



**ADÖLESAN OLAN VE OLMAYAN GEBELERİN
GEBELİK SEMPTOMLARININ VE
ANKSİYETELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Münteha Kevser SOLAK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN

Yüksek Lisans Tezi-2023

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESAN OLAN VE OLMAYAN GEBELERİN GEBELİK
SEMPTOMLARININ VE ANKSİYETELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Münteha Kevser SOLAK

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN**

**MALATYA
2023**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Adölesan Olan ve Olmayan Gebelerin Gebelik Semptomlarının ve Anksiyetelerinin Karşılaştırılması” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

...../...../20...

Münteha Kevser SOLAK

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler ve Gebelik Semptomları	3
2.2. Gebelikte Yaşanan Psikolojik Değişimler ve Anksiyete	7
2.2.1. Birinci Trimesterdeki Psikolojik Değişimler	7
2.2.2. İkinci Trimesterdeki Psikolojik Değişimler	8
2.2.3. Üçüncü Trimesterdeki Psikolojik Değişimler	8
2.3. Adölesan Dönem ve Özellikleri	9
2.3.1. Adölesan Evlilikler	10
2.3.2. Adölesan Gebelik	11
2.4. Adölesan Gebelik ve Hemşirelik Yaklaşımı	12
3. MATERYAL VE METOT	17
3.1. Araştırmanın Türü	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.4. Verilerin Toplanması	18
3.5. Veri Toplama Araçları	18
3.5.1. Katılımcı Tanıtım Formu (Ek-2)	18
3.5.2. Gebelik Semptom Envanteri (GSE) (Ek-3)	18
3.5.3. Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği-Revizyon-2 (GAÖ-R2) (Ek-4)	19
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.7. Verilerin Değerlendirmesi	20
3.8. Araştırmanın Etik ilkeleri	20
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37

KAYNAKLAR	39
EKLER.....	51
EK-1. Özgeçmiş Formu	51
EK-2. Katılımcı Tanıtım Formu	52
EK-3. Gebelik Semptom Envanteri	54
EK-4. Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği-Revizyon-2	56
EK-5. Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu	57
EK-6. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	58



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim öğrenimim ve araştırma sürecimin her aşamasında karşılaştığım zorluklarda anlayışını, desteğini, bilgi ve birikimini esirgemeyen ve manevi olarak her an yanımda olan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sermin Timur TAŞHAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve pandemi ile mücadele ettiğim iş hayatımda motivasyonumun düştüğü zamanlarda bana her türlü destek ve moral veren çok değerli ailem; babam Mustafa SOLAK, annem Sevda SOLAK ve hayattaki en büyük şansım olan kardeşlerim Erdoğan ve Burak SOLAK'a,

Gösterdikleri ilgi ve desteklerinden dolayı bu süreçte beni yalnız bırakmayan Türkyılmaz ailesine,

Araştırma sürecimde nöbetlerimi ayarlamakta kolaylık sağlayan, veri toplama aşamamda desteğini hiç üzerimden çekmeyen en değerli meslek arkadaşım ve klinik sorumlum Reyhan GÜRLER'e ve mesai arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Münteha Kevser SOLAK

ÖZET

Adölesan Olan ve Olmayan Gebelerin Gebelik Semptomlarının ve Anksiyetelerinin Karşılaştırılması

Amaç: Araştırma adölesan olan ve olmayan gebelerin gebelik semptomlarının ve anksiyetelerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve metot: Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi kadın doğum polikliniklerine 01 Haziran- 31 Ağustos 2021 tarihleri arasında başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklemi yapılan güç analizine göre 0.35 etki büyüklüğünde, %80 güç ve 0.05 anlamlılık düzeyinde evreni temsil etme gücüne sahip 130 adölesan ve 130 adölesan olmayan gebe oluşturmuştur. Veriler aritmetik ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney, Ki-Kare, yüzdelik dağılım, Pearson ve Spearman korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmada yetişkin gebelerin yaş ve ilk gebelik yaş ortalaması, üniversite mezunu olma durumu, gebelik kilosu, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı, düşük ve kürtaj olma durumu adölesan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Adölesan gebelerde ise çalışma oranının yetişkin gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Araştırmada adölesan gebelerin GAÖ-R2 toplam ve alt boyutları, gebelik semptomları sıklığı ve günlük aktiviteleri sınırlama puan ortalamalarının yetişkin gebelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca araştırmada adölesan gebelerde GAÖ-R2 toplam ve alt boyutları ile gebelikte yaşadıkları semptomların sıklığı ve semptomların günlük aktiviteleri sınırlama durumu arasında pozitif yönde önemli ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmada yaştan gebelikte gebelik semptomları ve anksiyeteyi etkileyen önemli bir faktör olduğu ve adölesan gebelerde gebelik semptomlarının sıklığı ve günlük aktiviteleri sınırlama durumunun yetişkin gebelere göre daha fazla olduğu, bu durumun da adölesan gebelerde gebelik anksiyetesini arttırdığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan gebelik, Anksiyete, Gebelik, Gebelik semptomları

ABSTRACT

Comparison of Pregnancy Symptoms and Anxiety of Pregnant Adolescents and Non-Adolescents

Aim: The study was conducted to compare the pregnancy symptoms and anxiety of adolescent and non-adolescent pregnant women.

Material and Method: The research was conducted as a descriptive and correlational. The population of the study consisted of pregnant women who applied to the pregnant outpatient clinics of Kahramanmaraş Necip Fazıl City Hospital Gynecology and Children's Hospital between 01 June and 31 August 2021. Sample group consisted of 130 adolescent and 130 non-adolescent pregnant women that have target population which was determined as effect size of 0.35, a power of 80% and a significance level of 0.05, based on the power analysis. Data were analysed by arithmetic mean, standard deviation, t test in the independent groups, Mann-Whitney, Chi-Square, percentage distribution, Pearson and Spearman correlation analysis.

Results: In the study, it was found that adult pregnant average age and average age of first pregnancy, being a university graduate, gestational weight, number of pregnancies and living children, miscarriage and abortion were higher than adolescent pregnant (p<0.05). In adolescent pregnant, the rate of employment was found to be higher than in adult pregnant (p<0.001). In the study, it was determined that the mean scores of PRAQR2 total and sub-dimensions, frequency of pregnancy symptoms and limitation of daily activities of adolescent pregnant were significantly higher than that of adult pregnant (p<0.05). In addition, a significant positive correlation was found between the level of PRAQR2 total and sub-dimensions in adolescent pregnant and the frequency of symptoms experienced by pregnant women during pregnancy and the limitation of symptoms in daily activities (p<0.05).

Conclusion: In the study, it was determined that age is an important factor affecting pregnancy symptoms and anxiety in pregnancy, and the frequency of pregnancy symptoms and limitation of daily activities in adolescent pregnant women are higher than adult pregnant women, and this situation increases pregnancy anxiety in adolescent pregnant women.

Keywords: Adolescent pregnancy, Anxiety, Pregnancy, Pregnancy symptoms

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GAÖ-R2	: Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği-Revizyon-2
GİS	: Gastrointestinal Sistem
GÖRH	: Gastro-Özofageal Reflü Hastalığı
GSE	: Gebelik Semptom Envanteri
KTS	: Karpal Tünel Sendromu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı.....	21
Tablo 4.2. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı	22
Tablo 4.4. Gebelerin Gebelik Semptom Envanteri Sıklık Skoru ile Günlük Aktiviteleri Sınırlama Skorlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	24
Tablo 4.5. Adolesan Gebelerin Gebelik Semptomlarının Dağılımı	25
Tablo 4.6. Yetişkin Gebelerin Gebelik Semptomlarının Dağılımı	27
Tablo 4.7. Gebelikte Anksiyete Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile Gebelik Semptom Envanteri Ölçek Puanı Arasındaki İlişki	29

1. GİRİŞ

Kadın hayatında en önemli değişkenlerinden birini oluşturan gebelik, kadınlar üzerinde fizyolojik, psikolojik, sosyolojik etkilere sahip önemli ve özel bir evredir (1, 2). Gebelik fetüsün gereksinimlerini karşılamak, homeostazis dengesini bozmamak, doğum ve doğum sonrası döneme gebeyi hazır hale getirmek amacıyla patolojik olan ve olmayan değişikliklerin meydana geldiği bir süreçtir (3). Gebelikte oluşan fizyolojik değişiklikler ile kadınlarda gebelikle ilişkili semptomlar görülür (4). Birinci trimester, erken gebelik dönemi olarak adlandırılmakla birlikte bu dönemde mide bulantısı, kusma, yorgunluk hissi, sık idrara çıkma, burun kanaması ve tıkanıklık, meme dokusunda hassasiyet, vajinal akıntıda artma, ambivalan duyguların ve anksiyete oluşumunun sık rastlanabileceği bir dönemdir (3, 5, 6). Türkiye’de Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında gebelikte birinci trimesterde en sık karşılaşılan yakınmalar sırasıyla sık idrara çıkma, yorgunluk, bulantı-kusma olarak belirtilmekteyken (7), Özyürek ve Özgül’ün çalışmasında bitkinlik ve yorgunluk, mide bulantısı, sık idrara çıkma olarak belirtilmektedir (8).

Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterlerinde ise konstipasyon, baş ağrısı, hipotansiyon, gastroözofageal reflü, iştah artması, yalancı doğum ağrısı, sırt ve bel ağrısı, solunum sıkıntısı, horlama ile geceleri sık uyanmaya bağlı uyku kalitesinde azalma, ciltte kaşıntı, deri değişiklikleri gibi yakınmaları daha sık görülebilmektedir (3, 4, 6, 9-11). Gebelikte ikinci trimesterde Özyürek ve Özgül ile Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında en sık karşılaşılan yakınmalar bitkinlik ve yorgunluk, sık idrara çıkma, sırt ve bel ağrısı olduğu belirtilmekteyken (7, 8), üçüncü trimesterde Özyürek ve Özgül’ün çalışmasında sırasıyla bitkinlik ve yorgunluk ve uyku problemi görülmekte (8), Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında ise sırasıyla yorgunluk, sık idrara çıkma görülmektedir (7).

Gebelik kadında psikososyal açıdan birtakım değişikliklerin görüldüğü ve anksiyete oluşumuna neden olabilecek pekçok etkenle karşılaştığı yüksek riskli bir süreçtir (12). Her trimesterin kendine has psikolojik bir uyum süreci vardır (13). Yapılan çalışmalar incelendiğinde antenatal anksiyete prevalansı %6.8-53.8 arasında değişmektedir (14, 15). Lee ve arkadaşlarının çalışmasında gebe kadınların %54’ünde anksiyete belirtilerinin görüldüğü, gebelerde anksiyetenin ilk ve üçüncü trimesterde daha yaygın ve şiddetli olduğu belirtilmektedir (16). Gebe bir kadının değerlendirilmesi

yapılırken fiziksel değerlendirmenin yanında psikiyatrik ve sosyodemografik faktörlerin de ele alınması gerekir (12). Yapılan birçok çalışmanın sonucuna göre gebelikte yaşanan semptomların gebelik sayısı, gebeliğin istenilme durumu (17), trimesteri (7, 17), gelir durumu, sigara (7) ve gebelikte oluşan anksiyetenin gelir durumu (18), gebelik trimesteri (19), yaş (15, 20, 21), eğitim durumu, sosyo-ekonomik düzey düşüklüğü, düşük sosyal destek (21) ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir.

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin kültürel yapısı ve gelenekleri sebebiyle daha küçük yaşlarda evlilikler ve gebelikler meydana gelmektedir. Türkiye’de yasal evlenme yaşı 18’dir (22). Ülkemizde ailenin rızası ve mahkemenin onayıyla evlenme yaşı 16’ya düşürülebilmektedir (23). Bu yüzden ülkemizde 16 yaşın altındaki çocuk evlilikleri resmi olarak kayıt dışı tutulmakta ve bu evlilik oranı hakkında kesin bilgiler bulunmamaktadır (24, 25). Adölesan evlilik ve adölesan gebelik prevalansına ilişkin istatistiksel veriler mevcut olmamakla birlikte, 10-19 yaş arası adölesanların doğumlarının yaklaşık olarak %10’a ulaştığı düşünülmektedir (22). Adölesanlar bu dönemde yaşadıkları psikolojik, biyolojik, duygusal ve fiziksel birtakım değişikliklerden dolayı sağlık açısından riskli bir gruba oluşturmaktadır (24, 26, 27). Adölesan gebeliklerde fiziksel yakınmalar ile birlikte anksiyete sorunu da görülmektedir (28). Adölesan anne adayları bir taraftan dönemin getirdiği değişimlere alışmayı denerken, öbür taraftan hamilelik ve doğum sürecinin karışıklığı ile başa çıkmaktadır. Gelişimsel kriz sürecinde olan ergen gebelerin, yetişkin gebelere göre kaygı durumları artmaktadır (29). Dolayısıyla bu gebelikler ciddi bir ruh sağlığı riski oluşturmaktadır (22). Erken yaşta yapılan evliliklerin neden ve sonuçlarının belirlenerek bakım ve sosyal destek hizmeti sunmak, sağlık profesyonellerinden hemşirelerin geleneksel ve çağdaş rollerinden biridir (23).

Literatürde yapılmış çalışmalar incelendiğinde adölesan gebelerin gebelik semptomları görülme düzeyini inceleyen çalışmalara (30, 31) ve gebeliklerinde anksiyete düzeyini inceleyen çalışmalara (32, 33) rastlanmıştır. Ancak adölesan gebelerde gebelik semptomları ve anksiyete ilişkisi yeterince ele alınmamıştır. Adölesan gebelik, psikiyatrik hastalıklar da dahil olmak üzere olumsuz tıbbi ve psikososyal sonuçlar için risk faktörüdür (34). Adölesan gebeliklerin halen olması çalışmaların artırılması gerektiğini göstermiştir. Araştırmanın adölesan gebeler ve yetişkin gebelerde gebelik semptomları ve anksiyete düzeylerine ilişkin özelliklerinin değerlendirilmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı: Bu çalışma adölesan olan ve olmayan gebelerin gebelik semptomlarının ve anksiyetelerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler ve Gebelik Semptomları

Gebelik üç trimesterde sınıflandırılır ve bunlar “birinci trimester” ilk üç aylık dönemi (0-14. hafta), “ikinci trimester” (15-27. haftalar), “üçüncü trimester” (28-40. haftalar) olarak belirtilmektedir (6). Gebelikte endokrinolojik, immünolojik ve vasküler gibi fiziksel semptomlar yaygındır ve genellikle fizyolojik değişikliklerle ilişkilidir (35, 36). Gebelikte oluşan fizyolojik değişikliklere bağlı yakınmalar, trimesterlere göre farklılık göstermekte, bu fizyolojik değişikliklerin bazılarının nedeni bilinmemekte ve birçoğunun hormonal değişikliklerle ve genişleyen uterusla bağlı olduğu belirtilmektedir (17). Her gebenin gebelikleri boyunca en az bir ya da iki semptomla karşılaştığı bildirilmektedir (4). Türkiye’de Dönmez ve arkadaşları çalışmalarında gebelerin gebelik sürecinin herhangi bir döneminde gebelik semptomu yaşama durumlarını %13.6 olarak bulmuşlardır (37).

Üreme Sisteminde Yaşanan Değişimler ve İlişkili Semptomlar;

Uterus: Gebeliğin 12. ve 16. haftaları arasında simfizis pubisten palpe edilen uterusu, ilk trimesterden sonra irregüler, ağrısız şiddeti 5-25 mmHg. olan kontraksiyonlar görülmekte olup, bu kontraksiyonları 1872 yılında Braxton Hicks tanımladığı için onun ismi ile bilinmekte ve gebeliğin son birkaç haftası 10-20 dakika aralarla gelen bu kontraksiyonlara yalancı doğum sancıları denmektedir (6, 9, 38).

Serviks: Serviks uterus korpusunun alt kısmında yer alan, fetüsü terme kadar uterusun içinde tutan, sert, silindirik bir yapıdır (39-41). Yetişkin bayanlarda gebelik öncesi serviksin uzunluğu 25 mm civarında, ön-arka kalınlığı 20-25 mm , enine kalınlığı ise 25-30 mm arasındadır. Bu durum yaş, parite ve menstrüel siklusun evresine bağlı olarak değişebilir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile servikal kanalın ortalama genişliğinin foliküler fazda 4,5 mm ve menstrüel siklusun salgı fazında 3,8 mm olduğu belirtilmiştir (41).

Vulva ve Vajina: Gebelikte vajinada glikojenin birikmesi sonucu asidik bir ortam oluşur ve bunun sonucunda gebelikte vulvovajinal kandididiaz riski artar (42, 43). Bu risk en fazla ikinci ve üçüncü trimesterlerde ortaya çıkar. Vulvovajinal kandididiaz gebelerin %30’unda görülmektedir (43). Vajinal kanama gebeliğin erken

evresinde sık karşılaşılan bir sorun olup, gebelerin yaklaşık %20'sinde görülmektedir (37). Vajinal akıntıda artma (lökore) ilk üç aylık dönemde başlar ve hamilelik süresince sıkça görülür (17).

Memeler: Gebelerde en sık karşılaşılan yakınmalardan biri de memelerde hassasiyettir (37). Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında memelerde hassasiyet görülme durumunun en yüksek Çetin ve arkadaşlarının çalışmasında %71.8 oranında görülmüştür (17).

Cinsel İstek: Gebeliğin birinci trimesterinde libidonun azalmasına bağlı olarak cinsel işlevlerde azalma, ikinci trimesterinde cinsel uyarılma, tatmin ve orgazm puanlarının en yüksek, pelvik konjesyonunun artmasına bağlı olarak daha erotik ve enerji dolu olması , üçüncü trimesterinde ise uterusun büyümesine bağlı olarak fiziksel engeller ve ağrıların artması ile cinsel ilişkinin daha zor ve nadir görüldüğü ve gebelerin % 92'sinin cinsel işlev bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir (44, 45).

Kas İskelet Sisteminde Yaşanan Değişimler ve İlişkili Semptomlar;

Uterusun gelişmesi ve ön tarafa yönelmesi ile lumbosakral bölgede lordozis artar ve bunun sonucunda sakroiliak eklemin yükü artar. Bunun sonucunda bel ağrıları oluşur (9). Bel ağrısı, gebelikte karşılaşılan en sık kas-iskelet semptomudur ve çoğu kadında 5-7. aylarda görülmektedir fakat ilk trimesterde de ortaya çıkabilir (46, 47). Gebelikte görülen bel ağrısı ikiye ayrılmakta olup bunlar, lomber ağrı ve posterior pelvik ağrı olarak adlandırılmaktadır (47). Gebelik sırasındaki ağrı yayılımı %50-80 arasında bildirilmiş ve bu ağrıyı yaşayan gebelerin %85'nin ilerdeki hamileliklerinde de bel ağrısı yaşadıkları belirtilmiştir (46).

Kardiyovasküler Sistemde Yaşanan Değişimler ve İlişkili Semptomlar;

Gebelikte kardiyovasküler sistemdeki değişiklikler gebeliğin erken dönemlerinde başlar, kalbin boyutunda yaklaşık %12 oranında artış görülür ve sekiz haftalık bir gebede kalp debisi %20 artmakta olup, en yüksek değerine gebeliğin 20-28. haftalarında ulaşır (48, 49). Gebelikte kan basıncı düzeyinde birinci ve ikinci trimesterde düşme, son trimesterde ise gebe olmadığı seviyelere yükselme gözlenir (48).

Ödem: Gebelerin çoğunda üçüncü trimesterde ayak bileği ve bacaklarda basmakla gide bırakan ödem görülür (50). Gebelerin %60.5'i bu durumu yaşamaktadır (8).

Varikoz Ven: Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde görülen semptomlardan olan varikoz venler, hamilelerde yaşam kalitesi üzerinde negatif etki gösteren, fiziksel

hareketlerde kısıtlılık, kozmetik ve ruhsal sorunlara neden olan sağlık sorunlarından birisidir (3, 51). Gebelerin %18-22'sinde bu problem yaşanmaktadır (51).

Senkop: Türkiye'de Özyürek ve Özgül'ün çalışmasında gebelerin %2.9' unda bayılma görülmüştür (8).

Solunum Sisteminde Yaşanan Değişimler ve İlişkili Semptomlar;

Gebelikte metabolizma hızındaki %15'lik artış ve oksijen tüketimindeki %20'lik artış nedeniye oksijene talep artmaktadır (48).

Dispne: Gebelikte üçüncü trimesterde gebelerin %50-70'inde görülmektedir (52).

Solunum yollarında genişleme ve mukozada hiperemi ve ödemin oluşması ile burun tıkanıklığı görülür (52). Gebeliğin 3. trimesterinde horlamanın artması nedeniyle uyku kalitesi azalmıştır (11). Bir ABD Ulusal Uyku Vakfı araştırmasının çalışmasına göre kadınların %79'undan fazlasının diğer zamanlara kıyasla gebelik döneminde uyku değişiklikleri yaşadıkları belirtilmektedir (53).

Gastrointestinal Değişimler ve İlişkili Semptomlar;

Bulantı ve Kusma: Bulantı ve kusma hamilelikte sık rastlanılan ve yönetilmesi çoğu zaman zor bir durumdur ve gebelerin %70'ini etkilemektedir (54, 55). Gebelikte mide bulantısı, kusma, öğürme genellikle ilk trimesterde, 6-12 hafta arasında başlar ve 20. haftaya kadar da sürebilmektedir. Gebelerin %20'sinde ise 20. haftadan sonra bu semptomların görülebildiği belirtilmiştir (56). Erken gebelikte şiddetli bulantı ve kusmaya neden olan ve sıklıkla hastaneye yatışla sonuçlanan hiperemesis gravidarum, gebelerin %0.3-10.8'inde görülmektedir (55, 57).

Mide: Gebelik ilerledikçe mide yukarı doğru yer değiştirir ve mide içi basıncı artar (48). Progesteronun düz kas hücreleri üzerindeki etkisi ile alt özofagus sfinkter tonusunda azalmaya bağlı pH düzeyinde azalma, mide sekresyon miktarında artış görülmekte ve buna bağlı mide yanması oluşabilmektedir (48, 52). Gebelerde mide yanması %58.4 - %79.1 oranlarında yaşanmaktadır (4).

Gastro-özofageal Reflü: GÖRH gebelerin %25'inde her gün en az bir kez görülmekte ve sıklığının 1.trimesterde %22, 2.trimesterde %39, 3.trimesterde %72 olduğu ve gebelik sonrasında normale döndüğü belirtilmektedir (58).

Konstipasyon: Gebelerde bulantı ve kusmadan sonraki en yaygın görülen GİS semptomu olan konstipasyonun yapılmış çalışmaların sonucuna göre Güney Asya'da %24.5, Hindistan'da %24, Güney Batı Nijerya'da %20.7 ve ülkemizde %13-38 oranında görüldüğü bildirilmiştir (59).

Ülkemizde gebeler %3.9-20.7 oranlarında hemoroid yaşamaktadır (60).

Ülkemizde yapılan iki çalışmada gebelerde hazımsızlık %43.4-46.7 oranlarında yaşanmaktadır (60-7) ve daha çok üçüncü trimesterde görülmektedir (7). Ayrıca gebelikte tükürük salgısının azalması ile ağız kuruluğu ve sinüslerdeki tıkanıklık ile nazal hiperemi görülebilir (61).

Ülkemizde yapılan iki çalışmada gebelerde iştahta artma sırasıyla %33.8-76.1 oranlarında yaşanmaktadır (7-17).

Ciltte Yaşanan Değişimler ve İlişkili Semptomlar;

Gebelikte tüm cilt değişiklikleri fizyolojik (hormonla ilgili), gebelikten önce var olan ve gebelik durumunda görülen olmak üzere üç grupta incelenmektedir (62).

Hiperpigmentasyon: Gebeliğin ilk üç ayında başlar ve başta meme uçları, areola ve genital bölgeler olmak üzere pigmente bölgelerde görülür (63). Gebelikte en sık görülen cilt değişikliklerindendir ve gebelerin %85 ile %90'ında görülmektedir (61).

Gebelik maskesi: Gebelik maskesi olarak da bilinen kloazma veya malezma gebelerin %45-75'inde ve genellikle daha koyu tenli hastalarda görülmektedir (61, 63).

Stria gravidarum: Gebelerin %90'ını etkileyerek, hamilelik sırasında gelişen kırmızımsı hafif çökük çizgiler şeklinde başlayıp karın, göğüs, uyluk ve kalçalarda görülen çatlaklardır (64, 65). İlk gebelikte sık görülür ve genellikle üçüncü trimesterde bulunmaktadır (65).

Hirsutizm ve sivilceler terme doğru birçok gebe kadınlarda görülür (66). Gebelerde tırnak değişiklikleri ise %2- %40 oranında görülmektedir (61).

Üriner Sistemde Yaşanan Değişimler ve İlişkili Semptomlar;

Gebelik süresince böbreklerin boyutunda 1-1,5 cm artış ve gebe olmayan seviyelere bakılarak glomerüler filtrasyon hızında (GFR) %50 ve renal plazma akışında (RPF) %80'e kadar artış belirtilmektedir (67, 68).

Üriner İnkontinans: Ülkemizde gebeler üzerinde yapılan çalışmalarda gebelikte üriner inkontinans prevalansı %7 ile %41.7 olarak bulunmuştur (69).

Merkezi Sinir Sisteminde Yaşanan Değişimler ve İlişkili Semptomlar;

Karpal tünel sendromu (KTS): KTS başparmak, işaret, orta ve yüzük parmağının yarısında ve avuç içinde uyuşma, karıncalanma ile karakterize olup, gebelikteki prevalansı %2-%70 arasında değişmektedir. En sık ikinci ve üçüncü trimesterde görülmektedir (70).

Baş Ağrısı: Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelerde baş ağrısı %28.5-%60.6 oranlarında görülmektedir (7, 8, 17, 71).

Baş Dönmesi: Türkiyede yapılan iki çalışmada baş dönmesi %32.4-%61.3 oranlarında görülmektedir (8, 17).

Hemşirelerin gebelerde, gebelik sürecinde oluşan bu semptomları tanılama, gebelere bu semptomlar konusunda baş etme becerisi kazandırma ve böylece yaşam kalitelerini geliştirme gibi önemli mesleki sorumlulukları bulunmaktadır. (71).

2.2. Gebelikte Yaşanan Psikolojik Değişimler ve Anksiyete

Gebelik, fizyolojik, ruhsal, hormonal ve sosyal yönden birtakım değişikliklerin görüldüğü ve bu değişikliklere karşı ayak uydurmaya çalışırken duygusal rahatsızlık ve psikolojik sıkıntı olasılığının arttığı bir yaşam aşamasıdır. Bu rahatsızlıklar arasında kaygı, stres, üzüntü, depresyon ve hayal kırıklığı gelmektedir (72). Bazı kadınlar hamilelik sürecini mutluluk, tatmin ve kendini gerçekleştirme kaynağı olarak deneyimleyebilmekteyken, diğerleri ise anksiyete gelişimi gibi zihinsel sağlıklarında değişiklikler yaşayabilmekte ve hamileliğin hormonal veya biyolojik değişiklikleri nedeniyle psikolojik sorunlara karşı daha savunmasız ve duyarlı olabilmektedir (73, 74). Gebelerde psikiyatrik bozukluklar %30'a varan oranlarda görülen yaygın bir sorun olmakla birlikte gebelerin ve bebeklerinin sağlık sonuçlarını etkilemektedir (75). Anksiyete, hamilelik sırası ve doğum sonrasında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır (76). Yeşilçınar ve arkadaşları yaptıkları çalışmada gebelerin yaş, parite, gelir durumu, gebeliği planlama ve çalışma durumlarının gebelerin anksiyete düzeylerini etkilediklerini bildirmişlerdir (77). Gözlemsel veriler, psikolojik problemler ve gebeliğin tüm trimesterleri arasında U şeklinde bir ilişki söz konusudur (74). Bu yüzden gebe izlemlerinde fiziksel değerlendirmelere ek olarak ruhsal ve psikososyal boyut değerlendirmesine de gereksinim duyulmaktadır (78).

2.2.1. Birinci Trimesterdeki Psikolojik Değişimler

İlk trimester gebenin yaşadığı bu duruma ve gebelik gerçeğine uyum sağladığı bir dönemdir (79, 80). Bu dönemde gebelik ile vücudunda menstruasyonun kesilmesi gibi fiziksel semptomlara ek olarak, gebenin ailesi, sosyal yaşamı ve mesleki ortamında meydana gelebilecek değişiklikler, ekonomideki problemler, doğuma ve annelik duygusuna kendini hazır bulmama konusundaki endişesi gebe kadında ambivalan hissi yaşamasına sebep olur (80). Bu dönemde anne-bebek bağlanmasının göstergesi olarak çoğu annenin doğmamış çocuklarıyla konuştuğu ve annenin sigara ve kafeini bırakma çabası ile sağlıklı bir gebelik sürdürmek istediği gözlemlenmektedir (79). Ayrıca kadın

bu gebeliğinin planlı ve istenen bir gebelik olduğunu çevresinin bilmesi ve onaylamasından emin olmak ister (80). İlk trimesterde sosyal çevresinden destek gören gebelerin, gebelik sürecine daha kolay uyum sağladıkları belirtilmektedir (82).

2.2.2. İkinci Trimesterdeki Psikolojik Değişimler

Bu dönemde beden, beden imgesi ve seksüel ilgide meydana gelen değişimler doğumla alakalı anksiyete ve ruhsal değişiklikleri daha da arttırabilmektedir (71). Fakat yapılan bir araştırmada da anksiyetenin daha çok birinci ve üçüncü trimesterde geliştiği bildirilmektedir (82). Bu dönem ambivalan duyguların ortadan kalktığı, ebeveynlerin mutlu dönem olarak adlandırdığı ve gebeliğin en hoş dönemi olarak ifade edildiği bir denge dönemidir (17, 80). Gebeler ikinci trimesterde fetusla olan biyolojik bağını daha yakın ve derin hissetmekte, fetüsü artık ayrı bir varlık olarak kabul etmektedir (79, 80). Ayrıca gebelerde bu evrede bebeğini koruma endişesi ile en sık narsisizm ve içe dönme görülmektedir (80).

2.2.3. Üçüncü Trimesterdeki Psikolojik Değişimler

Gebelerin doğum yaklaştıkça doğum ve doğum süreciyle ilgili endişe ve korku ifade etmeleri muhtemeldir (75). Gebelerde üçüncü trimesterde ambivalan duygular tekrar görülür. Gebe kadın gebelikten sıkıntı duyar, bebeği ister ancak doğumdan korkar ve yaşadığı bu doğum korkusu anksiyete görülme durumunu olumsuz yönde arttırır (81, 82). Bu yüzden bu dönem gebenin günlük yaşama uyumunun zorlaştığı bir dönem olarak belirtilmektedir (80).

Hamilelik süresince ve doğumda gebenin sağlık ekipleri ile ilişkisi çok önemlidir ve bu süreçte kadının anksiyetesi ile pozitif baş etmesini sağlayabilmek için hemşireler etkin eğitim ve danışmanlık hizmeti vermelidir (82, 83). Hemşirelerin ilgi, yaklaşımı ve açıklamaları ile gebenin kaygı ve endişesi giderilmektedir (83). Gebelikte anksiyete görülmesi düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve fetal gelişmede gerilik gibi gebelik komplikasyonlarına neden olabileceği için hemşireler gebelik süresince oluşabilecek psikolojik sorunları önceden tanımlayabilmeli, önleyebilmeli ve erkenden müdahale edebilmelidir (82). Beklenti ve gereksinimi karşılanan hastalar hemşirelik bakımından memnun olmakta, kendilerini daha önemli hissettiklerinde tedaviye uyumları kolaylaşmakta ve yaşam kaliteleri artmaktadır (84).

2.3. Adölesan Dönem ve Özellikleri

Latince “adolescere” teriminden türetilmiş olan adölesan kelimesi erişkinliğe doğru büyümek, gelişmek anlamını taşımaktadır (85, 86). Adölesan döneme ilişkin farklı tanımlar yapılmakta olup, bu dönem bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve fiziksel açıdan birtakım değişikliklere uğrayarak çocukluk döneminden erişkinliğe doğru bir geçiş aşamasıdır (26, 87). Bu değişimlerin adölesan sürece etkisi üzerine ergenliği belirli yaş gruplarına göre sınırlamaya çalışmak oldukça güç bir durumdur (88). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaş sınırındaki kişileri adölesan dönem olarak bildirmiştir (26, 85, 89, 90). Bu dönemi ise “erken” (10-13 yaş), “orta” (14-16 yaş) ve “geç” (17-19 yaş) ergenlik olmak üzere üç dönemde sınıflandırmış, 15-24 yaş arasını “genç”, 10-24 yaş arasını “genç insan” olarak bildirmiştir (85, 90).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 istatistiklerine bakıldığında dünya nüfusunun yaklaşık 1.2 milyarını 10 - 19 yaş grubundaki adölesanlar oluşturmaktadır (91). Adölesanların %85’i gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır (92). Ülkemizde ise 2016 Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na bakıldığında toplumun %16’sını adölesanların oluşturduğu bildirilmektedir (93). Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2018 sonuçlarına göre ise adölesan yaş grubunun toplam nüfusun yaklaşık olarak beşte birini oluşturduğu bildirilmektedir (94).

Adölesanlar üzerindeki cinsellik ve üreme sağlığı konusundaki çalışmalar, 1994 yılında Kahire’de Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nın yapıldığı tarihten bu yana milletlerarasında önemli bir konudur. Konferansta üreme sağlığı programları üzerinde tekrar çalışılarak, üreme sağlığı konusundaki bilgi sağlama, danışmanlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde adölesan bireylerin dahil edilmesi ile bu bireylerin daha ulaşılabilir bir hizmet alması hedeflenmektedir (95). Adölesan dönemi 1998 Dünya Sağlık Raporu uzun ve sağlıklı bir yaşam temellerinin atılabileceği, dolayısıyla da diğer yaş dönemlerine bakılarak en sağlıklı olan bir dönem olarak görmektedir fakat adölesan dönemin özellikleri yaşanan sağlık sorunlarını etkileyebilmektedir. Adölesanları yetişkinlerden ayıran özelliklerden birisi, bu kişilerin riskli davranışa yönelme eğiliminde olmalarıdır (26). Ergenlik dönemi bir geçiş, büyüme, keşif ve fırsatlar dönemidir ve bu yüzden pek çok tehlikeyi de beraberinde getirmektedir (26, 96).

Bu dönemde cinsel gelişme, mensturasyonun başlaması, yetersiz ve yanlış hijyen davranışları, cinsel yönden erken aktif olma, korunmasız cinsel ilişki, aile planlaması yöntemlerini uygun kullanmama, hizmete ulaşımında karşılaşılan engeller gibi riskli

durumlar adölesanların üreme sağlığı konusundaki bilgi eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Bunların sonucunda ise çocuk yaşta evlilikler, ergen gebelikler, planlı olmayan gebelikler, güvenilir olmayan düşükler, cinsellikle bulaşan hastalıklar, HIV (Human Immundeficiency Virus= İnsan bağışıklık sisteminin çökmesine yol açan virüs) gibi sağlık sorunları görülmektedir (29, 94, 95, 97, 98).

Adölesan bireylerin içinde bulundukları dönemi sağlıklı bir şekilde geçirmeleri kendine has bir kimlik oluşturmalarına bağlıdır fakat adölesanların kafaları karışık olduğu için kimlik oluşturma zor bir durumdur. Adölesan evlilikler, bu bireylerin kendilerine güvenlerinin azalmasına neden olmakta ve kendilerine özgü kimlik oluşturmalarını zorlaştırabilmektedir. Erken yaşta gerçekleştirilen evlilikler, adölesan bireylerin eğitimlerini tamamlayamamalarına, fiziksel ve psikolojik sağlıklarında bozulmaya sebep olabilmektedir (99).

2.3.1. Adölesan Evlilikler

Türk Medeni Kanunu 17 yaşını , Türk Ceza Kanunu 15 yaşını ve Çocuk Koruma Kanunu ise 18 yaşını tamamlamadan gerçekleştirilen evlilikleri çocuk evliliği olarak belirtmektedir (91). Dünyada ve ülkemizde genç yaşta yapılan evlilikle ilgili verilere bakıldığında, erken yaşta evlenme probleminin birçok toplumda görüldüğü ortaya çıkmaktadır (29). Dünyada 700 milyondan fazla kız çocukları 18'ine gelmeden evlilik gerçekleştirilmektedir (22). Gelişmekte olan ülkelerde her 3 kızdan 1 tanesi 18'ine gelmeden, her 5 kızdan 1 tanesi ise 15'ine gelmeden evlilik gerçekleştirmektedir (100). UNICEF 2021 verilerine göre dünyada 2014-2020 senelerinde 20-24 yaş grubunun %19 kadarının 18'ine gelmeden %5 kadarının 15'ine gelmeden, az gelişmiş ülkelere bakıldığında ise bu yaş grubundakilerin %36 kadarının 18'ine elmeden ve %10 kadarının 15'ine gelmeden evlilik yaşadığı bildirilmiştir.Batı ve Orta Afrika ülkelerinde ise 20-24 yaşındaki bireylerin %37 kadarının 18'ine varmadan, %13 kadarının ise 15'ine varmadan evlilik yaşadıkları belirtilerek adölesan evlilik oranlarının bu ülkelerde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (100).

Çocuk gelinler problemi gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde görüldüğü gibi ülkemizde de mühim bir sorun teşkil etmektedir (101). Ülkemizde evlilik yaşı bölgelere göre değişmekte olup, ortalama evlilik yaşı batıda 20 ve üzerinde görülürken doğuya gidildikçe yaş sınırı 18 yaşın altına düşmektedir. Evlilik yaşını etkileyen diğer bir sebep ise kadınların eğitim düzeyidir. Okuryazar olmayan bayanların evlenme yaşı 18 yaşın altında iken lise ve üzeri eğitim alan bayanlarda evlenme yaşı 22 ve üzeridir (23).

UNICEF 2018 raporunda Türkiye'deki 18 yaş altı evlenen kız çocuklarının oranının %15 olduğu bildirilmektedir (29).

2.3.2. Adölesan Gebelik

Evlenme yaşı adölesan bireylerde gebelik üzerindeki önemli etkenlerden biri olup, doğumlar üzerindeki etkisi önemlidir (102, 103). Gebelikte yaşı belirlenmesinde etkin bir fikir birliği bulunmamakla birlikte, ruh sağlığı, obstetrik ve fiziksel gelişim bakımından 24-30 yaş sınırının gebelik açısından daha uygun olduğu belirtilmektedir (104). Evliliklerini erken yaşta yapan bayanlar ortalama olarak uzun bir zaman hamilelik riskinde olmakta, bunun sonucunda yaşamları süresince daha fazla sayıda doğum gerçekleştirebilmektedir (103). Yüzyılın ilk zamanlarında ergen gebelikler bayanların doğurganlık süresi ile tahmini ömürlerinin kısa olması, dengeli bir nüfus dağılımı açısından doğal görülürken, yüzyılın sonlarında bu düşünce yerini toplumun sıhhatinin bozulmasına neden olan bir kavrama bırakmıştır (102). Asölesan yaş grubundaki gebelikler, gelişmiş ve gelişmek üzere olan toplumlarda sağlık problemlerinden birisi olmakla birlikte anne ve bebek sıhhatini negatif yönde etkileyen yüksek risk grubundaki gebeliklerdir (105).

Bir kadının anneliğe hazır olması için fiziksel ve duygusal yönden kendisini olgun hissedebilmesi gerekmekte olup, adölesan anneler bu olgunluğa erişemeyen ve zorluklarla baş etme yeteneği gelişmeyen kişilerdir (106). Adölesan gebelik ve doğum sonucunda anne ve yenidoğanda, 20-24 yaş grubundaki kadınların gebelik ve doğumlarına göre sağlık sorunları görülme riski daha yüksektir (107). Ayrıca adölesan bireylerin çocuklarının, yetişkinlerin çocuklarına göre bilişsel, akademik ve davranışsal becerileri daha düşük ve 15-19 yaş ebeveynlerin çocukları 1.5-8.9 kat daha fazla kaygı problemi, majör depresif bozukluğu ve kendi yaşamına son vermesi gibi mental sağlık problemlerinin varlığı, madde bağımlılığı, suç işleme yüzdelerinin fazla olması, eğitimde başarı oranının zayıf, okulu bırakma yüzdelerinin fazla olması gibi olumsuz sonuçlarla karşılaşmaktadır (103).

Adölesan gebelik oranları büyük ölçüde düşüyor olsa da, yetişkinliğe kıyasla yoksulluk, genç kadınlarda düşük eğitim seviyesi, aile ortamında yetersiz iletişim, aile içinde madde kullanan insanların varlığı, mental problemler, cinsel istismar ve şiddet bulunması vb. aileden kaynaklanan faktörler, doğum sırasında ölüm oranlarının artması, istenmeyen ve planlı olmayan gebelikler nedeniyle bu dönemde hamile kalan bireylerin gebelik komplikasyonlarına açık olmaları şaşırtıcı değildir (108-110).

Adölesan gebelerin sefalo-pelvik uygunsuzluk, uzamış doğum, pelvis gelişimi henüz tamamlanmadığı için vajinal doğumun imkansızlığına bağlı güç doğum, erken membran rüptürü, fetal gelişmede gerilik, gebelik hipertansiyonu, gebelik zehirlenmesi, obstetrik fistül ve yırtıklar, doğum sonrası kan kaybetme ve enfeksiyon, abortus, konjenital anomali, erken doğum, yetersiz doğum öncesi bakım, beslenme yetersizliği, adölesan dönem hızlı büyümeye bağlı artmış vitamin ve mineral gereksiniminin karşılanamaması sonucu kemik kitlesi kaybı ve anemi, güvenli olmayan kürtaj gibi gebelik komplikasyonları yaşaması ve ikinci kez anne olma olasılığı daha yüksek görülmektedir (23, 102, 106, 108, 111).

Henüz gelişmemiş ülkelerde hamilelerin yaş ortalamaları batıda bulunan ülkelere oranla daha genç nüfusa sahip olmakta ve bütün gerçekleşen doğumların %11'i 10-19 yaş grubundaki adölesanlar tarafından gerçekleştirilmektedir (100). DSÖ geliştirmekte olan ülkelerde her yıl adölesan yaş grubunda 21 milyon kız çocuğunun gebe kaldığını ve bunların arasından 12 milyonunun doğum yaptığını, bu ülkelerde 15 yaş altı 777 bin kız çocuğunun doğum yaptığını ve en az 10 milyon kız çocuğunun istemeyerek gebe kaldığını bildirmiştir (112, 113). Adölesan döneminde görülen gebelikler küresel morbidite ve mortalite nedenidir (114). DSÖ adölesan yaş grubundaki kızlarda ölüm nedenlerinin temelinde gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonların bulunduğunu rapor etmiştir ve bu süreçteki komplikasyonlar adölesanlarda en sık ikinci ölüm nedenini oluşturmaktadır (29, 112). Bu bireylerin adölesan olmayan gebelere göre hamilelik ve doğum süresince hayatını kaybetme ihtimali, 15-19 yaşlarındaki ergen gebelerde iki kat, 15'inden önce gebe kalanlarda ise beş kat fazla olduğu tespit edilmiştir (29).

DSÖ 2018 verilerinde Türkiye'de adölesan yaş grubundaki yaşa özel doğurganlık hızının binde 26.9 olduğu belirtilmektedir (29). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 istatistiklerine bakıldığında ülkemizde adölesan kadınların %2.8'i canlı doğum yapmakta ve %0.7'si ilk çocuğuna hamile kalmaktadır (112). Adölesan dönemde doğurganlık oranlarının 2018 TNSA'da, 2013 TNSA verilerine göre %5 ten %4'e gerilediği belirtilmektedir (105). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 istatistiklerinde ergen gebelerde olumlu olmayan gebelik sonuçları ve anne ölüm hızı yetişkin gebelerden yüksek bulunmuştur (105).

2.4. Adölesan Gebelik ve Hemşirelik Yaklaşımı

Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlık profesyonellerinden hemşirelerin görevleri arasında bulunmaktadır. Yaşanılan bölgenin sosyal yapı ve

değerleri, sosyo-ekonomik düzeyleri, sağlıklarını algılama düzeyleri ve uygulamaları insanların aslını oluşturmalarından dolayı, hemşireler kadına bakım verirken onun sosyal çevresi, kültürel yapısı ve değerleriyle birlikte ele almalıdır. Böylelikle daha özenli ve etkili bir bakım hizmeti verebileceklerdir (23).

Adölesan bireylerde hamilelik oluşumunu engellemeye ve hamile kalan adölesanlara özel çalışmalar üç başlıktan oluşmaktadır. Birincil koruma adölesana verilen danışmanlık hizmetini kapsamaktadır. Okullarda aile planlaması, hayır deme hakkı üzerine eğitim verilmesi, fizyolojik gelişim, cinsel ve psikososyal gelişme, bireysel temizlik, gıda tüketimi, fiziksel alıştırma, madde bağımlılığı, güvenli cinsellik ve güvenli davranışlar vb. konulardan oluşmaktadır. İkincil korumada, adölesan bireyin doğum kontrol muayenesi amacıyla sağlık kuruluşuna müracaat etmesi durumunda verilen eğitim ve hizmetleri içermekte ve ebeveynler de bu hizmetin içerisinde bulundurulabilmektedir. Fakat bu çalışma evlenmeden cinsel birliktelik yaşamının doğru olmadığı düşüncesi ile gelişmiş adölesan bireylerin başkaları tarafından öğrenilme endişesi sebebiyle aile planlaması kliniklerine mürecaat etmelerini zorlaştırmaktadır (86). Üçüncül korumada, hamile olan adölesan bireylerin hamilelik, perinatal ve postnatal süreci sağlıklı bir şekilde atlattıkları ve bebeklerini sıhhatli bir şekilde doğurmaları amacıyla yapılmaktadır (108). Bu koruma, erken doğum öncesi bakım, hamilelik sürecinde karşılaşılan problemler, yenidoğanın bakımı ve beslenme durumu vb. eğitimleri içermektedir (86).

Tüm kadınların gebelik süresince hususi bir bakıma ihtiyaçları bulunmaktadır. Prenetal veya antenatal bakım yani doğum öncesi bakım, hamile bayanın kararlaştırılan zamanda düzenli bir şekilde kontrole gelmesidir ve doğumla ilgili sorunlar iyi bir prenatal bakımla azaltılır. Prenetal bakımda hamile bir bayanın fiziksel ve psikososyal faktörlerden incelenmesi, ihtiyaçlarının belirlenmesi, eğitim ve danışma hizmeti verilmesi hemşirenin sorumluluğudur. Prenatal, perinatal ve postnatal süreçte ergen gebelerin erişkin gebelere göre daha yüksek risk altında olması sebebiyle adölesanlar gebelik sürecinde erişkin gebelerden daha farklı bir bakıma gereksinim duymaktadır (102).

Adölesan gebelerde hemşirenin sorumlulukları;

- ✓ İlk karşılaşmada hemşire kendisi hakkında bilgi vermeli, el sıkışmalı ve adölesanla baş başa görüşmelidir (102).
- ✓ İlk ziyarette baştan sona sağlık öyküsünün alınması ve fiziksel muayenenin yapılması gerekmektedir (115).

- ✓ Adölesanın kişiliği ile ilgili çok soru sormadan sohbete girmelidir (102).
- ✓ Hemşire adölesandan bilgi toplarken dikkatli olmalı, detay bilgiler için adölesanı çok sıkıştırmamalıdır (115).
- ✓ Adölesan bireyin kendisi veya kişiliği değil yaptığı davranış ele alınmalıdır.
- ✓ Eksik olan ya da yapılması gerekli aşılar yapılmalıdır (102).
- ✓ Ebeveynlerin varlığı olmadan adölesanın tanınması imkansızdır, bu yüzden aile desteğinin boyutlarının belirlenmesi çok önemlidir. Aile değerlendirilirken gebe adölesanın annesi üzerinde durulmalı, annenin kızı ile olan iletişiminin açık olup olmadığı, kızının yaşayacağı rol çatışmasının farkındalık durumu, ailenin adölesana ve yenidoğana bakma konusunda yetersiz veya isteksiz olması durumunda, diğer sosyal destek sistemlerinin neler olacağı gibi tüm özellikler değerlendirilmelidir.
- ✓ Adölesan gebeler, prenatal bakım alması ve ebeveyn eğitim sınıflarına katılması konusunda teşvik edilmelidir.
- ✓ Programa katılmak için uygun zaman ve yerin olmaması ve sağlık bakım çalışanlarının olumsuz tutumları vb. gebe adölesanın sağlık bakımı almasını engelleyen durumlara örnektir. Adölesanların gebelik programına katılmaları ile ilgili engellerin çözümünde, bu bireylere kendilerine en yakın olan klinikler bildirilmelidir.
- ✓ Adölesan ve aileleri tarafından bir çok sağlık bakım çalışanları hor gören, saldırgan olarak tanımlanabilmektedir. Hemşireler, prenatal bakımı devam ettirmek isteyen adölesanların hevesini kırmamalı ve adölesanları cesaretlendirmek için sağlık bakım çalışanlarının olumsuz davranışlarına çözüm getirmelidir.
- ✓ Eğitim konusu adölesanın endişeleri üzerinde durursa verilen eğitim daha etkili olmakta ve toplantılar adölesanın birincil gereksinimini karşılayacak şekilde bir bütün olarak düşünülmelidir (115).
- ✓ Adölesanlar kendilerine sevecen ve yumuşak yaklaşıldığında kendilerine verilen bilgileri seve seve kabul eder (115). Bu yüzden hemşire adölesanlara karşı yargılayıcı tutum ve davranış içine girmemeli, bu bireylerin korku ve endişelerini gidermeye çalışmalıdır (116).
- ✓ Adölesan gebelerin özel gereksinimleri; beslenme danışmanlığı, sigara, ilaç ve alkol kullanımı gibi zararlı alışkanlıkların azaltılması vb. belirlenmeli, karşılanmalı ve buna yönelik eğitim verilmelidir.

- ✓ Tekrar yapma eğitimin en önemli yöntemi olup, yanlış bilgilerin aydınlatılmasını sağlar. Birçok adölesan yazılı materyal okumayı istemeyip eğitimde kullanılan görsel materyallerle daha fazla ilgilenmektedir. Prenatal ve yenidoğan bakımıyla ilgili video programlarının izlenmesi eğitimde etkili olmaktadır.
- ✓ Tüm yöntemler arasında non-verbal iletişimin önemi unutulmamalıdır. Göz kontağı, sıcak ilgi, güler yüz vb. verilen eğitim, eğitmen ve adölesan arasında dostça ve samimi bir ilişkinin doğmasını sağlayacaktır.
- ✓ Ailenin yardımının uygun olmadığı bazı konularda adölesan, bir aile dostundan veya güvendiği yetişkin birinden destek alma konusunda cesaretlendirilmelidir (115).
- ✓ Adölesan gebelikleri önlemede hemşirelere önemli görevler düşmekte olup hemşireler adölesanlara, cinsel sağlığın korunması ve gebelikten korunmada doğal ve modern yöntemler hakkında bilgi ve danışmanlık verebilmektedir (116). Aile planlaması ve cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmetleri ebeveyn/vasi onayı, yasal ve politik yaptırımların onayı olmadan tüm adölesan bireyler tarafından erişilebilir olmalıdır (29). Ayrıca adölesanla işbirliği yapılarak kullanabileceği yöntemle karar verilmelidir (106).
- ✓ Evli olmayan adölesan bireyler aile planlaması merkezlerine güvenemedikleri için başvuramamakta, sağlık personellerinin önyargılı davranışları, gizlilik ile ilgili endişeler, tıbbi işlemlerden korkma, ulaşım ve hizmet için ödeme yapamama, eşinden ve ailesinden korkma ve çocuk sahibi olma konusunda yapılan baskılar kontrasepsiyona erişimi engellediği için, adölesanlara cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri sunulurken onların mahremiyet ve gizlilik ilkelerine sadık kalınmalıdır (29).
- ✓ Eğitim gören adölesan bireylere okullarda eğitim süresi boyunca ve bunun haricinde bulunan adölesan bireylere ise ulusal eğitim kampanyaları oluşturularak kitle iletişim araçları kullanılarak bilgilendirme sağlanmalıdır (116).
- ✓ Ergen gebelerin antenatal izlem ve doğum hizmetlerinden yararlanmasını önleyen neden, erken yaşta evlendirilen kız çocuklarının resmi nikahlarının bulunmaması ve bu yüzden eşlerinin sağlık güvencesinden yararlanamamalarıdır. Ayrıca resmi nikahı olmayan genç kızların sağlık personeli tarafından bildirim zorunluluğunun söz konusu olması gibi sebepler

adölesan gebelerin riskli durumlarla karşılaşmamak için evde güvensiz ortamda doğumlarını yapmak zorunda bırakılmalarına neden olmaktadır. Sonuçta adölesan gebeler güvenli annelik hizmetlerinden yoksun bırakılmakta ve önlenabilir sebeplerle kaybedilmektedir. Hemşireler, toplumun saygısını ve güvenini kazandıkları için ev ziyaretlerinde bulunarak adölesan gebelere ulaşmaları mümkündür (29).

- ✓ Adölesan gebelikler özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük toplumlarda görülmesi nedeniyle nutrisyonel açıdan daha fazla risklidir. Bu nedenle adölesan gebelere, folik asit bulunan multi-vitamin takviyesi ve sağlıklı beslenme konusunda bilgi verilmelidir (71).
- ✓ Literatürde ergen annelerin erişkin annelere göre ilk 2 ay bebeklerinin sorumluluğunu daha geç alabildikleri belirtilmiştir (103). Bu yüzden adölesan annelerin postpartum dönemde daha geç taburcu olmaları sağlanmalı ve böylece bebeğine kendisinin bakabileceğine ilişkin güven verilmelidir (29).
- ✓ Çocuk yaşta evlendirilen kız çocuklarının eğitim yaşantıları son bulmaktadır. Kız çocuklarının eğitimini destekleyen projeler ile çocuk gelin sorununa çözüm bulunabilmektedir. Sağlık çalışanları, böyle projelerde görev alarak, eğitimin kadın yaşantısındaki önemine vurgu yapmalı ve bunun sonucunda kadının çalışma hayatına katılması desteklenmiş olacaktır (23).
- ✓ Adölesan babalarla ilgili yapılan çalışmalarda okulu erken bıraktıkları, eğitimsel ve mesleki engeller yaşadıkları, sosyoekonomik düzeylerinin düşüklüğü, depresyon ve kimlik çatışması yaşamaları görülmüştür. Bebek bakımı, ebeveyn yeteneklerini geliştirme, ebeveyn öz yeterliliği, stres ve problemlerle baş etme becerisi, psikosağlamlık ve sosyal destek konularında adölesan babaya eğitim verilmeli ve rehberlik edilmelidir. Adölesan bir baba, ne kadar etkili bir eğitim, iş, zihinsel ve duygusal istikrar, güvenli bir ev gibi yaygın bir şekilde kabul edilen ebeveynlik önkoşullarına sahipse zorlukların üstesinden gelmesi de o kadar kolay olur (90).
- ✓ Yenidoğanın babasına da eğitim planlanmalı ve ebeveynlik konusunda cesaretlendirilip destek verilmelidir (106).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01 Haziran – 31 Ağustos 2021 tarihleri arasında Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi kadın doğum polikliniklerinde yürütülmüştür.

Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi kadın doğum polikliniklerinde hafta içi her gün 08.00 – 16.00 saatleri arasında hizmet verilmektedir. Toplam 7 poliklinik bulunmakta olup, her poliklinikte günde ortalama 70 gebe toplamda ise 490 gebe muayanesi yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nin polikliniklerine muayene olmaya gelen gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, yapılan güç analizine göre 0.35 etki büyüklüğünde, %80 güç ve 0.05 anlamlılık düzeyinde evreni temsil etme gücüne sahip 130 adölesan ve 130 adölesan olmayan gebe oluşturmuştur (117).

Araştırmada 19 yaş ve altında olan gebeler adölesan, 19 yaş üzerinde olanlar yetişkin gebe olarak kabul edilmiştir. Araştırmada, gebe polikliniklerine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan gebeler, evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile örneklem büyüklüğüne ulaşıncaya kadar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Tekil gebelik olma,
- Yüksek riskli gebelik tanısı (Preeklamsi, gestasyonel diyabet, erken doğum riski, erken membran rüptürü vb.) almamış olma,
- Psikiyatrik hastalık tanısı (Depresyon, bipolar bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk vb.) almamış olma,

- Sistemik hastalık tanısı (Diyabet, hipertansiyon, tiroit, gastrointestinal hastalıklar vb.) almamış olmamadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, literatür incelenmesi sonucu araştırmacı tarafından oluşturulan Katılımcı Tanıtım Formu (Ek-2), Gebelik Symptom Envanteri (GSE) (Ek-3) ve Gebelik İlişkili Anksiyete Ölçeği-Revizyon-2 (GAÖ-R2) (Ek-4) kullanılmıştır. Veriler 01 Haziran – 31 Ağustos 2021 tarihlerinde mesai saatlerinde, Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi polikliniğinde pazartesi, çarşamba ve cuma günleri olmak üzere haftanın üç günü yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Katılımcı Tanıtım Formu (Ek-2), Gebelik Symptom Envanteri (GSE) (Ek-3) ve Gebelik İlişkili Anksiyete Ölçeği-Revizyon-2 (GAÖ-R2) (Ek-4) kullanılmıştır.

3.5.1. Katılımcı Tanıtım Formu (Ek-2)

Bu form araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olup, gebelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, gebelik öncesi ve gebelikteki kilosunu) belirleyen 6 soru, gebeliklerine ilişkin özelliklerini belirleyen (gebelik haftası, gebelik sayısı, gebeliğin planlı/ istenilen olup olmama) 3 soru, geçmiş doğum deneyimlerine ilişkin özelliklerini belirleyen (ilk gebelik yaşı, yaşayan çocuk sayısı, daha önce kürtaj ve düşük olma durumu) 4 soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır (31, 117-119).

3.5.2. Gebelik Symptom Envanteri (GSE) (Ek-3)

Foxcroft ve arkadaşları tarafından oluşturulan GSE, gebelik sürecinde görülen yakınmaların sıklığını ve semptomların günlük aktiviteleri sınırlama durumunu değerlendirmek amacıyla 2013 yılında geliştirilmiştir (35). Bu envanterin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Gürkan ve Güloğlu 2018 yılında yapmıştır. Gebelikte sık görülen 42 semptomun değerlendirildiği GSE’de, gebelerin envanterde bulunan soruları, son bir ayda karşılaştıkları semptomları düşünerek işaretlemeleri istenmektedir.

Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde semptomların sıklığı açısından her madde 0 ile 3 arasında değerlendirilerek, “hiç(0), nadiren(1), bazen(2) ve sık sık(3)” seçenekleri bulunmaktadır. Ölçeğin birinci bölümünde 0-126 arası puan alınabilmektedir. Bu bölümde puanın artması, semptom yaşama sıklığının arttığını göstermektedir. Semptomun pozitif olması yani sıklığının 1-3 puan arasında olması durumunda, günlük yaşamı kısıtlama düzeyine göre ikinci bir bölüm bulunmaktadır.

Ölçeğin ikinci bölümü 3'lü likert tipindedir ve her madde 1-3 arasında değerlendirilerek, (hiç kısıtlamıyor, biraz kısıtlıyor ve çok kısıtlıyor) 3 ayrı cevap seçeneği bulunmaktadır. GSE'nin ikinci bölümünden 42-126 arası puan alınabilmektedir ve bu bölümde alınan puanın artması yaşanan semptomların günlük aktiviteleri sınırladığını göstermektedir. Gürkan ve Güloğlu'nun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha kat sayısı 0.82 olarak saptanmıştır (4). Araştırmamızda ise ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.89 olarak saptanmıştır.

3.5.3. Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği-Revizyon-2 (GAÖ-R2) (Ek-4)

Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği-Revizyon-2 (GAÖ-R2) ölçeği, 1990 yılında Van den Bergh tarafından geliştirilmiş olup, 2016 yılında ise Huizink ve arkadaşları tarafından revize edilerek paritesine bakılmayarak bütün gebelere uygulanmıştır (120). Ölçeğin ülkemizdeki Türk kültürüne geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Derya ve arkadaşları tarafından 2018' de uygulanmıştır (121). Bu ölçek, bayanların gebelik ile ilgili yaşadıkları anksiyete düzeyini sorgulamak amacıyla geliştirilmiştir (122). Bu ölçek 5'li likert tipinde ve toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 3 alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar “doğum korkusu (1, 2, 6 ve 8. madde)”, “özürlü çocuğa sahip olma korkusu (4, 9, 10 ve 11.madde)” ve “fiziksel görünüşe yönelik endişeler (3, 5 ve 7.madde)” dir. Ölçekte bulunan 8.madde (Daha önce hiç doğum deneyimim olmadığı için doğum konusunda endişeliyim) daha önce doğum gerçekleştirmeyen kadınlara özgü olup birden fazla doğum yapan bayanlara yapılmamaktadır. Maddeler 1-5 arasında (1-Kesinlikle katılmıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum) puanlanmaktadır. Primiparların bu ölçekten alabileceği puan 11 -55 puan arasında olup, multiparlarda bu durum 10 - 50 puan arasındadır. Ölçekteki tüm ifadeler pozitif yöndedir ve alınan toplam puanın artması gebelik sürecindeki anksiyete görülme durumunun da artması anlamına gelmektedir. Ölçekte kesme noktası bulunmamaktadır. Derya ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı primiparlar için 0.94 ve

multiparlar için 0.93'tür (123). Araştırmamızda ise ölçeğin Cronbach's Alpha değeri primiparlar için 0.87 ve multiparlar için 0.90 olarak bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: GSE ve GAÖ-R2 ölçeklerinden elde edilen puanlar.

Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik ve obstetrik özellikler.

3.7. Verilerin Değerlendirmesi

Araştırmada sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenlerin tanımlanmasında ise frekans (n) ve yüzde (%) değerleri verilmiştir. Normallik varsayımının karşılandığı durumlarda Bağımsız gruplarda t test, normal dağılımın karşılanmadığı durumlarda ise Mann-Whitney testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki kare analizi ile incelenmiştir. Normal dağılım özellikleri gösteren sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile normal dağılım özellikleri göstermeyen değişkenler arasındaki ilişkiler ise Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Bütün analizlerde IBM SPSS.25 programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik ilkeleri

Araştırma öncesinde, araştırmanın yapıldığı Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-5) ve İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar Sayısı: 2021/2204) (Ek-6) yazılı izin alınmıştır. Araştırmada bulunan gebe katılımcılara veri toplama öncesinde kişisel bilgilerinin korunacağı, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları konusunda güvence verilerek çalışmaya dahil edilen gebelerin sözlü onamları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada örneklemin olasılıksız örnekleme yöntemiyle seçilmiş olması ve sonucun çalışmanın yürütüldüğü Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'ne başvuran gebelere genellenmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Adölesan olan ve olmayan gebelerin gebelik semptomlarının ve anksiyetelerinin karşılaştırıldığı bulgular tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı (S=260)

Sosyo-Demografik Özellikler	Adolesan Gebe (S=130)		Yetişkin Gebe (S=130)		Toplam		İstatistiksel Test ve Anlamlılık
	S	%	S	%	S	%	
Eğitim durumu							
İlkokul	32	24.6	50	38.5	82	31.5	$\chi^2 = 22.768$ p=0.001*
Ortaokul	53	40.8	33	25.4	86	33.1	
Lise	40	30.8	25	19.2	65	25.0	
Üniversite	5	3.8	22	16.9	27	10.4	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	34	26.2	11	8.5	45	17.3	$\chi^2 = 14.216$ p=0.001*
Çalışmıyor	96	73.8	119	91.5	215	82.7	
Gelir durumu							
Gelir gidere eşit	61	46.9	57	43.8	118	45.4	$\chi^2 = 4.245$ p=0.120*
Gelir giderden az	54	41.5	66	50.8	120	46.2	
Gelir giderden fazla	15	11.5	7	5.4	22	8.5	
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
Yaş	18.32 ± 0.86		28.21 ± 5.21		23.26 ± 6.20		t=-21.346 p=0.001**
Gebelik öncesi kilo	61.69 ± 9.81		64.15 ± 12.46		62.92±11.26		t=-1.765 p=0.079**
Gebelikteki kilo	67.34 ± 9.72		70.66 ± 12.89		69.00 ± 11.51		t=-2.348 p=0.020**

*Ki kare analizi;** Bağımsız gruplarda t test.

Tablo 4.1’de adölesan ve yetişkin grupta yer alan gebelerin sosyo-demografik özellikleri karşılaştırılmaktadır.

Araştırmada yetişkin gebelerin yaş ortalaması 28.21 $\pm$ 5.21 iken adölesan gebelerin yaş ortalaması 18.32 $\pm$ 0.86 olarak bulunmuştur (p<0.001). Araştırmada yetişkin gebelerin %16.9’u adölesan gebelerin %3.8’i üniversite mezunu olduğunu belirtmiştir. Aradaki farklılık istatistiksel olarak yetişkin gebelerde yüksek bulunmuştur (p<0.001). Yetişkin gebelerin %8.5’i ve adölesan gebelerin %26.2’si çalıştığını ifade etmiştir. Aradaki farklılık istatistiksel olarak yetişkin gebelerde düşük bulunmuştur

($p<0.001$). Araştırmada yetişkin gebelerin gebelikteki kilo ortalaması 70.66 ± 12.89 iken adölesan gebelerin gebelikte kazandıkları kilo ortalaması 67.34 ± 9.72 olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Adolesan ve yetişkin gebe kadınlarda gebelik öncesi kilo ve gelir durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı (S=260)

Doğurganlık Özellikleri	Adolesan Gebe (S=130)		Yetişkin Gebe (S=130)		Toplam		İstatistiksel Test ve Anlamlılık
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
İlk gebelik yaşı	17.91 ± 1.06		21.20 ± 3.58		19.55 ± 3.11		$t = -10.050$ $p=0.001^*$
Gebelik haftası	23.62 ± 9.26		23.78 ± 11.09		23.20 ± 10.20		$t = -.127$ $p=0.717^*$
	S	%	S	%	S	%	
Gebelik sayısı							
1. gebelik	98	75.4	20	15.4	118	45.4	$\chi^2=103.361$ $p=0.001^{**}$
2. gebelik	24	18.5	43	33.1	67	25.8	
$3 \geq$ gebelik	8	6.2	67	51.5	75	28.8	
Yaşayan çocuk sayısı							
0 çocuk	110	84.6	27	20.8	137	52.7	$\chi^2=115.976$ $p=0.001^{**}$
1 çocuk	19	14.6	45	34.6	64	24.6	
2 çocuk	1	0.8	30	23.1	31	11.9	
$3 \geq$ çocuk	0	0.0	28	21.5	28	10.8	
Düşük yapma							
Evet	10	7.7	30	23.1	40	15.4	$\chi^2=11.818$ $p=0.001^{**}$
Hayır	120	92.3	100	76.9	220	84.6	
Kürtaj olma							
Evet	5	3.8	15	11.5	20	7.7	$\chi^2=5.417$ $p=0.020^{**}$
Hayır	125	96.2	115	88.5	240	92.3	
Gebeliğin planlı olma durumu							
Evet	99	76.2	106	81.5	205	78.8	$\chi^2=1.130$ $p=0.288^{**}$
Hayır	31	23.8	24	18.5	55	21.2	

*Bağımsız gruplarda t test ; ** Ki kare analizi.

Gebelerin doğurganlık özelliklerinin gruplara göre dağılımı Tablo 4.2’de gösterilmektedir.

Araştırmada yetişkin gebelerin ilk gebelik yaşı ortalaması 21.20 ± 3.58 iken adolesan gebelerin ilk gebelik yaşı ortalaması 17.91 ± 1.06 olarak bulunmuştur ($p < 0.001$).

Çalışmada yetişkin gebelerin %51.5'i, adolesan gebelerin %6.2'si 3 ve üzeri gebeliği olduğunu ifade etmiştir ve bu oran yetişkin gebelerde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$).

Araştırmada yaşayan çocuk sayısı 2 olan yetişkin gebelerin oranı % 23.1 iken adolesan gebelerde bu oran %0.8 olarak saptanmıştır. Ayrıca yaşayan çocuk sayısı 3 ve üzeri olan yetişkin gebelerin oranı %21.5 iken adolesan gebelerde 3 ve üzeri yaşayan çocuğa sahip kadın bulunmamaktadır ($p < 0.001$).

Araştırmada yetişkin gebelerin %23.1'i adolesan gebelerin %7.7'si düşük yaptıklarını ve yetişkin gebelerin %11.5'i adolesan gebelerin %3.8'i kürtaj olduklarını ifade etmiştir ($p < 0.05$). Ayrıca araştırmada yetişkin ve adolesan gruplarda gebelik haftası ile gebeliğin planlı olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.3. Gebelerin Gebelikte Anksiyete Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Gruplara Göre Dağılımı (S=260)

	Adolesan $\bar{X} \pm SS$	Alınan (Min.- Maks.)	Yetişkin $\bar{X} \pm SS$	Alınan (Min.- Maks.)	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Gebelikte anksiyete ölçeği toplam					$t=5.437$ $p=0.001^*$
(11-55) ⁺	35.02 ± 9.31	(11-50)	28.14 ± 11.01	(11-50)	
Doğum korkusu					$U=4334.50$ $p=0.001^{**}$
(4-20) ⁺	14.28 ± 4.32	(3-20)	10.08 ± 4.79	(3-20)	
Özürlü çocuğa sahip olma korkusu (4-20)⁺	15.50 ± 5.22	(4-20)	11.59 ± 5.80	(4-20)	$U=5208.50$ $p=0.001^{**}$
Fiziksel görünüşe yönelik kaygılar					$U=6056.50$ $p=0.001^{**}$
(3-15) ⁺	8.88 ± 2.97	(3-15)	7.37 ± 3.27	(3-15)	

*Bağımsız gruplarda t test; **Mann-Whitney test; ⁺Ölçekten alınabilecek en düşük en yüksek puanlar

Gebelerin gebelikte anksiyete ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının gruplara göre dağılımı Tablo 4.3'de gösterilmektedir.

Araştırmada yetişkin gebelerin gebelikte anksiyete ölçeği toplam puan ortalaması 28.14 ± 11.01 iken adölesan gebelerin puan ortalaması 35.02 ± 9.31 olarak bulunmuştur ($p < 0.001$).

Araştırmada yetişkin gebelerin gebelikte anksiyete ölçeği doğum korkusu alt boyut puan ortalaması 10.08 ± 4.79 iken adölesan gebelerin puan ortalaması 14.28 ± 4.32 dir ($p < 0.001$). Çalışmada yetişkin gebelerin gebelikte anksiyete ölçeği özürlü çocuğa sahip olma korkusu alt boyut puan ortalaması 11.59 ± 5.80 iken, adölesan gebelerin puan ortalaması 15.50 ± 5.22 olarak saptanmıştır ($p < 0.001$). Yetişkin gebelerin gebelikte anksiyete ölçeği fiziksel görünüşe yönelik kaygı alt boyut puan ortalaması 7.37 ± 3.27 iken adölesan gebelerin puan ortalaması 8.88 ± 2.97 olarak bulunmuştur ($p < 0.001$).

Tablo 4.4. Gebelerin Gebelik Semptom Envanteri Sıklık Skoru ile Günlük Aktiviteleri Sınırlama Skorlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması (S=260)

Gebelik Semptom Envanteri	Adolesan $\bar{X} \pm SS$	Alınan (Min.-Maks.)	Yetişkin $\bar{X} \pm SS$	Alınan (Min.-Maks.)	İstatistiksel Test ve Anlamlılık	
Gebelik semptom envanteri sıklık skoru (0-126)⁺	39.01±18.21	(5-91)	33.49±18.98	(4-96)	t=2.390	p=0.018
Gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru (42-126)⁺	38.56±16.90	(47-88)	29.67±15.47	(47-72)	t=4.425	p=0.001

Bağımsız gruplarda t test; ⁺ Ölçekten alınabilecek en düşük en yüksek puanlar

Gebelerin gebelik semptom envanteri sıklık skoru ile günlük aktiviteleri sınırlama skorlarının gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Araştırmada yetişkin gebelerin gebelik semptom envanteri sıklık puan ortalaması 33.49 ± 18.98 iken adölesan gebelerin puan ortalaması 39.01 ± 18.21 olarak bulunmuştur ($p < 0.05$). Yetişkin gebelerin gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama puan ortalaması 29.67 ± 15.47 iken, adölesan gebelerin puan ortalaması 38.56 ± 16.90 olarak saptanmıştır ($p < 0.001$).

Tablo 4.5. Adolesan Gebelerin Gebelik Semptomlarının Dağılımı (S=260)

Gebelik Semptomları	Semptom Görülme Durumu * Var (%)
Ağız Kuruluğu	65 (50.0)
Siyatik Ağrısı	63 (48.5)
Cinsel İstekte Değişiklik	61 (46.9)
Cilt Kaşınması	61 (46.9)
Bacak Krampları	59 (45.4)
Kalça veya Pelviste Ağrı	58 (44.6)
Baş Ağrısı	58 (44.6)
Reflü	57 (43.8)
Tat Alma/Koku Alma Değişiklikleri	57 (43.8)
Karında ve Kalçalarda Çatlaklar	57 (43.8)
Unutkanlık	56 (43.1)
Vajinal Akıntıda Artma	55 (42.3)
Aşırma	52 (40.0)
Uyku Bozukluğu	51 (39.2)
Huzursuz Bacak	51 (39.2)
Memelerde Ağrı	51 (39.2)
Meme Ucunda Ağrı	51 (39.2)
Eller ve Ayaklarda Şişlik	51 (39.2)
Kabızlık	49 (37.7)
Vajinada Pamukçuk	48 (36.9)
Nefes Darlığı	48 (36.9)
Depresif Hissetme	47 (36.2)
Karpal Tünel	46 (35.4)
Kusma	45 (34.6)
Gerçekmiş gibi Rüya Görme	45 (34.6)
Ciltte Sivilcelenme	45 (34.6)
Yüzde Gebelik Maskesi	45 (34.6)
Baş Dönmesi	43 (33.1)
Bedeni Algılamada Değişiklik	42 (32.3)
Meme Uçlarında Değişiklik	41 (31.5)
İdrar Kaçırma	40 (30.8)
Endişe	38 (29.2)
Sık İdrara Çıkma	33 (25.4)
Bulantı	30 (23.1)
Sırt Ağrısı	25 (19.2)
Çarpıntı	24 (18.5)
Horlama	23 (17.7)
Vajinal Bölgede Ağrılı Damarlar	23 (17.7)
Hemoroid	20 (15.4)
Yorgunluk ya da Halsizlik	18 (13.8)
Varis	16 (12.3)
Bayılma	7 (5.4)

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Adölesan gebelerin gebelik semptomlarının dağılımı Tablo 4.5' te gösterilmektedir.

Araştırmada adolesan gebelerde en sık görülen ilk beş semptomun sırasıyla; ağız kuruluğu (%50.0), siyatik ağrısı (%48.5), cinsel istekte değişiklik (%46.9), cilt kaşıntısı (%46.9) ve bacak krampları (%45.4) olarak bulunmuştur.



Tablo 4.6. Yetişkin Gebelerin Gebelik Semptomlarının Dağılımı (S=260)

Gebelik Semptomları	Semptom Görülme Durumu * Var (%)
Bulantı	65 (50.0)
Meme Ucunda Ağrı	64 (49.2)
Meme Uçlarında Değişiklik	64 (49.2)
Ellerde ve Ayaklarda Şişme	68 (48.5)
Reflü	62 (47.7)
Ağız Kuruluğu	62 (47.7)
Karpal Tünel	62 (47.7)
Endişe	62 (47.7)
Kalça veya Pelviste Ağrı	61 (46.9)
Memelerde Ağrı	61 (46.9)
Nefes Darlığı	61 (46.9)
Siyatik Ağrısı	59 (45.4)
Kabızlık	58 (44.6)
Bacak Krampları	57 (43.8)
Baş Ağrısı	57 (43.8)
Aşerme	56 (43.1)
Huzursuz Bacak	52 (40.0)
Sık İdrara Çıkma	52 (40.0)
Vajinal Akıntıda Artma	52 (40.0)
Karında ve Kalçalarda Çatlaklar	52 (40.0)
Kusma	51 (39.2)
Baş Dönmesi	49 (37.7)
Cilt Kaşınması	48 (36.9)
Cinsel İstekte Değişiklik	46 (35.4)
Uyku Bozukluğu	45 (34.6)
Unutkanlık	44 (33.8)
Depresif Hissetme	41 (31.5)
Çarpıntı	34 (26.2)
Tat Alma /Koku Alma Değişiklikleri	33 (25.4)
Yorgunluk ya da Halsizlik	30 (23.1)
Sırt Ağrısı	29 (22.3)
Bedeni Algılamada Değişiklik	29 (22.3)
Varis	29 (22.3)
İdrar Kaçırma	28 (21.5)
Ciltte Sivilleşme	27 (20.8)
Yüzde Gebelik Maskesi	27 (20.8)
Hemoroid	22 (16.9)
Gerçekmiş gibi Rüya Görme	22 (16.9)
Horlama	18 (13.8)
Vajinada Pamukçuk	16 (12.3)
Vajinal Bölgede Ağrılı Damarlar	15 (11.5)
Bayılma	2 (1.5)

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Yetişkin gebelerin gebelik semptomlarının dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmektedir.

Yetişkin gebelerde en sık görülen ilk beş semptomun 1. si bulantı (%50.0), 2. si meme ucunda ağrı (%49.2), 3. s meme uçlarında değişiklik (%49.2), 4. s ellerde ve ayaklarda şişme (%48.5) ve 5. si reflü (%47.7) olarak bulunmuştur.



Tablo 4.7. Gebelikte Anksiyete Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile Gebelik Semptom Envanteri Ölçek Puanı Arasındaki İlişki (S=260)

Gebelik Semptom Envanteri	Gebelikte Anksiyete Ölçeği Toplam			
	Adolesan Gebe		Yetişkin Gebe	
	r	p	r	p
Gebelik semptom envanteri sıklık skoru	.393	p=0.001*	.065	p=0.465*
Gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru	.376	p=0.001*	.048	p=0.585*
	Doğum Korkusu Alt Boyutu			
	r	p	r	p
Gebelik semptom envanteri sıklık skoru	.281	p=0.001**	.142	p=0.107**
Gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru	.240	p=0.006**	.155	p=0.079**
	Özürlü Çocuğa Sahip Olma Korkusu Alt Boyutu			
	r	p	r	p
Gebelik semptom envanteri sıklık skoru	.354	p=0.001**	.080	p=0.364**
Gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru	.346	p=0.001**	.053	p=0.551**
	Fiziksel Görünüşe Yönelik Kaygılar Alt Boyutu			
	r	p	r	p
Gebelik semptom envanteri sıklık skoru	.327	p=0.001**	.125	p=0.158**
Gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru	.327	p=0.001**	.080	p=0.368**

*Pearson korelasyon analizi; **Spearman korelasyon analizi

Tablo 4.7’de gebelikte anksiyete ölçeği toplam ve alt boyutları ile gebelik semptom envanteri ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Araştırmada adolesan gebelerde gebelikte anksiyete ölçeği toplam skoru ile gebelik semptom envanteri sıklık skoru ($r=.393$) ve gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru ($r=.376$) arasında zayıf düzeyde pozitif yönde önemli ilişki saptanırken ($p<0.001$), yetişkin gebelerde gebelikte anksiyete ölçeği toplam skoru ile gebelik semptom envanteri sıklık skoru ($r=.065$) ve gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru ($r=.048$) arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmada adolesan gebelerde doğum korkusu alt boyutu ile gebelik semptom envanteri sıklık skoru ($r=.281$) ve gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru ($r=.240$) arasında orta düzeyde pozitif yönde önemli ilişki bulunurken ($p<0.05$), yetişkin gebelerde doğum korkusu alt boyutu ile gebelik semptom envanteri sıklık skoru ($r=.142$) ve gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru ($r=.155$) arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmada adolesan gebelerde özürlü çocuğa sahip olma korkusu alt boyutu ile gebelik semptom envanteri sıklık skoru ($r=.354$) ve gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru ($r=.346$) arasında orta düzeyde pozitif yönde önemli ilişki bulunmuş ($p<0.001$) ve yetişkin gebelerde ise özürlü çocuğa sahip olma korkusu alt boyutu ile gebelik semptom envanteri sıklık skoru ($r=.080$) ve gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru ($r=.053$) arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmada adolesan gebelerde fiziksel görünüşe yönelik kaygılar alt boyutu ile gebelik semptom envanteri sıklık skoru ($r=.327$) ve gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru ($r=.327$) arasında orta düzeyde pozitif yönde önemli ilişki saptanırken ($p<0.001$), yetişkin gebelerde fiziksel görünüşe yönelik kaygılar alt boyutu ile gebelik semptom envanteri sıklık skoru ($r=.125$) ve gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama skoru ($r=.080$) arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Gebelik psikolojik, fizyolojik, hormonal ve sosyal değişikliklerin görülmesi ile bu değişikliklere uyum sağlamaya çalışılırken gebelerde duygusal yönden bir rahatsızlık ve psikolojik sıkıntı yaşanma olasılığının arttığı bir süreçtir (72). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 istatistiklerinde dünyadaki popülasyonunun hemen hemen 1.2 milyarı adölesan bireylerden oluşmaktadır (91). Dünyada 18 yaşına varmadan 700 milyondan fazla kız çocuğu evlendirilmektedir (22). UNICEF 2021 raporunda dünyada 20-24 yaş grubunda 18'inden önce evlendirilen kız çocuklarının oranının %19 olduğunu belirtmiştir (100). Gelişmekte olan ülkelerde adölesan evlilikler ve adölesan gebelikler görülmekte ve adölesanlar psikolojik, duygusal, biyolojik ve fiziksel değişiklikleri nedeniyle riskli bir grup olarak görülmektedir (24, 26, 27). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporunda 10-19 yaş grubundaki gebelerde sağlıklı olmayan gebeliklerin oluşması ve anne ölüm hızı yetişkin gebelerden yüksek bulunmuştur (105, 114). Adölesan olan ve olmayan gebelerin gebelik semptomlarının ve anksiyetelerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Adölesan dönem fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikolojik değişikliklerin meydana gelmesi nedeniyle riskli bir dönemdir (29). Adölesan gebeler erken yaşta evlendikleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı konusunda ileri yaştaki gebelere göre daha deneyimsiz ve bilgisiz oldukları için daha uzun süre gebelik riski altındadır (86, 103). Bunun sonucunda erken yaşta doğurganlık kaçınılmaz bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (103). Araştırmada ilk gebelik yaşı ortalamasının yetişkin gebelerde, adölesan gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2) ($p<0.001$). Akbulut ve Aslan'ın yaptığı çalışmada da bulduğumuz sonuçla uyumlu olarak ilk gebelik yaşı adölesan gebelerde 17.81 ± 1.08 iken yetişkin gebelerde 20.26 ± 2.31 olarak bulunmuştur (119). Yücel ve Kavlak'ın çalışmasında ilk gebelik yaşı adölesan gebelerde 16.85 ± 1.12 iken, yetişkin gebelerde 22.4 ± 2.35 olarak bulunmuştur (31). Bulgumuz Akbulut ve Aslan'ın ile Yücel ve Kavlak'ın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Adölesan dönemde çocuk doğurma yaşı 17'den önce nadir görülmekte iken 19 yaşındaki kadınların %16 kadarının anne olduğu veya ilk bebeğine gebe olduğu bildirilmektedir (104). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerinde ülkemizde

adölesan kadınların %0.7'si ilk çocuğuna gebe kalmaktadır (112). Araştırmada gebelik sayısının yetişkin gebelerde, adölesan gebelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.2) ($p<0.001$). Adölesan gebelerde 3 ve üzeri gebelik sayısı oranı Taner ve arkadaşlarının 14-18 yaş grubu adölesan gebe ve yetişkin gebe üzerinde yaptığı çalışmada adölesan gebelerde %0.5, yetişkin gebelerde %31.5 (124), Meydanlı ve arkadaşlarının adölesanların gebelik sonuçlarını inceledikleri bir çalışmada 14-17 yaş grubundaki adölesan gebelerde %0.6, yetişkin gebelerde %33 olarak bulunmuştur (125). Bulgumuzun diğer çalışma bulgularından yüksek çıkmasının nedeninin Taner ve arkadaşlarının adölesan yaş grubuna 14-18 yaş, Meydanlı ve arkadaşlarının ise 14-17 yaş grubunu dahil etmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada 2 yaşayan çocuğu olan ile 3 ve üzeri yaşayan çocuğu olan yetişkin gebelerin oranının adölesan gebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.2). Akbulut ve Aslan'ın yaptığı çalışmada da bulugumuza benzer şekilde yaşayan çocuk sayısının yetişkin gebelerde adölesan gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (119). Bulgumuz Akbulut ve Aslan'ın bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada düşük yapma ve kürtaj olma durumunun yetişkin gebelerde adölesan gebelere oranla yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2). Yücel ve Kavlak'ın çalışmasında adölesan gebelerde düşük yapma oranı %2.7 iken, yetişkin gebelerde bu oran %27.1 olarak bulunmuş, ayrıca adölesan gebelerde kürtaj görülmezken yetişkin gebelerin %6.6'sının kürtaj olduğu saptanmıştır (31). Meydanlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebelerin düşük yapma oranı %2, yetişkin gebelerin düşük yapma oranı %15 saptanmıştır (125). Bulgumuz çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Yetişkin gebelerin adölesan gebelere göre doğurganlık döneminde geçirdiği sürenin fazla olması, bu gebelerin gebelik ve gebelikle ilgili yaşam deneyimlerinin de fazla olması nedeniyle araştırmamızda gerek yaşayan çocuk sayısı, gerek gebelik sayısı, gerekse düşük yapma ve kürtaj olma durumunun yetişkin gebeler lehine daha yüksek olduğu ve bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).

Gebeliğin planlı olma durumunun ise adölesan ve yetişkin gebelerde ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2). Literatürde gebeliğin planlı olma durumunun adölesan ve yetişkin gebeler arasında ilişkili bulmayan çalışmalar vardır (31, 33, 119). Araştırmada gebelik haftasının adölesan gebe ve yetişkin gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2) ($p>0.05$). Araştırma

bulgumuza paralel şekilde Ağaçayak ve arkadaşlarının çalışması ile Akbulut ve Aslan'ın çalışmasında da gebelik haftası adölesan gebe ve yetişkin gebelerde anlamlı bulunmamıştır (24, 119). Bu durum her iki grubun gebelik haftası açısından benzer olduğunu göstermektedir.

İnsan yaşamını tehdit eden ya da bu şekilde algılanmasına neden olan, iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi anlamları olan anksiyete; endişe ve korku verici bir duygu durumudur (126). Gebelik süresince bu değişikliklerin etkisinde kalan kadınlar, çoğunlukla halsizlik ve enerji kaybından yakındıkları için anksiyete düzeyleri ayırt edilemeyebilmektedir (28). Son 30 senede psikoloji konusundaki gelişmelere dayanarak birtakım psikiyatrik problemlerin gebelikte daha fazla karşılaşılabileceği ortaya konulmuştur. Anksiyete bozuklukları ise bu problemlerin başında gelmektedir (18, 19). Anksiyete adölesan dönemde görülen en sık duygu durum bozukluğudur ve 13-17 yaşındaki adölesan bireyler arasında yaşam boyu yaygınlığın anksiyete bozuklukları için %32.4 olduğu tahmin edilmektedir (127, 128). Henüz ruhsal gelişimini tamamlayamamış ve eğitimleri yarım kalmış adölesanlar gebelik anksiyetesi için önemli bir gruptur (102). Araştırmada adölesanlarda gebelikte anksiyete ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları yetişkin gebelere göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.3). Literatürde yaştan anksiyete için önemli bir risk etkeni olduğu ve yaş ile anksiyete arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (15, 20, 21, 129, 130). Tang ve arkadaşlarının Çin'de yaptıkları ve gebelikte anksiyete düzeyini inceledikleri çalışmada en fazla adölesan gebelerde (%19.44) anksiyete görüldüğü saptanmıştır (32). Qiao ve arkadaşlarının (15), Bödecs ve arkadaşlarının (21) çalışmalarında da bulgumuza benzer şekilde 20 yaştan küçük gebelerde daha yüksek anksiyete görüldüğü saptanmıştır. Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada gebelik semptom envanteri sıklık puan ortalaması ve gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama puan ortalaması adölesan gebelerde yetişkin gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Gebelik semptom envanteri sıklık puanının artması semptom yaşama sıklığının arttığını, gebelik semptom envanteri günlük aktiviteleri sınırlama puanının artması ise yaşanan semptomların günlük aktiviteleri sınırladığını göstermektedir (3). Mutlu ve Güleroğlu'nun çalışmasında 20 yaş ve altındaki gebelerin gebelik semptom sıklığı puan ortalaması 32.66 ± 16.09 , semptomların günlük aktiviteleri sınırlama puan ortalaması 63.00 ± 9.71 olarak saptanmıştır ve yaş ile gebelik semptom sıklığı ve semptomların günlük aktiviteleri sınırlama üzeri etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır

(118). Bakır ve arkadaşları (3) ile Şahin ve Bekar'ın (131) çalışmalarında da bulgumuzdan farklı olarak yaştan gebelik semptom sıklığı ve semptomların günlük aktiviteler üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır. Bulgumuzun diğer çalışma bulgularından farklı olmasının nedeninin çalışmamızdaki yaş dağılımının adölesan ve yetişkin gebeleri kapsamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Duarte ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptığı çalışmada adölesan gebelerde daha fazla şiddetli bel ağrısı görüldüğü ve buna bağlı günlük yaşam aktivitelerinin daha fazla kısıtlanmaları açısından riskli bir grup olduğu saptanmıştır (132). Yücel ve Kavlak'ın 73 adölesan ve 181 yetişkin gebelerin üçüncü trimesterde yaşadıkları gebelik şikayetlerini inceledikleri çalışmada adölesan gebelerde yetişkin gebelere göre baş ağrısı, migren, bacaklarda kramp oluşumu, ellerde ve ayaklarda şişme, göğüste ağrı ve kaşıntı semptomları daha fazla görülmüştür (31). Gebelikte oluşan fizyolojik değişiklikler nedeniyle kadınlarda gebelikle ilişkili semptomlar görülür ve her gebenin, gebeliği sürecinde en az bir ya da iki semptomla karşılaştığı saptanmıştır (4). Bu semptomların birkaçının sebebi belli değilken, birçoğunun hormonal değişikliklere ve uterusun büyümesinden kaynaklandığını düşündürmektedir (17). Adölesan anneler zorluklarla baş etme yeteneği gelişmeyen bireylerdir (106). Bu nedenle gebelikte meydana gelen semptomlardan adölesan gebeler daha fazla etkilenmektedir. Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada adölesan gebelerde görülen ilk beş semptom sırasıyla ağız kuruluğu, siyatik ağrısı, cinsel istekte değişiklik, cilt kaşıntısı ve bacak krampları olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Gebelik sürecinde görülen yakınmalar fizyolojik ve anatomik değişiklikler nedeniyle oluşmakta ve çoğu kez tedavi gerektirmemektedir. Fakat bu yakınmalar gebelerin günlük yaşantılarını etkilediği için önemlidir (37). Araştırmada gebelik semptomları incelendiğinde adölesan ve yetişkin gebelerde ilk beş semptomun tamamen birbirinden farklı olduğu saptanmıştır. Adölesan anne adayları, bu dönemin getirdiği fiziksel, sosyal ve bilişsel açıdan meydana gelen değişikliklere ayak uydurmaya çalışırken aynı zamanda gebelik ve doğum sürecinin karışıklığını yaşamaktadır. Adölesan gebeler gelişimsel kriz sürecinde olmaları nedeniyle yetişkin gebelerden daha yüksek risk altındadır (29). Adölesan gebelerin yetişkin gebelere göre eğitim seviyelerinin düşük, bilgilerinin yetersiz, deneyimsiz ve sosyoekonomik açıdan yetersiz olmaları bu risk faktörlerindendir (23). Araştırmada da eğitim durumlarına bakıldığında adölesan gebelerin eğitim seviyelerinin yetişkin gebelere göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.1).

Adölesan dönemde en sık görülen semtom ağız kuruluğudur (Tablo 4.5). Litaratüre bakıldığında, adölesan gebelerde ağız kuruluğu görülmesi üzerine yapılan çalışmalara az rastlanmaktadır. Gebelik döneminde görülen ağız kuruluğunun en önemli nedenlerinden biri hormonal değişikliklerdir (60). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelikte ağız kuruluğu %47.6-84.6 oralarında görülmektedir (8, 60, 133). Çalışmamızda ağız kuruluğunun yetişkinlerden fazla görülmesinin sebebi adölesan gebelerin fizyolojik gelişimlerini henüz tamamlayamadıklarını ve hormonal değişikliklerden daha fazla etkilenecek ağız kuruluğu ile baş edemediklerini düşündürmektedir.

Adölesan dönemde en sık görülen semptomlardan bir diğeri ise siyatik ağrısı ve bacak kramplarıdır (Tablo 4.5). Litaratürde adölesan gebelerde siyatik ağrı görülmesi üzerine yapılan çalışmalara az rastlanmaktadır. Gebelerde uterusun büyümesi ile gelişen fiziksel, postural ve pelvik kuşaktaki değişikliklere bağlı siyatik ağrı görülebilmektedir. Ayrıca pelvis ve vertebral bölgedeki eklemlerde gevşekliğe bağlı siyatik ağrı gelişmektedir (134). Doğumun gerçekleşmesinde önemli olan pelvis kemiği 20-22 yaşlarında gelişimini tamamlamaktadır (102). Bacak krampları gebelikte görülen kas-iskelet değişikliklerindendir ve hormonal değişiklikler nedeniyle oluşmaktadır (135). Yücel ve Kavlak'ın çalışmasında adölesan gebelerin %80.8'inde, yetişkin gebelerin %49.2'sinde bacak krampları görüldüğü ve yetişkin gebelere göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (31). Babadağlı ve arkadaşlarının çalışmasında ise adölesan gebelerin %62'sinde, ileri yaş gebelerin %52'sinde kas krampları görüldüğü saptanmıştır (33). Bulgularımız çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada çalışan adölesan gebelerin oranı yetişkin gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.1). Adölesanlarda pelvis gelişiminin yetişkin ölçülerine tam ulaşamaması, hormonal değişiklikler ve çalışma oranlarının fazla olması nedeniyle bu gebelerin siyatik ağrı ve bacak kramplarından daha fazla etkilendikleri düşünülmektedir.

Litaratürde yaş arttıkça cinsel aktivitelerin de azaldığı saptanmıştır (136-138). Soares ve arkadaşlarının çalışmasında yaş arttıkça kadınların cinsel işlev bozukluklarına sahip olma olasılığının azaldığı saptanmıştır (137). Araştırmada adölesan gebelerde en sık görülen semptomlardan birisi de cinsel istekte değişikliklerdir ve adölesan gebelerin yaklaşık yarısından çok azının bu semptomu deneyimledikleri saptanmıştır (Tablo 4.5). Bu nedenle adölesanlarda cinsel istekte değişiklik önemli bir semptom olarak karşımıza çıkmaktayken yetişkin gebelerde daha alt boyutta karşımıza çıkmaktadır.

Gebelikteki hormonal değişiklikler deri ve mukoza yapısını etkiler. Kaşıntı gebelerde sık görülen bir semptomdur (139). Araştırmada cilt kaşıntısı adölesan gebelerde en sık görülen bir diğer semptomdur ve adölesan gebelerin yaklaşık yarısından çok azının cilt kaşıntısını deneyimledikleri bulunmuştur (Tablo 4.5). Hormonal değişiklikler nedeniyle adölesan gebeler yetişkinlere göre bu semptomdan daha fazla etkilenabilmektedir. Seçen ve arkadaşlarının çalışmasında ise bulgumuzdan farklı olarak yaş ile gebelikte görülen kaşıntı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (139). Bunun nedeninin örneklem grubunun yaş dağılımının homojen olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada yetişkin gebelerde görülen ilk beş semptom sırasıyla bulantı, meme ucunda ağrı, meme uçlarında değişiklik, ellerde ve ayaklarda şişme ve reflü olarak bulunmuştur (Tablo 4.6). Gebelerde ileri anne yaşı ile bulantı görülme riski artmaktadır (140, 141). Gadsby ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelik yaşı arttıkça bulantı görülme durumunun arttığı saptanmıştır (141). Babadağlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bulgularımıza benzer şekilde ayaklarda ödem yakınmasının ileri yaş grubu gebelerde adölesan gebelerden daha fazla görüldüğü fakat gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadığı bildirilmiştir (33). Bulgularımız çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmada adölesan gebelerde gebelikte anksiyete toplam ve tüm alt boyutları ile gebelikte yaşadıkları semptomların sıklığı ve günlük aktiviteleri sınırlama durumu arasında pozitif yönde ilişki olduğu, semptomların sıklığının ve günlük aktiviteleri sınırlama durumunun artmasıyla, anksiyete düzeyi toplam ve tüm alt boyutlarının da arttığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Bu durumun adölesan gebelerde yetişkin gebelerden farklı olmasının nedeni, adölesan gebelerin ileri yaş grubundakilere göre fiziksel ve ruhsal olarak daha fazla problemle karşılaşması, bu durumlarda oluşan değişikliklerden daha fazla etkilenmesi ve bunun sonucunda anksiyete düzeylerinin de daha fazla artmasıdır (29, 102, 112, 142).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Adölesan olan ve olmayan gebelerin gebelik semptomları ve anksiyetelerinin karşılaştırılması amacıyla yaptığımız çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- ✓ Yetişkin gebelerde üniversite mezunu olma, gebelikteki kilo, ilk gebelik yaşı ortalaması, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük ve kürtaj olma durumunun adölesan gebelerden yüksek olduğu ($p<0.05$),
- ✓ Yetişkin gebelerin çalışma oranının adölesan gebelerden düşük olduğu ($p<0.001$),
- ✓ Adölesan gebelerin gebeliklerinde anksiyete düzeylerinin yetişkin gebelerden yüksek olduğu ($p<0.001$),
- ✓ Adölesan gebelerin gebelik semptomları sıklığı ve günlük aktiviteleri sınırlama durumunun yetişkin gebelerden yüksek olduğu ($p<0.05$),
- ✓ Adölesan gebelerde en sık görülen ilk beş semptomun ağız kuruluğu, siyatik ağrısı, lipidoda değişiklik, cilt kaşıntısı, bacak krampları olduğu ve bu semptomların yetişkin gebelerden daha fazla oranda yaşandığı,
- ✓ Yetişkin gebelerde en sık görülen ilk beş semptomun ise adölesan gebelerden daha fazla oranda mide bulantısı, meme uçlarında ağrı, meme uçlarında değişiklik, eller veya ayaklarda şişme ve reflü yaşandığı,
- ✓ Adölesan gebelerde gebelik semptomlarının sıklığı ve günlük aktiviteleri sınırlama durumu arttıkça anksiyete düzeylerinin de arttığı ($p<0.05$),
- ✓ Yetişkin gebelerde ise gebelik semptomlarının sıklığı ve günlük aktiviteleri sınırlama durumu ile anksiyete düzeyleri arasında önemli ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- ✓ Gebelik süresince semptomlar ve psikolojik değişikliklerde yaşı önemli bir faktör olduğu ve hemşireler başta olmak üzere diğer sağlık profesyonellerine adölesan gebelikler ile ilgili farkındalık oluşturulması gerektiği,
- ✓ Hemşirelerin erken yaşta gebe kalmanın ve anne olmanın önlenmesi konusunda görevler alması, bilgi ve danışmanlık hizmeti sunması,

- ✓ Adölesan ve yetişkin gebelerin gebelik süresince yaşadıkları semptomlar arasındaki farklılıkların hemşireler tarafından uygun bir şekilde değerlendirilerek gebelere eğitim ve danışmanlık verilmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Küçükaya B, Dindar İ, Erçel Ö, Yılmaz E. Gebelik dönemlerine göre gebelerin doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeleri. *Jaren* 2018, 4 (1): 28-36.
2. Koyucu RG, Ülkar D, Erdem B. Primipar ve multipar gebelerin gebelik streslerinin karşılaştırılması. *JHVS* 2020, 8 (3): 652-63.
3. Bakır N, Demir C, Şener N. Gebelerin yaşadığı stres ve gebelik semptomları arasındaki ilişki. *Karya J Health Sci* 2021, 2 (3): 71-6.
4. Gürkan ÖC, Güloğlu ZE. Gebelik semptom envanteri'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *ACU Sağlık Bil Derg* 2020, 11 (2): 298-303.
5. Meltem P, Ege E. Erken gebelik dönemi bulantı kusmanın anksiyete düzeyine etkisi. *KASHED* 2019, 5 (1): 22-40.
6. Nalbant S. Gebelikte gelişen fizyolojik değişiklikler. *Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Antalya* 2008: 39-40.
7. Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 2006, 3 (10): 35-42.
8. Özyürek B. Gebelik Semptom Envanteri" nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik-Güvenirliği ve Trimesterlere Göre Semptomların İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.
9. Taşkın L. Gebelikte Annenin Fizyolojisi. İçinde: Taşkın L (editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 16. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2020: 87-107.
10. Özel E, Tavşanlı NG. Gebelikte ağrının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *IAAOJ Health Sciences* 2020, 6 (2): 134-50.
11. Şahin FG, Köken G, Coşar E, Saylan F, Fidan F, Yılmaz M, Ünlü M. Gebelikte uyku apne sendromu ve eşlik eden hastalıklar. *TJOD Dergisi* 2008, 5 (1): 22-7.
12. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Noro Psikiyatr Ars* 2008, 45 (3): 85-91.

13. Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klin Psikiyatr Derg* 2013, 16: 83-7.
14. Begum MR, Biswas SC. Prevalence and associated factors of antenatal anxiety symptoms in bangladesh: A repeated measures cluster data analysis. *Psychiatr Danub* 2021, 33 (10): 52-7.
15. Qiao YX, Wang J, Li J, Ablat A. The prevalence and related risk factors of anxiety and depression symptoms among Chinese pregnant women in Shanghai. *ANZJOG* 2009, 49 (2): 185-90.
16. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obs and Gynae* 2007, 110 (5): 1102-12.
17. Çetin FC, Demirci N, Çalık KY, Akıncı AÇ. Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. *ZKTB* 2017, 48 (4): 135-41.
18. Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *TJTFP* 2012, 3 (2): 35-42.
19. Zaman FK, Özkan N, Toprak D. Gebelikte depresyon ve anksiyete artar mı? *Konuralp Tıp Dergisi* 2018, 10 (1): 20-5.
20. Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health* 2014, 17 (3): 221-8.
21. Bödecs T, Szilágyi E, Cholnoky P, Sándor J, Gonda X, Rihmer Z, Horváth B. Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatr Danub* 2013, 25 (4): 352-8.
22. Sezgin AU, Punamäki RL. Impacts of early marriage and adolescent pregnancy on mental and somatic health: the role of partner violence. *Arch Womens Ment Health* 2020, 23 (2): 155-66.
23. Yakıt E, Coşkun AM. Toplumsal açıdan çocuk yaşta evlilikler gerçeği: hemşire ve ebeğin sorumluluğu. *HEAD* 2014, 11 (3): 3-10.

24. Aaçayak E, Alan B, Turgut A, Karabel M, Tunç SY, eter Y, Arslan N, Yelinkaya A. Adölesan gebelerin maternal ve fetal sonuçlarının değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Derg* 2016, 43 (2): 344-50.
25. Aktepe E, Atay İM. ocuk evlilikleri ve psikososyal sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2017, 9 (4): 410-20.
26. Glbaş Z. Adölesan dönem üreme sağlığ sorunları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005, 8 (1): 100-8.
27. zel R, Cırık DA, Dilbaz B, Yılmaz S, Akpınar F, Aytekin O, Nalçakan A, Dilbaz S. Adolesan dönemdeki hastaların istemli küretaj sonrası kontrasepsiyon tercihlerinin değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2017, 14 (2): 48-51.
28. Ediz . Adölesan Gebelere Verilen Psikososyal Destek Tabanlı Psikoeğitimin Anksiyete, Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğe Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dal , Doğum, Kadın Sağlığ ve Hastalıkları Hemşireliğ Program . Doktora tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2020.
29. Anık Y, Ege E. Erken Evlilikler ve Adölesan Gebeliklerde Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde: elebioğlu A (editör). *Adölesan Sağlığ ve Hemşirelik Yaklaşımları*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2019: 46-55.
30. Rezaie R, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Nemati F, Mirghafourvand M. The effect of self-care counseling on health practices of adolescent pregnant women: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2021, 21: 1-11.
31. Yücel ř. Adölesan ve Yetişkin Gebelerde Maternal Ve Neonatal Sonuçların Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dal . Doğum, Kadın Sağlığ ve Hastalıkları Hemşireliğ Program . Yüksek Lisans tezi, İstanb l: İstinye Üniversitesi, 2020.
32. Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J Affect Disord* 2019, 253: 292-302.
33. Babadağlı B. Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. *Atatrk Üniversitesi Hemşirelik Yksekokulu Dergisi* 2008, 11 (3): 96-105.

34. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, pregnancy, and mental health. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014, 27 (3): 138-50.
35. Foxcroft KF, Callaway LK, Byrne NM, Webster J. Development and validation of a pregnancy symptoms inventory. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13 (1): 1-9.
36. Torgerson RR, Marnach ML, Bruce AJ, Rogers RS 3rd. Oral and vulvar changes in pregnancy. *Clin Dermatol* 2006, 24 (2): 122-32.
37. Dönmez A, Er M, Karaçam Z. Gebe okuluna başvuran gebelerin yaşadığı gebeliğe bağlı fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Life Sci* 2018, 13 (1): 1-10.
38. Can HÖ. Gebelikteki Değişiklikler. İçinde: Soğukpınar N, Saydam BK (editörler). *Doğum Öncesi Bakım*, 1.Baskı. Ankara, Vize Yayıncılık, 2018: 103-41.
39. Myers KM, Feltovich H, Mazza E, Vink J, Bajka M, Wapner RJ, Hall TJ, House M. The mechanical role of the cervix in pregnancy. *J Biomech* 2015, 48 (9): 1511-23.
40. Vink J, Myers K. Cervical alterations in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018, 52: 88-102.
41. Nott JP, Bonney EA, Pickering JD, Simpson AB. The structure and function of the cervix during pregnancy. *Transl Res Anat* 2016, 2: 1- 7.
42. Boskey ER, Cone RA, Whaley KJ, Moench TR. Origins of vaginal acidity: high D/L lactate ratio is consistent with bacteria being the primary source. *Hum Reprod* 2001, 16 (9): 1809-13.
43. Aguin TJ, Sobel JD. Vulvovaginal candidiasis in pregnancy. *Curr Infect Dis Rep* 2015, 17 (6): 462.
44. Beyazıt F, Pek E, Şahin B. Gebelik ve doğum sonrasında cinsel işlevlerde gözlenen değişiklikler: Önyargı mı? yoksa Gerçek mi? *Klin Psikiyatr Derg.* 2018, 21: 397-406.
45. Erbil N. Sexual function of pregnant women in the third trimester. *Alexandria J Med* 2018, 54 (2): 139-42.
46. Akkurt HE. Gebelerde görülen bel ağrısı. *Türkiye Klinikleri J Health Sci* 2017, 2 (1): 40-6.
47. Nacır B, Karagöz A, Erdem HR. Gebelikte görülen bel agrıları/low back pain in pregnancy. *Turk J Rheumatol* 2009, 24 (1): 39-45.

48. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr* 2016, 27 (2): 89–94.
49. Flick AA, Kahn DA. Maternal Physiology During Pregnancy & Fetal & Early Neonatal Physiology. İçinde: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS (editörler). *Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology*, 11. Baskı. New York, McGraw Hill Yayınevi, 2013: 321-48.
50. Özsoy S, Dünder T. Gebelikte Sıvı Dengesi, Dengesizlikleri ve Hemşirelik Yönetimi. İçinde: Güneş Z (editör). *Sıvı ve Elektrolit Dengesizliği ve Hemşirelik Yönetimi*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2021: 25-31.
51. Öztürk O, Ocak M, Öztürk G. Variköz Venler: Gebeliğin hediyesi. *Klinik Tıp Bilimleri* 2020, 8 (1): 41-4.
52. Kazma JM, van den Anker J, Allegaert K, Dallmann A, Ahmadzia HK. Anatomical and physiological alterations of pregnancy. *J Pharmacokinet Pharmacodyn* 2020, 47 (4): 271–85.
53. Chan C, Poon SH, Chua TE, Razali NS, Tan KH, Chen H. A prospective study of the relationship between sleep quality and depression in pregnancy. *Proc Singap Healthc* 2022, 31: 1-7.
54. Clark SM, Costantine MM, Hankins GDV. Review of nvp and hg and early pharmacotherapeutic intervention. *Obstet Gynecol Int* 2012: 1-8.
55. Liu C, Zhao G, Qiao D, Wang L, He Y, Zhao M, Fan Y, Jiang E. Emerging progress in nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum: Challenges and opportunities. *Front Med* 2022, 8: 1-17.
56. Matthews A, Hass DM, O'Mathúna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, 9: 1-121.
57. Verberg MFG, Gillott DJ, Al-Fardan N, Grudzinskas JG. Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Hum Reprod Update* 2005, 11 (5): 527-39.
58. Balacan Z, Keleş MG, Amanak K, Altinkaya Ö. Gebelikte gastroözofageal reflü ve ebelik bakımı. *J Midwifery and Health Sci* 2020, 3 (2): 127-33.
59. Odabaş RK, Taşpınar A. Gebelikte konstipasyon görülme durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020, 23 (2): 250-8.

60. Gürkan ÖC, Şahin EŞ, Göçer A, Çuhadar A, Çıtlak B, Çelik G. Gebelerin, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını bilme ve gastrointestinal sistem semptomlarında kullanma durumları. *J Tradit Complem Med* 2021, 4 (1): 45-56.
61. Motosko CC, Bieber AK, Pomeranz MK, Stein JA, Martires KJ. Physiologic changes of pregnancy: A review of the literature. *Int J Womens Dermatol* 2017, 3 (4): 219-24.
62. Snarskaya ES, Olisova OY, Makatsariya AD, Kochergin NG, Radetskaya L, Bitsadze V, Khizroeva J. Skin pathologies in pregnancy. *J Perinat Med* 2019, 47 (4): 371-80.
63. Vora RV, Gupta R, Mehta MJ, Chaudhari AH, Pilani AP, Patel N. Pregnancy and skin. *J Family Med Prim Care* 2014, 3 (4): 318-24.
64. Korgavkar K, Wang F. Stretch marks during pregnancy: a review of topical prevention. *Br J Dermatol* 2015, 172 (3): 606-15.
65. Brennan, M, Clarke M, Newell J, Devane D. Prevention of striae gravidarum: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials* 2018, 19 (1): 1-9.
66. Kar S, Krishnan A, Shivkumar PV. Pregnancy and skin. *J Obstet and Gynaecol India* 2012, 62 (3): 268-75.
67. Scurt FG, Morgenroth R, Bose K, Mertens PR, Chatzikyrkou C. Pr-AKI: Acute kidney injury in pregnancy - etiology, diagnostic workup, management. *Geb Fra* 2022, 82: 297-316.
68. Cheung KL, Lafayette RA. Renal physiology of pregnancy. *ACKD* 2013, 20 (3): 209-14.
69. İnal CG, Taşhan ST. Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg* 2020, 6 (2): 150-60.
70. Ferraz Z, Parra J, Areia AL, Vasco E, Moura P. Acute onset neurological disorders during pregnancy: a literature review. *RBGO* 2017, 39 (10): 560-8.
71. Karaçam Z, Özçelik G. Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkileri. *EGEHFD* 2014, 30 (3): 1-8.

72. Din ZU, Ambreen S, Iqbal Z, Iqbal M, Ahmad S. Determinants of antenatal psychological distress in pakistani women. *Noro Psikiyatrs Ars* 2016, 53 (2): 152–7.
73. Silva MMJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP* 2017, 51: 1-8.
74. Wensu Z, Xidi Z, Shaojie L, Baohua Z, Yunhan Y, Huilan X, Zhao H, Xiyue X. Does the presence of anxiety and depression symptoms mediate the association between family functions and self-efficacy in pregnant women in the third trimester?: a community-based cross-sectional survey. *Front Psychiatry* 2021, 12: 1-10.
75. Lee H, Kim KE, Kim MY, Park CG, Han JY, Choi EJ. Trajectories of depressive symptoms and anxiety during pregnancy and associations with pregnancy stress. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18 (5): 1-12.
76. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016, 191: 62-77.
77. Yeşilçınar İ, Acavut G, Güvenç G. Anxiety during the pregnancy and affecting factors: a cross-sectional study. *Arch Gynecol Obstet* 2022: 1-9.
78. Cincioğlu E, Durat G, Öztürk S, Akbaş H. Riskli gebeliklerde gebelerin ruhsal durumları ve stresle başa çıkma biçimleri. *Sağlık ve Toplum* 2020, 30 (3): 148-57.
79. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001, 23 (1): 61-4.
80. Arslan S, Okcu G, Coşkun AM, Temiz F. Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *HSP* 2019, 6 (1): 179-92.
81. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *ZKTB* 2009, 40 (2): 57-62.
82. Yıldırım F, Şahin E. Gebelik ve doğum sonu döneme uyum: Temel hemşirelik yaklaşımları. *Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2020, 1 (1): 30-40.
83. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. *EGEHFD* 2005, 21 (1): 115-26.

84. Şatır DG, Eminov A, Kavlak O. Yüksek riskli gebelerde anksiyete ve depresyon ile hemşirelik bakım memnuniyetinin incelenmesi. *MCBU-SBED* 2020, 7 (1): 70-5.
85. Çetin Ö, Aslan E. Adölesanlarda sık görülen jinekolojik sorunlar. *SABİAD* 2019, 2 (1): 33-43.
86. Uzun AK, Orhon FŞ. Adolesan gebeliklerin anne ve bebek sağlığına olan etkileri. *J Ankara Univ Fac Med* 2013, 66 (1): 19-23.
87. İnalöz EY, İngeç M, Yılmaz EPT. Bölgemizdeki adölesan gebeliklerin maternal ve perinatal sonuçlar üzerine etkilerinin değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg* 2017, 8 (30): 6-14.
88. Toksöz P, Ceylan A, Bozyel ÖA. Pregnancy, health and birth related problems of pregnant adolescents. *IAMR* 2011, 1 (1): 8-20.
89. Macedo CM, Miura PO, Barrientos DMS, Lopes GA, Egry EY. Coping strategies for domestic violence against pregnant female adolescents: integrative review. *Rev Bras Enferm* 2018, 71: 693-9.
90. Tecik S, Menekşe D, Çınar N. Adölesan babalık. *STED* 2022, 31 (2): 154-60.
91. Dönmez A. Adölesan Dönemde Evlenen Kadınların Üreme Sağlığı Davranışları: Bir Karma Yöntem Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2019.
92. Keskin U, Kıncı MF. Adolesan dönemi ve gebelikler. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2018, 9 (5): 33-8.
93. Çelik HK, Özel Ş, Üstün YE. Adolesanlarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2018, 15 (4): 184-8.
94. Küçükkelepçe DŞ, Şahin T, Özkan SA. Ortaöğretim kız öğrencilerine verilen genital hijyen eğitiminin genital hijyen davranışları üzerine etkisi: üreme sağlığını koruma ve geliştirme yaklaşımı. *Sağlık ve Toplum* 2019, 29 (3): 76-83.
95. Koluçak S, Güneş G, Pehlivan E. İnönü Üniversitesi öğrencilerinin üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri ve hizmetten beklentileri. *JIUMF* 2010, 17 (1): 7-14.
96. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, 2: 1-106.

97. Giray H, Kılıç B. Bekar kadınlar ve üreme sağlığı. *STED* 2004, 13 (8): 286-9.
98. Karakaya E, Gençalp NS. Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan adölesan evli kadının üreme sağlığı sorunları. *HEAD* 2009, 6 (1): 34-40.
99. Çoban Aİ. Adölesan evlilikleri. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2009, 4 (16): 37-50.
100. Suveren Y, Turan Z. Erken evlilik sorunu ve kadın sağlığı: güncel bir değerlendirme. *UJHC* 2022, 4 (1): 78-99.
101. Malatyali MK. Türkiye’de ‘çocuk gelin’ sorunu. *NPD* 2014, 2 (3): 27-38.
102. Şen S, Kavlak O. Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2011, 7 (25): 35-44.
103. Aydın D. Adölesan gebelik ve adölesan annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 16 (4): 250-4.
104. Şolt A, Yazıcı S. Adölesan gebelikler. *HSP* 2015, 2 (2): 241-9.
105. Kapısız SG, Dedeoğlu Z. Adölesan gebelikler ve yasal boyutu. *T Kadın S Neonatol Dergisi* 2020, 2 (2): 41-6.
106. Çınar N, Hıra S. Adölesan annelik. *J Hum Rhythm* 2017, 3 (1): 15-9.
107. Nash K, O'Malley G, Geoffroy E, Schell E, Bvumbwe A, Denno DM. "Our girls need to see a path to the future" --perspectives on sexual and reproductive health information among adolescent girls, guardians, and initiation counselors in Mulanje district, Malawi. *Reprod Health* 2019, 16 (1): 1-13.
108. Ayyıldız T, Topan A, Öztürk Ö, Kulakçı H. Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi. *DEUHFED* 2015, 8 (2): 61-6.
109. Vargas G, Borus J, Charlton BM. Teenage pregnancy prevention: the role of young men. *Curr Opin Pediatr* 2017, 29 (4): 393-8.
110. Güzel Aİ, Tokmak A, Üstün YE. Adölesan gebelikler. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2016, 13 (1): 28-31.
111. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health* 2018, 15 (1): 1-11.

112. Dilmen S, Kocaöz S, Kızılırmak A. Adolesan gebelerin aile planlamasına yönelik tutumları ve kullandıkları kontraseptif yöntemler. *TJFMPC* 2022, 16 (1): 16-24.
113. Naghizadeh S, Mirghafourvand M. Knowledge and attitudes of adolescent girls and their mothers about early pregnancy: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2022, 22 (1): 1-10.
114. Robbins CL, Ott MA. Contraception options and provision to adolescents. *Minerva Pediatr* 2017, 69 (5): 403-14.
115. Yıldırım G. Adolesan gebelikler ve hemşirelik yaklaşımı. *İÜ FNHYO Dergisi* 2005, 13 (55): 149-60.
116. Eren DÇ. Adölesan Gebelikler ve Hemşirelik. İçinde: Çer E, Kahraman N, Yılmaz T (editörler). *Sempozyum Bildirileri Tam Metin Kitabı*, 4.Baskı. Amasya, Kibatek, 2019: 17-29.
117. Şahin EŞ. Gebelik Yogasının Gebelik Semptomlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2019.
118. Mutlu ENÇ. Gebelik Semptomlarının Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Yozgat: Bozok Üniversitesi, 2021.
119. Akbulut Ş. Adölesan Gebelerde Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyinin Postpartum Depresyona Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2019.
120. Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire-revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Arch Womens Ment Health*. 2016, 19 (1): 125-32.
121. Kırca AS, Gül DK. Pregnancy-related anxiety scale (The PrAS): validity and reliability study of its Turkish version. *CBU-SBED* 2020, 7 (4): 529-37.
122. Duman M, Yüksekol ÖD, Ozan YD. Preeklampsili gebelerde gebelikle ilişkili anksiyetenin prenatal bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2021, 18 (3): 907-15.

123. Derya YA, Taşhan ST, Duman M, Ozan YD. Turkish adaptation of the pregnancy-related anxiety questionnaire-revised 2: validity and reliability study in multiparous and primiparous pregnancy. *Midwifery* 2018, 62 : 61-8.
124. Taner CE, Kırmızı DA, İriş A, Başoğlu Ö. Adölesan gebeliklerin sonuçları. *Göztepe Tıp Dergisi* 2012, 27 (1): 6-10.
125. Meydanlı MM, Çalışkan E, Ecemiş T, Arlier S, Dölen İ, Haberal A. Adölesanlarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi. *T Klin J Gynecol Obst* 2000, 10: 98-103.
126. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğit Hast Dergisi* 2011, 21 (2): 79-84.
127. Kökoğlu B, Ünlüoğlu İ. Adölesan dönemi ve psikiyatrik bozukluklar. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2018: 61-4.
128. Rasing SPA, Creemers DHM, Janssens JMAM, Scholte RHJ. Depression and anxiety prevention based on cognitive behavioral therapy for at-risk adolescents: a meta-analytic review. *Front Psychol* 2017, 8: 1-17.
129. Bhat NA, Hassan R, Shafiq M, Sheikh S. Sociodemographic factors: a major predictor of anxiety and depression among pregnant women. *Delhi Psychiatry J* 2015, 18 (1): 86-94.
130. Mortazavi F, Mehrabadi M, KiaeeTabar R. Pregnant women's well-being and worry during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021, 21 (1) : 1-11.
131. Ağapınar Şahin S. Kahkaha Yogasının Gebelik Semptomları, Mental İyi Oluş ve Prenatal Bağlanmaya Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2020.
132. Duarte VM, Meucci RD, Cesar JA. Dor lombar intensa em gestantes do extremo Sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2018, 23 (8); 2487-94.
133. Akcan K. Perinatoloji Kliniğinde Yatan Gebelerin Gebelik Semptomlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2019.

134. Dal N, Karahan AY, Şenyuva İ, Sevimli S, Çatalgöl Ş, Kaydok E. Sağlıklı gebelerde kas iskelet sistemi ağrıları; lokalizasyon, şiddet ve karakter değerlendirilmesi: kesitsel çalışma. *CBU-SBED* 2018, 5 (4): 169-74.
135. Beyaz EA, Özcan E. Gebelikte görülen kas-iskelet sistemi kaynaklı ağrılar ve tedavi yaklaşımları. *TJPR* 2005, 51 (2) : 65-8.
136. Fok WY, Chan LYS, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005, 84 (10): 934-8.
137. Soares PRAL, Calou CGP, Ribeiro SG, Aquino PS, Almeida PC, Pinheiro AKB. Sexuality and associated risk factors in pregnant women. *Rev Bras Enferm* 2020, 73: 1-7.
138. Naldoni LMV, Pazmiño MAV, Pezzan PAO, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CHJ. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *J Sex Marital Ther* 2011, 37 (2): 116-29.
139. Seçen EI, Desdicioglu R, Yeğin GF, Bal C, Erdiñ AS, Uygur D, Keskin HL. Kaşıntı semptomu ile başvuran gebelerde, tanı süreci ve gebelik sonuçlarının retrospektif analizi. *Ankara Med J* 2021, 4: 553-60.
140. Kıratlı D, Yavan T. Gebelikte bulantı kusma yaşama durumu, etkileyen faktörler ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. *İKÇÜSBFD* 2021, 6 (2): 21-9.
141. Gadsby R, Ivanova D, Trevelyan E, Hutton JL, Johnson S. Nausea and vomiting in pregnancy is not just 'morning sickness': data from a prospective cohort study in the UK. *BJGP* 2020, 70: 534-9.
142. Bulut S, Gürkan A, Sevil Ü. Adölesan gebelikler. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2008, 4 (13): 37- 44.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş Formu



EK-2. Katılımcı Tanıtım Formu

Bu çalışmada Adölesan olan ve olmayan gebelerin gebelik semptomları ve anksiyetelerinin karşılaştırılmasını incelemek amaçlanmıştır. Araştırma amacı ile toplanacak olan bu bilgiler başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Araştırmanın sorularının eksiksiz doldurulması çalışmanın güvenliği açısından önemli olup vereceğiniz katkılar için teşekkür ederim.

1) Kaç Yaşındasınız?.....

2) Eğitim Durumunuz?

- a) İlkokul mezunu
- b) Ortaokul mezunu
- c) Lise mezunu
- d) Üniversite ve üzeri

3) Çalışma Durumunuz?

- a) Çalışıyor
- b) Çalışmıyor

4) Ailenizin gelir durumu?

- a) Gelir gidere eşit
- b) Gelir giderden az
- c) Gelir giderden fazla

5) Gebe kalmadan önceki kilonuz nedir?.....

6) Yaklaşık şu andaki kilonuz nedir?.....

7) İlk Gebelik Yaşı?.....

8) Gebelik Haftanız?.....

9) Kaçınıc Gebeliğiniz?

- a) 1.gebelik
- b) 2. Gebelik
- c) $3 \geq$ gebelik

10) Yaşayan Çocuk Sayınız nedir?

- a) Hiç yok
- b) 1 çocuk
- c) 2 çocuk
- d) $3 \geq$ çocuk

11) Hiç düşük yaptınız mı? Cevabınız evet ise kaç kez?

a) Evet.....kez

b) Hayır

12) Hiç kürtaj oldunuz mu? Cevabınız evet ise kaç kez?

a) Evet.....kez

b) Hayır

13) Bu Gebeliğiniz planlı/ istenilen bir gebelik mi?

a) Evet

b) Hayır



EK-3. Gebelik Semptom Envanteri

Aşağıdaki soruları cevaplamayı kabul ettiğiniz için çok teşekkür ederiz. Her bir belirti için iki bölüm vardır. Lütfen sol tarafa, belirtinin **sıklığını** işaretleyiniz. Bu bölümdeki puanınız bir veya üzerinde ise, lütfen sağ taraftaki gölgeli bölüme bu belirtinin **günlük aktivitelerinizi ne kadar kısıtladığını** işaretleyiniz.

Tüm cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Her bir sorunun cevaplanması gönüllülük esasına dayanır.

Kaçıncı gebelik haftasındasınız?.....

Boyunuz?..... Yaklaşık olarak kilonuz?.....kg

Aşağıdaki belirtileri son 1 ayda ne sıklıkla yaşadınız? (lütfen uygun olan seçeneği işaretleyiniz)					Bu durum günlük yaşamınızı ne kadar kısıtladı? (Sadece soldaki cevabınız 1-3 arasındaysa cevaplayınız)		
Belirti	Asla 0	Nadiren 1	Bazen 2	Sık sık 3	Hiçbirini kısıtlamadı.	Çok az kısıtladı.	Çok kısıtladı.
1.Yorgunluk ya da Halsizlik							
2.Bulantı							
3.Kusma							
4.Reflü							
5.Kabızlık							
6.Hemoroid (Basur)							
7.Ağız Kuruluğu							
8.Aşırma							
9.Uyku Bozukluğu							
10.Huzursuz Bacak							
11.Bacak Krampları							
12.Horlama							
13.Sık İdrara Çıkma							
14.İdrar Kaçırma-sızıntı şeklinde idrar yapma							
15.Vaginal Akıntıda Artma							
16.Vajinada Pamukçuk							
17.Cinsel İstekte Değişiklik							
18.Vaginal Bölgede (Haznede) Ağrılı Damarlar							
19. Karpel Tünel (ellerde uyuşma)							

20. Syatik/Bacağınızın arkasından aşağı doğru oluşan ağrı							
21.Sırt Ağrısı							
22.Kalça veya Pelviste Ağrı							
23.Memelerde Ağrı							
24.Baş Ağrısı							
25.Meme Ucunda Ağrı							
26. Baş Dönmesi							
27.Bayılma/baygınlık							
28.Çarpıntı							
29.Nefes Darlığı							
30.Tat Alma/Koku alma Değişiklikleri							
31.Unutkanlık							
32.Depresif hissetme							
33. Endişe							
34.Gerçekmiş gibi Rüya Görme / Renkli rüyalar görme							
35.Bedenini algılamada değişiklik							
36.Ciltte sivilcelenme							
37.Varis							
38.Yüzde gebelik maskesi							
39.Ciltte Kaşıntısı							
40.Meme Uçlarında Değişiklik							
41.Karında ve kalçalarda çatlaklar							
42.Ellerde ve Ayaklarda şişlik							
43.Başka değişikliklervarsa lütfen sıralayın							

EK-4. Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği-Revizyon-2

Aşağıda kadınların gebeliklerine ilişkin kaygı durumlarını belirlemeye yönelik bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen kutuları işaretleyerek her bir ifadeye ne düzeyde katıldığınızı belirtiniz. Lütfen her soru için **yalnızca bir** kutuyu işaretleyiniz.

İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Doğumum hakkında endişeliyim	☐	☐	☐	☐	☐
2. Doğum sancıları ve doğum sırasındaki ağrı konusunda endişeliyim.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Doğumdan sonra vücudumun eski halini alamayacağı gerçeğine ilişkin endişeliyim.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Bazen bebeğimizin hastalıklı ya da hastalıklara yatkın olacağını düşünüyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Çirkin görünüşüm hakkında endişe yaşıyorum	☐	☐	☐	☐	☐
6. Doğumda kontrolümü kaybetmekten endişeliyim ve çılgılık atacağımdan korkuyorum	☐	☐	☐	☐	☐
7. Aldığım fazla kilolar konusunda endişeliyim.	☐	☐	☐	☐	☐
8. *Daha önce hiç doğum deneyimim olmadığı için doğum konusunda endişeliyim	☐	☐	☐	☐	☐
9. Bebeğimizin zihinsel engelli olmasından ya da beyin hasarı yaşamasından korkuyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Bebeğimizin ölü doğmasından ya da doğumda veya hemen sonrasında ölmesinden korkuyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Bebeğimizin fiziksel bir özrü ya da dış görünüşünde bir problemi olmasından korkuyorum.	☐	☐	☐	☐	☐

*Daha önce hiç doğum yapmamış kadınlar cevaplayacaktır.

EK-5. Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu



EK-6. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

