



T.C.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GEBELİKTE DOĞUM KORKUSUNUN GEBELİK
YAKINMALARI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Dr. Hanzade KAYAR

UZMANLIK TEZİ

2024

BOLU



T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GEBELİKTE DOĞUM KORKUSUNUN GEBELİK
YAKINMALARI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Dr. Hanzade KAYAR
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ

2024
BOLU

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dökümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim

Dr. Hanzade KAYAR

TEZ ONAY SAYFASI

Hanzade Kayar tarafından hazırlanan “**GEBELİKTE DOĞUM KORKUSUNUN GEBELİK YAKINMALARI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**” adlı tez çalışması
13.12.2024 tarihinde jüri tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda Tıpta Uzmanlık Tezi
olarak oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ

.....

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

(Danışman)

Prof. Dr. Sebahat Gücük

.....

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Doç. Dr. Süleyman Özşarı

..... Bolu

Abant İzzet Baysal Üniversitesi

TEŞEKKÜR

Öncelikle, tez sürecimde kıymetli bilgi ve rehberliğiyle bana yol gösteren danışman hocam Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ'e en içten teşekkürlerimi sunarım. Kendisi, bilgi ve tecrübesiyle bana ışık tutmuş, desteğiyle bu çalışmanın tamamlanmasını mümkün kılmıştır.

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sebahat GÜCÜK'e, Doç. Dr. Mehmet KAYHAN'a ve Doç. Dr. Süleyman ÖZSARI'ya, her daim güler yüzleriyle verdikleri destekler için ve akademik süreçteki katkıları, bilgi ve deneyimleriyle yol göstericilikleri için teşekkür ederim.

Bu süreçte benimle birlikte emek veren, asistanlık sürecimi paylaşan asistan arkadaşlarıma teşekkür etmek istiyorum. Birlikte geçirdiğimiz zaman, desteğiniz ve dayanışmanız, süreci çok daha anlamlı kıldı.

Yoğun mesaisine rağmen bana her zaman anlayış ve sevgisiyle yaklaşan eşime yanımda olduğu için teşekkür ederim. En kıymetlilerim, kızlarım Arya ve Umay'a bana verdikleri güç ve motivasyon için teşekkür ederim.

Beni büyüten, iyiliğim ve mutluluğum için elinden gelen her çabayı ve fedakarlığı gösteren canım anneme ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLO LİSTESİ	vi
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Gebelik Tanımı ve Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler.....	3
2.1.1. Gebelik Tanımı.....	3
2.1.2. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler.....	3
2.1.2.1. Kardiyovasküler değişiklikler.....	3
2.1.2.2. Respiratuvar Değişiklikler.....	4
2.1.2.3. Endokrin Sistemdeki Değişiklikler.....	5
2.1.2.4. Hematolojik Değişiklikler.....	6
2.1.2.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri.....	7
2.1.2.6. Üriner Sistem Değişiklikleri.....	8
2.1.2.7. Kas ve İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	8
2.1.2.8. Cilt Değişiklikleri.....	9
2.1.2.9. Genital Sistem Değişiklikleri.....	9
2.1.2.10. Meme Dokusundaki Değişiklikler.....	10
2.2. Gebelikte görülen yakınmalar.....	10

2.2.1. Gebelikte Sık Görülen Yakınmalar.....	11
2.2.1.1. Bulantı ve Kusma.....	11
2.2.1.2. Kabızlık.....	11
2.2.1.3. Gastroözefageal Reflü.....	11
2.2.1.4. Halsizlik ve Yorgunluk.....	12
2.2.1.5. Sık İdrara Çıkma ve İdrar Kaçırma.....	12
2.2.1.6. Kaşıntı.....	12
2.2.1.7. Bacak Krampları.....	13
2.2.1.8. Sırt Ağrısı ve Pelvik Ağrı.....	13
2.2.1.9. Nefes Darlığı.....	14
2.2.1.10. Çarpıntı.....	14
2.2.1.11. Baş Dönmesi ve Baygınlık.....	15
2.2.1.12. Varis ve Hemoroid.....	15
2.2.1.13. Ödem.....	16
2.2.1.14. Uykusuzluk.....	16
2.2.1.15. Baş ağrısı.....	16
2.3. Gebelikte Psikososyal Değişiklikler.....	16
2.4. Korku.....	17
2.4.1. Korkunun Tanımı.....	17
2.4.2. Doğum Korkusu.....	17
2.4.2.1. Tokofobi Sınıflaması.....	18
2.4.2.1.1. Birincil Tokofobi.....	18
2.4.2.1.2. İkincil Tokofobi.....	18
2.4.2.1.3. Prenatal Depresyon Belirtisi Olarak Tokofobi.....	18
2.4.2.2. Doğum Korkusu Nedenleri.....	18
2.4.2.3. Doğum Korkusu Sıklığı.....	20

2.4.2.4. Doğum Korkusu Sonuçları.....	20
2.4.2.5. Doğum Korkusuna Yönelik Çalışmalar.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	23
3.1. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	24
3.1.1. Sosyodemografik Form.....	24
3.1.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi (WDEQ-A) Ölçeği.....	24
3.1.3. Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği (GYYKEÖ)...25	
3.2. İstatistiksel Analiz.....	25
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
7. KAYNAKLAR.....	58
8. EKLER.....	73
Ek 1: Kurum İzni.....	73
Ek 2: Etik Kurul Onayı.....	74
Ek 3: Sosyodemografik Form.....	75
Ek 4: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi (WDEQ-A) Ölçeği.....	77
Ek 5: Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği.....	81

TABLO LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1: Gebelere ilişkin sosyodemografik bilgiler.....	27
Tablo 2: Katılımcıların Gebelikleri Boyunca Fiziksel, Psikososyal ya da Diğer Alanlarda Sorun Yaşama Oranları.....	29

Tablo 3. Katılımcıların WDEQ-A ölçeği puan ortalaması.....	29
Tablo 4. Gebelerin Doğum Korkusu Düzeyleri.....	29
Tablo 5. Gebelerin Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği Ortalama Puanı..	30
Tablo 6. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Eğitim Düzeyine göre Karşılaştırılması.....	30
Tablo 7. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Mesleklerine göre Karşılaştırılması.....	31
Tablo 8. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Sosyoekonomik Düzeyine göre Karşılaştırılması.....	32
Tablo 9. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına göre Karşılaştırılması.....	33
Tablo 10. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Kürtaj, Düşük ya da Ölü Doğum Deneyimine göre Karşılaştırılması.....	34
Tablo 11. Gebelikte Doğum Korkusunun Katılımcıların Düşük, Kürtaj veya Ölü Doğum Sayısına göre Karşılaştırılması.....	34
Tablo 12. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Gebeliğinin Planlı ve İstenen Bir Gebelik Olma Durumuna göre Karşılaştırılması.....	35
Tablo 13. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Bulundukları Trimestere Göre Karşılaştırılması.....	36
Tablo 14. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Gebelikte Sorun Yaşama Durumlarına göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 15. Gebelikte Doğum Korkusunun Katılımcıların Yaşadıkları Sorunlara göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 16. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Gebelikte Destek Alma Durumlarına göre Karşılaştırılması.....	38
Tablo 17. Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Gebelikteki Yakınmalar ile ilgili Bilgi Alma Durumlarına göre Karşılaştırılması.....	38
Tablo 18. Gebelikte Doğum Korkusunun Katılımcıların Gebelikteki Yakınmalar ile ilgili Kontrole Düzenli Olarak Gitme Durumlarına göre Karşılaştırılması.....	39
Tablo 19. Gebelikte Doğum Korkusunun Katılımcıların Aile Yapısına göre Karşılaştırılması.....	39
Tablo 20. Gebelikte Doğum korkusu ve Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Karşılaştırılması.....	40

Tablo 21. Katılımcıların Yaş, Kilo, BKİ, Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiler.....	41
Tablo 22. Gebelikte Doğum Korkusunun Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesine Etkisi..	41
Tablo 23. Gebelerin Gebelik Süreci Boyunca Deneyimledikleri Yakınmalara göre Dağılımları.....	42
Tablo 24. Gebelerin Gebelik Süreci Boyunca Deneyimledikleri Yakınmaların Yarattığı Kısıtlamalara göre Dağılımları.....	44

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

ATA: American Thyroid Association

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FSH: Follikül stimüle edici hormon

GFR: Glomeruler filtrasyon hızı

GYKKEÖ: Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği hCG:

human chorionic gonadotropin

HPL: human placental lactogen

LH: Luteinize edici hormon

Spss: Statistical Package for the Social Sciences

TBG: Tiroit bağlayıcı globulin

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSH: Tiroit stimüle edici hormon

T3: Triiyodotironin

T4: Tetraiyodotironin

WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

ÖZET

Amaç: Bu çalışma gebelikte doğum korkusu düzeylerinin, gebelik yakınmalarının sıklığının ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesini, doğum korkusu ve yakınmalarla ilişkili sosyodemografik faktörlerin belirlenmesini; ayrıca gebelikte doğum korkusunun gebelik yakınmalarına ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesini amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 339 gebe ile gerçekleştirilmiştir. Veriler sosyodemografik bilgi formu, WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi (WDEQ-A) Ölçeği ve Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği(GYYKEÖ) aracılığıyla toplanmıştır.

Bulgular: Gebelerin WDEQ-A ortalama puanı 68,11(ss±30,96) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %15,9'unun hafif düzeyde, %28,3'ünün orta düzeyde, %26,5'inin ileri düzeyde, %29,2'sinin de klinik düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu bulunmuştur. Düşük/küretaj/ölü doğumun deneyimlenme sıklığı arttıkça doğum korkusunun arttığı görülmüştür(p<0,05). Gebelerin GYYKEÖ ortalama puanı 61,56 (ss±31,90) olarak hesaplanmıştır. Gebelerin en sık yaşadığı yakınmaların sık idrara çıkma(%56,9), halsizlik ve yorgunluk(%42,8), bel ağrısı(%30,1) ve sırt ağrısı(%29,8) olduğu tespit edilmiştir. GYYKEÖ puanı en yüksek üçüncü trimesterde, en düşük birinci trimesterde saptanmıştır(p<0,05). Yaş azaldıkça ve gebelikte sorun yaşama durumunda GYYKEÖ puanının arttığı görülmüştür(p<0,05, p<0,05). Ev hanımı, memur ve işçi dışındaki diğer meslek gruplarında GYYKEÖ puanı daha düşük saptanmıştır(p<0,05). Gebelikte doğum korkusu arttıkça GYYKEÖ puanının arttığı görülmüştür(p<0,001).

Sonuç: Gebelerin yarısından fazlasında ileri ve klinik düzeyde doğum korkusu tespit edilmiştir. Ayrıca, doğum korkusunun gebelik yakınmalarını artırdığı belirlenmiştir. Alınacak önlemler konusunda daha geniş örneklem ve farklı metodolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Doğum Korkusu, Gebelik, Gebelik Yakınmaları



ABTSRACT

Objective: This study aims to evaluate the levels of childbirth fear during pregnancy, the frequency of pregnancy-related complaints and the quality of life, to determine the sociodemographic factors associated with childbirth fear and complaints; and also to examine the impact of childbirth fear on pregnancy-related complaints and quality of life.

Materials and Methods: The study was conducted with 339 pregnant women at Bolu Abant İzzet Baysal University Training and Research Hospital's Obstetrics and Gynecology Outpatient Clinic. Data were collected using the sociodemographic information form, the WIJMA Childbirth Expectation/Experience (WDEQ-A) Scale, and the Pregnancy Complaints and Impact on Quality of Life Scale (PCIQLS).

Results: The mean WDEQ-A score of the pregnant women was calculated as 68.11 (SD±30.96). It was found that 15.9% of the participants had mild, 28.3% moderate, 26.5% severe, and 29.2% clinical levels of childbirth fear. It was observed that as the frequency of experiencing miscarriage, curettage or stillbirth increased, the fear of childbirth increased. ($p<0.05$). The mean PCIQLS score was calculated as 61.56 (SD±31.90). It was determined that the most common complaints experienced by pregnant women were stated as frequent urination (56.9%), fatigue and exhaustion (42.8%), back pain (30.1%) and lower back pain (29.8%). The PCIQLS score was highest in the third trimester and lowest in the first trimester($p<0.05$). Decreased age and complications during pregnancy were associated with higher PCIQLS scores ($p<0.05$, $p<0.05$). Pregnant women with occupations other than homemaker, civil servant, or worker had lower PCIQLS scores ($p<0.05$). It was obvious that as the level of childbirth fear increased during pregnancy, the PCIQLS scores increased($p<0.001$).

Conclusion: More than half of the pregnant women have been diagnosed with advanced and clinical levels of fear of childbirth. In addition, it was determined that childbirth fear

exacerbates pregnancy-related complaints. There is a need for larger samples and different methodological studies on the measures to be taken.

KEY WORDS: Fear of Childbirth, Pregnancy, Pregnancy Complaints



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, doğurganlık çağındaki kadınlar ve aileleri için doğal ve fizyolojik bir süreç olmasının yanında önemli sosyal ve duygusal bir olaydır(1). Gebelik döneminde, fetal büyüme ve gelişini sağlamak, gebelik ve doğum sürecinde anne ve fetüsü güvende tutmak ve gebeyi doğuma hazırlamak için birtakım değişiklikler meydana gelmektedir(2). Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlı olarak gebede bazı yakınmalar ortaya çıkmaktadır(3). Bu yakınmaların türü ve şiddeti bulunulan trimestere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Çoğunlukla tedavi gerektirmese de yakınmaların gebelerin yaşam kalitesini düşürdüğü gösterilmiştir(4). Ayrıca gebe ve ailesi tarafından bu yakınmalar bir hastalık belirtisi olarak görülebilmektedir(5)(6).

Yakınmalar gebeden gebeye değiştiği gibi aynı kadının farklı gebeliklerinde de değişkenlik gösterebilmektedir(7). Gebeliğin vücutta meydana getirdiği anatomik, fizyolojik, hormonal ve psikolojik birçok değişiklik yakınmaların bir kısmını açıklamakla birlikte bazı gebelerin neden diğerlerinden daha fazla ve daha sık semptom yaşadığı konusunda etyolojiyi aydınlatmak adına çalışmalar yapılmıştır. Bu doğrultuda fiziksel semptomlarla genel psikopatolojiyi inceleyen araştırmalarda gebelikte distres(8)(9), öz saygı, depresif semptomlar(4), psikososyal sağlık düzeyi(2), çocukluk çağı travmaları(10) gibi konularda ilişkileri incelenmiştir.

Gebelikte doğum korkusu gebenin günlük yaşamını etkileyebilmekte ve yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Stres ve kaygı düzeylerini artırabilmektedir. Bununla birlikte doğum korkusu gebede hem fiziksel hem de emosyonel olarak birçok değişimlere sebep olabilmektedir. Sinirlilik, ruhsal dengesizlikler, uykusuzluk, huzursuzluk, çarpıntı atakları bunlardan bazılarıdır. Doğum korkusuna bağlı olarak gebeliği reddetme ve dahası sanrılar yaşayabilmektedir(11).

Doğum eylemi sırasında kadının şiddetli doğum korkusu yaşaması ise, hissedilen doğum kasılmalarının şiddetinin artmasına, doğum sırasında etkisiz kontraksiyonlar olmasına ve etkisiz kontraksiyonlara bağlı uzamış doğum eylemine neden olabilmektedir(12). Doğum sonu dönemde ise, doğum korkusunun negatif psikiyatrik etkilere (postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu)(12), seksüel bozukluklara, gelecek doğumlara ilişkin olumsuz düşüncelere ve anne-bebek ilişkisinde bozulmaya neden olduğu belirtilmektedir(13).

Araştırmalar doğum korkusu olan gebelerde komplikasyonların daha sık görüldüğünü göstermektedir(11).

Geçmişte araştırmalar genellikle doğum sonu postpartum dönemde yaşanan depresyona odaklıyken günümüzde doğum öncesi psikolojik distrese ilişkin faktörlerden söz edilmeye başlanmıştır(14)(15)(16).

Yapılan bazı çalışmalar fiziksel yakınmalarla psikolojik ruh halinin ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle gebelikteki yakınmalarla gebenin psikolojik iyilik halinin ilişkisini incelemek önemlidir(4).

Yaptığımız bu çalışmayla gebelikte doğum korkusu düzeylerini, gebelik yakınmalarının sıklığını ve yaşam kalitesini, doğum korkusu ve yakınmaların ilişkili olduğu sosyodemografik faktörleri, gebelikte doğum korkusunun gebelik yakınmalarına ve yaşam kalitesine olan etkisini araştırmayı amaçlıyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik Tanımı ve Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

2.1.1. Gebelik tanımı

Gebelik; erkek üreme hücresi olan sperm ile kadın üreme hücresi olan yumurtanın uterin kavitede döllelenmesiyle başlayıp doğuma kadar olan sürecin adıdır. Obstetrik olarak gebelik son adet tarihinden itibaren başlar ve 40 hafta sürer. Embriyolojik olarak ise fertilizasyon ile başlar ve 38 hafta sürer. Döllelenme ile başlayan gebelik döneminin ilk 8 haftası embriyonik dönem, sonrasında doğuma kadarki dönem de fetal dönem olarak adlandırılır.

Gebelik izlemi açısından gebelik dönemi trimesterlere ayrılmıştır. İlk 14 hafta 1.trimester, 15-27.hafta 2.trimester, 28-40.hafta 3.trimester olarak tanımlanır. İlk 20 hafta içerisinde meydana gelen doğumlar düşük, ikinci 20 haftada meydana gelenler doğum olarak adlandırılır. 21-37.haftalar arasında olan doğumlar preterm/erken doğum, 38-41,5 haftalarda term doğum, 42.haftadan sonra ise postterm doğum olarak adlandırılır(17).

2.1.2. Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler

Bu dönemde embriyo yada fetüsü korumak ve gebeliğin sağlıklı olarak devam edebilmesi için vücutta gerekli birtakım değişiklikler meydana gelir. Gebelikteki fizyolojik değişikliklerin bilinmesi, gebelik semptomlarının değerlendirilmesi biyokimyasının yorumlanması ve gebede meydana gelebilecek patolojik durumların anlaşılması için gereklidir. Gebelikteki fizyolojik değişikliklerin bilinmemesi normal olan gebelik semptomlarının hastalık olarak algılanmasına ve pahalı tetkiklere neden olabilir. Patolojik olan durumların da ihmaline yol açabilir(18)(19).

2.1.2.1. Kardiyovasküler değişiklikler

Gebelikte kardiyovasküler sistemde ortaya çıkan en belirgin fonksiyonel değişiklik kardiyak çıktıdaki artıştır. Bu artış %30-50 civarında olup artışın %50 si gebeliğin 8.haftasında oluşur. Kardiyak çıktıdaki artış gebeliğin ilk yarısında kalp atım hacmindeki artışla sağlanırken gebeliğin ikinci yarısında kalp atım hacmi neredeyse gebe olmayan döneme döner ve bu dönemde kalp hızı artışıyla sağlanır. Kalp atım hacmindeki bu değişiklikler dolaşımdaki kan hacmi ve sistemik vasküler dirençteki adaptasyonlardan kaynaklıdır. Dolaşan kan hacmi gebeliğin 6-8. haftasından itibaren artmaya başlar ve 32. haftasında %45’lik artışla zirveye ulaşır. Sistemik vasküler direnç, progesteronun düz kas gevşetici etkisiyle, vazodilatatör maddelerin(örn: prostaglandinler, nitrik oksit ve atrial natriüretik peptit) artan salınımı ve uteroplasental dolaşıma arteriovenöz şantlaşmanın birleşimi ile azalır(20).

Gebelikteki kan hacmindeki artış oranı çoğul gebeliklerde daha fazla olabilir. Özellikle son trimesterde renin-anjiyotensin-aldesteron sistemi aktivasyon artışı ile su ve sodyum retansiyonu olur(21).

Kan hacmindeki artış doğumda yaşanacak kan kaybına karşılık anneyi korur. Gebede uterus, böbrekler, cilt ve meme dokusunun kanlanması artar. Kan hacmi olarak hem plazma hem de eritrosit hacmi artar. Plazmadaki göreceli artışla beraber hemodilüsyon ve fizyolojik anemi görülür(22).

Fizik muayenede artan kan hacmine bağlı olarak düşük dereceli sistolik ejeksiyon üfürümleri duyulabilir. Ancak diastolik üfürümler her zaman kardiyak patolojiler açısından değerlendirilmelidir. Gebeliğin ikinci yarısında s3 galop veya üçüncü kalp sesi olabilir(21).

2.1.2.2. Respiratuar değişiklikler

Gebelikte dokuların oksijen tüketimi 50 ml O₂/dakika ile gebe olmayanlara göre %20 daha fazladır. Bu tüketimin %50'ye yakını uterus ve ekleri, %30'u kalp ve böbrekler, %18'i solunum kasları ve meme dokusu tarafından olur(23).

Diyafragma yükselerek fonksiyonel rezidüel kapasite ve rezidü hacmi azaltır. Tidal volüm ve inspiratuar kapasite artar. Dakikada ventilasyon sayısı artar(24).

Sağlıklı gebeliklerin %60-70'inde görülen gebeliğin fizyolojik dispnesi daha ciddi solunum sistemi hastalıklarından ayırt edilmelidir. Fizyolojik olan dispne erken gebelikte başlayıp plato çizen ya da ilerleyen haftalarda düzelen ve günlük aktiviteleri etkilemeyen izole bir semptomdur(25).

Gebelikte respiratuar sistemdeki tüm bu anatomik ve fonksiyonel değişikliklere rağmen solunum fonksiyonlarında belirgin bir değişiklik yaşanmaz(24).

2.1.2.3. Endokrin sistem değişiklikleri

Gebelikte diğer organ sistemlerindeki adaptasyonu sağlamak amaçlı pek çok hormon üretimi sağlanır. Bu süreçte gebeliğe özgü hormonların yanı sıra cinsiyet hormonları ve diğer hormonların özellikle tiroit hormonlarının da üretiminde adaptasyonlar söz konusudur(26). Bu dönemde steroid hormonların fetal-plasental ünitelerden üretimi önemlidir. Gebeliğe özgü hormonlar human chorionic gonadotropin (hCG) ve relaksin hormonlarını içerir. Relaksin adet görülmediği zamanda maternal serumda tespit edilebilir ve 10 haftalık gebelikte serumda zirveye ulaşır. İkinci ve üçüncü trimesterlerde azalır(27). Relaksin gebeliğin korpus luteumu tarafından salgılanır. Fonksiyonu net olarak açıklanmamış olsa da erken gebeliğin bakımında etkili olduğu düşünülmektedir(28). HCG de yaklaşık 10. haftada kanda en yüksek seviyesine gelir. Üreme hormonları olan estradiol, progesteron, testoteron, prolaktin ve

17hidroksiprogesteronun gebelikte üretimleri artar. Gebeliğin başında steroid hormon üretimi başlıca korpus luteumdan sağlanırken 9. haftadan sonra plasenta kaynaklı olur(29).

Yükselen estradiol düzeyleri, seks hormonu bağlayıcı globülin ve tiroksin bağlayıcı globülin üretimini uyarır. Hipofiz bezi laktotropik hücrelerin hipertrofini ve hiperplazisini uyarak dolaylı olarak prolaktin seviyelerini artırır. Bu dönemde follikül stimüle edici hormon (FSH) ve lüteinize edici hormon (LH) düzeylerinde beklenen bir düşüş olur(29).

Diğer hormonal değişikliklerden bazıları aldosteron, kortizol, paratiroid hormon ve renin artışıdır(30). Deoksikortikosteron artar. Androstenedion, estron ve estrodiole dönüşmek üzere artar. İnsülin ve glukagon seviyeleri artar. Melanosit stimüle edici hormon artışı olur. Bu da gebelikte görülen areoladaki pigmentasyon artışını, linea nigra ve kloazmayı açıklar(31). Gebeliğin 4-8.haftasından itibaren tiroit bağlayıcı globülin (TBG) seviyesi hem östrojenin artışına hem de hepatik klirensinin azalmasına bağlı serumda iki katına ulaşır. Tiroit bezinden t3 ve t4 üretimi 20. haftaya kadar artar sonrasında plato çizer. TBG arttığı için serum total t3 ve total t4 artar. HCG tirotropik özelliği sebebiyle serumda TSH ve serbest t3 ve t4 düzeyini düşürür. Gebelerde gebe olmayanlara göre serum TSH düzeyi daha düşüktür. Gebelikte tiroit fonksiyonlarında meydana gelen bu fizyolojik değişiklikler için American Thyroid Association (ATA) yayınladığı kılavuz ile gebelik için referans değerler belirlemiştir. Buna göre ilk trimesterde TSH üst sınırı 2,5 mIU/L, ikinci ve üçüncü trimesterde ise 3,0 mIU/L düzeylerinde olmalıdır. TSH alt sınırı ise 1.trimester için 0,1 mIU/L, 2.trimester için 0,2 mIU/L, 3.trimester için 0,3 mIU/L olarak belirlenmiştir(32).

Gebelikte iyot gereksinimi maternal ve fetal ötiroid hali korumak amaçlı maternal tiroksin üretimi artışı ve renal iyot klirensinin artması nedeniyle %50 den fazla artar(33).

Büyüyen tiroit bezi ile ilişkili olarak da plazma iyot düzeyi düşer(34).

2.1.2.4. Hematolojik değişiklikler

Gebelikte plazma hacmi %30-50 oranında yaklaşık 1200-1300 ml artmaktadır. Bu oran çoğul gebeliklerde daha yüksektir(35). Östradiol düzeyindeki artış renin anjiotensin sisteminin aktivasyonunu artırarak su ve tuz retansiyonuna neden olur(36).

Böbreklerden eritropoetin salınımının artışıyla eritrosit üretimi artar(37). Ancak eritrositlerdeki %18-25'lik artış plazma hacmindeki %30-50'lik artışa göre düşük olduğundan dilusyonel anemiye neden olur. Bu duruma demir depolarının anneden fetüse geçişi de eklenerek anemi daha da derinleşir. Hemogloblin gebeliğin ilerleyen dönemlerinde düşmeye devam ederek anemi 30-34.haftalarda en belirgin hale gelir(38). Hematokrit de gebelerde gebe olmayanlara göre düşüktür. Bu durum organların kanlanması artışıyla önemli olabilir(39). Gebelikte günlük demir ihtiyacı 5–6 mg artar. Demir eksikliği anemisi gebelikte erken doğum ve geç dönemde düşük gibi obstetrik komplikasyonlara neden olabilir(40).

Gebelik sırasında adrenokortikoid hormonların etkisiyle lökositoz olur. Gebelik için 14000/mm³ lökosit normaldir. Doğumda ve lohusalık döneminde bu değer 30000/mm³'ü bulabilir(41).

Gebelik tromboemboli riskinin 5-6 kat arttığı prokoagülan durumla karakterizedir. Prokoagülan faktörler olan faktör VII, VIII, IX, X, XII ve fibrinojen önemli ölçüde artar. Aktive protein C direnci artar, protein S aktivitesi azalır. Plazminojen aktivatör inhibitör 1 ve 2 aracılıklı fibrinoliz azalır(42). Tüm bu protrombotik değişiklikler, uterustaki venöz staz ve bozulmuş venöz dönüşle birleştiğinde gebe kadınları anne ölümlerinin başta gelen nedenlerinden biri olan venöz tromboembolizme karşı duyarlı hale getirir(43). Bu nedenle gebeleri diğer tromboemboli riskleri açısından taramak ve gerektiğinde uygun profilaksiyi başlamak gerekir(44).

2.1.2.5. Gastrointestinal sistem değişiklikleri

Gebelik ilerledikçe büyüyen uterusun mide ve barsaklara olan mekanik etkileri ile birlikte yüksek progesteron düzeyleri gecikmiş gastrik boşalmaya ve uzamış gastrointestinal geçişe neden olur(45). Şişkinlik ve kabızlığın yanı sıra bulantı ve kusma yaygın görülür ve gebelerin %50 sini etkileyebilir(46). Plasentadan gastrin üretimi artışı ile mide asiditesi artar. Artan progesteron özefageal sfinkterin tonusunu azaltarak reflü ve dispeptik şikayetleri oluşturur. Serum transaminaz ve bilirubin seviyeleri hafif azalırken serum alkalen fosfataz düzeyi plasental üretim nedeniyle artar(44). Safra kesesi kontraktilitesi azalır. Safra asitlerinin intraduktal taşınması östrojen aracılığıyla inhibe olur ve safra taşı ve safra tuzlarının kolestazisinin görülme sıklığı artar. Östrojen uyarısıyla fibrinojen, serüloplazmin, kortikosteroidler, seks steroidleri, tiroid hormonları ve D vitamini bağlayıcı proteinlerin hepatik üretimi artar(47).

2.1.2.6. Üriner sistem değişiklikleri

Böbrekler büyüyen uterus nedeniyle yer değiştirir(48). Artan vaskülarite, interstisyel hacim ve ölü boşluk nedeniyle boyutları yaklaşık 1 cm artar. Böbrek toplayıcı sistemi progesteron etkisi ve pelvik ağızda üreterlerin sıkışması nedeniyle ilk trimesterden itibaren genişler ve hidroüreteronefroz ile sonuçlanır(49). Hidroüreteronefroz sağda daha belirgindir. Olası idrar yolu obstrüksiyonları için radyolojik görüntülemeler yorumlanırken bu fizyolojik genişleme durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Üreter basısının artması idrar stazına yol açarak gebelikte idrar yolu enfeksiyonu, nefrolityazis ve pyelonefrit insidansını artırır(44). Glomerüler filtrasyon hızı %50, renal plazma akımı %25-50 artar. Glukozun glomerüler filtrasyonu artar, tubuler reabsorbsiyonu hafif azalır, idrarda glukoz görülebilir(17). GFR'deki artış ve glomeruler membrandaki değişikliklerle idrarda albumin ve protein atılımı artar. Gebelikte idrarla günlük ortalama 200 mg ile 300 mg arasında protein atılır. Bu durum gebelikle

ilişkili renal patolojilerin teşhis ve izleminde zorluk yaratabilmektedir(44). Günlük 300 mg'ın üzerinde protein atılımı hafif preeklampsi tanısı için yaygın olarak kabul gören bir kriterdir(50)(51).

2.1.2.7. Kas iskelet sistemi değişiklikleri

Gebelik ilerledikçe vücut ağırlık merkezinin değişmesiyle kompensatuvar bir lomber lordoz oluşur. Gebeliğin erken dönmlerinden itibaren artan relaksin ve progesteronun etkisiyle ligamentlerde göreceli gevşeme olur. 28-30.haftalarda simfizis pubis ayrılır.

Fetal iskelete kalsiyum sağlanması için kalsiyum depoları harekete geçirilir. Maternal serumda iyonize kalsiyum düzeyi değişmez ancak toplam serum kalsiyum düzeyi azalır. Maternal paratiroid hormonunda artış ile kalsiyumun barsaktan emilimi artırılıp böbrekten kaybı azaltılır. İskelet, yüksek paratiroid hormon düzeylerine rağmen kalsitonin etkisiyle iyi korunur. Yeterli beslenme sağlandığı takdirde kemik yoğunluğunda azalma olmaz(52).

2.1.2.8. Cilt değişiklikleri

Gebelikte ciltte bazı karakteristik değişiklikler olur. Etyolojisi kesin olarak bilinmese de hormonal değişikliklerin etkisi olarak düşünülmektedir. Spider anjiomlar en sık üst gövde, yüz ve kollarda görülür. Palmar eritem gebelerin %50'sinden fazlasında görülür. Her ikisi de dolaşımdaki östrojen düzeylerindeki artışa bağlı olarak oluşup doğumdan sonra gerileme eğilimindedir. Stria gravidarum gebelerin yarısından çoğunda görülür. Genellikle alt karın, göğüsler ve uyluk bölgelerinde görülür. Başlangıçta mor-pembe renkte olabilir sonradan beyazgri renge bürünürler. Cildin gerilmesine bağlı olarak oluşurlar. Önleyici tedavisi yoktur ve oluşuktan sonra gerilemezler.

Östrojen ve melanosit stimüle edici hormon artışı gebelikte genellikle alt karın ve perineyi etkileyen hiperpigmentasyona neden olur. Alt karın linea alba koyulaşarak linea nigra

olur. Gebelik maskesi ve kloazma da yaygındır. Cilt nevüsleri boyut ve pigmentasyon olarak artabilir. Ekrin ter bezi ve sebum üretimi normal gebelikte artar. Pek çok hasta akneden şikayet eder(53).

2.1.2.9. Genital sistem değişiklikleri

Gebeliğin vulva üzerindeki etkileri diğer cilttekinе benzerdir. Vajinal transüstasyondaki artış ve vajinal epitelin uyarılması nedeniyle vajinal akıntıda artış olur ve gebelik lökoresi olarak adlandırılır. Endoserviks epitelі mukus tıkaçı ile ilişkili olan ektoserviks epiteline doğru evrilir.

Uterus miyometriyumdaki hücrelerin hipertrofiye uğramasıyla ağırlıkça ve hacimce artar. Gebe olmayan dönemde yaklaşık 70 gram olan uterus 1100 grama kadar büyür. Gebe olmayan dönemde 10 ml olan uterus hacmi gebelikte yaklaşık 5 litreye kadar genişler. Gebelik sonrası dönemde uterus büyüklüğü gebelik öncesi döneme göre hafifçe artmış olarak kalır(54).

2.1.2.10. Meme dokusundaki değişiklikler

Meme dokusu gebeliğin ilk 8 haftasında hızla sonrasında da istikrarlı bir şekilde büyür. Çoğu durumda bu büyüme %25-50 civarındadır. Meme ucu daha büyük ve hareketli hale gelir. Montgomery bezlerinin büyümesiyle areola daha geniş ve daha koyu renk alır. Laktasyonu desteklemek amacıyla meme dokusunun kan akımı artar. Bazı hastalar meme ve meme ucu hassasiyetinden yakınır. Östrojen uyarısıyla duktal büyüme sağlanır. Progesteron etkisiyle de alveolar hipertrofi oluşur.

Gebeliğin son dönemlerinde meme uçlarından sarı renkte bir sıvı gelebilir. Bu kolostrumdur. Sonuç olarak laktasyon östrojen, progesteron, prolaktin, hPL, kortizol ve insülinin sinerjik etkileşimi ile sağlanır(55).

2.2. Gebelikte Görülen Yakınmalar

Gebelikte birlikte vücutta anatomik, fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik pek çok önemli değişiklik meydana gelir. Oluşan değişikliklerin amacı fetüsü korumak, metabolik ihtiyaçları karşılamak, oluşan atıkları uzaklaştırmak, doğum için gerekli anatomik değişiklikleri oluşturmak, maternal ve fetal sağlığı korumaktır(56). Gebelikte meydana gelen bu değişikliklere bağlı olarak yakınmalar oluşabilir. Literatür incelendiğinde 1.trimesterde mide bulantısı, kusma, burun tıkanıklığı, halsizlik ve yorgunluk, sık idrara çıkma, idrar yolu enfeksiyonu, memelerde hassasiyet, ağız kuruluğu, vajinal akıntıda artış gibi şikayetler ön plana çıkmaktadır. 2.ve 3.trimesterde yemek borusunda yanma, yorgunluk ve halsizlik, kramp, sırt ağrısı, uyku bozukluğu, iştah artışı, ödem, varis, kabızlık, sık idrara çıkma, cilt sorunları gibi yakınmalar daha sık görülmektedir(56). Gebelerde oluşan bu yakınmalar sıklıkla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca meydana gelen fiziksel ve psikolojik semptomlar tedavi edilmezse anksiyete ve depresyon gibi durumlara sebep olabilmektedir(10).

2.2.1. Gebelikte sık görülen yakınmalar

2.2.1.1. Bulantı ve kusma

Gebelikte bulantı ve kusma sık görülen ve normal bir durumdur. İlk trimesterde gebelerin yaklaşık %50-80'i semptomlar yaşamaktadır(57). Klinik olarak bulantı ve kusma gebeliğin normal ilerlediğini gösterir ve semptomlar şiddetli olmadığı sürece hastalık olarak görülmez. Bununla birlikte bulantı ve kusma kadınların yaşamlarını fizyolojik, psikolojik ve sosyal açılarından etkileyebilir ve yaşam kalitelerini düşürebilir(58). Genel olarak bulantı ve kusma yakınmaları gebeliğin 4-6.haftasında başlar, 8-12.haftalarda zirve yapar ve 20.haftadan sonra spontan geriler(59).

Gebelikle ilişkili bulantı ve kusmanın çok şiddetli olduğu durum hiperemezis gravidarumdur. Gebeliklerin yaklaşık %2 sinde görülen bu durum sıvı ve elektrolit tedavisi için hastane yatışı gerektirebilir(60).

2.2.1.2. Kabızlık

Kabızlık gebe kadınlarda yaygın görülür ve postpartum döneme kadar devam eder. Hormonal etkilerle azalan barsak peristaltizmi ve uzamış barsak geçişi nedeniyle oluşur. 2.trimesterde gebelerin %70'i tarafından bildirilmiştir. Demir sülfat içeren gebelik vitamin takviyelerinin kullanımıyla daha da artabilir(61)(62).

2.2.1.3. Gastroözefageal reflü

Gastroözefageal reflüye bağlı yanma/mide ekşimesi şikayeti gebelerde %30-50 oranında görüldüğü tahmin edilmektedir. Bazı toplumlarda bu oran %80'lere kadar çıkmaktadır. Gebelikte alt özefageal sfinkterde gevşeme, büyüyen uterus nedeniyle artmış intraabdominal basınç ve uzamış gastrointestinal geçişle ilişkilendirilmiştir(63).

2.2.1.4. Halsizlik ve yorgunluk

Yorgunluk gebelikte sıkça bildirilen şikayetlerden biridir. Fizyolojik ilkelere ve teorilere göre hormonal ve metabolik değişiklikler, gebeliğe veya hastalığa fiziksel ve zihinsel uyum için oluşan enerji dengesizliği gebelikte yorgunluğa neden olur(64). Bununla birlikte stres, sosyal destek azlığı, öz saygı düşüklüğü, depresyon gibi pek çok psikososyal faktörler gebelikte psikolojik ve fizyolojik değişikliklere yol açarak maternal yorgunluğa sebep olabilir. Yapılmış çalışmalar psikososyal zorlukların gelişmiş ülkelerde %10-20 civarında gelişmekte olan ülkelerde ise %33 olduğunu göstermektedir(65).

Bazı çalışmalarda gebelikte şiddetli yorgunluğun, erken doğum, uzamış doğum, operatif vajinal doğum, sezaryen ve postpartum depresyon riskinin artışıyla ilişkili olabileceği gösterilmiştir(64).

2.2.1.5. Sık idrara çıkma ve idrar kaçırma

Gebelikte artan kan hacmiyle birlikte pelvik organların kan akımı da artar. Düz kaslarda hipertrofi, alt ürogenital sistem mukoza membranlarında ise hiperplazi oluşur. Hormonal değişikliklerle başta pelvis olmak üzere tüm kas-iskelet sistemi gevşer. Büyüyen uterusun etkisiyle mesane pozisyonu değişir. Bu dönemde sık idrara çıkma, gece idrara çıkma ve idrar kaçırma görülebilir. Gebelikte oluşan fizyolojik ve biyomekanik değişiklikler inkontinansa zemin hazırlayabilir veya var olan semptomu kötüleştirebilir(66).

2.2.1.6. Kaşıntı

Kronik pruritus; 6 haftadan uzun süren, kaşınma ihtiyacıyla sonuçlanan hoş olmayan bir his olarak tanımlanır ve gebelikte görülen en önemli dermatolojik şikayetlerden birisidir.

Yapılan son çalışmalarda gebelerin %18-40'ının kaşıntı semptomu olduğu gösterilmiştir. Pruritus gebelikte atopik döküntü, gebelikte polimorfik döküntü, pemfigoid gestasyon ve gebelikte intrahepatik kolestazis gibi gebeliğe özgü durumlarla ilişkili olmasının yanı sıra gebelik sırasında tesadüfen gelişen dermatozlardan, önceden var olan dermatozların akut alevlenmesinden yada gebelikteki fizyolojik cilt değişikliklerinden kaynaklanabilir.

Dermatolojik açıdan önemli olan değişikliklerin çoğu gebelikteki hormonal adaptasyonlarından kaynaklanmaktadır. Gebelerin neredeyse hepsinde seçici hiperpigmentasyon görülür.

Çatlak izleri olarak bilinen stria gravidarum pek çok gebelikte genetik ve hormonal atkilerin yanı sıra cilt gerilmesinin sonucu olarak oluşur ve kaşıntıya neden olur.

Ekrin ter bezleri ve yağ bezi aktivitesi artar, apokrin bezi aktivitesi azalır. Bu da kaşıntıya katkıda bulunabilir(67).

2.2.1.7. Bacak krampları

Gebelikte meydana gelen bacak kramplarının etyolojisi tam olarak bilinmese de bilinen nedenleri arasında yapısal bozukluklar, hareketsizlik yada aşırı egzersiz, elektrolit dengesizlikleri (hipomagnezemi, hipokalsemi, hiponatremi), dehidratasyon, metabolik, vasküler yada nörolojik bozukluklar bulunmaktadır. Tedavi olarak bacak germe egzersizi, magnezyum, kalsiyum ve sodyum takviyeleri kullanılabilir. Klinisyen semptomların benign nedenlerle yada bir patolojiye bağlı olarak oluşmasının ayrımını yapmalıdır(68).

2.2.1.8. Sırt ağrısı ve pelvik ağrı

Gebelikte kilo alımı, kilonun dengesiz dağılımı ve hormonal etkiler göz önüne alındığında sırt ağrısı yaygın görülen semptomdur(62).

Gebelikte pelvik ağrı ile ilişkili risk faktörleri için yapılan çalışmalarda farklı fiziksel ve psikososyal faktörün ağrıyla korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Artmış abdominal çap, daha yüksek vücut kitle indeksi, kas disfonksiyonu, fetal ağırlık gebelikte bel ağrısı ve pelvik ağrıyla ilişkili bulunmuştur. Gebelikte eklem hareketliliğinde de artış tanımlanmıştır(69). Sipko ve ark. (Sipko et al. 2010) gebelikte en sık tahriş olan ligamentleri interspinöz, iliolumber ve sakroiliak ligamentler olarak göstermiştir(70). Bununla birlikte bazı çalışmalar gebelikte ağrının sadece biyokimyasal faktörlerle ilişkili olmadığını psikososyal faktörlerin de ilişkili olduğunu göstermektedir(69).

2.2.1.9. Nefes darlığı

Nefes darlığı gebelik sırasında yaygındır. Genellikle gebeliğin fizyolojik bir sonucudur ancak yeni veya altta yatan kalp veya akciğer hastalığından da kaynaklanabilir. Gebelerin

%6075'i normal gebelik süresince aralıklı nefes darlığı yaşar. Genellikle birince veya ikinci trimesterde başlar, ikinci trimesterde daha sık hale gelir ve daha sonra genellikle üçüncü trimesterde stabilize olur(23). Mekanizması tamamen açık değildir. Uterusun her geçen gün büyümesi ve anatomik olarak diyaframa olan basısı etkili olmaktadır. Metabolik talepteki artışı karşılamak için progesteron kaynaklı ventilasyon artışının kısmen sorumlu olması muhtemeldir(71).

2.2.1.10. Çarpıntı

Çarpıntılar gebelik sırasında sıklıkla görülür ve gebelikte kardiyak değerlendirme için yaygın bir endikasyondur. Çarpıntılarının ayırıcı tanısı kapsamlıdır ve çarpıntısı olan gebelerin tanısız değerlendirmesi gebe olmayan bireylerden farklı değildir. Gebelikte, eşlik eden kardiyak aritmiler olmadan çarpıntı hissi, artan kalp hızı, azalan periferik direnç ve artan atım hacimleri dahil olmak üzere yüksek çıktı durumuyla ilişkili olabilir(72). Aritmiler ilk kez gebelik sırasında ortaya çıkabilir ve diğer durumlarda gebelik, önceden var olan aritmileri olanlarda alevlenmeleri tetikleyebilir. Ek olarak, cerrahi ilerlemeler ve doğuştan kalp hastalığı olan yetişkinlerin bakımındaki iyileştirmeler nedeniyle doğurganlık çağındaki kadın hastaların sayısında artış olmuştur ve bunlar aritmiler için özellikle yüksek risk altındadır(73).

2.2.1.11. Baş dönmesi ve baygınlık

Gebelikte baş dönmesi birçok kadının gebelik sırasında yaşadığı yaygın bir semptomdur. Genellikle gebeliğin erken dönemlerinde başlayabilir ve gebeliğin ilerleyen dönemlerinde de devam edebilir. Gebelikte vücut fetüsü besleyebilmek için daha fazla kan üretir. Artan kan hacmi bazen kan basıncında dalgalanmalara yol açarak baş dönmesine yol açabilir. Gebelik hormonları kan damarlarını genişletir bu da kan basıncını düşürebilir. Azalan kraniyal kan akımı baş dönmesine yol açabilir. Gebelik sırasında anemi ve pozisyonel olarak sırt üstü yatma

nedeniyle oluşan büyük damarlara bası kan akışını azaltarak baş dönmesine yol açabilir. Haricinde oluşabilecek baş dönmesi semptomlarının ayırıcı tanısı yetişkin hastalardaki gibidir(72).

2.2.1.12. Varis ve hemoroid

Gebelik, gebe kişilerin %40'ına kadarını etkileyen ve doğum öncesi veya doğum sonrası dönemde herhangi bir zamanda semptomatik hale gelebilen varisli damarlar geliştirmek için bir risk faktörüdür(74). Semptomatik hemoroidal hastalığın prevalansı gebelik sırasında %25 ila %35'tir ve özellikle gebeliğin son  ayında ve doğumdan hemen sonra sık görülür. Semptomlar hafiften (rn. kaşıntı, rahatsızlık) şiddetliye (rn. inatçı kanama) kadar değişir. Genellikle doğumdan sonra iyileştiğinden, gebelik sırasında tedavi öncelikle diyet ve yaşam tarzı değişikliği, sol tarafa yatma ve kabızlığı önlemek için hafif mşhiller ve dışkı yumuşatıcıların kullanımı gibi semptomlara yönelik konservatif tedavilerdir(75).

2.1.2.13. dem

Su tutulumu gebelikte fizyolojik bir olgudur ve gebelikte ortalama 3 L'lik bir artış görülür. Su tutulumu klinik olarak ayak bilekleri ve bacaklarda dem olarak görülür ve gebelik dönemine yakın gebelerin büyük bir kısmında normal bir bulgudur. Plazma ozmolalitesinde 10 mOsmol/kg'lık bir düşüş, su tutulumunun başlıca nedenlerinden biridir. Antidiüretik hormon salınımı ve susuzluk için ozmotik eşik paralel olarak azalır ve su tutulumuna neden olur(76).

2.1.2.14. Uykusuzluk

Hamilelikte uyku kalitesinin düşük olması yaygındır. Özellikle hamileliğin son dönemlerinde, hamilelikte uyku parçalıdır ve uyku başlangıcından sonra daha fazla uyanma,

daha fazla hafif uyku ve daha az derin uyku ile karakterizedir. Bunun bazı nedenleri arasında noktüri, gece gastroözofageal reflü, anksiyete, huzursuz bacak veya bacak krampları, bel ağrısı, rahat bir pozisyon elde etmede fiziksel kısıtlamalar ve özellikle obezitesi olan hamile kişilerde obstrüktif uyku apnesi bulunur(77).

2.1.2.15. Baş ağrısı

Baş ağrısı üreme çağındaki kadınlarda yaygın bir sorundur. Bazı baş ağrısı tipleri (örn; migren) hormonal dalgalanmalardan etkilendiği için hamilelik sırasında daha az semptomatik hale gelebilirken, diğerleri (örn; gerginlik, küme) hamilelik durumundan etkilenmez. Baş ağrısı şiddetli preeklampsinin bir belirtisi olabilir(78).

2.3. Gebelikte psikososyal değişiklikler

Gebelik; fizyolojik ve somatik değişikliklerin yanında psikolojik ve sosyal değişiklikleri de kapsayan bir süreçtir. Genellikle korku, yorgunluk, uyuşukluk, heyecandan depresif hissetmeye kadar değişken ruh hali ve ambivalan duygularla ilişkilidir. Gebelikte kadının konumu ve rolü yeni bir nitelik kazanır. Gebelik, gebelik ve doğumla ilgili endişelere yol açabilir ve bazen bu durum fobik özellikler kazanabilir. Gebeliğin kendisi kadınların ruhsal durumunu etkileyen, perinatal süreci ve yenidoğanı etkileyebilen bir stres faktörü olabilir.

Eşlerin sağlıklı ilişkisi ve toplum desteği gebelikte stresle baş etmede önemli rol oynar(79).

2.4. Korku

2.4.1. Korkunun tanımı

Amerikan Psikoloji Derneğine göre korku; içinde bulunulan tehdit olarak algılanan durumlarda kişiyi alarma geçiren ve bir dizi fizyolojik değişikliği meydana getiren duyguyu tanımlar(80). Korku hissine verilen tepki kişiyi tehlikeye karşı uyarır ve uygun davranışı göstermeye yöneltir(81).

2.4.2. Doğum Korkusu

Doğum korkusu; doğumun zihinsel olarak olumsuz bir durum olarak algılanıp doğuma korku ve endişeyle yaklaşılması olarak tanımlanır(82).

Günümüzdeki modern tıbbın gelişmişlik düzeyiyle birlikte doğumların doğası gereği her ne kadar belirsizliği olsa da(83)minimum riskle sonuçlanan yaşamı olumlu yönde etkileyen bir olay olmalıdır(84). Ancak yapılan araştırmalar doğum korkusunun yaygın ve yüksek olduğunu gösteriyor(85). Doğum korkusunun nulliplarlarda daha yaygın olduğu gösterilmiştir. Gebelerin %20'den fazlası doğum korkusu bildirirken %6'sının doğumun sakatlayıcı etkisi olduğuna inandığı görülmüştür(86). Kadınlarda deneyim eksikliği ve üstleneceği sorumluluklar nedeniyle belli düzeyde endişe oluşması normaldir. Doğum ve sonrası ile ilgili riskler açısından farkındalığı olması kadında doğum korkusu oluşturabilir. Kabul edilebilir düzeyde olan korku doğum için sıkıntı oluşturmazsa da patolojik düzeyde olan doğum korkusu tokofobi olarak değerlendirilir(87).

Şiddetli düzeydeki doğum korkusu olan tokofobi Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11'e göre Fobik Anksiyete Bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır(88).

2.4.2.1. Tokofobi sınıflaması

Tokofobi; yunanca tokos doğum, phobos korku anlamına gelir(89). Birincil, ikincil ve prenatal depresyon belirtisi olarak sınıflandırılır(86).

2.4.2.1.1. Birincil tokofobi; ergenlik yada genç erişkinlikte ortaya çıkan gebelik öncesi olan doğum korkusudur. Birincil tokofobisi olan kadınlar gebelikten kaçınabilir, gebe kalsalar bile gebeliği sonlandırmak isteyebilir ya da elektif sezaryen olmak isteyebilir(87).

2.4.2.1.2. İkincil tokofobi; önceki gebeliklerinde travmatik bir obstetrik olay yaşaması sonucu gelişen tokofobi türüdür. Bu travmatik olay bir normal doğum, düşük, ölü doğum ya da

gebeliğin sona ermesi de olabilmektedir. Bazı kadınlar çok istenen bir gebelikte bile çok travmatize olmuş hissederek doğum korkusu duyabilirler(86).

2.4.2.1.3. Prenatal depresyon belirtisi olarak tokofobi; daha az görülmekle birlikte tokofobi gebelikte başlayan depresyon ile karışabilir(86).

2.4.2.2. Doğum korkusu nedenleri

Doğum korkusunun altta yatan sebepleri arasında genelde bebeğin yada kendinin zarar görebileceği riski, doğum ağrısının tolere edemeyeceği düzeyde olacağı düşüncesi vardır(11). Gebelik süreciyle ilgili korkular, bebeğin doğumda ölebileceğiyle ilgili düşünceler, gelişebilecek komplikasyonlar, obstetrik yaralanmalar(90), acil sezaryen(90), bebekte görülebilecek genetik bozukluklar, sağlık personeline güvensizlik hissi, hastanenin fiziksel koşulları ile ilgili endişeler, doğum sırasında yalnız kalma endişesi, doğum hakkında yeterli bilgi sahibi olmama, planlanmamış gebelik ve hazırlıksız hissetme, doğumda aile ve eş desteğinin olmaması da doğum korkusuna yol açabilmektedir(91).

Multipar kadınların önceki doğumlarını olumsuz bir deneyim olarak algılaması sonraki doğumunda korkuya neden olması olasıdır(92).

Gebelik öncesi kadınlarda görülen doğum korkusunun nedenleri multifaktöriyeldir(87). Nullipar gebeler ve hatta bazı multiparlar için ise zorlu yaşam koşulları ve aile desteğinin olmaması gibi sosyal sorunlardan dolayı doğum korkusu olabilir(92). Ayrıca Kanada’da yapılan bir araştırmada gebelik deneyimi olmamış üniversite öğrencisi genç kadınlarda medya aracılığıyla yada toplumsal tutuma bağlı olarak doğum korkusunun yüksek olduğu gösterilmiştir(92).

Sosyokültürel özelliklere bağlı olarak doğum korkusu bir annenin olumsuz doğum deneyimiyle bir sonraki nesle aktarılabilir. Kadınların üreme adaptasyonlarının annelerinkine benzediği öne sürülmüştür. Bu da psikolojik kalıtımı göstermektedir(87).

Anksiyete teorisine göre fobi bir kaçınma tepkisidir. Korkutucu deneyimlerle, başkalarının olumsuz deneyimleri görülerek yada sözlü olarak öğrenilebilir. Doğum korkusu da kaygı eğilimiyle ilişkilendirilmiştir ve kaygı bozuklukları ailesine ait olabileceği belirtilmiştir(86).

Kaygı ve kaygı ile ilişkili durumlar tüm psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülenleridir. Yetişkin nüfusun üçte biri yaşamlarının bir döneminde kaygı veya kaygı ile ilişkili bozukluklardan muzdarip olmaktadır. Kadınlarda bu durum erkeklere göre 1,5 kat daha sık görülür. Yapılan bir meta analizde kadınların gebelik ve postpartum dönemde bir veya daha fazla anksiyete ve anksiyete ilişkili bozukluktan muzdarip olduğunu göstermiştir. Bu, gebelik yada postpartum dönemde %6 ile %12 oranında majör depresyon atağı görülen perinatal depresyondan önemli ölçüde daha sıktır(88).

Çocuklukta cinsel, duygusal yada fiziksel istismara uğrama öyküsü olanlarda, fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalanlarda doğum korkusu görülme riski yüksektir(93). Travma ve istismar öyküsü olanlarda jinekolojik muayeneden kaçınma olabilir. Hatta vajinal doğum travması yada düşüncesi dahi travmatik anılarını hatırlatabilir ve bu da doğum korkusuna ve doğumdan kaçınmaya neden olabilir(87).

2.4.2.3. Doğum korkusu sıklığı

Sosyokültürel farklılıklar, deneyimler ve sosyal öğrenme düzeyindeki çeşitlilikler nedeniyle kadınların bildirdiği doğum korkusu düzeyleri farklı olmaktadır(94).

Doğum korkusu sıklığını belirten araştırmalar incelendiğinde şiddetli/fobik korkuyu tanımlamak için kullanılan ölçekler ve kesme noktalarının farklı olması nedeniyle prevalansın değiştiği görülmektedir. Sık kullanılan bir ölçek olan Wijma Doğum Beklentisi ölçeği kullanan çalışmalar ≥ 66 puanlık kesme noktası kullandığında (ileri düzeyde doğum korkusu) %24,9-26,2

arasında, ≥ 85 puanlık kesme noktası kullanıldığında (şiddetli düzeyde doğum korkusu) %7,515,5 arasında prevalans değerleri belirtilmiştir(95).

Yapılan bir meta analizde klinik düzeyde/şiddetli doğum korkusu/tokofobinin küresel sıklık oranının %14 olduğu edilmiştir(95).

2.4.2.4. Doğum korkusu sonuçları

Doğum hem fiziksel hem duygusal hem de sosyal faktörleri içeren doğal bir olgudur. Üreme çağındaki çoğu kadının yaşamlarında en az bir kez doğum deneyimi olur ve bu durum onlarda olumlu yada olumsuz etkiler bırakır. Olumlu doğum deneyimi annelerde memnuniyet duygusuyla karşılaşılır ve yenidoğan ile olan ilişkilerini olumlu etkiler. Aynı zamanda eşleriyle olan ilişkilerini ve gelecekte tekrar çocuk sahibi olma isteğini de etkiler(96).

Doğum korkusu olan kadınlar tekrar gebelik istemeyebilir yada erteleyebilir. Avrupa, İran ve Çin gibi hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda doğum korkusunun elektif sezaryen oranlarını arttırdığı gösterilmiştir(93)(97).

Doğum korkusu yaşayan gebelerde acil sezaryen ve aletli vajinal doğum oranı artarken bu durum aynı zamanda da kadının diğer gebeliklerinde doğum korkusunun artmasına ve doğum sonrası da psikolojik sorunların yaşanmasına neden olabilir(86).

Yapılan bazı çalışmalarda şiddetli doğum korkusuna sahip gebelerin yaşadığı stresin uterin arter kan akımında azalmaya neden olarak fetal kalp hızını da etkileyebileceği gösterilmiştir. Fetal kalp atım hızındaki değişikliklere bağlı olarak acil sezaryen oranlarının artmasına neden olabileceği öne sürülmüştür(98)(99)(100).

2.4.2.5. Doğum korkusuna yönelik çalışmalar

İnsanlık boyunca kadınlar gebelik ve doğum sürecinde destek almışlardır. Doğum sürecinde destekleyici bakım; gebenin kaygısını, rahatsızlığını, yalnızlığını ve yorgunluğunu azaltmaya yönelik gebenin kendi güçlü yönlerini kullanmasına yardım etmek, ihtiyaç ve isteklerini anlamak gibi medikal olmayan uygulamaları içerir. Klasik olarak ebeler ve

hemşireler tarafından sağlanır. Fiziksel ve duygusal desteğin yanında eğitici ve bilgilendirici olmayı kapsar(101).

Doğum korkusunun önemsendiği ülkelerden biri olan İsveç'te doğum korkusu belirtileri gösteren ve doğum öncesi bakıma başvuran gebeler Aurora Klinikleri olarak adlandırılan, ekibinde kadın doğum uzmanı, nitelikli eğitim almış ebeler, psikolog ve bazen de psikiyatrist bulunduran merkezlere yönlendirilirler. Ekip tarafından değerlendirilen gebelere doğum öncesi destekleyici ve öğretici olan 2-3 danışmanlık seansına katılarak doğum yönteminden bağımsız olarak güvenli bir şekilde doğum yapma fırsatı sunulur(102)(103).

Ülkemizde de gebe okulu olarak faaliyet gösteren, gebelere doğum süreci ve sonrası için eğitimler veren birimler bulunmaktadır. Gebe okulu eğitimleri doğum öncesi bakım için beslenme, fiziksel aktivite ve egzersiz, gebelikte vücutta oluşan değişiklikler, gebelik yakınmaları, gebelik psikolojisi, doğum korkusuyla başetme, doğuma yönelik ise normal doğum süreci, ağrı yönetimi, doğum sonrası için de emzirme, yenidoğan bakımı, annelik rolü, aile planlaması ile ilgili pek çok eğitimi içermektedir(104).

Anne ve bebekler taşıdıkları riskler açısından sağlık hizmetlerinden öncelikli ve özellikli hizmet almaları gereken iki önemli grubu oluşturmaktadır. DSÖ, Alma-Ata Deklarasyonu'nu 2008 yılında tekrar gündeme getirerek; eşitsizliklerin giderilmesi, hizmet sunumunun iyileştirilmesi ve eğitim başta olmak üzere tüm ilkelerin gözden geçirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Barselona Anne Hakları Bildirgesine göre her kadının üreme sağlığı, gebelik, doğum ve yenidoğan bakımı konusunda yeterli eğitim ve bilgi alma hakkı bulunmaktadır. Gebe bilgilendirme eğitimi de bunu amaçlamaktadır(105).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Tıpta uzmanlık tezi çalışması olarak yürütülen bu araştırma kesitsel tipte dizayn edilmiş olup Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine 01/07/2024-30/09/2024 tarihleri arasında başvuran 339 gebe ile yürütüldü.

Tez çalışmasına başlamadan önce Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 21.05.2024 tarihinde 2024/129 karar numarası ile onay alındı.

Evren büyüklüğü 2400 kişi olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın örneklem sayısı Epi-info bilgisayar programı ile hesaplanmıştır. %95 güven aralığında, $\alpha=0,05$, $d=5\%$, tasarım etkisi 1.0 ve %50 bilinmeyen sıklık ile hesaplanan örneklem sayısı 331'dir. Bu çalışmanın örneklem sayısı minimum 331 olarak hesaplanmıştır. Buna ek olarak uç değer ve kayıp değer özelliği gösteren anketler olabileceğinden çalışma için araştırma kriterlerine uyan 339 örneklem sayısına ulaşılmıştır. Çalışma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde takip edilen çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine 1/7/2024-30/09/2024 tarihleri arasında başvuran çalışma konusunda bilgilendirilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18 yaş üstü olan gebe kadınlar olarak belirlendi. Çalışmadan dışlanma kriterleri ise araştırmaya katılmayı kabul etmemek, herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olmak yada ilaç kullanmak, 18 yaşın altında olmak, sözel iletişim kuramıyor yada anketleri dolduramayacak durumda olmak olarak belirlendi.

3.1. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllüler ile yüz yüze görüşülerek veri toplama formu dolduruldu.

Veri toplama araçları olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan tanımlayıcı sosyodemografik form, WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi (WDEQ-A) Ölçeği ve Gebelik

Yakınmaları ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği kullanılmıştır.

3.1.1. Sosyodemografik Form

Yaş, eğitim düzeyi, meslek, eş eğitim düzeyi, eş meslek, yaşanan yerleşim yeri, sosyal güvence, ekonomik durum, aile yapısı, evlilik süresi, boy, kilo, BKİ, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kaçınıcı gebelik olduğu, kaç yaşayan çocuk olduğu, düşük/küretaj/ölü doğum öyküsü, planlı/istenen gebelik durumu, gebelik haftası, trimester, gebelikte sorun yaşama durumu, gebelikte sorun yaşadıysa ne tür sorun yaşadığı, gebelikte destek alma durumu, doğum öncesi kontrollere gidiş sıklığı, doğum öncesi gebelik yakınmaları ile ilgili bilgi alma durumu, bilgi aldıysa kim tarafından bilgilendirildiği sorgulanmıştır.

3.1.2. WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi (WDEQ-A) Ölçeği

Wijma ve ark. (Wijma, Wijma and Zar 1998) tarafından geliştirilmiştir(106). Ölçeğin amacı, kadınların yaşadığı doğum korkusunu gebelik döneminde değerlendirmektedir. Ülkemiz için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Körükçü ve ark. (Korukcu, Kukulu and Firat 2012) tarafından yapılmıştır(107). Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. Sıfır "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Madde toplam puanın yüksek olması yüksek düzeyde korkuyu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. WDEQ-A puanları dört alt grupta değerlendirilmektedir.

Ölçekten alınan puan 37'den küçük ise hafif düzey doğum korkusunu, ölçekten alınan puan 38-65 arasında ise orta düzey doğum korkusunu, ölçekten alınan puan 66-84 arasında ise şiddetli düzey doğum korkusunu ve ölçekten alınan puan 85 ve üzeri ise klinik düzeyde doğum korkusunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.89 olarak bulunmuştur.

3.1.3. Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği(GYYKEÖ)

Foxcroft ve arkadaşları (Foxcroft et al. 2013) tarafından gebelikte yaşanabilecek yakınmaların ne sıklıkla yaşandığını ve bunların her birinin günlük yaşamı nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir(108). Ölçekte 42 madde bulunmakta ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde gebelikte ortaya çıkan yakınmalardan son bir ay içerisinde ne kadar sıklıkla karşılaşıldığı değerlendirilmekte olup bu bölüm 4'lü likert tipli bir ölçektir ve “asla” (0), “nadiren” (1), “bazen” (2), “sık sık” (3) olarak kodlanmaktadır. Eğer birinci bölümden her bir yakınma için 1-3 arasında bir işaretleme yapılırsa ölçeğin ikinci bölümüne geçilmektedir. İkinci bölüm de yakınmaların günlük yaşam aktivitesini nasıl etkilediğini ölçen 3'lü likert tipte bir ölçektir ve “hiç sınırlamamakta (0)”, “az sınırlamakta (1)”, çok sınırlamakta (2) ” şeklinde işaretleme yapılmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yükselmesi kötü/zayıf/düşük maternal ve fetal sonuçlara işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur.

3.2. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada verilerin analizleri SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017.IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Gruplarda yer alan bireylerin farklı değişkenler açısından sıklıkları, oranları, ortalama ve standart sapmaları betimsel istatistikler ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanırken, kategorik değişkenler içinse sayı ve % değerleri hesaplanmıştır. Verinin normallik sayıltısını karşılayıp karşılamadığını test etmek için çarpıklık ve basıklık değerleri, histogramlar ve Q-Q plot değerleri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar veri setinin normal dağılım sayıltısını karşıladığını göstermektedir. Gruplar arası karşılaştırmalarda, bağımsız gruplar için t testi, Mann-Whitney U

testi, tek yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Ayrıca değişkenler arası ilişkileri incelemek için korelasyon analizi ve basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Bütün analiz sonuçları için anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak belirlenmiştir.



4. BULGULAR

Bu çalışmanın örneklemini yaşları 18 ile 48 (29.08 ± 5.20) arasında değişen 339 gebe oluşturmaktadır. Gebelerin 67'sinin (%19.8) ilköğretim mezunu, 120'sinin (%35.4) lise mezunu

ve 152'sinin (%44.8) ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi incelendiğinde 148'inin (% 43.7) üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Gebelerin 201'i (%59.3) ev hanımı, 45'i (%13.3) işçi ve 40'ı (%11.8) memurdur. 53 (%15.6) gebe ise diğer meslek gruplarından birindedir. Gebelerin 97'si (%28.6) ekonomik durumunu iyi, 230'u (%67.8) orta ve 12'si (%3.5) kötü olarak nitelendirmiştir. 3 (% 0.9) gebe zayıf, 80 (% 23.6) gebe normal, 131 (% 41) gebe fazla kiloludur. 98 (% 28.9) gebe ise obez sınıfındadır. 47 (%13.9) gebe sigara kullanmaktadır. 143'ünün (% 42.2) çocuk sahibi olduğu görülmektedir. 93'ünün (%27.4) tek çocuğu vardır. 50'sinin (% 14.7) ise 2 veya daha fazla çocuğu vardır. 304 (%89.7) gebe gebeliğinin planlı ve istenen gebelik olduğunu belirtmiştir. 79 (%23.3) gebe düşük/kürtaj/ölü doğum deneyimlediğini ifade etmiştir. Gebelerin 56'sı (%16.5) birinci trimester, 74'ü (%21.8) ikinci trimester ve 209'u (%61.7) üçüncü trimesterdedir. 84 gebe (%24.8) gebelikte sorun yaşarken, 293 (%86.4) gebe gebelikte destek aldığını ifade etmiştir. Gebelere ilişkin bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Gebelere ilişkin sosyodemografik bilgiler

		n	%
Eğitim düzeyi	İlköğretim Mezunu	67	19.8
	Lise Mezunu	120	35.4
	Üniversite Mezunu	152	44.8
Eşinin eğitim düzeyi	İlköğretim Mezunu	46	13.5
	Lise Mezunu	145	42.8
	Üniversite Mezunu	148	43.7
Mesleği	Ev Hanımı	201	59.3
	İşçi	45	13.3
	Memur	40	11.8
	Diğer	53	15.6
Eşinin Mesleği	İşçi	154	45.4
	Memur	54	15.9
	Serbest Meslek	50	14.7
	Diğer	81	23.9

Ekonomik durumu	İyi	97	28.6
	Orta	230	67.8
	Kötü	12	3.5
Beden Kitle İndeksi	Zayıf	3	.9
	Normal	80	23.6
	Fazla Kilolu	139	41.0
	Obez	98	28.9
Sosyal Güvence	Var	299	88.2
	Yok	40	11.8
Sigara kullanımı	Evet	47	13.9
	Hayır	292	86.1
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	196	57.8
	1	93	27.4
	2+	50	14.7
Gebelik sayısı	1	159	46.9
	2	93	27.4
	3	38	11.2
	4 ve üzeri	48	14.2
Düşük/ Kürtaj / Ölü Doğum öyküsü	Yok	260	76.7
	Var	79	23.3
Planlı/İstenen Gebelik	Evet	304	89.7
	Hayır	35	10.3
Gebelik Trimesteri	1.trimester	56	16.5
	2.trimester	74	21.8
	3.trimester	209	61.7
Gebelikte Sorun yaşama	Evet	82	24.2
	Hayır	257	75.8
Gebelikte Destek alma	Evet	293	86.4
	Hayır	46	13.6
Gebelikte yakınmalarla ilgili bilgi alma	Evet	224	66.1
	Hayır	101	29.8

Katılımcıların gebelikleri boyunca fiziksel, psikososyal ya da diğer alanlarda sorun yaşıyıp yaşamadığı incelenmiştir. Katılımcıların 257'si (% 75.8) herhangi bir sorun yaşamadığını iletirken 31 (% 9.1) katılımcı fiziksel, 16 (% 4.7) katılımcı psikososyal ve 35 (%

10.3) katılımcı ise diğer alanlarda sorun yaşadığını iletmiştir. Bulgular Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların Gebelikleri Boyunca Fiziksel, Psikososyal ya da Diğer Alanlarda Sorun Yaşama Oranları

Gebelikte Sorun	n	%
Fiziksel	31	9.1
Psikososyal	16	4.7
Diğer	35	10.3
Sorun Yaşamayan	257	75.8
Toplam	82	24.2

Katılımcıların WDEQ-A ölçekleri puan ortalamaları $68,11 \pm 30,96$ olarak hesaplanmıştır(Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların WDEQ-A ölçeği puan ortalaması

	Ort. $\pm$ SS*
WDEQ-A Ölçeği	$68,11 \pm 30,96$

Gebelerin doğum korkusu düzeyleri incelendiğinde 54 (% 15.9) katılımcının hafif düzey, 96 (% 28.3) katılımcının orta düzey, 90 (% 26.5) katılımcının ileri düzey ve 99 (% 29.2) katılımcının ise klinik düzeyde bir doğum korkusunun olduğu bulunmuştur. Bulgular Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. Gebelerin Doğum Korkusu Düzeyleri

Doğum Korkusu Düzeyi	n	%
Hafif Düzey	54	15.9
Orta Düzey	96	28.3
İleri Düzey	90	26.5
Klinik Düzey	99	29.2
Toplam	339	100.0

Katılımcıların gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesine etkisi ölçeği ortalama puanı $61,56 \pm 31,90$ olarak hesaplanmıştır(Tablo 5).

Tablo 5. Gebelerin Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği Ortalama Puanı

	Ort. $\pm$ SS*
GYYPEÖ	61,56 $\pm$ 31,90

Gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların eğitim düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için iki ayrı tek yönlü ANOVA yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Bulgular Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Eğitim Düzeyine göre Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	n	Ort.	SS	% 95 Güven Aralığı		F	p	
				Alt Sınır	Üst Sınır			
WDEQ-A	Ortaokul mezunu	67	61.52	30.78	54.01	69.03	2.265	.105
	Lise mezunu	120	67.95	30.84	62.38	73.52		
	Üniversite mezunu	152	71.14	30.89	66.19	76.09		
	Toplam	339	68.11	30.96	64.80	71.42		
GYYPEÖ	Ortaokul mezunu	67	57.48	32.70	49.50	65.45	.728	.484
	Lise mezunu	120	63.22	30.90	57.63	68.80		
	Üniversite mezunu	152	62.06	32.38	56.87	67.25		
	Toplam	339	61.56	31.90	58.16	64.97		

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYYPEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

**Tek yönlü ANOVA

Gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların mesleklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için iki ayrı tek yönlü ANOVA yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, gebelikte doğum korkusu ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Ancak gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı farklılaşmalar elde edilmiştir ($F(3, 335) = 6.659, p < .001$). Farkın kaynağını incelemek için Tukey HSD ikili karşılaştırma analizi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar diğer meslek grubundakilerin gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarının ev hanımları, işçi ve memurlardan anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermektedir. Bulgular Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Mesleklerine göre Karşılaştırılması

Meslek	n	Ort.	SS	% 95 Güven Aralığı		F	p	Farkın Kaynağı
				Alt Sınır	Üst Sınır			
Ev Hanımı	201	68.81	30.98	64.50	73.12	.116	.950	
İşçi	45	66.60	34.06	56.37	76.83			
Memur	40	68.40	30.69	58.59	78.21			
Diğer	53	66.53	29.09	58.51	74.55			
Toplam	339	68.11	30.96	64.80	71.42			
Ev Hanımı	201	61.98	30.96	57.67	66.28	6.659	.000	4 < 1, 2, 3
İşçi	45	73.24	38.11	61.80	84.69			
Memur	40	66.48	33.04	55.91	77.04			
Diğer	53	46.38	22.56	40.16	52.60			
Toplam	339	61.56	31.90	58.16	64.97			

Gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYYKEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği **Tek yönlü ANOVA

***Tukey HSD ikili karşılaştırma analizi

sosyoekonomik düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için iki ayrı KruskalWallis H analizi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, hem gebelikte doğum korkusu hem de gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$) . Bulgular Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Sosyoekonomik Düzeyine göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Sosyoekonomik Düzey	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	KW	p
WDEQ-A	İyi	97	64.75	33.44	158.85	1.759	.415
	Orta	230	69.65	29.74	174.47		
	Kötü	12	65.75	33.67	174.38		
	Toplam	339	68.11	30.96			
GYEKEÖ	İyi	97	55.57	25.35	153.68	5.853	.054
	Orta	230	63.43	34.25	174.47		
	Kötü	12	74.25	26.13	216.33		
	Toplam	339	61.56	31.90			

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYYKEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

** Kruskal-Wallis H analizi

Gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların

sigara kullanım durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için iki ayrı bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, hem gebelikte doğum korkusu hem de gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Bulgular Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına göre Karşılaştırılması

	Kullanımı	n	Ort.	SS	% 95 Güven Aralığı		<i>t</i>	<i>p</i>	Sigara
					Alt Sınır	Üst Sınır			
WDEQ-A	Evet	47	68.28	30.08	-9.40	9.78	.039	.969	
	Hayır	292	68.09	31.16					
GYYPEÖ	Evet	47	69.21	32.49	-.95	18.71	1.777	.077	
	Hayır	292	60.33	31.69					

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYYPEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

** Bağımsız gruplar için *t* testi

Gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların kürtaj, düşük ya da ölü doğum deneyimine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için iki ayrı bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, hem gebelikte doğum korkusu hem de gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Bulgular Tablo 10’da sunulmuştur.

Gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların



Tablo 10. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Kürtaj, Düşük ya da Ölü Doğum Deneyimine göre Karşılaştırılması

	Kürtaj, Düşük, Ölü	n	Ort.	SS	% 95 Güven Aralığı		t	p	Doğum
					Alt Sınır	Üst Sınır			
WDEQ-A	Hayır	260	68.24	30.97	-7.28	8.39	.140	.889	
	Evet	79	67.68	31.13					
GYYPEÖ	Hayır	260	61.16	32.01	-9.81	6.33	-.424	.672	
	Evet	79	62.90	31.70					

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYYPEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

** Bağımsız gruplar için t testi

Gebelikte doğum korkusunun katılımcıların düşük, kürtaj, ölü doğum sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Kruskal-Wallis H testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, katılımcıların gebelikte doğum korkusu ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olduğunu göstermiştir ($\chi^2(2) = 6.024, p < .05$). Farkın kaynağını incelemek için yapılan ileri analizde üçten daha fazla düşük, kürtaj veya ölü doğum deneyimleyen katılımcıların doğum korkusunun bir defa düşük, kürtaj veya ölü doğum deneyimleyen katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bulgular Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Gebelikte Doğum Korkusunun Katılımcıların Düşük, Kürtaj veya Ölü Doğum Sayısına göre Karşılaştırılması

	Düşük. Kürtaj. Ölü Doğum	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	KW	p
WDEQ-A	1	57	64.47	30.39	37.40	6.024	.049
	2	17	71.72	3.50	42.15		
	3+	5	90.60	7.16	62.30		
	Toplam	79	67.68	31.13			

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

** Kruskal-Wallis H testi

Gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların gebeliğinin planlı ve istenen bir gebelik olma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için iki ayrı bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, hem gebelikte doğum korkusu hem de gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Bulgular Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Gebeliğinin Planlı ve İstenen Bir Gebelik Olma Durumuna göre Karşılaştırılması

	Planlı ve İstenen	n	Ort.	SS	% 95 Güven Aralığı			<i>p</i>
					Alt Sınır	Üst Sınır	Gebelik <i>t</i>	
WDEQ-A	Evet	304	68.30	31.33	-9.07	12.70	.328	.743
	Hayır	35	66.49	27.92				
GYEKEÖ	Evet	304	61.49	32.28	-11.93	10.51	-.124	.901
	Hayır	35	62.20	28.82				

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYEKEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

** Bağımsız gruplar için *t* testi

Gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların bulundukları trimestere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için iki ayrı tek yönlü ANOVA yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, gebelikte doğum korkusu ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Ancak gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı farklılaşmalar elde edilmiştir ($F(3, 335) = 11.256, p < .001$). Farkın kaynağını incelemek için Tukey HSD ikili karşılaştırma analizi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar birinci trimesterde olan katılımcıların gebelik yakınmaları

ve yaşam kalitesi ortalamalarının ikinci ve üçüncü trimesterde olan katılımcılardan anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermektedir. Bulgular Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Bulundukları Trimestere Göre Karşılaştırılması

	Trimester	n	Ort.	SS	% 95 Güven Aralığı		F	p	Farkın Kaynağı
					Alt Sınır	Üst Sınır			
WDEQ-A	1.trimester	56	68.88	30.05	60.83	76.92	1.447	.237	
	2.trimester	74	62.74	31.92	55.35	70.14			
	3.trimester	209	69.81	30.79	65.61	74.01			
	Toplam	339	68.11	30.96	64.80	71.42			
GYYKEÖ	1.trimester	56	45.09	20.81	39.52	50.66	11.256 .000	1 < 2, 3	
	2.trimester	74	59.00	30.49	51.94	66.06			
	3.trimester	209	66.89	33.31	62.34	71.43			
	Toplam	339	61.56	31.90	58.16	64.97			

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYYKEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

**Tek yönlü ANOVA

Gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların gebelikte sorun yaşama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için iki ayrı bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, gebelikte doğum korkusu ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Ancak gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı farklılaşmalar elde edilmiştir ($t(337) = 3.328, p < .001$). Gebelikte sorun yaşayanların gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir. Bulgular Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Gebelikte Sorun Yaşama Durumlarına göre Karşılaştırılması

	Gebelikte Sorun	n	Ort.	SS	% 95 Güven Aralığı		t	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
WDEQ-A	Evet	84	73.04	28.50	-1.10	14.19	1.685	.093
	Hayır	255	66.49	31.62				
GYYKEÖ	Evet	84	71.46	36.22	5.38	20.94	3.328	.001
	Hayır	255	58.30	29.71				

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYYKEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

** Bağımsız gruplar için t testi

Gebelikte doğum korkusunun katılımcıların gebelikte yaşadıkları sorunlara göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Kruskal-Wallis H testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, katılımcıların gebelikte doğum korkusu ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Bulgular Tablo 15’te sunulmuştur.

Tablo 15. Gebelikte Doğum Korkusunun Katılımcıların Yaşadıkları Sorunlara göre Karşılaştırılması

	Gebelikte Yaşanan Sorun	n	Ort.	SS	Sıra Ort. KW	p
WDEQ-A	Fiziksel	31	70,42	28,65	38.79	.907
	Psikososyal	16	71,94	27,34	40.63	
	Diğer	35	75,91	29,77	44.30	
	Toplam	82	73,06	28,65		

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

** Kruskal-Wallis H testi

Gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların gebelikte destek alma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için iki ayrı bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, hem gebelikte doğum korkusu hem de gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Bulgular Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Gebelikte Destek Alma Durumlarına göre Karşılaştırılması

					% 95	Güven		
	Gebelikte n		Ort.	SS	Aralığı		<i>t</i>	<i>p</i>
	Destek				Alt Sınır Üst Sınır			
WDEQ-A	Evet	293	67.94	31.24	-10.95	8.39	-.260	.795
	Hayır	46	69.22	29.43				
GYYKEÖ	Evet	293	60.57	31.89	-17.23	2.64	-1.444	.150
	Hayır	46	67.87	31.60				

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYYKEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

** Bağımsız gruplar için *t* testi

Gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların gebelikteki yakınmalar ile ilgili bilgi alma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Bulgular Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Gebelikteki Yakınmalar ile ilgili Bilgi Alma Durumlarına göre Karşılaştırılması

	Yakınma Bilgi	n	Ort.	S	% 95 Güven Aralığı		<i>t</i>	<i>p</i>
					Alt Sınır	Üst Sınır		
GYYKEÖ	Evet	224	62.19	32.61	-11.85	3.88	-.997	.319

*GYYKEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

** Bağımsız gruplar için t testi

Gebelikte doğum korkusunun katılımcıların kontrole düzenli olarak gidip gitmeme durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, hem gebelikte doğum korkusu hem de gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Bulgular Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18. Gebelikte Doğum Korkusunun Katılımcıların Gebelikteki Yakınmalar ile ilgili Kontrole Düzenli Olarak Gitme Durumlarına göre Karşılaştırılması

	Düzenli Kontrol	n	Ort.	SS	% 95 Güven Aralığı		<i>t</i>	<i>p</i>
					Alt Sınır	Üst Sınır		
WDEQ-A	Düzensiz	85	69.26	34.05	-6.11	9.17	.394	.694
	Düzenli	254	67.73	29.92				

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu **Bağımsız

gruplar için t testi

Gebelikte doğum korkusunun katılımcıların aile yapısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, hem gebelikte doğum korkusu hem de gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir($p > .05$).

Bulgular Tablo 19’de sunulmuştur.

Tablo 19. Gebelikte Doğum Korkusunun Katılımcıların Aile Yapısına göre Karşılaştırılması

	Aile Yapısı	n	Ort.	SS	% 95 Güven Aralığı		<i>t</i>	<i>p</i>
					Alt Sınır	Üst Sınır		
WDEQ-A	Çekirdek Aile	290	68.03	30.07	-9.98	8.86	-.117	.907
	Geniş Aile	49	68.59	36.18				

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu **

Bağımsız gruplar için t testi

Gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesinin katılımcıların gebelik sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar, gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermiştir ($p > .05$). Bulgular Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20. Gebelikte Doğum korkusu ve Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesinin Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Karşılaştırılması

	Gebelik sayısı	n	Ort.	SS	% 95 Güven Aralığı		<i>t</i>	<i>p</i>
					Alt Sınır	Üst Sınır		
WDEQ-A	İlk	160	67,45	30,79	-7,89	5,38	-,372	,710
	2+	179	68,70	31,20	-7,88	5,38	-,372	,710
GYYKEÖ	İlk	160	60,93	32,12	-8,03	5,64	-,344	,731
	2+	179	62,13	31,79	-8,04	5,64	-,344	,731

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYYKEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

**Bağımsız gruplar için t testi

Katılımcıların yaş, kilo, VKİ, gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek için korelasyon analizi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar yaş ile VKİ arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki ($r = .137, p < .05$) olduğunu, aksine yaş ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi arasında ise negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu ($r = -.128, p < .05$) göstermektedir. Ayrıca

gebelikte doğum korkusu ile gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki ($r = .203, p < .05$) bulunmuştur. Bulgular Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21. Katılımcıların Yaş, Kilo, BKİ, Gebelikte Doğum Korkusu ile Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesine Etkisi Arasındaki İlişkiler

		Yaş	Kilo	BKİ	WDEQ-A	GYKEÖ
Yaş	<i>r</i>	1				
	<i>p</i>					
Kilo	<i>r</i>	.101	1			
	<i>p</i>	.070				
BKİ	<i>r</i>	.137	.913	1		
	<i>p</i>	.014	.000			
WDEQ-A	<i>r</i>	.024	.012	.025	1	.203
	<i>p</i>	.661	.832	.656		.000
GYKEÖ	<i>r</i>	-.128	.005	.026	.203	1
	<i>p</i>	.018	.924	.641	.000	

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYKEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği BKİ: Beden Kitle İndeksi

**Korelasyon analizi

Gebelikte doğum korkusunun gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesine etkisini incelemek için basit doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar gebelikte doğum korkusunun gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesini pozitif olarak yordadığını göstermektedir ($\beta = .203, p < .001$). Gebelikte doğum korkusu arttıkça gebelik yakınmaları da artmaktadır. Gebelik yakınmalarındaki artışın % 4.1’ini gebelikte doğum korkusu açıklamaktadır. Bulgular Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 22. Gebelikte Doğum Korkusunun Gebelik Yakınmaları ve Yaşam Kalitesine Etkisi

	R	R²	B	SE	β	t	p
(Sabit)	.203	.041	47.329	4.111		11.513	.000
GYYPEÖ			.209	.055	.203	3.802	.000

*WDEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu GYYKEÖ: Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği

**Basit doğrusal regresyon analizi

Gebelerin gebelik süreci boyunca deneyimledikleri yakınmalara göre dağılımları incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre en sık yakınmalar sık idrara çıkma(%56.9, n=193), halsizlik ve yorgunluk(%42.8, n=145), kalça veya bel ağrısı(%30.1, n=102) ve sırt ağrısıdır(%29.8, n=101). Hiç deneyimlenmeme oranı en yüksek olan yakınmalar ise hemoroid (%74, n=251), bayılma (%92.3, n=315) ve gerçekte olmayan şeyleri varmış gibi görmedir(%90, n = 305). Bulgular Tablo 23'te sunulmuştur.

Tablo 23. Gebelerin Gebelik Süreci Boyunca Deneyimledikleri Yakınmalara göre Dağılımları

		Asla	Nadiren	Bazen	Sık Sık
Halsizlik Yorgunluk	n	16	49	129	145
	%	4.7	14.5	38.1	42.8
Bulantı	n	94	108	81	56
	%	27.7	31.9	23.9	16.5
Kusma	n	163	96	46	34
	%	48.1	28.3	13.6	10
Reflu/yemek borusund yanma	n	94	63	85	97
	%	27.7	18.6	25.1	28.6
Kabızlık	n	114	94	95	36
	%	33.6	27.7	28	10.6
Hemoroid	n	251	40	28	20
	%	74	11.8	8.3	5.9
Ağız kuruluğu	n	135	89	79	36
	%	39.8	26.3	23.3	10.6
Aşırme	n	105	106	88	40
	%	31	31.3	26	11.8
Uykusuzluk	n	61	83	101	94
	%	18	24.5	29.8	27.7

Bacaklarda Uyuşma/ karıncalanma	n	91	87	89	72
	%	26.8	25.7	26.3	21.2
Bacak kasılmaları ve Kramplar	n	77	91	88	83
	%	22.7	26.8	26	24.5
Horlama	n	223	56	35	25
	%	65.8	16.5	10.3	7.4
Sık idrara çıkma	n	24	40	82	193
	%	7.1	11.8	24.2	56.9
İdrar kaçırma	n	195	60	52	32
	%	57.5	17.7	15.3	9.4
Vajinal akıntıda artma	n	69	90	92	88
	%	20.4	26.5	27.1	26
Vajinada Mantarı enfeksiyonu	n	223	50	43	23
	%	65.8	14.7	12.7	6.8
Cinsel istekte değişim	n	121	104	80	34
	%	35.7	30.7	23.6	10
Cinsel bölgede ağrı	n	150	89	66	34
	%	44.2	26.3	19.5	10
Ellerde uyuşma	n	175	77	50	37
	%	51.6	22.7	14.7	10.9
Bacak arkasında ağrı	n	123	84	77	55
	%	36.3	24.8	22.7	16.2
Sırt ağrısı	n	70	63	105	101
	%	20.6	18.6	31	29.8
Kalça veya Bel ağrısı	n	73	60	104	102
	%	21.5	17.7	30.7	30.1
Memelerde ağrı	n	108	98	77	56
	%	31.9	28.9	22.7	16.5
Baş ağrısı	n	103	117	81	38
	%	30.4	34.5	23.9	11.2
Meme ucunda ağrı	n	135	122	48	34
	%	39.8	36	14.2	10
Baş dönmesi	n	153	113	61	12
	%	45.1	33.3	18	3.5
Bayılma	n	315	15	6	3
	%	92.9	4.4	1.8	0.9
Kalp Çarpıntısı	n	177	100	43	19
	%	52.2	29.5	12.7	5.6
Solunum güçlüğü	n	158	86	66	29
	%	46.6	25.4	19.5	8.6
Tat/ koku değişimi	n	187	79	43	30
	%	55.2	23.3	12.7	8.8
Unutkanlık	n	109	86	90	54
	%	32.2	25.4	26.5	15.9

Depresif/mutsuz hissetme	n	113	98	80	48
	%	33.3	28.9	23.6	14.2
Korku/endişe hissetme	n	112	94	88	44
	%	33	27.7	26	13
Gerçekte olmayan n		305	19	8	7
şeyleri varmış gibi		90	5.6	2.4	2.1
görme	%				
	n	117	105	66	51
Dış görünüşte değişme %		34.5	31	19.5	15
Ciltte yağlanma ve n		155	106	42	36
Sivilcelenme	%	45.7	31.3	12.4	10.6
	n	224	57	23	35
Bacaklarda Varis		66.1	16.8	6.8	10.3
	%				
	n	207	72	35	25
Yüzde leke artışı		61.1	21.2	10.3	7.4
	%				
	n	169	69	66	35
Ciltte Kaşıntı					
	%	49.9	20.4	19.5	10.3
	n	103	90	84	62
Meme ucunda değişiklik		30.4	26.5	24.8	18.3
	%				
	n	133	91	57	58
Çatlaklar		39.2	26.8	16.8	17.1
	%				
El ve ayaklarda şişme ve n		110	101	64	64
Ödem	%	32.4	29.8	18.9	18.9

Gebelerin gebelik süreci boyunca deneyimledikleri yakınmaların yarattığı kısıtlamalara göre dağılımları incelendiğinde günlük yaşamda en çok kısıtlama yaratan yakınmaların sık idrara çıkma(%21.2, n=72), kalça ve bel ağrısı(%16.2, n=55) ve sırt ağrısı(%16.2, n=55) olduğu görülmektedir. En az kısıtlama yaratan yakınmalar ise bayılma (%95.9, n=325) gerçekte olmayan şeyleri varmış gibi görme(%94.6, n=325) ve yüzde leke artışı(%90.3, n=306) olduğu görülmektedir. Bulgular Tablo 24'te sunulmuştur.

Tablo 24. Gebelerin Gebelik Süreci Boyunca Deneyimledikleri Yakınmaların Yarattığı Kısıtlamalara göre Dağılımları

		Hiç Kısıtlanmadı	Az Kısıtlandı	Çok Kısıtlandı
Halsizlik ve Yorgunluk	n	108	181	50
	%	31.9	53.4	14.7

Bulantı	n	187	116	36
	%	55.2	34.2	10.6
Kusma	n	236	70	33
	%	69.6	20.6	9.7
Reflu/yemek borusunda yanma	n	185	110	44
	%	54.6	32.4	13.0
Kabızlık	n	227	92	20
	%	67.0	27.1	5.9
Hemoroid	n	290	35	14
	%	85.5	10.3	4.1
Ağız kuruluğu	n	270	53	16
	%	79.6	15.6	4.7
Aşırme	n	281	48	10
	%	82.9	14.2	3.1
Uykusuzluk	n	156	122	61
	%	46.0	36.0	18.0
Bacaklarda Uyuşma/ karıncalanma	n	186	121	32
	%	54.9	35.7	9.4
Bacak kasılmaları/Kramplar	n	172	129	38
	%	50.7	38.1	11.2
Horlama	n	296	31	12
	%	87.3	9.1	3.5
Sık İdrara çıkma	n	125	142	72
	%	36.9	41.9	21.2
İdrar kaçırmı	n	249	64	26
	%	73.5	18.9	7.7
Vajinal akıntıda artma	n	197	115	27
	%	58.1	33.9	8.0
Vajinada mantar enfeksiyonu	n	275	48	16
	%	81.1	14.2	4.7
Cinsel istekte değişim	n	259	67	13
	%	76.4	19.8	3.8
Cinsel bölgede ağrı	n	247	73	19
	%	72.9	21.5	5.6
Ellerde uyuşma	n	263	63	13
	%	77.6	18.6	3.8
Bacak arkasında ağrı	n	215	93	31
	%	63.4	27.4	9.1
Sırt ağrısı	n	152	132	55

	%	44.8	38.9	16.2
Kalça veya Bel ağrısı	n	158	126	55
	%	46.6	37.2	16.2
Memelerde ağrı	n	242	80	17
	%	71.4	23.6	5.0
Baş ağrısı	n	236	83	20
	%	69.6	24.5	5.9
Meme ucunda ağrı	n	277	51	11
	%	81.7	15.0	3.2
Baş dönmesi	n	263	65	11
	%	77.6	19.2	3.2
Bayılma	n	325	12	2
	%	95.9	3.5	0.6
Kalp Çarpıntısı	n	267	62	10
	%	78.8	18.3	2.9
Solunum güçlüğü	n	242	80	17
	%	71.4	23.6	5.0
Tat koku değişimi	n	276	46	17
	%	81.4	13.6	5.0
Unutkanlık	n	226	90	23
	%	66.7	26.5	6.8
Depresif/mutsuz hissetme	n	235	79	25
	%	69.3	23.3	7.4
Korku/endişe hissetme	n	226	87	26
	%	66.7	25.7	7.7
Gerçekte olmayan şeyleri varmış gibi görme	n	324	12	3
	%	95.6	3.5	0.9
Dış görünüşte değişme	n	246	75	18
	%	72.6	22.1	5.3
Ciltte yağlanma ve Sivillelenme	n	275	53	11
	%	81.1	15.6	3.1
Bacaklarda Varisler	n	288	38	13
	%	85.0	11.2	3.8
Yüzde Leke artışı	n	306	23	10
	%	90.3	6.8	2.9
Ciltte Kaşıntı	n	259	60	20
	%	76.4	17.7	5.9
Meme ucunda değişiklik	n	278	50	11
	%	82.0	14.7	3.2
Çatlaklar	n	279	40	20

	%	82.3	11.8	5.9
	n	217	92	30
El ve ayaklarda şişme ve Ödem	%	64.0	27.1	8.8



5. TARTIŞMA

Çalışmadaki gebelerin %89,7'si planlı ve istenen gebeliğe sahipti. TNSA 2018'e göre planlı olan gebelik oranı %75 tir. Çalışmamızdaki bu yükseklik gebelerin büyük çoğunluğunun ilk gebeliği olmasından kaynaklanıyor olabilir. TNSA 2018'de de belirtildiğine göre ailede yaşayan çocuk sayısı arttıkça gebelik isteği azalmaktadır(109).

Çalışmada gebelerde sigara kullanım oranı %13,9 olarak bulundu. TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde gebelerde sigara içme oranı %11 olarak belirtildi. Ülkemizde yapılan

başka çalışmalarda gebelerde sigara içme oranı %11,9, 17,3 ve %12,3 olarak bulunmuştur(110)(111)(112).

Literatüre bakıldığında gebelikte doğum korkusunun yaş ile olan ilişkisini inceleyen çalışmalarda farklı bulgular elde edilmiştir. Laursen ve ark. (Laursen, Hedegaard and Johansen 2008) Danimarka’da yaptığı bir çalışmada yaş azaldıkça doğum korkusunun arttığını tespit etmişlerdir(113). Yine benzer şekilde Çin’de yapılan bir çalışmada yaş ile doğum korkusu arasında ters yönlü bir ilişki gösterilmiştir(114). Ülkemizde yapılmış çalışmada da benzer şekilde yaş ile doğum korkusu arasında ters korelasyon saptanmıştır(115). Ancak bazı çalışmalarda yaş ile doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmadığı gösterilmiştir(116)(117)(118)(119)(94). Bu çalışmada da yaş ile doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Laursen ve ark. (Laursen, Hedegaard and Johansen 2008) Danimarka’da yaptığı çalışmada düşük eğitim düzeyinin yüksek doğum korkusu ile ilişkili olduğu görülmüştür(113). Gao ve ark. (Gao et al. 2015) Çin’de yaptığı çalışmada da düşük eğitim düzeyi ile doğum korkusunun ilişkili olduğu gösterilmiştir(114) Ternström ve ark. (Ternström et al. 2015) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça doğum korkusunun da arttığı gösterilmiştir(118). Ülkemizde yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça doğum korkusunun arttığı gösterilmiştir(115). Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi ile doğum korkusu arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir(117)(120)(116)(119)(94). Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça doğum korkusunun arttığı görüldü ancak bu artış anlamlı bulunmadı.

Gebelerin çalışma durumu ve mesleklerine göre doğum korkusu incelendiğinde ülkemizde yapılmış çalışmada çalışma durumuna göre doğum korkusu düzeylerinde farklılık olmadığı görülmüştür(115). Danimarka’da yapılmış çalışmada çalışmama durumunun doğum

korkusunu artırdığı gösterilmiştir(113). Saisto ve ark. (Saisto et al. 2001) yaptığı bir çalışmada da çalışmıyor olmanın yüksek doğum korkusu düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(117). İranlı gebelerde yapılan bir çalışmada mesleklerle doğum korkusu arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir(119). Yine ülkemizde yapılmış bir çalışmada farklı meslek gruplarında doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(91). Bu çalışmada da mesleklere göre doğum korkusu düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık yoktu.

Gebelerde gelir düzeyi algısına göre doğum korkusu düzeyleri çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar vermiştir. Bilge ve ark. (Bilge et al. 2022) yaptığı çalışmada gelir düzeyine göre doğum korkusu düzeyleri arasında farklılık olmadığı görülmüştür(94). İran’da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde gelir düzeyinin doğum korkusu ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir(119). Avustralya’da yapılmış bir çalışmada da gelir düzeyi ile doğum korkusu arasında ilişki bulunmamıştır(121). İsveç’te ve İran’da yapılan iki ayrı araştırmada düşük gelir düzeyi algısı ile yüksek doğum korkusu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(103)(122). Bu çalışmada gelir düzeyi ile doğum korkusu düzeyleri arasında ilişki bulunmadı.

Gebelik süresi ile doğum korkusu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında İsveç ve Danimarka’da yapılmış olan çalışmalarda gestasyonel yaş ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(113)(116). Rouhe ve ark. (Rouhe et al. 2009) yaptığı çalışmada gebelik haftası ilerledikçe doğum korkusunun arttığı görülmüştür(123). Bu çalışmada ise gebelik trimesteri ve doğum korkusu arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmadı.

Gebelik sayısına göre doğum korkusu düzeyleri incelendiğinde çalışmalar farklı sonuçlar vermiştir. Primiparların doğum korkusu düzeylerini multiparlardan daha yüksek bulan çalışmaların yanı sıra(96)(85)(124)(125)(126)(94) parite ile doğum korkusu arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur(116). Haines ve ark. (Haines et al. 2011) aynı çalışmada Avustralyalı gebelerde parite ile doğum korkusu arasında ilişki bulmaz iken İsveçli

gebelerde ilişkili bulunmuştur(103). Çalışmada da gebelik sayısı ile doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmalardaki bu fark ilk gebelikteki bilinmezlik ve deneyimsizlikten, gebelik sayısının artışıyla da olumsuz deneyimlerin yarattığı korkudan kaynaklanıyor olabilir.

Özgeçmişte küretaj, ölü doğum yada düşük öyküsü olan gebelerin doğum korkusu düzeyleri incelendiğinde arasında korelasyon bulan çalışmalar vardır. Finlandiya’da yapılmış çalışmada canlı doğum ile sonuçlanmamış gebelik öyküsünün doğum korkusunu artırdığı gösterilmiştir(90). Gao ve ark. (Gao et al. 2015) Çinli kadınlarda yaptığı çalışmada düşük öyküsü olanlarda doğum korkusu yüksek saptanmıştır(114) Saisto ve ark. (Saisto et al. 2001) yaptıkları çalışmada geçmiş düşük ve küretajların doğum korkusunu etkilemediğini göstermiştir(117). Çalışmada düşük, ölü doğum yada abortus öyküsünün olması doğum korkusu düzeylerinde farklılık yaratmamış olsa da düşük, ölü doğum yada abortus sayısı arttıkça doğum korkusunun anlamlı olarak arttığı gözlemlenmiştir.

Literatüre bakıldığında sigara kullanımının yüksek doğum korkusu düzeyleri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır(127)(113). Ancak bunların ilişkili olmadığını gösteren çalışma da mevcuttur(94). Bu çalışmada sigara kullanımı ile doğum korkusu düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

İran’da yapılan bir çalışmada planlı gebelik oranı %65,5 olup planlı olmayan gebelerin doğum korkusu düzeyleri yüksek bulunmuştur(119). Kenya’da yapılmış bir çalışmada gebeliğin planlı oluşuyla doğum korkusu düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır(96). Bu çalışmada planlı gebelik oranı %89,7 olarak yüksek orandadır. Gebeliğin planlı olmasıyla doğum korkusu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Literatürdeki çalışmalar gebelikte desteğin doğum korkusu üzerine etkilerini de araştırmıştır. Haines ve ark. (Haines et al. 2011) Avustralyalı ve İsveçli gebelerde yaptığı çalışmada gebelikte desteğin doğum korkusu üzerine etkisinin olmadığı gösterilmiştir(103). Çin’de yapılmış bir çalışmada eş desteğinden memnun olan kadınlarda doğum korkusu daha düşük bulunmuştur(114). Bilge ve ark. (Bilge et al. 2022) çalışmada da babanın fiziksel ve duygusal desteğini alan gebelerin korku düzeyleri daha düşük saptanmıştır(94). Güleç ve ark. (Güleç et al. 2014) gebelikte sosyal desteğin artmasıyla doğum korkusunun azaldığını tespit etmişlerdir(128). Saisto ve ark. (Saisto et al. 2001) yaptıkları çalışmada sosyal desteğin ve eş desteğinin korkunun azalmasında önemli etkisi olduğunu göstermiştir(117). Bu çalışmada gebelikte destek alanların doğum korkusu düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebelikte sorun yaşayanların doğum korkusu düzeyleri daha yüksek bulunmuştur(126). Finlandiya’da yapılmış bir çalışmada da mevcut gebeliğinde sorun bildiren gebelerin doğum korkusu daha yüksek bulunmuştur(90). Çalışmada mevcut gebeliğinde sorun bildirenlerin doğum korkusu düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup bu farklı sonuç sorunun boyutu ve etkisinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada gebelerin %75’i gebelik kontrollerine düzenli olarak gittiğini belirtmiştir. Kontrollerine düzenli olarak giden gebelerle düzensiz giden gebelerin korku düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kenya’da yapılmış olan çalışmada takiplerine düzenli olarak giden gebelerin doğum korkusu düzeyleri daha düşük saptanmıştır(96). Bu sonuçlar sunulan sağlık hizmetlerine ulaşım ve hastanın doktor, hemşire ve ebelerle olan iletişimine bağlı olarak değişiyor olabilir.

Çalışmada Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeğini kullanılarak hesaplanan gebelerdeki doğum korkusu ortalama puanı 68,11(ss±30,96)’dır. Gebelerin %15,9’u hafif düzeyde, %28,3’ü orta düzeyde, %26,5’i ileri düzeyde, %29,2’si de klinik düzeyde doğum

korkusuna sahipti. Literatür incelendiğinde yapılmış çok sayıda çalışma ve farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Kenya’da 376 gebe ile yapılmış çalışmada aynı ölçekle ortalama puan 51,8 (ss±20,67) olarak saptanmış. Gebelerin %29,5’inin hafif düzeyde, %40,4’ünün orta düzeyde, %22,1’inin ileri düzeyde, %8’inin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir(96). Avustralya’da yapılmış bir çalışmada gebelerin ortalama WDEQ-A puanı 57,81(ss±19,66) olarak saptanmış. Gebelerin %26’sının hafif düzeyde, %47,9’unun orta düzeyde, %26,2’sinin şiddetli doğum korkusuna sahip olduğu görülmüş(12). Toohill ve ark. (Toohill et al. 2014) Avustralya’da yaptığı bir başka çalışmada gebelerin ortalama WDEQ-A puanı 49,5(ss±22) olarak hesaplanmıştır. Gebelerin yaklaşık %31’inin hafif düzeyde, %43’ünün orta düzeyde, %18,8’inin ileri düzeyde, %4,8’inin de klinik düzeyde doğum korkusu olduğu tespit edilmiştir(121). Birleşik Krallık’ta yapılan bir çalışmada nullipar gebelerin ortalama WDEQ-A puanı 65,41(ss±17,49), multiparların ise 58,01(ss±20,09) olarak bulunmuştur(129). Ülkemizde Körükçü ve ark. (Körükçü et al. 2017) 226 gebe ile yaptığı çalışmada W-DEQ ortalama puanı 79,9(ss±17,3) olarak tespit edilmiştir(130). Güleç ve ark. (Güleç et al. 2014) yaptığı çalışmada ise gebelerin WDEQ-A puan ortalaması 46,4(ss±31,2) olarak hesaplanmıştır(128). Çalışmalardaki farklı sonuçların sosyokültürel çeşitlilikten, psikososyal faktörler ve obstetrik özelliklerden, çevresel faktörlerden ve örneklem çeşitliliğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Gebelik yakınmalarının yaşa göre değişkenliği incelendiğinde ülkemizde yapılmış olan çalışmalarda GYYKEÖ ölçek puanı ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır(2)(9)(131)(132). Bu çalışmada ise yaş arttıkça GYYKEÖ ölçek puanı anlamlı şekilde azalmıştır.

Gebelik yakınmaları ile gebelerin eğitim düzeylerinin karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(9)(2)(8)(132). Bu sonucun aksine Köse ve ark.

(Köse Tuncer, Karakurt and Kasimoğlu, 2022) eğitim düzeyi ile yakınma düzeylerinin ilişkili olduğunu göstermişlerdir(131). Çalışmada GYYKEÖ ölçek puanı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Gebelik yakınmaları ile meslekler incelendiğinde çalışmada en yüksek yakınma puanı işçi olarak çalışan gebelerde en düşük ise ev hanımı ve memur dışındaki diğer meslek grubuna sahip gebelerde tespit edilmiştir. Köse ve ark. (Köse Tuncer, Karakurt and Kasimoğlu, 2022) yaptığı çalışmada da mesleklere göre yakınma puanı anlamlı farklılıklar göstermiş, en yüksek puanı ev hanımı, memur, işçi dışındaki diğer meslek grubunda olan gebeler almışlardır(131). Bazı çalışmalarda çalışmama durumunun yakınmaları artırdığı gösterilmiştir(9)(2). Çalışma durumu ile yakınmalar arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur(8)(132).

Gebelik yakınmaları ile algılanan gelir düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında Aksoy ve ark. (AKSOY DERYA *et al.*, 2018) ve Akpınar ve Apay'ın(AKPINAR and EJDER APAY, 2020) yaptıkları çalışmalarda algılanan ekonomik durum düştükçe yakınmaların arttığı gösterilmiştir(2)(9). Ancak ekonomik durum ile yakınmalar arasında ilişki olmadığını saptayan çalışmalar da mevcuttur(131)(8)(132). Bu çalışmada ekonomik durum ile GYYKEÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı.

Gebelikte sigara kullanımı ile gebelik yakınmaları arasında Köse ve ark. (Köse Tuncer, Karakurt and Kasimoğlu, 2022) yaptığı çalışmada anlamlı sonuç bulunmamıştır(131). Öte yandan İsveç'te yapılmış çalışmada sigara kullanımının semptomların yaygınlığında ve sıklığında artışla ilişkilendirilmiştir(133). Çalışmada sigara kullanan gebelerin GYYKEÖ puanı daha yüksekti ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Gebelik yakınmaları ile gebeliğin planlı ve istenen gebelik oluşu arasındaki ilişkinin incelendiği bazı çalışmalarda aralarında anlamlı ilişki saptanmamıştır(131)(2)(8). Ancak Çetin

ve ark. (Coşar Çetin *et al.*, 2017) yaptığı çalışmada planlı ve istenen gebeliklerde yakınmaların daha fazla görüldüğü saptanmıştır(7). Çalışmada gebeliğin planlı ve istenen gebelik oluşu ile GYYKEÖ ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Gebelikte desteğin gebelik yakınmaları ile ilişkisinde Akpınar ve Apay'ın(AKPINAR and EJDER APAY, 2020) çalışması eş desteği olan gebelerde yakınmaların daha az görüldüğünü göstermiştir(9). Bunun yanında eş desteği ile yakınmaların ilişkili bulunmadığı çalışmalar da vardır(2)(132). Çalışmada gebeliğinde destek aldığını bildiren gebelerin GYYKEÖ puanında anlamlı fark saptanmadı.

Gebelik yakınmaları ile gebelik sayısı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında ülkemizde yapılmış bazı çalışmalarda gebelik sayısı arttıkça gebelik yakınmalarının azaldığı gösterilmiştir(8)(7). Rofe ve ark. (Rofe, Littner and Lewin 1993) yaptığı çalışmada gebelik sayısı arttıkça gebelik semptomlarının deneyimlenme düzeyinin arttığı bulunmuştur(134). Aynı zamanda gebelik yakınmaları ile gebelik sayısının ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur(131)(9)(2). Bu çalışmada da gebelik sayısı ile GYYKEÖ ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Trimestere göre gebelik yakınmaları incelendiğinde Bakır ve ark. (BAKIR, DEMİR and ŞENER, 2021) yaptığı çalışmada trimesterler arasında toplam semptom puanı arasında fark olmadığını belirtmişlerdir(8). Aksoy ve ark. (AKSOY DERYA *et al.*, 2018) ise en yüksek yakınma puanının sırasıyla üçüncü, birinci ve ikinci trimesterde olduğunu tespit etmiştir(2). İsveç'te yapılmış bir çalışmada en fazla semptomun üçüncü trimesterde görüldüğü belirtilmiştir(135). Köse ve ark. (Köse Tuncer, Karakurt and Kasımoğlu, 2022) ve Hazar ve ark. (Hazar *et al.*, 2024) çalışmalarında en yüksek yakınma puanının üçüncü trimesterde en düşük ise birinci trimesterde olduğunu saptamışlardır(131)(112). Çalışmamızda da bu çalışmaları

destekleyecek şekilde trimesterlere göre GYYKEÖ puanı en yüksek üçüncü trimesterde, en düşük birinci trimesterde olup trimesterlere göre anlamlı fark bulunmuştur.

Çalışmada mevcut gebeliğinde fiziksel, psikososyal ve diğer sorunları yaşayan gebelerin GYYKEÖ puanı anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Ölçeğin içeriğinde fiziksel ve psikolojik yakınmaların da bulunması sebebiyle bu beklenen bir sonuçtu.

Önceki gebeliklerinde düşük, küretaj yada ölü doğum yaşamış gebelerin GYYKEÖ puanlarında anlamlı fark saptanmadı. Çalışma Bingöl’de yapılmış olan çalışmayı desteklemektedir(112).

Doğum öncesi eğitimin gebelik yakınmalarına olan etkisini araştıran çalışmada eğitimin gebelik yakınmalarını azalttığı saptanmıştır(56). Gebelik yakınmaları ile ilgili bilgi almış olmakla yakınmalar arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Yakınmalarla ilgili bilgi almak ile doğum öncesi eğitim almak arasında niteliksel açıdan farklar olabilir.

Çalışmada gebelik yakınmaları ve BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada gebelikteki kiloya göre gebelik yakınmalarında artış olabileceği gösterilmiştir(3). Çalışmanın sonucunda yaş arttıkça gebelik yakınmalarının azaldığı görülürken BKİ’nin de arttığı görüldü.

Çalışmada yakınmaların sıklığına ve yaygınlığına baktığımızda en sık görülen yakınmalar sık idrara çıkma, halsizlik ve yorgunluk, bel ağrısı ve sırt ağrısıdır. Özyürek ve Özgül’ün(Özyürek and Özgül, 2021) çalışmasında en sık görülen semptomlar sık idrara çıkma, halsizlik ve yorgunluk, vajinal akıntıda artış ve bel-sırt ağrısıdır(136). Amerika’da yapılmış bir çalışmada en sık görülen semptomlar halsizlik ve yorgunluk, sık idrara çıkma ve bulantı olarak tespit edilmiş. Ancak bu çalışmanın örnekleminde çalışmamızdan farklı olarak 1. Trimester

gebelerin oranı fazladır(4). Çalışmanın bulguları Foxcroft ve ark. (Foxcroft et al. 2013) çalışmasında da en sık bildirilen yakınmalarla benzerdir(108). Nazik ve Eryılmaz'ın(Nazik and Eryılmaz 2014) çalışmasında yorgunluk tüm trimesterlerde sıkça bildirilmekte, sık idrara çıkma, bel ağrısı, gastroözefageal reflü ve vajinal akıntıda artma da sık görülen yakınmalardır(137). Bu çalışmanın sonuçları literatürle benzer olup yakınma sıklıklarındaki farklılıklar örneklemin çoğunlukta olduğu trimester, diyet alışkanları ve yaşam tarzına bağlı olarak değişkenlik gösteriyor olabilir.

Çalışmada gebeler tarafından en az deneyimlenen yakınmalar hemoroid, bayılma ve gerçekte olmayan şeyleri varmış gibi görmedir. Çetin ve ark. (Coşar Çetin et al. 2017) yaptığı çalışmada da en az görülen yakınmalardan biri hemoroiddir(7). Yıkar ve Nazik'in(Yıkar and Nazik, 2019) çalışmasında da hemoroid, bayılma ve gerçekte olmayan şeyleri varmış gibi görme yakınmaları daha az sıklıkta bildirilmiştir(56). Özyürek ve Özgül'ün(Özyürek and Özgül, 2021) çalışmasında da bayılma ve hemoroid az sıklıkta bildirilen yakınmalardır(136).

Çalışmadaki gebelerin ortalama GYYKEÖ ölçek puanı 61,56 (ss±31,90) olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde aynı ölçekle yapılan diğer çalışmalarda 52,89 (ss±22,26), 48.67 (ss±26.69), 74,1 (ss±2,7) bulunmuştur(131)(9)(2). Çalışmanın sonuçları literatürle benzerdir.

Çalışmamızda doğum korkusunun gebelik yakınmalarını artırdığı görülmüştür. Finlandiya'da yapılan bir araştırmada gebelerde bildirilen fiziksel yakınmalarla doğum korkusunun korele olduğu gösterilmiştir(117). Ülkemizde gebelikte stres ve psikososyal sağlıkla ilgili değişkenlerin doğum korkusu ile ilişkisinin pek çok çalışmayla incelendiği görülmüştür.(131)(9)(2)(8). Ancak doğum korkusunun gebelik yakınmalarına olan etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Çalışmanın bu açıdan literatüre katkı sağlayabileceğini düşünüyoruz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada gebelerin yaş ortalamasının 29.08 ± 5.20 olduğu, %44,8'inin üniversite mezunu, %59,3'ünün ev hanımı olduğu, %67,8'inin ekonomik durumunu orta olarak tanımladığı, %41'inin fazla kilolu olduğu ve %13,9'unun sigara kullandığı görülmüştür.

Gebelerin %46,9'unun ilk gebeliği olduğu, %89,7'sinin planlı ve istenen gebelik olduğu, %61,7'sinin üçüncü trimesterde olduğu, %86,4'ünün de gebeliğinde destek aldıkları görülmüştür. Gebelerin %23,3'ü düşük, küretaj yada ölü doğum deneyimlediğini, %24,8'i gebeliğinde fiziksel, psikososyal yada diğer sorunlardan yaşadığını belirtmiştir.

Çalışmada gebelerin çoğunluğunun doğum korkusu düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Düşük/küretaj/ölü doğum deneyimleme sayısı arttıkça doğum korkusunun arttığı bulunmuştur. Doğum korkusu ile ilişkisi incelenen diğer sosyodemografik ve obstetrik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Gebelerin mesleklerine göre gebelik yakınmalarının yoğunluğunun değiştiği yaş arttıkça gebelik yakınmalarının azaldığı tespit edilmiştir.

Mevcut gebeliğinde sorun yaşadığını bildiren gebelerin yakınmalarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Gebelikte görülen yakınmaların trimesterlere göre değiştiği görülmüştür. Çalışmadaki gebelerin %61,7'sinin üçüncü trimesterde olduğu ve en sık deneyimlenen yakınmaların sık idrara çıkma, halsizlik ve yorgunluk, sırt ağrısı, kalça ve bel ağrısı, uykusuzluk, vajinal akıntıda artma ve gastroözefageal reflü olduğu görülmüştür. Gebelikte en az bildirilen yakınmalar ise bayılma, olmayan şeyleri varmış gibi görme ve hemoroid olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada doğum korkusunun gebelik yakınmalarını artırdığı görülmüştür. Bu alanda daha geniş bir örneklem ve farklı metodolojik yöntemler kullanılarak çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Gebelerin antenatal kontrollerde sağlık profesyonelleri tarafından yakınmalarla ilgili bilgilendirilmesi ve gebelere yakınmaları azaltmaya yönelik konservatif yaklaşımların anlatılması gebelik sürecinde yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayabilir.

Doğum korkusunun önlenmesi veya azaltılması konusunda daha etkili adımlar atılması, doğum öncesi kontrollerde yüksek doğum korkusuna sahip olan gebelerin tespit edilerek kadın hastalıkları ve doğum uzmanı doktor, doğum öncesi eğitim alanında nitelikli eğitim almış hemşire ve ebeler ile doğum süreciyle ilgili eğitici görüşmeler sağlayabilmesi gebelerin doğuma daha rahat ve güvende hissederek hazırlanmalarını sağlayabilir. Bakanlığımızın doğum öncesi eğitim olarak yürüttüğü gebe okulu eğitimlerinin daha etkin bir şekilde yürütülüp yaygınlaşması ve daha fazla gebenin eğitime katılımının sağlanması da doğumun bilinmez yönlerinin oluşturduğu korkuyu önleyebilir.

KAYNAKÇA

1. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Soc Sci Med*. 2006;63(1):64–75.
2. AKSOY DERYA Y, ÖZŞAHİN Z, UÇAR T, ERDEMOĞLU Ç, ÜNVER H. Gebelikteki Yakınmaların Yaşam Kalitesine Etkisi ile Psikososyal Sağlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2018;12(3):171–7.
3. Aydemir H. Maternal Obezitenin Gebelikte Oluşan Yakınmalara ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi. 2014;1–111.
4. Kamysheva E, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Milgrom J. Frequency, Severity, and Effect on Life of Physical Symptoms Experienced During Pregnancy. *J Midwifery Women's Heal*. 2009;54(1):43–9.
5. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life? *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2008 Nov 1 [cited 2024 Oct 20];115(12):1484–93. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2008.01891.x>
6. Chou FH, Lin LL, Cooney AT, Walker LO, Riggs MW. Psychosocial Factors Related to Nausea, Vomiting, and Fatigue in Early Pregnancy. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2003 Jun 1 [cited 2024 Oct 20];35(2):119–25. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1547-5069.2003.00119.x>
7. Coşar Çetin F, Demirci N, Yeşilçiçek Çalık K, Çil Akıncı A. GEBELİKTE OlağaFiziksel Yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2017;48(4).
8. BAKIR N, DEMİR C, ŞENER N. GEBELERİN Yaşadığı Stres VeGebelik SemptomlariArasindakİlişki. *Karya J Heal Sci*. 2021;2(3):71–6.
9. AKPINAR F, EJDER APAY S. Gebelikte Yaşanan Distres ile Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Derg*. 2020;17(4):550–61.

10. ÖZŞAHİN Z, AKSAKAL ZG, ERDEM N, KOLDAŞ B, GÜVEN SANTUR S. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıların Gebelikte Yakınmalar Ve Yaşam Kalitesinin Etkisi: Kesitsel Bir Çalışma. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Derg. 2022;10(2):563–76.
11. Bilimlerinde S, Sağlık D/, Değer B, Bilge Ç, Dönmez S, Olgaç Z, et al. Gebelikte Doğum Korkusu ve Etkileyen Faktörler. Value Heal Sci [Internet]. 2022 May 17 [cited 2024 Oct 1];12(2):330–5. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/sabd/issue/69803/1067958>
12. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. J Clin Nurs [Internet]. 2009 Mar 1 [cited 2024 Oct 20];18(5):667–77. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x>
13. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. J Adv Nurs. 2004 Apr;46(2):212–9.
14. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilim Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. 2005;9:104.
15. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar [Internet]. 2011;3(1):142–62. Available from: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076380>
16. Apter G, Devouche E, Garez V, Valente M, Genet MC, Gratier M, et al. Pregnancy, somatic complaints and depression: A French population-based study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;171(1):35–9.
17. Nalbant S. Gebelikte gelişen fizyolojik değişiklikler. Onuncu Ulus İç Hast Kongresi. 2008;39–40.
18. Green LJ, MacKillop LH, Salvi D, Pullon R, Loerup L, Tarassenko L, et al. Gestation Specific Vital Sign Reference Ranges in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2020;135(3):653–64.

19. Hill CC, Pickinpaugh J. Physiologic Changes in Pregnancy. *Surg Clin North Am*. 2008 Apr 1;88(2):391–401.
20. Scollato A, Lampasona R. Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterr J Clin Psychol*. 2013;1(1):1–18.
21. Robson SC, Hunter S, Boys RJ, Dunlop W. Serial study of factors influencing changes in cardiac output during human pregnancy. *Am J Physiol* [Internet]. 1989 [cited 2024 Oct 27];256(4 Pt 2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2705548/>
22. Akpinar O. Gebelik ve kapak hastalıkları. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2009;9(SUPPL. 1):25–34.
23. Pereira A, Krieger BP. Pulmonary complications of pregnancy. *Clin Chest Med*. 2004 Jun 1;25(2):299–310.
24. Liberatore SM, Pistelli R, Patalano F, Monela E, Incalzi RA, Ciappi G. Respiratory function during pregnancy. *Respiration* [Internet]. 1984 [cited 2024 Oct 27];46(2):145–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6436933/>
25. García-Río F, Pino JM, Gómez L, Alvarez-Sala R, Villasante C, Villamor J. Regulation of Breathing and Perception of Dyspnea in Healthy Pregnant Women. *Chest*. 1996 Aug 1;110(2):446–53.
26. Glinioer D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. *Endocr Rev* [Internet]. 1997 [cited 2024 Oct 27];18(3):404–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9183570/>
27. Bell RJ, Eddie LW, Lester AR, Wood EC, Johnston PD, Niall HD. Relaxin in human pregnancy serum measured with an homologous radioimmunoassay. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1987 Apr 1 [cited 2024 Oct 24];69(4):585–9. Available from: <https://europepmc.org/article/med/3822300>
28. O’byrne EM, Flitcraft JF, Sawyer WK, Hochman J, Weiss G, Steinetz BG. Relaxin bioactivity and immunoactivity in human corpora lutea. *Endocrinology*. 1978;102(5):1641–4.
29. O’Leary P, Boyne P, Flett P, Beilby J, James I. Longitudinal assessment of changes in reproductive hormones during normal pregnancy. *Clin Chem* [Internet]. 1991 May 1

- [cited 2024 Oct 24];37(5):667–72. Available from: <https://europepmc.org/article/med/1827758>
30. Abbassi-Ghanavati M, Greer LG, Cunningham FG. Pregnancy and laboratory studies: a reference table for clinicians. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 Dec [cited 2024 Oct 24];114(6):1326–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19935037/>
 31. Geraghty LN, Pomeranz MK. Physiologic changes and dermatoses of pregnancy. *Int J Dermatol* [Internet]. 2011 Jul 1 [cited 2024 Oct 27];50(7):771–82. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-4632.2010.04869.x>
 32. Bayoğlu Tekin Y, Seda GÜVENDAĞ GÜVEN E, Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi R, Hastalıkları ve Doğum ABD K, Tarihi G. Gebelikte Tiroid Hastalıkları ve Neonatal Sonuçları Thyroid Disease in Pregnancy and Neonatal Outcome. 2014;0(74):150–3.
 33. Thyroid Disease in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 223. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2024 Oct 24];135(6):E261–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32443080/>
 34. Zimmermann MB. Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: a review. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2009 Feb 1 [cited 2024 Oct 24];89(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19088150/>
 35. Bernstein IM, Ziegler W, Badger GJ. Plasma Volume Expansion in Early Pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2001 May [cited 2024 Oct 24];97(5):669–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11339913/>
 36. Irani RA, Xia Y. The functional role of the renin-angiotensin system in pregnancy and preeclampsia. *Placenta* [Internet]. 2008 Sep [cited 2024 Oct 24];29(9):763–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18687466/>
 37. Choi JW, Pai SH. Change in erythropoiesis with gestational age during pregnancy. *Ann Hematol* [Internet]. 2001 [cited 2024 Oct 24];80(1):26–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11233772/>
 38. Hytten F. Blood Volume Changes in Normal Pregnancy. *Clin Haematol*. 1985 Oct 1;14(3):601–12.

39. Harm SK, Yazer MH, Waters JH. Changes in hematologic indices in caucasian and noncaucasian pregnant women in the United States. *Korean J Hematol* [Internet]. 2012 Jun [cited 2024 Oct 24];47(2):136. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3389063/>
40. Bothwell TH. Iron requirements in pregnancy and strategies to meet them. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2000 [cited 2024 Oct 24];72(1 Suppl). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10871591/>
41. Peck TM, Arias F. Hematologic changes associated with pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 1979 [cited 2024 Oct 24];22(4):785–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/535196/>
42. Brenner B. Haemostatic changes in pregnancy. *Thromb Res* [Internet]. 2004 [cited 2024 Oct 24];114(5–6):409–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15507271/>
43. Marik PE, Plante LA. Venous thromboembolic disease and pregnancy. *N Engl J Med* [Internet]. 2008 Nov 6 [cited 2024 Oct 24];359(19):2025–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18987370/>
44. Tan EK, Tan EL. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2013;27(6):791–802. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.001>
45. Parry E, Shields R, Turnbull AC. Transit time in the small intestine in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* [Internet]. 1970 [cited 2024 Oct 24];77(10):900–1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5473321/>
46. Broussard CN, Richter JE. Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 1998 [cited 2024 Oct 24];27(1):123–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9546087/>
47. Rey E, Rodriguez-Artalejo F, Herraiz MA, Sanchez P, Alvarez- Sanchez A, Escudero M, et al. Gastroesophageal reflux symptoms during and after pregnancy: a longitudinal study. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2007 Nov [cited 2024 Oct 27];102(11):2395–400. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17662101/>

48. Cietak KA, Newton JR. Serial quantitative maternal nephrosonography in pregnancy. *Br J Radiol* [Internet]. 1985 [cited 2024 Oct 24];58(689):405–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3904902/>
49. Fried AM, Woodring JH, Thompson DJ. Hydronephrosis of pregnancy: a prospective sequential study of the course of dilatation. *J Ultrasound Med* [Internet]. 1983 [cited 2024 Oct 24];2(6):255–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6876256/>
50. Lindheimer MD, Kanter D. Interpreting abnormal proteinuria in pregnancy: the need for a more pathophysiological approach. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 Feb [cited 2024 Oct 24];115(2 Pt 1):365–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20093912/>
51. Yeomans ER, Gilstrap LC. Physiologic changes in pregnancy and their impact on critical care. *Crit Care Med*. 2005;33(10 SUPPL.):256–8.
52. Scriven MW, Jones DA, McKnight L. Current concepts review. Musculoskeletal considerations in pregnancy. *J Bone Joint Surg Am* [Internet]. 1995 [cited 2024 Oct 27];77(9):1465. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7673299/>
53. Kumari R, Jaisankar TJ, Thappa DM. A clinical study of skin changes in pregnancy. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* [Internet]. 2007 Mar 1 [cited 2024 Oct 27];73(2):141. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17458033/>
54. Pregnancy-related changes in the size of uterine leiomyomas - PubMed [Internet]. [cited 2024 Oct 27]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17039693/>
55. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. 2016 Jan 30 [cited 2024 Oct 27];387(10017):475–90. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673615010247/fulltext>
56. Yikar SK, Nazik E. Effects of prenatal education on complaints during pregnancy and on quality of life. *Patient Educ Couns*. 2019;102(1):119–25.
57. A M, T D, DM H, M D, DP O. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2010 Dec [cited 2024 Oct 24];13(9):38–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20824863/>

58. Hirose M, Tamakoshi K, Takahashi Y, Mizuno T, Yamada A, Kato N. The effects of nausea, vomiting, and social support on health-related quality of life during early pregnancy: A prospective cohort study. *J Psychosom Res* [Internet]. 2020;136(April):110168. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110168>
59. Sherman PW, Flaxman SM. Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 [cited 2024 Oct 24];186(5 Suppl Understanding). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12011885/>
60. Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2024 Oct 27];131(1):E15–30. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2018/01000/acog_practice_bulletin_no_189_nausea_and.39.aspx
61. Freeman WS. Common complaints in pregnancy. *Medicafile*///C:/Users/bthnk/Downloads/Fatigue sleep Qual Differ trimesters pregnancy.pdf times. 1980;108(11):1–4.
62. Berghella V. *Obstetric Evidence Based Guidelines, Third Edition*. Obstetric Evidence Based Guidelines, Third Edition. 2017. 1–362 p.
63. Ramu B, Mohan P, Rajasekaran MS, Jayanthi V. Prevalence and risk factors for gastroesophageal reflux in pregnancy. *Indian J Gastroenterol*. 2011;30(3):144–7.
64. Effati-Daryani F, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mohammadi A, Zarei S, Mirghafourvand M. Fatigue and sleep quality in different trimesters of pregnancy. *Sleep Sci*. 2021;14(Special 1):69–74.
65. Yehia DBM, Malak MZ, Al-Thwabih NN, Awad RR, Al-Ajouri ES, Darwish SS, et al. Psychosocial factors correlate with fatigue among pregnant women in Jordan. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(1):46–53.
66. ÇITAK G, DEMİRTÜRK F. Urinary Incontinence During Pregnancy And Determination Of The Factors Affecting It. *J Basic Clin Heal Sci*. 2021;5(3):36–42.
67. Lehrhoff S, Pomeranz MK. Specific dermatoses of pregnancy and their treatment.

- Dermatol Ther [Internet]. 2013 [cited 2024 Oct 27];26(4):274–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23914884/>
68. Hensley JG. Leg Cramps and Restless Legs Syndrome During Pregnancy. *J Midwifery Women's Heal.* 2009;54(3):211–8.
 69. Malmqvist S, Kjaermann I, Andersen K, Ekland I, Bronnick K, Larsen JP. Prevalence of low back and pelvic pain during pregnancy in a norwegian population. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 2012;35(4):272–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmpt.2012.04.004>
 70. Sipko T, Grygier D, Barczyk K, Elias G. The Occurrence of Strain Symptoms in the Lumbosacral Region and Pelvis During Pregnancy and After Childbirth. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 2010 Jun 1 [cited 2024 Dec 8];33(5):370–7. Available from: <http://www.jmptonline.org/article/S0161475410001211/fulltext>
 71. Al-Damluji S. The effect of ventilatory stimulation with medroxyprogesterone on exercise performance and the sensation of dyspnoea in hypercapnic chronic bronchitis. *Br J Dis Chest* [Internet]. 1986 [cited 2024 Oct 22];80(3):273–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3790418/>
 72. Shotan A, Ostrzega E, Mehra A, Johnson J V., Elkayam U. Incidence of Arrhythmias in Normal Pregnancy and Relation to Palpitations, Dizziness, and Syncope. *Am J Cardiol.* 1997 Apr 15;79(8):1061–4.
 73. Siu SC, Sermer M, Colman JM, Alvarez AN, Mercier LA, Morton BC, et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. *Circulation* [Internet]. 2001 Jul 31 [cited 2024 Oct 22];104(5):515–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11479246/>
 74. Thaler E, Huch R, Huch A, Zimmermann R. Compression stockings prophylaxis of emergent varicose veins in pregnancy: a prospective randomised controlled study. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2001 Dec 1 [cited 2024 Oct 22];131(45–46):659–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11835115/>
 75. Abramowitz L, Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. *Gynecol Obstet Fertil* [Internet].

- 2003 Jun 1 [cited 2024 Oct 22];31(6):546–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12865195/>
76. Heenan AP, Wolfe LA, Davies GAL, McGrath MJ. Effects of human pregnancy on fluid regulation responses to short-term exercise. *J Appl Physiol* [Internet]. 2003 Dec [cited 2024 Oct 22];95(6):2321–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12959950/>
 77. Cronin RS, Wilson J, Gordon A, Li M, Culling VM, Raynes-Greenow CH, et al. Associations between symptoms of sleep-disordered breathing and maternal sleep patterns with late stillbirth: Findings from an individual participant data meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 22];15(3):e0230861. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7098581/>
 78. Aegidius K, Zwart JA, Hagen K, Stovner L. The effect of pregnancy and parity on headache prevalence: the Head-HUNT study. *Headache* [Internet]. 2009 [cited 2024 Oct 22];49(6):851–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19545250/>
 79. Bjelica A, Kapor-Stanulović N. Pregnancy as a psychological event. *Med Pregl* [Internet]. 2004 [cited 2024 Oct 23];57(3–4):144–8. Available from: <https://doiserbia.nb.rs/Article.aspx?ID=0025-81050404144B>
 80. APA Dictionary of Psychology [Internet]. [cited 2024 Oct 21]. Available from: <https://dictionary.apa.org/fear>
 81. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *Ann Heal Sci Res* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2024 Oct 1];4(2):54–8. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/annhealthscires/issue/65343/1006808>
 82. Mete S. Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. 2015;8(4):263–8.
 83. Bewley S, Cockburn J. Responding to fear of childbirth. *Lancet*. 2002 Jun 22;359(9324):2128–9.
 84. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2002;23(4):229–35.

85. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Ther.* 2001;30(2):75–84.
86. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J.* 2003;79(935):505–10.
87. Bakshi R, Mehta A, Mehta A, Sharma B, Bakshi R, Mehta A, et al. Tokophobia: Fear Of Pregnancy And Childbirth. *Internet J Gynecol Obstet.* 2012;10(1):1–5.
88. Fairbrother N, Albert A, Collardeau F, Keeney C. The Childbirth Fear Questionnaire and the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire as Screening Tools for Specific Phobia, Fear of Childbirth. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(8).
89. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry.* 2000;176(JAN.):83–5.
90. Melender HL, Lauri S. Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: A study of pregnant women. *Int J Nurs Pract.* 2002;8(6):289–96.
91. Konar NM, Özcan B, Taş A, Yağrıncalı E, Kaplan E, Erduran A, et al. Prevalence and Predictors of Fear of Childbirth in Unselected Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2021;35(1):13–22.
92. Haines HM, Pallant JF, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Toohill J, et al. Identifying women who are afraid of giving birth: A comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2015;6(4):204–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.002>
93. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery* [Internet]. 2018;61(February):97–115. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>
94. Bilge Ç, Dönmez S, Olgaç Z, Pirinççi F. Gebelikte doğum korkusu ve ilişkili faktörler. *Sağlık Bilim Değer.* 2022;12(1):330–5.
95. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions.

- Midwifery [Internet]. 2018;61(January):97–115. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>
96. Onchonga D, MoghaddamHosseini V, Keraka M, Várnagy Á. Prevalence of fear of childbirth in a sample of gravida women in Kenya. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2020;24(January):100510. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100510>
 97. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. 2004 Aug [cited 2024 Oct 23];59(8):601–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15277895/>
 98. Aksoy A, Aydin F, Kucur S, Gözükarı I. Maternal and fetal Doppler velocimetry in women diagnosed with fear of childbirth. *Niger J Clin Pract*. 2016;19(5):632–5.
 99. Monk C, Fifer WP, Myers MM, Sloan RP, Trien L, Hurtado A. Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: effects on fetal heart rate. *Dev Psychobiol* [Internet]. 2000 [cited 2024 Oct 23];36(1):67–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10607362/>
 100. Sjöström K, Valentin L, Thelin T, Maršál K. Maternal anxiety in late pregnancy: effect on fetal movements and fetal heart rate. *Early Hum Dev*. 2002 Apr 1;67(1–2):87–100.
 101. Isbir GG, Serçekuş P. The effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: A single-blind randomized controlled trial. *J Nurs Res*. 2017;25(2):112–9.
 102. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*. 2012;25(3):114–21.
 103. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*. 2011;27(4):560–7.
 104. T.C. Sağlık Bakanlığı. DoğumÖncesi BakımYönetim Rehberi [Internet]. Vol. 1. 2018. 1–40 p. Available from: www.sistemofset.com.tr

105. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. Ankara; 2014.
106. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1998;19(2):84–97.
107. Korukcu O, Kukulu K, Firat MZ. The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2012 Apr 1 [cited 2024 Oct 19];19(3):193–202. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2850.2011.01694.x>
108. Foxcroft KF, Callaway LK, Byrne NM, Webster J. Development and validation of a pregnancy symptoms inventory. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13.
109. TNSA. Hacettepe Üniversitesi Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [Internet]. Hacettepe University of Population Studies. 2019. 148–149 p. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
110. TARHAN P, YILMAZ T. Gebelikte Sigara Kullanımı ve İlişkili Faktörler. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg*. 2016;3(3):140.
111. Akdolun Balkaya N, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg* [Internet]. 2014;4(1):6–16. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/56562>
112. Hazar S, Nacar G, Timur S, Sinen R. Kişilik Özelliklerinin Gebelik Semptomları ve Sağlık Arama Davranışı ile İlişkisi. *Bingöl Üniversitesi Sağlık Derg*. 2024;5(1):82–94.
113. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* [Internet]. 2008 Feb [cited 2024 Oct 23];115(3):354–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18190372/>

114. Gao L ling, Liu XJ, Fu BL, Xie W. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*. 2015 Sep 1;31(9):865–70.
115. Bıyık İ, Aslan MM. Doğum Korkusunun Gebelik Haftası ve Sayısı ile İlişkisi. *Acibadem Univ Saglik Bilim Derg*. 2020;11(3):0–0.
116. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women’s fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2009 Jul 1 [cited 2024 Oct 27];88(7):807–13. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1080/00016340902998436>
117. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2001 May;108(5):492–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306545600001224>
118. Ternström E, Hildingsson I, Haines H, Rubertsson C. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women – Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*. 2015 Apr 1;31(4):445–50.
119. Matinnia N, Faisal I, Hanafiah Juni M, Herjar AR, Moeini B, Osman ZJ. Fears Related to Pregnancy and Childbirth Among Primigravidae Who Requested Caesarean Versus Vaginal Delivery in Iran. *Matern Child Health J*. 2015;19(5):1121–30.
120. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* [Internet]. 2000 [cited 2024 Oct 27];21(4):219–24. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01674820009085591>
121. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK. Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 Aug 14 [cited 2024 Oct 29];14(1):1–10. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-275>
122. Mortazavi F, Mehrabadi M. Predictors of low birth satisfaction among Iranian postpartum women: A cross-sectional study. *Nurs open* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2024 Oct 29];9(1):604–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34719125/>

123. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2024 Oct 29];116(1):67–73. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x>
124. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(4):315–20.
125. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *J Anxiety Disord*. 1997;11(6):587–97.
126. Fatemeh-rahimi kian. *Nursing Practice Today* 2023; 2023;10(3):190–7.
127. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2006 Jun 1 [cited 2024 Oct 29];113(6):638–46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.14710528.2006.00950.x>
128. Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. GEBELERİN Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türkiye Klin Gynecol Obstet*. 2014;24(1):36–41.
129. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2002;109(11):1213–21.
130. Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi K, ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği D, Sorumlu Yazar T, et al. Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu ile Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Clin Exp Heal Sci* [Internet]. 2017 Dec 15 [cited 2024 Oct 1];7(4):159–65. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/clinexphealthsci/issue/35066/389064>
131. Köse Tuncer S, Karakurt P, Kasimoğlu N. The Correlation Between Distress in Pregnancy and Complaints and Quality of Life During Pregnancy. *J Midwifery Heal Sci*. 2022;5(3):114–21.
132. TOSUN GÜLEROĞLU F, ONAT T. Gebelerde Algılanan Eş Desteği ve Gebelik Semptomları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2023;12(2):416–24.

133. Rodriguez A, Bohlin G, Lindmark G. Symptoms across pregnancy in relation to psychosocial and biomedical factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(3):213.
134. Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy - Rofé - 1993 - *Journal of Clinical Psychology* - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2024 Nov 1]. Available from: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-4679\(199301\)49:1%3C3::AIDJCLP2270490102%3E3.0.CO;2-A](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-4679(199301)49:1%3C3::AIDJCLP2270490102%3E3.0.CO;2-A)
135. Zib M, Lim L, Walters WAW. Symptoms During Normal Pregnancy: A Prospective Controlled Study. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* [Internet]. 1999 Nov 1 [cited 2024 Nov 2];39(4):401–10. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1479-828X.1999.tb03122.x>
136. Özyürek B, Özgül S. Turkish translation, cross-cultural adaptation, and psychometric validation of the pregnancy symptoms inventory: An instrument to assess the full spectrum of pregnancy symptoms. *Midwifery*. 2021;97(July 2020).
137. Nazik E, Eryilmaz G. Incidence of pregnancy-related discomforts and management approaches to relieve them among pregnant women. *J Clin Nurs*. 2014;23(11–12):1736–50.



8. EKLER

Ek 1: Kurum izni



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-33443051-903.99-242879686
Konu : Etik Kurul Onayı (Doç. Dr. Nurcan
AKBAŞ GÜNEŞ-5374)

03.05.2024

Sayın Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 18.04.2024 tarihli ve E-33443051-903.99-241659254 sayılı yazınız.

İlgi, tarihli ve sayılı dilekçeniz incelenmiş olup, danışmanı "Gebelikte doğum korkusunun gebelikiyakınmaları ve yaşam kalitesine etkisi" adlı çalışma ile ilgili, Hastanemiz verilerini kullanmanız Etik Kurul Onay sonrası Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Kamil MELİKOĞLU
Dr. Öğr.Üyesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 3B4CC76A-9360-413C-8033-FCD82CF7AE8E

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Gölköy 14280 BOLU 14100

Telefon No: 03742704575

e-Posta: bolueahl@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://izzetbaysaleah.saglik.gov.tr/>

Kep Adresi:

Bilgi için: Betül BAKIR

Telefon No:



Ek 2: Etik Kurul Onayı



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY NON-INTERVENTIONAL CLINICAL RESEARCH ETHICS COMMITTEE APPROVAL.

Sayı : 122
Konu: Kararlar

10.6.2024

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Gebelikte doğum korkusunun gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesine etkisi.
	ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI (TITLE OF THE PROJECT)	The effect of birth fear on pregnancy complaints and quality of life during pregnancy.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Doç.Dr.Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Arş.Gör.Dr.Hanzade KAYAR
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2024/129	Tarih (Date) 21.05.2024
	Doç.Dr.Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Akif Hakan KURT (Başkan)	Farmakoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Mehmet Hayri ERKOL (Başkan Yardımcısı)	Genel Cerrahi	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Aslı ÇELEBİ TAYFUR (Üye)	Çocuk Sağlığı Hastalıkları /Nefroloji Bilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Tuba TASLAMACIOĞLU DUMAN (Üye)	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Kübra DEĞİRMENCI (Üye)	Protetik Diş Tedavisi	BAİBÜ Diş Hekimliği Fakültesi	
Doç. Dr. Birgül CERİT (Üye)	Hemşirelik Bölümü	BAİBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba KOCAAĞA (Üye)	Antrenörlük Eğitimi	BAİBÜ Spor Bilimleri Fakültesi	
Dr.Öğr.Üyesi Oya KALAYCIOĞLU (Raportör)	Biyoistatistik	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Avukat	Özel Hukuk Bürosu (BOLU)	

Ek 3: Sosyodemografik Bilgi Formu

GEBELİKTE DOĞUM KORKUSUNUN GEBELİK YAKINMALARI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNE YÖNELİK ARAŞTIRMA ANKET FORMU

Doç Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ

Arş.Gör.Dr.Hanzade KAYAR

Değerli gebe,

Bu çalışmamızın amacı gebelikte yaşanan doğum korkusunun gebelik yakınmaları ve yaşam kalitesiyle olan ilişkisini araştırmaktır. Amacımız elde edilecek verilerle gebelerin doğum korkusunu ve yakınmalarını azaltmaya ve önlemeye yönelik çalışmalara katkı sağlamasıdır. Vereceğiniz cevaplar saklı tutulacak ve sadece bilimsel veriler için kullanılacaktır. Anket sorularını doğru bir biçimde cevaplandırmanız bizim için önemlidir. Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?...
2. Eğitim durumunuz nedir?
a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu d) Üniversite mezunu
3. Mesleğiniz nedir?
a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Diğer...
4. Eşinizin eğitim durumu nedir?
a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu d) Üniversite mezunu
5. Eşinizin mesleği nedir?
a) İşçi b) Memur c) Serbest meslek d) Diğer...
6. Yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?
a) İl b) İlçe c) Köy
7. Sosyal güvenceniz var mı?
a) Var b) Yok
8. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
a) İyi b) Orta c) Kötü
9. Aile yapınız nedir?
a) Çekirdek aile b) Geniş aile

10. Evlilik süreniz kaç yıldır?.....
11. Boyunuz:..... Kilonuz:..... VKİ:.....
12. Sigara kullanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
13. Alkol kullanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
14. Kaçınıcı gebeliğiniz?
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri
15. Kaç yaşayan çocuğunuz var?
a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ve üzeri
16. Eğer ilk gebeliğiniz değil ise önceki gebeliklerde düşük/küretaj/ölü doğum yaşadınız mı?
(ilk gebelik ise soruyu cevaplamadan geçin.) a) evet(kaç kere yaşadınız?..... b) hayır
17. Gebeliğiniz planlı ve istenen gebelik mi?
a) Evet b) Hayır
18. Kaçınıcı gebelik haftasındasınız?.....
a) 1. Trimester..... b) 2. Trimester..... c) 3. Trimester.....
19. Gebelikte herhangi bir sorun yaşadınız mı?
a) Evet b) Hayır
20. Cevabınız evet ise ne tür bir sorun yaşadınız?
a) Fiziksel b) Psikososyal c) Diğer.....
21. Gebeliğinizde size destek veren birileri var mı?
a) Evet(.....) b) Hayır
22. Doğum öncesi kontrollerinize ne sıklıkta gittiniz?
a) 1-2 kere b) 3-4 kere c) 5-6 kere d) 7-8 kere e) 9 ve üzeri
23. Doğum öncesi kontrollerinizde gebelik yakınmaları ile ilgili bilgi verildi mi? a) Evet b) Hayır
24. Cevabınız evet ise kim tarafından bilgi verildi?
a) Doktor b) Hemşire c) Ebe

Ek 4: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Anketi

WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) A VERSİYONU

Bu anket formu; kadının doğum sancıları ve doğum sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Her bir sorunun yanıtı 0'dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır. Lütfen, her soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini hayal ettiğiniz duruma en uygun düşen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen soruları yanıtlarken hayal ettiğiniz doğum sancılarını ve doğumu düşününüz. (Ümit ettiğiniz şekli değil)

I. Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
Son derece mükemmel hiç mükemmel değil
2. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
Son derece korkunç hiç korkunç değil

II. Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
Hiç yalnız değil son derece yalnız
4. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
Hiç güçlü değil son derece güçlü
5. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
Hiç kendinden emin değil Son derece emin
6. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
Hiç korkmamış son derece korkmuş
7. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
Son derece yüzüstü bırakılmış Hiç yüzüstü bırakılmamış

III. Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

8. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece güçsüz

hiç güçsüz değil

9. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece güvende

hiç güvende değil

10. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece bağımsız

Bağımlı

11. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece umutsuz

Hiç umutsuz değil

12. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece gergin

Gerginlik yok

13. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece memnun

Hiç memnun değil

14. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece hoşnut

Hiç hoşnut değil

15. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece terk edilmiş

Hiç terk edilmemiş

16. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Tamamen kendine hakim

Hiç kendine hakim değil

17. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece rahat

Hiç rahat değil

18. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece mutlu

Hiç mutlu değil

IV. Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Hiç panik değil

Aşırı panik

20. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Ümitsizlik yok

Aşırı ümitsiz

21. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Aşırı çocuğa kavuşma hissi

Hiç çocuğa kavuşma isteği yok

22. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Aşırı özgüvenli

Hiç özgüveni yok

23. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece güvensiz

Kendine güvenli

24. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Aşırı ağırlı

Hiç ağırlı yok

V. Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece kötü bir şekilde

Kötü bir şekilde

davranacağım

davranmayacağım

26. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Bedenimin bütün kontrolü

Bedenimin bütün kontrolü

sağlamasına izin vereceğim

sağlamasına izin vermeyeceğim

27. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Kontrolümü tamamen

Kontrolümü

kaybetmeyeceğim

kaybedeceğim

VI. Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

Son derece keyif verici

Hiç keyif verici değil

29. 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5

30. Son derece doğal Hiç doğal değil
- 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Tamamen olması Hiç olması gerektiği gibi değil
31. 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Son derece tehlikeli Hiç tehlikeli değil

VII. Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise örnek verebilir misiniz?

32. Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz nedir?
- 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Hiç Çok sık
33. Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz nedir?
- 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Hiç Çok sık

GEBELİKTEKİ YAKINMALAR VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda gebelikte yaşayabileceğiniz bazı yakınmalar yer almaktadır. Bu yakınmaların ne sıklıkla yaşandığını ve bunların her birinin günlük yaşamınızı nasıl etkilediğini belirtmeniz beklenmektedir. Her soru 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, her bir yakınmanın sıklığını ifade eder. Bu bölüm için vereceğiniz cevabınız 1-3 arasında ise ikinci bölüme geçiniz. Bu yakınmaların günlük yaşamınızı nasıl etkilediğini ikinci bölümde işaretleyiniz. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim.

	1.BÖLÜM				2.BÖLÜM		
MADDELER	Son bir ay içinde ne kadar sıklıkla karşılaştınız?				Bu yakınmalar günlük yaşamınızı ne kadar kısıtladı ?		
YAKINMALAR	Asla 0	Nadiren 1	Bazen 2	Sık sık 3	Hiç kısıtlanmadı	Az kısıtlandı	Çok kısıtladı
1. Halsizlik ve yorgunluk							
2. Bulantı							
3. Kusma							
4. Reflü/Yemek borusunda yanma							
5. Kabızlık							
6. Hemoroid/Basür							
7. Ağız Kuruluğu							
8. Aşırma							
9. Uykusuzluk							
10. Bacaklarda uyuşma/karıncalanma							
11. Bacak kasılmaları ve kramplar							
12. Horlama							
13. Sık idrara çıkma							
14. İdrar kaçırmak							
15. Vajinal akıntıda artma							
16. Vajinada mantar enfeksiyonu							

17. Cinsel istekte değişim							
18. Cinsel bölgede ağrı							
19. Ellerde uyuşma							
20. Bacakları arkasında ağrı							
21. Sırt ağrısı							
22. Kalça veya bel ağrısı							
23. Memelerde ağrı							
24. Baş ağrısı							
25. Meme ucunda ağrı							
26. Baş dönmesi							
27. Bayılma							
28. Kalp çarpıntısı							
29. Solunum güçlüğü							
30. Tat/Koku değişimi							
31. Unutkanlık							
32. Depresif/mutsuz hissetme							
33. Korku/endişe hissetme							
34. Gerçekte olmayan şeyleri varmış gibi görme							
35. Dış görünüşte değişme							
36. Ciltte yağlanma ve sivilcelenme							
37. Bacaklarda varisler							
38. Yüzde kahverengi lekeler ve gebelik maskesi							
39. Ciltte kaşıntı							

40. Meme ucunda değişiklik							
41. Çatlaklar							
42. El ve ayaklarda şişme ve dem							

