,0		2	
<b>Bacaklarda Kramp</b>											
Var	21	27,6	25	38,5	30	76,9	76	100,0	26.260	2	<b>0.000</b>
Yok	55	72,4	40	61,5	9	23,1	104	100,0		2	
<b>Sıcak basması</b>											
Var	26	34,2	24	36,9	31	79,5	81	100,0	24.029	2	<b>0.000</b>
Yok	50	65,8	41	63,1	8	20,5	99	100,0		2	
<b>Şişkinlik hissi</b>											
Var	33	43,4	32	49,2	24	61,5	89	100,0	3.386	2	0.184
Yok	43	56,6	33	50,8	15	38,5	91	100,0		2	
<b>Fiziksel hareketlerde azalma</b>											
Var	29	38,2	37	56,9	21	53,8	87	100,0	5.546	2	0.062
Yok	47	61,8	28	43,1	18	46,2	93	100,0		2	
<b>Fiziksel hareketlerde artma</b>											
Var	4	5,3	5	7,7	4	10,3	13	100,0	0.993	2	0.609
Yok	72	94,7	60	92,3	35	89,7	167	100,0		2	

**Tablo 12:** Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalarının Gebelik Haftalarına Göre Dağılımları



Gebelik İlgili Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar	I. Trimester		II. Trimester		III. Trimester		Toplam		X <sup>2</sup>	SD	P=0.05
	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Cinsel İstekte Artma</b>											
Var	7	9,2	11	16,9	4	10,3	22	100,0	2.122	2	0.346
Yok	69	40,8	54	83,1	35	89,7	158	100,0			
<b>Cinsel İstekte Azalma</b>											
Var	35	46,1	29	44,6	21	53,8	85	100,0	0.906	2	0.636
Yok	41	53,9	36	55,4	18	46,2	95	100,0			
<b>Yorgun ve Bitkin Hissetme</b>											
Var	54	71,1	53	81,5	34	87,2	141	100,0	4.565	2	0.102
Yok	22	28,9	12	18,5	5	12,8	39	100,0			
<b>Uyumakta Güçlük Çekme</b>											
Var	18	23,7	19	29,2	19	48,7	56	100,0	7.704	2	<b>0.021</b>
Yok	58	76,3	46	70,8	20	51,3	124	100,0			
<b>Gebelik-Doğum Hakkında Fazla Endişelenme</b>											
Var	18	23,7	24	36,9	10	25,6	52	100,0	1.384	2	0.501
Yok	58	76,3	41	63,1	29	75,4	128	100,0			
<b>Karamsar Kötü Hissetme</b>											
Var	21	27,6	27	41,5	15	38,5	63	100,0	3.241	2	0.198
Yok	55	72,4	38	58,5	24	61,5	117	100,0			
<b>Görünüşünden Memnun Olmama</b>											
Var	16	21,1	15	23,1	8	20,5	39	100,0	0.124	2	0.940
Yok	60	78,9	50	76,9	31	79,5	141	100,0			
<b>Gereksiz Yere Sinirlenme</b>											
Var	42	55,3	39	60,0	25	64,1	106	100,0	0.884	2	0.643
Yok	34	44,7	26	40,0	14	35,9	74	100,0			
<b>Kendini Enerjik ve Çok Mutlu Hissetme</b>											
Var	20	26,3	24	36,9	15	38,5	59	100,0	2.519	2	0.284
Yok	56	73,7	41	63,1	24	61,5	121	100,0			

**Tablo 12:** Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalarının Gebelik Haftalarına Göre Dağılımları

Tablo 12’de gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmaları gebelik haftalarına göre incelenmiş ve hazımsızlık-mide yanmasının I. trimestirde %56,6, II. trimestirde %63,1, III. trimestirde %74,4 olduğu belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $X^2=3.491$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.005$ ).

Bulantı-kusma şikâyeti %73,7 ile en fazla I. trimestire ait olup bunu sırasıyla %72,3 ile II. trimestir, %66,7 ile III. trimestir gebelik haftaları izlemiştir. İstatistiksel değerlendirmeler sonucunda aradaki fark anlamsız bulunmuştur ( $X^2=0.646$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

İştahta artma, I. trimestirde %35,5, II. trimestirde %47,7, III. trimestirde %43,6 oranında saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $X^2=2.209$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ). İştahta azalma ise I. trimestirde %39,5, II. trimestirde %40, III. trimestirde %35,9 olarak belirlenmiş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $X^2=0.192$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Bazı gıdalara aşırı istek, %53,9 ile en fazla I. trimestirde görülmüştür. II. trimestirde %41,5, III. trimestirde %51,3 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ( $X^2=2.273$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Konstüpsiyon %27,6 ile I. trimestirde, %33,8 ile II. trimestirde, %33,3 ile III. trimestirde tespit edilmiş ancak aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamsız olduğu görülmüştür ( $X^2=0.746$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ). Diare ise I. trimestirde %6,6, II. trimestirde %6,2, III. trimestirde %12,8 oranında saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $X^2=2.273$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Sık idrara çıkma şikâyeti trimestirlere göre sırasıyla %78,9, %80 ve %82,1 oranında görülmüş ve aradaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ( $X^2=0.155$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ). Hemoroid, I. trimestirde %14,5, II. trimestirde %13,8, III. trimestirde %15,4 olarak belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $X^2=0.047$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Bel ağrısı, I. trimestirde %59,2, II. trimestirde %73,8 ve III. trimestirde %87,2 oranında saptanmış ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $X^2=10.235$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ ). Diş ya da diş eti ağrısının %21,1 ile I. trimestirde, %35,4 ile II. trimestirde, %43,6 ile III. trimestirde görüldüğü

gözlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ( $X^2=6.975$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ ). Baş ağrısı ise I. trimestirde %52,6, II. trimestirde %46,2, III. trimestirde %38,5 olarak tespit edildiği ve aradaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu gözlenmektedir ( $X^2=2.123$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Kokulara karşı hassasiyet sorunu I. trimestirde %67,1, II. ve III. trimestirlerde %69,2 oranında görülmüş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $X^2=0.092$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Bacaklarda kramp şikâyeti %76,9 ile en fazla III. trimestire ait olup bunu sırasıyla %38,5 ile II. trimestir, %27,6 ile I. trimestir gebelik haftaları izlemişlerdir. İstatistiksel değerlendirmeler sonucunda aradaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $X^2=26.260$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ ).

Sıcak basması sorunu %79,5 ile en fazla III. trimestirde görülürken, II. trimestirde %36,9, I. trimestirde %34,2 oranında görülmüş ve aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $X^2=24.029$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ ).

Şişkinlik hissi, trimestirlere göre sırasıyla %43,4, %49,2 ve %61,5 oranında görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir ( $X^2=3.386$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Fiziksel hareketlerde azalmanın I. trimestirde %38,2, II. trimestirde %56,9, III. trimestirde %53,8 olduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler sonucunda aradaki fark anlamlı olarak gözlenmiştir ( $X^2=5.546$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ ). Fiziksel hareketlerde artma, %5,3 ile I. trimestirde, %7,7 ile II. trimestirde, %10,3 ile III. trimestirde görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel yönden önemsiz olduğu belirlenmiştir ( $X^2=0.993$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Cinsel istekte artma, I. trimestirde %9,2, II. trimestirde %16,9, III. trimestirde %10,3 oranında bulunmuştur. Aradaki fark ise istatistiksel yönden anlamsızdır ( $X^2=2.122$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ). Cinsel istekte azalma, %46,1 ile I. trimestirde, %44,6 ile II. trimestirde, %53,8 ile III. trimestirde gözlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $X^2=0.906$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Yorgunluk ve bitkinlik hissinin I. trimestirde %71,1, II. trimestirde %81,5 ve III. trimestirde %87,2 olduğu tespit edilmiş ancak aradaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $X^2=4.565$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Uyumakta güçlük çekme sorunu %48,7 ile en fazla III. trimestire ait olup bunu sırasıyla %29,2 ile II. trimestir, %23,7 ile I. trimestir gebelik haftaları izlemişlerdir. İstatistiksel değerlendirmeler sonucunda aradaki farkın önemli olduğu gözlenmiştir ( $X^2=7.704$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ ).

Gebelik ve doğum hakkında fazla endişelenme, trimestirlere göre sırasıyla %52,6, %56,9 ve %64,1 oranında görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir ( $X^2=1.384$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Karamsar ve kötü hissetme, I. trimestirde %27,6, II. trimestirde %41,5, III. trimestirde %38,5 olarak belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel yönden anlamsız bulunmuştur ( $X^2=3.241$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ). Yalnız hissetme ise %36,9 ile en fazla II. trimestirde görülmüştür. Bu oran III. trimestirde %25,6, I. trimestirde %23,7'dir ve aradaki fark istatistiksel açıdan önemsizdir ( $X^2=3.245$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Görünüşünden memnun olmama, I. trimestirde %21,1, II. trimestirde %23,1, III. trimestirde %20,5 oranında bulunmuştur. Aradaki fark ise istatistiksel yönden anlamsızdır ( $X^2=0.124$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Gereksiz yere sinirlenmenin, I. trimestirde %55,3, II. trimestirde %60,0, III. trimestirde %64,1 olduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler sonucunda aradaki fark önemsiz olarak gözlenmiştir ( $X^2=0.884$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ). Kendini enerjik ve çok mutlu hissetme, %26,3 ile I. trimestirde, %36,9 ile II. trimestirde, %38,5 ile III. trimestirde görülmüş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ( $X^2=2.519$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

## 4.1. TARTIŞMA

### 4.1.1. Gebelerin Sosyo-demografik Verilerinin İncelenmesi

Bu bölümde gebelerin; yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir-gider durumu ve aile tipi ile ilgili veriler tartışılmıştır. Çalışma kapsamındaki gebelerin yaş ortalamalarını incelediğimizde  $26,81 \pm 4,71$  olarak bulunmuştur (Tablo 1). Goodwin ve arkadaşlarının Avustralya’da (2000) primiparlarda yaptığı çalışmada yaş ortalaması 30,3 olarak saptanmıştır (66).

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre 25–49 yaş grubundaki kadınların ilk doğumdaki anne yaşları incelendiğinde ortancanın 21,8 olduğu belirtilmiştir (67). Dal’ın çalışmasında ise yaş ortalamalarının  $28,23 \pm 7,43$  olduğu saptanmıştır (68).

Bizim bulgularımızın Goodwin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre düşük, fakat en sağlıklı çocuk doğurma yaşının 20–30 yaş arası olduğu ve bu yaşlardan ne kadar uzaklaşırsa anne ve bebek, hastalık ve ölüm hızlarında da o kadar artma gözlendiği düşünülürse bu çalışmadan elde edilen sonuçlar evlilik yaşının ve ilk gebelikteki anne yaşının düşük olması sevindiricidir. 2003 TNSA verileri ile bizim bulgularımız arasındaki farkın nedenleri; TNSA verilerinin Türkiye’nin genel durumu hakkında bilgi vermesi, bizim çalışmamızın Muğla’da yapılmış olması, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaşması ve çalışma grubumuzun yaş aralığının 18–41 yaş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bir çalışmada (2002) yaş ortalamasının bulgularımıza göre yüksek olmasının nedeni olarak ise araştırmanın büyük şehirde yapılmış olması, yaş aralığının daha geniş aralıkta tutulmuş olmasını düşündürmektedir.

Gebelerin %36,1 gibi büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 1). TNSA 2003 yılı verilerine göre 15–49 yaş grubu kadınların %53,7’si ilkokul mezunudur(67). Dal’ın çalışmasında bu oranın %36 (68), Ökten ve Yıldızoğlu’nun yaptığı çalışmada (2001) %62,5 olduğu saptanmıştır (69). Bulgularımız 2003 TNSA bulguları ve yapılan diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Araştırma sonuçları aynı zamanda Türkiye’deki kadınların eğitim

düzeylerinin düşük olduğunun ve yükseköğretim mezunu kadınların azınlıkta olduğunun bir göstergesidir.

Çalışma kapsamındaki gebelerin %32,2'sinin çalıştığı, %67,8'inin çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 1). 2003 TNSA verilerine göre kadınların iş gücüne katılma oranı %26'dır (67). Yapılan bir çalışmada gebelerin %70'inin (68), Bakıcı'nın çalışmasında %81'inin (5) çalışmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmalar ülkemizdeki kadınların büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğunu göstermektedir. Araştırmamızın sınırlılıkları olmasına rağmen çalışan oranı %32,2 olması ile Türkiye gerçekleri ile paraleldir (Tablo 1).

Gebelerin %71,1'inin gelirinin giderine denk, %12,2'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Bir araştırmada gebelerin %58,7'sinin gelirinin gideri ile dengeli olduğu, %8,0'inin gelirinin giderinden fazla olduğu belirlenmiştir (68). Araştırma ile uygunluk göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %85,0'inin çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Yapılan bir çalışmada çekirdek aileye sahip gebelerin oranının %74 (5), Sertbaş'ın çalışmasında gebelerin %80'inin çekirdek aile yapısı içinde yaşadıkları belirlenmiştir (21). Geçmişte toplumumuzda geniş aile yapısının yaygınlığı ve bunun aile sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde çekirdek aile oranının yüksek olması yüz güldürücüdür.

Gebelerin evliliğe ilişkin özellikleri incelendiğinde; %100'ünün eşiyile isteyerek evlendiği, %45,6'sının 1-4 yıl süresince evli olduğu, %0,6'sının ise 17-20 yıl süresince evli olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Bir çalışmada gebelerin %43,4'ünün 1-5 yıl süresince evli olduğu (68), Potur'un çalışmasında ise gebelerin %56'sının 1-5 yıllık evli olduğu belirlenmiştir (70). Türkiye'de evlilik sürelerine göre doğumlara bakıldığında doğumların en fazla olduğu dönem evlilik süresi 0-4 yıl olan dönemdir (67). Evlilik süresi arttıkça doğurganlık hızı azalmaktadır. Bu sonuç araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

#### **4.1.2. Gebelerin Doğurganlık Özellikleri ve Bilgilenme Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %47,8'inin birinci gebeliği, %5'inin 5 ve üzerindeki gebeliği olduğu saptanmıştır ( Tablo 3). Üç canlı doğumdan sonra yapılan doğumlar yüksek riskli doğurganlık davranışına girmektedir. 2003 TNSA verilerine göre toplam doğurganlık hızı Haziran 2001'den Mayıs 2004'e kadar olan dönem için 2,23 iken, 1998 yılında bu oran 2,6'dır (67). Toplam doğurganlık hızındaki azalmanın en önemli sebeplerinden biri halkın aile planlaması konusunda bilgilendirilmesi ve bu hizmetlerin niteliğinin artırılmasıdır. Gebelik ve doğum sayıları zaman içerisinde azalma göstermiştir. Bu sonuç araştırmamızla paralellik göstermektedir.

Gebelerin %57,2'sinin hiç canlı doğumunun olmadığı, canlı doğumu olanlardan %36,1'inin bir canlı doğumu, %0,6'sının dört canlı doğumunun olduğu saptanmıştır (Tablo3). 2003 TNSA verilerine göre Türkiye'de ortalama bir kadının 1,84 çocuk doğurduğu belirtilmiştir (67). Araştırma bulguları Türkiye geneli ile paralellik göstermektedir.

Gebelerin %95,6'sının hiç ölü doğumunun olmadığı, %4,4'ünün ölü doğumu olduğu saptanmıştır (Tablo3). 2003 yılı TNSA verilerine göre Türkiye'de ölü doğum oranı 100 gebelikte 1,3 olarak belirtilmiştir (67). Araştırma bulguları Türkiye'de ölü doğum oranının azaldığı sonucunu pekiştirmektedir.

Hiç düşük yapmayan gebelerin oranı %78,8 olarak belirlenirken, düşük yapan gebelerin %12,8'inin bir düşük, %2,2'sinin üç düşük yaptığı saptanmıştır (Tablo 3). TNSA'nın 2003 yılı verilerine göre 100 gebelik için gerçekleşen düşükler 21,3'tür (67). Bakıcı'nın çalışmasında, kadınların %78,3'ünün hiç düşük yapmadığı saptanmıştır (5). Bu sonuçlar araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin %57,7'sinin yaşayan bir çocuğa sahip olmadığı, yaşayan çocuğa sahip olanlarda ise %35,6'sının bir çocuğa, %5'inin iki çocuğa sahip olduğu bulunmuştur (Tablo3). 2003 yılı TNSA verilerine göre Türkiye'de tüm kadınların sahip olduğu ortalama yaşayan çocuk sayısının 1,84 olduğu ve canlı doğan çocuklardan %91,8'inin hayatta olduğu saptanmıştır (67). Bir çalışmada gebelerin %36,7'sinin yaşayan bir çocuğa sahip olmadığı, yaşayan çocuğa sahip olanlarda ise %57,9'unun bir çocuğa, %28,4'ünün iki çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir (68). Araştırma bulguları Türkiye'de kadınların sahip oldukları çocuk sayısı oranının azaldığını göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %91,7'sinin isteyerek, %8,3'ünün istemeyerek gebe kaldıkları belirlenmiş olup, bu oran yapılan bir çalışmada %95 olarak belirlenen oranla benzerlik göstermektedir (69). %91,7 gibi büyük bir oranda gebeliğin isteyerek oluşması, örneklem grubumuzdaki gebelerin çoğunluğunun ilk gebeliğini yaşaması olarak düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan gebelerin %42,2'sinin ilk trimester, %36,1'inin ikinci trimester ve %21,7'sinin üçüncü trimesterde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Araştırma kapsamındaki gebelerden %85'inin gebelik ve doğum hakkında bilgi aldıkları saptanmıştır (Tablo 3). Dal'ın çalışmasında gebelerin %62,0'sinin bilgi aldıkları (68), Potur'un çalışmasında %5'ünün bilgi aldıkları (69) belirlenmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğu gebelik ve doğum hakkında bilgi almışlardır. Bulgularımız diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Vakalarımızın gebelik ve doğum hakkında bilgi kaynakları incelendiğinde; %95,4'ünün sağlık personelinen, %0,6'sının basından bilgi aldıkları, gebelerin %88,3'ünün gebelik ve doğum hakkındaki bilgileri sağlık personelinen, %1,1'inin basından almak istedikleri saptanmıştır (Tablo3). Bakıcı'nın çalışmasında bilgilenen gebelerin %77,2'sinin sağlık personelinen bilgi aldığı, %64,6'sının sağlık personelinen bilgi almak istediği saptanmıştır (5). Araştırma sonuçları Bakıcı'nın çalışma sonuçları ile uygunluk göstermektedir.

#### 4.1.3. Gebelerin Sağlık Durumlarına İlişkin Verilerin İncelenmesi

Araştırma kapsamındaki kadınların tümünün sağlık ocağına gebelikleri ile ilgili olarak geldiği görülmektedir (Tablo 5). Gebe kadınların %4,4'ü gebelikleri ile ilgili olarak sadece sağlık ocağına, %55'i hem sağlık ocağı hem de SSK hastanesine başvurduğu ve %91,7'sinin düzenli olarak gebelik takibi yaptırdığı belirlenmiştir. 1998 TNSA verilerinde gebelik takibi yaptıran gebelerin oranı %68 iken, 2003 TNSA verilerinde bu oran %76'ya yükselmiştir (67). Bu bulgular Türkiye'de doğum öncesi bakım alan gebelerin sayısında artış olduğunu göstermektedir.

Gebe kadınların algıladıkları sağlık durumlarında %2,2'sinin kötü, %55,6'sının iyi olarak belirttikleri, gebe kalmadan önceki sağlık durumları ile şimdiki sağlık durumlarını karşılaştırmalarının istendiği soruya verdikleri yanıtlar ise %36,7'sinin biraz daha iyi ve %0,6'sının çok daha kötü olarak saptanmıştır (Tablo 5). Top'un Gebe Kadınların Algıladıkları Sağlık İhtiyaçları üzerine yaptığı çalışmada, gebe kadınların algıladıkları genel sağlık durumları ortalaması en iyi sağlık durumunu yansıtan beş değerine yakın olduğu, gebe kalmadan önceki sağlık durumları ile şimdiki sağlık durumlarını karşılaştırmalarının istendiği soruya verdikleri yanıtlar ise 5 değerinden 3,76 ortalama skoruna bakılarak sağlık durumlarının biraz daha iyi olduğu belirlenmiştir (2). Bu sonuç araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

#### 4.1.4. Gebelerin Gebelik Sırasında Eşlerinden Aldıkları Destek ve Doğum Sırasında Eşlerini Yanında İsteme Durumları, Bebek Bakımını Paylaşacak Kişi ve Doğum Olayını Tanımlama Durumlarına İlişkin Verilerin İncelenmesi

Gebelerin %87,2'sinin gebelik sırasında eşlerinden destek aldıkları saptanmıştır (Tablo 6). Başbakkal'ın babaların bebek bakımındaki rolü üzerine yaptığı çalışmasında; 0–12 aylar arası bebeği olan annelerin gebelikleri sırasında eşlerinden duygusal destek ve ev işleri ile ilgili yardım alma durumları incelenmiş ve annelerin %80,7'sinin gebelikleri sırasında eşlerinden destek gördükleri saptanmıştır (71). Bu sonuç araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Gore, Sherman ve Lieberman yaşam olaylarının stresinde eşten gelen desteğin ilk ve önemli olduğunu

bulmuşlardır. Ayrıca Sorias çalışmalarında eş desteğinin ilk sırada olduğunu saptamıştır (72,73).

Gebe kadınların %86,7'sinin doğum sırasında eşlerini yanlarında istediği belirlenmiştir (Tablo 6). Başbakkal'ın çalışmasında, babaların ancak %3,0'ünün doğum anında annenin yanında bulunmasını istedikleri, annelerin %46,0'sının doğumun ne kadar güç olduğunu anlaması için birlikte olmak istediği, %7,3'ünün kendilerini daha güvende hissedecekleri için birlikte olmayı istedikleri saptanmıştır (71). Babalar her ne kadar doğum esnasında eşlerinin yanında bulunmak istemeseler de, doğum anında eşlerine yardımcı olamayacaklarını düşünseler de en önemli destek kişi konumundadırlar. Doğum esnasında eşinin yanında bulunması, ona dokunması ve onunla iletişim halinde olması kadın için en büyük destek olarak görülmektedir. Annelerin çoğunluğu doğum anını eşiyle paylaşmak istediğini ifade etmektedir.

Gebelerin doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişinin %56,7'sinin eşi, %36,1'inin aile büyüğü olduğu görülmektedir (Tablo 7). Dal'ın çalışmasında gebelerin bebek bakımını paylaşacak kişinin %66,7'sinin aile büyüğü olduğu, %28,1'inin ise eşinin olduğu saptanmıştır (68). Araştırma bulgularımızda gebelerin doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişinin %56,7 ile çoğunlukta eşleri olması, gebelerin %87,2 gibi büyük oranda gebelikleri sırasında eşlerinden destek aldığı bulgusunu doğrulamaktadır.

Gebelerin %41,1'i doğum olayını mutluluk verici, %18,9'u ağırlı olarak tanımlamışlardır ( Tablo 7). Yapılan bir çalışmada gebelerin %23,3'ü doğum olayını mutluluk verici, %16'sı ise ağırlı olarak tanımlamışlardır (68). Gebelerin çoğunun doğumu mutluluk verici olarak tanımlamaları, sağlıklı bir gebelik ve doğum geçirmek açısından olumlu bir sonuçtur.

Araştırma kapsamındaki gebelerin gebelikle ilgili fiziksel ve emosyonel yakınmalara göre dağılımları incelendiğinde; gebelerin %80,0'inin sık idrara çıkma, %78,3'ünün yorgunluk, %71,7'sinin bulantı-kusma, %70,6'sının bel ağrısı ve %62,8'inin hazımsızlık şikâyeti olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Bir çalışmada, gebelerin %75,3'ünün sık idrara çıktığı, %62,0'sinde bel ağrısı, %51,3'ünde hazımsızlık-mide yanması olduğu belirlenmiştir (68). Fawcet ve York'un yaptığı

çalışmada, gebelerde I. trimesterde sık idrara çıkma oranı %91,0, III. trimesterde %100,0, bulantı-kusma şikâyeti ilk trimesterde %65,0 olarak saptanmıştır (62). Yalıman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, gebeliklerin 30. haftası üzerindeki gebelerde %64,0 oranında bel ağrısı şikâyeti saptanmıştır (74). Araştırma sonuçları diğer araştırma sonuçları ile uygunluk göstermektedir.

#### **4.1.5. Gebelerin Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Verilerin İncelenmesi**

Çalışmada, gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamalarının yaş, eğitim durumu, gelir gider ve evlilik yılına göre dağılımları incelenmiş ancak bu faktörlerle gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 9).

Gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamalarının genel sağlık durumu, gebe kalmadan önceki sağlık durumu ile şimdiki sağlık durumuna göre dağılımları incelendiğinde; gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmaları ile genel sağlık durumları, gebe kalmadan önceki sağlık durumu ve şimdiki sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo 10).

Gebelerin gebelikleri süresince gittiği sağlık kuruluşları ile gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, sadece sağlık ocağına başvuranların  $X=14,63$  ile en yüksek, sağlık ocağı ile devlet hastanesine başvuranların  $X=11,20$  ile en düşük puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Gruplar arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ( $F=2,28$ ,  $p<0,05$ ). Bunun nedeni olarak, sadece sağlık ocağına başvuran gebelerin sosyo-ekonomik statülerinin düzenli olarak hastaneye giden gebelerden daha düşük ve bu gebelerden sağlık ihtiyaçlarının daha fazla olabileceği gösterilebilir. Ayrıca sağlık ocaklarındaki gebelik takibi hizmetlerinin planlanması ve yönetilmesindeki eksikliklerin de etkili olabileceği düşünülmektedir.

Gebelik sayısına göre fiziksel ve emosyonel yakınmalara ait en yüksek ortalama  $X=16,89$  ile 5 ve üzeri gebeliği olan grupta, en düşük puan ortalaması ise

$X=10,96$  ile 2. gebeliği olan grupta saptanmıştır (Tablo 10). İstatistiksel değerlendirmeler sonucunda gebelik sayısı ile fiziksel ve emosyonel yakınmalar arasındaki ilişki önemli bulunmuştur ( $F=3,85$ ,  $p<0,05$ ). Gebelik sayısı arttıkça kadınlarda gebelik, doğum ve postpartum dönemlerinde hastalık ve ölüm riski artmaktadır (3). Rofe ve arkadaşları da gebelik sorunlarını doğum sayısının arttırdığına ilişkin veriler bulmuşlardır (75). Çok çocuklu ailelerde, çocuk sağlığı yönünden konuya bakıldığında, anne-baba ilgi ve sevgisinden çocukların yeterince yararlanamaması, yeterli ve dengeli beslenememeleri, yeterli sağlık bakımı alamamaları ve eğitim olanaklarından yeterli yararlanamamaları gibi çocuğun büyümesi, gelişmesi ve nitelikli insan gücü olarak üretime katılmasında önemli olan olgular ortaya çıkar (3). Nitelikli insan gücünün aileye ve toplumsal gelişmeye olan yararlı katkılarına karşı, çok çocuklu ailelerde bu olguların yetersiz kalması, niteliksiz insan gücünün üretime katılmasına neden olacaktır (3).

Gebelik haftası ile fiziksel ve emosyonel yakınmalar arası ilişki incelendiğinde, III. trimesterde puan ortalaması  $X=13,85$  ile en yüksek, I. trimesterde  $X=10,75$  ile en düşük olarak belirlenmiştir (Tablo 10). Aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ( $F=6,47$ ,  $p<0,05$ ). Dal'ın yaptığı çalışmada, III. trimesterdeki gebelerin puan ortalamaları yüksek olarak saptanmıştır (68). Gebeliğin III. trimesterinde gebenin vücudunun irileşmesi ve hantallaşmasından dolayı fiziksel olarak kendini daha kötü hisseder. Aynı zamanda doğum yaklaştığı için doğumla ilgili kaygıları artmıştır bu da gebenin fiziksel yakınmalarında artmaya neden olabilmektedir.

Doğum olayını tanımlama ile fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamalarına bakıldığında, korku verici olarak tanımlayanların  $X=13,62$ , ağırlı olarak tanımlayanların  $X=10,68$  puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 10). Aralarındaki ortalamalarının farklılık derecesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=2,04$ ,  $p<0,05$ ). Doğumla ilgili kaygılar, ya başka kişilerden elde edilen bilgilere bağlı gelişen beklentiler veya doğrudan bireysel fantezilerdir (76). Gebelerin psikolojisi, doğuma bakış açıları yaşadıkları fiziksel sorunları etkilemektedir. Rofe ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada gebelerin yaşadıkları fiziksel sorunların emosyonel durumlarıyla yakından ilgili olduğunu saptamışlardır (75).

Çalışmada, gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamaları ile gebelik ve doğum hakkında bilgi alma durumu, çalışma durumu, eşlerinden destek alma ve eşlerini doğumda yanlarında isteme durumları, düzenli gebelik takibi yaptırma durumları incelenmiş ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 11).

Gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamaları gebeliği isteme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasının  $X=14,07$  ile gebeliği istemeyenlere ait olduğu görülmektedir (Tablo 11). Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $t=-1.809$ ,  $p<0,05$ ). Bakıcı'nın çalışmasında gebelerin gebeliklerini isteyip istememe durumlarına göre gebelik sorun ortalamaları incelenmiş ve sorun ortalaması gebeliği isteyenlerde yüksek bulunmuştur (5). Araştırma bulguları literatürü desteklemektedir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmaları gebelik haftalarına göre incelenmiş, hazımsızlık-mide yanması, bulantı-kusma, iştahta artma ve azalma, aşırme, konstipasyon, diare ve sık idrara çıkma şikâyetleri ile gebelik haftaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 12).

Bel ağrısı, II. trimestirde %73,8 ve III. trimestirde %87,2 oranında saptanmıştır (Tablo 12). Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $X^2=10.235$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ ). Dal'ın çalışmasında bel ağrısı II. trimesterde %36,6, III. trimesterde %41,9 oranlarında görülmüş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (68). Araştırma bulgularında da III. trimesterde bel ağrısı yakınması daha fazla bulunmuş olup literatür bulgularıyla uygunluk göstermektedir.

Diş ya da diş eti ağrısının %21,1 ile I. trimestirde, %35,4 ile II. trimestirde, %43,6 ile III. trimestirde görüldüğü gözlenmiştir ve aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ( $X^2=6.975$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ ). Dal'ın çalışmasında diş ve diş eti ağrısının I. trimesterde %27,9, II. trimesterde %30,9, III. trimesterde %41,2 oranında olduğu tespit edilmiş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (68). Araştırma bulguları ile bizim bulgularımız arasındaki farkın nedeni olarak, çalışmamızda diş ve diş eti ağrısı olduğunu ifade eden gebe sayısının yetersizliği gösterilebilir.

Baş ağrısı, kokulara karşı hassasiyet, şişkinlik hissi, fiziksel hareketlerde artma, cinsel istekte artma, cinsel istekte azalma yakınmaları ile gebelik haftaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 12).

Bacaklarda kramp şikâyeti %76,9 ile en fazla III. trimestire ait olup bunu sırasıyla %38,5 ile II. trimestir, %27,6 ile I. trimestir gebelik haftaları izlemiştir ve istatistiksel değerlendirmeler sonucunda aradaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $X^2=26.260$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ ). Yapılan bir araştırmada da %53,3 ile en fazla III. trimesterde bacaklarda kramp şikâyeti saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (5). Bulgular literatürle uygunluk göstermektedir.

Sıcak basması sorunu %79,5 ile en fazla III. trimestirde görülürken, II. trimestirde %36,9, I. trimestirde %34,2 oranında görülmüş ve aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $X^2=24.029$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ ). Bakıcı'nın çalışmasında da %44,1 ile en fazla III. trimesterde sıcak basması sorunu saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (5). Gebelerde tüm metabolizmanın %50 arttığı, özellikle III. trimesterde en üst seviyeye ulaştığı bilindiğine göre sıcak basması şikâyetinin III. trimesterde yüksek olması beklenilebilen bir bulgudur.

Gebelerde yorgunluk ve bitkinlik hissi, gebelik ve doğum hakkında fazla endişelenme, karamsar ve kötü hissetme, yalnız hissetme, görünüşünden memnun olmama ve gereksiz yere sinirlenme yakınmaları ile gebelik haftaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 12).

Uyumakta güçlük çekme sorunu %48,7 ile en fazla III. trimestire ait olup bunu sırasıyla %29,2 ile II. trimestir, %23,7 ile I. trimestir gebelik haftaları izlemiştir ve istatistiksel değerlendirmeler sonucunda aradaki farkın önemli olduğu gözlenmiştir ( $X^2=7.704$ ,  $SD=2$ ,  $p<0.05$ ). Literatüre göre, gebeliğin ilk trimesterindeki uykusuzluğun nedeni hormonal artışa bağlanırken, ilerleyen dönemlerde büyüyen uterusun baskısı, fetal hareketler, kramplar, mide yanması ve sık idrara çıkma neden olarak gösterilmektedir (77). Bu yakınmaların son trimesterde daha çok görüldüğü düşünülecek olursa uykuda güçlük çekmenin III. trimesterde daha fazla görülmesi beklenilebilen bir bulgudur.

## 5. SONUÇ

Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar ile bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi konusunda yapılan araştırma ile ilgili önemli sonuçlar aşağıda genel hatları ile sunulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %31,7'sinin 22–25 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının  $26,81 \pm 4,71$  olduğu saptanmıştır. Gebelerin %36,1'i ilkökul mezunu olup, %68,2'sinin çalışmadığı belirlenmiştir. %71,1'inin geliri gideri ile dengeli ve %85'inin çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır. Gebelerin tümünün (%100,0) eşiyile isteyerek evlendiği, %45,6'sının 1–4 yıl süresince evli olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada gebelerin %47,8'sinin birinci gebeliği, %5'inin 5 ve üzerindeki gebeliği olduğu belirlenmiştir. Hiç canlı doğumu olmayanların oranı %57,2, dört canlı doğumu olanların oranı %06; ölü doğumu olmayanların oranı %95,6, bir ölü doğumu olanların oranı ise %4,4 olarak saptanmıştır. Gebelerin %78,8'inin hiç düşük yapmadığı, düşük yapanlardan %06'sının dört düşük yaptığı; %57,7'sinin yaşayan çocuğa sahip olmadığı, yaşayan çocuklara sahip olanlardan %35,6'sının bir çocuğa ve %06'sının dört çocuğa sahip olduğu bulunmuştur.

Gebelik haftalarının dağılımına bakıldığında, %42,2'sinin ilk trimester, %36,1'inin ikinci trimester, % 21,7'sinin üçüncü trimesterde olduğu belirlenmiştir. Gebeliği isteme durumları incelendiğinde ise %91,7'sinin isteyerek, %8,3'ünün istemeyerek gebe kaldığı saptanmıştır.

Gebelerin %85,0'inin gebelik ve doğumla ilgili bilgi aldıkları, bilgi alanlardan %59,4'ünün sağlık personelinden bilgi aldığı ve %88,3'ünün bu bilgileri sağlık personelinden almak istedikleri saptanmıştır. Gebelerin %55,0'inin gebelikleri ile ilgili olarak sağlık ocağı ve SSK hastanesine, %4,4'ünün sadece sağlık ocağına başvurdukları ve %91,7'sinin düzenli gebelik takibi yaptırdığı belirlenmiştir.

Gebelerin %67,8'i gebe olduklarını öğrendiklerinde mutlu olduklarını ifade etmiştir. Gebe kadınların %55,6'sı genel sağlık durumunu iyi olarak, %45,0 ise gebe kalmadan önceki sağlık durumu ile şimdiki sağlık durumunu hemen hemen aynı

olarak tanımlamışlardır. Gebelerin %87,2'sinin gebelik sırasında eşlerinden destek aldıkları ve %86,7'sinin doğum anında eşlerinin yanlarında olmasını istedikleri saptanmıştır. Gebe kadınların %56,7'sinin doğumdan sonra bebek bakımını eşleri ile paylaşacakları belirlenmiştir. Gebelerin çoğunluğu (%41,1) doğum olayını mutluluk verici olarak tanımlamışlardır.

Araştırma kapsamındaki gebelerin %80,0'inin sık idrara çıkma, %78,3'ünün yorgunluk, %71,7'sinin bulantı-kusma, %70,6'sının bel ağrısı ve %62,8'inin hazımsızlık şikâyeti olduğu saptanmıştır. Gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamaları ile gittiği sağlık kuruluşu, gebelik sayısı, gebelik haftası, doğumu tanımlama ve gebeliği isteme durumları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Sadece sağlık ocağına başvuran, 5 ve üzeri gebeliğe sahip olan, doğum olayını korku verici olarak tanımlayan ve gebeliği istemeyen gebelerin puan ortalaması yüksek olarak saptanmıştır.

Gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmalarından, bel ağrısı, dış ya da dış eti ağrısı, bacaklarda kramp, sıcak basması ve uyumakta güçlük çekme ile gebelik haftaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş ve bu yakınmaların en çok III. trimesterde görüldüğü saptanmıştır.

## 6. ÖNERİLER

Temel konusu insan ve özellikle de sağlık olan kurumlar, çalışma alanlarını, insanların ve toplumların değişen ihtiyaçlarına göre genişletmek ve geliştirmek zorundadır. İyi bir neslin yetiştirilmesinde ideal ve öncelikli ortamın aile olduğu ilkesinden hareketle, eş seçimi, ailenin kurulması, ocuk sahibi olma, sorumluluk sahibi ebeveynlik, aile ilişkileri, ev ekonomisi gibi konuları içeren aile yaşamı eğitiminin örgün ve yaygın eğitim programları ile yaygınlaştırılması,

Kadınların her alandaki durumunu iyileştirmeye yönelik projelerin desteklenmesi ve toplumsal bilincin oluşturulması,

Kadın sağlığı alanında çalışan tüm sağlık personelinin bu konuda uzmanlaşmaları, danışmanlık ve eğitim alanında becerilerinin geliştirilmesi amacıyla hizmet içi programlarının hazırlanması,

Gebelere, bakım veren sağlık personelinin özellikle de hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarının arttırılması önerilebilir.

**KAYNAKLAR**

1. Davis B., (2001) Prenatal Maternal Stres. *Nursing Resarch* **15**, 215–216.
2. Top M., (1998) *Gebe Kadınların Algıladıkları Sağlık İhtiyaçları Üzerine Bir Araştırma*. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üni. Sağlık Bilimleri Enst. Ankara.
3. Taşkın L., (2000) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. (4. baskı). Sistem Ofset, Ankara.
4. Öztürk Y.,Günay O., (1995) *Aile Sağlığı El Kitabı*. (83. baskı). Erciyes Üni. Yayınları, Kayseri
5. Bakıcı A., (1999) *Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sorunların Saptanması ve Bunları Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Yayımlanmamış YL Tezi, Ege Üni. Sağlık Bilimleri Enst. İzmir.
6. Biçer S., Birinci F., Ceyhan G., ve ark. (2001) Sağlık Hizmetlerinde İletişim ve İletişim Sorunları. *I. Ana Çocuk Sağlığı Kongresi*, Ankara.
7. Pasinoğlu T., (1991) Ebeveynlerin Sağlık Ocaklarının Verdiği Anne ve Çocuk Hizmetlerini Kullanma Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler. *EÜHYO Dergisi* **3**, 2–10.
8. Arısan K., (1989) *Doğum Bilgisi*. (3. baskı). Çeltüt Matbaacılık, İstanbul.
9. Gürgüç A., (1986) *Doğum Bilgisi*. (6. baskı). Yargıç Kitabevi, Ankara.
10. Seçinti G., Burgut R., Tunca A., (1990) Fertil Yaştaki Annelerin Gebelik, doğum ve Doğum Sonu Riskli Durumlar Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Tebliği*. İstanbul.

11. Güler K., Çoşkun A., Ekizler H., ve ark. (1988) Prenatal Bakımı Etkileyen Faktörlerle İlgili Epidemiyolojik Bir Çalışma. *Hemşirelik Bülteni*. **3**, 39–43.
12. Karanisoğlu H., (1996) *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*. (1. baskı). Anadolu Üni. Web-Ofset, Eskişehir.
13. Kömürcü N., (2000) *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. (11. baskı). Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.
14. ----- (1994) *Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık-Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
15. Mete S., (1992) Kadınların Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri. *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi*. Sivas.
16. Erdoğan E., ve ark. (1992) Annelerin Prenatal Dönemde Bakım Alma ve Kontrole Gitme Durumları Üzerinde Bir İnceleme. *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*. 509–517.
17. Hadley A., (1986) Maternity Benefits. *Nursing Time*. **11**, 34–35.
18. Gebelikte Sık Rastlanılan Yakınma ve Belirtiler. (2006) <http://gebelik.org/dosyalar/frequent.html>.
19. Berkiten A., (1999) *Babaların Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Sürecine İlişkin Beklenti ve Deneyimlerinin Anne ve Babalar Tarafından Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış YL. Tezi, Marmara Üni. Sağlık Bilimleri Enst. İstanbul.
20. Dökmen Ü., (2003) *Varolmak Gelişmek Uzlaşmak*. (7. baskı). Sistem Yayıncılık, İstanbul.
21. Sertbaş G., (1998) *Gebelerde Doğum Öncesi ve Sonrası Durumluluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi*. Doktora Tezi, Ege Üni. Sağlık Bilimleri Enst. İzmir.

22. ----- (1994) *Hacettepe Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Ders Notları*. (5. baskı). Metay Yayınları, İzmir.
23. Akın A., Aklan C., Ergin A., ve ark. (1997) *Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Programları İçin Bilgi-Eğitim- İletişim Rehberi*. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müd. Ankara.
24. Demirci H., (1996) *İlk Gebeliği Olan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin İncelenmesi*. YL. Tezi, İstanbul Üni. Sağlık Bilimleri Enst. İstanbul.
25. Kotelchuck M., Alexander G.R., (2001) Assessing the role and effectiveness of prenatal care. *Public Health Rep.* **116**, 306–307.
26. Rooks J.P., (1997) *Midwifery and childbirth in America*. Temple, Philadelphia.
27. Strong T.H., (2000) *What expectant parents should know about prenatal care in America*. New York Üni. Pres, New York.
28. U.S. Department of Health and Human Services U.S. Public Health Service, (1989) *The content of prenatal care*. Washington.
29. Rising S.S., (1998) An interdisciplinary model of empowerment. *J Nurse Midwifery* **43**, 46–54.
30. Rising S.S., Kennedy C.S., (2004) Redesigning care through Centering Pregnancy. *J Nurse Midwifery* **49**, 398–404.
31. Novick G., (2004) Centeringpregnancy and the current state of prenatal care. *J Nurse Midwifery* **49**, 405–411.
32. Kişnişçi H., Gökşin E., ve ark. (1996) *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Güneş Kitabevi, Ankara.
33. Atasü, T., Türkmenoğlu İ., (1994) *Pratik Doğum Bilgisi*. (1. baskı), Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

34. James R., Scott J., Disano B., et al. (1997) *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji*. Erez S., (Çeviri eds.), (7th ed.), J.B. Lippincott Company&Yücel Yayım, İstanbul.
35. Jack A., Paul C., Norman F., (1989) *Williams Obstetrics*. Yılmaz İ., (Çeviri eds.), (17th ed.), Prentice Hall Int. Inc. & Güneş Kitabevi, Ankara.
36. Kutlugil Y., (1997) ) *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
37. Önder İ., (1987) *Kadın Doğum Propedötik*. (8. baskı), Güneş Kitabevi, Ankara.
38. Önder İ., (1989) *Ebe Hemşirenin Doğum Bilgisi*. Menteş Kitabevi, Ankara.
39. Fakirullahoğlu A.S., (2000) *Anne ve Çocuk Sağlığı*. (3. baskı), Merve Basın Yayın Dağıtım San. ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul.
40. William B., (1998) *Kadın Hastalıkları ve Doğum*. Uçar A., (Çeviri ed.), (4. ed.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
41. Rene F., Taylor S., (1991) *Hamilelik*. (1. baskı), İletişim Yayıncılık, İstanbul.
42. Chamberlain G., Fairley H. D., (1997) *Obstetrics and Gynaecology*. London.
43. Sakala E., (1999) *Obstetrics and Gynaecology*. Alper M., (Çeviri eds.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
44. Pernoll M. L., (1994) *Çağdaş Obstetrik&Jinekolojik&Teşhis&Tedavi*. Saraçoğlu F., (Çeviri ed.), Barış Kitabevi, İstanbul.
45. Puyn U., (1999) *Anne ve Çocuk*. Kınalıbay E., (Çeviri ed.), (8. baskı), Remzi Kitabevi, İstanbul.

46. Azak M., Güler Ç., (1993) *Ana Sağlığı ve Aile Planlaması*. Hatiboğlu Yayınları, Ankara.
47. Doğum Öncesi Dönem ve Sorunları. (2006) <http://pregnancy.about.com/health/pregnancy/library/weekly>.
48. Miram B., Rosenthal M., et al. (1994) *Obstetrik ve Jinekolojinin Psikolojik Yönleri*. Kükner S. (Çeviri eds.), Barış Kitabevi, İstanbul.
49. Pillitteri A., (1992) *Maternal and Child Nursing*. Lippincott Company, Philadelphia.
50. Rosemary H., Kelly M., (2001) Somatic complaints among pregnant Women. *General Hospital Psychiatry*. **23**, 107–113.
51. Karanisoğlu H., (1991) Gebelerde Ruhsal Durum ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*. **19**, 49–51.
52. Bobak I.M., Jensen D., (1981) *Maternity Care The Nurse&The Family*. (2nd ed.), Mosby Company, London.
53. Demir A., (1996) *Hamileliğe Hazırlık ve Doğum Sonrası*. (1. baskı), Hayat Yayıncılık, İstanbul.
54. Reeder S., Martin L., (1987) *Maternity Nursing*. Lippincott Company, Philadelphia.
55. Gebelik (2005) <http://gebelik.org/dosyalar/frequent.html>
56. Kocatürk U., (1983) *Gebenin El Kitabı*, (1. baskı), Ankara.
57. Bobak I.M., Jenden D.M., (1987) *Essentids of Maternity Nurning The Nurse and Childbearing Family*. Masby Co. London.
58. Davis D., (1996) The Discomforts of Pregnancy. *Jaurnaul Obstetric and Gynelagic Neenatal Nurning Clinical Issues*. **25**,73-81.

59. Patter A.,Perry G.A.,(1996) *Fundamentals Of Nursing Process and Practive.Masby Co.,St Louis.*
60. Pernaud L.(1995) *Bir Çocuk Bekliyorum.*Gülcan T.,(Çev.ed.),(1. Baskı),E yayımları,İstanbul
61. Eisenberg A.Murkoff H.,Hahaway S.,(1998) *Bebeğinizi Beklerken Sizi Neler Bekler.*Sercan M.,(Çev.ed.), (1.Baskı), Epsilon Yayıncılık İstanbul.
62. Fawcett d.,York R.,(1986) Spouses Phycial and Psychological Symptoms During Pregnancy and Pospartum. *Nursing Research.***35**, 144-148
63. Lopez L.,Ortega S.,Partela M.,(2004) Pica During Pregnancy.*Arch Latinoom Nutr.* **54**,17-24.
64. Ficella K.,(1995) Identification Low Dack Pain.*Obstet Gyneal.***85**, 468-479.
65. Hedman B.,Pahjasvaara S., Talcnen M., etal (2002) Effects of pregnanay an Mather's sleep.*Obstet Gynecd.***26**,349-451.
66. Gacdwin A.,Astburrry d.,McMeeken.d., (2000) Body Image and Playchological Well-being in Pregnancy.A Comporison Exercisers and Non exercises. *Obstet Gynaecal.* **40**, 442-447
67. ----- (2003) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri, Ankara.
68. Dal G.,(2002) Gebe Kadınların ve Eşlerinin Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmaların (Couvade Send) İncelenmesi.YL. Tezi, Ege Üni. Sağlık Bilimleri Enst. İzmir.
69. Ökten Ş.,Yıldızoğlu İ., (2001) Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları. *Hemşirelik Forumu.* **4**, 51-55
70. Potur D., (2003) İlk Gebelikte Gebelerin Beden İmajlarını Algılama Durumlarının İncelenmesi, Marmara Üni. Sağlık Bilimleri Enst. İstanbul.

71. Başbakkal Z., (1999) *Babaların Bebek Bakımındaki Rolü*. Ege Üni. Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir
72. Serias O. (1988) Sosyal Desteklerin Ruhsal Sağlığı Koruyucu Etkisinin İncelenmesi Depresyonlu ve Sağlıklı Kontrollerde Araştırılması. *E.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi*. **3**,1033-1079.
73. Sorias,O., (1989) Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi .seminer Psikoloji. *E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayınları*.**7**,23-35
74. Yalıman A.,Aydın R.,Sindel D., ve ark. (1993) Gebelikte Bel Ağrısı Nedenleri. *Jinekoloji ve Obstetik*.**7**,175-179
75. Rafe Y.,Blittner M.,Lewin I.,Experiences During the Trimesters of Pregnancy January of Clinic the Psychology.
76. Ekinci M.,Özer H.,Bağ B., ve ark.(1999) Gebelerin Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üni. 7. Ulusal Hemşerilik Kongresi Kitabı*. 22-24 Haziran,424-426.
77. Gebelik ve Ruh Sağlığı. [http:// www.kadınlar.com/gebelik/ruh/2001/htm](http://www.kadınlar.com/gebelik/ruh/2001/htm)