

**GEBELİKTE BULANTI-KUSMA ŞİDDETİNİN
DOĞUM KORKUSU VE PSİKOSOSYAL SAĞLIK
DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ**

Çiğdem KARAKAYALI

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Yeşim AKSOY DERYA**

Yüksek Lisans Tezi – 2018

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

**GEBELİKTE BULANTI-KUSMA ŞİDDETİNİN
DOĞUM KORKUSU VE PSİKOSOSYAL SAĞLIK
DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ**

Çiğdem KARAKAYALI

**Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Yeşim AKSOY DERYA**

**MALATYA
2018**

İTHAF

“Bu tezi babama ve anneme ithaf ediyorum...”

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Çiğdem KARAKAYALI'nın "Gebelikte Bulantı-Kusma Şiddetinin Doğum Korkusu ve Psikososyal Sağlık Düzeyi ile İlişkisi"** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12/07/2018


Dr. Öğr. Üyesi Yeşim AKSOY DERYA
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı


Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR
İnönü Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOKER
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Gebelikte Bulantı - Kusma.....	3
2.1.1. Gebelikte Bulantı Kusmanın Tanımı.....	3
2.1.2. Gebelikte Bulantı Kusmanın Etyolojisi ve Risk Faktörleri.....	4
2.1.3. Gebelikte Görülen Bulantı Kusmanın Tanısı ve Şiddetinin Belirlenmesi.....	8
2.1.4. Gebelikte Bulantı Kusmanın Belirti ve Bulguları.....	9
2.1.5. Gebelikte Görülen Bulantı Kusmanın Tedavisi.....	9
2.1.6. Gebelikte Bulantı Kusma Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar.....	10
2.2. Doğum Korkusunun Tanımı	11
2.2.1. Gebelikte Yaşanan Doğum Korkusunun Nedenleri.....	12
2.2.2. Gebelikte Bulantı Kusmanın Doğum Korkusu Üzerine Etkisi.....	15
2.3. Gebelikte Psikososyal Sağlık.....	15
2.3.1. Gebelikte Trimesterlere Göre Ortaya Çıkan Psikososyal Değişimler.....	16
2.3.1.1. Birinci Trimesterde Ortaya Çıkan Psikososyal Değişimler.....	16
2.3.1.2. İkinci Trimesterde Ortaya Çıkan Psikososyal Değişimler.....	17
2.3.1.3. Üçüncü Trimesterde Ortaya Çıkan Psikososyal Değişimler.....	18
2.3.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığının Sürdürülmesinde Ebenin Rolü.....	19
2.4. Psikososyal Açıdan Gebelikte Bulantı Kusma ve Ebelik Yaklaşımı.....	20
3. MATERYAL VE METOT.....	21
3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4. Veri Toplama Araçları.....	22
3.5. Verilerin Toplanması.....	24
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.7. Verilerin Analizi.....	24
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	24

4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
7. KAYNAKLAR.....	40
EKLER.....	55
EK.1. Özgeçmiş.....	55
EK.2. Kişisel Bilgi Formu.....	56
EK.3. Gebelikte Bulantı-Kusma Şiddeti Değerlendirme (PUQE) Testi.....	58
EK.4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği(W-DEQ) A Versiyonu.....	59
EK.5. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme (GPSDÖ) Ölçeği.....	65
EK.6. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı Onayı.....	69
EK.7. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzin Formu.....	70
EK.8. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu Ölçeği Kullanım İzni.....	71
EK.9. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni.....	72
EK.10. Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	73

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca benden hiçbir desteğini esirgemeyen, bana rehberlik eden, sabır ve anlayışla önerilerde bulunan, kritik düşünmeyi öğreten, beni cesaretlendiren, daima özveri gösteren iyi bir akademisyen olarak yetişmem için her türlü çabayı gösteren, akademik olarak rol model olmanın yanısıra insani olarak da rol model olarak gördüğüm çok değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yeşim AKSOY DERYA'ya

Lisans ve yüksek lisans eğitimim sırasında bilgi, destek ve katkılarını esirgemeyen değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR'a,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak, beni onurlandıran hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOKER'e,

Sadece tez çalışmamda değil hayatımın her aşamasında yanımda olan ve maddi, manevi her türlü desteği veren, bu zorlu sürecin her anında varlığını hissettiren, hayallerimi ve hedeflerimi gerçekleştireceğime inanan ve motivasyonumu korumamı sağlamada destek veren özellikle babam Mehmet Şerif KARAKAYALI'ya, annem Emine KARAKAYALI'ya, ablam Derya KOPARAN'a ve kadim arkadaşım Fatma KOÇ'a

Araştırmanın uygulanmasına imkan sağlayan Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü Kadın Doğum Polikliniği'nde görev yapan tüm hekim, ebe ve araştırmaya katılmayı kabul ederek katkılarını sunan tüm gebelere teşekkür ederim...

Çiğdem KARAKAYALI

ÖZET

Gebelikte Bulantı-Kusma Şiddetinin Doğum Korkusu ve Psikososyal Sağlık Düzeyi ile İlişkisi

Amaç: Bu araştırma, gebelikte bulantı-kusma şiddetinin doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: İlişkisel-tanımlayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran gebeler oluşturdu. Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü; %5 yanılma düzeyi çift yönlü önem düzeyinde, %99 güven aralığında, %80 güç ile en az 659 gebe olarak belirlendi. Verilerin elde edilmesinde, Kişisel Bilgi Formu, Gebelikte Bulantı-Kusma Şiddeti Değerlendirme (PUQE) Testi, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu ve Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max) yanı sıra, tek yönlü varyans analizi, tukey testi ve pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: PUQE testi toplam puan ortalamasının 9.05 ± 2.30 olduğu, gebelerin %15.5'inin hafif, %77.5'inin orta ve %7.0'nın ise ağır düzeyde bulantı-kusma yaşadığı belirlendi. Gebelerde W-DEQ-A versiyonu toplam puan ortalaması 69.97 ± 19.07 , GPSDÖ toplam puan ortalaması 3.25 ± 0.30 idi. PUQE testi sınıflandırılmasına göre W-DEQ-A toplam puan ortalamasının istatistiksel açıdan farklılık gösterdiği ve bulantı kusma şiddeti ağır olan gebelerin hafif ve orta düzeyde bulantı kusma şiddeti yaşayan gebelere göre daha fazla doğum korkusu yaşadığı belirlendi ($p < 0.001$). PUQE testi sınıflandırılmasına göre GPSDÖ'nin "Gebelik ve Eş İlişkileri", "Aile İçi Şiddet" ve "Gebeliğe İlişkin Fiziksel ve Psikososyal Değişiklikler" alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$). PUQE testi puan ortalaması ile doğum korkusu arasında pozitif yönde, psikososyal sağlık düzeyi ile de negatif yönde önemli ilişki saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç: Gebelerde bulantı-kusma şiddeti arttıkça doğum korkusunun arttığı buna karşın psikososyal sağlık düzeyinin azaldığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Bulantı-Kusma, Doğum Korkusu, Gebelik, Psikososyal Sağlık Düzeyi.

ABSTRACT

The Relationship Between Birth Fear and Psychosocial Health Level of Nausea-Vomiting Severity in Pregnancy

Objective: This study was conducted to determine the relationship with the fear of childbirth of the severity of nausea and vomiting in pregnancy and psychosocial health level.

Materials and Methods: The universe of this research, which is a relational-descriptive type, was created by pregnant women who applied to the Gynaecology and Obstetrics Polyclinic in Beydağı Campus of Malatya Education and Research Hospital. Sample size when power analysis is performed; The 5% error level was determined as bi-directional significance, at a confidence interval of 99%, at least 659 pregnant women with 80% power. Data were collected by being used Personal Information Form, Pregnancy Nausea-Vomiting Severity Assessment Test (PUQE), Wijma Birth Expectancy/ Experience Scale (W-DEQ) A Version and Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale (PPHAS). In evaluating the data; descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation, min-max) as well as one-way analysis of variance, tukey test and Pearson's correlation analysis were used.

Findings: PUQE test total point average was 9.05 ± 2.30 , 15.5% of the patients were mild, 77.5% of them were moderate and 7.0% had severe nausea and vomiting. The mean of W-DEQ-A total score in pregnancy was 69.97 ± 19.07 and the mean total score of PPHAS was 3.25 ± 0.30 . According to PUQE Test Classification the mean of W-DEQ-A version total score was statistically different and it was found that pregnant women with severe nausea and vomiting severity had more fear of child birth than those with mild and moderate nausea and vomiting severity ($p < 0.001$). According to PUQE Test Classification, the difference between the mean scores of "Pregnancy and Family Relationships", "Domestic Violence" and "Physical and Psychosocial Changes related to Pregnancy" of PPHAS was statistically determined to be significant ($p < 0.05$). It was found out that there was a significant positive correlation between PUQE Test Total Point Average and fear of childbirth; and a negative correlation with psychosocial health level ($p < 0.05$).

Conclusion: As the intensity of nausea and vomiting increased in pregnancies, it was determined that birth fear increased while psychosocial health level decreased.

Keywords: Nausea-Vomiting, Fear of Birth, Pregnancy, Psychosocial Health Level.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: American Collage of Obstetricians and Gynecologists
GİS	: Gastrointestinal Sistem
GPSDÖ	: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği
HCG	: Human Chorionic Gonadotropin
HG	: Hiperemesiz Gravidarum
H.pylori	: Helicobacter Pylori
KDU	: Kanıta Dayalı Uygulama
PUQE	: Gebelikte Bulantı-Kusma Şiddeti Değerlendirme Testi (Pregnancy Unique Quantification of Emesis and Nausea)
RCOG	: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SPSS	: Statistical Packages for the Social Sciences
TPN	: Total Parenteral Nütrisyon
T4	: Tiroksin Hormonu
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon
W-DEQ	: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire)

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 4.2. Gebelerin PUQE Testi Sınıflandırılmasına Göre Bulantı-Kusma Şiddetinin Dağılımı ve PUQE Testi Toplam Puan Ortalaması.....	27
Tablo 4.3. W-DEQ-A Ölçeğine Göre Gebelerdeki Doğum Korkusu Düzeyi ve Alınan W-DEQ-A Toplam Puan Ortalamasının Dağılımı.....	28
Tablo 4.4. Gebelerin GPSDÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	29
Tablo 4.5. Gebelerin PUQE Testi Sınıflandırılmasına Göre W-DEQ-A Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.6. Gebelerin PUQE Testi Sınıflandırılmasına Göre GPSDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.7. Gebelerin PUQE, W-DEQ-A ve GPDSÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	33

1. GİRİŞ

Gebelikte görülen en sık problemlerden biri, etyolojisi henüz tam olarak bilinmeyen, gebeliğin erken dönemlerinde meydana gelen bulantı kusmalardır (1-3). Emesis gravidarum, sabah hastalığı, gebelik hastalığı isimleriyle de bilinen gebelikte bulantı-kusma durumu, şiddeti değişmekle beraber tüm gebelerin %50-70'inde yaygın olarak görülüp çoğunlukla menstrual periyottan sonra 2.- 4. haftalarda başlar ve 9.-16. haftalarda ise zirveye ulaşır. Bununla birlikte bulantı-kusma durumunun genellikle 22. gebelik haftasına gelmeden ortadan kalkması beklenmektedir (4-6). Ancak gebelerin çok küçük bir kısmında bulantı-kusma durumu tüm gebelik süresince devam edebilir (7).

Gebelikte bulantı-kusma kadının profesyonel, sosyal ve ailevi yaşamı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmekte ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (8, 9). Semptomların şiddeti ve ortaya çıkış zamanı bireyden bireye değişmekle birlikte, aynı bireyin diğer gebeliklerinde de farklılık gösterebilir (10). Birçok teori ileri sürülmesine rağmen gebelikte bulantı-kusmanın temel nedeni henüz tam olarak tanımlanmamıştır (11). Gebelikte bulantı-kusmanın etiyolojisini araştıran çalışmalar fizyolojik, psikolojik, çevresel ve genetik faktörler üzerinde odaklanmakta ve çoğunlukla gebelikte bulantı-kusmanın psikososyal faktörlerden etkilendiği görüşü ağır basmaktadır (8, 12-14). Plansız gebelik, algılanan stres, sosyal destek yetersizliği, evlilik uyumu ve gebeliğin kabulü gibi etkenlerin gebelikte bulantı kusmaya neden olan en önemli psikososyal faktörler arasında yer aldığı belirtilmektedir (15, 16).

Psikanalitik düşüncede gebelikte bulantı-kusma, anlaşılmayan rahatsızlıklara karşı oluşturulan bir savunma ve kendini ifade etme biçimi olarak tanımlanmaktadır. McCarthy ve arkadaşları şiddetli düzeyde bulantı kusması olan gebelerde psikososyal, davranışsal ve duygusal bozuklukların arttığını belirtmişlerdir (17, 18). Ayrıca literatürde, bulantı kusması olan gebelerin çoğunlukla yalnızlık, suçluluk duygusuna sahip olabileceği, gebeliği sonlandırma kararı alabileceği, bulantı-kusmanın bebeğine olan etkisi konusunda endişe yaşayabileceği, bebeğine yoğunlaşamama ve sadece kendi sağlığını düşünme nedeni ile çeşitli korkular (19) ve bazen de doğum korkusu

yaşayabileceği belirtilmektedir (20). Yapılan taramalarda bulantı kusmanın genellikle gebelikteki psikososyal faktörlerle ilişkisinin değerlendirildiği (21-24) ancak psikososyal sağlığın en önemli tehdit edicilerinden biri olan doğum korkusunun (25) bulantı kusma ile ilişkilendirildiği sınırlı sayıda çalışma yapıldığı görülmüştür (20).

Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla gebelikte psikososyal reaksiyonların tanınması, önlenmesi ve anne-fetüs sağlığı üzerine olan etkilerinin azaltılması gerekmektedir. Bunun için gebe izlemlerinde tıbbi değerlendirme yapılırken, fiziksel değerlendirmenin beraberinde psikososyal değerlendirmenin ve sebep olabilecek risk faktörlerinin ele alınması bütüncül sağlık yaklaşımlarının sağlanması bakımından büyük önem taşımaktadır (26-28). Ebelik bakımı kapsamında planlanan bütüncül sağlık yaklaşımı, gebelikte oldukça sık rastlanan bulantı-kusma şiddetinin psikososyal sağlık durumu ve doğum korkusu gibi faktörlerle ele alınmasının anne-fetüs sağlığı açısından yararlı olabileceği düşünülmektedir. Yapılan incelemelerde konuya ilişkin literatürün yetersiz olduğu görülmektedir. Bu bilgilerden yola çıkarak, gebelikte bulantı-kusma şiddetinin doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeyi ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Bulantı - Kusma

2.1.1. Gebelikte Bulantı Kusmanın Tanımı

Bulantı çoğu insan tarafından deneyimlenen bir duygudur ve çoğu zaman yaklaşan kusma hissinin habercisidir. Bulantı gırtlığın gerisinden ya da epigastriumdan bazen de her ikisinden birlikte gelen genellikle kusmayla sonuçlanan hoş olmayan bir duygudur. Bulantı, mide motilitesinde yavaşlama ve barsak hareketlerinde azalma gibi gastrik hipofonksiyonla ilgili bir durumdur (29, 30).

Kusma ise, mide ve ince barsağın üst kısmında bulunan içeriğin diyafragma ve karın kaslarının kasılması sonucu ağız yolundan çıkarılması olarak tanımlanmaktadır. Bulantı çoğunlukla kusmanın habercisidir, bulantı olmadan kusma durumu olabileceği gibi kusma ile bitmeyen, bazen devamlı olan bulantılarda mevcuttur (31, 32).

Gebelikte bulantı-kusma, emesis gravidarum, sabah hastalığı, gebelik hastalığı adlarıyla da bilinen bu durum, tüm gebelerin %70-80'inde yaygın olarak görülen ve kadının aile, sosyal ve iş hayatı üzerinde olumsuz etki oluşturan bir yakınmadır. Semptomlar genellikle son menstrual periyottan sonra 2.-4. haftalarda başlar ve 9.-16. haftalarda zirveye ulaşır genellikle 22. gebelik haftasına kadar ortadan kalkar (4, 6).

Kadınların %10'ununda bulantı-kusma yakınması, tüm gebelik boyunca sürmektedir. Bu durum gebelerin %0.3-2'sini etkileyen hiperemesis gravidarum (HG) olarak adlandırılan patolojik bir vakaya dönüşmektedir. HG aşırı derecede kusma veya yetersiz beslenme sonucunda, ketozis, elektrolit dengesizliği, vücut ağırlığının %5'ten fazla kaybı ile oluşan ve nörolojik dengesizlik, karaciğer hasarı, retinal hemoraji gibi bulgularla sonuçlanan bir durumdur (12, 33). Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG) kadının yaşam kalitesine olumsuz etkileri olan gebelikte bulantı-kusma durumunun hiperemesiz gravidaruma dönüşmesini engellemek için erken müdahaleyi tavsiye etmektedir (34).

Bazı araştırmacılara göre gebelikte bulantı-kusma durumuna hastalık demek doğru değildir. Bu araştırmacılara göre gebelikte bulantı-kusma, hiperemesiz gravidarum hariç, anne ve fetusu korumaya yönelik bir savunma mekanizmasıdır. Gebelikteki bulantı-kusma gıdalarla dışarıdan alınacak toksinlerin fetüs üzerine olası teratojenik ve embriyo toksik etkilerinden korunmasına yardımcı olur. Bu fikri savunanlar gebelikte bulantı-kusması olanlarda daha az abortus ve fetal ölüm olduğunu ileri sürmektedir (7, 10).

2.1.2. Gebelikte Bulantı Kusmanın Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Gebelik bulantı-kusmasının etyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Bununla birlikte tek bir faktöre bağlı olmadığı ve multifaktöriyel olduğu bildirilmektedir (9). Bazı araştırmacılara göre gebelikte bulantı kusmanın risk faktörleri fetüse ait, anneye ait ve sosyokültürel faktörlere ait olmak üzere 3 kategoride gruplandırılabilceği belirtilmektedir (32, 35).

Fetustan kaynaklanan risk faktörleri; trofoblastik hastalık, trizomi 21, triploid, hidrops fetalis, çoğul gebelik, fetusun cinsiyetinin kız olması gibi faktörlerin gebelikte bulantı kusmaya neden olabileceği bildirilmektedir (36). Anneye ait risk faktörleri arasında gebelikte yüksek yağlı besinler tüketme, adölesan gebelik, ileri yaş gebeliği, östrojen ve β -hCG hormonundaki artış, migren öyküsü varlığı, gebelikten öncesi alkol kullanımı, oral kontraseptif kullanımı, infertilite, obezite, sosyal destek yetersizliği, depresyon öyküsünün olması, anne ya da kız kardeşte gebelikte bulantı-kusma öyküsü varlığı sıralanmaktadır. Sosyokültürel risk faktörleri arasında kırsal alanda yaşama ve ev hanımı gibi faktörler bulunmaktadır (36).

Gebelikteki bulantı kusma etiyolojisinde rol alan faktörler; genetik faktör, plasental mekanizma, hormonal teori, gastrointestinal sistem (gis) dismotilitesi, helicobacter pylori (h. pylori) enfeksiyonu, koku duyusu teorisi ve psikolojik nedenler olarak sıralanabilir (6). Etyolojiden sorumlu tutulan sebeplerin çokluğu da gebelikten kaynaklı bulantı kusma tanısını koymayı güçleştirmektedir. Gebelikte bulantı-kusmadan sorumlu bu kadar etken sıralanmasına rağmen, şu ana kadar bu etkenlerden hiçbirisiyle hastalığın etyolojisi net olarak açıklanamamıştır (37).

Genetik Faktör

Genetik yatkınlık, gebelik için bir risk faktörü olarak görünmektedir. İlk olarak gebelikte bulantı-kusma şikayetinin monozigotik ikiz kızlarda, ikiz olmayan kız kardeşlerle kıyaslandığında monozigotik ikiz kadınlarda bulantı kusma şikayetinde ilaç kullanımının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (38). Anne veya kız kardeşin gebeliklerinde bulantı kusmanın varlığı gebe için risk faktörleri arasındadır. Yapılan çalışmada, bulantı kusma yakınması olan gebelerin geçirmeyen gebelere kıyasla anne ve kız kardeşlerinin daha fazla gebelikte bulantı-kusma yakınmasından etkilendiği belirtilmiştir. Bu bulgular doğrultusunda gebelikte bulantı kusma gelişmesinde genetik yatkınlığın etkili olduğu düşünülmektedir (39).

Plasental Mekanizma

Plasentanın gebelikte bulantı kusmanın etiyolojisinden sorumlu olabileceği öne sürülmektedir (6). Bu hipotezi destekleyen kanıtlar, fetusun bulunmadığı (tam hidatidiform mol) gebeliklerin, bulantı kusma uyarınının fetus değil plasenta tarafından üretildiğini gösteren klinik olarak gebelikte bulantı kusma ile ilişkili olduğu gözlemine dayanmaktadır. Bu hipoteze göre, yaşlı kadınlar, birden fazla doğum yapanlar ve sigara içen kadınlarda plasenta hacmi daha küçük olduğundan gebelikte bulantı kusma sıklığı da az yaygındır (6, 40).

Bazı çalışmalarda gebeliğin ikinci trimesterinde teşhisi konulan hiperemesiz gravidarumun, plasental disfonksiyon bozukluklarının sebep olduğu, preeklampsi ve plasenta abrupsiyo arasında ilişki bulunmaktadır (41, 42).

Hormon Teorisi

Gebelikte bulantı kusmanın klinik belirtileri özellikle gebeliğin ilk trimesterinde ortaya çıkar. Araştırmalar gebelikte bulantı kusmanın etiyolojisinde Beta hCG, östrojen, progesteron ve tiroid hormonlarının da doğrudan ve dolaylı bir şekilde sorumlu olduğunu belirtmektedir (43, 44).

a) Beta hCG

Gebelikte bulantı kusma ve hiperemesiz gravidarumun patolojisinde en sık rastlanan hormon Beta hCG'dir (45). Bazı araştırmalarda bulantı kusmanın başladığı ve zirve yaptığı haftalarda beta hCG hormonunun miktarında da artma olduğu

bildirilmektedir. Ayrıca beta hCG hormon seviyesinin normalden yüksek olduğu trizomi 21, çoğul gebelik ve molar gebelikte bulantı kusma durumunun daha fazla rastlandığı bildirilmektedir. Bununla birlikte gebelikte bulantı kusmada serum β -hCG seviyelerinin normalden fazla artış gösteren çalışmaların yanı sıra, aralarında farklılık bulmayan araştırmalar da mevcuttur(46, 47).

b) Progesteron ve Östrojen

Gebelikte dramatik bir şekilde artan östrojen ve progesteron hormonu bulantı kusma ve hiperemesiz gravidarumun etiyolojisinde rol oynamaktadır (6). Progesteron ve östrojenin düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisi sebebiyle mide motilitesinin yavaşlaması ve gastrik disritmiyle ilişkili olarak bulantı kusma şiddetinin artmasına sebep olabilmektedir (48, 49).

Bununla birlikte bulantı kusması olan gebelerde “kokuya olan duyarlılıkta artma” belirtisinin sebebi artan östrojen hormonu olduğu bildirilmektedir. Gebeliğin birinci trimester döneminde artan östrojen hormonunun olfaktor sistemini etkilediği ve buna bağlı olarak kokuya olan duyarlılıkta artma olduğu belirtilmektedir (19, 50). Bazı kadınların kullandıkları kombine oral kontraseptiflerin içeriğindeki östrojen miktarı arttıkça bulantı-kusma şikayeti de daha fazla görülmektedir. Kombine oral kontraseptif kullanımı sırasında bulantı-kusma şikayeti olan kadınlarda, gebeliğin erken dönemlerinde de bulantı-kusma şikayetinin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (51).

c) Tiroid Hormonları

Gebelik, tiroid bezi ve fonksiyonları üzerinde derin fakat geri dönüşümlü bir etkiye sahiptir. Tiroid disfonksiyon prevalansı tüm gebeliklerin %2-3’ünde görülmektedir (52). Gebelikte tiroid fonksiyonu uyarımında çeşitli mekanizmalar yer alabilir. Miktarı fazlalaşan östrojenin de etkisi altında tiroid bağlayan globulinin üretimi artar ve T4 (tiroksin hormonu) metabolizması yavaşlar. Bunun sonucunda gebelikte T4 seviyesinde geçici bir azalma ortaya çıkar. Yüksek miktarda renal iyot klirensi iyot eksikliğini telafi etmek için tiroid bezinin aşırı uyarılmasına neden olur (53, 54).

Tiroid stimulan hormon (TSH) ve artmış beta hCG yapısındaki benzerlik tiroid bezinin aşırı stimülasyonuna neden olur, bu durum gebelikte geçici hipertiroidizme sebep olur (55). Hiperemesiz gravidarum olan kadınların %70’inde gebelikte hipertiroidizm bulunduğu bildirilmektedir (56).

Kanıt bildirilen klinik çalışmalar, gebelerdeki yüksek beta hCG seviyesi ile tiroid stimlasyonunun artması arasında pozitif korelasyon gösterdiğini bildirmektedir (57). Gebelikte bulantı-kusmayla ortaya çıkan geçici hipertiroidizmin herhangi bir tedaviye gerek kalmaksızın genellikle ikinci trimesterin ortalarına doğru kendiliğinden normal seviyelere indiği bildirilmektedir (56, 58).

Gastrointestinal Sistem (GİS) Dismotilitesi

Gastrik peristaltik hareketler midenin fundusu ile korpusu arasında bulunan gastrik pace-maker bölgesinden başlar. Burada sirküler ve longitudinal kas lifleri arasında yer alan özelleşmiş kajaal hücreleri ritmik elektrik uyarınlarının ortaya çıkmasından sorumludur. Buradan depolarizasyon ve repolarizasyon dalgalarıyla meydana gelen elektrik akımları, dakikada üç kez dairesel ve doğrusal yönde yayılarak, normal mide peristaltizm aralığını oluştururlar (59, 60). Hormonal teoride anlatıldığı gibi progesteron ve östrojenin düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisi sebebiyle mide motilitenin yavaşlaması ve gastrik disritmiyle ilişkili olarak normal gastrik peristaltizm fonksiyonun bozulduğu bu durum gebelikte bulantı kusma şiddetinin artmasına yol açmaktadır (6, 49).

Helicobacter Pylori (H. pylori) Enfeksiyonu

Son zamanlarda birkaç çalışma gebelikte bulantı kusmanın risk faktörleri arasında mikrobiyolojik ajan helicobacter pylorin olduğunu vurgulamaktadır. H. pylori gram negatif, kamçılı, sarmal bir bakteri olmasıyla birlikte akut gastrit, kronik gastrit, gastrik ve duodenal ülserler, foliküler gastrik, gastrik adeno karsinoma ve gastrik lenfoma gibi birçok mide hastalığının etiyolojisinde rol oynamaktadır (15). Gebelikte helicobacter pylorin enfeksiyonu prevelansı sosyoekonomik koşullara, coğrafı bölgelere göre değişmektedir (61).

Helicobacter pylorin enfeksiyonu ve gebelikte bulantı-kusma ilişkisini araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlar ortaya atılmıştır. Bazı çalışmalarda bulantı-kusma olan gebelerde Hp seropozitifliğinin daha yüksek olduğu bildirilmesine rağmen diğerlerinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (62). H. pylori taraması, gebelikte bulantı kusması olan ve hipremesiz gravidarumlu hastalarında, özellikle konvansiyonel tedaviye cevap vermeyen uzun süreli ve ikinci trimestere kadar uzayan vakalarda yapılması önerilmektedir (63).

Koku Duyusu Teorisi

Koku duyusu gebelerdeki bulantı kusmayı tetikleyen nedenlerdendir. Kahve, yemek, sigara, parfüm ve uçucu maddelerin kokusu gebelerdeki bulantı-kusmayı tetikleyen faktörlerdir. Gebeliğin erken döneminde artan östrojen miktarının neden olduğu hiperaktif koku duyusu sisteminin gebelikte bulantı kusma üzerinde önemli bir etkisi olduğu belirtilmektedir (32, 64).

Psikolojik nedenler

Tarihsel süreçte, gebelikte bulantı-kusma çeşitli psikolojik çatışmaları temsil ettiği düşünülmektedir. Gebelikte bulantı kusmanın, kadının olgunlaşmamış kişilik özelliği, anneye aşırı derecede bağımlılık, gebelikten kaynaklı kaygı ve stresin yol açtığı gebeliğe veya anneliğe hazırlıksız oluş gibi ambivalan duygularına karşı bir tepki olarak verildiğine inanılmaktadır (12, 54). Bulantı kusmanın şiddetinin artması sonucu gelişen dehidratasyon ve malnutrisyonun tedavisine rağmen klinik tablosu düzeltilemeyen gebelerin psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (12, 37).

2.1.3. Gebelikte Görülen Bulantı Kusmanın Tanısı ve Şiddetinin

Belirlenmesi

Gebelikte bulantı-kusma tanısı, sadece gebeliğin erken dönemlerinde başlayıp ve bulantı kusmaya neden olacak diğer faktörlerin dışlanmasıyla konulmaktadır. Gebelikte oluşan bulantı kusmanın nedeni her zaman için gebelikle ilişkili olmayabilir. Bundan ötürü bulantı-kusma şikayeti nedeniyle başvuran bir gebede bazı diğer etkenler de göz önünde bulundurulmalıdır (65). Menenjit, appendisit, akut kolesistit, intestinal obstrüksiyon, gastroenterit, pankreatit, pnömoni, akut piyelonefrit ve üst solunum yolu enfeksiyonu gibi hastalıklarda da bulantı-kusma yakınması fazla görülebilmektedir. (37, 65). Bulantı-kusma şiddetinin objektif olarak değerlendirilebilmesi için bazı puanlama testleri gündeme gelmiştir. İlk olarak kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın belirlenebilmesi amacıyla geliştirilmiş olan Rhodes testi altın standart olarak kabul görmektedir (37, 66). Rhodes testinin uzun olması sebebiyle bu puanlama sistemine seçenek olarak, daha temel düzey ve kısa değerlendirme testleri de geliştirilmiştir. Bunlardan biri de PUQE'dir (**P**regnancy- **U**nique **Q**uantification of **E**mesis and **N**ausea) (11).

PUQE Testi

Gebelikte bulantı kusmanın şiddetini tek bir yöntemle değerlendirmek kolay görünmemektedir. Bununla birlikte Gideon Koren gebelikte bulantı-kusma şiddetini ölçen PUQE testini geliştirmiştir (11). Bu testte sırasıyla bulantı, kusma ve öğürmeyi sorgulayan 3 soru bulunmaktadır. İlk başta semptomlar son 12 saat boyunca sorgulanmış olsa da daha sonra son 24 saati kapsayacak şekilde güncellenmiştir (67). PUQE testi Endonezya, Türkçe, İtalyanca, Fransızca ve İspanyolca gibi birçok dile çevrilmiştir. Testin değerlendirmesi semptomun şiddetine göre 1'den 5'e kadar puanlanan 5 farklı kategoriye ayrılmaktadır. PUQE testi değerlendirilmesi puan aralıkları;

- 3-6 ise hafif,
- 7-12 ise orta,
- 13-15 ise ağır düzeyde bulantı-kusma olarak değerlendirilmiştir (67, 68).

2.1.4. Gebelikte Bulantı Kusmanın Belirti ve Bulguları

Gebelikte görülen bulantı-kusma tüm gebelerin %70-80'nini etkilemektedir. Gebelikte bulantı-kusma semptomları hafif düzeyden şiddetli düzeye dönüşebilmekte ve bazen hastaneye yatış gerektirebilmektedir. Hiperemesiz gravidarum ise en şiddetli durum olarak görülmektedir (69). Semptomlar genellikle son menstrual periyottan sonra 2.-4. haftalarda başlar ve 9.-16. haftalarda zirveye ulaşır genellikle 22. gebelik haftasına kadar ortadan kalkar (6). Gebelikte bulantı kusmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Gebelikte bulantı kusması olan hastaların yaşam bulguları genellikle stabildir. Hiperemesiz gravidarum tanısı almış gebelerde ise dehidratasyon ve ortostatik hipotansiyon görülebilir. Gebelikte bulantı kusma şiddetinin arttığı durumlarda dikkatli değerlendirme çok önemlidir (12, 70).

2.1.5. Gebelikte Görülen Bulantı Kusmanın Tedavisi

Gebelikte görülen bulantı kusmanın nedeni tam olarak bilinmediğinden tedavisi, ortaya çıkan semptomlara göre planlanmaktadır. Gebelikte bulantı kusmanın tedavi protokolü bulantı kusmanın şiddetine ve varsa eşlik eden problemlere göre uygulanabilir (32). Gebelikte bulantı kusması hafif seyreden kadınlara, hastanelerin gereksiz prosedürlerinden ve yaşamının kesintiye uğramasından kaçınmak için tedavisinde yalnızca antiemetikler tercih edilebilmektedir (71). Kusması olan fakat bu

kusmadan dehidrate olmayan gebelerin tedavisinde ise, antiemetik tedavisine ek olarak diyet rejimleri ve hidrasyon önerilmektedir (65). Doksan sekiz gebenin katıldığı bir randomize kontrollü çalışmada, antiemetik tedavi ve hidrasyon gibi ayaktan günlük bakımın, gebelere tatmin edici sonuçlar verdiğini ve hastanede yatış süresini azalttığı belirtilmektedir (72).

Royal Collage of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG) rehberinde yataklı tedavi için bazı kıstaslar önerilmektedir. Bu kıstaslardan en az biri mevcutsa hastaneye yatış gerekebilmektedir (65). Bunlar:

- Oral antiemetik tedavisine devam edilmesine rağmen bulantı kusmanın devam etmesi
- Oral antiemetik tedavisine karşın ketonüri veya kilo kaybı (vücut ağırlığının %5'inden fazlasının kaybı) ile ilişkili bulantı kusmanın devam etmesi
- Doğrulanmış ya da şüphe edilen hastalıkların eşlik etmesi (idrar yolu enfeksiyonu) oral antibiyotiklere karşı alerjik reaksiyonlar gibi)

Ayakta tedavi yöntemi kapsamında oral antiemetik, hidrasyon ve diyet rejimi sonrası bulantı kusması hala devam ediyorsa özellikle de elektrolit dengesizliği ve beslenme eksikliği mevcutsa sıvı-elektrolit replasmanı, total parenteral nütrisyon (TPN) veya enteral beslenme tedavisi önerilmektedir (65, 73). Bununla birlikte gebelikte bulantı kusması olan kadınlar farmakolojik tedavi yöntemlerinin fetüse olumsuz etkisi olacağını düşündüğünden, ilk olarak beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerine yönelebilmektedirler. Akupunktur, akupressure, zencefil kökü, hipnoz, hipnoterapi, psikolojik destek, eş ve aile desteği farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerindendir (32).

2.1.6. Gebelikte Bulantı Kusma Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar

Gebelikte bulantı kusma yönetiminde erken müdahale üzerinde dikkatle durulmalıdır. Eğer baş etme yönetiminde geç veya yetersiz kalırsa bu durum ciddi komplikasyonlarla sonuçlanabilir. Hiç şüphesiz erken müdahale gebenin ve ailesinin yaşam kalitesini iyileştirir (19, 74).

Kanıt dayalı uygulama (KDU) kavramı, kişilere kaliteli sağlık hizmeti sağlayabilmek için bakım ortamlarında hasta tercihleri, uygun kaynak, uzman görüşü ve

bilimsel yayınlardan elde edilen kanıtları hastalara en kaliteli bakım hizmetini vermek için bir araya getirme olarak adlandırılmaktadır (75). Gebelikte bulantı-kusma şikayeti olan kadınlara çeşitli girişimler uygulanmaktadır.

Kanıta dayalı uygulama standartlarında; P6 akupressure tedavisinin gebeler üzerinde anlamlı bir etkisi ile ilgili kaynaklar sınırlı iken, akupunktur tedavisinin gebeler üzerinde önemli bir yarar göstermediği bildirilmektedir (76). Tüm antiemetiklerin bulantı-kusma şiddetini azalttığı bununla birlikte uyku eğilimini arttırdığı bildirilmektedir. B6 vitamini kullanımının bulantı-kusma şiddetini azalttığı ve en az yan etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. İlaçların teratojenik etkiye sebep olduğu konusunda ise yeterli kanıt bulunamamıştır (77). Zencefil kullanımının etkinliğinde yapılan vaka kontrol çalışmalarında zencefilin semptomların giderilmesinde plasebodan daha etkili olduğu belirlenmiştir (78).

2.2. Doğum Korkusunun Tanımı

Gebelik, her kadının yaşamında fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden önemli bir olaydır. Gebelik kadın ve ailesine neşe ve mutluluk vermesiyle birlikte, bazı endişe, stres ve korkulara da yol açabilmektedir (79). Doğum ile ilişkili korku *tokofobi* olarak tanımlanmaktadır. Yunan dilinde *tokos* doğum, *phobos* korku anlamını ifade etmektedir (80). Doğum korkusu primipar gebede bilinmezlikten gelen bir korkuya sebep olabilirken, multipar kadınlar da ise yeni bir doğumu nasıl deneyimleyeceği korkusuna neden olabilmektedir (81, 82).

Daha önce doğum deneyimi olmayan yani gebe kalmadan önce oluşan doğum korkusu primer tokofobi olarak adlandırılmaktadır (83, 84). Primer tokofobi adolesan veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkabilir (83). Primer tokofobiye sahip olan kadında gebelik oluşmuşsa bebeği istemesine rağmen doğum korkusu sebebiyle gebeliği sonlandırabilir veya doktorundan elektif sezaryen talebinde bulunabilir (85).

Primer tokofobi kadınlarda baş etmesi çok zor bir durum olduğundan, bu kadınlar çocuk sahibi olmamayı tercih edebilirken bununla birlikte evlat edinmeyi de düşünebilmektedirler (81, 85). Sekonder tokofobi, doğum olayı ile ilişkili, travmatik ya da negatif doğum deneyimi sonrası ortaya çıkmaktadır (84, 86).

Prenatal depresyon belirtisi olarak da ortaya çıkan tokofobi, (prenatal dönemde ortaya çıkan depresyon) çok sık olmamakla birlikte kendisini tokofobiyle birlikte

gösterebilir. Gebelerde doğum öncesi dönemde ortaya çıkan depresif semptomlar, yoğun fobiye ve doğumdan kaçınma gibi tutumlara neden olabilmektedir. Bu gibi durumlarda gebe, sürekli olarak bebeğini doğuramayacağını, doğum gerçekleşse bile öleceğini düşünür (83, 85, 87, 88).

Doğum korkusu gebe kadınlar arasında yaygın bir durumdur. Gebelerde doğum korkusu prevalansı yaklaşık %20-25 olarak bilinmesiyle birlikte %14'nün şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı tahmin edilmektedir (89, 90). Doğum korkusu prevalansı toplumun kültürel özellikleri, gebelik haftası, doğumdan beklentileri, geçmiş deneyimleri, doğum korkusunu tespit etmek için kullanılan yöntemdeki farklılıklardan ötürü farklı oranlarda da bildirilmektedir (91, 92). İskandinav'da yapılan ilk çalışmalarda gebe kadınlardaki doğum korkusu prevalansı %20 olarak bildirilmiştir ve burada gebelerin yaklaşık olarak % 5-10'nun şiddetli doğum korkusu yaşadığı belirtilmektedir (83). Avrupa'da doğum korkusu prevalansı %9-14 arasında değişirken (93) Avustralya'da bu durum %30 oranında görülebilmektedir (94).

2.2.1. Gebelikte Yaşanan Doğum Korkusunun Nedenleri

Literatürde doğum korkusunun sebeplerine ilişkin tutarsız sonuçlar bulunmasına karşın nedenlerinin multifaktöriyel olduğu belirtilmektedir (90, 95). Doğum korkusunu biyolojik (ağrı korkusu, bedene zarar verme korkusu, kişinin kendisinin ya da bebeğinin öleceğine yönelik korku), psikolojik (kişilik özellikleri, geçmişteki travmatik olaylar, zor ya da travmatik obstetrik deneyimler, anneliğe ilişkin kaygı ve anksiyete gibi duygular), sosyal (aile ilişkilerinden duyulan memnuniyetsizlik, sosyal desteğin azlığı, eğitim durumu, düşük sosyoekonomik durum, aile, arkadaşlar, akrabalar ve medya tarafından anlatılan korku dolu doğum hikayeler) ve ikincil faktörler (önceki doğum deneyimi) etkileyebilmektedir (81, 95-97).

Doğumda ağrı korkusu, pariteye bakılmaksızın genel ağrı korkusu ile ilişkili olup, elektif sezaryan oranının artmasının en yaygın sebeplerindendir. Doğum korkusuna sahip olan 100 gebe üzerinde yapılan bir çalışmada, nullipar kadınların % 47'sinin tolere edilemeyen doğum ağrısından korktukları belirtilmektedir (98, 99). Obstetrik öyküsünde abortus, anomalili bebek doğurma ve perinatal kayıp problemlerini yaşayan kadınlarda sonraki gebeliklerinde doğum korkusu yaşama olasılığı daha fazla olarak bulunmuştur (91, 98). Türkiye'de 366 gebe üzerinde yapılan bir çalışmada

gebelerin %50'sinin doğum ağrısı korkusu sebebiyle sezaryanı tercih ettikleri bildirilmiştir (100). Yapılan çalışmalarda gebelerdeki doğum korkusunu, düşük benlik saygısı, çekingenlik, nörotisizm, düşük dışadönüklük gibi kişilik özelliklerinin de etkilediği belirtilmektedir (84, 101).

Gebede bulunan kişilik özellikleri doğumdaki beklentiyi belirlemektedir. Gebede oluşan bu beklentiler ise doğum sırasındaki deneyim ve davranışları etkilemektedir (85, 88). Gebelerde oluşan doğum korkusunun genelde psikopatoloji ve anksiyete ile ilişkili olarak, kaygı ve depresyona sebep olarak doğum korkusu prevalansını arttırdığı bildirilmiştir (101-103). Yapılan bir diğer çalışmada gebelikte %11,6 duygudurum dengesizliği, %6,6 anksiyete bozukluğu bulunan gebelerde 2 kat daha fazla doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir (104).

Depresyon durumu kadının kişilik özellikleri ile önemli derecede ilişkilidir. Gebelikte ortaya çıkan depresyon doğum korkusunu artırabilir veya doğum korkusu gizli bir depresyon semptomu olarak görülebilmektedir (85, 105, 106). Doğum korkusu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla 1642 gebe üzerinde yapılan bir çalışmada, gebelerin %8,8 anksiyete, %8,9 depresyon durumu saptanmıştır. Çalışmada doğum korkusuna sahip olan gebelerin %56,2'sinde anksiyete ya da depresyon görülmemesiyle birlikte, anksiyete ya da depresyon yaşayan gebelerde doğum korkusu 2,4 kat, hem anksiyete hem depresyon durumunun bulunması gebelerde doğum korkusunu, 11 kat daha fazla arttırdığı saptanmıştır (105).

Nullipar kadınlarda doğum korkusu daha yaygın olmasına rağmen, olumsuz ya da travmatik bir doğum deneyimi olan kadınların daha sonraki gebelikte doğum korkusu olasılığı beş kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (106). Daha önce hayatında travmatik bir olay yaşayan kadınların daha fazla doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (107). Cinsel istismar öyküsü bulunanlarda da doğum korkusu yaşanmasında önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (88, 107, 108).

Gebelerde sosyal destek sisteminin az ya da hiç olmaması doğum korkusuna sebep olabilmektedir. Sosyal destek almayan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir. Danimarka'da 30480 gebe ile yapılan bir çalışmada sosyal destek sistemlerinin yokluğu ile doğum korkusu arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (85, 109). Finlandiya'da 278 gebe üzerinde yapılan çalışmada, sosyal destek eksikliği ve aile

ilişkilerinden memnuniyetsizlik durumlarının doğum korkusuna sebep olduğu saptanmıştır (96).

Bazı sosyodemografik özellikleri de (yaş, eğitim seviyesi, çalışma durumu ve ekonomik durum gibi) doğum korkusu için risk faktörü olabilir. Yaşı genç olan, düşük eğitim seviyesine sahip, iş sahibi olmayan gebelerde doğum korkusunun daha fazla olduğu saptanmıştır (93, 109). Adolesan gebelerde yapılan bir çalışma da %75'inden fazlasında doğum korkusu saptanmıştır (110). Bununla beraber düşük gelir düzeyine sahip (93) ve düşük öz-yeterliliğin (111) doğum korkusu ile ilişkili bulunduğu tespit edilmiştir. Daha önce doğuma ilişkin travmatik ve olumsuz deneyimi olmayan kadın ve erkek olmak üzere 3680 kişiye yapılan bir çalışmada medyanın gebeliği ve doğuma karşı olumsuz tutumları şekillendirdiği ve medyanın doğum korkusunu arttırmada önemli bir rol oynadığı, katılımcıların bu olumsuz tutumlar sebebiyle epidural anestezi ve sezaryan doğumu tercih edebilecekleri bildirilmiştir (93).

İkincil nedenler olarak, önceki doğum deneyimi ve parite doğum korkusu için risk faktörü olabilir (106). Nullipar olan gebeler, genelde doğum seyrinin ne şekilde olacağı bilemeyeceğinden, doğum ağrısından ve doğum sırasında kontrol kaybı yaşamaktan korkarlar. Multipar gebelerin doğum korkusunun altında yatan temel etken ise ikincil doğum korkusu diye belirtilen önceki doğum deneyimidir (85, 106).

Nullipar gebelerde doğum korkusu multiparlara oranla daha yüksek bulunmaktadır. Bunun sebebinin doğum deneyimi olmaması olarak belirtilmiştir (99, 112, 113).

Bununla birlikte doğum korkusu şiddeti kategorilerine bakıldığında maternal parite ile doğum korkusu arasındaki ilişki ilginç bulunmaktadır. Multiparların yaşadığı doğum korkusunun düzeyi nullipar gebelere oranla daha şiddetlidir. Nulliparlar genellikle orta derecede doğum korkusu düzeyi saptanırken, multipar gebelerde elektif sezaryena zemin hazırlayan şiddetli düzeyde doğum korkusu olduğu bildirilmektedir (112, 113). Dahası, multipar gebelerdeki travmatik doğum deneyimi, acil sezaryan ve müdahaleli doğumların doğum korkusu şiddeti ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (85, 106, 114).

Storksens ve arkadaşlarının 1357 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada; travmatik, olumsuz doğum deneyiminin doğum korkusunu 4,8 kat daha fazla arttırdığı

bulunmuştur. Doğumda herhangi bir komplikasyon gelişenlerde doğum korkusu 1,9 kat, iki ya da daha fazla komplikasyon gelişenlerde 2,9 kat daha fazla arttığı saptanmıştır (85, 106).

Yapılan bir çalışmada, doğum korkusu, güven eksikliği, ve akranlardan dinlenen negatif doğum hikayelerinin ilk kez anne olacak kadınlardaki perineal yırtılma ve doğumda ağrı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (115).

2.2.2. Gebelikte Bulantı Kusmanın Doğum Korkusu Üzerine Etkisi

Gebelikte bulantı-kusma şiddeti doğum korkusunu tetikleyebilmektedir (20). Gebe olmayan kadınların %13-16'sını etkileyen doğum korkusu, gebelerin çoğunda ise fazlasıyla negatif etki bırakmaktadır (115, 116). Gebelikte bulantı-kusma şiddetinin artması gebenin baş etme mekanizmasını olumsuz etkileyerek doğum korkusu yaşamasına, sonuçta gebelik ve doğum ile ilgili pozitif beklentileri en aza indirmektedir (20, 112, 117-119). Gebenin günlük yaşamı üzerinde etkili olan doğum korkusu, çoğu kadında planlı sezaryan doğumu tercih etmelerine sebep olabilmektedir (111, 118, 120). Doğum korkusu sadece doğum şekli tercihi üzerinde etkili olmayıp, beslenme alışkanlığında ve fiziksel aktivitelerde de değişime neden olabilmektedir (119, 121). Gebelikte artan doğum korkusunun stres ve anksiyete, huzursuzluk, sinirlilik ve uykusuzluk durumuna sebep olabileceği belirtilmektedir (122, 123).

2.3. Gebelikte Psikososyal Sağlık

Gebelik kadınlar için doğal bir yaşam olayı ve önemli bir geçiş sürecidir. Bu dönem kadın için mutluluk ve neşe veren bir durum olmanın yanı sıra, nöroendokrin ve biyo-psikososyal adaptasyonun sağlanması açısından önemli bir süreçtir (26, 25). Psikososyal sağlık; insanın sosyal çevresine çok iyi bir oryantasyon sağlayabilmesi ve yaşadığı çevrede sağlığını olumsuz etkileyebilecek etkenlerin olmaması durumudur(124).

Gebelikte ortaya çıkan psikososyal değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanamayacak kadar çoktur (27). Bu sebeple birçok farklı risk etkenlerle karşılaşma olasılığı bu dönemde daha fazla görülebilmektedir (125). Gebelikte psikosoal sağlık, ailevi durumlar, düşük sosyoekonomik düzey, evlilik-eş ilişkisi, plansız gebelik, genç yaş, olumsuz gebelik deneyimleri, tekrarlayan düşüklükler, travmatik doğum öyküsünden kaynaklı doğum korkusu, gebelikten kaynaklı ortaya çıkan bulantı kusma durumu,

gebelikte sigara kullanımı, ev içi şiddet, düşük özsaygı, devamlı olumsuz düşünme eğilimi, dul olma, gebelikte algıladığı sosyal ve duygusal destek eksikliği ve sosyal izolasyon gibi farklı faktörlerden etkilenebilmektedir (25, 126).

2.3.1. Gebelikte Trimesterlere Göre Ortaya Çıkan Psikososyal Değişimler

Anne ve fetus sağlığı açısından önemli etkilere neden olan psikososyal sorunların, gebeliğin hangi dönemini daha çok etkilediği bilinmemekle birlikte gebelikte her trimesterin kendine göre psikolojik oryantasyon süreci olduğu belirtilmektedir (127, 128). Gebelik dönemini sağlıklı ve huzurlu geçirmek hem kadın için hem de doğacak olan bebek için son derece önemlidir. Sağlıklı bir anneden sağlıklı bebekler dünyaya gelmekte ve bu durum da sağlıklı bir toplumu oluşturmaktadır (129).

Kadının gebelik durumunu, fetüsün varlığını ve annelik rolünü benimsemesi gebelik süresince gelişen bir durumdur. Gebeliğin her birinde, trimesterine göre kadının tepkileri ve üstesinden gelmesi gereken gelişimsel görevleri birbirinden ayrıdır (130). Birçok kadın gebelik ve doğuma ilişkin oluşan sosyal, fizyolojik, psikolojik değişimlere rahat bir biçimde oryantasyon sağlayabilirken, kadınların bazılarında hafif, orta, şiddetli düzeylerde stres, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal problemlere sebep olmaktadır (131).

2.3.1.1. Birinci Trimesterde Ortaya Çıkan Psikososyal Değişimler

Gebeliğin birinci trimesteri belirsizlik ve çelişkili duyguların geliştiği bir dönem olarak belirtilmektedir. Kadınlık-annelik rollerine uyum problemleri, psikolojik sıkıntıyı artırmakla beraber gebelikten çok az haz ve mutluluk duymasına yol açabilmektedir. Bunun sonucunda da gebeliği istememeye kadar giden öfke, huzursuzluk ve saldırganlık türünden duygular yaşamasına sebep olabilmektedir (132, 133). Gebelikte psikolojik sıkıntılar diğer trimesterlerle kıyaslandığında ilk trimesterde daha sık görülmektedir (134).

Tüm gebeliklerin yaklaşık yarısının plansız olması sebebiyle gebelik genellikle beklenmedik bir durum olabilmektedir. Kesin gebelik tanısı, çoğu kadınlarda gebeliğe ilişkin ambivalan duygular yaşatabilmektedir. Birçok kadın gebeliği istemesine rağmen kesin gebelik tanısı aldığı anda, doğru zamanın olmadığını düşünebilmektedir (132).

İlk ortaya çıkan ambivalan duygular; gebelikle birlikte oluşacak değişimler, ekonomik sıkıntılar, profesyonel yaşam üzerine etkisi, kendisini gebeliğe ve anne olmaya hazır hissetmeme duygusu ve gebenin yaşadığı fiziksel-psikososyal sıkıntılar olabilmektedir. Fetüsün rededilmesi durumu, ambivalan duygulardan tamamen farklıdır. Ambivalan duyguların olduğu bu dönemde, anne adayını içe dönük ve pasiftir (130). Bulantı, kusma, halsizlik gibi fiziksel rahatsızlıklar da psikosozal sağlığı etkileyen etmenlerdir (135). Kadının odağı ilk trimester sürecince kendi üzerindedir. Bu durum fiziksel değişimler ve hormon seviyesindeki dalgalanmalara bağlı olarak duygusal değişimlere de yol açabilir (127).

2.3.1.2 İkinci Trimesterde Ortaya Çıkan Psikososyal Değişimler

Bu dönem, bulantı kusma gibi rahatsızlık oluşturan semptomların geçtiği veya hafiflediği ve kadının gebeliğe uyum sağlamasından ötürü denge dönemi olarak da ifade edilmektedir (136). Bu trimesterde annede fetüsün daha gerçek olarak algılanmasına sebep olan birtakım fiziksel değişimler meydana gelmektedir (130).

Uterusun hızla büyümesi ve abdomenden hissedilmesi, gebe tarafından fetüs hareketlerinin hissedilmesi, fetüsün ultrasonografide görüntülenmesi, kalp sesinin duyulması ve cinsiyetinin öğrenilmesi gibi durumlar anne açısından fetüsle olan biyolojik bağı derinleştirerek içselleştirmesine sebep olabilmektedir. Kadında oluşan bu fiziksel değişimler, gebelik olayına oryantasyonu sağlama, gebeliği benimseme ve ilk trimesterde görülen içe dönüklüğün yerini bu trimesterde dışa dönüklülüğe bırakmasına yol açtığı belirtilmektedir (129).

Bununla birlikte anne adayını bu trimesterde fetüsü koruma becerilerine ilişkin kaygı yaşayabilmekte ve bu kaygı kendini narsizm ve içe dönme şeklinde ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Bu trimesterde gebenin giyeceği kıyafetler, beslenme tarzı ve yaşam kalitesi artık daha da önemli olmaya başlamıştır (130, 137). Bu trimesterde ilk trimesterin aksine kendine odaklanış ortadan kalkmış, fetüs üzerinde odaklanmaya başlanmıştır. Gebe bu dönemde çoğunlukla kendini huzurlu hisseder ve bebeğini sağlıklı bir şekilde dünyaya getirmek için enerji harcar (130). Bu süreçte anne adaylarının bedenlerinde meydana gelen yoğun değişimler anne adayını ve eşi tarafından genellikle olumlu karşılanmasına rağmen, bununla beraber bazı annelerin bedenlerindeki bu değişimler olumsuz beden imajına yol açabilmektedir (138).

Birçok kadın gebelik sürecinde artan bir sevgi ihtiyacı hissetmesine rağmen, cinsel yaşamdaki değişimler her kadında farklı seyredebilir (130). Gebelik normal seyreliyorsa, cinsel birliktelik kısıtlanmasına gerek bulunmamaktadır. Anne adayında abortus korkusu mevcutsa, daha önce tekrarlayan gebelik kaybı ya da infertilite tedavisi almış olan çiftlerde ilişki kısıtlanabilmektedir (139).

2.3.1.3. Üçüncü Trimesterde Ortaya Çıkan Psikososyal Değişimler

Bu trimester, gebe için yorgunluk ve halsizlik dönemi olarak görülmektedir. Gebeliğin ilerlemesi, uterus hacminin artması ve bunun sonucunda da yorgunluk, halsizlik ve varis gibi problemlerin ortaya çıkabilmektedir. Bu dönemde anne adayı için kendisini psikolojik yönden de doğuma hazırlanma ihtiyacı ortaya çıkabilmektedir (138). Üçüncü trimesterde anne adayının doğum ve bebek için hazırlıklara başlama, bebeğin odasını hazırlama, kıyafetlerini alma, bebek için isim düşünme gibi aktiviteler görülmektedir. Bununla beraber gebe kadın doğum hakkında bilgi alarak endişesini azaltmaya yönelmiştir. Gebe kadından bu süreçte “anne olacağım” demesi yani bu dönemin gelişimsel görevini gerçekleştirmesi gerekmektedir (130, 140).

Gebe kadında bu trimester, duyarlılığın artmasına, duygusal olarak bağımlı hale gelmesine ve doğum korkularına sebep olabilmektedir (141). Üçüncü trimesterde duyarlılığın artması sonucu gebe kadın, bebeğini koruyamayacağı ve ona zarar geleceği konusunda endişe duyarak, bu durumun fantezilere ve korkulu rüyalara yol açmasına sebep olmaktadır (140). Anne adayı bu süreçte fiziksel ve psikososyal destek ihtiyacını karşılamak amacıyla çevresindekilere ve başta eşine bağımlı olabilmektedir. Bağımlı olma düzeyi gebeden gebeye değişmekle beraber, çoğunlukla kadın eşine her zaman ulaşabileceğinden emin olmak amacıyla telefonla sık sık arayabilir ve bu durumun eşi tarafından anlaşılmasını beklemektedir (130).

Gebelikte psikososyal sağlığın olumsuz etkileyen en önemli faktörlerden birisi de doğum korkusudur (25). Bu korku, gebelikten önce de ortaya çıkabilirken, bu trimesterde daha da artmakta ve bazı komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir (141). Bu trimesterde, gebenin ilk trimesterde içinde bulunduğu ambivalan durumlar tekrar ortaya çıkmaktadır. Gebe bebeğini istemekte ancak doğumdan korkmaktadır (130). Çoğu gebe doğum zamanını tam olarak belirleyememe kaygısı, hastaneye yetişememe gibi korkular yaşayabilir. Bu trimesterde, primipar

gebeler çoğunlukla bilinmeyen korkusu yaşayabilirken, multipar gebeler ise birşeylerin yanlış gideceği korkusu yaşayabilmektedir (139). Gebenin doğumu planladığı hastane ve doktoruna güvenmesi, doğum ile ilgili ayrıntılı eğitim ve danışmanlık alması doğum korksu ve bebeğiyle ilgili kaygıları da azaltır (133). Gebelerin her üç trimesterde de ortaya çıkabilecek duygusal, davranışsal ve psikososyal uyum göstergelerini dikkate almak gebelerin fiziksel sağlığı kadar önemli olduğu düşünülen psikososyal sağlığın da değerlendirilmesinde önemlidir. Ebelerin, prenatal bakım niteliğini artabilmesi için, kavramsal çerçevede bu göstergeleri, gebelikte psikososyal sağlığı ve önemini bilmelerinin önemli olduğu düşünülmüştür (140).

2.3.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığının Sürdürülmesinde Ebeğin Rolü

Gebelikte psikososyal sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi, anne ve fetus sağlığı açısından önemlidir. Gebelikte psikososyal sağlık, gebelikte sigara ve alkol kullanımı, madde bağımlılığı, düzenli spor yapma gibi sağlık alışkanlıkları, gebenin yaşı, sosyoekonomik durumu, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, eşinin çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikler, plansız gebelik, gebeliğin sebep olduğu güçlükler ve ortaya çıkardığı gereksinimler, aile içi şiddet, sosyal ve duygusal destek yetersizlikler tarafından etkilenmektedir (138, 140).

Gebelikte psikososyal sağlığı olumsuz etkileyen bu etkenlerin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi, gebenin ve fetusun sağlığı üzerinde olan olumsuz etkenlerin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı bakımlarının geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır (27, 142). Psikososyal sağlık düzeyini belirlemenin önemini araştıran bir çalışmada; gebelik izlemlerinde psikososyal sağlığa yönelmenin, anne sağlığını ve doğum sonuçlarını iyileştirme açısından çok önemli olduğu bildirilmektedir (140). Psikososyal sağlığı korumak ve geliştirmek için ebe, gebelik izlemleri süresince gebenin ve ailesinin kaygı ve endişelerini ifade etmelerine, başa çıkma becerilerini kullanabilmelerine, evlilik-eş ilişkilerinin düzenlenmesine olanak sağlayan önemli bir sağlık profesyonelidir (133). Ebe, gebelik izlemleri boyunca gebelerin psikososyal sağlık düzeyini belirlenmesinde, sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde çoğunlukla eğitim ve danışmanlık rolünü yerine getirmekle beraber aile, kültür, din ve farklı etmenlerin gebelik üzerinde oluşturduğu etkilerini ve sosyal destek gereksinimlerini ortaya çıkartılmasında primer sorumludur (139, 143).

2.4. Psikososyal Açıdan Gebelikte Bulantı-Kusma ve Ebelik Yaklaşımı

Gebelikte bulantı kusmanın etiyolojisinin multifaktöriyel olduğu ve sebebinin henüz tam olarak anlaşılamadığı bildirilmektedir (144). Gebelikte bulantı kusmanın çoğunlukla psikolojik bileşenlere sahip olduğu belirtilmektedir (145). Çünkü gebelikte bulantı kusması olan kadınlarda kişilik bozukluğu, plansız gebelikler, ileri derecede bağımlılık, gebelikten kaynaklı anksiyete, histeri, nevroz ya da depresyon gibi belirtiler yaygın olarak görülebilmektedir (145, 146).

Gebelik boyunca çok sık rastlanan psikolojik bozukluklarından depresyon, önemli bir sağlık sorunudur (147). Örneğin, depresyon fetal ve maternal sağlığını etkileyip, gebelik boyunca hipertansif bozukluklar ve preterm doğum gibi komplikasyonlara yol açabilmekte ve fetusta düşük doğum ağırlığına ve düşük apgar skoruna neden olabilmektedir (148). Yapılan bazı çalışmalarda gebelikte bulantı-kusma ve antepartum depresyon arasında bir ilişki gösterilmiş olmakla birlikte, gebelikte bulantı kusmaya sahip olan kadınlarda risk faktörleri ve bulantı kusmanın şiddeti üzerinde çok az araştırma yapıldığına dikkat çekilmektedir (149, 150).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, gebelerde bulantı-kusma şiddetinin doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeyi ile ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü Kadın Doğum Polikliniklerinde yapıldı. Araştırma Eylül 2017 - Temmuz 2018 tarihleri arasında yürütüldü. Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü'nde 6 adet Kadın Doğum Polikliniği mevcuttur. Her bir poliklinikte 1 doktor ve 1 ebe veya hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü Kadın Doğum Polikliniklerine müracaat eden gebeler oluşturmuştur. Bu polikliniklere hastane kayıtlarına göre 2016 yılı içinde 86.550 gebe başvurmuştur. Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü, %99 güven aralığı ve %80 temsil gücüyle en az 659 gebe olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya alınma kriterlerine uyan gebeler, ilgili evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- 18 ve üzeri yaş grubunda olan,
- Gebeliğin 5-16. haftasında olan,
- Mol hidatiform, ektopik gebelik ve çoğul gebeliği olmayan,
- İletişime açık, ruhsal ve mental olarak sağlıklı olan gebeler çalışma grubunu oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, "Kişisel Bilgi Formu", "PUQE Testi, "Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu" ve "Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği" aracılığı ile elde edilmiştir

Kişisel Bilgi Formu (EK 2): Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, gebenin sosyo-demografik (gebenin yaşı, eğitim ve çalışma durumu, gelir durumu ve aile tipi) özelliklerinden 5 soru, obstetrik (şu andaki gebelik haftası ile gebelik öyküsü) özelliklerinden 4 soru olmak üzere toplamında 9 sorudan oluşmaktadır.

PUQE Testi (EK3): Bulantı-kusma durumu var olan hastalarda klinik değerlendirmenin objektif olarak değerlendirilebilmesi açısından bir takım skorlama testleri geliştirilmiştir. Geliştirilen skorlama testlerinden esas olarak kemoterapiye bağlı bulantı-kusma durumunun değerlendirilmesi için kullanılan Rhodes testi, gebeliğe bağlı bulantı-kusma şikayetinin değerlendirilmesinde de kullanılabilmektedir(11, 66).Rhodes testi bulantı-kusma şikayetinin belirlemede altın standart olarak kabul görse de, soru sayısının çok fazla olmasından dolayı kullanışlı olmadığı bildirilmektedir. Öte yandan Rhodes puanlama sisteminden uyarlanarak hazırlanan gebelikte bulantı-kusma şiddetini değerlendiren PUQE'nin, Rhodes testi kadar değerli ve hassas bir değerlendirme skalası olduğu saptanmıştır (11, 151).

PUQE testinde sırasıyla bulantı, kusma ve öğürmeyi sorgulayan 3 soru bulunmaktadır. İlk başta semptomlar son 12 saat boyunca sorgulanmış olsa da daha sonra son 24 saati kapsayacak şekilde güncellenmiştir (67). Sucu ve ark (2009)'nın Türk gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada, PUQE testinin gebelikte bulantı kusma şiddetinin değerlendirilmesi kullanımında uygun bir araç olduğunu belirtmişlerdir (152). PUQE testinin değerlendirmesinde toplam puan 3-6 ise hafif, 7-12 ise orta, 13-15 ise ağır düzeyde bulantı kusma olarak değerlendirilmiştir (11).

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (EK 4): Gebelerin yaşadığı doğum korkusu düzeyinin belirlenmesi amacıyla geliştirilen Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunu Wijma ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (153). Türkçeye uyarlaması 2009 yılında Körükçü ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. W-DEQ A versiyonu 33 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki yanıtlar 0'dan başlayıp 5'e kadar numaralandırılmış olmakla birlikte, altılı likert tipte bir ölçektir. Sıfır

“tamamen”, 5 ise “hiç” şeklinde ifade edilmektedir. Ölçeğin minimum puanı 0 iken, maksimum puanı 165’dir. Toplam puanın yüksek olması yüksek düzeyde korkuyu göstermektedir. Kesme değeri olarak 85 puan alınmaktadır. Seksen beş ve üzeri puan klinik düzeydeki korkuyu göstermektedir.

- W-DEQ puanı ≤ 37 hafif düzeyde,
- W-DEQ puanı = 38-65 orta düzeyde,
- W-DEQ puanı = 66-84 şiddetli düzeyde,
- W-DEQ puanı ≥ 85 klinik düzeyde korkusunu belirtmektedir.

Negatif yönlü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçeğin Cronbach’s alfa değeri primipar gebeler için 0,88, multipar gebeler için 0,90 olarak bildirilmiştir (154). Bu araştırmada Cronbach’s alfa değeri 0,88’dir.

Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)(EK 5):

Gebenin psikososyal sağlık durumunu ve bu durumu etkileyen etkenler açısından hangi özelliklerde problem olup olmadığını saptamak amacıyla oluşturulan GPSDÖ, Yıldız tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir (154). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği toplam 46 madde ve altı alt boyutu kapsamaktadır. Ölçeğin alt boyutları psikososyal sağlığı etkileyen etkenler açısından bir problem olup olmadığını saptamaktadır. Ölçekte;

- ✓ “Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler”i ifade eden maddeler (1,2,3,4,5,6,7,8,18,19,20,32,34) birinci alt boyutu
- ✓ “Kaygı ve strese ait özellikler”i ifade eden maddeler (9,10,11,12,36,37,38,40) ikinci alt boyutu
- ✓ “Aile içi şiddete ait özellikler”i ifade eden maddeler (21,22,23,24,25,26,27,43) üçüncü alt boyutu
- ✓ “Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler”i ifade eden maddeler (16,17,28,29,30,41,45) dördüncü alt boyutu
- ✓ “Ailesel özellikler”i ifade eden maddeler (31,33,35,42) beşinci alt boyutu ve
- ✓ “Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler”i ifade eden maddeler (13,14,15,39,44,46) altıncı alt boyutu oluşturmaktadır.

Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği toplam 46 maddeden oluşup 5’li likert tipinde bir ölçektir. Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer belirlenir ve 1 ile 5 arasında sonuç saptanır. Sonuç olarak toplam puan 5’ten uzaklaşıp 1’e yaklaştıkça gebelikte psikososyal sağlıkta o düzeyde problem olduğunu gösterir ve 1 puan psikososyal sağlığın çok kötü olduğunu ifade eder. Alt boyutlarda da aynı değerlendirme geçerli olup ve puan 1’e yaklaştığında o faktöre ait sorun olduğunu gösterir. “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme” ölçeğinin Cronbach’s alfa güvenirlik katsayısı 0.93 olarak saptanmıştır (154). Bu araştırmada Cronbach’s alfa değeri 0,75’dir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Eylül 2017 - Mart 2018 tarihleri arasında Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü Kadın Doğum Polikliniklerine izlem amacıyla gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden elde edilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından hafta içi günlerde, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak her bir gebe için yaklaşık 10-15 dakikada toplanmıştır.

3.6.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Gebelerin Doğum Korkusu ve Psikososyal Sağlık Düzeyi ölçeklerinden elde edilecek puanlar

Bağımsız Değişken: Gebelikte Bulantı-Kusma Şiddeti

3.7. Verilerin Analiz

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20.0 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max) yanı sıra, tek yönlü varyans analizi, tukey testi ve pearson korelasyon analizi kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı’ndan etik onay (Karar No: 2017/16-3) (EK 6), araştırmanın yapılması için Malatya Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği’nden araştırma izni (EK 7) alındı. Bununla birlikte araştırmaya başlamadan önce, tüm gebelere bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK 10) okunarak sözlü ve yazılı

izinleri alındı. Araştırmaya katılan gebelere çalışmanın adı, amacı, planı, süresi ve elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklandı.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=659)

Değişken	Ort. $\pm$ SS	
Yaş (yıl)	27.84 $\pm$ 5.32	
Gebelik haftası	11.40 $\pm$ 5.61	
	n	%
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	13	2.0
Okur-yazar-ilkokul mezunu	102	15.5
Ortaokul mezunu	139	21.0
Lise mezunu	257	39.0
Yükseköğrenim mezunu	148	22.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	144	21.9
Çalışmıyor	515	78.1
Gelir Durumu Algısı		
İyi	227	34.4
Orta	417	63.3
Kötü	15	2.3
Aile Tipi		
Çekirdek aile	571	86.6
Geniş aile	88	13.4
Gravida		
Primigravida	238	36.1
Multigravida	421	63.9
Önceki Gebeliklerinde Bulantı-Kusma Durumu (n =421)*		
Evet	369	56.0
Hayır	52	7.9
Anne ve Kız Kardeşte Bulantı-Kusma Hikayesi		
Evet	502	76.2
Hayır	151	22.9
Bilmiyor	6	0.9

*Multipar gebe sayısı

Araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’ de verildi. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27.84 ± 5.32 ’dir. Gebelerin %39.0’unun lise mezunu olduğu, %78.1’inin çalışmadığı, %63.3’ünün ekonomik durumunun orta derece olarak algıladığı, %86.6’sının çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlendi.

Gebelerin %63.9’unun multigravida olduğu, %56.0’sının önceki gebeliklerinde bulantı kusma şikayeti olduğunu ve %76.2’si annesinin ve kız kardeşinin gebeliklerinde bulantı-kusma hikayesi olduğunu ifade etti.

Tablo 4.2. PUQE Testi Sınıflandırılması ve Alınan PUQE Testi Toplam Puan Ortalamasının Dağılımı (n=659)

PUQE Sınıflandırılması	n	%
Hafif (3 - 6 puan)	102	15.5
Orta (7 - 12 puan)	511	77.5
Ağır (13 - 15 puan)	46	7.0
PUQE Toplam (Ort.± SS)	9.05±2.30	

Tablo 4.2’de PUQE testi sınıflandırılması ve alınan PUQE testi toplam puan ortalamasının dağılımı verilmiştir. Gebelerin %15.5’inin hafif, %77.5’unun orta ve %7.0’ının ağır düzeyde bulantı-kusma şikayetinin olduğu saptandı. Bulantı kusması olan gebelerin PUQE testi toplam puan ortalaması 9.05 ± 2.30 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. W-DEQ-A Ölçeğine Göre Gebelerdeki Doğum Korkusu Düzeyi ve Alınan W-DEQ- A Toplam Puan Ortalamasının Dağılımı (n=659)

W-DEQ-A Korku düzeyi	n	%
Hafif (≤ 37 puan)	37	5.6
Orta (38 - 65 puan)	207	31.4
Şiddetli (66 - 84 puan)	289	43.9
Klinik (≥ 85 puan)	126	19.1
W-DEQ-A Toplam (Ort.± SS)	69.97±19.07	

Gebelerin W-DEQ-A ölçeğine göre gebelerdeki doğum korkusu düzeyi ve alınan W-DEQ-A toplam puan ortalamasının dağılımı Tablo 4.3'te gösterilmektedir. Gebelerin %5.6'sı hafif düzeyde, %31.4'ü orta düzeyde, %43.9'u şiddetli düzeyde ve %19.1'i klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Bu araştırmada gebelerin W-DEQ-A toplam puan ortalamasının 69.97 ± 19.07 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Gebelerin GPSDÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n =659)

GPSDÖ Toplam ve Alt Boyutları	Alınabilecek en düşük - en yüksek değer	Alınan en düşük - yüksek değer	Alınan puan ortalaması (Ort.±SS)
GPSDÖ Toplam	1-5	1.83-4.41	3.25 ± 0.30
Gebelik ve Eş İlişkisi	1-5	1.23-5	2.15 ± 0.55
Kaygı ve Stres	1-5	1.38-4.88	3.53 ± 0.58
Aile İçi Şiddet	1-5	1.75-5	4.63 ± 0.66
Psikososyal Destek Gereksinimi	1-5	1.57-5	3.54 ± 0.45
Ailesel Özellikler	1-5	1-5	2.04 ± 0.69
Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişiklikler	1-5	1-5	3.86 ± 0.68

Tablo 4.4’te Gebelerin GPSDÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Bu araştırmada gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalamasının 3.25 ± 0.30 , GPSDÖ’den aldıkları minimum puanın 1.83, maksimum puanın ise 4.41 olduğu belirlenmiştir.

Tablo incelendiğinde; gebelerin “gebelik ve eş ilişkisi” alt boyutu puan ortalamasının 2.15 ± 0.55 , “kaygı ve stres” alt boyutunda 3.53 ± 0.58 , “aile içi şiddet” alt boyutunda 4.63 ± 0.66 , “psikososyal destek gereksinimi” alt boyutunda 3.54 ± 0.45 , “ailesel özellikler” alt boyutunda 2.04 ± 0.69 , “gebeliğe ilişkin fiziksel - psikososyal değişiklikler” alt boyutunda 3.86 ± 0.68 olduğu belirlenmiştir. Tüm alt boyutlarda alınabilecek en düşük puan 1, en yüksek puan ise 5’tir.

Tablo 4.5. Gebelerin PUQE Testi Sınıflandırılmasına Göre W-DEQ-A Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n= 659)

PUQE sınıflandırılması	n	%	W-DEQ-A versiyonu	
			Ort.±SS	Test ve p değeri
Hafif (3-6 puan)	102	15.5	65.65 ± 14.93 ^a	F=11.872 p=0.000* c>a,b
Orta (7-12 puan)	511	77.5	69.76 ± 19.89 ^b	
Ağır (13-15 puan)	46	7.0	81.80 ± 12.19 ^c	

F= Tek yönlü varyans analizi

*p<0.001

Tablo 4.5'te Gebelerin PUQE testi sınıflandırılmasına göre W-DEQ-A ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

W-DEQ-A toplam puan ortalamasının bulantı kusma şiddeti “hafif” düzeyde olan gebelerde 65.65 ± 14.93, “orta” düzeyde olan gebelerde 69.76 ± 19.89, “ağır” düzeyde olan gebelerde 81.80 ± 12.19 olduğu belirlendi. Gruplar arasında farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu (p<0.001) ve bulantı kusma şiddeti ağır olan gebelerin hafif ve orta düzeyde bulantı kusma şiddeti yaşayan gebelere göre daha fazla doğum korkusu yaşadığı belirlendi (c>a,b).

Tablo 4.6. Gebelerin PUQE Testi Sınıflandırılmasına Göre GPSDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n =659)

Ölçekler	PUQE Sınıflandırılması			Test ve p değeri	
	Hafif (3-6 puan)	Orta (7-12 puan)	Ağır (13-15 puan)		
	(n=102)	(n=511)	(n=46)		
GPSDÖ Alt Boyutları					
Gebelik ve Eş İlişkisi	2.27 ± 0.51 ^a	2.12 ± 0.56 ^b	2.18 ± 0.55 ^c	F=3.059	a>b p=0.048*
Kaygı ve Stres	3.49 ± 0.62	3.54 ± 0.58	3.43 ± 0.48	F=0.946	p=0.389
Aile İçi Şiddet	4.39 ± 0.83 ^a	4.67 ± 0.62 ^b	4.70 ± 0.54 ^c	F=7.883	b,c>a p=0.000**
Psikososyal Destek Gereksinimi	3.56 ± 0.52	3.53 ± 0.44	3.51 ± 0.43	F=0.204	p=0.816
Ailesel Özellikler	2.19 ± 0.71	2.01 ± 0.68	2.06 ± 0.80	F=3.003	p=0.050
Gebeliğe İlişkin Fiziksel- Psikososyal Değişiklikler	3.90 ± 0.66 ^a	3.88 ± 0.67 ^b	3.47 ± 0.67 ^c	F=8.185	a,b>c p=0.000**
GPDS Toplam	3.26 ± 0.31	3.25 ± 0.30	3.20 ± 0.24	F=0.774	p=0.462

F= Tek yönlü varyans analizi

*p<0.05

**p<0.001

Tablo 4.6’da gebelerin PUQE testi sınıflandırılmasına göre GPSDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. GPSDÖ’nin gebelik ve eş ilişkisi alt boyutu puan ortalamasının gebelikte bulantı-kusma şiddeti hafif olanlarda 2.27 ± 0.51, bulantı-kusma şiddeti orta düzeyde olanlarda 2.12 ± 0.56, bulantı-kusma şiddeti ağır olanlarda 2.18 ± 0.55 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p<0.05). Farklılığın hafif ve orta düzey bulantı-kusma şiddeti

yaşayanlar arasından kaynaklandığı ve psikososyal sağlık düzeyinin hafif düzeyde bulantı-kusma şikayeti olan gebelerde daha iyi olduğu saptandı ($a>b$).

GPSDÖ'nin aile içi şiddet alt boyutu puan ortalamasının gebelikte bulantı-kusma şiddeti hafif olanlarda 4.39 ± 0.83 , bulantı-kusma şiddeti orta düzeyde olanlarda 4.67 ± 0.62 , bulantı-kusma şiddeti ağır olanlarda 4.70 ± 0.54 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.05$). Farklılığın hafif ve orta düzey ile hafif ve ağır düzey bulantı-kusma şiddeti yaşayanlar arasından kaynaklandığı saptandı. Gebelikte hafif düzeyde bulantı-kusma şikayeti yaşayan gebelerin orta ve ağır düzeyde bulantı-kusma şikayeti yaşayan gebelere oranla aile içi şiddet açısından daha kötü psikososyal sağlık düzeyine sahip olduğu belirlendi ($b,c>a$).

GPSDÖ'nin gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler alt boyutu puan ortalamasının gebelikte bulantı-kusma şiddeti hafif olanlarda 3.90 ± 0.66 , bulantı-kusma şiddeti orta düzeyde olanlarda 3.88 ± 0.67 , bulantı-kusma şiddeti ağır olanlarda 3.47 ± 0.67 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.05$). Farklılığın ağır ve hafif düzey ile ağır ve orta düzey bulantı kusma şiddeti yaşayanlar arasından kaynaklandığı saptandı. Bulantı-kusma şiddeti ağır olan gebelerdeki gebeliğe ilişkin fiziksel ve psikososyal değişikliklere yönelik psikososyal sağlık düzeyinin, bulantı kusma şikayeti hafif ve orta düzeyde olan gebelere oranla daha kötü olduğu belirlendi ($a,b>c$).

PUQE testi sınıflandırılmasına göre GPSDÖ'nin “kaygı ve stres”, “psikososyal destek gereksinimi” ve “ailesel özellikler” alt boyutları ile GPSDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Gebelerin PUQE, W-DEQ-A ve GPDSÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=659)

ÖLÇEKLER	r	p
PUQE - W-DEQ-A	0.152	0.000*
PUQE - GPDSÖ	-0.082	0.036**
W-DEQ-A - GPDSÖ	-0.140	0.000*

r : Pearson korelasyon analizi

*p<0.001

**p<0.05

Tablo 4.7’de gebelerin PUQE, W-DEQ-A ve GPDSÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. PUQE testi puan ortalaması ile W-DEQ-A ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde önemli bir ilişki olduğu ve bulantı kusma şiddeti arttıkça doğum korkusunun da önemli düzeyde arttığı belirlendi (r=0.152; p<0.001).

Gebelerin PUQE testi puan ortalaması ile GPDSÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf düzeyde önemli bir ilişki olduğu ve bulantı kusma şiddeti arttıkça psikososyal sağlık düzeyinin önemli düzeyde azaldığı belirlendi (r=-0.082; p<0.05).

W-DEQ-A ölçeği puan ortalaması ile GPDSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde önemli bir ilişki olduğu ve doğum korkusu arttıkça psikososyal sağlık düzeyinin önemli düzeyde azaldığı belirlendi (r=-0.140; p<0.001).

5. TARTIŞMA

Gebelikte bulantı-kusma şiddetinin doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmada; gebelerin PUQE toplam puan ortalamasının 9.05 ± 2.30 olduğu ve %15.5'inin hafif, %77.5 orta ve %7'sinin ağır düzeyde bulantı-kusma şikayeti olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Effat-Jafari-Dehkordi ve arkadaşlarının İran'da yapmış oldukları bir çalışmada gebelikte bulantı-kusma şikayeti yaşayan gebelerdeki PUQE toplam puan ortalamalarının 8.44 ± 1.87 ve 9.55 ± 2.05 arasında değiştiği belirtilmiştir (156). Balık ve arkadaşlarının emesis gravidarum ile duygudurum bozuklukları ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, PUQE toplam puan ortalamasının 9.7 ± 2.16 olduğu bulunmuştur (22). Buna karşın Timur ve Kızılırmak'ın erken gebelikte bulantı-kusma sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada bulantı-kusma şikayeti olan gebelerin PUQE toplam puan ortalamasının 5.76 ± 2.60 olduğu belirlenmiştir (157). Bulantı kusmanın etiyolojisinin makul teoriler öne sürülmesine rağmen tamamen açıklanamamasının (158) ve toplumdan topluma, aynı toplumda yaşayan gebelerde bireyden bireye ya da aynı bireyin farklı gebeliklerinde değişkenlik göstermesinin bu farklılığa neden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, bulantı kusma şiddeti ağır olan gebelerin hafif ve orta düzeyde bulantı kusma şiddeti yaşayan gebelere göre daha fazla doğum korkusu yaşadığı belirlendi ($p<0.001$; Tablo 4.5). Gebelikte bulantı-kusma etiyolojisinin fiziksel, emosyonel, sosyal ve psikolojik birçok faktörle ilişkili olduğu belirtilmektedir (159). Gebelikte yaşanan bulantı-kusma şikayetini özellikle emosyonel, sosyal ve psikolojik açıdan incelemeyi amaçladığımız bu araştırmada, psikososyal sağlık düzeyi yanında önemli bir etken olabileceğini düşündüğümüz doğum korkusunu da ele aldık. Yaptığımız literatür taraması sonucunda bulantı kusma şiddetinin doğum korkusu ile ilişkisinin incelendiği sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Kuo ve arkadaşları tarafından 150 gebe üzerinde yapılan bu araştırmada, bulantı kusma şiddeti ile prenatal kendini değerlendirme ölçeği alt boyutlarından olan doğum korkusu arasında önemli bir ilişki bulunmuş ve bulantı kusma şiddeti ağır olan gebelerin daha fazla doğum korkusu

yaşadığı belirtilmiştir ($p<0.001$) (20). Bu araştırmada benzer şekilde PUQE testi puan ortalaması ile doğum korkusu puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu ve bulantı-kusma şiddeti arttıkça doğum korkusunun anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ($p<0.001$; Tablo 4.7). Elde edilen bulgunun literatürle uyumlu olduğu görüldü

GPSDÖ'nin gebelik ve eş ilişkisi alt boyutu puan ortalamasının gebelikte bulantı-kusma şiddeti hafif olanlarda 2.27 ± 0.51 , bulantı-kusma şiddeti orta düzeyde olanlarda 2.12 ± 0.56 , bulantı-kusma şiddeti ağır olanlarda 2.18 ± 0.55 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.05$; Tablo 4.6). Farklılığın hafif ve orta düzey bulantı kusma şiddeti yaşayanlar arasından kaynaklandığı belirlendi. Hafif düzeyde bulantı-kusma şikayeti olan gebelerin gebelik ve eş ilişkisi yönünden sahip oldukları psikososyal sağlık düzeyinin, orta düzey bulantı-kusma şiddeti yaşayanlara göre daha iyi olduğu görüldü. Bu bulgu gebelik ve eş ilişkisine yönelik psikososyal iyilik halinin bulantı-kusma şikayetini azalttığı ve eşlerin gebelere vermiş olduğu desteğin bulantı-kusma ile baş etme mekanizmasını güçlendirdiği şeklinde yorumlanabilir. Yapılan bir çalışmada benzer şekilde, gebelikte bulantı-kusma şikayeti yaşayan gebelerin yakın çevreden aldıkları sosyal desteğin bulantı-kusma şikayetini azaltacağı belirtilmiş ve bu çalışmada bulantı-kusması olan gebelerdeki eş ilişkisi ve uyumunun maternal psikososyal oryantasyonu etkileyen önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (20). Bu açıdan değerlendirildiğinde elde edilen bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Araştırmamızda elde edilen bulgunun aksini gösteren çalışmalara da rastlanmıştır. Yekenkunrıl ve Mete'nin 400 gebe üzerinde yaptıkları bir çalışma da, bulantı kusmanın evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişki incelenmiş ve gebelerin eş ilişkisi durumları ile gebelikte bulantı-kusma durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (12). Bu farklılığın, kültürel etmenler, kadın ve ailenin sosyoekonomik düzeyi gibi bir takım etkenlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

GPSDÖ'nin aile içi şiddet alt boyutu puan ortalamasının gebelikte bulantı-kusma şiddeti hafif olanlarda 4.39 ± 0.83 , bulantı-kusma şiddeti orta düzeyde olanlarda 4.67 ± 0.62 , bulantı-kusma şiddeti ağır olanlarda 4.70 ± 0.54 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.05$; Tablo 4.6). Gebelikte hafif düzeyde bulantı-kusma şikayeti yaşayan gebelerin orta ve ağır düzeyde bulantı-kusma

şikayeti yaşayan gebelere oranla aile içi şiddet açısından daha kötü psikosozal sağlık düzeyine sahip olması dikkat çekici bir bulgudur. Bu bulgu bulantı-kusma şikayetinin aile içi şiddet algısından etkilendiği ve aile içi şiddet açısından psikosozal sağlık düzeyi kötü olan gebelerin daha az bulantı kusma şikayeti yaşadığını göstermektedir. Literatürde bulantı kusma şiddeti ve aile içi şiddete yönelik psikosozal sağlık düzeyinin incelendiği sadece bir çalışmaya rastlanılmıştır. Silverman ve arkadaşlarının şiddete uğrayan gebelerdeki maternal ve neonatal sağlık düzeyini değerlendirdiği bu araştırmada farklı sonuçlar elde edilmiş ve gebelikte şiddete maruz kalan gebelerin daha fazla bulantı kusma şikayeti yaşadığı bildirilmiştir (160). Bu konuda yapılan çalışmalarının sınırlı olmasıyla birlikte sonuçların farklılık içerdiği görülmektedir. Şiddet psikosozal sağlık düzeyini etkileyen bir durumdur. Bu nedenle şiddet algısının psikosozal temelleri olan bulantı-kusma şikayetini arttırabileceği söylenebilir. Ancak şiddet algısı yüksek olan bir gebenin bulantı-kusma gibi gebeliğe bağlı yakınmaları daha az önemseme ihtimalinin de olabileceği unutulmamalıdır.

GPSDÖ'nin gebeliğe ilişkin fiziksel-psikosozal değişiklikler alt boyutu puan ortalamasının gebelikte bulantı-kusma şiddeti hafif olanlarda 3.90 ± 0.66 , bulantı-kusma şiddeti orta düzeyde olanlarda 3.88 ± 0.67 , bulantı-kusma şiddeti ağır olanlarda 3.47 ± 0.67 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p < 0.05$; Tablo 4.6). Bulantı-kusma şiddeti ağır olan gebelerdeki gebeliğe ilişkin fiziksel ve psikosozal değişikliklere yönelik psikosozal sağlık düzeyinin, bulantı-kusma şikayeti hafif ve orta düzeyde olan gebelere oranla daha kötü olduğu görülmektedir. Bu bulgu ağır düzeyde bulantı-kusma şikayeti yaşayan gebelerin gebeliğe ilişkin fiziksel ve psikosozal değişikliklerden daha olumsuz etkilendiği şeklinde yorumlanabilir. Literatürdede benzer şekilde, bulantı kusmanın gebeleri fiziksel ve psikosozal açıdan olumsuz yönde etkileyen bir yakınma olduğu ve bulantı-kusma şiddeti arttıkça psikosozal sağlığın azaldığı bildirilmektedir (21-23). Fan hao ve arkadaşlarının 113 gebe üzerinde yapmış oldukları çalışmada, bulantı-kusma şiddeti ile psikosozal faktörler arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (161). Bazarganipour ve arkadaşları ise, bulantı-kusma durumu şiddetli olan gebelerin orta ve hafif olan gebelere oranla psikosozal sağlık açısından daha yüksek bir depresyon düzeyine sahip olduklarını bildirmiştir (162). Benzer şekilde, Markl ve arkadaşları, gebelik sırasında ortaya çıkan bulantı-kusmanın psikosozal sağlık üzerine net bir etkiye sahip olduğu

belirtmiştir (21). Bu araştırmada da gebelerin bulantı-kusma şiddeti arttıkça psikososyal sağlık düzeylerinin istatistiksel açıdan önemli düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$; Tablo 4.7). Elde edilen bulgunun literatürle uyumlu olduğu görölmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Gebelikte bulantı-kusma şiddetinin doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeyi ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada;

- Gebelerin PUQE testi skoruna göre bulantı-kusma şiddeti puan ortalamasının 9.05 ± 2.30 olduğu ve %15.5'inin hafif, %77.5 orta ve %7'sinin ağır düzeyde bulantı-kusma şikayeti yaşadığı (Tablo 4.2),
- Gebelerin W-DEQ-A ölçeğine göre doğum korkusu toplam puan ortalamasının 69.97 ± 19.07 , gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamasının 3.25 ± 0.30 olduğu (Tablo 4.3; Tablo 4.4),
- PUQE testi sınıflandırılmasına göre bulantı-kusma şiddeti ağır olan gebelerin hafif ve orta düzeyde bulantı-kusma şiddeti yaşayan gebelere oranla daha fazla doğum korkusu yaşadığı ($p<0.001$; Tablo 4.5),
- PUQE testi sınıflandırılmasına göre gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği “gebelik ve eş ilişkisi”($p<0.05$), “aile içi şiddet”($p<0.001$) ve “gebeliğe ilişkin fiziksel- psikososyal değişiklikler” ($p<0.001$) alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu (Tablo 4.6),
- Hafif düzeyde bulantı-kusma şikayeti olan gebelerin gebelik ve eş ilişkisi yönünden sahip oldukları psikososyal sağlık düzeyinin, orta düzey bulantı-kusma şiddeti yaşayanlara göre daha iyi olduğu (Tablo 4.6; $p<0.05$),
- Hafif düzeyde bulantı-kusma şikayeti yaşayan gebelerin orta ve ağır düzeyde bulantı-kusma şikayeti yaşayan gebelere oranla aile içi şiddet açısından daha kötü psikososyal sağlık düzeyine sahip olduğu (Tablo 4.6; $p<0.001$),
- Bulantı-kusma şiddeti ağır olan gebelerdeki gebeliğe ilişkin fiziksel ve psikososyal değişikliklere yönelik psikososyal sağlık düzeyinin, bulantı-

kusma şikayeti hafif ve orta düzeyde olan gebelere oranla daha kötü olduğu (Tablo 4.6; $p<0.001$),

- PUQE testi sınıflandırılmasına göre gebelikte psikososyal sağlık düzeyi değerlendirme ölçeği “kaygı ve stres”, “psikososyal destek gereksinimi” ve “ailesel özellikler” alt boyutları ve gebelikte psikososyal sağlık düzeyi değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık olmadığı ($p>0.05$; Tablo 4.6),
- Gebelerdeki bulantı-kusma şiddetinin doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeyi ile ilişkili bir faktör olduğu, PUQE testi toplam puan ortalaması ile doğum korkusu arasında pozitif yönde ($r=0.152$; $p<0.001$; Tablo 4.7), psikososyal sağlık düzeyi ile de negatif yönde ($r=-0.082$; $p<0.05$; Tablo 4.7) önemli ilişki olduğu ve
- Gebelerdeki bulantı-kusma şiddeti arttıkça doğum korkusunun arttığı buna karşın psikososyal sağlık düzeyinin ise azaldığı belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Antenatal değerlendirmeler sırasındaki bulantı-kusma şikayetlerine yönelik değerlendirmelerde, doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeyi gibi değişkenlerinde ele alınarak gebelere bütüncül bir sağlık hizmetinin sunulması önerilmektedir. Bu kapsamda özellikle gebelerdeki psikososyal sağlık düzeyini olumsuz yönde etkileyebilecek ve doğum korkusuna neden olabilecek olası etkenlerin belirlenmesi bu etkenlerin bulantı kusma şiddetine olan etkisinin en aza indirilmesine katkı sağlayacaktır. Bu konuda yapılan araştırma sayısının sınırlı olması nedeni ile daha büyük örneklem büyüklüğüne sahip kapsamlı çalışmaların yürütülmesi ve özellikle bulantı-kusma şikayeti yaşayan gebelerde doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeylerini belirlemek amacıyla kalitatif araştırmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ege E, Eryılmaz G. Erken gebelik dönemi bulantı kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000, 3(1): 1-9.
2. Quinlan JD, Hill AD. Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician* 2003, 68(1): 121-8.
3. Wills G, Forster D. Nausea and vomiting in pregnancy: what advice do midwives give? *Midwifery* 2008, 24(4): 390-8.
4. Lacroix R, Eason E, Melzack R. Nausea and vomiting during pregnancy: a prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *Am J Obstet Gynecol* 2000, 182(4): 931-7.
5. Black FO. Maternal susceptibility to nausea and vomiting of pregnancy: Is the vestibular system involved? *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186(5): 204-9.
6. Bustos M, Venkataramanana R, Caritis S. Nausea and vomiting of pregnancy - What's new? *Auton Neurosci* 2017, 202: 62-72.
7. Büyükkurt S, Demir SC, Özgünen FT, Evrüke İC, Kadayıfçı O, Güzel AB. Gebelikte Bulantı-Kusma Yakınması Olan Hastanın Değerlendirilmesi ve Tedavi Seçenekleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2008, 18(2): 106-11.
8. Eboue C, Carlier-Guerin C, de La Sayette V, Grall JY, Herlicoviez M. A rare complication of vomiting in pregnancy: Wernicke's encephalopathy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35(8): 822-5.
9. Fletcher SJ, Waterman H, Nelson L, Carter LA, Dwyer L, Roberts C, Torgerson D, Kitchener H. Holistic assessment of women with hyperemesis gravidarum: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015, 52(11): 1669-77.
10. Sherman PW, Flaxman SM. Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186(5): 190-7.
11. Koren G, Boskovic R, Hard M, Maltepe C, Navioz Y, Einarson A. Motherisk PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186(5): 228-31.

12. Yekenkurnıl D, Mete S. Gebelikte Bulantı Kusma, Evlilik Uyumu ve Eş İlişkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *DEUHYOED* 2012, 5 (3): 89-95.
13. Lamody A. Hyperemesis gravidarum and the role of the infusion nurse. *J Infus Nurs* 2006, (29)2: 89-100.
14. Yılmaz E, Yılmaz Z, Çakmak B, Karslı MF, Gültekin İB, Doğan NG, Kara OF, Küçüközkın T. Nausea and Vomiting in Early Pregnancy of Adolescents: Relationship with Depressive Symptoms. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016, 29(1): 65-8.
15. 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. *Gastroenterol Res Pract* 2015: 278905
16. Mutlugüneş E, Mete S. Gebelikte Bulantı Kusma, Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişkisi. *Cumhuriyet Hem Der* 2013, 2(1):8-14.
17. Pines D. Pregnancy, miscarriage, and abortion: a psychoanalytic perspective. *Int J Psychoanal* 1990, 71(Pt 2): 301-7.
18. McCarthy FP, Khashan AS, North RA, Moss-Morris R, Baker PN, Dekker G, Poston L, Kenny LC; SCOPE Consortium. A prospective cohort study investigating associations between hyperemesis gravidarum and cognitive, behavioural and emotional well-being in pregnancy. *PLoS One* 2011, 6(11): e27678.
19. İsbir GG. Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Danışmanlığın Gebelikte Bulantı Kusmaya Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2011.
20. Kuo SH, Wang RH, Tseng HC, Jian SY, Chou FH. A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stres, social support and maternal adaptation. *J Midwifery Womens Health* 2007, 52(1): e1-7.
21. Markl GE, Strunz-Lehner C, Egen-Lappe V, Lack N, Hasford J. The association of psychosocial factors with nausea and vomiting during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008, 29(1):17-22
22. Balık G, Tekin YB, Kağıtcı M. Is there relationship between social support, psychological distress, mood disorders and emesis gravidarum? *J Obstet Gynaecol* 2015, 35(7): 737-40.

23. Buckwalter JG, Simpson SW. Psychological factors in the etiology and treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186 (5):210-4.
24. Kramer J, Bowen A, Stewart N, Muhajarine N. Nausea and vomiting of pregnancy: prevalence, severity and relation to psychosocial health. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2013, 38(1): 21-7
25. Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K. Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu ile Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Clin Exp Health Sci* 2017.
26. Vırt 0, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi* 2008, 45(1): 9-13.
27. Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3(1): 142-62.
28. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin Ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 21(1): 115-26.
29. Barbara JP. Physiology and pharmacology of nausea and vomiting. *Anaesth Intens Care Med* 2015, 16(9): 462-6.
30. Şahan Ö. Erken Gebelik Döneminde Yaşanan Bulantı Kusma Sıklığı ve Bulantı Kusmanın Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi 2012.
31. Golembiewski J, Chernin E, Chopra T. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting. *Am J Health Syst Pharm* 2005, 62(12): 1247-60.
32. Mutlugüneş E. Gebelikte Bulantı Kusma, Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2012.
33. Goodwin TM. Hyperemesis Gravidarum. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2008, 35(3): 401-17.
34. Yeh CC, Lee FK, Wang PH. Hyperemesis gravidarum, pregnancy and bone loss. *J Chin Med Assoc* 2018, 81(7): 583-4.

35. King TL, Murphy PA. Evidence-Based Approaches to Managing Nausea and Vomiting in Early Pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 2009, 54(6): 430-44.
36. Louik C, Hernandez-Diaz S, Werler MM, Mitchell AA. Nausea and vomiting in pregnancy: maternal characteristics and risk factors. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2006, 20(4): 270-8.
37. Sucu M. Gebelikte bulantı kusması olan kadınların hastaneye yatış endikasyonunun belirlenmesinde puqe (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) skorlaması ile fizik muayene bulguları ve laboratuvar sonuçlarının karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.
38. Corey LA, Berg K, Solaas MH, Nance WE. The epidemiology of pregnancy complications and outcome in a Norwegian twin population. *Obstet Gynecol* 1992, 80(6): 989-94.
39. Fejzo MS, Ingles SA, Wilson M, Wang W, Gibbon KM, Romero R, Goodwin TM. High prevalence of severe nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum among relatives of affected individuals. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008, 141(1):13-7.
40. Niebyl JR. Nausea and vomiting in pregnancy. *N Engl J Med* 2010, 363:1544-50.
41. Bolin M, Akerud H, Cnattingius S, Stephansson O, Wikstrom AK. Hyperemesis gravidarum and risks of placental dysfunction disorders: a population-based cohort study. *BJOG* 2013, 120(5): 541-47.
42. Wood A. Second trimester hyperemesis gravidarum is associated with increased risk of preterm pre-eclampsia, placental abruption and small for gestational age birth. *Evid Based Nurs* 2014, 17(3):74.
43. Furneaux EC, Langle-Evans AJ, Langle-Evans SC. Nausea and vomiting of pregnancy: endocrine basis and contribution to pregnancy outcome. *Obstet Gynecol Surv* 2001, 56(12): 775-82.
44. Karataş T. Gebelikte Bulantı Kusma Sorunu Yaşama Durumu ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2010.

45. Patil CL, Abrams ET, Steinmetz AR, Young SL. Appetite sensations and nausea and vomiting in pregnancy: an overview of the explanations. *Ecol Food Nutr* 2012, 51(5): 394-417.
46. Kuo SH, Yang YH, Wang RH, Chan TF, Chou FH. Relationships between leptin, HCG, cortisol, and psychosocial stress and nausea and vomiting throughout pregnancy. *Biol Res Nurs* 2010, 12(1): 20-7.
47. Jueckstock JK, Kaestner R, Mylonas I. Managing Hyperemesis Gravidarum: A Multimodal Challenge. *BMC Med* 2010, 15: 8-46.
48. Koch KL, Frissora CL. Nausea and vomiting during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003, 32(1): 201-34.
49. Lee NM, Saha S. Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2011, 40(2): 309-34.
50. Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, Hay DM. Women with nausea and vomiting in pregnancy demonstrate worse health and are adversely affected by odours. *J Obstet Gynaecol* 2005, 25(6): 544-9.
51. Huxley RR. Nausea and vomiting in early pregnancy: its role in placental development. *Obstet Gynecol* 2000, 95(5): 779-82.
52. Nazarpour S, Tehrani FR, Simbar M, Azizi F. Thyroid dysfunction and pregnancy outcomes. *Iran J Reprod Med* 2015, 13(7): 387-96.
53. Kuşçu NK, Koyuncu F. Hyperemesis Gravidarum: Current Concepts and Management. *Postgrad Med J* 2002, 78(916): 76-9.
54. Verberg MFG, Gillott DJ, Al-Fardan N, Grudzinskas JG. Hyperemesis Gravidarum, A Literature Review. *Hum Reprod Update* 2005, 11(5): 527-39.
55. Glinoe D, Spencer CA. Serum TSH determinations in pregnancy: how, when and why? *Nat Rev Endocrinol* 2010, 6(9): 526-9.
56. Sun S, Qiu X, Zhou J. Clinical analysis of 65 cases of hyperemesis gravidarum with gestational transient thyrotoxicosis. *J Obstet Gynaecol Res* 2014, 40(6): 1567-72.
57. Tan JYL, Loh KC, Yeo GSH, Chee YC. Transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. *BJOG* 2002, 109: 683-8.
58. Goodwin TM, Hershman JM. Hyperthyroidism due to inappropriate production of human chorionic gonadotropin. *Clin Obstet Gynecol* 1997, 40(1): 32-44.

59. Koh SD, Sanders KM, Ward SM. Spontaneous electrical rhythmicity in cultured intestinal cells of Cajal from the murin small intestine. *J Physiol* 1998, 513(1): 203-13.
60. Özkan T. Hiperemesis Gravidarumu Olan Gebelerde Akupunktur Noktasına Uygulanan Basının (Akupres) Bulantı Kusma ve Öğürmeye Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi 2010.
61. Malaty HM. Epidemiology of Helicobacter pylori infection. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007, 21(2): 205-14.
62. Öztürk F. Helicobacter Pylori Seropozitifliğinin Hiperemesis Gravidarum Kliniği İle İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul 2005.
63. Shaban MM, Kandil HO, Elshafei AH. Helicobacter pylori seropositivity in patients with hyperemesis gravidarum. *Am J Med Sci* 2014, 347: 101-5.
64. O'Brien B, Evans M, White-McDonald E. Isolation from "being alive": coping with severe nausea and vomiting of pregnancy. *Nurs Res* 2002, 51(5): 302-8.
65. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg69/> 2016, Green-top Guideline No: 69.
66. Rhodes V, Watson P, Johnson M. Development of reliable and valid measures of nausea and vomiting. *Cancer Nurs* 1984, 7(1): 33-41.
67. Birkeland E, Stokke G, Tangvik RJ, Torkildsen EA, Boateng J, Wollen AL, Albrechtsen S, Flaatten H, Trovik J. Norwegian PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) Identifies Patients with Hyperemesis Gravidarum and Poor Nutritional Intake: A Prospective Cohort Validation Study. *Plos One* 2015, 10(4): e0119962.
68. Ebrahimi N, Maltepe C, Bournissen FG, Koren G. Nausea and vomiting of pregnancy: using the 24-hour Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE-24) scale. *J Obstet Gynaecol Can* 2009, 31(9): 803-7.
69. Heitmann K, Nordeng H, Havnen GC, Solheimsnes A, Holst L. The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impacts on quality of life, daily

- life functioning and willingness to become pregnant again-results from a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017, 17(1): 75.
70. Tan A, Lowe S, Henry A. Nausea and vomiting of pregnancy: Effects on quality of life and day-to- day function. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2018, 58(3): 278-90.
71. Jarvis S, Piercy NC. Management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMJ* 2011, 342: d3606.
72. McCarthy FP, Murphy A, Khashan AS, McElroy B, Spillane N, Marchocki Z, Sarkar R, Higgins JR. Day care compared with inpatient management of nausea and vomiting of pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2014, 124(4): 743-8.
73. Erick M. Hyperemesis gravidarum: a case of starvation and altered sensorium gestosis (ASG). *Med Hypotheses* 2014, 82(5): 572-80.
74. Davis M. Nausea and vomiting of pregnancy: an evidence- based review. *J Perinat Neonatal Nurs* 2004, 18(4): 312-28.
75. Gökdemir UH, Yanikkerem E. İntrapartum Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar: Doğum Yapan Kadınların Tercihleri. *DEUHFED* 2018, 11(1): 26-34.
76. Matthews A, Haas DM, O'Mathuna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, 9: cd007575.
77. Boelig RC, Barton SJ, Saccone G, Kelly AJ, Edwards SJ, Berghella V. Interventions for treating hyperemesis gravidarum. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, 5: cd010607.
78. Mecdi M, Rathfisch G. Gebelikte Oluşan Rahatsızlıklarda Kanıta Dayalı Uygulamalar. *FN Hem Derg* 2013, 21(2): 129-38.
79. Bhatia MS, Jhanjee A. Tokophobia: A dread of pregnancy. *Ind Psychiatry J* 2012, 21(2): 158-9.
80. Kızılırmak A. Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Korkusuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi 2011.

81. Hofberg K, Ward M. Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric psychiatric interface. *Clin Obst Gynecol* 2004, 47(3): 527-34.
82. Seller A. Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Beklentileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Mersin:Mersin Üniversitesi 2012.
83. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Sparud-Lundin C, Wigert H, Begley C. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018, 18(1): 28
84. Handelzalts JE, Becker G, Ahren MP, Lurie S, Raz N, Tamir Z, Sadan O. Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Arch Gynecol Obstet* 2015, 291(5): 1055-62.
85. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4(2): 54-8.
86. Wijma K. Why focus on 'fear of childbirth'? *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003, 24(3): 141-3.
87. Hofberg K, Brockington F. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: a series of 26 cases. *BJP* 2000, 176: 83-5.
88. Hofberg K, Ward M. Fear of Pregnancy and Childbirth. *Postgrad Med J* 2003, 79(935): 505-10.
89. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017, 96(8): 907-920.
90. Molgoraa S, Fenarolia V, Prinob LE, Rolleb L, Sehic C, Trovatod A, Vismarac L, Volpid B, Brustiab P, Lucarellic L, Tambellid R, Saitaa E. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women Birth* 2018, 31(2): 117-23.
91. Aksoy AN. Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi* 2015, 2(3): 161-5.

92. Hildingssona I, Hainesa H, Karlströmb A, Nystedtd A. Presence and process of fear of birth during pregnancy-Findings from a longitudinal cohort study. *Women Birth* 2017, 30(5): e242-7.
93. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery* 2014, 30(2): 145-8.
94. Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012, 24: 12-55.
95. Veringa IK, de Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, van Steensel FJ, Dirksen CD, Bögels SM. 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* 2016, 16(1): 377.
96. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 2001, 108(5): 492-8.
97. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Ther* 2001; 30(2): 75-84.
98. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002, 29(2): 101-11.
99. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of Childbirth: A Neglected Dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003, 82(3): 201-8.
100. Dursun P, Yanik FB, Zeyneloglu HB, Baser E, Kuscu E, Ayhan A. Why Women Request Cesarean Section Without Medical Indication? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011, 24(9): 1133-37.
101. Johnston RG, Brown AE. Maternal trait personality and childbirth: the role of extraversion and neuroticism. *Midwifery* 2013, 29(11): 1244-50.
102. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmaki E, Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 2011, 118(9) :1104-11.

103. Nordeng H, Hansen C, Garthus-Niegel S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 2012, 15(3):203-9.
104. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point Prevalence of Psychiatric Disorders During the Second Trimester of Pregnancy: A Population-Based Study. *Am J Obstet Gynecol* 2003, 189(1): 148-54.
105. Storksen HT, Gran ME, Niegel SG, Eskild A. Fear of Childbirth; the Relation to Anxiety and Depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012, 91(2): 237-42.
106. Storksen HT, Niegel SG, Vangen S, Gran ME. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013, 92(3): 318-24.
107. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creed DK, Fenwick J. Childbirth and Criteria for Traumatic Events. *Midwifery* 2014, 30(2): 255-61.
108. Lukasse M, Vangen S, Oian P, Schei B. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011, 90(1): 33-40.
109. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 2008, 115(3): 354-60.
110. Anderson CA, Gill M. Childbirth related fears and psychological birth trauma in younger and older age adolescents. *Appl Nurs Res* 2014, 27(4): 242-8.
111. Salomonsson B, Gullberg MT, Alehagen S, Wijma K. Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2013, 34(3): 116-21.
112. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal Fear of Childbirth and Anxiety Sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2009, 30(3): 168-74.
113. Karabulutlu Ö, Yesilçiçek CK, Akar N. Fear of childbirth and related obstetric variables. *Nursing Practice Today* 2016, 3(4): 161-70.

- 114.Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Section-a Cross-Sectional Study at Various Stages of Pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009, 88(7): 807-13.
- 115.Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery* 2015, 31(1): 239-46.
- 116.Çiçek Ö, Mete S. Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. *DEUHFED* 2015, 8(4): 263-8.
- 117.Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre and Postpartum Levels of Childbirth Fear and the Relationship to Birth Outcomes in a Cohort of Australian Women. *J Clin Nurs* 2009, 18(5): 667-77.
- 118.Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. Secondary Fear of Childbirth Prolongs the Time to Subsequent Delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013, 92(2): 210-4.
- 119.Uçar T. Gebelere Uygulanan Bilişsel Davranışçı Tekniklere Dayalı Doğum Korkusuyla Başetme Eğitim Programının Doğum Korkusu ve Doğum Sürecine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi 2014.
- 120.Ryding EL, Read S, Rouhe H, Halmesmaki E, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Saisto T. Partners of nulliparous women with severe fear of childbirth: A longitudinal study of psychological well-being. *Birth* 2018, 45(1): 88-93.
- 121.Bakshi R, Mehta A, Sharma B. Tokophobia: Fear Of Pregnancy and Childbirth. *The Int Gynecol Obstet* 2007, 10(1): 1-5.
- 122.Volkovich E, Tikotzky L, Manber R. Objective and subjective sleep during pregnancy: links with depressive and anxiety symptoms. *Arch Womens Ment Health* 2016, 19: 173-81.
- 123.Rahmawati D, Ungsianik T. Anxiety, Depression, and Sleep Quality of Third Trimester Pregnant Women. *UI Proc. Health Med* 2017, 10(1): 1-4.
- 124.Kesgin C, Topuzoğlu A. Sağlığın Tanımı; Başa Çıkma. *İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi* 2006, 3: 47-9.

- 125.Gümüşdaş M, Apay S, Özorhan E. Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Psiko-Sosyal Sağlıklarının Karşılaştırılması. *HSP* 2014, 1(2): 32-42.
- 126.Fall A, Goulet L, Vezina M. Comparative study of major depressive symptoms among pregnant women by employment status. *Springer Plus* 2013, 2(1): 201.
- 127.Kuęu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *CÜ Tıp Fakóltesi Dergisi* 2001, 23(1): 61-4.
- 128.Boybay KS, Dereli YS. Son Trimester Nullipar Gebelerde Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerin Psikososyal Sağlık Düzeyine Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi* 2015, 31(2): 53-66.
- 129.Keskin G. Doğal Ya da Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınların Trimesterlere Göre Psikososyal Sağlıkları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2014.
- 130.Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara, Reaksiyon Matbaacılık, 2016: 223, 224, 225
- 131.Elkin N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ve bunları etkileyen faktörler. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2015,8(1): 22-31.
- 132.Akarsu RH. Gebelik Yogasının Gebenin Psikososyal Sağlık Düzeyi ve Prenatal Bağlanmaya Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2016.
- 133.T.C. Sağlık Bakanlığı. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitimci Kitabı, Ankara: Anıl Reklam Matbaa Ltd, 2014: 87-8
- 134.Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009, 88(5): 599-605.
- 135.Akbaş E. Gebe kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi 2006.
- 136.Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın ve Doğum Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi 2006.

- 137.Doyurgan TK. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı/Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 2009.
- 138.Uçar H. Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ile Annelik Rolü Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2014.
- 139.Bekmezci H. Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Prenatal Bağlanma ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2015.
- 140.Keskin G. Doğal Ya da Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınların Trimesterlere Göre Psikososyal Sağlıkları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi 2014.
- 141.Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3(1): 67-99.
- 142.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.
- 143.Okanlı A, Tortumoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003, 4: 98-105.
- 144.Mitchell-Jones N, Gallos I, Farren J, Tobias A, Bottomley C, Bourne T. Psychological morbidity associated with hyperemesis gravidarum: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2017, 124(1): 20-30.
- 145.Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev* 2006; 29: 445-55.
- 146.Yılmaz E, Yılmaz Z, Çakmak B, Karşlı MF, Gultekin İB, Doğan NG, Kara OF, Küçüközkan T. Nausea and Vomiting in Early Pregnancy of Adolescents: Relationship with Depressive Symptoms. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016, 29: 65-8.

147. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008, 16: 8-24.
148. McDonald SD, McKinney B, Foster G, Taylor V, Lutsiv O, Pullenayegum E. The combined effects of maternal depression and excess weight on neonatal outcomes. *Int J Obes* 2015, 39(7): 1033-40.
149. Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, Hay DM. Psychological health in early pregnancy: relationship with nausea and vomiting. *J Obstet Gynaecol* 2004, 24(1): 28-32.
150. Köken G, Yilmazer M, Cosar E, Sahin FK, Cevrioglu S, Gecici O. Nausea and vomiting in early pregnancy: relationship with anxiety and depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29(2): 91-5.
151. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Berard A. Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2008, 198(71): e1-7.
152. Sucu M, Büyükkurt S, Evrûke İC, Demir SC, Özgünen FT, Kadayıfçı O. Gebelikte Bulantı-kusması olan hastaların hastaneye yatış endikasyonlarının değerlendirilmesinde PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) testinin yeri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009, 19(6): 317-21
153. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998, 19(2): 84-97.
154. Korukcu O, Kukulu K, Fırat MZ. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with Pregnant Women. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012, 19(3): 193-202.
155. Yıldız H. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011, 4(1): 64-71
156. Jafari-Dehkordi E, Hashem-Dabaghian F, Aliasl F, Aliasl J, Taghavi-Shirazi M, Sadeghpour O, Sohrabvand F, Minaei B, Ghods R. Comparison of quince with vitamin B6 for treatment of nausea and vomiting in pregnancy: a randomised clinical trial. *J Obstet Gynaecol* 2017, 37(8): 1048-52.

- 157.Timur S. Kızılırmak A. Erken Gebelikte Bulantı-Kusma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2011, 10(3): 281-6
- 158.Wibowo N, Purwosunu Y, Sekizawa A, Farina A, Tambunan V, Bardosono S. Vitamin B6 supplementation in pregnant women with nausea and vomiting. *Int J Gynaecol Obstet* 2012, 116(3): 206-10.
- 159.Yanikkerem E, Çalım Sİ, Göker A, Koltan SO, Koyuncu FM. Hiperemesis Gravidarum’lu Gebelerin Hastalıkları Hakkında Düşünceleri ve Gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 1(4): 269-83.
- 160.Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol* 2006, 195(1): 140-8.
- 161.Chou FH, Lin LL, Cooney AT, Walker LO, Riggs MW. Psychosocial Factors Related to Nausea, Vomiting, and Fatigue in Early Pregnancy. *J Nurs Scholarsh* 2003, 35(2): 119-25.
- 162.Bazarganipour F, Mahmoodi H, Shamsaee B, Taghavi SA. The Frequency and Severity of Nausea and Vomiting during Pregnancy and its Association with Psychosocial Health. *J Midwifery Reprod Health* 2015, 3(3): 401-7.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	Çiğdem KARAKAYALI
Doğum tarihi	20.07.1991
Doğum yeri	Kahta
Medeni hali	Bekar
Uyruğu	T.C.
Adres	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, 44280 MALATYA
Tel	0422 341 02 20 -1178
E-mail :	cigdem.karakayali@inonu.edu.tr
EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU	
Lise	Kahta Fatih Lisesi (2005-2009)
Lisans	Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik Bölümü (2010-2014)
Yüksek lisans	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı (2016-2018)
İŞ TECRÜBESİ	
Ebe	Şırnak/Cizre Toplum Sağlığı Merkezi (2015) Malatya Doğanşehir Toplum Sağlığı Merkezi Kurucuova Sağlık Evi (2015-2016)
Arş.Grv	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2016-.....)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	İyi derece (YDS 75.00, Eylül 2016)
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
	Türk Ebeler Derneği
	TEMAS Anne Sütü Ve Emzirme Gönüllüleri Derneği

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

1.Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim düzeyiniz nedir?

☐ Okur-yazar değil ☐ Okur yazar- İlkokul mezunu ☐ Ortaokul

☐ Lise ☐ Yüksek Öğrenim

3. Çalışma durumunuz nedir?

☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

4. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

5.Aile tipiniz nedir?

☐ Çekirdek aile

☐ Geleneksel aile

☐ Parçalanmış

☐ Diğer

6. Gebelik haftanız nedir?

7. Gravida

☐ Primigravida

☐ Multigravida

8. Önceki gebeliğiniz/gebeliklerinizde var ise ilk aylarında bulantı-kusma yakınmanız olmuş muydu?

☐ Evet

☐ Hayır

9. Anneniz ve kız kardeşiniz gebeliklerinde bulantı-kusma yaşıyor muydu?

☐ Evet

☐ Hayır

EK-3. PUQE Testi

Aşağıdaki sorunların her birinde durumunuza en uygun olan kutucuğu işaretleyiniz ve tek işaretleme yapınız.

1. Son 24 saat içerisinde kaç kez bulantı ya da mide rahatsızlığı hissettiniz?

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ Hiç | ☐ 1 kez | ☐ 2-3 kez | ☐ 4-6 kez | ☐ 7 veya daha fazla |
| (1 puan) | (2 puan) | (3 puan) | (4 puan) | (5 puan) |

2. Son 24 saat içerisinde hiç kustunuz mu?

- | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ Hiç | ☐ 1-2 kez | ☐ 3-4 kez | ☐ 5-6 kez | ☐ 7 veya daha fazla |
| (1 puan) | (2 puan) | (3 puan) | (4 puan) | (5 puan) |

3. Son 24 saat içerisinde kaç kez öğürdünüz veya bir şey çıkarmadan kuru bulantınız oldu?

- | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ Hiç | ☐ 1-2 kez | ☐ 3-4 kez | ☐ 5-6 kez | ☐ 7 veya daha fazla |
| (1 puan) | (2 puan) | (3 puan) | (4 puan) | (5 puan) |

EK-4. Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu

AÇIKLAMA: Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yasayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini hayal ettiğiniz duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen soruları yanıtlarken hayal ettiğiniz doğum sancılarını ve doğumu düşününüz, ümit ettiğiniz şekli değil.

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

1. 0 1 2 3 4 5

Son derece
mükemmel

Hiç mükemmel
değil

2. 0 1 2 3 4 5

Son derece
korkunç

Hiç korkunç
değil

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

3. 0 1 2 3 4 5

Son derece
yalnız

Hiç yalnız
değil

4. 0 1 2 3 4 5

Son derece
güçlü

Hiç güçlü
değil

5. 0 1 2 3 4 5

Son derece
kendinden emin

Hiç kendinden
emin değil

6.	0	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Son derece korkmuş						Hiç korkmamış
--------------------	--	--	--	--	--	---------------

7.	0	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Son derece yüzüstü bırakılmış						Hiç yüzüstü bırakılmamış
-------------------------------	--	--	--	--	--	--------------------------

8.	0	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Son derece güçsüz						Hiç güçsüz değil
-------------------	--	--	--	--	--	------------------

9.	0	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Son derece güvende						Hiç güvende değil
--------------------	--	--	--	--	--	-------------------

10.	0	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

Son derece bağımsız						Bağımlı
---------------------	--	--	--	--	--	---------

11.	0	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

Son derece umutsuz						Hiç umutsuz değil
--------------------	--	--	--	--	--	-------------------

12.	0	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

Son derece gergin						Gerginlik yok
-------------------	--	--	--	--	--	---------------

13.	0	1	2	3	4	5
Son derece memnun					Hiç memnun değil	
14.	0	1	2	3	4	5
Son derece hoşnut					Hiç hoşnut değil	
15.	0	1	2	3	4	5
Son derece terk edilmiş					Hiç terk edilmemiş	
16.	0	1	2	3	4	5
Tamamen kendine hakim					Hiç kendine hakim değil	
17.	0	1	2	3	4	5
Son derece rahat					Hiç rahat değil	
18.	0	1	2	3	4	5
Son derece mutlu					Hiç mutlu değil	
19.	0	1	2	3	4	5
Aşırı panik					Hiç panik değil	

20. 0 1 2 3 4 5

Aşırı ümitsiz

Ümitsizlik yok

21. 0 1 2 3 4 5

Aşırı çocuğa
kavuşma isteği

Hiç çocuğa
kavuşma isteği yok

22. 0 1 2 3 4 5

Aşırı öz
güvenli

Öz güveni yok

23. 0 1 2 3 4 5

Son derece
güvenli

Kendine
güvensiz

24. 0 1 2 3 4 5

Aşırı ağırlı

Hiç ağırlı
yok

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

25. 0 1 2 3 4 5

Son derece kötü bir
şekilde davranacağım

Kötü bir şekilde
davranmacağım

26. 0 1 2 3 4 5

Bedenimin bütün kontrolü
sağlamasına izin vereceğim

Bedenimin bütün kontrolü
sağlamasına izin vermeceğim

27.	0	1	2	3	4	5
	Kontrolümü tamamen kaybedeceğim			Kontrolümü kaybedeceğim		

IV. Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28.	0	1	2	3	4	5
	Son derece keyif verici			Hiç keyif verici değil		

29.	0	1	2	3	4	5
	Son derece doğal			Hiç doğal değil		

30.	0	1	2	3	4	5
	Tamamen olması gerektiği gibi			Hiç olması gerektiği gibi değil		

31.	0	1	2	3	4	5
	Son derece tehlikeli			Hiç tehlikeli değil		

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

32.... Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0	1	2	3	4	5
Hiç			Çok sık		

33 ... doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

0	1	2	3	4	5
Hiç			Çok sık		

EK-5. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği

Bir bebeğe sahip olmak sizin ve ailenizin yaşamında genellikle önemli bir süreçtir ve bu süreç geçmişten bu güne kadar olan yaşamsal deneyimlerinizden ve şu anda var olan mevcut durumunuzdan etkilenecektir. Gebelik süreci ve buna bağlı değişikliklerden etkilenme düzeyi kadının kendi, eşi ya da ailesel faktörlerden dolayı bireysel farklılıklar gösterecektir.

Bu form gebe kadınların duygu ve düşüncelerini ifade edebilmelerine olanak sağlayarak içinde bulunduğu durumu ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıdaki soruları içinde bulunduğunuz bu süreçteki genel durumunuza, duygu, düşünce ve hissettiklerinize göre size en uygun olacak şekilde ve doğru olarak cevaplayınız. Yanıtlarınız gizli tutulacak olup, bilimsel amaçlı ve size destek sağlamak üzere sadece araştırmacı tarafından kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz

Aşağıdaki maddeler “çok fazla”dan “hiç” ifadesine kadar derecelendirilmiştir. Lütfen her bir maddede sizin duygu, düşünce ve genel durumunuzu en iyi- en uygun olarak tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz

	Çok fazla	Fazla	Orta	Az	Hiç
1. Gebeliğinizin planlı/istenilen bir gebelik olduğuna ilişkin inancınız					
2. Gebe olduğunuzu öğrendiğinizdeki mutluluk düzeyiniz					
3. Gebeliğinize ilişkin şu andaki mutluluk düzeyiniz					
4. Gebeliğinizde yaşadığınız sorun/sıkıntılarınız					
5. Eşinizin gebeliğinizle ilgili mutluluk düzeyi					
6. Eşinizin gebeliğinizde size gösterdiği ilgi					
7. Ailelerinizin gebeliğinize yönelik davranışlarının sizi olumsuz etkilemesi					
8. Gebeliğinizde eşinizin sizi her yönden desteklediği/ destekleyeceği inancınız					

9.	Gebeliğinizde duygusal destek ihtiyacınız					
10.	Gebeliğunuze yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
11.	Anne olmaya yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
12.	Gebeliğunuze ya da anne olmanıza yönelik korku/panik duygusu					
13.	Gebeliğinizden dolayı yaşamınızdaki değişim düzeyi					
14.	Gebeliğinizden dolayı yaşamınızda yaptığınız değişikliklerden olumsuz etkilenme düzeyiniz					
15.	Gebeliğinizde vücudunuzda oluşan değişikliklerin sizde yarattığı stres/kaygı düzeyi					
16.	Doğumdan sonra bebeğinizin bakımında alabileceğiniz destek düzeyi					
17.	Doğumdan sonra kendi bakım ve ihtiyaçlarınızda alabileceğiniz destek düzeyi					
18.	Evlilik ilişkinizde kendinizi mutlu hissetme düzeyiniz					
19.	Bebeğin doğumuyla birlikte evlilik ilişkinizin daha iyi olacağına inancınız					
20.	Eşinizin size değer vermesi/ saygı göstermesi					
21.	Evliliğinizin devamına ilişkin kaygı/korku düzeyiniz					
22.	Eşinizden çekinme, korkma düzeyiniz					
23.	Eşinizden fiziksel şiddet (itme, vurma vb.) görme					
24.	Eşinizden sözel, psikolojik şiddet (aşağılama, hakaret, küçük düşürme vb.) görme					
25.	Eşinizden cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki, zarar verme vb) görme					

26.	Eşinizin aile, akraba, arkadaş vb. ile görüşmelerinizi kısıtlaması					
27.	Eşinizin sizi rahatsız eden/kaygılandırıcı zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, kumar vb)					
28.	Şu anda yaşamınızdaki stres, sıkıntı düzeyi					
29.	Şu anda maddi/ekonomik sorun yaşama durumunuz					
30.	Gebelik öncesi veya şu anda tedavi gerektirecek düzeyde yaşadığınız psikolojik (ruhsal) sorunlar					
31.	Kendi ailenizle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
32.	Eşinizin ailesiyle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
33.	Aileniz tarafından sevildiğiniz inancı					
34.	Eşiniz tarafında sevildiğiniz inancı					
35.	Ailenizin size her konuda destek olduğu/ olacağı düşüncesi					
36.	Çocuğunuza iyi bir bakım verebilme kaygısı					
37.	Çocuğunuza iyi bir gelecek sağlama kaygısı					
38.	Eşinizin iyi bir baba (ilgili, sorumluluk sahibi vb.) olacağına yönelik kaygınız					
39.	Doğumdan sonra sosyal yaşantınızın olumsuz etkileneceği endişesi					
40.	Her şeyin kötü gittiği/gideceği düşüncesi (inancı)					
41.	Nedenini bilemediğiniz sıkıntı, endişe, üzüntü, mutsuzluk hissi					
42.	Gebeliğinizde rahat ve güvende olma hissiniz					
43.	Gebeliğinizde sorunlarla baş etme yolu olarak sigara, alkol vb madde					

kullanmanız					
44. Gebeliğiniz nedeniyle iş yaşamınızda olumsuz değişikliklerin (işinizi yada işinizdeki statüyü kaybetme vb) olduğuna/ olacağına ilişkin endişeniz					
45. Eşinizin iş değiştirme, bırakma ya da iş kaybı yaşamasına yönelik endişeniz					
46. Gebeliğiniz nedeniyle sosyal yaşamınızın(arkadaşlık,eğlence, gezi, tatil vb.)olumsuz etkileneceği/ etkilendiği inancınız					

EK-6. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik

Kurul Başkanlığı Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
01.08.2017	16	2017/16-3	
Karar No:2017/16-3: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 01.08.2017 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'nın sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Arş. Gör. Çiğdem KARAKAYALI'nın "Gebelikte Bulantı-Kusma Şiddetinin Doğum Korkusu ve Psikososyal Sağlık Düzeyi ile İlişkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.			
Prof.Dr. Nusret AKPOLAT Etik Kurul Başkanı			
Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı	KATILMADI	Prof.Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof.Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof.Dr. Saim YOLOĞLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof.Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof.Dr.İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK-7. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/10/2017-E.24902



T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92852811-771
Konu : Tez Çalışması İlk.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 15/09/2017 tarihli ve 59728196-22923 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'nın sorumlu araştırmacı olduğu "Gebelikte Bulantı- Kusma Şiddetinin Doğum Korkusu ve Psikososyal Sağlık Düzeyi İle İlişkisi" konulu tez çalışmasının, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Çiğdem KARAKAYALI tarafından; 09 Ekim 2017-01 Ağustos 2018 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü kadın doğum polikliniklerinde ekte göndermekte olduğumuz protokol hükümleri doğrultusunda yapılması hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Abdülvahap BOZTEPE
Genel Sekreter

EKLER:
Protokol

09-10-2017
Mehmet GÜLER
Memur

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği

Bilgi için: Nesrin KARA

Faks No: 4223245601

Unvan: EBE

e-Posta: nesrin.kara@sa.gov.tr İnt. Adresi: Malatya Kamu Hastaneleri Birliği

Telefon No: 4223245603 (2036)

Eğitim Birimi: N. KARAKAYALI Eğitim ve Sağlık

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b99fad9c-3c0a-4967-8a13-41734b06424a kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8. Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu Ölçeği

Kullanım İzni

30.05.2018

İnönü Üniversitesi Posta - "The validity and reliability of the Turkish version of the Wijma Birth Expectancy / Experience Scale (WD



İNÖNÜ
ÜNİVERSİTESİ

ÇİĞDEM KARAKAYALI <cigdem.karakayali@inonu.edu.tr>

"The validity and reliability of the Turkish version of the Wijma Birth Expectancy / Experience Scale (WDEQ) Version A were measured in the first trimester.

2 ileti

ÇİĞDEM KARAKAYALI <cigdem.karakayali@inonu.edu.tr>

21 Eylül 2017 10:27

Alıcı: klaas.wijma@imk.liu.se

Dear Prof. Klaas WIJMA,

I am a research assistant at İnönü University Health Sciences Faculty in Turkey. Reliable validity in Turkey for master's thesis "The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) With Pregnant Women (Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu)" I want to use the scale. But this scale is 28-40. is applied to pregnancies in the week of pregnancy. I would like to consult you at the point of application of this scale to the first trimester.

Annotation: The article I sent to you is used in the first trimester.

Sincerely

Research Assistant Çiğdem KARAKAYALI

İnönü University Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery, Turkey / Malatya.

E-mail: cigdem.karakayali@inonu.edu.tr

Klaas Wijma <klaas.wijma@liu.se>

1 Kasım 2017 16:24

Alıcı: ÇİĞDEM KARAKAYALI <cigdem.karakayali@inonu.edu.tr>

Dear Çiğdem KARAKAYALI,

The W-DEQ can be used whenever during the pregnancy (W-DEQ version A) and whenever after (W-DEQ version B).

Please not the attached message for permission of the scale.

Kind regards,

Klaas Wijma, PhD, Senior Professor

Unit of Medical Psychology

Department of Clinical and Experimental Medicine

House 511

Faculty of Medicine and Health Science

Linköping University

S-58183 Linköping, Sweden

Tel. +46 13 28 46 67

Mob. +46 732 713067

E-mail klaas.wijma@liu.se

Web site <https://liu.se/medfak/ike/forskning/forskare-vid-ike/wijma-klaas?l=sv>

Board of Fellows ISPOG (<http://www.ispog.org/>)

Want to know about the state of the art for Childbirth and Anxiety?

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=999566fe51&jsver=yqnn1Gky11s.tr.&cbl=gmail_fe_180516.06_p8&view=pt&q=klaas.wijma%40imk.liu.se&q=qs=true&

EK-9. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

İnönü Üniversitesi Posta - Ölçek Kullanım İzni



ÇİĞDEM KARAKAYALI <cigdem.karakayali@inonu.edu.tr>

Ölçek Kullanım İzni

2 ileti

ÇİĞDEM KARAKAYALI <cigdem.karakayali@inonu.edu.tr>

Alıcı: heryilmaz <heryilmaz@marmara.edu.tr>

Sayın Hocam
Ben İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım.Yüksek lisans tezim olarak "Gebelikte Bulantı-Kusma Şiddetinin Doğum Korkusu ve Psikososyal Sağlık düzeyi ile ilişkisi" adlı konuyu planlanmaktayım. Tezimde sizin geçerlilik ve güvenilirliğinizi yaptığınız "Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi Değerlendirme Ölçeği"ni kullanmak istiyorum.teşekkür ediyorum

İyi Çalışmalar

Saygılar

heryilmaz <heryilmaz@marmara.edu.tr>

Alıcı: ÇİĞDEM KARAKAYALI <cigdem.karakayali@inonu.edu.tr>

[Alınılan metin g. zlendi]

Sayın Çiğdem Karakayalı,

Geliştirmiş olduğum Gebelikte Psikososyal Sağlığın Değerlendirilmesi Ölçeğini Yüksek Lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve değerlendirmesi ektedir.

Çalışma sonuçlarınızı paylaşırsanız sevinirim.

Kolaylıklar dilerim.

Assoc. Prof. Hatice YILDIZ
Marmara University, Faculty of Health sciences,
Nursing Department, Division of Obstetrics and Gynecology Nursing
Istanbul - Turkey

2 eklenti

GPSDÖ.doc
93K

GPSDÖ değerlendirme.docx
15K

EK-10. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu araştırma, gebelikte bulantı-kusma şiddetinin doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmadan elde edilecek olan sonuçlar daha sonra, gebeliği sırasında bulantı kusması olan kadınlara yardım amacıyla kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size bir takım formlar uygulanacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamakla tümüyle özgürsünüz. Katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Araştırma sırasında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

Adresi:

İmzası:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı: Çiğdem KARAKAYALI

İmzası: