

2016

YÜKSEK LİSANS

EBELİK

Damla KIZILCA ÇAKALOZ



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
EBE-2016-0004

HİPEREMEZİS GRAVİDARUMUN GEBELİK UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ

Damla KIZILCA ÇAKALOZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayden ÇOBAN

AYDIN-2016

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

HİPEREMEZİS GRAVİDARUMUN
GEBELİK UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ

Damla KIZILCA ÇAKALÖZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayden ÇOBAN

AYDIN-2016

Bu tez Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı tarafından 13036 proje numarası ile desteklenmiştir.

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Damla KIZILCA ÇAKALOZ tarafından hazırlanan “Hiperemesis Gravidarumun Gebelik Uyumu Üzerine Etkisi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18/08/2016

Üye (Tez Danışmanı): Doç. Dr. Ayden ÇOBAN Adnan Menderes Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Ayten TAŞPINAR

Adnan Menderes Üniversitesi

Üye: Yrd. Doç. Dr. Aytül HADIMLI

Ege Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerinden yararlanarak yol aldığım, desteğini ve yardımını esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Ayden ÇOBAN'a,

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli görüş ve önerileri ile tezime yol gösterici olan değerli jüri üyeleri Doç. Dr. Ayten TAŞPINAR ve Yrd. Doç. Dr. Aytül HADIMLI' ya,

Bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman hissettiğim başta Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM olmak üzere tüm bölüm hocalarıma,

Zor günlerimde beni motive ederek güç veren Arş. Gör. Gizem GÜNEŞ, Arş. Gör. Büşra ŞAHİN ve tüm arkadaşlarıma,

Katkıları ve değerli kolaylıkları sağlayan tüm Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi çalışanlarına ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm anne adaylarına,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu zorlu dönemimde de bana inanan, güvenen ve yanımda olan en değerli varlıklarım annem Vicdan KIZILCA ve babam Nail KIZILCA' ya, son bir gayretle tezimi bitirme güç ve azmini kendilerinden aldığım eşim Eser ÇAKALUZ'a ve kızım Kumsal ÇAKALUZ'a

Can'ı gönülden teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
EKLER DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Gebelikte Sindirim Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler.....	3
2.2. Hiperemesis Gravidarum ve Görülme Sıklığı	3
2.3. Hiperemesis Gravidarum Klinik Belirtileri ve Etyolojisi.....	4
2.3.1. Gastrointestinal Sistem Teorisi.....	5
2.3.2. Helicobakter Pylori Enfeksiyonu Teorisi	5
2.3.3. Hormonal Teori	5
2.3.4. İmmünolojik Sistem Teorisi	6
2.3.5. Beslenme Bozukluğu Teorisi.....	7
2.3.6. Koku Duyusu Teorisi.....	7
2.3.7. Psikolojik Nedenler Teorisi	7
2.4. Tedavi	8
2.5. Gebeliğe Uyum Süreci.....	9
2.5.1. Birinci Trimester	9
2.5.2. İkinci Trimester	10
2.5.3.Üçüncü Trimester	11
2.6. Hiperemesis Gravidarumda Ebelik Yaklaşımları ve Ebenin Rolü	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Şekli.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Zamanı	17

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	19
3.6. Veri Toplama Araçları.....	20
3.6.1. Tanıtıcı Soru Formu	20
3.6.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği.....	20
3.7. Ön Uygulama.....	22
3.8. Verilerin Toplanması.....	22
3.8.1. Kontrol Grubunun Verilerinin Toplanması	22
3.8.2. Deney Grubunun Verilerinin Toplanması	23
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.11. Araştırmanın Güçlükleri.....	23
3.12. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
4. BULGULAR	25
5.TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	40
6.1. Sonuçlar	40
6.2. Öneriler.....	41
KAYNAKLAR.....	43
EKLER	49
ÖZGEÇMİŞ.....	61

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

HG	: Hiperemezis Gravidarum
PKDÖ	: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği
Hp	: Helicobakter Pylori
Beta hCG	: Beta Human Chorionic Hormon
IV	: Intravenöz
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SS	: Standart Sapma
SO	: Sıra Ortalaması
SPSS	: Statistical and Power Analysis Size Software
ST	: Sıra Toplamı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmaya Alınan Bireylerin Akış Şeması	19
--	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmanın Zamanı.....	18
Tablo 2. PKDÖ'nin Alt Ölçeklerinin Madde Numaraları ve Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanları.....	21
Tablo 3. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	25
Tablo 4. Gebelerin Eşlerinin Eğitim ve Meslek Özellikleri	27
Tablo 5. Gebelerin Obstetrik Özellikleri	28
Tablo 6. Gebelerin Son Gebeliğine İlişkin Bilgilerin Dağılımı	29
Tablo 7. Vaka Grubunda Hiperemesis Gravidarum Semptomlarının Görülme Durumuna İlişkin Dağılımı.....	31
Tablo 8. Gebelerin PKDÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Tanıtıcı Soru Formu	49
Ek 2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği	52
Ek 3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı	55
Ek 4. Aydın İl Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi.....	56
Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	57
Ek 6. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni	60



ÖZET

HİPEREMEZİS GRAVİDARUMUN GEBELİK UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ

Çakaloz D. K. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2016

Hiperemesis gravidarum gebelikte sık karşılaşılan ve gebenin fiziksel, psiko-sosyal sağlığını etkilemenin yanında, gebeliğe uyum sorunlarına yol açan bir durumdur. Bu çalışmanın amacı, hiperemesis gravidarumun gebelik uyumu üzerine etkisini incelemektir.

Araştırma Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum Poliklinikleri ve Nisaiye Servisinde, Nisan-Ağustos 2016 tarihleri arasında, Analitik vaka-kontrol tipinde yapılmıştır. Araştırma 42 hiperemesis gravidarum tanısı almış ve 106 kontrol grubu olmak üzere toplam 148 gebe ile yürütülmüş ve bu gebeler gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Veri toplama aracı olarak; tanıtıcı soru formu ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, X^2 testi, t-test, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan vaka ve kontrol grubu gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri istatistiksel açıdan karşılaştırılmış ve grupların benzer oldukları bulunmuştur. Vaka ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin son gebeliğine ilişkin bilgileri karşılaştırıldığında; gebeliğin planlanması, doğacak bebeğin cinsiyet tercihi, cinsiyet tercih sebebi, eş desteği, en çok destek alınan kişi, antenatal bakımına ilişkin bilgi alma durumları arasında istatistiksel anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Vaka grubundaki gebelerin gebeliğe bağlı oluşan değişiklikleri kontrol grubundaki gebelere oranla daha kötü algıladıkları saptanmıştır ($X^2=18,477$, $p=0,001$).

Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin PKDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kendi ve bebeği ile ilgili düşünceleri ($p=0,000$), gebeliğin kabulü ($p=0,000$), annelik rolünün kabulü ($p=0,001$), doğuma hazır oluş ($p=0,001$), doğum korkusu ($p=0,008$), kendi annesi ile ilişkisinin durumu ($p=0,001$), eşi ile ilişkisinin durumu ($p=0,012$) ve PKDÖ toplam ölçek puanları ($p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak hiperemesisin gebenin kendi ve gebeliği ile ilgili düşünceleri, gebeliğin kabulü, annelik rolü, doğuma hazır oluşluk, doğum korkusu, kendi annesi ile ilişkisi, eşi ile ilişkisi ve gebelik uyumunu olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca hiperemesisli gebelerin gebeliğe bağlı oluşan değişiklikleri diğer gebelere göre daha kötü algıladıkları söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Hiperemesis Gravidarum, Uyum, Gebelik, Ebelik, Bakım



ABSTRACT

THE EFFECT OF HYPEREMESIS GRAVIDARUM ON PREGNANCY ADAPTATION

Çakaloz D. K. Adnan Menderes University, Institute of Medical Sciences, Department of Midwifery, Postgraduate Thesis, Aydın, 2016

Clinical table accompanied by severe nausea and vomiting, weight loss, malnutrition, fluid-electrolyte imbalance, is called hyperemesis gravidarum. As well as hyperemesis gravidarum affects the pregnant's physical and psycho-social health, it also causes pregnancy adaptation problems. The purpose of this study is to analyse the effect of hyperemesis gravidarum on pregnancy adaptation.

This was analytic/case-control study that was carried out at Maternity Polyclinics and Gynaecology Service in Aydın Maternity and Childeren's Hospital between April-August, 2016. The study samples included 42 hyperemesis gravidarum diagnosis and was carried out with 148 pregnants in total chosen randomly, 106 of which formed the control group. Introductory questionnaire form and Prenatal Self Evaluation Questionnaire were used as the data collection tools. For evaluating the data, descriptive statistics, X^2 test, t-test, Mann Whitney U test were benefitted.

Socio-demographic and obstetric features of the pregnants participated in the research as the case and control group were matched statistically, and group were homogeneously distributed. When the information of the pregnants in case and control groups related to the last pregnancy was compared, it was determined that there is no statistically significant difference among planning pregnancy, sex preference for the baby due, reason for the sex preference, partner support, best person to get support, receiving information related to antenatal care ($p>0,05$). It was determined that the pregnants in the case group perceived the changes occurring based on pregnancy worse (negative) when compared to the pregnants in the control group ($X^2=18,477$, $p=0,001$).

When the total points the pregnants in case and control group got from Prenatal Self Evaluation Questionnaire (PSEQ) and sub-scales were compared, it was seen that there is a statistically significant difference among the thoughts of the pregnant about herself and her

baby ($p=0,000$), acceptance of pregnancy ($p=0,000$), acceptance of motherhood role ($p=0,001$), being ready for labour ($p=0,001$), fear of labour ($p=0,008$), condition of the relationship between the pregnant and her mother ($p=0,001$), condition of the relationship between the pregnant and her partner ($p=0,012$), and Prenatal Self Evaluation total scale points ($p=0,000$).

As a result, it was determined that hyperemesis negatively affects the pregnant's thoughts about herself and her pregnancy, acceptance of pregnancy, motherhood role, being ready for labour, fear of labour, relationship with her mother, relationship with her partner, and pregnancy adaptation. On the other hand, it can be said that when hyperemesis gravidarum is observed, they perceive the changes occurring based on pregnancy worse (negative) when compared to other pregnant.

Key Words: Hyperemesis Gravidarum, Adaptation, Pregnancy, Midwifery, Care

1. GİRİŞ

Gebelikte meydana gelen değişiklikler bazen fiziksel ve psiko-sosyal sağığın bozulmasına ve beklenmedik problemlerin yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu dönemde gebe kadının yaşadığı önemli sorunlardan biri bulantı-kusmadır. Bulantı kusma genellikle ilk trimester gebeliklerinin %75-80 ile sınırlı iken sadece %20'sinde gebelik boyunca devam etmektedir (Karataş, 2010; Yekenkunrul, 2011; Mutlugüneş, 2012; Tola, 2012; Gilbert, 2013; Cashion, 2013).

Hiperemesis gravidarum, ciddi dehidratasyon, elektrolit dengesizliği, gebelik öncesi kilonun %5'inin kaybı ve ketonüri varlığı ile seyreden, bazen hastanede yatarak tedavi gerektirecek kadar şiddetli bulantı kusmayı ifade etmektedir. Tipik olarak semptomlar son menstrual periyottan 5-6 hafta sonra başlar, 8-12 haftada zirveye ulaşır ve daha sonra giderek şiddetini kaybeder. Gebelerin yaklaşık %9'unda ise semptomlar 20. gebelik haftasına kadar devam eder. Gebeliklerin %80'den fazlasında bulantı kusma görülmesine rağmen hiperemesis gravidarum gebeliklerin %0,3–2'sini görülmektedir (Wong ve ark, 2006; Gilbert, 2013; Cashion, 2013).

Hiperemesis gravidarumun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak olayın hormonal, nörolojik, metabolik ve toksik faktörleri içerdiği düşünülmektedir. Hiperemesis gravidaruma neden olduğu kabul edilen etkenler gebelik hormonları (Human Chorionic Gonadotropin [hCG], estradiol (E2), progesterone), hipertitoidizm, gastrointestinal sistem bozuklukları, immun sistem disfonksiyonu, beslenme bozuklukları ve helicobacter pylori enfeksiyonudur. Ayrıca psiko-sosyal faktörlerinde hiperemesis gravidarum semptomlarını şiddetlendirdiği ileri sürülmektedir. Hiperemesis gravidaruma neden olan en önemli psiko-sosyal faktörlerin istenmeyen gebelikler, algılanan stres, sosyal destek eksikliği, evlilik uyumunun az olması, gebeliğin kabulü sorunları olduğu bildirilmektedir (Gazmararian ve ark, 2002; Cevrioğlu ve Koçak, 2004; Kuo ve ark, 2007; Çoban, 2008; Tola, 2012; Kaptan ve Dereli, 2012; Mutlugüneş, 2012; Gilbert, 2013; Cashion, 2013).

Gebelik dönemi kimi kadınlarda annelik davranışlarını öğrenme süreci olarak, kimi kadınlarda ise yeni ve değişik rollere uyumu gerektiren bir kriz dönemi olarak algılanmaktadır. Yaşanan bu kriz dönemi gelişimi sağlayabileceği gibi uyum güçlüğü yaratan bir sorun haline de gelebilmektedir. Gebeliğe uyum süreci bazı faktörlerden etkilenmektedir. Gebenin daha önce anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller, çevresinde bulunan olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebeliğin planlanmış olması, gebelik ve doğum konusunda yeterli ve doğru bilgiye

sahip olması, sağlık, eğitim, sosyo-kültürel ve ekonomik durumu, eş ve çevresinin destek durumu ve benlik kavramı bu faktörlerden bazılarıdır (Mete, 2008; Mutlugüneş, 2012; Yılmaz, 2012; Yılmaz, 2012; Koyun ve Demir, 2013; Taşkın, 2016).

Gebeliğe psikolojik uyum sağlayamayan gebeler gebeliği kabullenememe, gebelikteki rahatsızlıklarla baş edememe, gebelik kontrollerini yaptırmama, öz bakımını yapamama gibi sorunlar yaşayabilmektedir. Özellikle hiperemesis gravidarum gebenin fiziksel aktivitelerini, iş performansını, ailevi ve sosyal ilişkilerini, psikolojik durumunu, beslenmesi ve sağlığını olumsuz yönde etkilenmekte, gebeliğe uyumunu güçleştirmektedir (Koçak, 2007; Mutlugüneş, 2012).

Gebelik dönemi boyunca kadınların yaşadığı gebelik sorunlarını azaltarak gebeliğe uyum sürecinin olumlu etkilenmesinde ebeler başta olmak üzere tüm sağlık ekibine önemli görevler düşmektedir. Özellikle ebeler hiperemesis gravidarumlu gebelere semptomları azaltmaya yönelik girişimlerde bulunurken, gebelik uyumunun arttırılmasına yönelik girişimleri de planlamalıdır. Ayrıca bireyin sosyal destek sistemlerini harekete geçirerek kadının uyumunun artmasını sağlayabilir (Kuo ve ark, 2007; İşbir, 2011; Mutlugüneş, 2012).

Araştırmanın amacı, hiperemesis gravidarumun gebelik uyumu üzerine etkisini incelemektir.

Araştırmanın hipotezleri

H₀: Hiperemesis gravidarumun gebelik uyumu üzerine etkisi yoktur.

H₁: Hiperemesis gravidarumun gebelik uyumu üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Sindirim Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelikte sindirim sisteminde görülen en önemli değişiklik motilite azalmasıdır. Özellikle progesteronun vücuttaki düz kasları gevşetici etkisi ve büyüyen uterusun basısına bağlı mide ve barsakların hareketi azalır. Mide ve ince barsaktaki besinlerin geç boşalması absorpsiyon için uzun süre sağlaması açısından fetüse yarar sağlarken annenin bulantısını arttırıcı etki gösterir. Ayrıca progesteronun gevşetici etkisi nedeniyle mide asitinin ve gıdaların özefagusa kaçışını engelleyen sfinkter mekanizmasında da gevşeme oluşur. Gebelerde buna bağlı olarak mide yanması ve reflü yakınmaları sık görülür. Kalın barsaklarda motilite azalması daha fazla miktarda su ve tuzun geri emilimi arttığından konstipasyon yakınmaları sıklaşır (Kaplan, 2012; Taşkın, 2016,).

Gebelikte mukopolisakkarit sentezinin artması ve bağ dokusundaki değişiklikler de dış etlerinde yumuşama, ödem ve kolay kanamaya neden olur. Gebeliğin erken dönemlerinde yaygın olarak görülen bulantı-kusmaların, gebeliğin ilk üç ayı içinde trofoblastik aktivite sonucu artan hCG salınımının, karbonhidrat metabolizmasındaki değişikliklerin, yorgunluğun ve gastro intestinal sistemde peristaltik hareketlerin yavaşlamasının neden olduğu düşünülmektedir (Yılmaz, 2012; Taşkın, 2016).

2.2. Hiperemesis Gravidarum

Bulantı kusma gebeliğin 4 ile 6. haftaları arasında başlayıp, tüm gebeliklerin %80'ini etkilemektedir. Bu belirtiler genellikle gebeliğin ilk 20 haftası ile sınırlı olsa da, nadiren gebelik boyunca devam eden inatçı vakalarla da karşılaşılabilir (Kaptan ve Dereli, 2012; Cashion, 2013).

Hiperemesis gravidarum (HG) gebelikte aralıksız, şiddetli bulantı kusmanın olduğu patolojik bir durumdur. Kilo kaybı, ketonüri, böbrek fonksiyon bozukluğu ve merkezi sinir sistemi hasarı oluşturabilecek şekilde elektrolit dengesizliği ve dehidratasyona sebep olabilen hastanede yatmayı gerektirecek derecede inatçı kusmaların varlığı ile karakterizedir (Çoban, 2008; Yazıcı, 2010; Cecelia, 2013). Bu durum tüm gebeliklerin %0,3-2,0'sini oluşturur.

Hiperemesis Gravidarum genellikle gebeliğin birinci trimesterinde ortaya çıkar fakat bu gebeliklerin yaklaşık %10'unda şikayetler gebelik boyunca devam eder (Cashion, 2013; Cecelia, 2013).

Hiperemesis gravidarum nullipar, aşırı kilolu, migren öyküsü olan, genç, sigara kullanmayan, dişi fetüs, çoğul gebelik, gestasyonel trofoblastik hastalığı olan ya da Trizomi 21 gibi kromozom anomalili fetüs taşıyan, kırsal alanda yaşayan, ev hanımı olan ve eğitim seviyesi düşük kadınlarda daha sık görülür (Kaptan ve Dereli, 2012; Cashion, 2013).

O'Brien ve ark.(1992; 1997; 2002) yaptıkları tüm çalışmalarda HG'un kadın yaşamı üzerine etkilerine bakılmıştır. Bu üç çalışmanın sonuçları incelendiğinde HG'un kadının günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Bu etkiler, HG'u bulunan kadınlarda aile ve sosyal ilişkileri sürdürmede yetersizlik, temizlik, ev işleri, yemek yapımı ve çocuk bakımı gibi faaliyetleri tamamlamada zorluk olarak tanımlanmıştır.

2.3. Hiperemesis Gravidarum Klinik Belirtileri ve Etiyolojisi

Hiperemesis gravidarumlu gebelerde genellikle belirgin kilo kaybı, ağızdan beslenememe, ağız kokusu, yağ kullanımındaki artışa bağlı ketozis, idrarda aseton ve dehidratasyon görülür. Dehidratasyona bağlı hipotansiyon, mukoz membranlarda kuruluk, ciltte hassasiyet, vücut sıcaklığında ve nabız hızında artış olabilir. Laboratuvar testlerinde elektrolit dengesizlikleri ortaya çıkarabilir. Tedavi ve bakım yetersiz kaldığında hepatit, oligüri ve retinada hemoraji gelişebilir. Bu durum gebe ve fetüs için tehlikeli olabilir. (Kömürcü ve Merih, 2012; Cashion, 2013).

Hiperemesis Gravidarumun etiyolojisi ise bütünüyle aydınlatılamamıştır. Neden olarak çeşitli teoriler ortaya çıksada, bunların hiçbirisi hastalığı tam olarak açıklayamamaktadır. Bu teoriler;

- Gastrointestinal sistem teorisi
- Helicobakter Pylori Enfeksiyonu teorisi
- Hormonal teori
- İmmünolojik sistem teorisi
- Beslenme bozukluğu teorisi
- Koku duyusu teorisi
- Psikolojik nedenler teorisi olarak sıralanabilir.

2.3.1. Gastrointestinal Sistem Teorisi

Bulantı kusma farklı sistemlerdeki sorunlara bağılı olarak görülebilsede, asıl olarak gastrointestinal sistem sorunlarından biridir. Normal mide hareketliliğinin bozulduğu durumlar gebelikte bulantıya neden olmaktadır. Nedeni tam olarak bilinmese de HG varlığında mide disritmisi olduğu saptanmıştır (Sucu, 2009; Özkan; 2010).

2.3.2. Helicobakter Pylori Enfeksiyonu Teorisi

Helicobacter pylori (Hp) son zamanlarda HG etyolojileri arasında en etkili olduğu düşünülen gram negatif, hareketli bir bakteridir ve pek çok mide hastalığının oluşumuna neden olur (Li ve ark, 2015).

Gebelikte artan steroid hormonlarının etkisi ile midedeki sıvı birikiminin artması gastrik pH'ın değişmesine neden olur. Bunun sonucu olarak helicobacter pylori tablosunda artış olduğu belirtilmektedir. Ayrıca midede Hp enfeksiyonu varlığı gebelerde dispeptik şikayetlerin oluşmasına neden olmaktadır (Verberg ve ark, 2005; Küçükkömürcü ve ark, 2006).

Sandven ve ark. (2009) Hp enfeksiyonu olanlarda gebeliğe bağılı bulantı kusmanın daha sık olduğunu belirtmişlerdir. Öztürk (2005) Hp seropozitifliğinin HG ile ilişkisini incelediği çalışmada, HG'li gebeler ile HG'siz gebeler arasında Hp seropozitifliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Suyugöl (2005) HG'li gebelerde Hp seropozitifliğinin kıyaslanması ve HG etyolojisinde Hp'nin önemini incelediği çalışmada ise Hp enfeksiyonu geçiren gebelerde HG gelişme riski yüksek olduğu belirtilmiştir.

2.3.3. Hormonal Teori

Gebeliğin ilk trimesterinde görülen bulantı kusmaya Beta Human Chorionic Hormon (Beta hCG) seviyelerindeki artışın yanında birçok hormonun etkili olduğu düşünülmektedir.

- **Beta hCG**

Gebeliğin birinci trimesterinde korpus luteumdan progesteron salgılanmasını sağlamak için vucutta Beta hCG giderek artan miktarlarda salgılanır. İkinci trimesterden itibaren progesteron salgılanması plasenta tarafından karşılandığından serumda Beta hCG miktarı

azalır. Beta hCG seviyelerindeki bu değişim HG kliniği ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca HG sık gözleendiği bilinen gestasyonel trofoblastik hastalıklar ve çoğul gebeliklerde Beta hCG seviyeleri normalden daha yüksek olduğu bilinmektedir (Jueckstock, 2010).

- **Östrojen ve Progesteron**

Progesteron ve östrojenin düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisi nedeniyle mide motilitesinin azalması ve gastrik disritmiye bağlı olarak bulantı kusmaya neden olabileceği bildirilmiştir. İlk trimesterde korpus luteum hormonal aktivitesinin en yüksek seviyede olduğu düşünülerek, araştırmacılar HG ve progesteron seviyeleri arasındaki ilişkiyi incelemiş, bazı araştırmacılar HG hastalarında anormal serum progesteron düzeyleri olduğunu belirtmişlerdir. Hiperemesis gravidarumda yüksek östrojen düzeyleri, yüksek vücut kitle indeksi, ilk gebelik ve fetusta inmemiş testis gibi durumlar ile birlikte daha yaygındır. Tüm bu bulgular mide bulantısının, östrojen tedavisinin en yaygın yan etkisi olduğu gerçeği ile birleştinde, östrojenin HG ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Walsh ve ark, 1996; Verberg ve ark, 2005).

- **Tiroid Hormonları**

Gebelik sırasında tiroid fonksiyon uyarımı çeşitli mekanizmalarla oluşabilir. Estrojenlerin etkisi altında, tiroid bağlayıcı globulin artar ve T4 metabolizması yavaşlar, serbest T4 düzeyinde geçici bir azalmaya neden olur. Yüksek renal iyot klirensi göreceli iyot eksikliğini telafi etmek için tiroid stimulasyonuna neden olur (Stockigt, 2001). Tiroid stimulan hormon (TSH) ve artmış Beta hCG yapısındaki benzerlik tiroid bezinin aşırı uyarılmasına neden olur, bu nedenle hipertiroidi gebelikte sık görülen hormonal bozukluklardan biridir (Stockigt, 2001; Verberg ve ark, 2005).

Tan ve ark. (2002) HG ile birlikte görülen hipertiroidizmin genellikle ikinci trimester ortalarına doğru gerilediğini, gebelerde HG'a bağlı aşırı kilo kaybı ve bebeklerde düşük doğum ağırlığı dışında gebelerin durumunun iyi olduğunu belirtmişlerdir. Doğanpençe (2005) HG tanısı almış grup ile kontrol grubu arasında tiroid fonksiyonları arasında fark olmadığı ve HG gebelerin doğan bebeklerinin kontrol grubuna göre daha düşük doğum tartısı ile doğduğu belirtilmiştir.

2.3.4. İmmunolojik Sistem Teorisi

Gebelik sırasında vücut sıvıları ile ilgili bağışıklık sisteminde değişiklikler meydana gelir. Bu değişikliklerin en önemli etkisi fetüsü maternal immün sistem tarafından

parçalanmadan korunmaktır. Gebelikteki fizyolojik immün cevap değişikliklerinin gebeliğe bağlı bozukluklara neden olduğu ileri sürülmektedir. Bu hipoteze göre, HG aşırı aktif immün sistemin bir sonucu olarak kabul edilmektedir (Verberg ve ark, 2005). Sekizawa ve ark. (2001) HG'lu ve HG'siz gebeler arasında plazmadaki artan fetal deoksiribo nükleik asit (DNA) konsantrasyonunu karşılaştırmış ve immünolojik etkileşimleri değerlendirilmiştir. HG'lu gebelerin immünolojik faktör düzeylerini daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

2.3.5. Beslenme Bozukluğu Teorisi

Literatürde piridoksin eksikliğinin HG ile ilişkili olduğundan bahsedilir. Fakat son yıllarda yapılan çalışmalarda B6 biyokimyasal göstergeleri ve bulantı kusmalarının sıklığı arasında bir ilişki bulunamamıştır. Artan gebelik talepleri, besin alımının olmaması ve malabsorpsiyon kombinasyonu HG sırasında görülen bu eksikliklerin olası nedenleri arasında yer alabilir (Verberg ve ark, 2005; Ersiyeh ve Sakineh, 2009).

2.3.6. Koku Duyusu Teorisi

Gebeliğin erken dönemlerinde artan östrojen, hiperaktif koku duyusu sistemini tetiklemektedir. Bu nedenle yemek, kahve, parfüm, sigara, deterjan, petrol gibi uçucu maddelerin kokusu gebelerdeki bulantı kusmayı etkileyen başlıca kokulardır (Sucu, 2009).

2.3.7. Psikolojik Nedenler Teorisi

Tarih boyunca gebe bir kadının kusması durumunda çeşitli psikolojik çatışmaların varlığı düşünülür. Bulantı kusmanın özellikle gebelikle alakalı gerginlik, anksiyete sonucu anneliğe hazır olmayış veya gebeliğe karşı bir tepki olarak oluştuğu düşünülmektedir (Verberg ve ark, 2005).

2.4. Tedavi

Gebe bir kadın bulantı kusmaya sahip olduğunda birinci öncelik sorunun ciddiyetini belirlemek için kapsamlı bir değerlendirme yapmaktır. Bu değerlendirme bulantı ve kusma ataklarının sıklığını, şiddetini, süresini, yaşam stilini ve beslenme alışkanlıklarını içermelidir. Tedavi hastalığın şiddetine ve eşlik eden komplikasyonlara göre belirlenir (Lowdermilk, 2013).

Eğer orta şiddetli bulantı ya da hiperemesis şüphesi varsa gebenin hastaneye yatırılması geciktirmeden sağlanmalıdır. Aşırı rahatsızlıkların önlenmesi için mümkünse gebe tek kişilik odaya alınmalı, keton, bilirubin, protein ve glikoz için orta idrar örneği, pyelonefrit için idrar kültürü gönderilmelidir. Prometazin hidroklorür, proklorperazin (Stemetil) metoklopramid (Maxolon, Primperan) gibi antihistaminikler ya da metilprednizolon gibi kortikosteroidlerin gebelikte kullanımı güvenli kabul edilir ve bulantı kusmayı kontrol etmek için kullanılabilir. Böbrek ve karaciğer fonksiyonunu değerlendirmek için kanda aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT), üre ve elektrolitler değerlendirilmelidir. Ayrıca mol hidatiform ve çoğul gebelik gibi olası nedenleri belirlemek için ultrason taraması yararlı olabilir. Gebenin ağırlık, vücut sıcaklığı, kan basıncı, ve nabızı sık sık kontrol edilmesi gerekir. Buna ek olarak fetal sağlığı değerlendirmek açısından fetal kalp hızının dinlenmesi önemlidir. Orta şiddetli kusmalarda diyet yardımcı olabilmektedir, ancak gebe kusmaya devam ederse dehidratasyon belirtileri göstermeye başlayacaktır. Özellikle hiperemesis gravidarumda sıvı elektrolit dengesinin sağlanması için intravenöz tedaviye başlanmalıdır. Kusmalar azalınca kadar oral alım durdurulmalı ve dehidratasyon düzenlenmelidir (Cecelia, 2013; Lowdermilk, 2013). Ayrıca gebenin cilt bütünlüğünün, ağız hijyenin sağlanması, odanın yeterince havalandırılması, temizliğinin sağlanması, odadan kötü kokuların uzaklaştırılması ve gebeye etkili uyum yeteneği kazandırılarak kadının psikolojik yönden gebeliğe hazırlanması önemlidir (Kaplan 2012; Cecelia, 2013).

Hiperemesis gravidarum kadınların çoğunluğunda 2-3 gün içinde rahatlama gözlemlenir ve antiemetikler kullanıldığında kusmanın tekrarlama olasılığı azalır. Kusmalar durdurulduktan sonra yavaş yavaş ağızdan sıvı ve gıda alımına başlanmalıdır. Normal diyet ile beslenip kilo alımı başlayınca gebe taburcu edilebilir (Jueckstock, 2010; Wegrzyniak ve ark, 2012).

Hiperemesis gravidarumda kalıcı yüksek ateş veya hipotermi, kalıcı taşikardi, sarılık, kalıcı proteinüri, polinörite veya ensefalopati gibi önemli organ yetersizliği bulgularının görüldüğü nadir durumlarda ise gebeliğin sonlandırılması kabul edilir (Cecelia, 2013).

2.5. Gebeliğe Uyum Süreci

Gebelik kadının yaşamındaki eşsiz zamanlardan biridir ve kadının vücudundan, görünüşüne, sosyal statüsüne kadar büyük değişimlerin olduğu bir dönemdir. Gebelerde bu dönemde görülen psiko-sosyal değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak derecede fazladır. Gebelik çoğu zaman planlanmış ve beklenen bir olay olmasına karşın bazı kaygılar yaşanmasına neden olabilir. Bebeği taşıyabilme, bebeğin sağlıklı gelişmesi, doğum olgusu ve bebekle baş edebilme kadının kendi yaşamına ilişkin rol değişimine neden olan durumlardır (Akbaş ve ark, 2008; Yeşilçelik ve Aktaş, 2011).

Gebeliğe uyum süreci; her kadının geçmiş yaşam deneyimleri, sağlık, eğitim, sosyo-kültürel ve ekonomik durumu ile eş ve çevresinin destek durumu, ihtiyaçları ve beklentilerine göre değişiklik göstermektedir (Yılmaz, 2012). Sağlıklı bir gebelik ve bebek için, gebenin bu süreçte meydana gelen değişimlere uyum sağlaması oldukça önemlidir. Bu süreci normal olarak değerlendiren kadınların gebelik ve annelik rolünü kabul etmeleri daha kolaydır. Gebeliğin planlanıp planlanmadığı, gebeliğin isteyip istemediği, ailenin ekonomik durumu ve sosyal destek sistemi gibi bazı faktörler bu uyumun sağlanmasını güçleştirir (Taşkın, 2016).

Chou ve ark (2008) kadınların gebeliğe olan psiko-sosyal uyumunun %37,4 oranında gebelikte yaşanan bulantı kusma, stres, sosyal destek ve gebeliğin planlanma durumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

İlk kez anne olan kadınların gebelikten doğuma kadar olan süreci, kadın ve ailesi için birçok zorlukları içinde barındıran önemli bir yaşam dönemidir. Annenin vücudunda meydana gelen fizyolojik değişiklikler ile annenin ve aile üyelerindeki psikolojik değişiklikler eş zamanlıdır. Anne ve aile üyeleri önemli roller ve yaşam biçimi değişiklikleri ile karşı karşıyadır. Gebeliğin her trimesterine özgü psikolojik uyum süreci görülür (Yıldız, 2010; Beji ve Özkan, 2015; Cashion, 2013).

2.5.1. Birinci Trimester

Gebeler özellikle birinci trimesterde bir dizi psikolojik süreç yaşamaktadırlar. Bu dönemde kadının başarması gereken ilk görev gebeliğin kabul edilmesidir. İlk haftalarda kadınlar gebe olup olmadığından emin değildirler. Bu nedenle bu dönemde belirsizlik hakimdir. Kadın vücudunu ve çevresini gebelik belirtileri açısından inceler ve kadın belirtileri

doğrulamak için istekli olabilir ya da bu olasılıktan dolayı endişe duyabilir (Beji ve Özkan, 2015; Taşkın, 2016).

Gebelik tanısı kesinleştğinde gebe olduğunu öğrenen kadın gebeliği planlanmış olsa bile doğru zaman olup olmadığı konusunda kaygıya düşer. İlk ambivalan duyguların nedeni; gebelikle birlikte yaşamda meydana gelecek büyük değişimler, ekonomik güçlükler, hazır olmama duygusu ve yaşanan fiziksel rahatsızlığın derecesi olabilir. Bu nedenle gebeliğin başlangıcında görülen yorgunluk, mide bulantısı ve kusmalar, kadının kendini iyi hissetmemesine ve gebelik hakkında ambivalan duygular yaşamasına neden olur. Bebeğe karşı çok az sevinç duyulduğu bir dönemdir. Fakat bu dönemde gebe kadın kendisinden başka çevresindeki kişilerce de gebe olduğunun bilinmesini ister. İstenen bir gebelik olsa bile gebeliğe ya da bebeğe karşı düşmanlık besleme, bazı günler gebeliği isteme ya da istememe olabilir. Yine gebelik planlanmış olsa da olmasa da, kadın çocuk sahibi olacağının gururunu ve heyecanını hissederken aynı zamanda korku ve anksiyete de hissedebilir. Ancak bebeğin sağlıklı olduğunu bilmek isterler (Yıldız, 2010; Beji ve Özkan, 2015; Taşkın, 2016).

Dışa dönük aktif kadın önceki aktiviteleri ile daha az ilgilenebilir ve dinlenmeye, yalnız kalmaya gereksinimi artabilir. Bu durum aile içinde stres yaratabilir. Geçici olan bu durum eş tarafından yanlış anlanabilir ve bu dönemde yetersiz destek görebilir. Bu dönemde öfke patlaması, sevinç, neşe, gözyaşı gibi duygusal dalgalanmalar sık olarak görülür. Sıklıkla kadın küçük görünen bir soruna bile ağlayabilir ve neden ağladığı sorulduğunda da çoğunlukla neden bulamamaktadır. Karmaşık ve uygunsuz hisler nedeni ile oluşan bu durum eş için şaşırtıcıdır ve iletişim kurmada zorluk yaratır (Yıldız, 2010; Beji ve Özkan, 2015; Taşkın, 2016). Demirci ve Karanisoğlu (2001) yaptıkları çalışmada, ilk kez anne olacak kadınların, birinci trimesterde %39,6'sının duygularının karma karışık olduğunu ifade ettikleri belirtilmektedir.

2.5.2. İkinci Trimester

Birinci trimesterde görülmüş fiziksel semptomlar azalmıştır. İkinci trimesterde anne adayında meydana gelen kilo alımı, uterusun büyümesi, fetal kalp hareketlerinin hissedilmesi gibi fiziksel değişimlerin meydana gelmesiyle gebelik kadın ve ailesi için gerçek bir olay olarak algılanmaya başlamıştır. Bu dönemde kadının başarması gereken ikincil görev ise fetüsün anneden farklı bir varlık olarak algılanıp kabul edilmesidir (Beji ve Özkan, 2015; Taşkın, 2016).

Kadın kendini yavaş yavaş daha güçlü hisseder. Gebe bir kadının görünümünü almaya başlamıştır. Bu dönemde seyirme şeklinde fetal hareketlerin başlaması (Quickening) kadının ilgisini kendi içine yöneltir. Rahatsızlık veren gebelik belirtileri geçtiği, ya da hafiflediği için gebeliğe uyum sağlanabilir. Annelerin çoğu doğmamış çocuklarıyla konuşurlar. Fetüsle emosyonel konuşma erken anne-bebek bağlanmasını başlatır. Bu dönemde kadın kendini beğenir (narsizm), hareketleri yavaştır ve gebeliği göstermeye çalışır. Bu dönemdeki bedendeki hızlı değişimler fetüsün büyüdüğünü göstermektedir bu sebeple kadın ve eşinde gurur yaratır. Ancak bazı kadınlarda bu durum negatif beden imgesi yaratır. Çoğu kadın gebelik boyunca sevgi ve ilgi ihtiyacı duysa da, cinsel aktivitedeki değişim her gebede farklıdır. Cinsel istek artabilir ya da azalabilir. Cinsel istekteki azalmanın bir nedeni de cinsel aktivitenin fetüse zarar verme düşüncesidir (Yıldız, 2010; Beji ve Özkan, 2015; Taşkın, 2016). Demirci ve Karanisoğlu (2001) çalışmalarında; ikinci trimesterde, ilk kez anne olacak kadınların %88'inin gebeliğini kabullendiği, %78'inin rahat ve mutlu olduğunu ifade ettiğini belirtmektedir.

2.5.3. Üçüncü Trimester

Bu dönem, gebe için bitkinlik dönemidir. Gebelik ilerledikçe doğum, bebeğin sağlığı ve annelik rolüne ilişkin ortaya çıkan kaygılar, yaşanan emosyonel yakınmaları daha da arttırmaktadır. Bu süreçte, genel olarak duyarlılığın artması ve buna bağlı olarak annelik rolüne adaptasyonun etkilenmesi söz konusudur (Koçak, 2007). Bu dönemde gebenin başarması gereken annelik rolünü almaya başlamasıdır (Yıldız, 2010; Uçar, 2014; Taşkın, 2016). Demirci ve Karanisoğlu (2001) yaptıkları çalışmada; üçüncü trimesterde, ilk kez anne olacak kadınların %79,2'sinin bebeği ile ilgili hayaller kurduğu, %60,4'ünün doğumda bebeğinin ölmesinden korktuğu, %45,3'ünün doğumda ölmekten korktuğunu ifade ettikleri belirtilmektedir.

Bu dönemde gebede bebeği kaybetme korkusuna bağlı olarak duyarlılık gelişir. Bu nedenle kendisine daha dikkat eder. Son aylarda duygusal ve fiziksel olarak kontrol kaybı yaşayabilirler ve eşine daha bağımlı olmaya başlar. Doğum zamanının bilinmezliği nedeniyle doğum korkusu yaşar. Primipar kadınlar genellikle bilinmeyen korkusu, multiparlar ise geçmiş kötü deneyimlerinden etkilenecek bir şeylerin yanlış gidebileceği korkusu yaşarlar. Bu korkular sağlık profesyonellerinin bilgilendirmesi ile azaltılabilir. Eşin destekleyici rolünün olması da kadının baş etmesini kolaylaştırır (Yıldız, 2010; Uçar, 2014; Taşkın, 2016).

Gebelikten kaynaklanan fiziksel rahatsızlık ve gebeliğin artan sorumluluğu anne adayının psikolojik olarak doğuma hazırlanması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Aksi halde, anne adayında kızgınlık, çaresizlik gibi duygular ortaya çıkabilir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin, anne adayının yaşadığı duyguları bilerek desteklemesi, kadının kendine olan güvenini arttırır (Demirci ve Karanisoğlu, 2001). Anderson ve ark. (2006) kadınlarda gebelik dönemi ve sonrasında iyilik hali ve uyum durumunu inceledikleri çalışmada, üçüncü trimesterdeki gebelerin iyilik hali puanlarının, birinci trimesterdeki gebelere göre daha kötü olduğunu belirtmişlerdir.

2.6. Hiperemesis Gravidarumda Ebelik Yaklaşımları ve Ebenin Rolü

Hiperemesis gravidarumun neden olan faktörler çok yönlüdür. Bu durumun tedavisi diyet ve yaşam tarzına yönelik tavsiyelerden psikosomatik danışmanlığa kadar uzanan yaklaşımları içermelidir. Bu bakımdan incelendiğinde erken ve doğru tanı, altta yatan psiko-sosyal faktörlerin ortaya çıkarılması ve bu doğrultuda uygun girişimlerin planlanması tedavide önem taşımaktadır (Jueckstock, 2010).

Hiperemesis gravidarumda birincil yaklaşım erken ve doğru tanılamaya yöneliktir. Gebeliğin başlangıcından doğum sonrası döneme kadar gebenin yanında yer alan ebeler için ilk değerlendirme ve izlem çok önemlidir. Ebeler gebeye ilk karşılaştığında gebenin bulantı kusmanın şiddeti, bulantı kusmaya sebep olan uyaranlar, yaşam stili ve beslenme alışkanlıklarını değerlendirilip, gebeye özgü danışmanlık sağlamalıdır. Altta yatan nedenlerin, bulantı kusmayı tetikleyen faktörlerin ortaya çıkartılmasında tanılamaya yönelik önemli bir adımdır. Genellikle bulantı kusmayı tetikleyen uyaranlar arabaya binmek, yiyecekleri düşünmek, görmek (Televizyon, yanındakilerin yemesi gibi), ani hareket, pozisyon, koku (deterjan, parfüm gibi.), gürültü (çocuk sesi, radyo, televizyon gibi), eş ile birlikte uyuma (koku ve pozisyonu tolere edememe), ilaç alırken farenksin uyarılması, okumak ve konuşmaktır. Ebeler gebenin kendisine özel olan bu faktörleri belirleyebilir ve bunlardan uzak durması için destekleyebilir ve eşi/aileyi bu yönde bilgilendirebilir (Özkan, 2010; Jueckstock, 2010; Davis, 2004). Timur ve Kızılırmak (2011) 'ın gebelikte görülen bulantı kusmanın nedenleri ve baş etme yöntemlerini inceledikleri çalışmada; 195 gebenin %86,2'si yemek kokularının, %42'si halsizlik ve yorgunluğun, % 30,3'ü her ikisinin ve %11,8'i de diğer kokuların (sigara, insan kokusu vb.) bulantı kusmayı arttırdığını belirtmişlerdir.

Hiperemesis gravidarumda ikincil yaklaşım ise önlemeye yöneliktir. Ebeler semptomların alevlenmesini önlemeye yönelik danışmanlığın yanında ağır vakalarda hospitalizasyon, ilaç (antiemetik, kortikosteroid vb.), total parenteral besin yönetimini ve sıvı replansmanı sağlamalıdır. Hiperemesis gravidarumlu gebenin bakım planını aşırı kusmaya bağlı yetersiz beslenmeden dolayı oluşan sıvı elektrolit denge bozukluğu, aşırı kusma sonucu cilt bütünlüğünün bozulması, gebelik ve anneliğe ilişkin psikolojik bozukluklarla başa çıkmada bireysel yetersizlik gibi temel sorunlar altında incelemelidirler (Jueckstock, 2010). Hiperemesis gravidaruma yönelik beslenme danışmanlığı; az az, sık sık ve bulantının en hafif olduğu zamanlarda beslenmeyi, mümkünse yemeği gebenin hazırlamaması, elma, kızılcık gibi asitsiz meyve suları, kafeinsiz sodalı içecekler tüketmeyi, öğünlerde yüksek proteinli gıdalar tüketmeyi, yağlı gıdalardan uzak durmayı, katı ve sıvı yiyecekleri birlikte almamayı, çiğnemesi kolay ve kokusu az olan gıdalar tüketmeyi içermektedir (Jueckstock, 2010; Davis, 2004). Timur ve Kızıllırmak (2011) 'ın çalışmasında gebelerin bulantı kusmayı hafifletmek için kullandıkları yöntemleri; %59'u açık havaya çıkmak, %45,1'i uyumak, %43,6'sı istirahat etmek, %38,7'si az ve sık yemek yemek ve %14,4'ü antiemetik kullanmak olarak bildirmişlerdir. İşbir ve Mete (2009)'nin çalışmasında ise en çok başvuru alan uygulamanın sırasıyla ekmek, kraker gibi kuru gıdalar tüketmek, tuzlu gıdalar tüketmek, ilaç kullanmak, dinlenmek, limon yemek ve sıvı alımını artırmak olduğu saptanmıştır.

Ebeler hiperemesis gravidarumda verilen danışmanlıkta alternatif olarak non farmakolojik uygulamaları önerip, gebelerin rahatlamasını sağlayarak birlikte kullandıkları ilaçların doz ve kullanım sıklığını azaltabilirler (Özkan, 2010; Jueckstock, 2010; Davis, 2004). Non farmakolojik yöntemlerden dikkati başka yöne çekme vücutta özel iyileşme yanıtını destekleyen bir tekniktir. Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda zencefilin şiddetli bulantı kusması olan gebelerde rahatsızlığı azaltıcı etkisi olduğu belirlenmiştir. Vutyavanich ve ark. (2001)'nin çalışmasında; 66 hiperemesis gravidarumlu gebede zencefilin plaseboya karşı etkisi incelenmiş ve zencefilin bulantı kusmayı azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır. Şiddetli bulantı kusması olan 187 gebe ile yapılan bir başka prospektif çalışmada ise zencefilin bulantı kusmayı iyileştirmede hafif bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Portnoi ve ark, 2003). Ersiyeh ve Sakineh (2009)'in 17 hafta ve öncesindeki 70 gebede bulantı-kusma tedavisinde zencefil ve B6 vitamin kullanımını karşılaştırdıkları randomize kontrollü çalışmada, zencefilin bulantı şiddetini hafifletmek için vitamin B6'dan daha etkili olduğu ve erken gebelik döneminde kusma ataklarının sayısının azaltılması için eşit derecede etkili olduğunu belirlemişlerdir.

Son zamanlarda kullanılan ve bulantı kusmayı azaltan bir başka teknikte akupunktur ve Perikardium (P6) noktasına yapılan basıdır. Hiperemesis gravidarumun tedavisinde

akupunktur kullanımı son yıllarda dikkati çekmiş ve antiemetik ilaçlara alternatif oluşturabileceği düşünülmüştür. Fakat günümüzde liyezon psikiyatrinin sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmaması, ebelerin bu konuda bilgi ve girişim kapsamlarını arttırmalarını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle ebeler uygulayıcı, eğitici ve danışmanlık rollerini bir arada kullanmaya dikkat etmeleri gerekmektedir (Özkan, 2010; Wegrzyniak ve ark, 2012). Özkan (2010)'ın hiperemesis gravidarumlu gebelerin bulantı-kusma yakınmalarında tıbbi tedavinin yanı sıra P6 akupunktur noktasına uygulanan akupresürün etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında gebelerin P6 akupunktur noktasına bilek bandı ile akupres uygulamasının sabah saatlerindeki yoğun bulantıda etkili olmadığı, fakat öğle, akşam ve gece bulantıları üzerinde azaltıcı etkisinin olduğunu belirtmiştir. Mecdi ve Rathfisch (2013)'in gebelikte oluşan rahatsızlıklarda kanıta dayalı uygulamaların incelenmesi ve kanıta dayalı öneriler sunmak amacıyla yaptıkları derlemede; gebelikte oluşan rahatsızlıklardan bulantı kusmanın tedavisi için kanıta dayalı kaliteli veriler olarak; psikolojik destek, acupuncture-acupressure-acustimulation, B6 vitamini kullanımı olarak belirlemişlerdir. Psikolojik destek ve acupuncture-acupressure-acustimulation öneri düzeyi A (İyi) olup en etkili girişimlerden biri olarak bulunmuştur. B6 vitamini kullanımının öneri düzeyi B (İyi) olduğu ve erken gebelikte görülen bulantı-kusma ataklarını azalttığı belirtilmiştir. Zencefil kullanımının öneri düzeyi C (Orta) olarak verilmiş, bulantı-kusmayı azalttığı, maternal fetal toksik etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Beslenme şekli ve diyet düzenlenmesi öneri düzeyi ise I (Zayıf) olarak verilmiş, bu konuda yeterli deneysel çalışma olmadığı belirtilmiştir.

Hiperemesis gravidaruma bağlı gelişen bulantı-kusmanın kontrolünde bu uygulamaların dışında sosyal destek grupları, düzenli egzersiz, vitamin ilaçları, aromaterapi, yoga gibi uygulamalar da yer almaktadır (Wegrzyniak ve ark, 2012). Khresheh'in (2009) gebelik sırasında yaşanan bulantı kusmayı yönetmek için 195 Ürdün'lü kadın tarafından kullanılan stratejileri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında; kullanılan stretejiler üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar doktor tarafından reçetelenen farmokolojik tedavi, non-farmokolojik ilaçlar ve bitkilerdir. Non farmokolojik olarak kullanılan stratejiler diyet (portakal/greyfurt/limon gibi turunçgiller, kuru ekmek/kek gibi ya da peynir zeytin gibi tuzlu besinler tüketmek), yaşam standartlarında değişiklik (düzenli yemekten kaçınma, az ve sık beslenme, temiz hava alma, kötü kokulardan uzaklaşma, yarı oturur pozisyonda dinlenme, uzun periodlarda uyuma , iş yaparken yavaş hareket etme) ve bitkiler (papatya/nane/biberiye çayları tüketmek) olarak kendi içinde gruplandırılmıştır. Roy Adaptasyon Modeli'ne dayalı danışmanlığın gebelikte bulantı kusmaya etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ise danışmanlığın hafif ve orta şiddetteki bulantı kusmada etkili olduğu, fakat şiddetli bulantı

kusması olan gebelerde etkili olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca eğitim verilen grubun bulantı kusma süresinin kontrol grubuna göre kısa olduğu, protein ağırlıklı beslenmenin daha fazla olduğu, baş etme oranlarının daha yüksek olduğu, önerilen yaşam ve beslenme stili değişikliklerini fazla uyguladıkları belirtilmiştir (İsbir, 2011). Wills ve Forster (2007)'in bulantı kusma sorunu yaşayan gebeler ile yürüttükleri çalışmada ebelerin en sık verdiği tavsiye (%91) az az ve sık sık yemek yemeleri olarak belirtilmiştir. Diğer tavsiyeler ise sırasıyla; (%53) yağlı ve baharatlı besinlerden uzak durma, (%51) günün erken saatlerinde kuru kraker ya da tost gibi besinler ve (%49) bol sıvı tüketmektir. Çoğu ebe (%85) bulantı kusma tavsiyelerine ek olarak vitamin desteği ve bitkisel tedavi vermesine rağmen, birçoğu doz aşımının oluşabilecek potansiyel zararları veya yan etkilerinden habersiz olduklarını belirtmiştir.

Hiperemesis gravidarumda son yaklaşım ise uyuma yöneliktir. Hiperemesis gravidarumu etkileyen en önemli uyaranlardan biriside gebeliğe uyumdur. Ebeler gebelerin bulantı ve kusma ataklarının sıklığını, şiddetini, süresini, yaşam stilini ve beslenme alışkanlıklarını değerlendirirken mutlaka gebelik kabullerini de sorgulamalıdır. Bulantı kusmayı azaltıcı girişimlere ek olarak gebelik kabulünün arttırılmasına yönelik girişimleri de planlamalıdır. Çünkü gebelik planlanmış olsa da kadınların yaklaşık %80'inin gebelik fikrini ilk olarak reddettikleri, gebelik kabulünün hemen ve tam olarak gerçekleşmediği bilinmektedir (Mutlugüneş, 2012; Nakamura, 2010; Kuo, 2007).

Nakamura (2010)'nın gebeliğin kabulünü sağlamak için hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirdiği nitel çalışmada, ilk gebeliği olan 13 gebe değerlendirmeye alınmıştır. Birinci trimesterde iki, ikinci ve üçüncü trimesterde bir kez olmak üzere yapılan dört görüşmede verilen bakım yedi kategori altında toplanmıştır. Bunlar; gebelik günlüğü kullanılarak deneyimlerini kaydetmesi için cesaretlendirme, negatif duyguları kabul etmek ve tanımlamak, gebeliğin negatif bakış açısını azaltmak ve ifade etmesini sağlamak, pozitif duyguları kuvvetlendirmek ve ifade etmek, pozitif durumların varlığını ortaya çıkarmak, kendini iyi hissettiren deneyimlerin farkına varmak ve değişik bakış açısı geliştirerek konforunu sürdürmek olarak gruplandırılmıştır. Aynı araştırmanın sonucunda, gebelere verilen bakım müdahaleleri kadınların memnuniyetlerini artırmış ve gebelik konusunda olumlu bir tutum göstermelerinde etkili olmuştur.

Gebeliğin kabulü anne hayatının, bebeğe karşı pozitif düşünceleri ve öz bakım davranışlarını gibi çeşitli yönlerini etkilemektedir. Bu nedenle bu süreçte gebeye verilen destek gebeliğe uyumu sağlamak için oldukça önemlidir. Kuo ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada, şiddetli bulantı kusma yaşayan kadınların orta veya az şiddette bulantı yaşayan

kadınlara göre gebeliği daha az kabul ettikleri saptanmıştır. Tortumluoğlu ve ark. (2003) çalışmalarında, isteyerek gebe kalan kadınların öz-bakım gücü puan ortalamalarının gebeliği istemeyenlere göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada öz-bakım gücü yüksek olan kadınların, psikolojik olarak gebeliğe daha iyi hazırlandıkları, gebelik süresince kendilerine daha fazla özen gösterdikleri ve gebeliğe daha kolay uyum sağladıkları tespit edilmiştir.

Hiperemesis olan tüm gebeler düzenli olarak güven, cesaret ve duygusal desteğe ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle ebeler gebenin bireysel ihtiyaçlarına uygun olarak sosyal destek sistemlerini harekete geçirip, kadının gebeliğe uyumunun artmasını sağlayabilir. Böylece hiperemesis gravidarumlu gebenin hem bulantı kusmasının azalması sağlanmış hem de psikolojik uyumuna katkıda bulunmuş olacaktır (Kuo, 2007; Khadijah ve Louise, 2007). Kadının semptomlarla baş etme sürecine destek olunması için eşlerin ve/veya aile üyelerinin de tavsiyelerine ihtiyaçları vardır. Ebeler gebeyi tek başına yerine getiremediği sorumlulukları için eş, aile ve arkadaşlardan yardım isteme konusunda güçlendirebilir ya da destek grupları oluşturabilir (Chou, 2008; İşbir, 2011). Özdemir ve ark. (2010) hiperemesis gravidarum tanısı alan gebelerde sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla 119 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin sosyal destek düzeylerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. Chou ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada, 6-16 gebelik haftasında 243 Tayvanlı kadında bulantı kusmanın, algılanan stres, sosyal destek ve maternal psiko-sosyal uyumu arasındaki ilişkiyi incelemiş, gebeliğe bağlı şiddetli bulantı kusma yaşayan ve planlı olmayan gebeliklerde zayıf maternal psiko-sosyal uyum olduğunu ve gebeliğe bağlı ciddi bulantı kusma yaşayan gebelerde algılanan stres düzeyini yüksek olarak belirtmişlerdir.

Hiperemesis gravidarumun gebenin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını etkilemenin yanında, gebelik uyumu üzerine olumsuz etkileri olabilmektedir. Bu bağlamda hiperemesis gravidarumlu gebelerde gebelik uyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi ebelik yaklaşımı bakımından önem taşımaktadır. Fiziksel değişikliklerin yanı sıra psikolojik değişikliklerin yer aldığı hiperemesis gravidarumlu gebelere yönelik koruyucu, semptom yönetimi ve uyumunu içeren ebelik yaklaşımlarının, gebeliğe uyumun geliştirilmesinde olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sonuçlarının konu ile ilgili ulusal ve uluslararası bilimsel bilgi birikimine katkı sağlaması beklenmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma analitik vaka-kontrol çalışması niteliğindedir (Nahcivan, 2014).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Aydın İl Merkezindeki T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum poliklinikleri ve Nisaiye Servisinde yürütülmüştür. Bu hastanede kadın hastalıkları ve doğum hizmetleri, acil servis, doğumhane, çocuk klinikleri, poliklinikler, doğum öncesi hazırlık sınıfı ve egzersiz salonu, yetişkin ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi hizmet vermektedir. Hastanenin giriş katında tüm branş hekimlerinin bulunduğu 45 adet poliklinik odası yer almaktadır. Hastaneye yatışı yapılan hastaların ilgili kliniklerde tedavi ve bakımları gerçekleştirilmektedir. Kadın hastalıkları, riskli gebelikler ve küçük müdahale hizmetlerinin verildiği jinekoloji ve nisaiye servisi 3. katta, 36 yataklı olup iki tane müdahale odası ve bir müşahade odası bulunmaktadır. Hastanenin doğum salonu, obstetri, jinekoloji ve kadın doğum acil birimlerinde 12 kadın doğum uzmanı, 147 ebe ve 84 hemşire çalışmaktadır. Hastanenin kadın doğum bölümlerine bir yılda yaklaşık 10.000 kadın başvurmakta ve yaklaşık 5.000 doğum gerçekleşmektedir. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum alanında tek alan hastanesi olması ve birçok farklı il ve ilçelerden kadınların hastaneye başvurması nedenleriyle araştırmanın bu hastanede yapılması uygun görülmüştür. Bu durum araştırmanın örneklemine alınan bireylerin çeşitliliği bakımından önemlidir.

3.3. Araştırmanın zamanı

Araştırma Haziran 2015 ve Ağustos 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın planlanması, tez raporunun hazırlanmasına ve sunumuna kadar olan araştırma süreci Tablo 1'de görülmektedir.

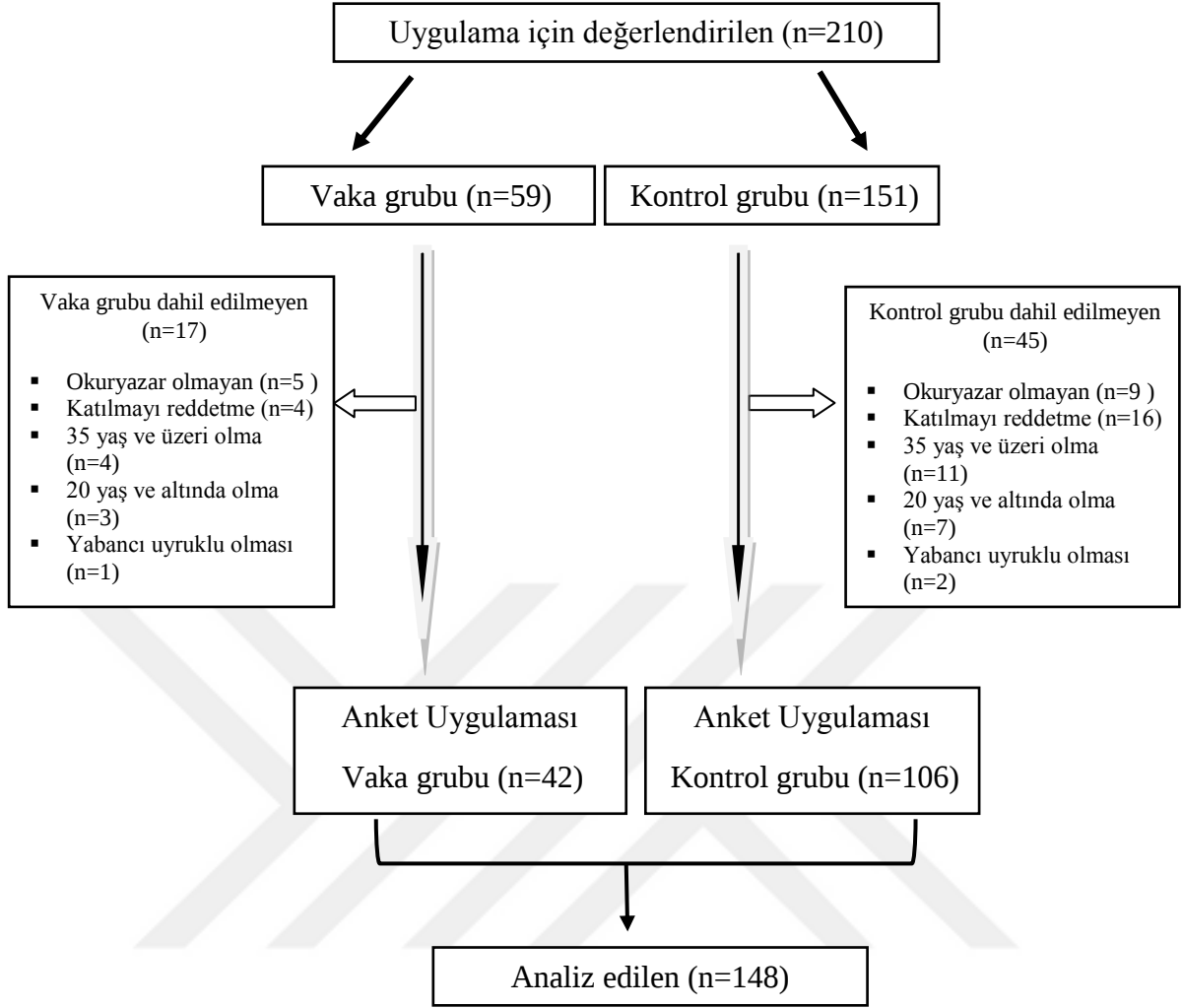
Tablo 1. Araştırmanın Zamanı

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	Haziran 2015
Tez önerisinin hazırlanması	Eylül 2015
Anket formunun oluşturulması	Ekim 2015
Aydın Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nden resmi izin alınması	Mart 2016
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından ön onayın alınması	Nisan 2016
Anket formunun ön uygulamasının yapılması	Nisan 2016
Araştırma verilerinin toplanması	Nisan -Temmuz 2016
Verilerin analizi, araştırma raporunun hazırlanması	Ağustos 2016

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aydın ilinde bulunan Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde bakım ve tedavi için başvuran gebelerden 6-20 gestasyonel haftasında, 20-35 yaş aralığında olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemi belirlemede; daha önce aynı konuda yapılmış bir çalışma olmaması nedeniyle orta bir etki değeri olan 0.50 alınmıştır (Cohen,1988). Ayrıca literatürde t testi kullanılacak iki grup karşılaştırmalarında etki büyüklüğü ≥ 0.50 olması önerilmektedir (Akgül, 2005; Süt, 2011). Bu nedenle araştırmada etki büyüklüğü 0.50 (orta etki) alınmıştır. Örneklem alınması gereken en az gebe sayısı, araştırmanın temel verilerinin t testi ile analiz edileceğinden, G Power ile effect size: .50, α err prob: 0,05, power: .80 alınarak hesaplanmış ve 48 vaka ile 96 kontrol grubu olmak üzere toplam 144 olarak hesaplanmıştır. Araştırma olası vaka kayıpları da dikkate alınarak örneklem sayısı %10 arttırılıp geliş güzel örneklem yöntemi (convenience sampling) ile belirlenen 53 vaka ile 106 kontrol grubu olmak üzere toplam 159 gebe ile gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Ancak araştırmaya vaka grubunda 17, kontrol grubunda 45 olmak üzere 62 gebe Şekil 1'de verilen nedenlerden dolayı araştırma dışında kalmış ve araştırma 42 vaka, 106 kontrol grubu olmak üzere toplam 148 gebe ile tamamlanmıştır. Vaka ve kontrol grubu gebeler gebelik haftası ve yaş grupları bakımından istatistiksel açıdan eşleştirilmiş, grupların homojen dağılımı sağlanmıştır.



Şekil 1. Araştırmaya alınan bireylerin akış şeması

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmanın vaka ve kontrol grubunu oluşturacak gebelerin özellikleri aşağıda verilmiştir. Gebelerin çalışmaya alınma kriterleri şunlardır;

Vaka grubunda;

- Hipertansiyon Gravidarum tanısı ile hastaneye yatırılıp yapılan,
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
- Veri toplamada kendini bildirim ölçeği bulunduğu en az ilköğretim mezunu gebeler,

Araştırmanın kontrol grubunu ise;

- Gebe polikliniğine başvuran,

- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
- Veri toplamada kendini bildirim ölçeği bulunduğundan en az ilkokul mezunu gebeler,

Araştırmadan her iki grup için dışlanma kriterleri ise;

- Tanı konulmuş ruhsal hastalığı olma durumu olarak belirlenmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri tanıtıcı soru formu (Ek-1), Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) (Ek-2) ile toplanmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Soru Formu (EK-1):

Tanıtıcı Soru Formu araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır. Hazırlanan bu form, kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 12 (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, sağlık güvencesi, evlilik yılı, eş eğitim durumu, eş mesleği, alışkanlıkları, ekonomik durumu), obstetrik özelliklerine ilişkin 7 (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, küretaj sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, ölü doğum sayısı) ve son gebeliğine ilişkin 8 (gebeliğin planlanma durumu, gebelikte yaşanan sağlık sorunu algısı, gebelikte alınan sosyal destek, gebelik, doğum bilgi durumu) olmak üzere 27 sorudan oluşmaktadır.

Tanıtıcı Soru Formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur.

3.6.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) (EK-2)

Prenatal kendini değerlendirme ölçeği; doğum öncesi dönemdeki kadınların gebeliğe ve anneliğe uyumlarını değerlendirmek amacıyla 1979 yılında Lederman tarafından geliştirilen bir ölçme aracıdır. Ölçeğin annelerin gebeliğe uyumlarını değerlendiren 7 alt ölçeği ve 79 maddesi bulunmaktadır. Her bir alt ölçek 10 ile 15 madde içermektedir. Alt ölçekler; gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, eşi ile ilişkisinin durumu, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili

düşünceleri olarak gruplandırılmıştır (Mutlugüneş, 2012; Beydağ ve Mete, 2008).

Ölçeğin Türkçe 'ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Beydağ ve Mete (2008) tarafından yapılmıştır. Beydağ ve Mete'nin bu çalışmasında ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.81, alt grupların iç tutarlık 0.72 ile 0.85 arasında bulunmuştur (Beydağ ve Mete, 2008). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0,90, alt grupların iç tutarlılık 0,33 ile 0,88 arasında bulunmuştur.

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'ndeki maddelerden 47'si ters yönlü maddedir. Ölçekteki ters yönlü maddelerin numaraları şu şekildedir; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79 . Ölçekteki her madde dörtlü Likert tipi değerlendirmeyele sağlamaktadır ve 1-4 (4:çok fazla tanımlıyor, 3:kısmen tanımlıyor, 2:biraz tanımlıyor,1:hiç tanımlamıyor) arasında değişen puanların sonuçlarına dayanılarak hesaplanmaktadır. Ters maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçeğin tamamı için en az 79, en fazla 316 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinin madde numaraları ve alınabilecek en düşük ve en yüksek puanları Tablo 2'de gösterilmiştir (Beydağ ve Mete, 2008).

Tablo 2. PKDÖ'nin Alt Ölçeklerinin Madde Numaraları ve Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanları

PKDÖ ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Soru Numaraları	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değerler
1. Kendi ve bebeği ile ilgili düşünceleri	10	12,16,17,30,41,51 57,63,68,71	10-40
2. Gebeliğin kabulü	14	1,3,9,22,32,58,61,62, 66,69,74,76,77,79	14-56
3. Annelik rolünün kabulü	15	2,6,19,29,33,34,42,45, 46,50,54,67,73,75,78	15-60
4. Doğuma hazır oluş	10	7,13,24,25,26,38, 47,48,56,72	10-40
5. Doğum korkusu	10	8,11,15,18,27,39, 49,52,53,64	10-40
6. Kendi annesi ile ilişkisinin Durumu	10	14,20,21,28,31,37, 44,55,59,65	10-40
7. Eşi ile ilişkisinin durumu	10	4,5,10,23,35,36, 40,43,60,70	10-40
Toplam Ölçek	79		79-316

3.7. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı soru formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek amacıyla 6 öğretim üyesinden görüş ve önerileri alınmış, değişiklikler yapıldıktan sonra 10 hiperemesis gravidarumlu gebe ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan gebeler araştırma sorularında değişiklik yapılmadığı göz önüne alınarak araştırma örneklemine dahil edilmiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapılabilmesi için önce etik kurul izni ve araştırmanın yapıldığı hastaneden kurum izni alınmıştır. Araştırmanın verileri Nisan 2016–Ağustos 2016 tarihleri arasında Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde, araştırmaya dahil edilme kriterleri göz önünde bulundurularak gebeler ile tanışılmış araştırma konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin yazılı onamı alındıktan sonra araştırmanın tanıtıcı soru formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, PKDÖ ise anneler tarafından doldurulmuştur.

3.8.1. Kontrol Grubunun Verilerinin Toplanması

Kontrol grubundaki gebeler araştırma başlama tarihinden itibaren kadın doğum polikliniğine gidilerek, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan gebelerden geliş güzel örnekleme yöntemi (convenience sampling) ile belirlenmiştir.

Öncelikle gebelerle tanışılmış ve araştırma hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebelerden yazılı onamları alınmıştır. Yazılı onam alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak tanıtıcı soru formu doldurulmuştur. Daha sonra PKDÖ hakkında bilgi verilerek gebelerden ölçeği kendilerinin doldurması istenmiştir. Görüşme süresi yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.8.2. Vaka Grubunun Verilerinin Toplanması

Vaka grubundaki gebeler araştırma başlama tarihinden itibaren üçüncü kat jinekoloji/nisaiye servisine hiperemesis gravidarum tanısı ile yatışı yapılan gebelerden alınmıştır.

Öncelikle gebe dosyalarından araştırma kriterleri belirlenmiş, tahlil sonuçları incelenmiştir. Daha sonra serviste gebeler ile görüşülmüş, araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılıp katılmayacakları sorulmuştur. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebelerden yazılı onamları alınmıştır. Yazılı onam alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak tanıtıcı soru formu doldurulmuştur. Daha sonra PKDÖ hakkında bilgi verilerek gebelerden ölçeği kendilerinin doldurması istenmiştir. Görüşme süresi yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences Version 18,0 (SPSS Inc., IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Araştırma verileri tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) ve Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. İstatistiksel olarak önemliliği $p < 0.05$ değeri için anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada kullanılan veriler gebelerin öz bildirimlerine göre doldurulmuştur ve sadece araştırmaya katılan gebeleri temsil etmektedir. Araştırma sadece bir hastanede yapılmış olmasından dolayı diğer merkezlere genellenemez.

3.11. Araştırmanın Güçlükleri

Gebelerin poliklinik önünde formu doldurmak için uygun ortam koşullarının sağlanamaması, formlar doldurulurken gebe yakınlarının müdahale etmesi, HG tanılı

gebelerin rahatsızlıklarına ve tedavilerine bağı form doldurma süresinin uzaması, araştırma veri toplama formlarında yer alan soruları fazla bulmaları ve vakit ayırmak istememeleri araştırmada yaşanan güçlüklerdendir.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 20 Nisan 2016 tarihinde onay verilmiştir (Ek 3). Araştırmanın Aydın ili Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği ve Nisaiye Servisinde uygulanabilmesi için Aydın İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden 29 Mart 2016 tarihinde yazılı izin alınmıştır (Ek 4). Araştırma kapsamına alınan gebelere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 5). Bu bilgiler ışığında gebelerin araştırmaya katılıp katılmamaları konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiştir. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi adına Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ'dan elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 6). Son olarak araştırma protokolüne ilişkin Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Eylül 2016 tarihinde son onay alınmıştır (Ek 7).

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan gebelerden elde edilen veriler doğrultusunda sosyo-demografik, obstetrik, son gebelik özelliklerine ve gebelik uyumuna ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 3. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-demografik Özellikler	Vaka (n=42)	Kontrol (n=106)	Z/X ²	p
Yaş				
Ortanca (%25-%75)	27,5 (24-31)	25 (22-29)	-1,636	0,102*
Min-Max	(20-35)	(20-35)		
Evlilik Süresi (ay)				
Ortanca (%25-%75)	66 (12-120)	48 (12-96)	-1,046	0,296*
Min-Max	2-216	2-240		
	n (%)	n (%)		
Eğitim Durumu				
İlkokul mezunu	17 (40,5)	36 (34,0)	1,574	0,665
Ortaokul mezunu	16 (38,1)	41 (38,7)		
Lise mezunu	5 (11,9)	21 (19,8)		
Üniversite ve Üzeri mezunu	4 (9,5)	8 (7,5)		
Mesleği				
Ev Hanımı	35 (83,3)	93 (87,7)	2,924	0,486
Memur	2 (4,8)	3 (2,8)		
İşçi	4 (9,5)	10 (9,5)		
Diğer	1 (2,4)	-		
Sosyal Güvence				
Var	32 (76,2)	94 (88,7)	2,786	0,095
Yok	10 (23,8)	12 (11,3)		
Algılanan Gelir Durumu				
Gelir giderden düşük	7 (16,7)	7 (6,6)	5,530	0,070
Gelir gidere denk	33 (78,5)	84 (79,2)		
Gelir giderden fazla	2 (4,8)	15 (14,2)		
İkametgah Yeri				
İl Merkezi	21 (50,0)	59 (55,7)	2,013	0,570
İlçe Merkezi	13 (31,0)	22 (20,8)		
Kasaba	3 (7,1)	7 (6,5)		
Köy	5 (11,9)	18 (17,0)		
Aile Tipi				
Geniş Aile	13 (31,0)	31 (29,2)	0,042	0,996
Çekirdek Aile	29 (69,0)	75 (70,8)		
Sigara Kullanımı				
Evet	13 (12,3)	4 (9,5)	1,212	0,596
Hayır	83 (78,3)	36 (85,7)		
Bıraktım	10 (9,4)	2 (4,8)		

* Mann Whitney U Testi

Tablo 3'te her iki grupta yer alan gebelerin bazı demografik özellikleri verilmiştir. Araştırma kapsamında incelenen vaka grubundaki gebelerin yaş ortalaması 27,5 yıl ve evlilik

süresi ortalaması 66 ay iken kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalaması 25 yıl ve evlilik süresi ortalaması 48 aydır. Yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre vaka ve kontrol grubundaki gebelerin yaş ve evlilik süresi arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Vaka grubundaki gebelerin %40,5'nin eğitim durumu ilkokul iken kontrol grubundaki gebelerin %38,7'si ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Vaka grubundaki gebelerin %83,3'ünün ev hanımı ve %76,2'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki gebelerin ise %87,7'sinin ev hanımı ve %88,7'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan vaka grubundaki gebelerin %50,0'ının il merkezinde, %31,0'ının geniş ailede yaşadığı, %78,6'sının gelir durumunu gidere denk olarak algıladığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebeler incelendiğinde ise %55,7'sinin il merkezinde, %29,2'sinin geniş ailede yaşadığı, %79,2'sinin gelir durumunu gidere denk olarak algıladığı belirlenmiştir. Ayrıca sigara kullanımı olduğunu belirtenlerin oranı vaka grubundaki gebelerde %9,5, kontrol grubundaki gebelerde ise %12,3'tür.

Vaka ve kontrol gruplarında yer alan gebeler; eğitim durumu ($p=0,665$), meslek ($p=0,486$), sosyal güvence ($p=0,095$), ikamet yeri ($p=0,570$), aile yapısı ($p=0,996$), algılanan gelir durumları ($p=0,070$) ve sigara kullanımı ($p=0,596$) bakımından istatistiksel olarak karşılaştırıldıklarında her iki grubun benzer özelliklerde olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelerin Eşlerinin Eğitim ve Meslek Özellikleri

Özellikler	Vaka (n=42) n (%)	Kontrol (n=106) n (%)	X ²	P
Eşin Eğitim Durumu				
Okuryazar	2 (4,8)	1 (0,9)		
İlkokul mezunu	15 (35,7)	32 (30,2)		
Ortaokul mezunu	9 (21,4)	38 (35,8)	6,000	0,196
Lise mezunu	13 (31,0)	23 (21,7)		
Üniversite ve üzeri mezunu	3 (7,1)	12 (11,4)		
Eşin Mesleği				
Memur	1 (2,4)	10 (9,4)		
İşçi	16 (38,1)	26 (24,5)	11,647	0,008
Serbest Meslek	21 (50,0)	69 (65,2)		
İşsiz	4 (9,5)	1 (0,9)		

Tablo 4’te gebelerin eşlerinin eğitimi ve meslek özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Vaka grubundaki gebelerin eşlerinin daha çok (%35,7) ilkokul mezunu oldukları ve %90,5’inin gelir getiren bir işte çalıştıkları belirlenmiştir. Kontrol grubunda gebelerin eşlerinin ise daha çok (%35,8) ortaokul mezunu ve %99,1’inin gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır.

Vaka ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin eşlerinin eğitim ve meslek özellikleri karşılaştırıldığında; eğitim (p=0,196) bakımından grupların benzer, meslek (p=0,008) özelliği bakımından farklı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Gebelerin Obstetrik Özellikleri

Obstetrik Özellikler	Vaka (n=42)		Kontrol (n=106)		Z	p
	Ortanca (%25-%75)	Min-Max	Ortanca (%25-%75)	Min-Max		
Gebelik Haftası	11 (7-14)	6-19	9 (8-12)	6-19	-1,210	0,226
Gebelik Sayısı	2 (1-3)	1-8	2 (1-3)	1-6	-0,267	0,789
Canlı Doğum Sayısı	1 (1-4)	1-4	1 (1-2)	1-3	-0,393	0,694
Yaşayan Çocuk Sayısı	1 (1-2)	1-4	1 (1-2)	1-3	-0,393	0,694
Kürtaj Sayısı	1 (1-1)	1-2	1 (1-1)	1-2	-0,098	0,922
Düşük Sayısı	1 (1-2,25)	1-4	1 (1-1,25)	1-2	-1,050	0,294
Ölü Doğum Sayısı	1 (1-1)	1-1	1 (1-1)	1-1	0,000	1,000

Tablo 5’de gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin veriler görülmektedir. Vaka grubundaki gebelerin gebelik haftası ortalaması 11 (min-max: 6-19) iken, kontrol grubundaki gebelerin gebelik haftası ortalaması 9 (min-max: 6-19)’dur. Gebelik sayısı ortalaması vaka grubundaki gebelerde 2 (min-max: 1-8), kontrol grubundaki gebelerde 2 (min-max: 1-6)’dir. Canlı doğum sayısı ortalaması vaka grubundaki gebelerde 1 (min-max: 1-4), kontrol grubundaki gebelerde 1 (min-max:1-3) olarak belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısı ortalaması vaka grubundaki gebelerde 1 (min-max: 1-2), kontrol grubundaki gebelerde 1 (min-max:1-3)’dir. Gebelerin kürtaj sayısı ortalaması vaka grubunda ve kontrol grubunda benzer olarak 1 (min-max:1-2)’dir. Düşük sayısı ortalaması; vaka grubundaki gebelerde 1 (min-max:1-4), kontrol grubundaki gebelerde 1 (min-max:1-1) 'dir. Ölü doğum sayıları da her iki grupta 1 (min-max:1-1)'dir.

Vaka ve kontrol gruplarında yer alan gebeler; gebelik haftası (p=0.226), gebelik sayısı (p=0.789) ve canlı doğum (0.694), yaşayan çocuk (p=0.694), kürtaj (p=0,922), düşük (p=0,294) ve ölü doğum (p=1,000) sayıları bakımından karşılaştırıldıklarında, yapılan istatistiksel analiz sonucunda her iki grup arasında elde edilen fark anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6. Gebelerin Son Gebeliğine İlişkin Bilgilerin Dağılımı

Son gebeliğe ilişkin bilgiler	Vaka (n ₁ =42) n (%)	Kontrol (n ₂ =106) n (%)	X ²	p
Gebeliğin Planlanması				
Evet	26 (61,9)	70 (66,0)	0,081	0,777
Hayır	16 (38,1)	36 (34,0)		
Bedendeki Gebeliğe Bağlı Oluşan Değişikliklerin Algısı				
Çok Kötü	15 (35,7)	17 (16,0)	18,477	0,001
Kötü	12 (28,6)	11 (10,5)		
Normal	14 (33,3)	60 (56,6)		
İyi	1 (2,4)	10 (9,4)		
Çok iyi	-	8 (7,5)		
Doğacak Bebeğin Cinsiyet Tercihi				
Kız	17 (40,5)	24 (22,6)	4,884	0,087
Erkek	6 (14,3)	17 (16,1)		
Fark etmez	19 (45,2)	65 (61,3)		
Doğacak Bebeğin Cinsiyet Tercih Sebebi (n₁=23, n₂=41)				
Ben istiyorum	6 (26,1)	16 (39,0)	3,266	0,195
Eşim istiyor	6 (26,1)	4 (9,8)		
İkimizde istiyoruz	11(47,8)	21 (51,2)		
Eş Desteği (Duygusal, Ev işleri vb.)				
Evet	37 (88,1)	84 (79,2)	1,042	0,307
Hayır	5 (11,9)	22 (20,8)		
Gebelik Döneminde En Çok Destek Alınan Kişi*				
Eş	31 (73,8)	76 (71,7)	0,003	0,956
Aile Büyükleri	19 (45,2)	43 (40,6)	0,112	0,738
Arkadaş	1 (2,4)	4 (3,8)	0,000	1,000
Sağlı Personeli	1 (2,4)	-	0,232	0,284
Hiç kimse	1 (2,4)	4 (3,8)	0,000	1,000
Gebelik, Doğum, Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Alma				
Evet	17 (40,5)	46 (43,4)	0,019	0,889
Hayır	25 (59,5)	60 (56,6)		
Gebelik, Doğum, Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Alınan Kaynak*				
TV/Radyo	4 (9,5)	1 (0,9)	4,411	0,023
Kitap / Dergi / Gazete	6 (14,3)	18 (17,0)	0,024	0,878
DÖE Sınıfları	1 (2,4)	2 (1,9)	0,000	1,000
Aile Büyükleri	9 (21,4)	26 (24,5)	0,034	0,853
Ebe-Hemşire	3 (7,1)	2 (1,9)	1,190	0,139
Doktor	1 (2,4)	1 (0,9)	0,466	0,488

***Bu sorular için birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Tablo 6'da gebelerin son gebeliğine ilişkin bilgilerin dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan vaka grubundaki gebelerin %61,9'u ve kontrol grubundaki gebelerin %66,0'ı gebeliklerini planladıklarını belirtmişlerdir.

Gebelerin bedenlerinde oluşan değişiklik algılarına bakıldığında, vaka grubundaki gebelerin %35,7'si çok kötü algılarken, kontrol grubundaki gebelerin %56,6'sı bu değişiklikleri normal olarak algıladıklarını belirtmişlerdir.

Vaka grubundaki gebelerin %45,2'si, kontrol grubu gebelerin %61,3'ü gebeliklerinde cinsiyet tercihlerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Bebeğin cinsiyetine ilişkin tercih belirten

gebelerden hem vaka (%47,8) ve hem de kontrol (%51,2) grubundaki gebelerin eşleri ile ortak cinsiyette bebek tercih ettikleri belirlenmiştir.

Vaka grubundaki gebelerin %88,1'i ve kontrol grubunun %79,2'si gebelik döneminde eş desteği (duygusal, ev işlerinde) aldıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca gebelik döneminde destek alınan kişiler incelendiğinde vaka grubundaki gebelerin %73,8'i ve kontrol grubundaki gebelerin %71,7'sinin en çok eş desteği aldıkları belirlenmiştir.

Vaka grubundaki gebelerin %40,5'i, kontrol grubunun %43,4'ü daha önceden gebelik, doğum, bebek bakımına ilişkin bilgi aldıklarını bildirmişlerdir. Bilgi alan vaka (% 21,4) ve kontrol (%24,5) grubundaki gebelerin büyük çoğunluğu aile büyüklerinden bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Vaka ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin son gebeliğine ilişkin bilgileri karşılaştırıldığında; gebeliğin planlanması, doğacak bebeğin cinsiyet tercihi, cinsiyet tercih sebebi, eş desteği, en çok destek alınan kişi, antenatal bakımına ilişkin bilgi alma durumları arasında istatistiksel anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin bedendeki gebeliğe bağlı oluşan değişiklik algısı arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=18,477$, $p=0.001$).

Tablo 7. Vaka Grubunda Hiperemesis Gravidarum Semptomlarının Görülme Durumuna İlişkin Dağılımı

HG Semptom Kontrol Listesi	Var	Yok
	n (%)	n (%)
Bulantı	41 (97,6)	1 (2,4)
Kusma	40 (95,2)	2 (4,8)
Ağızdan Beslenememe	8 (19,0)	34 (81,0)
Intravenöz (IV) Beslenme	42 (100,0)	-
Ketonüri	21 (50,0)	21 (50,0)
Dehidratasyon	40 (95,2)	2 (4,8)
Kilo kaybı (%5)	23 (52,5)	19 (47,5)

Tablo 7'de vaka grubunda HG semptomlarının görülme durumuna ilişkin dağılım verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan vaka grubundaki gebelerin %97,6'sının bulantısının olduğu, %95,2'sinin kusma şikâyetinin olduğu, %19,0'nda ağızdan beslenmenin olmadığı, tamamının (%100,0) IV beslendiği, %50,0'nda ketonüri varlığının olduğu, %95,2'sinde dehidratasyon bulgularının (ağız ve cilt kuruluğu, baş dönmesi, baş ağrısı vb.) görüldüğü ve %52,5' inde gebelik öncesi kilosunu %5 oranında kaybettiği sonucuna varılmıştır.

Tablo 8. Gebelerin PKDÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve Alt Ölçekler	Vaka (n=42)				Kontrol (n=106)				Z/t	p
	Min-Max	Ortanca (%25-%75)	SO	ST	Min-Max	Ortanca (%25-%75)	SO	ST		
Kendi ve bebeği ile ilgili düşünceleri	10-39	27 (23-31)	96,62	4058,00	10-35	19 (13-25,5)	65,74	6968,00	-3,956	0,000
Gebeliğin kabulü	17-55	31 (24-37)	110,07	4623,00	14-54	20 (18-23,25)	60,41	6403,00	-6,367	0,000
Annelik rolünün kabulü	17-41	26 (21-30)	93,68	3934,50	15-42	21 (18-26)	66,90	7091,50	-3,433	0,001
Doğuma hazır oluş	14-29	22 (18-24)	92,35	3878,50	10-27	19 (16-22)	67,43	7147,50	-3,200	0,001
Doğum korkusu	13-31	22,71±4,92 †	-	-	10-33	20,13±5,40†	-	-	-2,685	0,008*
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	10-40	13.5 (11,75-17,25)	92,26	3875,00	10-34	11 (10-14,25)	67,46	7151,00	-3,240	0,001
Eşi ile ilişkisinin durumu	10-32	15.5 (12,75-17,25)	88,42	3713,50	10-31	13 (10-18)	68,99	7312,50	-2,511	0,012
PKDÖ Toplam Ölçek Puanı	111-226	157 (147,5-171,5)	106,24	4462,00	91-220	127 (110-148)	61,92	6564,00	-5,670	0,000

* Bağımsız iki grup (independent samples) t testi, † Aritmetik ortalama ± Standart Sapma

SO: Sıra Ortalaması (Mean Rank) ST: Sıra Toplamı (Sum of Rank)

Tablo 8’de gebelerin PKDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Araştırmaya katılan gebelerin PKDÖ’nin “kendi ve bebeği ile ilgili düşünceleri” alt ölçek ortalaması vaka grubundaki gebeler için 27 (min-max: 10-39), kontrol grubu için 19 (min-max: 10-35) olarak bulunmuştur. Vaka grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre daha olumsuz düşüncelere sahip oldukları saptanmıştır ($Z=-3,956$, $p=0,000$).

“Gebeliğin kabulü” alt ölçek puan ortalaması vaka grubundaki gebeler için 31 (min-max: 17-55) iken, kontrol grubundaki gebeler için 20 (min-max:14-54) olarak saptanmıştır. İki grup istatistiksel olarak karşılaştırıldığında HG’li gebelerin gebelik kabulünün kontrol grubuna göre gebeliği daha az kabul ettiği belirlenmiştir ($Z=-6,367$, $p=0,000$).

“Annelik rolünün kabulü” alt ölçek puan ortalaması vaka grubundaki gebeler için 26 (min-max: 17-41) iken, kontrol grubundaki gebeler için 21 (min-max: 15-42) olarak bulunmuştur. Vaka ve kontrol grubu gebelerin “Annelik Rolü” alt ölçek puanları arasında yapılan istatistiksel analize göre; vaka grubundaki gebelerin annelik rolü kabulünün kontrol grubundaki gebelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($Z=-3,433$, $p=0,001$).

Vaka grubundaki gebelerin “doğuma hazır oluş” alt ölçek puan ortalaması 22 (min-max: 14-29), kontrol grubundaki gebelerin ise 19 (min-max: 10-27) olarak bulunmuştur. “Doğuma hazır oluş” alt ölçek puanları arasında yapılan istatistiksel analize göre, vaka grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre doğuma daha az hazır oldukları sonucuna ulaşılmıştır ($Z=-3,200$, $p=0,001$).

Vaka grubundaki gebelerin “doğum korkusu” alt ölçek puan ortalaması 22.71 ± 4.92 , kontrol grubundaki gebelerin ise 20.13 ± 5.40 olarak saptanmıştır. Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin “Doğum korkusu” alt ölçeğinden aldığı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında vaka grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre doğum korkusunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=-2,685$, $p=0,008$).

“Kendi annesi ile ilişkisinin durumu” alt ölçek puan ortalaması vaka grubundaki gebeler için 13,5 (min-max: 10-40) iken, kontrol grubundaki gebeler için 11 (min-max: 10-34) olarak bulunmuştur. Her iki grubun “Kendi annesi ile ilişkisinin durumu” alt ölçek puanları değerlendirildiğinde vaka grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere oranla anne ilişkisinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir ($Z=-3,240$, $p=0,001$).

Vaka grubundaki gebelerin “eşi ile ilişkisinin durumu” alt ölçek puan ortalaması 15,5 (min-max: 10-32), kontrol grubundaki gebelerin ise 13 (min-max: 10-31) olarak bulunmuştur. Grupların “eşi ile ilişkisinin durumu” alt ölçek puanları değerlendirildiğinde vaka grubundaki

gebelerin kontrol grubundaki gebelere oranla eş ile ilişkisinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir ($Z=-2,511$, $p=0,012$).

Gebelerin PKDÖ toplam puan ortalaması vaka grubundaki gebeler için 157 (min-max: 111-226) iken, kontrol grubu için 127 (min-max: 91-220) olarak saptanmıştır. Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamaları sonucunda vaka grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre gebelik uyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir ($Z=-5,670$, $p=0,000$).



5. TARTIŞMA

Bu araştırma hiperemesis gravidarumun gebelik uyumuna etkisini belirlemek amacıyla Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum poliklinikleri ve Nisaiye Servisinde, 42 vaka ve 106 kontrol grubu olmak üzere toplam 148 gebe ile yürütülmüştür. Bu bölümde araştırmadan elde edilen başlıca bulgular mevcut literatüre göre tartışılmıştır.

Bu çalışmaya katılan gebelerin demografik özelliklerine bakıldığında üreme çağında (ort:26,42±4,72) olduğu, evlilik yıllarının başında, düşük eğitim düzeyinde oldukları görülmektedir. Bu sonuç HG'la ilişkili faktörleri ve tedavileri belirlemek için yapılan çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir (Özkan, 2010; Özdemir ve ark, 2010; Yanikkerem ve ark, 2012). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 araştırmasında da Türkiye'de üreme çağındaki kadınların çoğunluğunun (%50,0) 30 yaş altı ve (%53,0) ilköğretim mezunu olduğu bildirilmiştir (Türkyılmaz ve ark, 2014). Bu sonuçlar ülkemizde üreme çağındaki kadınların çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Bu çalışma ile vaka ve kontrol grubundaki gebelerin çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı, il merkezinde yaşadığı, gelir durumu orta düzeyde, çekirdek aile yapısına ve sosyal güvenceye sahip oldukları belirlenmiştir. Prenatal dönemde gebelik uyumu ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar rapor edilmiştir (Mutlugüneş 2012; Demirtaş ve Kadioğlu, 2014). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013'de de kadınlarının %65'nin çalışmadığı, %81'nin kentsel alanda yaşadığı ve %89'unun sağlık güvencesinin olduğu bildirilmektedir. Gebelerin çoğunluğunun sosyal güvencesinin olması ve il merkezinde yaşaması gebelik süresince izlem ve bakım almaları açısından önem taşımaktadır.

Vaka grubundaki gebelerin %9.5'i, kontrol grubundaki gebelerin ise %12.3'ü sigara kullanmaktadır. Bu sonuç gebelikte sigara kullanımının değerlendirildiği çalışmaların sonuçları ile benzer bulunmuştur (Semiz ve ark, 2006; Marakoğlu ve Erdem, 2007; Koçak, 2007; Yanikkerem ve ark, 2012).

Çalışmada vaka ve kontrol grubundaki gebeler sosyo-demografik özellikleri bakımından karşılaştırıldığında benzer olduğu görülmektedir. Bu benzerlik grupların karşılaştırılabilirliği açısından önemlidir.

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin daha çok ilköğretim mezunu ve gelir getiren bir işte çalıştıkları saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 araştırmasında

erkeklerin çoğunluğu (%49) en az ortaokulu tamamlamıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hane halkı İşgücü Araştırması 2016 Mayıs dönemi sonuçlarına göre, erkeklerin %76,2'sinin çalıştığı belirtilmektedir (WEB_1, 2016). Koçak (2007) ve Mutlugüneş (2012)'in çalışmalarında da gebe eşlerinin çoğunluğunun çalıştığı bildirilmektedir. Bu durum toplumumuzda genel olarak maddi sorumluluğu erkeğin üstlenmesiyle açıklanabilir.

Bu çalışmaya katılan gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde ilk trimesterde oldukları, ortalama ikinci gebelik ve yaşayan tek çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmada vaka ve kontrol grubundaki gebeler obstetrik özellikleri bakımından karşılaştırıldığında benzer olduğu görülmektedir. Bu benzerlik grupların karşılaştırılabilirliği açısından önemlidir.

Araştırmaya katılan gebelerin son gebeliğine ilişkin bilgileri incelendiğinde, her iki grupta da gebeliğin planlayarak gerçekleştiği, ev işlerinde ve duygusal düzeyde eş desteği aldıkları ve bebeklerine ilişkin cinsiyet tercihlerinin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca bebeğin cinsiyetine ilişkin tercih belirten gebelerin, eşleri ile ortak cinsiyette bebek tercih ettikleri belirlenmiştir. Koçak (2007) ve Uçar (2014)'ın çalışmalarında bizim çalışmamızla benzer sonuçlar bildirilmiştir. Yılmaz ve Tel (2007) gebelerde algılanan sosyal destek ve depresyon düzeylerini incelediği çalışmasında, gebeliğin planlanma durumunu algılanan sosyal destek olumlu yönde etkilemiştir. Çalışmalarda bu durum kadınların evlilik yıllarının başında, ortalama ikinci gebelik sayısında ve alınan eş desteğinin iyi olması ile ilişkili olabilir.

Sosyal destek eksikliği gebeliği olumsuz yönlü etkilemekte ve psiko-sosyal sorunlara neden olmaktadır (McKee ve ark, 2001; Swallow ve ark, 2004; Jesse ve ark, 2005). Desteklenen ilişkinin insan yaşamını iyileştirici, fiziksel ve ruhsal birçok hastalığın gidişini ve süresini azaltıcı ve baş etme çabalarını güçlendirici rol oynadığı kabul edilmektedir. Sosyal çevreden önemli görülen bireylerden alınan destek gebelerin gebelik deneyiminde olumlu etkiye sahiptir (Taşkın, 2016). Bu çalışmaya katılan vaka ve kontrol grubundaki gebelerin büyük bir kısmının en büyük desteği eşlerinden, ikinci sırada ise aile büyüklerinden aldıkları belirlenmiştir. Özdemir ve ark. (2010) hiperemesis gravidarumlu gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi ile ilgili yaptıkları çalışmada, HG'lu gebelerin sosyal destek düzeyinin iyi olduğu belirlenmiştir. Chou ve ark. (2008) çalışmasında bulantı kusması olan gebelerin sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duydukları, alınan desteğin en çok eşlerden, sonra kendi annelerinden olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalar ile bizim çalışmamızın bulguları benzer olduğu görülmektedir.

Çalışmada her iki grupta çoğunluğun daha önceden gebelik, doğum, bebek bakımına ilişkin bilgi almadıkları, bilgi alanların büyük çoğunluğu da bu bilgiyi aile büyüklerinden

aldıklarını ifade etmişlerdir. Bilgi alınan kaynakların genel olarak aile büyükleri olması toplumunun ataerkil aile yapısından kaynaklandığı ve sağlık çalışanlarının eğitime gereken önemi göstermemesi olarak açıklanabilir.

Araştırmaya katılan gebelerin bedenlerinde oluşan değişiklik algılarına bakıldığında vaka grubundaki gebelerin çoğunluğu bu değişiklikleri çok kötü algıladıkları, kontrol grubunda ise normal olarak algıladıkları belirlenmiştir. Demirci ve Karanisoğlu (2001) ile Koçak (2007)'ın yapmış oldukları çalışmalarda, kadınların gebeliğe bağlı fiziksel değişimleri normal olarak algıladıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızda vaka grubundaki hiperemesisli gebelerin bedenlerinde oluşan değişiklikleri çok kötü algıladıkları fiziksel yakınmalarının şiddetinden, fiziksel ve psiko-sosyal sağlık durumlarının etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hiperemesis gravidarum gebelikte şiddetli bulantı kusma, gebelik öncesi kilonun %5'inin kaybı, ketonüri varlığı ile seyreden, böbrek fonksiyon bozukluğu ve merkezi sinir sistemi hasarı oluşturabilecek şekilde elektrolit dengesizliği ve dehidratasyona sebep olabilen patolojik bir durumdur (Gilbert, 2013; Cecelia, 2013). Çalışmada vaka grubundaki gebelerin hiperemesis gravidarum semptomlarının görülmesi bakımından incelenmiş, tümünün IV beslendiği, tamamına yakınının bulantı, kusma, dehidratasyon bulguları (ağız ve cilt kuruluğu, baş dönmesi, baş ağrısı vb.) görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca gebelerin yarısında ketonüri ve gebelik öncesine göre %5 oranında kilo kaybı olduğu belirlenmiştir. Bu durum çalışmamızdaki hiperemesisli gebelerin klinikte yatarak tedavi gören gebeler olması ile ilişkilidir.

Bu çalışma ile vaka ve kontrol grubundaki gebelerin PKDÖ ve alt ölçekleri kullanılarak gebelik uyumu değerlendirilmiştir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (Beydağ 2007).

Çalışmada “Kendi ve bebeği ile ilgili düşünceleri” alt ölçek puanları karşılaştırıldığında vaka grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre düşüncelerinin daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Bu durum vaka grubundaki gebelerin şiddetli bulantı kusma nedeniyle fiziksel ve emosyonel sağlığının etkilenmesi ve gebelerin hastanede yatak istirahatinde olmalarından dolayı yaşadıkları endişe ve korku ile açıklanabilir.

Araştırmada “Gebeliğin kabulü” alt ölçek puanları karşılaştırıldığında vaka grubunda gebeliğin kabulünün kontrol grubundaki gebelere göre daha az olduğu belirlenmiştir. Mutlugüneş (2012)'in çalışmasında bulantı kusma arttıkça gebelik kabulünün azaldığı, Kuo ve ark. (2007)'nin çalışmasında ise şiddetli bulantı kusma yaşayan kadınların orta veya az şiddette bulantı yaşayan kadınlara göre gebeliği daha az kabul ettikleri belirlenmiştir. Araştırma bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

“Annelik rolünün kabulü” alt ölçek puanları karşılaştırıldığında vaka grubundaki gebelerin annelik rolü kabulünün (ort:21) kontrol grubundaki (ort:26) gebelere göre daha az olduğu belirlenmiştir. Mutlugüneş (2012)’in çalışmasında gebelerin annelik rolü puan ortalamaları 21.6 olarak bulunmuş ve bulantı kusma arttıkça annelik rolünün etkilenmediğini bildirmiştir. Bu çalışmanın bulguları ile bizim çalışma bulgularımızın farklılık göstermesi hiperemesisli gebelerin yaşadıkları semptomların şiddetinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda “Doğuma hazır oluş” ve “Doğum korkusu” alt ölçek puanlarına göre, vaka grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre doğuma daha az hazır, doğum korkularının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu bulgularının riski olmayan gebelerle yapılmış Stark (1997)’ın çalışma bulguları ile benzerlik göstermesi, çalışmamızda hiperemesisli gebelerin kendi ve bebekleri ile ilgili endişelerinin olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmaya katılan her iki gruptaki gebelerin “Kendi annesi ile ilişkisinin durumu” alt ölçek puanları değerlendirildiğinde, vaka grubunun kontrol grubundaki gebelere oranla anne ilişkisinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Bu durum hiperemesisli gebelerin kendi annelerinden daha fazla beklentilerinin olmasından kaynaklanabilir.

Vaka grubundaki gebelerin “eşi ile ilişkisinin durumu” alt ölçek puanları karşılaştırıldığında vaka grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere oranla eş ile ilişkisinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Yekenkunrul (2011)’un çalışmasında da eş ilişkisinin olumlu olması gebelerde bulantı kusmayı azalttığı ve aralarında negatif ilişkinin olduğu bildirilmektedir. Bu bulgular çalışmamızla benzerdir.

Çalışmamızda PKDÖ toplam puan ortalaması vaka grubundaki gebeler için 157 (min-max: 111-226) iken, kontrol grubu için 127 (min-max: 91-220) olarak saptanmıştır. PKDÖ kullanılarak yapılan gebelik uyumunun incelendiği çalışmalarında Chou ve ark (2005, 2008), Demirbaş ve Kadioğlu (2014) tarafından bildirilen ölçek ortalamaları (sırasıyla 144,0; 147,8; 149,7) çalışmamızın kontrol grubu bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda gebelik uyumu arasındaki farklılıklar çalışmaların farklı toplumlarda yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan vaka ve kontrol grubundaki gebelerin PKDÖ puanları kullanılarak gebelik uyumu değerlendirildiğinde, vaka grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre gebelik uyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı gebelikler ile yapılan çalışma bulguları araştırmanın kontrol grubu bulguları ile benzerlik göstermektedir (Stark, 1997; Chou ve ark, 2005; Chou ve ark, 2008; Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Kamalak (2015) yüksek riskli gebelerde yaptığı gebelik uyumu çalışmasında, yüksek riskli gebelerin diğer gebelere benzer antepartum semptomlar yaşadığı ve yüksek riskli gebeliğin gebelik uyumunu

etkilemediğini bildirmiştir. Bu farklılık belirtilen çalışmada gebelerin benzer semptomlar yaşaması bizim çalışmamızda ise vaka grubunun yoğun semptom yaşaması nedeniyle hastanede tedavi gören gebeler olması ile açıklanabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hiperemesis gravidarumun gebelik uyumuna etkisini belirlemek amacıyla Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum poliklinikleri ve Nisaiye Servisinde, 42 vaka ve 106 kontrol grubu olmak üzere toplam 148 gebe ile yapılan bu araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar:

Araştırmaya katılan vaka ve kontrol grubu gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinden yaş, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence, yaşanılan yer, aile tipi, sigara kullanımı, gelir durumu, evlilik süresi, gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, düşük ve küretaj sayıları karşılaştırılmış ve grupların benzer olduğu belirlenmiştir.

Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin eğitim ve meslek özelliklerine ilişkin bilgiler karşılaştırılmış, eğitim durumlarının benzer özellikte olduğu belirlenmiştir. Meslek özellikleri incelendiğinde kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin vaka grubuna göre serbest meslekle uğraşanların daha fazla olduğu bulunmuş ve yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı farklılık saptanmıştır.

Vaka ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin son gebeliğine ilişkin bilgileri karşılaştırıldığında; gebeliğin planlanması, doğacak bebeğin cinsiyet tercihi, cinsiyet tercih sebebi, eş desteği, en çok destek alınan kişi, antenatal bakımına ilişkin bilgi alma durumları arasında istatistiksel anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir. Vaka grubundaki gebelerin gebeliğe bağlı oluşan değişiklikleri kontrol grubundaki gebelere oranla daha kötü algıladıkları saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Vaka grubundaki gebelerin hiperemesis gravidarum semptomlarının görülmesi bakımından incelendiğinde, tümünün IV beslendiği ve tamamına yakınında da bulantı, kusma, dehidratasyon bulguları (ağız ve cilt kuruluğu, baş dönmesi, baş ağrısı vb.) saptanmıştır. Ayrıca gebelerin yarısında ketonüri ve gebelik öncesine göre %5 kilo kaybı olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin PKDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamaları incelenmiştir. “Kendi ve bebeği ile ilgili düşünceleri” alt ölçek puanları karşılaştırıldığında yapılan istatistiksel analiz sonucunda vaka grubundaki gebelerin

düşüncelerinin daha olumsuz olduğu saptanmıştır. “Gebeliğin kabulü” alt ölçek puanları karşılaştırıldığında Hiperemesis Gravidarum grubunda gebelik kabulünün daha az olduğu saptanmıştır. “Annelik rolünün kabulü” alt ölçek puanları karşılaştırıldığında yapılan istatistiksel analize göre; vaka grubundaki gebelerin annelik rolü kabulünün kontrol grubundaki gebelere göre daha az olduğu belirlenmiştir. “Doğuma hazır oluş” alt ölçek puanları arasında yapılan istatistiksel analize göre, vaka grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre doğuma daha az hazır oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin “Doğum korkusu” alt ölçeğinden aldığı toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında vaka grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre doğum korkusunun daha fazla olduğu belirlenmiştir. “Kendi annesi ile ilişkisinin durumu” ve “Eşi ile ilişkisinin durumu” alt ölçeklerinden alınan puanlar değerlendirildiğinde, yapılan istatistiksel analize göre vaka grubunun anne ve eş ilişkisinin daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

Gebelerin PKDÖ toplam puan ortalaması vaka grubundaki gebeler için 157 (min-max: 111-226) iken, kontrol grubu için 127 (min-max: 91-220) olarak saptanmıştır. Vaka ve kontrol grubundaki gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, vaka grubundaki gebelerin gebelik uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen verilere dayalı olarak;

- Gebelerin ilk izlemlerinden itibaren ebelerin verdiği danışmanlığın kapsamında bulantı kusmanın varlığı, şiddeti, bulantı kusmaya sebep olan uyaranlar sorgulanmalı ve gebelik uyumu üzerine etkisinin değerlendirilmesi,
- Sağlık çalışanlarının hizmet sunumu sırasında kadınların kendi ve gebeliği ile ilgili düşüncelerini, gebeliğin kabulünü, annelik rolünü, doğuma hazır olma durumunu, doğum korkusunu, kendi annesi ve eşi ile ilişkisini, hiperemesis gravidarum ve semptomlarını göz önünde bulundurmaları,
- Hiperemesis gravidarumda gebeliğe bağlı oluşan değişiklikleri diğer gebelere göre kötü algıladıkları dikkate alınarak ebelerin doğum öncesi verdikleri danışmanlıkta gebelik uyumunu arttırıcı ve HG semptomlarını azaltıcı girişimlerin planlanması ve uygulanması,

- Gebelerin çoğunluğunun PKDÖ ölçeğindeki 79 maddenin çok uzun olduğunu ifade ettikleri dikkate alınarak ölçeğin kısa formun geliştirilerek araştırmacılara yarar sağlaması,
- Örgün ebelik eğitimlerinde ve hizmet içi eğitim programlarında kadınların HG yaşamalarının gebelik uyumu üzerine etkilerinin önemini, bu kadınların gebelik uyumunun nasıl arttırabilecekleri konularına yer verilmesi,
- Hiperemesis gravidarumun gebelik üzerine etkisi ile ilgili daha büyük ve farklı gebe gruplarıyla ve güçlü düzeyde kanıt oluşturabilecek gözlemsel ve kalitatif çalışmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- Akbaş E, Vırt O, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H.** Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008, 45, 9-13.
- Akgül A.** Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri ‘SPSS Uygulamaları’. Emek Ofset Matbaacılık, Ankara, 2005, s 46-47.
- Anderson L, Sunström-Poromaci I, Wullf M, Ström M. Bixo M.** Depression and anxiety during pregnancy and six month postpartum: A fallow of study. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica* 2006, 85(8),937-944.
- Beji NK, Özkan SA.** Gebelikte görülen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler In: Beji NK (eds.), Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitapevleri, 2015, s 238-241.
- Beydağ DK, Mete S.** Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 1(1),16-24.
- Beydağ DK.** Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007, 6(6), 479-484.
- Cashion K.** Pregnancy at Risk: Gestational Conditions. In: Lowdermilk LD, Perry SE, Cashion K (eds), Maternity Nursing. 8th ed. Elseiver, 2013, s 641-643.
- Cecelia MB.** Nausea and vomiting, In: Macdonald S, Magill-Cuerden J (eds), Mayes Midwifery. 14th ed. Elsevier, 2013, s 747-751.
- Cevrioğlu S, Kocak İ.** Hiperemesis gravidarum: tanı ve tedavide güncel yaklaşımlar. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi* 2004, 8, 203-210.
- Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ.** Relationships between nausea and vomiting, perceived stress,social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2008, 45, 1185-1191.
- Chou FH, Kuo SH, Wang RH.** A longitudinal study of nausea and vomiting, fatigue and perceived stress in, and social support for, pregnant women through the three trimesters. *Kaohsiung Journal Medical Science* 2008,24(6), 306-314.
- Cohen J.** Statistical Power Analysis For The Behavioral Sciences (2nd ed), Lawrence Erlbaum Associates, Hillside, 1988, s 147-150.
- Çoban A.** Riskli Gebelikler. In: Şirin A, Kavlak O (Eds), Kadın Sağlığı. 1. Baskı. İstanbul, Bedray Yayıncılık, 2008, s 532-533.

- Davis M.** Nausea and vomiting of pregnancy an evidence based review. *Journal of Perinatal ve Neonatal Nursing* 2004,18(4),312-328.
- Demirci H, Karanisoğlu H.** İlk Gebeliği Olan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin İncelenmesi, I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, s 193-196, 26-30 Eylül 2001, Antalya.
- Demirtaş H, Kadioğlu H.** Prenatal Dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014, 4(4), 200-206.
- Ersiyeh J. Sakineh MC.** Comparing ginger and vitamin B6 for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy: a randomised controlled trial. *Midwifery* 2009, 25, 649–653.
- Gazmararian JA, Peterson R, Jamieson DJ, Schild L, Adams MM, Deshpande AD.** Hospitalizations during pregnancy among managed care enrolles. *Obstetric&Gynecology* 2002, 100, 94-100.
- Gilbert ES.** Physiologic and nutritional adaptations to pregnancy, In: *Manual of High Risk Pregnancy & Delivery*. 5th ed. Mosby Elseiver, 2013, s 18-24.
- İşbir GG.** Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Danışmanlığın Gebelikte Bulantı Kusmaya Etkisi, Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2011,147.
- İşbir GG, Mete S.** Gebelikte Bulantı ve Kusmayı Hafifletmek için Kadınların Başvurduğu Yollar, , 9.Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Kitabı, s 441, 2009, Bursa.
- Jesse DE, Walcott-McQuigg J, Mariella A, Swanson MS.** Risk and protective factors associated with symptoms of depression in lowincome African American and Caucasian women during pregnancy. *Journal of Midwifery Womens Health* 2005, 50(5), 405–410.
- Jueckstock JK, Kaestner R, Mylonas I.** Managing Hyperemesis Gravidarum: A Multimodal Challenge. *BMC Medicine* 2010, 15, 8-46.
- Kamalak H.** Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 2015, 96.
- Kaptan G, Dereli Ö.** Ebe ve Hemşireler İçin Gebelikte İç Hastalıkları. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2012, 117-119.
- Karataş T.** Gebelikte Bulantı Kusma ve Sosyal Destek Karşılaştırması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2010, 152.
- Khadijah IS, Louise K.** Review on hyperemesis gravidarum. *Best Practice Research Clinical Gastroenterology* 2007, 21(5) 755–769.

- Khreshleh R.** How women manage nausea and vomiting during pregnancy: a Jordanian study. *Midwifery* 2011, 27, 42–45.
- Koçak ÇY.** İlk Kez Anne Baba Olacaklara Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007, 267.
- Koyun A, Demir Ş.** Fetüsün cinsiyetinin annelik rolüne ve gebeliğe ilişkin düşüncelere etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 2(4), 461-469.
- Köken G, Coşar E.** Erken gebelikte bulantı kusmaya etki eden faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2009, 6(2), 92- 96.
- Kömürcü N, Merih DY.** Doğum Öncesi Dönem. In: Coşkun AM. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012, s 131-152.
- Kuo SH, Wang R, Tseng HC, Jian SY.** A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stres, social support and maternal adaptation. *Journal Midwifery & Women' s Health* 2007, 52(1), 1-7.
- Küçükkömürcü S, Özakin C, Özdi M, Özyürek ES.** Hiperemesis gravidarum ve helicobacterpylori: Derleme. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi* 2006, 3(4), 235-241.
- Li L, Li L, Zhou X, Xiao S, Gu H, Zhang G.** Helicobacter pylori infection is associated with an increased risk of hyperemesis gravidarum: A meta-analysis. *Hindawi Publishing Corporation Gastroenterology Research and Practice* 2015, 13, 1-13.
- Lowdermilk LD.** Nursing Care of the Family During Pregnancy. In: Lowdermilk LD, Perry SE, Cashion K (eds), Maternity Nursing. Elseiver, 2013, 8(7):192-194.
- Marakoğlu K, Erdem D.** Konya’da gebe kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları. *Erciyes Tıp Dergisi* 2007, 29(1), 47-55.
- Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L.** Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics and Gynecology* 2001, 97(6), 988-993.
- Mecdi M, Rathfisch G.** Gebelikte oluşan rahatsızlıklarda kanıta dayalı uygulamalar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013, 21(2),129-138.
- Mete S.** Gebenin Sağlığını Değerlendirme. In: Şirin A (Eds), Kadın Sağlığı Kitabı, 1.Baskı, İstanbul, 2008, 476.
- Mutlugüneş F.** Gebelikte Bulantı Kusma Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2012, 64.

Nahcivan N. Nicel Araştırma Tasarımları. In: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (Eds), Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2014, s 87-128.

Nakamura Y. Nursing intervention to enhance acceptance of pregnancy in first-time mothers: Focusing on the comfortable experiences of pregnant women. *Japan Journal of Nursing Science* 2010, 7, 29-36.

O'Brien B. Evans M. White-McDonald E. Isolation from "being alive": Coping with severe nausea and vomiting of pregnancy. *Nursing Research* 2002, 51(5), 302-308.

O'Brien B. Naber S. Nausea and vomiting during pregnancy: Effects on the quality of women's lives. *Birth* 1992, 19(3), 138-143.

O'Brien B. Relyea J. Lidstone T. Diary reports of nausea and vomiting during pregnancy. *Clinical Nursing Research* 1997, 6(3), 239-252.

Özdemir F, Bodur S, Nazik E, Nazik H, Kanbur A. Hiperemesis gravidarum tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2010, 9(5), 463-470.

Özkan T. Hiperemesis Gravidarumu Olan Gebelerde Akupunktur Noktasına Uygulanan Basının (Akupres) Bulantı Kusma ve Öğürmeye Etkisi, Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2010, 129.

Öztürk F. Helicobacter Pylori Seropozitifliğinin Hiperemesis Gravidarum Kliniği İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2005, 56.

Portnoi G, Chng LA, Karimi-Tabesh L, Koren G, Tan MP, Einarson A. Prospective comparative study of the safety and effectiveness of ginger for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003, 189(5), 1374-1377.

Sandven I, Abdelnoor M, Nesheim BI, Melby KK. Helicobacter pylori infection and hyperemesis gravidarum: a systematic review and meta-analysis case control studies. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 2009, 88, 1190-1200.

Sekizawa A, Sugito Y, Iwasaki M, Watanabe A, Jimbo M, Hoshi S, Saito H, Okai T. Cell-free fetal DNA is increased in plasma of women with hyperemesis gravidarum. *Clinical Chemistry* 2001, 47, 2164-2165.

Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu SS. Sakarya'da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sigara içme durumlarıyla ilgili bazı özellikler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2006, 15(8), 149-152.

- Stockigt JR.** Free thyroid hormone measurement, A critical appraisal. *Endocrinology and Metabolism Clinics North America* 2001, 30, 265–289.
- Sucu M.** Gebelikte Bulantı Kusması Olan Kadınların Hastaneye Yatış Endikasyonunun Belirlenmesinde PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis And Nausea) Skorlaması İle Fizik Muayene Bulguları Ve Laboratuvar Sonuçlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana, 2009, 68.
- Suyugül Doğançe U.** Hiperemesis Gravidarum Tanısı Almış Gebelerle Sağlıklı Gebelerin Helicobakter Pylori Seropositivitesinin ve İmmünolojik Belirteçlerinin Kıyaslanması ve Perinatal Sonuçları, Uzmanlık Tezi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, 2005, 69.
- N.** Klinik araştırmalarda örneklem sayısının belirlenmesi ve güç (power) analizi, *Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Dergisi* 2011, 3(2), 29-33.
- Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, Hay DM.** Psychological health in early pregnancy: relationship with nausea and vomiting. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004, 24(1), 28–32.
- Tan JYL, Loh KC, Yeo GSH, Chee YC.** Transient hyperthyroidism of hyperemesis Gravidarum. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002, 109, 683-688.
- Taşkın L,** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, XIII. Baskı, Ankara, 2016, 254-265.
- Timur S, Kızıllırmak A.** Gebelerin bulantı kusma ile baş etme yöntemleri, *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi* 2011, 19(3), 129-134.
- Tola EN.** Hiperemesis gravidarumda tedavi modaliteleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012, 32-36.
- Tortumluoğlu G, Okanlı A, Erci B.** Gebelerin aile ortamını algılamaları ile öz bakım gücü arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003, 6(1), 24-36.
- Türkyılmaz AS, Çavlin A, Kaptanoğlu İY.** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA, Ankara, 2013, s.43-47.
- Uçar H.** Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları İle Annelik Rolü Arasındaki İlişki, Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2014, 79.
- Verberg MFG, Gillott DJ, Al-Fardan N, Grudzinskas JG.** Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Human Reproduction Update* 2005, 11(5), 527-539.

- Vutyavanich T, Kraissarin T, Ruangsri R.** Ginger for nausea and vomiting in pregnancy: randomized, double-masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics and Gynecology* 2001, 97, 577-582.
- Walsh JW, Hasler WL, Nugent CE.** Progesterone and estrogen are potential mediators of gastric slow-wave dysrhythmias in nausea of pregnancy. *American Journal of Physiology* 1996, 270, 506-514.
- Wegrzyniak LJ, Repke JT, Ural SH.** Treatment of hyperemesis gravidarum. *Obstetrics and Gynecology* 2012;5(2),78-84.
- Wills G, Foster D.** Nausea and vomiting in pregnancy: what advice do midwives give? *Midwifery*, 2008, 24, 390–398.
- Wong DL, Hockenberry ML, Wilson D, Lowdermilk DL, Perry SE.** Maternal and Fetal Nutrition, Maternal Child Nursing Care, 3th ed. Mosby Elseiver, 2006, 322-324.
- Yanikkerem E, Çalım Sİ, Göker A, Koltan SO, Koyuncu FM.** Hiperemesis gravidarumlu gebelerin hastalıkları hakkında düşünceleri ve gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(4), 269-282.
- Yazıcı S.** Gebelikte Riskli Durumlar ve Yönetimi, In: Kömürcü N (eds), Perinatoloji Hemşireliği. 1. Baskı, Marmara Üniversitesi, 2010, s 171-173.
- Yekenkunnul D.** Gebelikte Bulantı Kusma, Evlilik Uyumu Eş İlişkisi Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2011,102.
- Yıldız H.** Gebeliğe Fizyolojik ve Psikolojik Uyum In: Kömürcü N (eds), Perinatoloji Hemşireliği. 1. Baskı, Marmara Üniversitesi, 2010, s 119-120.
- Yılmaz Bingöl T, Tel H.** Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 10, 3-8.
- Yılmaz F.** Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2012, 124.
- WEB_1 (2016) İşgücü İstatistikleri, Mayıs 2016.
<http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=21578> (23.08.2016).

EKLER

EK 1. Tanıtıcı Soru Formu

YÖNERGE: Bu çalışma *Hiperemesis Gravidarumun Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü Üzerine Etkisinin* incelenmesi hedeflenmiştir. Soruların tümüne yanıt vermeniz bizim için önemlidir. Bu ankette verilecek yanıtlar, isim ve kişisel bilgiler bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederim.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Arş. Gör. Damla KIZILCA ÇAKALOZ

A) DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim düzeyiniz nedir?

(1) Okur-Yazar

(3) Ortaokul

(2) İlkokul

(4) Lise

(5) Üniversite ve üstü

3. Mesleğiniz nedir?

(1) Ev Hanımı

(3) Memur

(5) İşçi

(2) Serbest Meslek

(4) Emekli

(6) İşsiz

(7) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

4. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

(1) Okur-yazar değil

(3) İlköğretim

(5) Lise

(2) Okur-Yazar

(4) Ortaokul

(6) Üniversite ve üstü

5. Eşinizin mesleği nedir?

(1) Memur

(3) Serbest Meslek

(5) İşsiz

(2) İşçi

(4) Emekli

(6) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

6. Ne kadar zamandır evlisiniz? (ay)

7. Sağlık güvenceniz var mı?

(1)Yok

(2)Var

8. Nerede ikamet ediyorsunuz?

- (1) İl merkezi (2) İlçe merkezi (3) Kasaba (4) Köy (5) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

9. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Gelir giderden düşük (2) Gelir gidere denk (3) Gelir giderden fazla

10. Eşiniz ve çocuklarınız dışında birlikte yaşadığınız aile bireyleri var mı?

- (1) Hayır (2) Evet

Yanıtınız evet ise lütfen belirtiniz.....)

11. Sigara kullanır mısınız?

- (1) Hayır, hiç kullanmadım (2) Evet, kullanıyorum (3) İçiyordum bıraktım

12. Alkol kullanır mısınız?

- (1) Hayır, hiç kullanmadım (2) Evet, kullanıyorum (3) İçiyordum bıraktım

B) OBSTETRİK ÖZELLİKLER

13. Gebelik haftanız nedir? SAT:

14. Toplam kaç kez gebe kaldınız?

15. Toplam kaç kez canlı doğum yaptınız?

16. Kaç yaşayan çocuğunuz var?

17. Toplam kaç kez küretaj (isteyerek düşük) yaptınız?

18. Toplam kaç kez kendiliğinden düşük yaptınız?

19. Toplam ölü doğum sayınız?

C) SON GEBELİĞE İLİŞKİN BİLGİLER

20. Gebeliğinize eşiniz ile birlikte planlayarak/isteyerek mi karar verdiniz?

- (1) Hayır (2) Evet

21. Bedeninizde gebeliğe bağlı oluşan değişiklikleri (Bulantı, kusma, kilo alımı, ruhsal değişiklik vb.) nasıl algılıyorsunuz?

- 1) Çok kötü 2) Kötü 3) Normal 4) İyi 5) Çok İyi

22. Doğacak bebeğinizin cinsiyetinin ne olmasını istiyorsunuz?(Yanıtınız “Fark etmez” ise 24. soruya geçiniz)

- 1) Kız 2) Erkek 3) Fark etmez

23. Belli bir cinsiyeti tercih etmenizden nedeni nedir?

- 1) Ben istiyorum 2) Eşim istiyor 3) İkimiz de istiyoruz

24. Gebelik döneminizde eşinizden duygusal düzeyde veya ev işleriyle ilgili destek alıyor musunuz?

- (1) Hayır (2) Evet

25. Gebelik döneminizde en çok kimden destek aldınız / alıyorsunuz?

1) Eş 2) Aile büyükleri 3) Arkadaş 4) Sağlık personeli 5) Hiç kimse

26. Şu ana kadar olan dönemde gebelik, doğum, bebek bakımı vb konularda herhangi bir bilgi aldınız mı?

(1) Hayır (2) Evet

27. Yanıtınız “Evet” ise bilgiyi nereden/nerelerden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1) Televizyon / Radyo 2) Kitap / Dergi / Gazete
3) Doğum öncesi eğitim sınıfları 4) Aile büyükleri (anne, abla, teyze vb)
5) Ebe- hemşire 6) Doktor 7) Diğer

Hiperemesis Gravidarum Semptom Kontrol Listesi

SEMPATOM	VAR	YOK
Bulantı		
Kusma		
Ağızdan Beslenme		
IV Beslenme		
Ketonüri		
Dehidratasyon (Ağız cilt mukoz membranlarda kuruluk, Baş Ağrısı, Baş dönmesi vb.)		
Kilo Kaybı (Gebelik Öncesi Kilonun %5'i)		
Gebelik Öncesi Kilo		
Şimdiki Kilo		

EK 2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu

Aşağıdaki ifadeler hamile kadınlar tarafından oluşturulmuştur. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

	Çok fazla Tanımlıyor	Kısmen Tanımlıyor	Biraz Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyor
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Anne-babaları, çocukları ile birlikteyken izlemek hoşuma gidiyor.				
3. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
4. Eşimle doğacak bebeğimiz hakkında konuşuyoruz.				
5. Eşim gebeliğim süresince beni eleştirdi.				
6. İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
7. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
8. Ağrı ile baş edebilirim				
9. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
10. Üzgün olduğumda eşim bana anlayış gösterir.				
11. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
12. Doğumumun sağlıklı bir şekilde ilerleyeceğini düşünüyorum.				
13. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
14. Annem doğacak olan bebeğimle ilgileniyor.				
15. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				
16. Bebeğimin sağlıklı olmayacağı konusunda endişelerim var.				
17. Ne zaman ağrı yaşasam bunun en kötü şey olduğunu düşünürüm.				
18. Doğumun, sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				
19. Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum.				
20. Annem gebe olmamdan mutlu.				
21. Annem yararlı önerilerde bulunur.				
22. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
23. Eşim benimle gebeliğim hakkında konuşmayı seviyor.				
24. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				

	Çok fazla Tanımlıyor	Kısmen Tanımlıyor	Biraz Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyor
25. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
26. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
27. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
28. Annemle problemlerim hakkında rahatlıkla konuşabiliyorum.				
29. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşkularım var.				
30. Sık sık bebekte olabilecek sorunları düşünüyorum.				
31. Annem torununu sabırsızlıkla bekliyor.				
32. Hamile olmaktan memnunum.				
33. Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
34. Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
35. Eşim, ihtiyaç duyduğumda ev işlerinde yardım eder.				
36. Gebelik süresince cinsel hayatımızdaki değişiklik konusunda, eşimle konuşmakta zorlanırım.				
37. Annem yanımda olduğunda kendimi iyi hissediyorum.				
38. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
39. Doğum sırasında kontrolümü kaybedeceğimden eminim.				
40. Doğumum sırasında eşimin bana destek olacağına inanıyorum.				
41. Doğumda bana kötü şeyler olabileceğinden korkuyorum.				
42. Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
43. Eşim duygularım ve sorunlarımla onu sıktığımı düşünüyor.				
44. Annem ve ben ne zaman bir araya gelsek tartışırız.				
45. Bebeğe yeterli dikkati / özeni göstermek benim için zor olacak.				
46. Bebeğin, bana bir yük olacağını düşünüyorum.				
47. Doğumda olacıklara kendimi hazır hissediyorum.				
48. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
49. Doğum zamanı geldiğinde, ağrılı olsa bile tüm gücümle ıkınabilirim.				
50. Nasıl bir anne olmak istediğim konusunu düşünüyorum.				
51. Doğumda oluşabilecek sorunlar hakkında endişelerim var.				
52. Doğum stresinin benim baş edebileceğimden çok daha fazla olacağını düşünüyorum.				
53. Doğum sırasındaki rahatsızlıklara dayanabilirim.				

	Çok fazla Tanımlıyor	Kısmen Tanımlıyor	Biraz Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyor
54. Bebek bakımı için ayırdığım zaman nedeniyle kendime çok az zaman kalacağından endişeliyim.				
55. Kendimle ilgili şüphelerim olduğunda annem beni rahatlatır.				
56. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğumu düşünüyorum.				
57. Doğum sırasında bazı şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.				
58. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
59. Annem bildiğim şekilde davranmam konusunda beni destekliyor.				
60. Eşimin gebeliğim süresince cinsel hayatımızla ilgili benimle konuşabileceğini düşünüyorum.				
61. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
62. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
63. Doğumda bebeğimi kaybetmekten korkuyorum.				
64. Doğumda kontrolümü kaybedersem, yeniden kontrolümü sağlamakta zorlanırım.				
65. Annem kararlarımı eleştirir.				
66. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
67. Bebeğimin bana benzememesinden korkuyorum.				
68. Doğumda olabilecek bütün kötü olayları aklımdan geçiriyor.				
69. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
70. Bebeğin bakımını paylaşmak konusunda eşime güvenebilirim.				
71. Normal doğum yapacağım konusunda kendime güveniyorum.				
72. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğumu düşünüyorum.				
73. Bebeğimi şimdiden sevmeye başladığım.				
74. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
75. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
76. Şuan hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
77. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
78. Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				
79. Hamile olduğum için mutluyum.				

EK 3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/04/2016-E.15883



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



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Ayden ÇOBAN
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.04.2016 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 11 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Doç.Dr. Buket DEMİRCİ
Kurul Başkan Yardımcısı

KARAR 11

Protokol No : 2016/848
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Aydın ÇOBAN
ASYO/ Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Ayden ÇOBAN'ın "Hiperemesis gravidarumun gebelik uyumu üzerine etkisi" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izin belgesi ile ÖYP başvuru onay belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmeleri şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)]lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlanmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

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

20/04/2016 Sağlık Teknikeri

: Tülay ŞAHİN

EK 4. Aydın İl Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/03/2016-E.11745



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Aydın İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 25305691/605.01
Konu : Damla KIZILCA ÇAKALOZ'un
Araştırma İzni

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi :21/03/2016 tarihli ve 4010 sayılı yazınız.

İlgi yazıyla talep edilen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek lisans Öğrencisi Damla KIZILCA ÇAKALOZ'un "**Hiperemesis Gravidarumun Gebelik Uyumu Üzerine Etkisi**"konulu araştırma çalışmasını 01.04.2016 -01.04.2017 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapması; çalışmayı yaparken kimlik taşıması, hasta mahremiyetine dikkat etmesi, hizmet aksamasına mahal vermemesi, çalışma sonuçlarını Genel Sekreterliğimizle paylaşması kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm.Dr. Selma ÖZCAN
GENEL SEKRETER

EKLER:
DAMLA KIZILCA ÇAKALOZ

Güvenlik Elektronik İmza Aşısı ile Aynidir.

29. Mart 2016

YUKSAL ÖZTÜRK
Evrak İmzası

Aydın İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Nida İnan Eğitim ve Ar-Ge Birimi Tel: 0 (256) 212 23 00 - 4010 Faks: 0 (256) 214 56 60

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 03106a1f-7ee4-46da-a1f3-a5f0144df1cf2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

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

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu araştırmanın amacı Hiperemesis Gravidarumun (şiddetli bulantı kusmanın) gebelik uyumu üzerine etkisinin incelenmesidir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu araştırmanın çalışma grubuna dahil edilebilmeniz için 6-20 gebelik haftasında, 20-35 yaş aralığında, en az ilkokul mezunu, Hiperemesis Gravidarum (Gebelikte şiddetli bulantı kusma) tanısı ile hastaneye yatışınız yapılmış, Türkçe konuşabiliyor ve anlayabiliyor olmanız gerekir. Bu araştırmanın kontrol grubuna dahil edilebilmeniz için ise 6-20 gebelik haftasında, 20-35 yaş aralığında, en az ilkokul mezunu, gebe polikliniğine başvurmuş, Türkçe konuşabiliyor ve anlayabiliyor olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmanın ilk aşamasında her iki grup için size sosyo-demografik özelliklerinizi ve gebeliğe ilişkin bilgilerinizi içeren tanıtıcı bilgi formu (toplam 27 soru) araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Tanıtıcı bilgi formunun arkasından Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'ni (toplam 79 madde) doldurmanız istenecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırmada sizin sorumluluğunuz, araştırma ile ilgili size sorulan bütün soruları cevaplamaktır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir. Ancak tedavi ve bakım sürecinizde herhangi bir değişiklik olmayacaktır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 159'dur.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 12 ay dır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız yaklaşık 30 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmadan tıbbi yarar sağlanması söz konusu değildir ancak bu araştırmadan çıkarılan sonuçlar başka gebelerin yararına kullanılabilecektir. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olup sizin doğrudan yarar görebilmenize olanak sağlamamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada sorular sorulacak ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği listesindeki soruları cevaplamanız istenecektir. Çalışmaya katılmanızın size herhangi bir zararı öngörülememektedir.

KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI

Bu araştırma sırasında sizden kan örneği alınmayacaktır.

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

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besin bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Anket sorularının yarısından daha azı doldurulduğunda, çalışmadan çıkarılabiliyorsunuz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu çalışmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

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

Bu araştırmanın herhangi bir zarar oluşturması öngörülmemektedir. Araştırma süresince diğer nedenlere bağlı gelişen problemler sağlık sigortanız kapsamındadır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05347718907 no.lu telefonda Arş. Gör. Damla KIZILCA ÇAKALOZ'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Bu çalışma, sizin yaklaşık 30 dakikalık bir zamanınızı alacaktır. Çalışmanın size ve sağlık sigortanıza herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum Adnan Menderes Üniversitesi ÖYP Koordinatörlüğü'dür.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

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

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

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

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL&FAKS		
TARİH		

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

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

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK 6. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

03.08.2016

Gmail - Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği



Damla Kizilca Çakaloz <damlakizilca@gmail.com>

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

1 mesaj

Kerime Derya Beydag <derya.beydag@okan.edu.tr>
Alıcı: "damlakizilca@gmail.com" <damlakizilca@gmail.com>

26 Ağustos 2015 14:01

Merhaba Damla,

Ölçeği çalışmada kullanmanızdan memnuniyet duyarım. İstemiş olduğun ölçeği ekte gönderiyorum. Ayrıca, ölçeğin kullanılmış olduğu çalışmaları da kaynak olması adına ekledim. Atatürk Üniversitesi Dergisinde yayımlanmış olan makalede ölçeğin alt boyutları ve puanlaması ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmada kolaylıklar dilerim.

Sevgilerimle



OKAN ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL

Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydag
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
Öğretim Üyesi

Okan Üniversitesi Tuzla Kampüsü
34959 Akfırat-Tuzla / İSTANBUL

0 (216) 677 16 30 - 3849
0 (216) 677 16 47

Barışın destekleyicisi!

Bu elektronik postanın içeriği ve varsa ekindeki dosyalar sadece göndericisini bağlar. Okan Üniversitesi bu mesaj ve eklerinden hukuken sorumlu değildir. Eğer bu mesaj yanlışlıkla size gönderilmişse, lütfen gönderen kişiyi derhal bilgilendiriniz ve mesajı sisteminizden siliniz.

The information contained in this e-mail and any files transmitted with it bind the sender only. Okan University does not accept legal responsibility for the contents. If you are not the intended recipient, please immediately notify the sender and delete the message from your system.

4 eklenti



p1.jpg
217K

 prenatal.doc
95K

 prenatal.pdf
108K

prenatal.pdf

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=663c747ce3&view=pt&cat=tezz&search=cat&th=14f69adf0c3acc64&siml=14f69adf0c3acc64>

1/2

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : Kızılca Çakaloz, Damla
Uyruk : T.C
Doğum yeri ve tarihi : Muğla, 11.09.1985
Telefon : (534) 771 89 07
E-mail : damla.kizica@adu.edu.tr
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora	-	
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2016
Y. Lisans	Ege Üniversitesi	Devam Ediyor
Lisans	Ege Üniversitesi	2012

BURSLAR ve ÖDÜLLER:

-

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2013-2016	Adnan Menderes Üniversitesi	Arş. Gör.
2012-2015	Bornova Belediyesi Özgül Gündüz Halk Sağlığı Binası, Evde Gebe Bebek Lohusa Bakım Hizmeti	Ebe
2010-2012	Ege Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doğumhane	Ebe
2009-2010	Özel Çağdaş Tıp Merkezi	Ebe

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

xxx

2. PROJELER

xxx

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

--

B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler

- 2010** **Damla Kızılca**, Serap Karşioğlu, Berna Atalay. Gebelerin Ebelerden Bakım Alma Durumlarının İncelenmesi, I. Ulusal ve Uluslar arası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi. 5-7 Mayıs 2010 (Sözel Bildiri)
-
- 2010** Özgen Özveren, Serpil Özkul, **Damla Kızılca**. Erasmus Programı Kapsamında Öğrenci Değişim Programına Katılan Ebelik Öğrencilerinin Belçika'daki Ebelik Eğitimi Ve Uygulamalarına İlişkin Gözlemleri, I. Ulusal ve Uluslar arası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi. 5-7 Mayıs 2010 (Sözel Bildiri)
-
- 2011** Emine Serap Sarıcan, **Damla Kızılca**, Nazan Tuna Oran. Doğum Eyleminde Lavman Uygulaması. II. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi. 27-29 Nisan 2011, Aydın (Sözel Bildiri)
-
- 2011** **Damla Kızılca**, M. Gülsün Özentürk. Yüksek Riskli Gebeliklerde Yatak İstirahati Ve Etkileri. II. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi 27-29 Nisan 2011, Aydın. (Poster Bildiri)
-
- 2011** Emine Serap Sarıcan, **Damla Kızılca**, Yeliz Çakır Koçak, Nazan Tuna Oran, Ebelik Bölümü Birinci Sınıf Öğrencilerinin Stresle Baş Etme Tarzları ve Durumluluk Kaygı Düzeyleri. II. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi 27-29 Nisan 2011, Aydın. (Poster Bildiri)
-
- 2014** Güneş G, **Kızılca Çakaloğlu D**. Yüksek Çevre Sıcaklığının Preterm Doğuma Etkisi (Poster Bildiri), 21. Mart 1. Ege Ebelik Ve Doğum Kongresi, İzmir.
-
- 2015** **Kızılca Çakaloğlu D**, Güneş G, Çoban A, Karaçam Z. Ebelik Öğrencilerinin Servikal Kanseri ve HPV Aşısı Hakkında Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi (Sözel Sunum), 2. Uluslararası & 6. Ulusal Ebelik Kongresi, 2015, İstanbul.
-
- 2015** **Kızılca Çakaloğlu D**, Karaçam Z. Kadın Genital Mutilasyonu ve Ebe/Hemşirenin Sorumlulukları (Poster Bildiri), 2. Uluslararası & 6. Ulusal Ebelik Kongresi, 2015, İstanbul.