

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİK YAŞININ FİZYOLOJİK, PSİKOLOJİK
DEĞİŞİKLİKLERE, KOMPLİKASYONLARA VE
DOĞUMA YÖNELİK ETKİLERİNİN BELİRLENMESİ**

124244

Belgin BABADAĞLI

124244

Kocaeli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Programı İçin Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

Danışman: Prof. Dr. Seçil AKSAYAN

KOCAELİ

2003

**T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

**İşbu çalışma, jürimiz tarafından Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
nabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ olarak kabul edilmiştir.**

Başkan Yar.Doç.Dr. Neriman Soğukpınar

İMZA



Üye Yar.Doç.Dr. Fügen Göz

İMZA



Üye Prof. Dr. Seçil Aksayan (Danışman)

İMZA



ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

28.1.3/2003



Prof.Dr. Nejat GACAR
Enstitü Müdürü
Mühür

ÖZET

Gebelerin doğum öncesi dönemde onları huzursuz kılacak birçok etkenler mevcuttur. Bunlardan bazıları; hastanın düşük ile sonuçlanmış daha önceki gebelikleri, Rh uygunsuzluğu, ölü doğumlar, önceki doğumda oluşmuş problem ve kötü deneyimler, gebenin ileri yaşta veya 20 yaşın altında olması sonucu olacak veya gebelikte bilinmeden alınan ilaçların bebeğe olan istenmeyen etkileri gibi daha pek çok etken sayılabilir (Alpay, 1996). Hem anne hem de doğacak bebeğin sağlığının geliştirilmesinde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım temel hizmetlerdir. Gebelik yaşının bu doğal süreçte etkisini belirlemek ve anne adayını bu doğrultuda eğitmek gerekmektedir(Sağlık Bakanlığı, 2002).

Çalışmanın amacı gebelik sürecinin adölesan ve ileri yaş gebeler ile 19-34 yaş arası gebelerde yarattığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere, gebelik komplikasyonlarına ve doğuma ilişkin özelliklere etkisini belirlemektir.

Araştırmanın türü karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanmış olan soru kağıdı ve Spielberger Süreklilik ve Durumluluk Anksiyete Ölçeği kullanılmış, Kocaeli Tıp Fakültesi, Kocaeli Devlet Hastanesi ve İzmit Bölge Hastanesi Kadın Doğum Servislerine doğum yapmak üzere yatan, her gruptan 50 gebe olmak üzere toplam n=150 kişi alınmıştır.

Sonuçta genel olarak gebeliğin gerek fizyolojik ve gerekse psikolojik değişikliklere , komplikasyonlara ve doğuma yönelik etkilerinde, yaşın önemli bir faktör olduğu söylenemez.

Anahtar Kelimeler: İleri yaş gebelik, Adölesan Gebelik, Gebelik Komplikasyonları

ABSTRACT

There are a lot of troubled factors in pregnant women in the prenatal period. Some of these are abortus before the last pregnancy, Rh izoimmunization, stillbirth, problems and bad experiences in the last birth, older or adolescent pregnancy and take unknown medicine in the pregnancy, more like this factor can be regarded (Alpay, 1996). Care in the prenatal period, birth and postpartum is the basic service in both mothers and baby's health develops. To determine the effects of the pregnant age in natural prenatal period is required. In this way the mother must be educated (Health Ministry, 2002).

This research was carried out in order to effects of the age factor in pregnancies physiological, psychological differences, pregnancy complications and birth peculiarities.

Type of the research is planned and performed as comparative and definitional work. The questionnaire form prepared from the literature is used. The questionnaire and State Trait Anxiety Inventory- STAI were used. Each groups were fifty pregnancy, total n=150 person were entered from Medicine Faculty of Kocaeli University, Kocaeli State Hospital and İzmit SSK Region Hospital. The participations were pregnant and were hospitalized to performe their birth.

The results show that age of the pregnancy, is not general effect pregnancy physiological, psychological differences, pregnancy complications and birth peculiarities.

Key Words: Older pregnancy, Adolescent pregnancy, pregnancy complications.

TEŞEKKÜR

Adölesan çağındaki hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, kimliğin henüz tam olgunlaşmamış olması ve toplumsal yerin henüz kesinleşmemesi, aileye bağımlılığın sürmesi gibi etkenlerle bu çağ sorunlarla yüklü fırtınalı bir dönemdir (Öztürk,1997). Adölesan gebelikleri gibi ileri yaş gebeliklerin de tıbbi, sosyal ve halk sağlığı ile ilgili bir takım riskleri taşıdığı bilinmektedir (Coşkun,1984). Ülkemizde bu yaş grubu gebelere oldukça sık rastlanması konunun önemini ve güncelliğini ortaya koymaktadır. Bu durum konuya ilgimi ve merakımı kamçılamıştır.

Bu çalışmayı hocam ve aynı zamanda danışmanım sayın Prof.Dr.Seçil AKSAYAN denetledi kendilerine teşekkür borçluyum .

Ayrıca çalışmanın planlanması ve anket sorularının hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Yrd.Doç.Dr. Neriman SOGUKPINAR'a ; diyagramların çizilmesi ve bilgisayar ile ilgili olan yardımları nedeniyle sayın Kocaeli üniversitesi Çevre Mühendisliği Bölümü Sayın Uzman Aynur Fiş'e Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim üyelerinden Sayın Yrd.Doç.Dr. Sarper ERDOGAN'a içten teşekkürler.....

Tezin hazırlanmasında manevi destek veren sevgili eşim Elektrik Mühendisi Sayın Yusuf BABADAĞLI'ya sonsuz teşekkür ederim.

Öğr.Gör.Belgin BABADAĞLI
Kocaeli, Şubat 2003

İÇİNDEKİLER

ÖZET

ABSTRACT

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

ÇİZELGELER DİZİNİ

1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. GEBELİK NEDENİ İLE ANNE ORGANİZMASINDA OLUŞAN FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	3
2.2.GEBELİKTE SIK GÖRÜLEN RAHATSIZLIKLAR	4
2.2.1. Bulantı-Kusma	4
2.2.2. Burun Tıkanıklığı ve Burun kanaması (Epistaksiz)	5
2.2.3. Yorgunluk	6
2.2.4. Sık İdrara Çıkmak (Pollaküri)	6
2.2.5. Üriner Sistem Enfeksiyonları	6
2.2.5. Göğüslerde Hassasiyet	7
2.2.6. Pityalizm	7
2.2.7.Vajinal Akıntıda Artma (Lokore)	7
2.2.8. Mide Yanması (Pirozis)	8
2.2.9. İştahta Artma	8
2.2.10. Ayaklarda Ödem	8
2.2.11. Varikoz Venler	9
2.2.12. Abdominal Distansiyon	10
2.2.13. Hemoroidler	10
2.2.14. Konstipasyon	11
2.2.15. Sırt Ağrısı	11
2.2.16. Kas Krampları	11
2.2.17. Yorgunluk	12
2.2.18. Solunum Sıkıntısı	12
2.2.19. Uyuma Güçlüğü	13
2.2.20. Round Ligament Ağrısı	13
2.2.21. Karpal Tunel Sendromu(CTS)	13
2.3. GEBELİK KOMPLİKASYONLARI	14

2.3.1. Gebeliğe İlişkin Komplikasyonlar	14
2.3.1.1. Eklamsi-Preeklamsi	14
2.3.1.2. Gestasyonel Diabetes Mellitus	14
2.3.1.3. Gebeliğin Fizyolojik Anemisi	15
2. 3.2. Doğuma İlişkin Komplikasyonlar	15
2. 3.2.1. Fetusa Ait Kanamalar	16
2. 3.2.2. Distosiler'in Yarattığı Komplikasyonlar	16
2.3.2.3.Preterm Eylem	18
2.3.2.4. .Postterm Eylem	18
2.3.2.5. Erken Membran Ruptürü	19
2.3.2.6.Doğuma İlişkin Girişimler	19
2.3.2.7. Kilo Artışı	21
2.4. GEBELİKTE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	21
2.5. ADÖLESAN DÖNEMİ ve ADÖLESAN DÖNEMİ GEBELİKLERİN ÖZELLİKLERİ	23
2.6.İLERİ YAŞ DÖNEMİ GEBELİKLERİN ÖZELLİKLERİ	29
3. AMAÇ VE KAPSAM	32
3.1. YÖNTEM	32
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
KAYNAKLAR	73
EK 1. Anket Formu	82
EK 2. Özgeçmiş	
EK 3. Etik Kurul Onayı	

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Adölesan Gebelerin (16-18 yaş) Yaş Dağılımları.....	33
Çizelge 2. Erişkin (19-34 yaş) Gebelerin Yaş Dağılımları.....	33
Çizelge 3. İleri Yaş (35 yaş- ve üzeri) Gebelerin Yaş Dağılımları.....	34
Çizelge 4. Gebelerin Diğer Demografik Özellikleri.....	35
Çizelge 5. Gebelerin Doğurganlık Özellikleri.....	36
Çizelge 6. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Gebeliği İsteme Durumlarının Dağılımları.....	39
Çizelge 7. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Anneliğe Hazır Olma Durumlarının Dağılımı.....	40
Çizelge 8. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Prenatal Takip Alma Durumlarının Dağılımları.....	41
Çizelge 9. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Gebeliğe Özel Beslenme Uygulama Durumlarının Dağılımları.....	41
Çizelge 10. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Aile Üyelerinden Aldıkları Psikolojik ve Fiziksel Destek Durumlarının Dağılımı.....	43
Çizelge 11. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Gebelerin Sigara Kullanma Durumlarının Dağılımları.....	44
Çizelge 12. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre I. Trimesterde Yaşadıkları Rahatsızlıklarının Dağılımları.....	46
Çizelge 13. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Yaşadıkları II ve III. Trimester Rahatsızlıklarının Dağılımları.....	48
Çizelge 14. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Yaşadığı Bazı Gebelik Komplikasyonların Dağılımları.....	50
Çizelge 15. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Doğum Yapma Şekillerinin Dağılımları.....	51
Çizelge 16. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Sezaryan Olma Nedenlerinin Dağılımları.....	52
Çizelge 17. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Doğuma İlişkin Girişim (Epizyotomi) Yaşama Durumlarının Dağılımları.....	53
Çizelge 18. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Gebelik Boyunca Aldıkları Toplam Kiloların Dağılımları.....	54

Çizelge 19. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Sürekli ve Durumluluk Anksiyete Puanlarının Ortalamalarının Dağılımları.....	55
Çizelge 20. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Anlamli Çıkan Değişkenler.....	57



1.GİRİŞ

İnsan yaşamında her yeni doğan bebek yeni bir umuttur, gelecektir. Bu umudun sağlıklı olarak doğması için annenin; sağlıklı olması, gebeliğini bilinçli olarak planlamış olması, kendisinin ve bebeğinin sağlığı konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2002).

Kırk haftalık gebelik süresince kadın, psikolojik ve bedensel yönden bir değişim içersindedir. Bu durum aslında çok doğal olsa da duruma uyum gösterme, kişiden kişiye değişkenlik gösterebileceği gibi, aile yapıları, toplumlar arası kavramı farklılıkları v.b. gebeliğin kadında fizyolojik ve psikolojik farklı etkilerle sonuçlanmasına neden olur(Alpay, 1996).

Gebelerin doğum öncesi dönemde yaşadığı bazı komplikasyonlar mevcuttur. Bunlardan bazıları; hastanın düşük ile sonuçlanmış daha önceki gebelikleri, Rh uygunsuzluğu, ölü doğumlar, önceki doğumda oluşmuş problem ve kötü deneyimler, hastanın ileri yaşta olması veya gebelikte bilinmeden alınan ilaçlar v.b. bunlardan bazılarıdır. (Alpay, 1996).

Hem anne hem de doğacak bebeğin sağlığının geliştirilmesinde doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım temel sağlık hizmetlerindedir. Annelerin bu hizmetlerden yararlanmalarında birçok etken rol oynamaktadır (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2002).

Özellikle gebelerde kaçırılmış fırsatlar yakalanmış fırsatlar haline dönüştürülerek, basit ve ucuz yöntemlerle pek çok anne ve çocuğun hayatı kurtarılabilir. Örneğin 20 yaş altındaki ve 35 yaşın üstündeki annelerin, doğum aralığı iki yıldan kısa olan annelerin ve sık doğum yapan annelerin, kendi sağlıkları bozulduğu gibi, bu durum doğan çocuklarını da etkilemekte ve bebek ölüm oranlarını önemli oranda arttırmaktadır (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2002). Bu nedenle özellikle sözü edilen riskli gebeliklerin daha sık izlenmesi gereklidir.

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda, 15-19 yaş arası annelerin doğum sırasında ölme olasılıklarının 20-24 yaş arasındaki annelerle karşılaştırıldığında 2-3 kez,

15 yaşın altındaki annelerin olasılıkları ile karşılaştırıldığında ise 5 kez daha fazla olduğu görülmektedir. Bebeklerin önemli bir ölüm nedeni olan düşük doğum ağırlığı da adölesan annelerin bebeklerinde daha sık görülür (Sezgin ve Akın, 1998).

Günümüzde birçok sosyal ve demografik değişimin sonucu artan sayıda kadın, reproduktif yaşamın geç dönemlerinde gebe kalmaktadır. Bu gebeliklerin çoğunun nedeni eğitim olanaklarında artma, meslek seçimleri ve etkili doğum kontrol yöntemleridir. İleri yaş gebeliklerdeki risk faktörlerinden bazıları; spontan abortus, genetik anomaliler, medikal komplikasyonlar, fetal büyüme anomalileri, disfonksiyonel doğum eylemi, sezaryan sıklığında artma, maternal ve fetal mortalite artışı olarak gösterilmiştir (İtil, 2000).

Batılı lkeleri incelediğimizde adölesanların yaşamlarında yer alan hemen her konuda olduğu gibi gebelik ile ilgili çok sayıda araştırma yürütüldüğünü görüyoruz. Buna karşın ülkemizde bu konuda yapılan araştırmalar çok azdır (Sezgin ve Akın, 1998). Örneğin Meydanlı ve arkadaşlarının 1999 yılında "Adölesan gebelerde obstetrik sonuçların değerlendirilmesi" isimli çalışması bunlardan biridir. Yapılan literatür taramasında ülkemizde ileri yaş gebelikleriyle ilgili araştırmalara, adölesan gebelikleriyle ilgili araştırmalara oranla nisbeten daha sık raslanılmıştır. Ancak bunların sayılarının çok da yeterli olduğu söylenemez.

Sağlıklı bir bebek sahibi olabilmenin yollarından birisi sağlıklı bir gebelik sürecidir. Gebe kadın prenatal dönem boyunca bazı fizyolojik, psikolojik değerikliklere ve komplikasyonlara maruz kalmaktadır. Gebelik yaşının bu doğal süreçte etkisini belirlemek ve anne adayını bu doğrultuda eğitmek gerekmektedir. Anne adayını ne kadar bilinçli olursa prenatal süreç o derece sağlıklı olacaktır.

Bu araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar doğrultusunda, doğum hemşireliği bakımı kapsamında yer alan prenatal hizmetlerde yaş gruplarına özgü olarak fizyolojik bakım ve psikolojik destek sağlamak, birey aile ve toplumu gerek erken ve gerekse geç yaşta olan gebelikler ve anneye ait etkileri hakkında duyarlı hale getirmek ve böylece bu bilgiler ışığında hemşirelik hizmetlerine yön vermek üzere gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİK NEDENİ İLE ANNE ORGANİZMASINDA OLUŞAN FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Gebelik anne organizmasında önemli çok sayıda anatomik, sistemik fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik değişikliklere neden olur. (Cengiz ve Kimya, 1996; Ersoy, 2000 (a))

Çoğunlukla fertilizasyon ile başlayan ve gebelik süresince devam eden bu değişikliklerin bilinmesi fizyolojik olan pek çok bulgunun yanlışlıkla patolojik olarak yorumlanmaması ve gebelik ile birlikte görülen hastalıkların anlaşılması yönünden zorunludur. Fizyolojik değişikliklerin nedeni, annenin gebelik ve doğum sırasında bazı risklerden korunmasının sağlamaktır (Cengiz ve Kimya, 1996). Ayrıca bu değişiklikler kadın vücudunu gebelik boyunca büyüyen ve gelişen fetusu, gereksinimlerini karşılayarak ve uygun ortam sağlayarak doğuma hazırlar (Taşkın, 2000(a)). Bu değişimlerin bir diğer amacı; genital yollarda doğum için gerekli değişimleri hazırlamak ve doğum sonu, bebeğin bir süre daha beslenmesini sağlamaktır (Karanisoğlu, 1992).

Gebelik nedeni ile anne organizmasında oluşan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler:

- Genital organlarda
- Kardio- vasküler sistemde
- Solunum sisteminde
- Üriner sisteminde
- Sindirim sisteminde
- İskelet Sisteminde ve eklemlerde
- Deri ve karın duvarında
- Memelerde
- Endokrin sisteminde

- Metabolizmada
- Su, elektrolit ve mineral dengesinde
- Elektrolit metabolizmasında
- Asit baz dengesinde
- Kilo artışında
- Psikolojide değişiklikler meydana gelmektedir (Karanisoğlu, 1992; Cengiz ve Kimya,1996; Taşkın, 2000 (a); Ersoy, 2000 (a); Lowdermilk, 2000).

2.2.GEBELİKTE SIK GÖRÜLEN RAHATSIZLIKLAR

Gebelikte görülen rahatsızlıkların çoğu fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucu olarak ortaya çıkar (Terzioğlu, 2000).

I.Trimestir Rahatsızlıkları;

2.2.1. Bulantı-Kusma:

Gebelikte en yaygın ve erken dönemde görülen semptomlardır. Genellikle 6-12 haftadan sonra kendiliğinden sona ermektedir. Kadınların yarısında bulantı, üçte birinde kusma görülür. Bazı kadınlar sadece belirli yiyeceklere karşı tikslenme duygusu yaşarlarken bazıları ise, sürekli bulantı hissi duyarlar. Bulantı genellikle sabahları en yoğundur. Ancak günün diğer saatlerinde de görülebilir. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Yapılan araştırmalar, hormonal metabolik, toksik , nörolojik ve psikosomatik faktörlerin, bulantı ve kusmanın ortaya çıkmasında etken olduğunu göstermektedir (Saunders, 2000).

Bu etkenler, HCG düzeyinde yükselme (Saunders, 2000), karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklikler, annenin gebeliğe ve gebeliğin getireceği durumlara

gösterdiği psikolojik tepki, yorgunluk, gastrointestinal sistemde peristaltik hareketlerin yavaşlamasıdır (Alpay, 1996).

Eğer bulantı kusma , 1. Trimesterden sonrada devam ederse (14. Haftaya kadar), “**Hiperemesis Gravidarum**” olarak adlandırılır (Alpay, 1996). Klinik tablo dehidratasyon ve tehlikeli kusma, elektrolit bozukluğu ve halsizlik ile seyredebilir (Scialli, 1998). Bu durum bir gebelik sorunudur ve hastane bakımı gerektirebilir. Gebelerin bu tür fiziksel belirti vermelerinin temelinde büyük ihtimalle kişinin psikolojisine etki eden bazı nedenlerin varlığı etki edebilir. Kadın kusmakla bir oranda tepkisini dile getirmektedir. Bu tepki belki de istenmeyen bir gebelik, mutsuz bir evlilik , geçmişteki ölü çocuk hikayesi gibi bir nedene dayanabilmektedir (Alpay, 1996).

Kadında günde bir defadan fazla kusma, ağız kuruluğu, idrar konsantrasyonunda azalma ve buna benzer dehidratasyon belirtileri gözleniyorsa sağlık kuruluşuna başvurusu önerilir (Karanisoğlu,1992).

2.2.2. Burun Tıkanıklığı ve Burun kanaması (Epistaksiz):

Burun mukozası estrojene duyarlı olduğundan gebelikte hafif hiperemik ve ödemlidir. Bunun sonucunda , burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve burun kanaması gelişebilir. Bu problem çoğunlukla tedaviye cevap vermez. Kadın uyuma güçlüğü çekebilir (Karanisoğlu,1992).

2.2.3. Yorgunluk:

Yorgunlukta neden olan faktörler tam olarak bilinmemektedir. Gebenin, geceleri de idrara çıkmasıyla bu yorgunluk belirtisi artabilir (Karanisoğlu,1992).

2.2.4. Sık İdrara Çıkmak (Pollaküri):

Büyüyen uterusun mesane üzerine baskı yapmasından dolayı görülen bir durumdur. Bu durum gebeliğin yaklaşık 12. haftasında uterusun pelvik alanın dışına çıkması ve abdominal kaviteye doğru ilerlemesiyle azalır. Glomerüler filtrasyon hızının gebelikteki artışı, idrara çıkmada bir artışa neden olmaz. Sık idrara çıkma son trimesterde büyüyen uterusun pelvise yerleşerek tekrar mesaneye baskı yapmasından dolayı görülür. Öksürme ve hapşırma idrar kaçırmaya neden olabilir. Gebe kadın, idrar yaparken ağrı, yanma ya da idrarda kan gibi belirtilerden şikayet ediyorsa, idrar yolu enfeksiyonu yönünden incelenmelidir. Bunun için herhangi bir önlem bulunmamaktadır. Gebelikte sık idrara çıkmayı önlemek için asla sıvı alımı kısıtlanmaz (Saunders, 2000).

2.2.5. Üriner Sistem Enfeksiyonları:

Gebelikte progesteronun düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisi üreterlerde dilatasyona ve mesane tonüsünde azalmaya neden olur. Sonuçta üriner yolda hipotoni ve hipoperistalizmin etkisiyle mesane ve üreterlerde idrar stazı oluşur. Bu nedenle üriner enfeksiyon riski artmıştır (Karanisoğlu,1992; Saunders,2000).

2.2.5. Göğüslerde Hassasiyet:

Erken dönemde başlar ve gebelik süresince devam eder. Estrojen ve progesteron düzeyinde artma, göğüs uçlarını duyarlılığın artmasına ve göğüslerde sızlama ve acı duygusunun hissedilmesine neden olur (Karanisoğlu,1992; Saunders,2000).

2.2.6. Pityalizm:

Gebelikte nadiren görülen tükrük salgısının keskin ve acı üretimidir. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etkin bir tedavisi yoktur (Karanisoğlu,1992; Saunders,2000).

2.2.7.Vajinal Akıntıda Artma (Lokore):

Gebelik döneminde yaygın olarak görülür. Akıntı renksiz, kaşıntısız, kokusuz ve vajinal epitel hücrelerini içerir. Nedeni; vajinal mukozanın hiperplazisi ve estrojen düzeyinin yükselmesinden dolayı endoservikal glandlar tarafından mukus üretiminin artmasıdır. Ayrıca sekresyonlarının asiditesinin artması, kandida albicans gelişimini uyarır ve böylece kadının gebelikte monilial vajinitise yatkınlığı artar (Karanisoğlu,1992; Saunders,2000).

Gebeye, vajinal akıntıda anormal değişimler (pis koku, renk değişikliği, yanma vb.) olması halinde bir sağlık kuruluşuna başvurması konusunda eğitim verilmelidir (Karanisoğlu,1992; Saunders,2000).

II ve III. Trimestir rahatsızlıkları:

2.2.8. Mide Yanması (Pirozis):

Gebelikte gastrik motilitenin azalması sonucu, ters peristaltik dalgalanma, asidik mide içeriğinin özefagus içersine regürjitasyonuna, bu durumda mide yanmasına neden olur. Genellikle asit regürjitasyonu, geğirme, bulantı ve epigastrik baskı gibi diğer gastro intestinal semptomlarla birlikte bulunur. Bazen ağızda kötü bir tat bırakır (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu,2000).

Nedeni; büyüyen uterus nedeni ile midenin yer değıştirmesi, progesteron üretiminde artma, gastrointestinal sistemde peristaltik hareketlerin yavaşlaması, ve midede kardiak sfinkterlerin relaksasyonu ile psikolojik faktörler, endişe, yorgunluk ve uygunsuz diyet alımıdır (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu,2000).

2.2.9. İştahta Artma:

Gebelik süresince hemen her zaman görülebilir. Hormon seviyesindeki yükselme yiyeceklere karşı beğeniye uyarır. Bazı yiyeceklere karşı özel ilgi duyulabilir. Buna aşerme ya da pika denir (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu,200; Saunders,2000).

2.2.10. Ayaklarda Ödem:

Gebelerin yaklaşık üçte ikisinde görülür. Her zaman toksemi sonucu gelişmez. Gebelikte ödeme neden olan faktörler; uzun süre oturma ya da ayakta durma, kapiller

permabilitede artma, varikoz venler, alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesi, bacaklarda venöz basıncın artması dolayı sodyum ve su retansiyonu ve sıcak havadır.

Ayak bileğinde ödem, proteinüri ya da hipertansiyon belirtileri ile birlikte görüldüğünde ya da ödem postural orijinli olmadığında gebe kadın PIH yönünden değerlendirilmelidir (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu,200; Saunders,2000).

2.2.11. Varikoz Venler:

Neden olan faktörler; ikinci ve üçüncü trimesterlerinde alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesi, progesteronun gevşetici etkisi, ileri anne yaşı, herediter faktörler (ven duvarlarının zayıflığı, mevcut varisler) aşırı kilo alımı, fazla ayakta durmayı gerektiren işler, çoğul gebelik, iri fetüs ve konstipasyon varikoz venlerin oluşumuna yatkınlığı arttırmaktadır (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu, 2000).

Başlangıçta, bacaklarda derin venlerdeki gerilmeye bağlı sızı, şeklinde bir ağrı, yüzeysel venlerde kırmızı renkte , çizgi şeklinde belirginleşme görülür. Bunlar sonradan gerçek varislere dönüşür. Genellikle diz arkasında ve alt bacakta daha az olmakla birlikte labia majör ve vajinada da görülebilir (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu, 2000)..

Variköz venlerin cerrahi ya da enjeksiyon yöntemiyle tedavisi, gebelik sırasında önerilmemektedir. Gebelikten sonra tedavi gerekebilir. Çünkü problem, gebeliğin sona ermesiyle daha da şiddetlenebilir (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu, 2000).

Flebotrombozis ve tromboflebitis varikoz venlerin komplikasyonları olarak gelişebilir. Bu komplikasyonların oluşma nedeni genellikle yaralanmalardır (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu, 2000).

2.2.12. Abdominal Distansiyon:

Neden olan faktörler; gastrointestinal motilitenin azaltılması, büyüyen uterusun kalın barsaklar üzerine baskısının artması, barsakların boşaltılmasının gecikmesi ve hava yutmadır (Karanisoğlu, 1992; Terzioğlu,2000).

2.2.13. Hemoroidler:

Hemoroidler anüs ve rektumun alt ucundaki venlerin genişlemesidir.

Neden olan faktörler şunlardır; fetüsün büyümesi ve gebeliğin ilerlemesiyle alt ekstremitedeki venlerin üzerine basıncın artması ve venöz sirkülasyonun engellenmesi, barsakların yer değiştirmesi ve konstipasyondur (Karanisoğlu, 1992; Terzioğlu,2000).

Gebelikte ve doğumda oluşan hemoroidler postpartum periyottan sonra kaybolur. Önceki gebeliğinde hemoroidi olan kadının bir sonraki gebeliğinde semptomları daha da şiddetlenecektir. Hemoroidin semptomları; sızlama şişme, kaşıntı, ağrı ve hemoroidal kanamayı içerir. İnternal hemoroidler, anal sfinkter etrafına yerleşmiştir ve defekasyonla birlikte genellikle hemoroidal kanamaya neden olurlar. Hemoroidler rektumdan dışarı çıkmadıkça ağrılı değildirler. Eksternal hemoroidler ise, anal sfinkterlerin dışında yerleşmiştir. genellikle ağrı ve kanamaya neden olmazlar. Hemoroidler tromboze olabilir. Bu durumda ciddi oranda ağrı olur. Hemoroidal tromboz 24 saat içerisinde kendiliğinden çözülür ya da doktor tarafından boşaltılır (Karanisoğlu, 1992; Terzioğlu,2000).

2.2.14. Konstipasyon:

Konstipasyon nedenleri: Progesteron düzeyindeki artışın barsak hareketlerini yavaşlatması, büyüyen uterusun barsaklar üzerine baskı yapması, Fe preparatların kullanılması, yetersiz sıvı alınması, yetersiz egzersiz alışkanlığı ve beslenme alışkanlığıdır (Karanisoğlu, 1992; Saunders,2000; Terzioğlu, 2000).

2.2.15. Sırt Ağrısı:

Sırt ağrısının nedenleri genellikle büyüyen uterusun lumbo sakral vertebranın eğiminde artmaya neden olması, progesteron düzeyindeki artış nedeniyle, eklemlerdeki kartilaj dokunun yumuşaması, yorgunluk sarkık karın ya da karın duvarındaki zayıflık, vücut mekaniğinin uygun kullanılmamasıdır (Karanisoğlu, 1992; Terzioğlu,2000).

2.2.16. Kas Krampları:

Gebe kadının günde 1.2 gr. kalsyum ve fosfora ihtiyacı vardır. Bu oran normal bir kadın gereksiniminden 0.4 gr daha fazladır. Ciddi bir beslenme yetersizliğinde bu maddelere olan ihtiyaç, gebe kadının kemik depolarından karşılanır. Bacak kramplarına neden olan faktörler tam olarak bilinmemektedir. Ancak çoğunlukla kadın yattıktan sonra geceleri görülmektedir. Bazen günün diğer saatlerinde de görülebilir (Terzioğlu, 2000).

Neden olan faktörler; ayağın uzun süre eksitasyonda bulunması, yetersiz kalsiyum alımı, kalsiyum/fosfor oranındaki dengesizlik, büyüyen uterusun pelvik sinirler ya da pelvik damarlar üzerine baskısının artması nedeniyle dolaşımın bozulması ve yorgunluktur. Ayrıca fazla miktarda süt ya da dikalsiyum fosfat içeren bazı ilaçların alınması, fazla miktarda kalsiyum içeren besinlerle birlikte fosfor alımındaki artış da kas kramplarına neden olmaktadır. Çünkü fosforun artması, kalsiyum emilimini engeller (Terzioğlu, 2000).

2.2.17. Yorgunluk:

Gebeler, özellikle kalabalık ve sıcak yerlerde yorgunluk hissederler. Pozisyonun ani değişimi ve uzun süreli ayakta kalma yorgunluk hissetmesine neden olur (Terzioğlu, 2000).

2.2.18. Solunum Sıkıntısı:

Solunum sıkıntısı, uterusun abdomen içerisine yükseldiği ve diyafram üzerine basınç uygulandığı durumlarda görülür. Diafram uterusun baskısı ile 4 cm yükselmiştir. Akciğerlerde vital kapasite azalmıştır. Primigravidalarda gebeliğin son birkaç haftasında solunum sıkıntısı, fetüs, pelvise doğru indiği için azalır. Yine sırt üstü düz yatma, gebede sıkıntı hissi yaratabilir. Eğer sıkıntı hissi gebeliğin ilk aylarında rahatsızlık yaratıyorsa, kalp hastalığı yönünden araştırılmalıdır (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu,2000).

2.2.19. Uyuma Güçlüğü:

Büyüyen uterus, aktif bir fetüs, sık idrara çıkma, solunum sıkıntısı ve bacak krampları gibi rahatsızlıklar uyumayı güçleştiren etkenlerdir (Terzioğlu, 2000).

2.2.20. Round Ligament Ağrısı:

Gebelik sırasında genişleyen uterus, round ligamentlerde gerilmeye ve hipertrofiye neden olur (Karanisoğlu, 1992).

2.2.21. Karpal Tunel Sendromu (CTS):

Bu sendrom, el bileğinde orta sinirin baskılanmasıyla oluşur. Sendrom çoğunlukla bilateraldir. Ancdak dominant kullanılan elde daha fazla görüldüğü söylenebilir. CTS' li kadın tipik olarak, avuç içinin baş parmağa yakın olan bölümünde yanma, sızlama, ya da uyuşukluk hissi yaşar. Sendrom, daktilo yazar gibi elin tekrarlayıcı hareketleri ile şiddetlenir. Semptomlar doğumu takiben kaybolur (Karanisoğlu, 1992).

2.3. GEBELİK KOMPLİKASYONLARI

2.3.1. Gebeliğe İlişkin Komplikasyonlar

2.3.1.1. Eklamsi-preeklamsi:

Gebelerin %7-10'unda görülmektedir (Usta ve Sibai, 1998) . Gebelikte hipertansiyon aşağıda belirtilen şekilde sınıflandırılmaktadır. a) Kronik hipertansiyon: Daha önce bilinen hipertansiyonu olan veya postpartum dönemden sonra hipertansiyonu devam eden olgular. b) Gebelik hipertansiyonu(PIH): Gebelikte ortaya çıkan, proteinürisi olmayan (0.3 gr/l'den az) ve postpartum dönemden sonra kan basıncı normale dönen olgular. c) Hafif preeklamsi: Gebelik hipertansiyonuna proteinürinin eşlik ettiği (0,3gr/l'den fazla) ve diastolik kan basıncının 110 mm/Hg altında olan olgular. d) Ağır Preeklamsi: Yatak istirahatindeki bir gebede 6 saat ara ile ölçülen diastolik kan basıncı değerlerinin 110mm/Hg veya üzerinde olması ve /veya 24 saatlik idrarda 5 gr./lt üzerinde proteinüri ve /veya oligüri ve/veya baş ağrısı- skotom-bilinç bulanıklığı gibi serebral ve/veya pulmoner ödem, siyanöz ve/veya epigastrik, sağ üst kadran ağrısı, hemoliz, karaciğer enzimlerinde bozulma, trombositopeni saptanan olgular. e) Gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyon: Kronik hipertansiyona preeklamsinin eşlik ettiği olgular. f) Eklamsi: Olaya konvülsiyonun eklendiği olgular (Madazlı, 1999).

2.3.1.2. Gestasyonel Diabetes Mellitus :

Gebelerin yaklaşık %3-5'ünde görülür (Coustan, 1998; Demir, 1999). Gestasyonel diabet görülme hızı ilerleyen anne yaşı ile birlikte artar. Örneğin 20 yaşın

altındaki gebelerin 7/1000'inde rastlanırken, 30-34 yaş arasındaki gebelerin 38/1000'inde saptanır (Bükülmez ve Durukan, 1996). İlk kez gebelikte ortaya çıkan veya tanılanan diyabet gestasyonel diabet olarak tanımlanır. Neonatal morbidite, tedavi edilmemiş gestasyonel diyabetik grubun önemli bir bölümünü teşkil eder. Çünkü maternal hiperglisemi hafif derecede olsa bile glikoz hızlı olarak plasentayı geçer ve fetal hiperglisemiye neden olur. Fetal pankreas insülin üretimi ve salınımı arttırarak yanıt verir. Fetal hiperinsülinizm, makrosomiye neden olan fetal büyümeyi uyarır ve ayrıca neonatal hipoglisemiye ve neonatal respiratuar distres sendromunun görülmesinde artışa neden olur. Makrosomik bebekler çoğunlukla güç vajinal doğum ve sezaryan nedeni olurlar (Coustan, 1998).

2.3.1.3. Gebeliğin Fizyolojik Anemisi:

Gebeliğin II. trimestrinde plazma volümü %40-50 oranında artar, buna karşın eritrositlerdeki artış %18 kadardır. Bu artış plazma volümündeki artış kadar olmadığı için eritrositlerde, dolayısıyla hemoglobinin düzeyinde görünüşte bir azalmaya neden olur. Bu azalma 0.5-1 g/dl civarındadır. Buna “gebeliğin fizyolojik anemisi” denir. Bu anemi şekli gebelikte görülen en sık komplikasyonlardan biridir (Taşkın,2000(b)).

2. 3.2. Doğuma İlişkin Komplikasyonlar:

Doğum esnasında komplikasyon oluşması, perinatal morbilite ve mortalitede artış görülmesi ile ilişkilidir. Özellikle annede prenatal dönem esnasında belirli komplikasyonlarda risk artışı tanımlandıysa bazı komplikasyonlar önceden bilinebilir.

Bazı komplikasyonlar beklenmedik şekilde meydana gelebilmektedir (Piotrowski, 2000).

2. 3.2.1. Fetusa Ait Kanamalar:

Gebeliğin ikinci yarısından sonra ortaya çıkan kanamaların büyük çoğunluğu plasenta previa ve dekolman plasenta nedeni anneye ait kanamalardır. Buna karşılık nadir de olsa plasentaya rastlayan travmalar ve vasa previa olgularında bebeğe ait kanamalar da olabilir. Yine insersiyö vamentosa plasentaya ait doğum komplikasyonlardan biridir (Davas, 2000; Asena, 1996).

2. 3.2.2. Distosiler'in Yarattığı Komplikasyonlar:

Doğum eylemini güçleştiren, doğum süresini uzatan hatta doğumun vajinal yoldan gerçekleşmesini bütünü ile engelleyen **distosiler** “zor doğumlar” olarak da isimlendirilir. Tüm doğumlar dikkate alınırsa distosilerin rastlanma sıklığının yaklaşık % 10 olduğunu söylemek mümkündür. Bazı kaynaklarda bu oran %8- %11 olarak belirtilmektedir (Piotrowski, 2000).

Doğum zorluklarının ortaya çıkışında 3 ayrı temel neden ya tek olarak ya da birarada rol oynamaktadır. Bunlar;

1. *Doğum Yoluna Ait Nedenler:* Bu gruba kemik pelvis, doğum yolunun yumuşak kısımları veya komşu organlara ait nedenler girer.
2. *Doğum Objesine Ait Nedenler:* Bu grupta fetusun kendisine ait anatomik bozukluklar ile prezantasyon bozuklukları yer alır.

3. *Uterus Disfonksiyonları*: Doğumu sağlayan motor güç ile ilgili fonksiyon bozuklukları bu grupta yer alır. Burada uterus kontraksiyonlarının yetersiz veya diskoordine olması söz konusudur. Çoğu kez yukarıdaki nedenlerin birden fazlasının kombinasyonu olarak karşımıza çıkar (Asena,1996).

1. Doğum Yollarına Ait Nedenler:

a. Kemik Pelvis Anomalileri (Pelvis Darlıkları): Çeşitli pelvis tipleri pelvis darlıklarına neden olmaktadır. Bunlar jinekoid, android, antropoid, platypelloid pelvisdir. Pelvis ölçülerinin olması gerekenden daha farklı olması da distosilere neden olmaktadır. Bunlar a) Pelvis girimi darlıkları, b) Orta pelvis darlıkları, c) Pelvis çıkımı darlıkları, d) Büyük defekti olan pelvisler

b. Yumuşak dokulara veya komşu organlara ait anomaliler

- Vulvaya ait nedenler
- Vajinaya ait nedenler
- Servikse ait nedenler
- Uterusa ait nedenler
- Overlere ait nedenler
- Diğer nedenler

2. Doğum Objesine Ait Nedenler:

- Fetusun kendisine ait olan anomaliler: Bunlar a) İri bebek, b) Hidrosefali, c) Fetus abdomeninin aşırı büyük olması ve d) Diğer fetal anomaliler dir.
- Fetusun prezentasyon bozuklukları:
 - a) Oksiput posterior geliş
 - b) Derinde transvers duruş
 - c) Yüksekte düz duruş
 - d) Yüz gelişi
 - e) Alın gelişi
 - f) Başla beraber ekstremitelerin gelişi (Kombine gelişler)
 - g) Oblik ve yan duruşlar
 - h) Makat geliş (Asena,1996).

3.Uterus Disfonksiyonları:

Normal bir doğum olayında çoğunlukla latent faz ile aktif faz adını verdiğimiz iki dönem vardır. Bir dönem olan latent fazda uterus kontraksiyonları değişken aralıklar ile gelir. Kısa sürer, bunlar servikte sadece silinmeyi sağlar, diletasyona neden olmazlar. 2. Faz olan aktif fazda kontraksiyonlar düzenlidir ve daha kısa aralıklarla gelir. Daha kuvvetlidir. Süreleri uzundur ve servikal dilatasyon meydana getirirler. Bu fazda servikal diletasyon hızlanmıştır (Asena,1996).

Uterus disfonksiyonlarında doğumu sağlayacak motor gücü oluşturan uterus ile ilgili kontraksiyon kusurları söz konusudur. Bunlar: a) Hipotonik insersiya ,b) Hipertonik insersiya, c) Konstrüksiyon halkası d)Partus presipitatus (Asena,1996).

2.3.2.3.Preterm Eylem:

Neonatal ölümlerin en büyük nedeni 37 haftadan önce doğan bebeklerdir ki gebelikteki bu eyleme “preterm eylem” denir (Taşkın, 2000 (e)). Tüm gebeliklerinin %10’ unda görülür (İams, 1998).

2.3.2.4. .Postterm Eylem:

42 haftaya kadar gebeliğin devam etmesine uzamış gebelik yani “postterm eylem” denir. Genç ve 35 yaş üzeri annelerde insidansı daha yüksektir (Taşkın, 2000(f)).

2.3.2.5. Erken Membran Ruptürü :

Amnion kesesi normalde doğum eyleminin birinci devresinin sonunda açılır. Daha erken açıldığında **erken membran rüptüründen (EMR)** söz edilir. Bu durum bebeğin ve annenin enfekte olması yönünden tehlikelidir (Taşkın, 2000 (g)). Term gebeliklerin %10'unda görülür (Ghidini ve Romero, 1998).

2. 3.2.6. Doğuma İlişkin Girişimler:

a).Sezaryan:

Karına (laparotomi) ve uterusu yapılan kesi (histerotomi) ile fetüsün doğmasını sağlayan operasyona sezaryan denir.

Sezaryanın normal sıklığı %6-7'dir. Bu rakam son yıllarda % 27'ye kadar çıkmıştır. Bunun sebepleri olarak; kadının fazla ağrı çekmek istememesi, hekimlerin aceleci tutumları vb.dir. Sezaryan doğum yöntemi ile çocuk mortalitesi daha düşük orandadır. Zira çocuk doğum yolu travmasına maruz kalmamıştır (Ersoy, 2000(b)).

Sezeryan en çok şu nedenlerle uygulanır:

1. Fetüs –pelvis ölçümleri arasındaki orantı bozukları
2. Fetüsün doğum kanalına normal doğumun gerçekleşmesini imkansız kılan bir şekilde girmesi.
3. Fetal distres
4. Eskiden sezeryan ya da uterus tabakalarının insizyonuna yol açan miyomektomi gibi ameliyatlara geçirmiş olmak
5. Kordon sarkması
6. Plasenta previa gibi durumlar (Erez, 1996).
7. Annenin genel hastalıkları (eklampsi, böbrek hastalıkları),
8. Gebenin primipar ve 35 yaş üzerinde olması

9. Yumuşak doku ile ilgili problemler (pelvik organlarının herhangi birisinde tümör, plasenta previa, vulvada aşırı damarlanma, vaginal septa, vaginal atrofi)

10. Motor güç olan uterusun primer ve sekonder ağrı zaafına bağlı olarak kasılma yeteneğinin kalmaması, başlamaması veya başlamış fakat yetersiz olması sezaryan yapılmasını gerektirir.

11. Fetüsla ilgili olarak her türlü patoloji, iri bebek, Rh uyuşmazlığı, situs anomalileri sezaryanı gerekli kılar (Ersoy,2000(b), Taşkın, 2000(c)) .

b).Forseps

İki kaşıktan meydana gelen, bir sap kısmı ve ortasında eklem kısmı olan ve fetüsün traksiyonu için kullanılan metal aletlere forseps denir . Çocuğun başına negatif basınç uygulanarak gerçekleştirilir (Ersoy, 2000(c)).

c) Vakum

Forsepsten daha pratiktir. Başa bir çan tatbik edilir. Negatif basınç etkisi ile baş dışarıya traksiyone edilir. Daha az travmatiktir. Rotasyon yeteneği yoktur (Ersoy, 2000(d)).

d) Epizyotomi

Fetus başının kolay, süratli ve tehlikesiz doğumunu sağlamak, perinenin tonusunu korumak ve istenmedik yırtıkları önlemek amacıyla bebek başı doğarken perinide bulbo-kavernos kasına yapılan insizyondur.

Uygulandığı durumlar:

- İlk doğumda, makat gelişlerinde,
- Rijit perinide,
- Önceki doğumdan kalma skar dokusu olduğunda,
- Fetus çok iri ise,
- Pozisyon ve presantasyon bozukluklarında,
- Gelen kısım perineye dayandığı halde 5 dakika içinde doğum olmamış ise,
- Forseps ve vakum uygulamalarında (Taşkın, 2000 (d)).

2.3.2.7. Kilo Artışı:

Gebelikte kilo artışı, fetusa ve anneye ait organların büyümesine, annede yağ ve protein depolanmasına, kan ve interstisyel sıvı hacminin artmasına bağlı olarak gelişir (Taşkın, 2000(a)). Gebelikte vücut ağırlığında 9-12 kg'lık artış normaldir. Bazı kaynaklarda 9-16 kiloluk artışı normal kabul etmektedir.(Cengiz ve Kimya, 1996).

Bu kiloyu: fetüs (3500gr), plasenta (650gr), amnios suyu (1000gr.), uterus (1000gr), memeler (500gr) artan kan volümü (1500gr), ekstraselüler sıvı (1500gr), annede yağ birikimi (3000 gr) oluşturur (Karanisoğlu, 1992, Gökşin, 1996).

2.4.GEBELİKTE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER:

Hem gebelikte ve hem de gebelik dışında kadınlık cinsel organları, erkeğe oranla daha duyarlıdır. Kadın için uterus ve over son derece önemli organlardır. Bunun iki nedeni vardır. Bunlardan birincisi kadının cinsel organlarının önde gelen simgeler oluşu diğeri, çok değer verdiği yavrusunu taşıdığı ve taşırken hissettiği barınak bilincidir. Bu nedendir ki klinikte bu organlar üzerinde yapılacak normal olmayan ve yakışsız değerlendirmeler hastada gelişecek ruhsal problemlere zemin oluşturabilirler. Gebelik aynı zamanda doğacak bebeğe ve eşine karşı geliştirdiği aşırı sorumluluk duygusu- stresi başlatan faktördür (Alpay, 1996).

Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu dönemi kadın yaşamında değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmek de mümkündür (Taşkın, 2000; Özkan, 2000). Kadın gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekir. Gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik gösterir. Örn: Çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkileri, kadınlık rolünü algılayışı, kendi benlik kavramı, daha önce anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller

(kardeşe bakma v.s.), çevresinde bulunan olumlu veya olumsuz rol modelleri, gebeliğini planlamış olma, gebeliği kadınlığının bir kanıtı olarak görme ve sosyo-ekonomik koşullar, annenin gebeliği kabullenmesinde önemli rol oynar (Taşkın, 2000(h)). Kadının kendi yaşam özgeçmişinde ailesi ile ilgili yaşadıkları duygular tutumlar ya da örselenmeler gebeliğe ilişkin tutumlarda etkilidir (Özkan,2000).

Hamilelik bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabildiği gibi; endişe ve kaygılı bekleyiş de yapabilir. Gebelik duygusu kendini gerçekleştirmenin yanında, yaşamda değer yargılarını geliştirme, aktarma duygusu da vardır (Özkan,2000).

Hamilelikte her trimestrin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğunu belirtilmiştir. İlk trimestr genellikle yeni duruma ve gebe kalındığı gerçeğine uyumdur. Eğer istenen gebelikse mutluluk, haz, doyum duygusu yaşanır. Kuşkusuz kadının aile durumu, iş durumu, eş ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı güçlük ve gereksinimler ; bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir. (Özkan,2000)

Bulantı, kusma gibi fizyolojik yakınmaların şiddeti ile çocuğun benimsenmesi ve gebelikteki durum arasında ilişki olduğu ifade edilmiştir. Gebelikte duygu durum değişiklikleri, yemek yeme dürtüsü değişiklikleri görülebilir. Bu dönemde oral döneme gerileme özellikleri ortaya çıkar. Sıklıkla hafif düzeyde de depressif ruh hali ortaya çıkar, ancak bu durum genellikle ikinci ve üçüncü trimesterlere kadar devam etmez (Özkan, 2000). Kusmanın şiddetli olduğu, ya da ikinci trimesterde de devam ettiği olgularda (hiperemezis) tıbbi faktörlerin yanında , psişik, faktörlerin de şiddeti etkilediği bildirilmiştir. Üçüncü trimesterde, yeni canlı, annenin bütün sistemlerini etkilemiştir. Doğum yaklaştıkça, doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Bunun yanında, doğumu takiben çocuğun bakımı, annelik rol ve işlevlerini yeterince yürütüp yürütemeyeceği endişeleri dikkati çeker (Özkan, 2000). Gebelikte farklı dönemlerde çelişki/ belirsizlik, içe dönüklük/narsisizm, pasiflik/ bağımlılık ve korku/ anksiyete gibi psikolojik değişiklikler görülür. Bu değişikliklerden özellikle anksiyete gebelik süresinde, doğum eylemi sırasında ve doğum sonrası dönemde kadınları olumsuz yönde etkilemektedir (Karanisoğlu, 1992; Sertbaş, 1998; Özkan, 2000). Gebelik ilerledikçe doğum, bebeğin sağlığı ve anneliğe

ilişkin kaygılar artar. Gebelikte eşin tutumu ve içinde yaşadığı psikososyal çevre, kadının yaşadığı içsel ruh durumu doğrudan etkiler (Özkan, 2000).

Prematür doğum, polihidroamnios, intrauterin büyüme geriliği, pre-eklamsi, anne yaşının ileri olması, diyabet, çoğul gebelik gibi bir çok obstetrik komplikasyonlar gebe kadını ciddi ruhsal baskı altında bırakır (Özkan,2000).

“Doğum sonrası karamsarlığı” doğumdan sonraki ilk haftada oldukça sık görülen geçici, hafif bir depresyondur. Bu durum zamanla geçer ve sadece lohusaya yardımcı ve anlayışlı olunması yeterlidir (Zlatnik, 1997). Doğumu takip eden 3-10 gün içinde annelerin %50-70’i hafif depressif durum yaşarlar. Yorgunluk, uyku bozukluğu, dikkatini odaklaştırma güçlüğü, yönelim azalması ve kısa süreli depresyon yada öfori halleri en sık rastlanan belirti ve bulgulardır. Bunun yanında ağlama krizleri, bitkinlik, huzursuzluk, isteksizlik ve baş edemeyeceği duygular, irritabilite ve suçluluk duyguları, bebeğin sağlığına ilişkin şiddetli kaygı ve sıkıntı, iştah azlığı ve şaşkınlık halleri görülebilmektedir (Özkan, 2000).

“Postpartum depresyon”, belirgin bir psikotik durumdur ve şiddeti tanıyı koydurtur (Zlatnik, 1997).

“Postpartum psikoz” yaygınlığı 1000 doğumda bir görülen ender bir tablodur. Genellikle doğumu takiben 2-3 hafta içersinde başlar ve 2-3 ay kadar sürer (Özkan, 2000).

2.5. ADÖLESAN DÖNEMİ ve ADÖLESAN DÖNEMİ GEBELİKLERİN ÖZELLİKLERİ

Adölesan, büyümek, gelişmek anlamını taşır. Adölosan döneminde cinsel fonksiyon psikolojik açıdan adaptasyon ve seksüel organların tam maturasyonu söz konusudur (Şamay,1996). Genç kız ve erkeklerde büyüme ve gelişmenin hız kazandığı ve puberte, menarş, telarş, pubarş gibi değişikliklerin gözlemlendiği döneme adölesan

dönemi denmektedir (Ersoy, 2000(e)). Dünya Sağlık Örgütü'nün 10-19 yaş olarak belirttiği ve genellikle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen dönemdir (Sezgin ve Akın, 1998).

Adölesan, psikososyal gelişim açısından kritik bir dönemdir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Bu dönemin tipik özelliği; bedenin hızla değişmesi ve gelişmesidir. Adölesan bu değişime uyum yapmakta güçlük çeker ve dahası beden görünümüyle ilgili kaygı yaşar. Bu dönem duygusal yönden çalkantılı bir dönemdir (Cimete, 2002). Adölesan, göreceli olarak hafif davranış bozukluklarının, aynı zamanda da “ conduct disorder” olarak bilinen ciddi davranış bozukluklarının diğer yaşlara kıyasla daha sık görüldüğü bir dönemdir. Bu dönemde, cinsel yaşam ve cinsel davranışla ilişkili bir çok sorunlar yaşanabilir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002).

Adölesanın duyguları iniş-çıkışlı ve anlıktır. Bir an çok neşeli iken, bir an depressif moodlu olabilir. Yine adölesan meraklıdır, taklitçidir, özentilidir, bağımsızlığını kazanma, toplum kurallarına baş kaldırma, sosyal değerlere ters düşme, tehlikeye atılmaktan hoşlanma, deneyerek öğrenme, çabuk doyuma ulaşma, problemlerden kaçma, güvensizlik, güçsüzlük, sorumsuzluk gibi özelliklere sahiptir (Cimete, 2002). Daha önce rahat olan veya pek sorunu bulunmayan bir adölesanda bir nedeni olmamasına karşın sinirlilik alınganlık, suçluluk duyguları, normalde zevk aldığı arkadaş ilişkisi hobi ve çalışmalarının hiç birinden zevk almama ve bunlardan uzaklaşma, gelişen bir depresyonun işareti olabilir. Belirgin iştahsızlık, uyku bozuklukları, konsantrasyon eksikliği, karamsarlık, ümitsizlik ve kendini olduğundan aşağıda değerlendirme depresyonda görülen belirtilerdir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Genç kızlarda estrogen artımına bağlı olarak davranışlar da değişir. Sosyal ilişkileri artar. Cesaret ve özgürlük havası görülür. Kendini iş yapabilecek başarılı birisi olarak görür. Karşı cinse ilgisi ve beğenilme arzusu gözlenir (Ersoy, 2000(e))

Adölesan döneminde, bir taraftan ana baba kontrolüne karşı tepki yaşanırken diğer taraftan otorite kontrolüne gereksinim duyulur ve bu iki zıt duygu adölesanda çatışma ve gerginliğe yol açar (Cimete, 2002). Aynı zamanda narsizm veya antisosyal kişilik bozukluğuna benzer daha pek çok sorunları olabilir (Rosenstein, 1996). Bu derece yoğun duyguların yaşandığı bu dönemin problemsiz ve çatışmasız atlatılması adölesanın

demokratik tutum sergilenen bir aile ortamı ve olumlu destek oluşturan bir akran grubu ile mümkündür. Bunların aksi durumlar, adölesanın duyguları ile baş etmek amacıyla madde kullanımına yönelmesine neden olabilir. Adölesan hoş olmayan duygulardan kurtulmak için madde kullanmaya başlayabilir (Rosenstein, 1996; Cimete, 2002).

Amerika’da adölesanlar arasında alkol, marijuana, uyarıcılar, cocain ve hallisinojenler gibi madde kullanımların giderek arttığı kaydedilmiştir (Trad, 1993; Weis and Goldsmith, 1997; Hall, 2000; Gökçe, 2000; Cimete, 2002; Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Yapılan çalışmalarda düşük doğum ağırlığı, sinirsel davranış ve cognitif defisitler prenatal dönemde alkole maruz kalmayla ilişkili bulunmuştur (Sokol and Martier, 1998). Madde kullanımında yine gelişme geriliği ve ani bebek ölümü sendromu riski de artmıştır (Richardson, 1999). Aynı zamanda sigara kullanımı en çok bu yaşlarda görülmektedir (Hall, 2000). Gebelik sırasında sigara içimi artmış oranda spontan abortus (1,4 kez), düşük doğum ağırlığı (1,9 kez) perinatal mortaliteyle (1,2 kez) ilişkili bulunmuştur (Bottoms, 1998).

Batı ülkelerde evlilik öncesi ilişkiler çok yaygındır, ancak cinselliğe çok erken yaşta başlanmadığı ve cinselliklerin gebelikle sonlanmadığı sürece aileler ve toplum bu duruma bir tepki göstermemektedir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002). ABD’de, ergenlik dönemi gebeliklerinin sayısı giderek yükselmekte ve başlıca halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (Weiss ve Goldsmith, 1997). Kızların %56’sı ve erkeklerin %73’ü cinsel yaşamlarına 18 yaşından önce başlamaktadırlar (Leavitt, 1999). Bununla birlikte yirmi yılı aşkın bir süredir, genç gebeliklere yönelik yönetim reformlarında, program geliştirmelerinde verilen eğitim programlarında da artış görülmüştür (Meschke, 1998). Amerika’da genç evlilik riskleri daha çok sosyoekonomik düzeyi düşük ve sağlık güvencesi olmayan bölgelerde rastlanmaktadır (Hofferth, 2002).

Adölesan gebelerin yarısı henüz 20 yaşına gelmeden gebe kalmaktadırlar (Burroughs, 2001). Asya’nın büyük bir bölümünde evlilik ve çocuk doğurma erken yaşta gerçekleşir. Evlilik öncesi cinsel ilişki, evlilik dışı gebelik ve doğum gibi olaylar yüksek değildir. Ancak buna rağmen adölesan gebelik oranları oldukça yüksektir. Afrika’nın bazı bölgelerinde ise evlilik öncesi cinsellik, Asya’ya oranla daha yaygındır. Sanayileşmiş ülkelerin bazılarında, adölesan gebelik oranları ve evlenmeden çocuk

sahibi olan ve çocuğunu tek başına yetiştiren annelerin sayısı artmaktadır. Diğer bazı sanayileşmiş ülkelerde ise, adölesan gebelik oranları düşüktür ve kürtaj veya daha yaygın olarak da modern gebelik önleyici yöntemlerin kullanıldığı görülür (Sezgin ve Akın, 1998).

Ülkemizde bu konuda kızlara yönelik toplum kuralları oldukça katıdır ve bu durumun adölesan yaşlarda gerek kızlarda, gerekse erkeklerde önemli iç çatışmalara neden olduğu varsayılabılır (Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Ülkemiz gerçeklerinde düşünüldüğünde ise hem kırsal kesimde hem de sonradan kente göç etmiş sosyo-ekonomik durumu bozuk gruplarda adölesan gruplara daha sık rastlanmaktadır . Bu gebelikler her ne kadar genç adölesan çiftler tarafından istenmesede, aile büyükleri tarafından planlanmış gebeliklerdir (Gökçe, 2000).

Gelişmiş ülke toplumlarının sosyal kurallarında oluşan değişiklikler, gebelikten korunma yöntemlerinin yaygınlaşmasının yanı sıra, kürtaj olanaklarının artması, toplumun da nikahsız evlilikleri daha kolay kabullenmesi gibi nedenlerle; bu ülkede adölesan gebeliklerin sıklığı son yıllarda artmıştır (Bengisu ve Baysal, 2002). Adölesan dönemde seksüel aktivite özellikle 1960'lardan bu yana yaygınlaşmıştır. (Weis and Goldsmith, 1997). Örneğin İngiltere ve Kuzey İrlanda'da 20 yaşın altındaki kadınların %18,7'si ilk cinsel deneyimlerini 16 yaşından önce yaşadıklarını belirtmişlerdir. Benzer bulgular Hollanda ve ve İsveç'te de geçerlidir (Sezgin ve Akın, 1998). Bu dönemdeki gençlerin çoğu, kendi cinselliklerini ve üreme fonksiyonlarını yeterince bilmemektedirler. Bir çoğu, doğum kontrol yöntemlerinden habersizdir. ABD'nin bazı yörelerinde gençlerin doğum kontrol olanaklarını edinmeleri zordur. Ergenlik dönemi genç kızların %50'sinden fazlası ilk cinsel ilişkilerinde doğum kontrolünü uygulamamaktadır. Bu gençlerin çoğu, gebeliği önleme konusunda yanlış bilgilendirilmiştir. Bu nedenlerle ergenlik dönemi gebeliklerin çoğu istenmeyerek gerçekleşmiştir (Population Reports, 1995; Weis and Goldsmith, 1997; Burroughs, 2001).

Adölesan dönemdeki gebelerin çoğu, duygusal ve ekonomik koşullarıyla, bir çocuk besleyip büyütme hazır değildir (Weis and Goldsmith, 1997; Bengisu ve Baysal, 2002). Çocukların çocuk sahibi olmaları sorunu, gerek anne gerekse çocuk için

önemli toplumsal ve ekonomik olumsuzluklar içerir. Adölesan evresinde gebe kalmış bir kişi, aynı yaştaki gebe olmayanlara kıyasla, genellikle ekonomik olarak daha güçsüzdür ve orta eğitimini tamamlama olanakları kısıtlanmıştır (Weis and Goldsmith, 1997; Kaplan et al. 2001). Palmore'un çalışmasında, gebe kalması sonucu çocuğunu doğurmayı tercih eden adölesanların fiziksel, cinsel istismar, aile içi şiddet, madde bağımlılığı, intihar düşüncesi ve girişimlerinin olduğu belirlenmiştir (Cimete, 2002).

Bazen gebe kalmak, genç kadının bilinçli seçimi de olabilir. Sosyo ekonomik durumu düşük olan yörelerde, geçim sıkıntısı çeken genç kadınlar çocuk sahibi olarak bir erkeğe bağlanabilmek isteyebilir. Bu kapsamda, sorun doğum kontrolü olanaklarına ulaşabilmenin ötesindedir. Bu genç kadınlara, daha iyi eğitim, iş olanakları ve daha iyi yaşam koşullarının sağlanması, ergenlik dönemi gebeliklerinde kurtarıcı yaklaşımlar olabilir (Weis and Goldsmith, 1997).

Yapılan bir çalışmada Erikson'un psikososyal teorisini doğrulayacak şekilde, adölesan annenin özsaygısı ile ebeveynlik rol değişimi, empati, gelişimsel beklenti ve bedensel değişim bilgisi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir Buna göre, adölesan kendi kişilik rolünü başarma fırsatını yakalayamaz ise ebeveynliğin risk altında olduğu savunulmuştur (Hurlbut et.al.1997). Yine bir başka çalışmada, adölesanda annelik rolünün algılanması ve annelik deneyimi, genç annenin psikososyal ve bilişsel gelişimiyle ilgili olduğu sonucuna varılmıştır (Flanagan et al. 1995) Başka bir çalışmada adölesan annelerin erişkin annelere göre bebekleriyle etkileşimde daha duyarlı olduklarını ancak ebeveyn stresleri seviyelerinin daha fazla olduğu görülmüştür (Passino et. al. 1993). Ebeveynlik stresinin yüksek oluşu Flanagan ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılan bir araştırmayla da ortaya konulmuştur (Flanagan, 2002).

Adölesan gebelerin gebelik sonuçları ile karşılaştırıldığında; anne yaşının küçüklüğü ile düşük doğum ağırlığı ve prematürite arasında belirgin ilişki olduğu görülmektedir (Treffers et al, 2001; Weis and Goldsmith, 1997) . Adölesan dönemi gebelikler, ayrıca erişkin gebeliklere kıyasla riskli kabul edilmektedir. Anne yaşı küçüldükçe, sefalopelvik uyumsuzluk oranı artmaktadır, çünkü annenin pelvisi henüz erişkin boyutlarına ulaşmamıştır (Weis and Goldsmith, 1997). Ayrıca adölesanlarda

gebelik patolojileri olarak abortuslar, ektopik gebelik v.b. neden olabilmektedir (Şahmay, 1996). Hipertansiyon, prematüre, düşük doğum ağırlığı, preeklamsi, anemi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve sezaryan doğumu diğer önemli risk faktörleridir (Mackey and Tiller, 1997; Berenson et al. 1997; Koshar et al, 1998; Richardson, 1999; Williams and Vines, 1999, Kaplan et al. 2001).

Adölesan dönemi, gelişimsel kriz yaşanma potansiyelli bir devredir. Yeni bir kimlik geliştirme süreci içinde bulunan ve yoğun içsel çatışmalar yaşayan adölesanlar, bu özellikleri gereği kolay incinebilen bir gruba oluşturur. Kolay incinen bireyler, bir risk faktörü ile karşılaştıklarında daha çok sağlık problemi yaşar ya da sağlık problemleri daha kötü sonuçlar doğurur (Cimete, 2002). Ülkemizde sigara içme oranı % 43.6 olması ve sigaraya başlama yaşının 11 olması konunun önemini ortaya koymaktadır (Nahcıvan, 1994). Amerika’da adölesanların %33.4’ünün ciddi miktarda alkol tükettikleri ve bunların yaklaşık %34.8’inin herhangi bir kontraseptif kullanmadan cinsel ilişki yaşadıkları belirlenmiştir (Allard-Hendren, 2000). Bu maddelerin gebeliğe olumsuzlukları açıktır (Weis and Goldsmith, 1997).

Madde kullanımı ekonomik güçlük ve suça eğilimin yanı sıra kontrolsüz cinsel ilişki ve buna bağlı olarak başta AIDS olmak üzere diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve kadınlarda gebelik riskini de beraberinde taşır. Ülkemizde özellikle gençler arasında madde kullanımı hızla artarken, buna bağlı gelişen diğer risk faktörleri de yaygınlaşmaktadır (Cimete, 2002). Yine bu yaşlarda beslenme yeterli olmayabilir ve bu da gebeliğe olumsuz etkilidir. Adölesan dönemi gençler, gebeliklerinde doktora geç başvurduklarından yeterli prenatal bakım edinmemiş ve yeterli aile desteği almamış olabilirler (Weis and Goldsmith, 1997; Hall, 2000; Gökçe, 2000; Treffer et al. 2001; Kaplan et al. 2001). Bu koşul da erken doğum ve düşük doğum ağırlığı için bir diğer nedendir (Weis and Goldsmith, 1997; Hall, 2000;Gökçe, 2000,). Adölesanlarda ektopik gebeliklerde mortalite hızı daha fazladır (Gökçe, 2000). Bunlara ilaveten cinsel davranış ve üreme sağlığı sorunları, kazalar, intiharlar ve psikolojik sorunlar da adölesan dönemi başlıca sorunlarından (Sezgin ve Akın, 1998).

Evlilik ve annelik, beraberinde sosyal statü değişiklikleri ve sorumluluklar getiren, kadının cinsel yaşamındaki en önemli dönüm noktasıdır (Sezgin ve Akın,

1998) . Ergenlik dönemi gebeliklerindeki sorun başlıca ekonomik ve toplumsal içerikli olduğundan çözümün bu alanlarda aranması gerekir. Okullarda üreme ve cinsel fonksiyonlar, kontraseptif kullanımı ve çocuk bakımı eğitimi verilebilir. Genç kadınlara, kendi üreme fonksiyonlarına egemen olmalarını sağlayıcı duygusal destek verilebilir ve bu sayede cinsel aktivitenin kendi seçenekleri doğrultusunda gerçekleşebilmesi sağlanabilir (Weis and Goldsmith, 1997).

Genel olarak adölesanlar, üreme, cinsellik, aile planlaması ve sağlığı hakkında çok az bilgiye sahiptirler. Aileleri ve kendileri bu konuda eğitim almamış gençlerde, erken yaşta hamilelik riski daha fazladır. Cinsellik eğitimi, cinselliğe geç adım atış, gebeliği önleyici yöntemlerin sıklıkla kullanımı ve az sayıda cinsel partnerle birlikte olma gibi sorumluluk içeren cinsel faaliyetleri teşvik eder (Sezgin ve Akın, 1998).

2.6. İLERİ YAŞ DÖNEMİ GEBELİKLERİN ÖZELLİKLERİ:

Birçok sosyal demografik değişimin sonucu artan sayıda kadın ve reproduktif yaşamın geç dönemlerinde gebe kalmaktadır. Bu gebeliklerin çoğunun nedeni eğitim olanaklarında artma, meslek seçimleri ve etkili doğum kontrol yöntemleridir. Kırk yaş üstü gebeliklerdeki risk faktörleri; spontan abortus, genetik anomaliler, medikal komplikasyonlar, fetal büyüme anomalileri, disfonksiyonel doğum eylemi, sezaryan sıklığında artma, maternal ve fetal mortalite artışı olarak gösterilmiştir. Kırk yaş üstü gebeliklerde gebeliğe bağlı riskler 3 kategoride incelenebilir: Genetik riskler, önceki medikal durumlar ve obstetrik riskler. Birçok genetik anomali önlenemez durumdadır ve günümüzde prenatal tanı uygulanmaktadır. Ancak genetik anomali riskini yüksek kabul eden ileri yaşta bir çok gebe elektif gebelik sonlandırılmasını tercih etmektedir. Maternal ve fetal risk artıran ve en sık görülen iki sorun hipertansiyon ve diabetes melitus'tur. Maternal mortalite oranı %30-50 olan, pulmoner hipertansiyon, aort kökü dilatasyonu içeren marfan sendromu, komplike aort koarktasyonu, koroner arter

hastalığı varlığında gebelik kesinlikle önerilmemektedir. Obstetrik risk faktörleri arasında spontan abortus insidansında artma, operatif doğum insidansında artma, fekdasyonda azalma, başlıca faktörlerdir (İtil, 2000).

35 yaş üzerindeki gebelerde kronik hipertansiyon görülme hızı %12-20 iken, 20-25 grubunda bu oran sadece %2-4 kadardır. 35 yaş üzerinde diabet görülme hızı yirmili yaşlara göre 2-3 kat fazladır ve kırk yaş üzerinde %1'lik insidansa ulaşır. Gestasyonel diabet insidansı da yaşla artarak 20-30 yaş arasında %7.5 iken, 30 yaş üstünde %13.8'e ulaşır. Hipertansiyon ve diabet dışında kardiovasküler, nörolojik, kollajen doku, renal pulmoner ve malign hastalıklar gibi hastalıkların da maternal yaş ilerledikçe görülme hızı artarak gebeliği komplike hale getirir (Ergeneli ve Durukan, 1996).

Yaş ilerledikçe plasental ablasyon riski artmaktadır. Genel obstetrik popülasyonda %0.4 olan ablasyon hızı 40 yaş üstündeki gebelerde %3.2 hızında görülür. 35 yaş üstünde sezaryan doğum hızı da artmaktadır (Ergeneli ve Durukan, 1996). Disfonksiyonel doğum eylemi 40 yaş üstü kadınlarda daha sık görülmektedir., multipar olanlarda daha önceden sezaryan geçirme olasılığı da artmaktadır. Ayrıca ileri maternal yaşla birlikte tekrar gebe kalma olasılığının azalması hekimde sezaryan ile doğumun sonlandırılması isteğini arttırmaktadır. İtil ve arkadaşlarının(İtil ve ark. 2000) belirttiği üzere Gordon ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında 35 yaş üstü gebelerde sezaryan riskinin arttığı bulunmuştur. Ecker ve arkadaşlarının (Ecker at al., 2001) yaptıkları araştırmalarında sezaryan doğum oranının 25 yaştan düşük kadınlarda % 11,6 iken bu oranın 40 yaş ve üzeri kadınlar için % 43,1'e çıktığını tesbit etmişlerdir. En çok malprezentasyon ve önceki myomektomi ameliyatı geçirmiş olma sezaryan endikasyonu olarak belirlenmiştir. Hipertansiyon, diabet, prematür eylem ve plasental ablasyon gibi sorunların artması sonucu sezaryan hızı da artmaktadır (Ergeneli ve Durukan, 1996 ; Gökçe, 2000; İtil ve ark. 2000). İleri anne yaşı, preterm doğum üzerinde güçlü etkiye sahip nedenlerden birini oluşturmaktadır (Zeitlin et al.,2001). Maternal mortalite hızı, 35 yaşla beraber süratle artmaya başlar (Ergeneli ve Durukan, 1996; Scholz et al.1999; Gökçe, 2000). 20-34 yaş grubundaki hızın 4 katına ulaşır. Ektopik gebelik insidansındaki artış da maternal mortalitenin artışına önemli bir etki yapar. 15-24 yaş grubunda bin gebelikten 4.5'i ektopik iken 35-44 yaş grubunda bin gebelikten 15.2'si

ektopik gebeliktir (Ergeneli ve Durukan, 1996 ; Gökçe, 2000). Yaşlı kadınlarda perinatal morbidite ve mortalite de artmıştır. Spontan abortus riski 20-25 yaş grubuna göre 4 kat artmıştır. Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski prematür doğum yapma riski 4 kat artmıştır (Ergeneli ve Durukan, 1996; Connor and Ferguson-Smith, 1997; Scholz et al 1999). Kromozom anormallikleri ileri yaşın en önemli sorunlarından biridir. Down Sendromu riski 35 yaştan itibaren eksponansiyel olarak artmaya başlar (Ergeneli ve Durukan, 1996; Connor and Ferguson-Smith, 1997), risk 20 yaşında 1/1500 iken, 35 yaşında 1/380, 41 yaşında 1/81 ve 45 yaşında 1/28'ye kadar yükselir (Connor and Ferguson-Smith, 1997; Haddow, 1998).

İleri yaş gebelikler komplikasyon gelişimi açısından yakından izlenmelidir. İleri yaş ve özellikle primigravida olan gebelerde infertilite öyküsünün daha fazla olması sezaryan sıklığında artışa neden olmaktadır. Ancak sezaryan ile beraber maternal morbiditedeki artış da dikkate alınarak kırk yaş üstündeki hastalara modern obstetrimin gereklerine göre yaklaşmak gerekmektedir (İtil ve ark.2000). İleri anne yaşı yanı sıra sigara kullanımı, annenin düşük ve yüksek beden kitle endeksinde olması, preterm doğumlar üzerinde güçlü etkiye sahiptir (Zeitlin et al., 2001)

3. AMAÇ VE KAPSAM:

Çalışmanın amacı; gebelik sürecinin adölesan ve ileri yaş gebeler ile 19-34 yaş arası gebelerde yarattığı:

- fizyolojik ve psikolojik değişikliklere,
- gebelik komplikasyonlarına
- doğuma ilişkin özelliklere etkisini belirlemek ve
- bu yönlerden yaş grupları arasında karşılaştırma yapmaktır.

3.1. YÖNTEM:

- **Araştırmanın türü:** Araştırma karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.
- **Örneklem:**
 1. Araştırma İzmit İli'nde Kocaeli Tıp Fakültesi, Kocaeli Devlet Hastanesi ve İzmit Bölge Hastanesi Kadın Doğum Servislerinde gerçekleştirilmiştir.
 2. Çalışmada gönüllülük ilkesi esas alınmış, olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır.
 3. Örneklem grubu oluşturulurken adölesan grubu, erişkin yaş grubu ve ileri yaş grubundan 50'şer gebe olmak üzere toplam=150 gebe alınmış ve çalışmaya dahil edilmiştir.
- **Örneklem grubunun tanımlanması:**

Elde edilen veriler doğrultusunda oluşturulan grubun özellikleri şöyledir:

Çizelge 1. Adölesan Gebelerin (16-18 yaş) Yaş Dağılımları

Yaş (yıl)	Adölesan (16-18 yaş) Grubu		X ort.
	n	%	
16	6	12.0	17.42 ± 0.74
17	15	30.0	
18	29	58.0	
Toplam	50	100.0	

Çizelge 2. Erişkin (19-34 yaş) Gebelerin Yaş Dağılımları

Yaş (yıl)	Erişkin (19-34 yaş) Grubu		X ort.
	n	%	
19-21	13	26.0	25.52 ± 4.1069
22-24	5	10.0	
25-27	16	32.0	
28-30	9	18.0	
31-33	6	12.0	
34-	1	2.0	
Toplam	50	100.0	

Çizelge 3. İleri Yaş (35 yaş- ve üzeri) Gebelerin Yaş Dağılımları

Yaş (yıl)	İleri Yaş (35 yaş ve üzeri) Grubu		X ort.
	n	%	
35-37	30	60.0	37.38 ± 2.415
38-40	15	30.0	
41-43	4	8.0	
44-46	1	2.0	
Toplam	50	100.0	

Çizelge 4. Gebelerin Diğer Demografik Özellikleri

Grup İsmi	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Eğitim Durumu									$\chi^2 = 0,206$ $p > 0,05$
Okur-Yazar değil	5	10	2	4	7	14	14	9,3	
Okur-Yazar	5	10	3	6	6	12	14	9,3	
İlkokul	34	68	32	64	27	54	93	62,0	
Ortaokul	4	8	8	16	1	2	13	8,7	
Lise	2	4	4	8	1	2	7	4,7	
Yüksekokul Fakülte	0	0	1	2	8	16	9	6,0	
Medeni Durumu									
Resmi Nikahı Yok	9	18	2	4	1	2	12	8,0	
Evli	41	82	48	96	49	98	138	92,0	
Mesleği									
Ev Hanımı	50	100	46	92	39	78	135	90,0	
İşçi	0	0	1	2	0	0	1	0,7	
Memur	0	0	2	4	8	16	10	6,7	
Emekli	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
Diğer	0	0	1	2	3	6	4	2,7	
Aile Yapısı									
Çekirdek Aile	15	30	34	68	43	86	92	61,4	
Geniş Aile	35	70	16	32	7	14	58	38,7	
Toplam	50	100	50	100	50	100	150	100,1	

Çizelge 5. Gebelerin Doğurganlık Özellikleri

	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Gebelik Sayısı									
1-2	47	94.0	33	66.0	14	28.0	94	62.7	$\chi^2 =$ 0.000 p < 0,05
3-4	3	6.0	13	26.0	16	32.0	32	21.3	
5-6	0	0.0	3	6.0	12	24.0	15	10.0	
7 ve Yukarı	0	0.0	1	2.0	8	16.0	9	6.0	
Canlı Doğum Sayısı									
1	45	90.0	33	66.0	11	22.0	89	59.3	$\chi^2 =$ 0.000 p < 0,05
2	4	8.0	9	18.0	15	30.0	28	18.7	
3	1	2.0	5	10.0	8	16.0	14	9.3	
4	0	0.0	2	4.0	10	20.0	12	8.0	
5 ve Yukarı	0	0.0	1	2.0	6	12.0	7	4.7	
Abortus Sayısı									
Abortus Yok	43	86.0	39	78.0	24	48.0	106	70.7	$\chi^2 =$ 0.003 p < 0,05
Bir Abortus	6	12.0	8	16.0	13	26.0	27	18.0	
İki Abortus	1	2.0	2	4.0	9	18.0	12	8.0	
Üç Abortus	0	0.0	1	2.0	3	6.0	4	2.7	
Dört ve üzeri Abortus	0	0.0	0	0.0	1	2.0	1	0.7	
Toplam	50	100.0	50	100.0	50	100.0	150	100.1	

• **Veri toplama araçları:**

a) **Soru kağıdı:** Araştırmada veriler literatür doğrultusunda hazırlanmış olan anket formu aracılığıyla, doğum yapmak üzere doğum kliniğine yatışı yapılan gebe kadınlara uygulanarak elde edilmiştir. Anket formunda sorular sırasıyla demografik özellikleri ortaya koyan (yaş, eğitim, medeni durum, aile yapısı, mesleği vb.), yaş dışında süreci etkileyebilecek en önemli değişkenlerden olan doğurganlık öyküsünü

sorgulayan (şimdiye kadar gebe kalma sayıları, düşük sayıları, canlı doğum sayıları vb.), doğum şekillerini ve gebelikteki fizyolojik değişimlere bağlı sık görülen rahatsızlıkları; gebeliğe, doğuma ve doğum sonu dönemine ilişkin komplikasyonların olup olmadığını sorgulayan soruları kapsamaktadır. Anket öncelikle bir ön çalışma olarak 20 gebeye uygulanmıştır. Eksiklikler doğrultusunda form tekrar düzenlenmiş ve son şekli verilmiştir.

b) Ölçekler: Gebelerin psikolojik açıdan anksiyete durumunu saptayabilmek amacıyla, Spielberger'in geçerlilik güvenirliği kanıtlanmış, Süreklilik ve Durumluluk Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Bu testin birinci bölümü olan "Süreklilik Anksiyete Ölçeği", doğum için hastaneye yatmış ancak doğumu henüz başlamamış gebeye uygulanmış, daha sonraki aşaması olan "Durumluluk Ölçeği" ise aynı gebeye doğum ağrısı çekme esnasında travay odasında uygulanmıştır.

Spielberger'in Durum-Süreklilik Anksiyete Envanteri (State Trait Anxiety Inventory- STAI): Durum- Sürekli Anksiyete Envanteri (DSAE), geçici ve sürekli anksiyete düzeyini yansıtmakta kullanılan ve 20'şer maddelik bir ölçektir. Spielberger (1966) kuramına göre, anksiyete, gerçek bir tehlike ya da tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan, bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı ya da bireysel farklılıklarının bulunduğu bir kişilik özelliğidir. Spielberger, bu tanıma uygun bir biçimde, kişinin anksiyete tipini ve düzeyini saptamaya çalışmıştır. Bu amaçla, "Durum-Sürekli Anksiyete Envanteri" adında kişinin kendini değerlendirebilmesi için bir anket geliştirmiştir. Envanterin Türk kültürüne uyarlanması ise 1976 yılında Le Copte ve Doç.Dr. Necla Öner 'in birlikte çalışmaları sonucu gerçekleşmiştir (Coşkun, 1984).

Durum- Anksiyete Ölçeği, bireyin kendini belirgin bir an ya da durumda nasıl hissettiğini ortaya koyar. Bunun için ölçeğin maddelerini okurken o andaki duygularının şiddetine göre; (1) Hayır, (2) Biraz, (3) Oldukça, (4) Tamamiyle gibi yanıtlardan biri işaretlenir. 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, ve 18'inci sorularda ; Hayır (1), Biraz (2), Oldukça (3), Tamamiyle (4) puan, diğer sorularda ise Hayır (-1), Biraz (-2), Oldukça (-3), Tamamiyle (-4) puan değerindedir. Durum-Anksiyete ölçeğinin değerlendirilmesinde, kişinin alacağı toplam puan, artı ve eksi puanların birbirinden çıkarılıp kalanın üzerine 50 puan eklenerek hesaplanır .

Sürekli- Anksiyete ölçeği, bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini, duygularının sıklık derecesine göre; (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Çoğu zaman ve (4) Her zaman gibi dört seçenekten bir tanesinin işaretlenmesini gerektirir. 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 ve 40'ıncı sorularda; Nadiren (1), Bazen (2), Çoğu zaman (3) ve Her zaman (4) puan, 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'uncu sorularda ise; Nadiren (-1), Bazen (-2), Çoğu zaman (-3) ve Her zaman (-4) puan değerindedir. Sürekli- Anksiyete ölçeğinin değerlendirilmesinde, kişinin alacağı toplam puan, artı ve eksi puanlar birbirinden çıkarılıp kalanın üzerine 35 puan eklenerek hesaplanır.

Her iki ölçek için de kişinin anksiyete durumu; 0-19 puanda "yok", 20-39 puanda "hafif", 40-59 puanda "orta", 60-79 puanda "ağır" ve 80 ile üstü puan için "çok şiddetli, panik" olarak yorumlanır (Coşkun, 1984).

b) Baskül: Görüşme anındaki vücut ağırlıkları ise aynı tip ve güvenilir bir baskül ile her ölçümde kalibre edilerek ölçülüp kaydedilmiştir.

c) Dosya: Hastaların sezaryan olma nedenleri hasta dosyaları incelenerek tesbit edilmiştir.

- **Verilerin toplanması:** Veri toplama sürecinde araştırmacının bizzat kendisi tarafından görüşme tekniği kullanılmıştır. Gebelerin gebelik öncesi vücut ağırlıkları ise, kendilerine sorularak ya da dosyaları incelenerek belirlenmiştir.

- **Verilerin değerlendirilmesi:**

Araştırmada elde edilen veriler, yüzdelik ve ortalama hesapları, t-testi, varyans analizi ve Kruskal Wallis, Kolmogorov Smirnov, Ki-kare istatistiksel testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

- **Araştırmanın sınırlılıkları:**

- Örneklem grubunun oluşturulmasında olasılıksız örnekleme yöntemi kullanıldığından ve gebelikteki değişiklik ve komplikasyonlara etkisi olabilecek diğer değişkenler yönünden yaş grubundaki gebeler eşleştirilmediğinden araştırma sonuçları bir evrene genellenemez.
- Gebelerin gebelik öncesi kiloları, kendilerinin ifadeleri sonucunda belirlenmiştir.
- Veriler, gebelerin doğum için kliniğe yatışları sırasında toplandığından, özellikle I. ve II. trimester rahatsızlıkların belirlenmesinde hafıza faktörü rol oynamış olabilir.

4. BULGULAR

Gebelik yaşının fizyolojik, psikolojik değişikliklere, komplikasyonlara ve doğuma yönelik etkilerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, öncelikle, değişik yaş gruplarındaki gebelerin yaş dışında etkisi olabilecek diğer ilgili değişkenler açısından karşılaştırmalı bulguları verilmiştir. Bu yaklaşımın ilerideki, amaca dönük tartışmaları yönlendirebileceği düşünülmektedir.

Çizelge 6. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Gebeliği İsteme Durumlarının Dağılımları

	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gebeliğin İstenme Durumu									
Evet	39	78.0	36	72.0	17	34.0	92	61.3	$\chi^2 =$ 22.967 $p < 0.05$
Hayır	11	22.0	14	28.0	33	66.0	58	38.6	
Toplam	50	100.0	50	100.0	50	100.0	150	99.9	

Çizelge 6'de gebelerin yaş gruplarına göre gebeliklerini isteme durumları incelendiğinde, adölesan grubunun %22'si, erişkin grubunun % 28'si ve ileri yaş grubunun % 66'sının gebeliklerini istemedikleri görülmektedir.

Yaş grupları ile gebeliği isteme durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. ($P < 0.05$). Yapılan ileri analize göre ($\chi^2 = 8.183; p > 0.05$) anlamlılığı ileri yaş grubu oluşturmaktadır. Buna göre gruplar içerisinde gebeliğini istemeyen grup ileri yaş grubudur.

Çizelge 7. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Anneliğe Hazır Olma Durumlarının Dağılımı

	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Anneliğe Hazır Olma Durumu									$\chi^2 =$ 9.302 $p < 0.05$
Evet	39	78.0	49	98.0	41	82.0	129	86.0	
Hayır	11	22.0	1	2.0	9	18.0	21	14.0	
Toplam	50	100.0	50	100.0	50	100.0	150	100.0	
Anneliğe Hazır Olmama Nedeni									
Bilmiyorum	1	2.0	0	0.0	2	4.0	3	6.0	
Gücünün Kalmaması	1	2.0	1	2.0	0	0.0	2	4.0	
Kendine Güvenmemesi	6	12.0	0	0.0	3	6.0	9	18.0	
Ekonomik Nedenler	0	0.0	0	0.0	1	2.0	1	2.0	
Yaşın Gen/İleri Olması	2	4.0	0	0.0	3	6.0	5	10.0	
Hasta Olması	1	2.0	0	0.0	0	0.0	1	2.0	
Toplam	11	22.0	1	2.0	9	18.0	21	42.0	

Çizelge 7' de anneliğe en fazla erişkin grubu gebelerin hazır olduğu (% 98) görülmektedir. Çalışmamızda adölesan gruplarının gebeliğe hazır olma oranları %78 olarak bulunmuştur. Anneliğe hazır olmama nedeni olarak adölesan grubu arasında en çok kendine güvenmemeleri söz konusu iken, ileri yaş grubunda "yaşın ileri olması ve kendilerine güvenmemeleri olarak belirlenmiştir.

Yaş grupları ile gebelerin anneliğe hazır olma durumları arasında istatistiki olarak anlamlılık bulunmuştur ($P < 0.05$). Yapılan ileri analize göre ($\chi^2 = 0.25; p > 0.05$) erişkin grubun, diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre anneliğe en çok erişkin grubunun hazır olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 8. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Prenatal Takip Alma Durumlarının Dağılımları

	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Prenatal Takip Alma Durumları									$\chi^2 = 0.886$ $p > 0.05$
Evet	38	76.0	36	72.0	35	70.0	109	73.4	
Hayır	12	24.0	14	28.0	15	30.0	41	26.7	
Toplam	50	100.0	50	100.0	50	100.0	150	100.1	

Çizelge 8'da adölesan grubunun % 76'sı, erişkin grubun %72'si ve ileri yaş grubunun %70'i prenatal takip aldığı görülmektedir.

Gruplar arasında prenatal takip alma açısından istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır ($P > 0.05$).

Çizelge 9. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Gebeliğe Özel Beslenme Uygulama Durumları Dağılımları

Gebeliğe Özel Beslenme Uygulama Durumları	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	n	%	n	%	n	%	n	%	
									$\chi^2 = 9.845$ $p < 0.05$
Evet	7	14.0	19	38.0	20	40.0	46	30.7	
Hayır	43	86.0	31	62.0	30	60.0	104	69.3	
Toplam	50	100.0	50	100.0	50	100.0	150	100.1	

Çizelge 9'da gebelerin, gebe olduklarını öğrenmelerinden sonra adölesan grubunun %14'ü, erişkin grubun %38'i ve ileri yaş grubunun %40'nın gebeliğe özel bir gebelik beslenme programı uyguladıkları görülmektedir.

Gruplar arasında beslenme diyeti uygulamaları açısından istatistik olarak anlamlılık saptanmıştır ($P < 0.05$). Yapılan ileri analize göre ($\chi^2 = 0.022; p > 0.05$) özel beslenme programını en az adölesan grubu uygulamışlardır.



Çizelge 10. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Aile Üyelerinden Aldıkları Psikolojik ve Fiziksel Destek Durumlarının Dağılımı

	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Psikolojik Açıdan Destek Alma Durumu									$\chi^2 = 0.07$ $p > 0.05$
Evet	40	80.0	43	86.0	34	68.0	117	78.0	
Hayır	10	20.0	7	14.0	16	32.0	33	22.0	
*Destek Alınan Kişiler									
Eş	37	74.0	35	70.0	26	52.0	98	65.3	
Anne	12	24.0	9	18.0	12	24.0	33	22.0	
Kızkardeş-Abla	5	10.0	9	18.0	8	16.0	22	14.7	
Kayınvalide	15	30.0	12	24.0	10	20.0	37	24.7	
Arkadaş	1	2.0	1	2.0	7	14.0	9	6.0	
Diğer	2	4.0	5	10.0	8	16.0	15	10.0	
Ev İşlerinde Yardım Alma Durumu									
Evet	40	80.0	32	64.0	34	68.0	106	70.7	$\chi^2 = 0.329$ $p > 0.05$
Hayır	10	20.0	18	36.0	16	32.0	44	29.3	
*Yardım Alınan Kişiler									
Eş	20	40.0	21	42.0	22	44.0	63	42.0	
Anne	7	14.0	8	16.0	3	6.0	18	12.0	
Kızkardeş-Abla	3	6.0	2	4.0	7	14.0	12	8.0	
Kayınvalide	21	42.0	11	22.0	17	34.0	49	32.7	
Arkadaş	2	4.0	1	2.0	6	12.0	9	6.0	
Diğer	1	2.0	2	4.0	7	14.0	10	6.7	
Toplam	54	108.0	45	90.0	62	124.0	161	107.3	

(* İşaretili olan tablolarda birden fazla cevap verilmiştir.)

Çizelge 10.'de adölesan grubunun %80'i, erişkin grubun %86'sı ve ileri yaş grubunun %68'inin gebelikleri süresince psikolojik açıdan aldıkları görülmektedir. Bütün gruplarda en çok psikolojik destek veren kişiler ise eşler olmuştur (Adölesan grubu % 74, erişkin grubu %70 ve ileri yaş grubu %52). Yaş grupları ile psikolojik olarak destek görmeleri arasında yapılan analizde istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır. (P>0,05).

Adölesan grubunun %80'i, erişkin grubunun %64'ü ve ileri yaş grubunun %68'i gebelikleri boyunca ev işlerinde en çok eşlerinden yardım almışlardır. Gebelerin yaş grupları ile ev işlerinde yardım alma durumu arasında istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır.

(P>0,05).

Çizelge 11. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Sigara Kullanma Durumlarının Dağılımları

	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	N	%	N	%	n	%	n	%	
Gebelik Öncesi Sigara Kullanımı									
Evet	24	48.0	13	26.0	7	14.0	44	29.3	x ² = 14.344 p<0.05
Hayır	26	52.0	37	74.0	43	86.0	106	70.7	
Gebelik Sırasında Sigara Kullanımı									
Evet	16	32.0	9	18.0	3	6.0	28	18.7	x ² = 11.153 p<0.05
Hayır	34	68.0	41	82.0	47	94.0	122	81.3	
Toplam	50	100.0	50	100.0	50	100.0	150	100.0	

Çizelge 11’de görüldüğü gibi gebelik öncesi sigara kullanma durumları adölesan grubunda %48’i, erişkin grubunda %26 ve ileri yaş grubunda % 14 olarak bildirilmiştir.

Gebelik sırasında ise adölesan grubunun %32’si, erişkin grubun %18’i ve ileri yaş grubunun %6’sı sigara içmeye devam ettiklerini belirtmişlerdir. Gruplar arasında gerek gebeliklerinden önce ve gerekse gebelikleri sırasında sigara içmelerine dair alınan verilerin istatistiksel değerlendirmesinde anlamlılık saptanmıştır ($P<0.05$). Yapılan ileri analize göre ($\chi^2 = 2.35; p>0.05$; $\chi^2 = 3.408; p>0.05$) adölesan grubunun diğer iki gruptan farklı olarak ve gebelik öncesinde ve gebelik sırasında daha fazla sigara kullandığı sonucuna varılmıştır.

Alkol kullanım öyküsü adölesan ve ileri yaş grubunda % 2 olarak belirlenmiştir.

Diazem vb. türü bağımlılık yapabilen sedatif ilaç kullanım öyküsü ise adölesan ve ileri yaş grubunda %2 olarak belirlenmiştir.

Çizelge 12. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre I. Trimesterde Yaşadıkları Rahatsızlıklarının Dağılımları

	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	N	%	n	%	n	%	n	%	
Bulantı									$\chi^2 = 3.652$ $p > 0.05$
Evet	39	78.0	34	68.0	42	84.0	115	76.7	
Hayır	11	22.0	16	32.0	8	16.0	35	23.3	
Kusma									$\chi^2 = 2.469$ $p > 0.05$
Evet	36	72.0	29	58.0	30	60.0	95	63.3	
Hayır	14	28.0	21	42.0	20	40.0	55	36.7	
Burun Tıkanıklığı									$\chi^2 = 0.439$ $p > 0.05$
Evet	17	34.0	15	30.0	14	28.0	46	30.7	
Hayır	33	66.0	35	70.0	36	72.0	104	69.3	
Burun Kanaması									$\chi^2 = 3.727$ $p > 0.05$
Evet	16	32.0	9	18.0	9	18.0	34	22.7	
Hayır	34	68.0	41	82.0	41	82.0	116	77.3	
Yorgunluk									$\chi^2 = 8.114$ $p < 0.05$
Evet	42	84.0	30	60.0	42	82.0	113	75.3	
Hayır	8	16.0	20	40.0	9	18.0	37	24.7	
Sık İdrara Çıkma									$\chi^2 = 7.731$ $p < 0.05$
Evet	45	90.0	38	76.0	47	94.0	130	86.7	
Hayır	5	10.0	12	24.0	3	6.0	20	13.3	
Göğüslerde Hassasiyet									$\chi^2 = 2.576$ $p > 0.05$
Evet	31	62.0	27	54.0	23	46.0	81	54.0	
Hayır	19	38.0	23	46.0	27	54.0	69	46.0	
Pityalizm									$\chi^2 = 0.250$ $p > 0.05$
Evet	11	22.0	9	18.0	10	20.0	30	20.0	
Hayır	39	78.0	41	82.0	40	80.0	120	80.0	
Genital Enfeksiyon									$\chi^2 = 1.248$ $p > 0.05$
Evet	19	38.0	18	36.0	14	28.0	51	34.0	
Hayır	31	62.0	32	64.0	36	72.0	99	66.0	
Üriner Enfeksiyon									$\chi^2 = 6.648$ $p > 0.05$
Evet	24	48.0	15	30.0	16	32.0	55	36.6	
Hayır	26	52.0	35	70.0	34	68.0	95	63.4	
Toplam	50	100.0	50	100.0	50	100.0	150	100.0	

Çizelge 12'de ileri yaş grubunun %84'ü, adölesan grubunun %78'i ve erişkin gebeliklerin %68'i gebeliklerinin birinci trimestrinde bulantı yaşadıkları görülmektedir.

Kusma şikayeti en az (%58) erişkin grubunda yaşanmıştır. Adölesan grubunun %72 'sinde ve ileri yaş grubunun %60' ında kusma olduğu ortaya çıkmıştır.

Burun tıkanıklığı, adölesan grubunda %34, erişkin grubunda %30 ve ileri yaş grubunda % 28 oranında bulunmakta.

Adölesan grubunda toplam 16 kişi (%32'si) gebeliklerinde burun kanaması ile karşılaşmışlardır. Diğer iki grupta 9 kişi (%18'i) aynı rahatsızlığı yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Adölesan grubunun % 84' ü, ileri yaş grubunun %82' si ve erişkin grubunun %60 'ı yorgunluk yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Erişkin grubunun %76'sı sık idrara çıkarken, ileri yaş grubunun %94' ü ve adölesan grubunun %90'ı sık idrara çıkma sorunuyla karşılaştıklarını bildirmişlerdir.

Adölesan grubunun %62'si, erişkin grubunun %54'ü ve ileri yaş grubunun %46'sı göğüslerde hassasiyet yaşamışlardır.

Adölesan grubunun %22' si, ileri yaş grubunun %20'si ve erişkin grubunun %18'i pityalizm şikayetlerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

Adölesan grubunun % 38' i, ileri yaş grubunun %28' i ve erişkin grubunun %36 'sı genital enfeksiyon yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Adölesan grubunun % 48'i, ileri yaş grubunun %32'si ve erişkin grubunun %30 'ı üriner enfeksiyon geçirdiklerini ifade etmişlerdir.

Gebelerin yaş grupları ile I. trimesterde yaşadıkları rahatsızlıklarından sadece yorgunluk ve sık idrara çıkma açısından yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlılık saptanmıştır ($P < 0.05$). Yapılan ileri analize göre bu anlamlılığın, erişkin grubundan kaynaklandığı ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 2.699$; $P > 0.05$; $\chi^2 = 0.542$; $P > 0.05$). Buna göre en az yorgunluk yaşayan ve sık idrara çıkma problemini en az oranda yaşayan grup erişkin grubudur. Diğer I. trimester rahatsızlıklarında bir anlamlılık bulunamamıştır ($P > 0.05$).

Cizelge 13. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Yaşadıkları II ve III. Trimester Rahatsızlıklarının Dağılımları

	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	N	%	N	%	n	%	n	%	
Mide Yanması									$\chi^2=$
Evet	39	78.0	32	64.0	34	68.0	105	70.0	2.476
Hayır	11	22.0	18	36.0	16	32.0	45	30.0	$p > 0.05$
Konstipasyon									$\chi^2=$
Evet	24	48.0	20	40.0	26	52.0	70	46.7	1.500
Hayır	26	52.0	30	60.0	24	48.0	80	53.3	$p > 0.05$
Kas Krampları									$\chi^2=$
Evet	31	62.0	29	58.0	26	52.0	86	57.3	1.036
Hayır	19	38.0	21	42.0	24	48.0	64	42.7	$p > 0.05$
Varikoz Venler									$\chi^2=$
Evet	12	24.0	9	18.0	17	34.0	38	25.3	3.454
Hayır	38	76.0	41	82.0	33	66.0	112	74.7	$p > 0.05$
Sırt Ağrısı									$\chi^2=$
Evet	35	70.0	24	48.0	30	60.0	89	59.3	5.029
Hayır	15	30.0	26	52.0	20	40.0	61	40.7	$p > 0.05$
Hemoroid									$\chi^2=1.057$
Evet	11	22.0	8	16.0	12	24.0	31	20.7	$p > 0.05$
Hayır	39	78.0	42	84.0	38	76.0	119	79.3	
CTS Sendromu									$\chi^2=$
Evet	5	10.0	11	22.0	9	18.0	25	16.7	2.688
Hayır	45	90.0	39	78.0	41	82.0	125	83.3	$p > 0.05$
Baş Ağrısı									$\chi^2=$
Evet	33	66.0	28	56.0	28	56.0	89	59.3	1.381
Hayır	17	34.0	22	44.0	22	44.0	61	40.7	$p > 0.05$
Ayaklarda Ödem									$\chi^2=$
Evet	18	36.0	16	32.0	19	38.0	53	35.3	0.408
Hayır	32	64.0	34	68.0	31	62.0	97	64.7	$p > 0.05$
Solunum Sıkıntısı									$\chi^2=$
Evet	32	64.0	18	36.0	33	66.0	83	55.4	11.383
Hayır	18	36.0	32	64.0	17	34.0	67	44.6	$p < 0.05$
Toplam	50	100.0	50	100.0	50	100.0	150	100.0	

Çizelge 13'de adölesan grubunun %78' i, ileri yaş grubunun %68' i ve erişkin yaş grubunun %64' ü mide yanması şikayeti yaşadıkları görülmektedir.

Konstipasyon şikayeti ise ileri yaş grubunun %52' sinde, adölesan grubunun %48'i ve erişkin grubunun %40' ı tarafından bildirilmiştir. Genel toplam içinde gebelere % 46.7'si konstipasyon şikayetini yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Kas krampları adölesan grubu gebelerin %62' sinde, erişkin grubun %58' inde ve ileri yaş grubunun % 52' sinde yaşanmıştır.

Gebelikte varikoz ven gelişimi ileri yaş grubunun %34' ünde, adölesan grubunun %24' ünde ve erişkin grubunun %18' inde tesbit edilmiştir.

Sırt ağrısı şikayeti adölesan grubunun %70'inde, ileri yaş grubunun %60' ında ve erişkin grubunun %48' inde oluşmuştur.

İleri yaş grubunun %24' ü, adölesan grubunun %22' si ve erişkin grubunun %16' sında hemoroid meydana gelmiştir.

CTS sendromu erişkin grubunda 11 kişi (%22' si), ileri yaş grubunda 9 kişi (%18' i) ve adölesan grubunda 5 kişide (%10' u) oluşmuştur.

Baş ağrısı adölesan grubunun %66' sında, diğer iki grubun %56' sında yaşanmıştır.

Ayaklarda ödem adölesan grubunun %36' sında, erişkin grubunun %32' sinde ve ileri yaş grubunun %38' inde var olduğu tesbit edilmiştir.

İleri yaş grubunun %66' sında, adölesan grubunun %64' ünde ve erişkin yaş grubunun %36' sında solunum sıkıntısı yaşanmıştır. Gebelerde yaş grupları ile solunum sıkıntısı yaşama durumları arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlılık bulunmuştur ($P < 0.05$). Yapılan ileri analize göre ($\chi^2 = 0.042$; $P > 0.05$) bu anlamlılığın nedeninin erişkin grubunun daha az solunum sıkıntısı yaşamış olmasından kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. Gebelerde yaş grupları diğer II. ve III. trimester rahatsızlıklarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($P > 0.05$).

Çizelge 14. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Yaşadığı Bazı Gebelik Komplikeasyonların Dağılımları

	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Düşük Tehdidi									$\chi^2 =$
Evet	12	24.0	6	12.0	4	8.0	22	14.7	5.540
Hayır	38	76.0	44	88.0	46	92.0	128	85.3	$p > 0.05$
Pre-eklamsi									
Evet	3	6.0	2	4.0	7	14.0	12	8.0	$\chi^2 =$
Hayır	47	94.0	48	96.0	43	86.0	138	92.0	5.953
									$p > 0.05$
Gebeliğin Fizyolojik Anemisi									
Evet	8	16.0	6	12.0	14	28.0	28	18.7	$\chi^2 =$
Hayır	42	84.0	44	88.0	36	72.0	122	81.3	4.567
Toplam	50	100.0	50	100.0	50	100.0	150	100.0	$p > 0.05$

Çizelge 14'de adölesan grubunun %24' ü, erişkin grubunun %12' si ve ileri yaş grubunun %8' i düşük tehdidi geçirdikleri görülmektedir.

Adölesan grubunun %6' sı, erişkin grubunun %4' ü ve ileri yaş grubunun %14'ü pre-eklamsi geçirmişlerdir.

Adölesan grubunun %16' sı, erişkin grubunun %12' si ve ileri yaş grubunun %28' i gebelikleride fizyolojik anemi yaşamışlardır.

Gebelerin yaş grupları ile düşük tehdidi, pre-eklamsi, gestasyonel diabet ve gebelikte fizyolojik anemi geçirme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ($P > 0.05$).

Gestasyonel diabet ise sadece ileri yaş gebeliklerin % 4'ünde rastlanmıştır.

Çizelge 15. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Doğum Yapma Şekillerinin Dağılımları

	Doğum yapma şekilleri				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryan doğum			
Yaş grupları	N	%	N	%	n	%
Adölesan grubu	30	60.0	19	38.0	49	100.0
Erişkin grubu	37	74.0	10	20.0	47	100.0
İleri yaş grubu	17	34.0	27	54.0	44	100.0
Toplam	84	60.0	56	40.0	140	100.0
Ki-kare	$X^2=15.263; P<0,05$					

Çizelge 15.'de adölesan grubunun %38'inin, erişkin grubun %20'sinin ve ileri yaş grubunun %54'ünün sezaryanle doğum yaptıkları görülmektedir. Yaş grupları ile doğum yapma şekilleri arasında yapılan ki-kare testine göre sonuç anlamlı çıkmıştır. Yapılan ileri analize göre ($x^2 = 3.487; P>0.05$) en çok sezaryan olan grup ileri yaş grubudur ($P<0.05$)(Gebelerin kendi sezaryan istekleri çıkartılmıştır).

Çizelge 16. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Sezaryan Olma Nedenlerinin Dağılımları

Sezaryan Olma Nedenleri	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
EMR	1	2.0	1	2.0	1	2.0	3	2.0
Makrozomili Bebek	1	2.0	1	2.0	3	6.0	5	3.3
Doğumun Uzaması	5	10.0	4	8.0	1	2.0	10	6.5
Transvers Duruş	3	6.0	1	2.0	2	4.0	6	3.9
Dekolman Plasenta	1	2.0	0	0.0	4	8.0	5	3.3
Kist+Gebelik	0	0.0	0	0.0	1	2.0	1	0.7
Tübligasyon	0	0.0	0	0.0	3	6.0	3	2.0
Postterm Eylem	0	0.0	1	2.0	4	8.0	5	3.3
Preeklampsi/Eklampsi	1	2.0	1	2.0	2	4.0	4	2.6
Fetal Distres	4	8.0	1	2.0	1	2.0	6	3.9
Serviksin Dilate Olmaması	1	2.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7
İleri Anne Yaşı	1	2.0	0	0.0	5	10.0	6	3.9
Kendi İsteği	1	2.0	3	6.0	6	12.0	10	10.5
Toplam	19	38.0	13	26.0	33	66.0	65	42.3

Çizelge 16’ da adölesan grubunun %10’u ve erişkin grubun %8’i doğumun uzaması; ve ileri yaş grubunun % 12’si kendi istekleri ile sezaryan oldukları görülmektedir.

Çizelge 17. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Doğuma İlişkin Girişim (Epizyotomi) Yaşama Durumlarının Dağılımları

	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam		Ki-kare
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Epizyotomi									$\chi^2 =$
Evet	23	46.0	28	56.0	9	18.0	60	40.0	16.167 p < 0.05
Hayır	27	54.0	22	44.0	41	82.0	90	60.0	
Toplam	50	100.0	50	100.0	50	100.0	150	100.0	

Çizelge 17’de İleri yaş grubunun %18’ inde epizyotomi uygulanmıştır. Adölesan grubunda bu oran %46 ve erişkin grubunda %56 olarak tespit edilmiştir. Adölesan grubunun %6’ sında , diğer iki grubun %2’ sinde vakum uygulandığı belirlenmiştir.

Doğuma ilişkin girişimlerden olan epizyotominin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (P<0.05). Yine ileri analizde ($\chi^2 = 1.0$; P>0.05) epizyotomi en çok ileri yaş grubunda olduğu tesbit edilmiştir.

Doğuma ilişkin görülebilecek diğer olumsuzluklardan baş-pelvis uyumsuzluğu adölesan grubunun %12’ sinde, ileri yaş grubunun %6’sında ve erişkin grubunun %2’ sinde baş- pelvis uyumsuzluğu bulunduğu tespit edilmiştir. Yine preterm eylem adölesan grubunun %6’ sında ve diğer iki grupta %2’ oranında bulunmuştur. Erişkin grubunda postterm eyleme rastlanmamış olmasına karşın, ileri yaş grubunun %16’ sı ve adölesan grubunun %8’ i post-term eylem sonucunda doğumu gerçekleştirmiştir. Erken memeban rüptürü (EMR) ileri yaş grubunda görülmemiş olmasına karşın, adölesan grubunun %6’ sında ve erişkin grubun %4’ ünde meydana gelmiştir.

Doğuma ilişkin plasental komplikasyonlar arasında “plasenta previa” erişkin grubunda görülmemişken, adölesan grubunda %4 ve ileri yaş grubunun %6 oranında görülmüştür. Bir diğer komplikasyon olan “ablasyo plasenta” ise ileri yaş grubunda 1

gebelerde görülmüştür (%2). Diğer iki grupta rastlanmamıştır. Kort prolapsusu hiç bir grupta görülmemiştir.

Çizelge 18. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Gebelik Boyunca Aldıkları Toplam Kiloların Dağılımları

Yaş grupları	Adölesan Grubu		Erişkin Grubu		İleri Yaş Grubu		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
İdeal kilo artışı (12-16 kg)	15	30	21	42	12	24	48	32
İdeal olmayan kilo artışı (16kg ve üz.)	35	70	29	58	38	76	102	68
Toplam	50	100	50	100	50	100	150	100
Ki-kare	$\chi^2=3.860$ $p>0.05$							

Çizelge 18’de gebelerin gebelikleri boyunca aldıkları kilo karşılaştırıldığında adölesan grubunun %30’u, erişkin grubunun %42’si ve ileri yaş grubunun % 24’ünün gebelikleri boyunca ideal kilo artışına ulaşabildikleri görülmektedir.

Gebelik boyunca alınan toplam kilo açısından , yapılan ki-kare testine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 19. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Sürekli ve Durumluluk Anksiyete Puanlarının Ortalamalarının Dağılımları

Yaş grupları	Sürekli anksiyete puanları		Durumluluk anksiyete puanları		TOPLAM n
	X ort.	Ss	X ort.	Ss	
Adölesan grubu	45.8	6.27	58.10	5.04	50
Erişkin grubu	44.92	6.05	56.98	9.16	50
İleri yaş grubu	47.34	6.96	58.62	4.68	50
	ANOVA: F=1,810 p>0.05		KRUSKAL-WALLİS TEST x ² =0.548 p>0.05		
TOPLAM					150

Çizelge 19.'da adölesan grubu gebelerde sürekli anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 45.8 ± 6.27 ve durum anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 58.1 ± 5.04 'tür. Adölesan grubunun doğum öncesinde orta düzeyde anksiyete içinde oldukları görülmektedir. Travay odasında doğum ağrılarını yaşarken orta ve ağır anksiyete içersinde oldukları tesbit edilmiştir.

Erişkin yaş grubu gebelerde sürekli anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 44.92 ± 6.05 ve durum anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 56.98 ± 9.16 'dır. Erişkin grubunun da doğum öncesinde orta düzeyde anksiyete içinde oldukları görülmektedir. Travay odasında doğum ağrılarını yaşarken orta ve ağır anksiyete içersinde oldukları tesbit edilmiştir.

İleri yaş grubu gebelerde sürekli anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 47.34 ± 6.96 ve durum anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 58.62 ± 4.68 'dir. İleri yaş grubunun da yine doğum öncesinde orta düzeyde anksiyete içinde oldukları görülmektedir. Travay odasında doğum ağrılarını yaşarken orta ve ağır anksiyete içersinde oldukları tesbit edilmiştir.

Yapılan varyans analizine göre sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuca göre; gruplar arasında gerek sürekli anksiyete durumu ve gerekse durumluluk anksiyetesi arasında herhangi bir fark bulunmamaktadır.



Çizelge 20. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Anlamlı Çıkan Değişkenler

	Adölesan grubu		Erişkin grubu		İleri yaş grubu		Toplam		Ki-kare
	n	%	n	%	n	%	n	%	P değeri
Yorgunluk									
Evet	42	84.0	30	60.0	42	82	113	75.3	$\chi^2 =$
Hayır	8	16.0	20	40.0	9	18	37	24.7	8.114 $p < 0.05$
Sık İdrara Çıkma									
Evet	45	90.0	38	76.0	47	94.0	130	86.7	$\chi^2 =$
Hayır	5	10.0	12	24.0	3	6.0	20	13.3	7.731 $p < 0.05$
Solumun Sıkıntısı									
Evet	32	64.0	18	36.0	33	66.0	83	55.4	$\chi^2 =$
Hayır	18	36.0	32	64.0	17	34.0	67	44.6	11.383 $p < 0.05$
Doğum Şekli									
Sezaryan	19	38.0	13	26.0	33	66.0	65	43.3	$\chi^2 =$
Normal Doğum	31	62.0	37	74.0	17	34.0	85	56.7	16.721 $p < 0.05$
Epizyotomi									
Evet	23	46.0	28	56.0	9	18.0	60	40.0	$\chi^2 =$
Hayır	27	54.0	22	44.0	41	82.0	90	60.0	16.167 $p < 0.05$

Özetlenecek Olursa; Yaş grupları arasında verilerin istatistiksel ki-kare değerlendirmeleri:

Çizelge 20.'de yaş grupları ile gebelerin yaşadıkları I trimester rahatsızlıklarından olan yorgunluk ve sık idrara çıkma açısından yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlılık saptanmıştır ($P<0.05$). Yapılan ileri analize göre ($\chi^2 = 2.699$; $P>0.05$; $\chi^2 = 0.542$; $P>0.05$) farkın erişkin grubundan kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. Buna göre en az yorgunluk yaşayan ve az sık idrara çıkan kişi sayısı bulunduran grup erişkin grubudur.

Yaş grupları ile solunum sıkıntısı yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($P<0.05$). Yapılan ileri analize göre ($\chi^2 = 0.042$; $P>0.05$) erişkin grubunun daha az solunum sıkıntısı yaşamış olduğu ortaya çıkmıştır.

Yaş grupları ile doğum yapma şekilleri arasında yapılan ki-kare testine göre sonuç anlamlı çıkmıştır ($P<0.05$). Yapılan ileri analize göre ($\chi^2 = 1.654$; $P>0.05$) en çok sezaryan olan grup ileri yaş grubudur.

Doğuma ilişkin komplikasyonlardan olan epizyotominin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($P<0.05$). Yine ileri analizde epizyotomi en çok ileri yaş grubunda olduğu tesbit edilmiştir ($\chi^2 = 1.0$; $P>0.05$).

5. TARTIŞMA

Gebelik sürecinin adölesan ve ileri yaş gebeler ile 19-34 yaş arası gebelerde yarattığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere, gebelik komplikasyonlarına, doğuma ilişkin özelliklere etkisini belirlemek ve bu yönlerden yaş grupları arasında karşılaştırma yapmayı amaçlayan bu araştırma, doğum yapmak üzere kliniğe başvuran toplam 150 gebe üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde gebelerin yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin, gebelik komplikasyonlarının ve doğumun; yaş değişkeniyle ve yaş dışında etkisi olabilecek diğer ilgili değişkenler açısından karşılaştırmalı bulgular irdelenmiştir.

Çizelge 12’de araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş gruplarına göre yaşadıkları I. trimester rahatsızlıklarından olan bulantının, daha çok adölesan (%78) ve ileri yaş gebeliklerde (%84) meydana gelmiş olduğu görülmektedir. Yapılan ki-kare testinde gruplar arasında bir anlamlılık bulunamamıştır ($P>0.05$). Literatürde bulantının gebeliğin çok istenmesi veya istenmeyen bir gebelik olması durumunda, anneliğe hazır olunmaması durumunda, ayrıca yorgunluk ve barsakta peristaltik hareketlerin yavaşlaması (konstipasyon) sonucunda da meydana gelebileceği belirtilmektedir (Saunders,2000; Alpay,1996). Çizelge 6’da adölesan grubunun %78’inin gebeliğini çok istemeleri ve ileri yaş grubunun % 66’sının istenmeyen bir gebelik yaşadıkları görülmektedir. Bu durumun bulantıya neden olabileceği düşündürmektedir. Burada adölesan grubunda gebeliğini isteyenlerin oranı fazla, ileri yaş grubunda ise az olduğu dikkati çekmektedir. Yine Çizelge12’de yorgunluğun en çok adölesan (%84) ile ileri yaş gebeliklerinde (%82) yaşanmış olması, yorgunluğun bulantıya neden olması açısından anlamlı ve literatürle aynı doğrultudadır. Oysa Çizelge 7’de ise adölesan grubunun %22’si ve ileri yaş grubunun %18’inin anneliğe hazır olmadıkları sonucu, bulantı yaşama sonucuyla örtüşmemektedir. Bu durumda anneliğe hazır olmama durumu daha yüksek oranda olması beklenirdi. Çizelge 13’de barsakta peristaltik hareketlerin yavaşlaması sonucunda ortaya çıkan konstipasyon rahatsızlığı da aynı şekilde

yorumlanabilmektedir (adölesan grubu %48; ileri yaş grubu %52). Yani bu çalışmada, konstipasyonun bulantıya neden olmuş olduğu söylenemez.

Çizelge 12’de kusma durumu en fazla adölesan (%72) ve ileri yaş grubu (%60) gebelerde yaşanmıştır. Yapılan ki-kare testinde gruplar arasında bir anlamlılık bulunamamıştır ($P>0.05$). Literatürde kusmanın, gebeliğin çok istenmesi veya istenmeyen bir gebelik olması durumunda ve anneliğe hazır olmama sonucu olabileceği belirtilmiştir (Saunders,2000; Alpay,1996). Bu açıdan değerlendirildiğinde Çizelge 6’da adölesan grubunun %78’inin ve ileri yaş grubunun % 34’ünün gebeliğini istemeleri, kusmayı meydana getirmesi açısından anlamlı ve literatürle örtüşmektedir. Çizelge 7’ye göre anneliğe hazır olmama durumu kusmaya eşlik etmemektedir. Çünkü çizelgede anneliğe hazır olmama durumu yüksek oranda değildir(adölesan grubunun %22’si ; ileri yaş grubunun %18’i) Bu durumda anneliğe hazır olmama durumu daha yüksek oranda olması beklenirdi.

Çizelge 12’de yaş grupları ile yorgunluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($P<0.05$). Buna göre en az yorgunluk yaşayan kişi sayısı bulunduran grup erişkin grubu gebelerdir ($x^2 = 2.699$; $P>0.05$). Literatürde, gebelikte yorgunluğu oluşturan faktörler pek bilinmemekle birlikte kadının geceleri sık idrara çıkması sonucu oluşabileceği belirtilmiştir (Karanisoğlu, 1992). Aynı çizelgede sık idrara çıkma durumu incelendiğinde yorgunlukla aynı doğrultuda olduğu görülmektedir (adölesan grubu %90; ileri yaş grubu %94). Bu sonuca göre sık idrara çıkma durumu yorgunluğa neden olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Aynı çizelgede yaş grupları ile sık idrara çıkma durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. ($P<0.05$). Yapılan ileri analize göre farkın erişkin grubundan kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. Buna göre en az sık idrara çıkan kişi sayısı bulunduran grup erişkin grubu gebelerdir ($x^2=0.542$; $P>0.05$).

Çizelge 13’de mide yanması şikayeti en fazla adölesan (%78) ve ileri yaş grubu (% 68) gebelerde yaşanmıştır. Yapılan ki-kare testinde gruplar arasında bir anlamlılık bulunamamıştır ($P>0.05$). Literatürde mide yanmasına neden olan faktörler arasında peristaltik hareketlerinin yavaşlaması (konstipasyon), psikolojik faktörler, yorgunluk ve uygunsuz diyet alımı sayılmaktadır (Karanisoğlu, 1992; Terzioğlu, 2000). Aynı

çizelgede konstipasyon olma durumları incelendiğinde adölesan grubunun %48'inin ve ileri yaş grubunun % 52'sinin konstipasyon yaşadığı görülmektedir. Bu çalışmada konstipasyonun mide yanması meydana getirdiği söylenemez. Bu durumda konstipasyon durumunun daha yüksek oranda olması beklenirdi. Yapılan ki-kare testinde konstipasyon olma açısından gruplar arasında bir anlamlılık bulunamamıştır ($P>0.05$). Çizelge 12'de görüldüğü gibi yorgunluk hem adölesan (%84) hem de ileri yaş (%82) gebeliklerinde oldukça yüksektir. Literatür doğrultusunda bu durum, mide yanmasına etki etmiş olabilir. Yine Çizelge 10'da psikolojik olarak destek alma durumlarına bakıldığında, adölesan grubunun %80'i ve ileri yaş grubunun %68'inin psikolojik destek aldıkları belirtmişlerdir. Bu nedenle her iki grupta psikolojik desteğin oldukça yüksek oranda olması mide yanmasına neden olduğu söylenemez. Çizelge 9'da adölesan grubunun %86'sı ve ileri yaş grubunun % 60'ı gebeliklerinde beslenme diyeti uygulamamışlardır. Literatüre göre bu sonuç da mide yanmasına neden olduğu söylenemez.

Çizelge 13'de konstipasyon durumu adölesan grubunun %48'inde ve ileri yaş grubunun %52'sinde olduğu tesbit edilmiştir. Yapılan ki-kare testinde gruplar arasında bir anlamlılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatürde konstipasyonun, yetersiz sıvı alımıyla ve yetersiz beslenme alışkanlığı sonucunda meydana gelebileceği belirtilmiştir (Karanisoğlu,1992; Saunders,2000; Terzioğlu, 1996). Bu açıdan irdelendiğinde Çizelge 9'da adölesan grubunun %86'sının ve ileri yaş grubunun % 60'ının gebeliğe uygun beslenme diyeti uygulamadıkları görülmektedir. Bu nedenle konstipasyon şikayetinin adölesan ve ileri yaş grubunda görülmesi beklenen bir sonuçtur. Çizelge 8'de adölesan ve ileri yaş grubu gebelerin yarısından fazlasının (adölesan grubunun %76'sı; ileri yaş grubunun %70'i) gebelikleri boyunca en az üç kez prenatal takip almalarına karşın büyük oranda konstipe olmaları prenatal takiplerde beslenmeye yeterince değinilmediği yada gebelerin bunu önemsemediği sonucuna varılabilir.

Çizelge 13'de kas krampları şikayetleri adölesan grubunun %62'sinde ve ileri yaş grubunun %52'sinde olduğu tesbit edilmiştir. Yapılan ki-kare testinde gruplar arasında bir anlamlılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatürde kas kramplarının, kalsiyum ve fosfor alımındaki yetersizliğe bağlı olarak, yani yetersiz beslenme alışkanlığı ve

yorgunluk sonucunda meydana gelebileceği belirtilmiştir (Terzioğlu, 2000). Bu açıdan irdelendiğinde Çizelge 9'da adölesan grubunun %86'sının ve ileri yaş grubunun % 60'ının gebeliğe uygun beslenme diyeti uygulamadıkları görülmektedir. Kas kramplarının daha çok bu nedenle olduğu söylenebilir. Çizelge 12'de adölesan grubunun %84'ünde ve ileri yaş grubunun % 82'sinde yorgunluk şikayetinin yaşanması kas kramplarının yorgunluk nedeniyle de yaşanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çizelge 13'de varikoz ven oluşması adölesan grubunun %24'ünde ve ileri yaş grubunun %34'ünde olduğu belirtilmiştir. Yapılan ki-kare testinde gruplar arasında bir anlamlılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatürde varikoz ven oluşmasının nedenleri arasında, ileri anne yaşı, gebelikte aşırı kilo alımı ve konstipasyon sayılmaktadır. (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu, 1996). Bu açıdan irdelendiğinde Çizelge 18'de adölesan grubunun %70'i ve ileri yaş grubunun % 76'sının aşırı kilo aldıkları görülmektedir. Bu sonuç varikoz ven oluşumunda aşırı kilonun yanında diğer faktörlerin de etkili olabileceğini göstermektedir. Çizelge 13'de konstipasyon durumu adölesan grubunun %48'inde ve ileri yaş grubunun %52'sinde olduğu tesbit edilmiştir. Bu sonuç, konstipasyonun da varikoz ven oluşumunda oranların yüksek olması nedeniyle etkide bulunabileceğini göstermektedir.

Çizelge 13'de sırt ağrısının adölesan grubunun %70'inde ve ileri yaş grubunun %60'ında yaşandığı görülmektedir. Yapılan ki-kare testinde gruplar arasında bir anlamlılık bulunamamıştır ($P>0.05$). Literatürde sırt ağrısının görülme nedenleri arasında yorgunluk olabileceği belirtilmiştir (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu, 2000). Bu açıdan incelendiğinde Çizelge 12'de adölesan grubunun %84'ünde ve ileri yaş grubunun % 82'sinde yorgunluk şikayetinin yaşandığı görülmektedir. Yorgunluk oranının yüksek olması, sırt ağrısıyla paralellik göstermektedir. Buna göre literatür doğrultusunda bu durumun yorgunluktan kaynaklanmış olabileceği söylenebilir.

Çizelge 13'de hemoroid oluşması adölesan grubunun %22'sinde ve ileri yaş grubunun %24'ünde olduğu görülmektedir. Yapılan ki-kare testinde gruplar arasında bir anlamlılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç Satin ve arkadaşları (Satin et al. 1994) tarafından yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. Literatürde hemoroid oluşmasının en büyük nedeni konstipasyon olarak belirtilmektedir. (Karanisoğlu,1992;

Terzioğlu, 2000). Aynı izelgede konstipasyon oranlarının hemoroide göre daha yüksek olması bazı gebelerde hemoroid görülmesinin konstipasyon ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir (adölesan grubunda % 48 ve ileri yaş grubunda % 52).

Çizelge 13'de ayaklarda ödem adölesan grubunun %36'sında ve ileri yaş grubunun %38'inde olduğu görülmektedir. Yapılan ki-kare testinde gruplar arasında bir anlamlılık bulunamamıştır ($P>0.05$). Literatürde ayaklarda ödem oluşmasının en büyük nedeni olarak varikoz venler gösterilmektedir. (Karanisoğlu,1992; Terzioğlu, 2000; Saunders, 2000). Bu çalışmada adölesan ve ileri yaş gebeliklerinde varikoz ven oranlarıyla, ayaklarda ödem oluşma oranları açısından birbirleri ile paralellik göstermektedir. Bu durum literatür ile paralellik göstermektedir. Adölesan ve ileri yaş grubundaki gebelerin ayaklarındaki ödem varikoz venler sonucu meydana gelmiş olabilir.

Çizelge 13'de yaş grupları ile solunum sıkıntısı yaşama durumları arasında istatikselsel olarak anlamlılık bulunmuştur. ($P<0.05$). Yapılan ileri analize göre ($\chi^2 = 0.042$; $P>0.05$) erişkin grubunun daha az solunum sıkıntısı yaşamış olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 14'de ileri yaş grubunun %14' , adölesan grubunun %6' sı ve erişkin yaş grubunun %4'  pre-eklamsi/eklamsi tehdidi geirmiflerdir. Ancak gruplar arasında istatistik olarak anlamlı bir sonuç elde edilememifştir. Kozinszky ve arkadaşlarının (Kozinszky et al. 2002) 2002 yılında yapmış olduğu ileri yaş ve erişkin yaş grupları karşılaştırmasına dayanan bir çalışmasında, her iki grupta pre-eklamsi oranları arasında belirgin bir fark gzlenmemiflerdir. Meydanlı ve arkadaşlarının (Meydanlı ve ark.,1997) 1997 yılında adölesan gebelerle erişkin grubu gebeleri kapsayan araştırmasında preeklamsi vakası açısından istatikselsel olarak anlamlı bir fark gzlenmemifştir. Yine Barton ve arkadaşları (Barton et al 1995) tarafından 1995 yılında yapılan başka bir çalışmada eklamsi vakasına rastlanılmamıştır. Literatürde gebelerin %7-10'unda görüldüğü belirtilmiştir (Usta ve Sibai, 1998). Bu araştırmada gruplar arasında istatikselsel olarak anlamlılık bulunmaması diğer çalışma bulguları ile örtüşmektedir.

Çizelge 14'de adölesan grubunun %16' sı, erişkin grubunun %12' si ve ileri yaş grubunun %28' i gebeliklerinde fizyolojik anemi yaşamışlardır. Yapılan ki-kare testinde

gruplar arasında bir anlamlılık bulunamamıştır ($P>0.05$). Literatürde fizyolojik aneminin oluşmaması için gebelikte demir preparatlarının kullanılması önerilmektedir (Taşkın, 2000(b)). Bu çalışmada prenatal takip almama oranları adölesan grubunda %24, erişkin grubu gebelerde %28 ve ileri yaş grubunda %30'dur. Bu oranların fizyolojik anemi oranlarıyla aynı paralellikte olduğu dikkati çekmektedir. Bu sonuç gebelerin prenatal takip almamaları ve bu nedenle demir preparatı kullanmamaları ile açıklanabilir.

Gebeliğe ilişkin komplikasyonlardan gestasyonel diabet öyküsü ileri yaş grubunda % 4 oranında görülürken, diğer iki grupta görülmemiştir. Gilbert ve arkadaşlarının (Gilbert et al.1999) 1999 yılında yaptığı araştırmasında da ileri yaş grubu gebeliklerinde gestasyonel diabetin belirgin bir şekilde daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç bu çalışmayla aynı doğrultuda olduğu görülmektedir. Literatürde de gestasyonel diabetin ilerleyen anne yaşı ile birlikte görülme hızının arttığı belirtilmiştir (Bükülmez ve Durukan, 1996) . Gözlenen sayılar yetersiz olduğundan gruplar arasında istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Çizelge 15'de adölesan grubunun %38'inin, erişkin grubun %20'sinin ve ileri yaş grubunun %54'ünün sezaryan ile doğum yapmış oldukları görülmektedir. Yapılan bir çalışmada 25 yaştan küçük gebelerde sezaryan oranı %11,6 iken, 40 yaş için bu oran %43,1 olarak bulunmuştur (Ecker et al, 2001). İtil ve arkadaşlarının(İtil ve ark., 2000) 2000 yılında yaptığı çalışmalarında sezaryan ile doğum oranının 40 yaş üstü primigravidalarda %80, multiparlarda %58,5 olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada aynı oran 40 yaş üstü nullipar kadınlarda % 18, multipar kadınlarda % 14 olarak saptanmıştır (Ziadeh and Yahaya, 2001). Scholz ve arkadaşlarının (Scholz et al.1999) yaptığı benzer bir araştırmasında da sonuç aynı doğrultuda çıkmıştır (%47). 2002 yılında 35 yaş üzeri primipar kadınların perinatal sonuçların değerlendirildiği başka bir çalışmada; ileri yaş kadınlarda sezaryan prevalansının genç kadınlara göre 2,09 kat daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır ($p<0,001$) (Kozinszky et al. 2002). Bu çalışma sonucuna göre 35 yaş üzeri gebelerde sezaryan riski arttığı istatistiksel olarak ortaya konmuştur. 1994 Satin ve arkadaşları (Satin et al. 1994) tarafından yapılan bir çalışmada, 11-15 yaş grubu gebelerde 20 yaş grubu gebelere göre daha az sezaryan doğum olduğu görülmüştür. Oysa Suudi Arabistan'da 2002 yılında yapılan bir başka çalışmada

adölesan grubu ile erişkin yaş grubu arasında doğum şekline ve sezaryan endikasyonlarına yönelik anlamlı bir fark bulunamamıştır (Abu-Heija et al 2002). Meydanlı ve arkadaşlarının (Meydanlı ve ark, 1997) adölesan gebelerle erişkin grubu gebeleri kapsayan araştırmasında da iki grup arasında sezaryan hızları bakımından fark olmadığı bulunmuştur. Aynı şekilde 261, 15 yaş ve altı gebe ve 261, 20-29 yaşları arasında yapılan sezaryan oranları açısından fark bulunamamıştır (Gökçe, 2000).

Bu çalışmada Çizelge 16' da görüldüğü gibi adölesan grubunun %10'u ve erişkin grubun %8'i doğumun uzaması; ve ileri yaş grubunun % 12'si kendi istekleri ile sezaryan oldukları görülmektedir. İtil ve arkadaşlarının (İtil ve ark., 2000) çalışmasında, sezaryan nedenleri daha çok fetal distres, hipertansiyon ve diabetes mellitus gibi maternal medikal sorunlar olarak saptanmıştır.

Çizelge 15'da yaş grupları ile doğum yapma şekilleri arasında yapılan ki-kare testine göre sonuç anlamlı çıkmıştır ($P<0.05$). Yapılan ileri analize göre sezaryan ameliyatı en çok ileri yaşta görülmektedir. Erişkin yaş grubu gebelerde sezaryan oranı belirgin bir şekilde daha azdır. Bu sonuç literatürle de örtüşmektedir. Özellikle gebenin 35 yaş üzeri primipar olması sezaryan endikasyonu olarak sayılmaktadır (Ersoy, 2000 (b); Taşkın, 2000 (c)).

Çizelge 17'de ileri yaş grubunun %18' inde epizyotomi uygulanmıştır. Adölesan grubunda bu oran %46 ve erişkin grubunda %56 olarak tespit edilmiştir. Epizyotominin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($P<0.05$). Yapılan ileri analizde epizyotomi ($\chi^2 = 1.0$; $P>0.05$) en az ileri yaş grubunda olduğu tesbit edilmiştir. Literatürde genelde ilk doğumlarda epizyotomi uygulanması söz konusudur (Taşkın, 2000). Buna göre Çizelge 5 incelendiğinde ilk doğumların adölesan grubu gebelerinde daha çok olduğu, buna bağlı olarak epizyotominin bu grupta daha çok uygulandığı gözlenmektedir. Bu sonuç literatürle örtüşmektedir.

Doğuma ilişkin uygulanan girişimlerden olan vakum, adölesan grubunun %6' sında , diğer iki grubun %2' sinde uygulanmıştır. Meydanlı ve arkadaşlarının (Meydanlı ve ark, 1997) 1997 yılında n=337 adölesan gebeyle n=452 erişkin grubu gebeleri kapsayan araştırmasında vakum veya forseps uygulaması açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu araştırma da aynı doğrultuda istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır ($P>0.05$). Başka bir araştırmada 40 yaş üstü nulliparların %14.2 ve multipar kadınların % 6.3'ünde vakum, forseps uygulanmıştı (Gilbert et al. 1999).

Adölesan grubunun %6' sında preterm eylem ile doğumun sonlanmasına karşın, diğer iki grupta bu oran %2 idi. 2002 yılında yayınlanan ve 204 nullipar gebe arasında karşılaştırılmalı olarak yapılan bir başka araştırmada, adölesan grubunun diğer 20-24 yaş grubuna göre preterm doğum açısından daha fazla risk altında olduğu ortaya çıkmıştır ($P<0,05$) (Abu-Heija et al. 2002). Yine Amerika'da yapılan bir araştırmada genç erişkinlik gebeliklerinde adölesan gebeliğe göre daha fazla oranda pretem eylem görüldüğü ortaya çıkmıştır (Stevens-Simon et al 2002). Amerika'da yapılan başka bir çalışmada, genç erişkin multipar annelerin adölesan döneminde bulunan multipar annelere göre preterm doğum riski açısından daha fazla risk altında olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç yapılan çalışmalarda yaş sınırlarının farklılığından kaynaklanabilir (Lara et al.2000). Meydanlı ve arkadaşlarının (Meydanlı ve ark.,1997) adölesan gebelerle erişkin grubu gebeleri kapsayan araştırmasında preterm eylem insidansının adölesan grubunda erişkin grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (adölesan grubu %5,6; erişkin grubu %0,2). Satin ve arkadaşları (Satin et al. 1994) tarafından yapılan çalışmada, okul yaşlarında oluşan gebeliklerin sağlık açısından zararlı olduğu, çoğunlukla preterm eyleme neden olduğu söylenmiştir. Literatürde preterm eylem daha çok adölesan ve ileri yaş grubunda görüldüğü belirtilmiştir (Taşkın, 2000 (e)). Bu çalışmada ve diğer çalışmaların çoğunda daha çok adölesan grubunda preterm eyleme rastlanılmıştır.

Erken memebren rüptürü (EMR) ileri yaş grubunda görülmemiş olmasına karşın, adölesan grubunun %6' sında ve erişkin grubun %4' ünde meydana gelmiştir. Meydanlı ve arkadaşlarının (Meydanlı, 1997) 1997 yılında yaptığı araştırmasında da EMR açısından anlamlı bir fark bulamamışlardır. EMR'ünde gruplar arasında gözlenen sayılar yetersiz olduğundan istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Çalışmada plasenta previalı gebe, adölesan grubunda %4 ve ileri yaş grubunun %6 oranında görülürken, erişkin grupta plasenta previalı olgu bulunamamıştır. Spellacy ve arkadaşlarının yaptıkları kontrollü çalışmada ileri yaştaki kadınlarda plasenta previa sıklığının arttığını saptamaları bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur (İtil ve ark., 2000).

Ablasyo plasenta ise sadece ileri yaş grubunda bir gebede görülmüş (%2), diğer iki grupta rastlanmamıştır.

Çizelge 18' de adölesan grubunun %70'inin, erişkin grubun %58'inin ve ileri yaş grubunun %76'sının gebelikleri boyunca ideal olmayan kiloya (16 kg ve yukarısı) ulaştıkları görülmektedir. Gebelik boyunca alınan toplam kilo açısından , yapılan ki-kare testine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Literatürde özellikle adölesan döneminde beslenmenin yeterli olmayabileceği ve bu durumun gebeliği olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (Weis and Goldsmith, 1997; Hall, 2000; Gökçe, 2000; Treffer et al. 2001; Kaplan et al. 2001). Bu açıdan Çizelge 9 incelendiğinde adölesan grubunun %86'sının , erişkin grubun %62'sinin ve ileri yaş grubunun %60'ının gebeliklerinde gebeliğe özel bir beslenme uygulamadıklarını belirtmişlerdir. Adölesan grubunun ve erişkin grubunun uygun olmayan bir beslenme sonucu ideal olmayan kiloya ulaştıkları söylenebilir. İleri yaş grubunda uygun olmayan bir gebelik beslenme programı uygulama oranlarının(%60) kilo alma oranına göre düşük olması (%76), doğrudan kiloya etki etmediği sunucuyla açıklanabilir.

Çizelge 19'da adölesan grubu gebelerde sürekli anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 45.8 ± 6.27 ve durum anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 58.1 ± 5.04 'tür. Adölesan grubunun doğum öncesinde orta düzeyde anksiyete içinde oldukları görülmektedir. Travay odasında ağrılarını yaşarken orta düzeyde ağır anksiyete arasında oldukları tesbit edilmiştir. Erişkin yaş grubu gebelerde sürekli anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 44.92 ± 6.05 ve durum anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 56.98 ± 9.16 'dir. Erişkin grubunun da doğum öncesinde orta düzeyde anksiyete içinde oldukları görülmektedir. Sancı odasında ağrılarını yaşarken orta düzeyde ağır anksiyete arasında oldukları tesbit edilmiştir.İleri yaş grubu gebelerde sürekli anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 47.34 ± 6.96 ve durum anksiyete durumlarını belirleyen puan ortalaması 58.62 ± 4.68 'dir. İleri yaş grubunun da yine doğum öncesinde orta düzeyde anksiyete içinde oldukları görülmektedir. Travay odasında ağrılarını yaşarken orta düzeyde ağır anksiyete arasında oldukları tesbit edilmiştir. Yapılan varyans analizine göre sonuç istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır. Bu sonuç ile gruplar arasında, gerek sürekli anksiyete durumuyla ve gerekse durumluluk anksiyete durumu arasında bir fark olmadığı saptanmıştır.

Literatürde gebelikte anksiyete durumunu etkileyen faktörlerden eşin tutumu, annenin gebeliğini planlanmış olması ve anneliğe hazır olması durumundan sözedilmektedir (Özkan 2000; Taşkın,2000 (h)). Çizelge 6'da grupların gebeliklerini planlanmış olma durumları yaş gruplarına göre incelendiğinde, adölesan grubunun %22'si, erişkin grubunun % 28'si ve ileri yaş grubunun % 66' sının gebeliklerini planlamadıkları görülmektedir.

Çalışmada sadece gebeliğini planlamamış olan grupların anksiyete ortalamaları incelendiğinde sonucun genel ortalama ile farklı çıkmadığı görülmektedir (Süreklilik Anksiyete puan ort.; adölesan, 48; erişkin, 44; ileri yaş,47; Durumluluk Anksiyete Puanı; adölesan, 60; erişkin, 60; ileri yaş,59).

Çalışmada anneliğe hazır olmayan grupların anksiyete ortalamaları incelendiğinde sonucun genel ortalama ile farklı çıkmadığı görülmektedir (Süreklilik Anksiyete puan ort.; adölesan, 47; erişkin, 35; ileri yaş,47; Durumluluk Anksiyete Puanı; adölesan, 59; erişkin, 64; ileri yaş, 59). Bu çalışmada gebe gruplarının anksiyete puanları, gebeliklerini planlamama ve anneliğe hazır olmama faktörlerinden etkilenmemişlerdir. Eşin tutumuna ilişkin yeterli kişi sayısı bulunmadığından bir değerlendirme yapılamamıştır.

Alkol kullanım öyküsü adölesan ve ileri yaş grubunda % 2 olarak belirlenmiştir. İspanya'da 305 adölesan ve 285 erişkin grubu gebelikler arasında yapılan bir çalışmada, adölesan annelerin belirgin bir şekilde (tütün , alkol ve ilaç vb.) toksik maddeleri gebelikleri boyunca daha çok tükettikleri ortaya çıkarılmıştır (Jimenez et al. 2000). Amerika'da yapılan başka bir çalışmada, adölesan gebe grubu arasında gebelik esnasında alkol kullanma oranı %2,6 olarak bulunmuştur (Wiemann et al. 1998). Ülkemizde alkole başlama yaşının 16-19, ikinci maddeye geçişin 20,5 yaş olduğu belirlenmiştir (Cimete, 2002). Bu çalışmada oranın düşük olması ve erişkin grubu gebelerde rastlanılmaması dikkate değerdir. Burada geleneksel yapıda kadınların madde kullanımının yaygın olmamasının rol oynadığı sanılmaktadır. Literatürde de ülkemizde alkolik kadınlara pek

rastlanılmadığı, ancak batı ülkelerinde alkol kullanan gebelere rastlandığı belirtilmiştir (Gökşin,1996).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Literatürde 20 yaş altındaki ve 35 yaş üzerindeki kadınların gebeliklerinde anne sağlığının olumsuz etkilenebileceği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2002). Bu araştırma sonucunda, genel olarak gebeliğin gerek fizyolojik ve gerekse psikolojik değişikliklere , komplikasyonlara ve doğuma yönelik etkilerinde, yaşın önemli bir faktör olmadığı söylenebilir. Fizyolojik değişikliklerden yorgunluk, sık idrara çıkma ve solunum sıkıntısı yaşamada; doğuma ilişkin komplikasyonlardan operatif doğum ve epizyotomide yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bu değişimlerde gebelerin ilgili yaş grubuna gerekli eğitimin verilmesi ve gebelik nedeniyle oluşan değişimler hakkında bilinçlendirilmesi uygun görülmektedir.

- Her ne kadar gruplar arasında belirgin istatistiksel anlamlılık çıkmamış olmasına rağmen, cinsel yönden aktif olan özellikle adölesanların bilgilendirme-eğitim-iletişim ve uygulama gibi özel aile planlaması hizmetlerine de gereksinim vardır. Burada aile planlaması hizmetlerinden faydalanılabilir. Topluma verilecek eğitimler ve danışmanlık hizmetleri, etkili bir doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum ve doğum sonu bakım hizmetleri ve bunları takiben kaliteli bir aile planlaması hizmeti ile, doğum yaşınının 20-29 yaş arasına çekilmesi, doğum aralığının 24 ayın üzerine çıkarılması ve bebek ölümlerini büyük oranda azaltılması mümkündür. Bu tür eğitim programları, adölesan gebelerin ilişkilendirme, öz güvenini artırma ve onların cinsel aktivitelerini ve gebelik oranını azalttığı görülmüştür (Davis, 1994).

- Adölesanlara üreme sağlığı eğitimi ve kliniği okuldan sağlanmalıdır. Gebeliği sürdürecektir adölesanlar prenatal bakım için bizzat doğum hemşiresi tarafından yönlendirilmelidir. Psiko-sosyal destek, annelik eğitimi ve prenatal inceleme ile hem adölesan hemde doğacak çocuğun sağlığına katkı sağlanmış olacaktır.

- Gebelikte beslenme ile ilgili kültürel özellikler öğrenilmeli, özellikle gebe kadının iki kişilik yemek yemesi gerekliliği, ya da fetusun beslenmesinin tümüyle anneden karşılandığı söylemlerine karşı duyarlı olunmalı ve bu konuda da eğitim bizzat

doğum hemşiresi tarafından verilmelidir. Bu konuda risk faktörü adölesan grubu ele alınmalıdır (Taşkın, 2000(b)). Beslenme konusunda kalsiyum, demir ihtiyacına, meyve sebze tüketimine, protein olarak her gün belli miktarda beyaz et, yumurta ve süt gibi gıdaların mutlaka alınması gerektiği anlatılmalıdır.

- Doğum hemşiresinin doğum öncesi ve sonrası bakım, eğitim, danışmanlık sorumluluğun yanı sıra, bireyin kaygı düzeyinde yaşadığı problemleri çözmesinde yardımcı olma sorumluluğunu yerine getirmelidir.

- Doğum hemşiresi özellikle ileri yaş gebeliklerinde sezaryan ve normal doğum olayını anlatmalı ve her iki durumun komplikasyonlarına değinmelidir.

- Doğum hemşiresi postterm eylem ve epizyotominin ne olduğu konusunda bilgi vermeli, gebelerde bu durumlardan birinin olması halinde nasıl davranmaları gerektiği konusunda bilgi vermelidir.

- Çalışma sonucunda yaş grupları ile sigara içme arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Bu nedenle prenatal takipleri boyunca özellikle adölesan dönemi gebelere sigaranın zararları ve gebeliğe olumsuz etkileri, doğum hemşiresi tarafından eğitimi yapılması gerekir.

- Gebelik döneminde kadının bilgilendirilmesi, açıklamalarla yönlendirilmesi yararlı olacağı düşünülmektedir. Eş desteği kuşkusuz önemlidir. Özellikle ruhsal tepki ve kaygılar şiddetlendiğinde veya gebeliği komplike hale getirdiğinde, bir psikiyatriste yönlendirilmesi ve tıbbi yardım alması konusunda ikna edilmesi gerekir.

- Gebe kadının, gebelik ve doğum konusunda bilgilendirilmesi, eşin kadının yanında doğuma katılımı, gevşeme egzersizleri ile doğumun kolaylaştırılması gibi uygulamalara gebe kadının korku ve kaygısının endişeli bekleyişin azaltılması, kendi durumu üzerinde denetimi sağlayabileceği duygusunun gelişmesi açısından yararlı olacaktır.

- İleri yaş grubu gebelerden özellikle risk altında olanların mutlaka genetik danışma merkezlerine yönlendirilmesi ve düzenli gebelik kontrollerinin sağlanması doğum hemşiresinin önemli görevlerinden biri olmalıdır.

• Özellikle gruplar açısından istatistiksel anlamlılık saptanan yorgunluk, sık idrara çıkma ve solunum sıkıntısı rahatsızlıklarına yönelik öneriler yine doğum hemşiresi tarafından verilmelidir. Bunlar:

Yorgunluk önerileri:

- Kadın dinlenmek için her fırsatı değerlendirmeli.
- Günlük uyku ve dinlenme zamanlarını ayarlamalı ,
- Erken yatmalı,
- Sorumlulukları aile üyeleri ile paylaşmalı

Sık idrara çıkma önerileri:

- İdrar kaçırma ve üriner enfeksiyon. riskine karşılık mesanenin sık sık boşaltılması gerekir (uyanıkken her iki saatte bir),
- İdrar kaçırma şikayeti varsa gün boyunca emici petler tavsiye edilmeli
- Kegel egzersizleri, internal organların desteklenmesi iyi bir perineal tonüsün sürdürülmesi amacıyla tavsiye edilmeli (Terziolu, 2000;Saunders, 2000).
- Günlük sıvı alınımları artırma, sadece gece sık idrara çıkmayı engellemek için akşamları sıvı alımı kısıtlanmalı (Saunders, 2000).

Solunum sıkıntısı önerileri:

- Gün boyunca sandalyede otururken esneme hareketleri yapmalı
- Ayağa kalktığı anda uygun bir postür kullanılmalı (Terzioğlu,2000)
- Sıkıntı geceleri artıyorsa yatarken başının ve omuzların altına birkaç yastık koyarak desteklenmesi önerilmelidir. (Terzioğlu,2000; Karanisoğlu, 1992).

KAYNAKLAR

- ALLARD-HENDREN, (2000). Alkol use and adolescent pregnancy. *Am. J. Matern Child Nurs.* 25(3): 159-62.
- ALPAY, M. (1996). Doğum ve kadın hastalıklarında psikolojinin yeri. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ed: Kişnişçi, H.A., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürkan, T. ve Önderoğlu, L. S..İstanbul: Öncü Ltd. s.: 840- 848.
- ASENA, U. (1996) Doğum komplikasyonları. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ed: Kişnişçi, H.A., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürkan, T. ve Önderoğlu, L. S..İstanbul: Öncü Ltd. s.:443-462.
- BARTON, J.R., STANZIANO, G. J., JACQUES, D.L., BERGAUER, N. K., SİBAİ, B.M. (1995). Monitored outpatient mamagement of mild gestational hypertension remote from term in teenage pregnancies. *American Journal Of Obstetrics and Gynecology.* 173(6); 1865-8.
- BENGİSU, E., BAYSAL, B. (2002). Adölesan gebelikler, *Pediatrici*, 3. Baskı, Tayf Ofset Baskı, s:1524-25.
- BERENSON, A. B., WIEMANN, C. M., ROWE, T.F., RİCKERT, İ. V.(1997). İnadequate weight gain among pregnant adolescents: risk factors and relationship to infant birth weight. *American Journal Of Obstetrics and Gynecology.* 176(6); 1220-7.
- BOTTOMS, S.F., Çev: GÜNER, H., ÖZPOLAT, E.(1998) Sigara içimi. *Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri*. Ed: Güner, H., Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd., s: 22-25.

- BURROUGHS, A., LEIFER, G. (2001). Adolescent development. *Maternity Nursing*. Eight edition, WB. Saunders Company yayınları. S: 340-349.
- BÜKÜLMEZ, O., DURUKAN, T. (1996). Gestasyonel diabet. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ed: Kişnişçi, H.A., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürkan, T. ve Önderoğlu, L. S..İstanbul: Öncü Ltd. s.: 378- 383.
- CENGİZ, C., KİMYA, Y. (1996). Maternal Fizyoloji. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ed: Kişnişçi, H.A., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürkan, T. ve Önderoğlu, L. S..İstanbul: Öncü Ltd. s.: 239-251.
- CİMETE, G. (2002). Adölesanlarda madde kullanımı. *Hemşirelik Forumu Dergisi*.5(1), s:12-19.
- CONNOR, M., FERGUSON-SMİTH, M. (1997) Chromosomal disorders.İn: *Essential Medical Genetics*, Australia, Blackwell Science Pty Ltd. p: 116-120.
- COŞKUN, A. (1984) Adölesan dönemi gebeliklerinde fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin incelenmesi ve bu gebeliklere sosyoekonomik kültürel faktörlerin etkinliği, *Doktora Tezi*.
- COUSTAN, D. R., Çev: ÖZŞENER, S. (1998).Gestasyonel diyabet. *Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri*. Ed: Güner, H., Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd., s: 249-252.
- DAVAS, İ. (2000) 3. Trimester kanamaları. *Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 2(4):21-26.
- DAVİS, A. J.(1994). The rol of hormonal contraception in adolescents. *American Journal Of Obstetrics and Gynecology* .170 (5);2.
- DEMİR, N. (1999). Gebelik ve Diabet olgularında tanı ve yönetim. *Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 2(2):49-59.

- ECKER, L.,E., CHEN, K.T., COHEN, A. P.,RILEY, L.E., LIEBERMAN, E.S. (2001) İncresed risk of cesarean delivery with advancing maternal age: İndications and associated factors in nulliparous women. *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*. 185(4), 883-7.
- EREZ, S. (1996). Operatif doğum. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ed: Kışnişçi, H.A., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürgan, T. ve Önderoğlu, L. S..İstanbul: Öncü Ltd. s.: 463-470.
- ERGENELİ, M. H., DURUKAN, T. (1996). Riskli gebe izlemi ve doğumu. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ed: Kışnişçi, H.A., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürgan, T. ve Önderoğlu, L. S..İstanbul: Öncü Ltd. s.: 320-321.
- ERSOY, İ. (2000)a. Gebelikte Maternal Fizyoloji. *Kadın-Doğum, Ortadoğu Reklam ve Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.* s:65-69.
- ERSOY, İ. (2000)b. Sezaryan. *Kadın-Doğum, Ortadoğu Reklam ve Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.* s:208-210.
- ERSOY, İ. (2000)c. Forseps Uygulanımı. *Kadın-Doğum, Ortadoğu Reklam ve Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.* s:203.
- ERSOY, İ. (2000)d. Vakum Ekstraksiyonu. *Kadın-Doğum, Ortadoğu Reklam ve Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.* s:204.
- ERSOY, İ. (2000)e. Normal pubertal gelişim. *Kadın-Doğum, Ortadoğu Reklam ve Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.* s:28-30.
- FLANAGAN, P.J., McGRATH, M.,M., MEYER, E.C., GARCİA, C.,T. (1995). Adolescent development and transitions to motherhood. *Pediatrics*, 96 (2): 273-7.
- GHİDİNİ, A., ROMERO, R. Çev: ÖNDEROĞLU, L. S., DEMİROL, A. Çev: ÖNDEROĞLU, L.S., DEMİROL, A. (1998). Eylem öncesi membranların rüptürü . *Yüksek Riskli*

Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri. Ed: Güner, H., Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd., s: 547-556.

GILBERT, W. M., NESBITT, T.S., DANIELSEN, B. (1999) Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24032 cases. *Obstet Gynecol.* 93 (1); 9-14.

GÖKÇE, Ö. (2000). Adölesan Gebelikler, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi.* 9(4).

GÖKŞİN, E. (1996). Normal gebelik ve Prenatal Bakım. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ed: Kişnişçi, H.A., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürkan, T. ve Önderoğlu, L. S..İstanbul: Öncü Ltd. s.: 252-257.

HADDOW J.E. ÇEV: TIRAŞ, B. (1998) Down sendromu için prenatal tanı yöntemleri.. *Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri*. Ed: Güner, H., Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd., s: 68-74.

HALL, R. T. (2000). Prevention of premature birth: do pediatricians have a role? *Pediatrics.* 105 (5); 1137-40.

HOFFERTH, S.L., REID, L. (2002). Early childbearing and children's achievement and behavior over time. *Perspect Sex. Reprod Health.* 34(1); 41-49.

HURLBUT, N.L., CULP, A.M., JAMBUNATHAN, S., BUTLER, P.(1997). Adolescent mothers' self-esteem and role identity and their relationship to parenting skills knowledge. 32 (127): 639-54.

İAMS, J.D., Çev: YARALI, H. (1998). Tokoliz . *Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri*. Ed: Güner, H., Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd., s: 539-546.

İTİL, İ. M., ÖZSARAN, A. A., KAZANDI, M., TEREK, M. C., AŞKAR, N. (2000). 40 yaş üstü gebeliklerin değerlendirilmesi. *T. Klin. Jineköl. Obst.* 10; 21-24.

- JÍMENEZ, M.A., MARTÍN, A. R., GARCÍA, J. R. (2000). Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. *Eur. J. Epidemiol.* 16(6): 527-32.
- KAPLAN, D. W., FEINSTEIN, R.A., FISHER, M. M., KLEIN, J. D. (2001). Care of adolescent parents and their children. *American Academy of Pediatrics.* 107(2); 429-434.
- KARANISOĞLU, H. (1992). Gebelik ve Hemşirelik. *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*, Ed: Seçim, H. Eskişehir: Etam A.Ş. s: 150-166.
- KOSHAR, J.H., LEE, K. A., GOSS, G., HEILEMANN, M. S., STINSON, J. (1998). The hispanic teen mother's origin of birth, use of prenatal care, and maternal and neonatal complication. *Journal of Pediatric Nursing*, 13(3), pp:151-157.
- KOZİNSZKY, Z., ORVOS, H., ZOBOKI, T., KATONA, M., WAYDA, K., PAL, A., KOVACS, L. (2002). Risk factors for cesarean section of primiparous women aged over 35 years. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 81(4); 313-6.
- LEAVITT, S. (1999) *Sexual aktivite*. *American Academy of Pediatric*, 103(2); 516-520.
- LOWDERMILK, D. L. (2000) *Anatomy and Physiology of Pregnancy*. In: *Maternity and Women's Health Care*, Ed: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Bobak, İ.M., California, 7 th Edition, p.: 333-352.
- MACKEY, M. C., TILLER, C.M. (1998). Adolescents' description and management of pregnancy and preterm labor. *JOGNN.* 27(4); 410- 418.
- MADAZLI, R.(1999). Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyonun klinik takip ve tedavisi. *Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 2(2); 41-46.
- MESCHKE, L. L. (1998). Adolescent pregnancy. *Human Development and Family Life Bulletin.*3 (4).

- MEYDANLI, M.M., ÇALIŞKAN, E., ECEMİŞ, T., KAYA, S., DÖLEN, İ., HABERAL, A. (1999). Adölesan gebeliklerde obstetrik sonuçların değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 7(2); vol:7.
- WILLIAMS, C., VINES, S.W. (1999). Personal stories of high- risk adolescent mothers. *Journal Of The Society Of Pediatric Nursing*, 4(1). Pp:15.
- NEYZİ, O., ERTUĞRUL, T. (2002). Adölesan döneminde uyum ve davranış bozuklukları, *Pediatrici*, 3. Baskı, Tayf Ofset Baskı, s:1424-27.
- ÖZKAN, S. (2000). Hamilelik, doğum ve ruh sağlığı, *Psikiatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, Nobel Basım LTD, s:203-210
- PASSINO, A.W., WHITMAN, T.L., BORKOWSKI, J.G., SCHELLENBACH, C.J., MAXWELL, S.E., KEOGH, D., RELLINGER, E. (1993). Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. *Adolescence*. 28(109): 97-122.
- PIOTROWSKI, K.A. (2000). Labor and birth complications. İn: *Maternity and Women's Health Care*, Ed: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Bobak, İ.M., California, 7 th Edition, p.: 981-1020.
- RICHARDSON. K.K.(1999) Adolescent pregnancy and substance use. *JOGNN*. 28(6); 623-626.
- ROSENSTEIN, D.S., HOROWITZ, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 64(2): 244-53.
- SATIN A. J., LEVENO, K. J., SHERMAN, M.L., REEDY, N. J., LOWE T. W., MCINTIRE D.D. (1994). Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*. 171 (1): 184-7.

- SAUNDERS, R.B. (2000) Nursing care during pregnancy. İn: *Maternity and Women's Health Care*, Ed: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Bobak, İ.M., California, 7 th Edition, p.: 380-420.
- SCHOLZ, H.S., HAAS, J., PETRU, E. (1999). Do primiparas aged 40 years or older carry an increased obstetric risk? *Prev Med.* 29 (4); 263-266.
- SCIALLI, A. R. ,Çev: CENGİZ, B. (1998). Bulantı ve kusma. *Yüksek Riskli Gebeliklerde Tam ve Tedavi Protokolleri*. Ed: Güner, H., Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd., s: 452-456.
- SERTBAŞ, G. (1998) Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk – sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Hemşire Dergisi*, 48 (6): 16-19.
- SEZGİN, B., AKIN, A. (1998). Adölesan dönemi üreme sağlığı. *Toplum ve Sağlık Dergisi*, 8(3): 27-32.
- SOKOL, R. J., MARTIER, S. ÇEV: GÜNER, H., ÖZPOLAT, E. (1998) Alkol. *Yüksek Riskli Gebeliklerde Tam ve Tedavi Protokolleri*. Ed: Güner, H., Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd., s: 3-8.
- STEVENS- SİMON, C., BEACH, R. K., MCGREGOR, J.A. (2002). Does incomplete growth and development predispose teenagers to preterm delivery? A template for research. *J. Perinatol.* 22(4); 315-23.
- ŞAHMAY, S. (1996) Pediatrik ve Adölesan Jinekoloji. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ed: Kişnişçi, H.A., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürkan, T. ve Önderoğlu, L. S..İstanbul: Öncü Ltd. s.: 823-839.
- TAŞKIN, L. (2000)a. Gebeliğin Fizyolojisi. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 4. Baskı, Ankara, s: 67-81.
- TAŞKIN, L. (2000)b.Beslenme alışkanlığını etkileyen faktörler. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 4. Baskı, Ankara, s:129-130.

- TAŞKIN, L. (2000) c. .Sezaryan.. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 4. Baskı, Ankara, s:294.
- TAŞKIN, L. (2000) d. Epizyotomi.. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 4. Baskı, Ankara, s:292.
- TAŞKIN, L. (2000) e.Pre-term eylem.. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 4. Baskı, Ankara, s:295-297.
- TAŞKIN, L. (2000)f..Post-term eylem.. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 4. Baskı, Ankara, s:297-298.
- TAŞKIN, L. (2000)g..Erken membran rüptürü. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 4. Baskı, Ankara, s:299
- TAŞKIN, L. (2000)h. Annenin psikolojisi ile ilgili distosi. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 4. Baskı, Ankara, s:281-282.
- TRAD, P.,V. (1993). Substance abuse in adolescent mothers: Strategies for diagnosis, treatment and prevention. *J. Subst. Abuse Treat.* 10(5): 421-31.
- TREFFERS, P. E., OLUKOYA, A. A., FERGUSON, B. J., LİLJESTRAND, J.(2001). Care for adolescent pregnancy and childbirth. *İnt. J. Gynaecol Obstet.* 75(2); 111-21.
- USTA, İ. M., SİBAİ, B. M., ÇEV: EREL, C. T. (1998). Preeklamsi. *Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri*. Ed: Güner, H., Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd., s: 505-516.
- WEİSS, G., GOLDSMİTH, L.T. (1997) Püberte ve pediatrik dönem ile ergenlik jinekolojisi. İn: *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji*, Ed: Scott, J. R., Disaia, P.J., Hammond, C.B., Spellacy, W. N.,Erez, S., İstanbul, 7 .baskı, s.:611-619.
- WIEMANN, C.M., DUBOİS, J.C., BERENSON, A.,B. (1998). Racial/ ethnic in the decision to breastfeed among adolescent mothers. *Pediatrics* 101(6): E11.

ZEİTLİN, J. A., ANCEL, P. Y., CUBİZOLLES, M. J. S., PAPIERNİK, E. (2001) Are risk factors the same for small for gestational age versus other preterm births? *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*. 185: 208-15.

ZİADEH, S., YAHAYA, A. (2001). Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch. Gynecol. Obstet.* 265 (1); 30-33.

ZLATNİK, F. J.(1997) Normal ve anormal puerperium. İn: *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji*, Ed: Scott, J. R., Disaia, P.J., Hammond, C.B., Spellacy, W. N.,Erez, S., İstanbul, 7 .baskı, s.: 163-168.

.....(2002). Ana ve çocuk ölümlerini önleme projesi, *T.C.Sağlık Bakanlığı, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı*.

.....(1995). Meeting the needs of young adult. *Population Reports*. 41(3); pp: 9.

EK 1. Anket formu

GEBELİK YAŞININ FİZYOLOJİK, PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERE, KOMPLİKASYONLARA VE DOĞUMA YÖNELİK ETKİLERİNİN BELİRLENMESİ Grup: 1 2 3

ANKET SORULARI:

1. Yaşınız:.....
2. Medeni durumu: 1- Evli 2- Resmi Nikahı Yok (Birlikte yaşıyor)
3. Eğitim düzeyi: 1. Okur- yazar değil 2-Okur-Yazar 3-İlk Okul
4-Orta okul 5-Lise 6-Yüksekokul-fakülte
4. Çalışma durumu: 1-Ev Hanımı 2-İşçi 3-Memur 4- Emekli
5-Diğer..
5. Gebelik öncesi kilonuz:
6. Şu anki kilonuz
7. Gebelik haftanız:
8. Aile yapınız: 1-Çekirdek Aile 2- Geniş Aile
9. Şimdiye dek bu gebeliğiniz dahil kaç kez gebe kaldınız?.....
10. Şimdiye dek doğumlarınızın kaçını canlı doğumlarla sonuçlandı?.....
11. Bu gebeliğinizden önce düşük yapma sayınız:.....
12. Önceki gebeliklerinizde gebeliğe bağlı sorun yaşadınız mı? 1. Evet 2. Hayır
13. Cevabınız evet ise hangi sorunu?.....
14. Gebeliğiniz boyunca özel bir beslenme programı uyguladınız mı?
1.Evet 2. Hayır
15. Size bir doktor, hemşire veya ebe tarafından gebeliğiniz boyunca takip yapıldı mı (Tıbbi anlamda takip)?
1. Evet 2. Hayır
16. Cevabınız evet ise gebeliğiniz boyunca kaç kez doğum öncesi bakım (izlem) aldınız?.....
17. Bu gebeliğiniz, planlanmış (istenen) bir gebelik mi? 1. Evet 2. Hayır
18. Anneliğe hazır olduğunuzu düşünüyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
19. Hayırsa neden?
20. Gebeliğinizde size psikolojik açıdan destek olan var mı? 1. Evet 2. Hayır
21. Evet ise kimler? 1. Annem 2.Kayınvalidem 3-Kızkardeşim-Ablam
4. Eşim 5. Arkadaşlarım 6. Diğer.....
22. Gebeliğinizde size fiziksel açıdan (ev işlerinde vb.) destek olan var mı?
1.Evet 2. Hayır
23. Evet ise kimler? 1. Annem 2.Kayınvalidem 3-Kızkardeşim-Ablam
4. Eşim 5. Arkadaşlarım 6. Diğer.....
24. Gebelik öncesi sigara içiyor muydunuz? 1. Evet 2. Hayır
25. Gebelik sırasında sigara içtiniz mi? 1. Evet 2. Hayır
26. Gebelik öncesinde alkol kullanıyor muydunuz? 1. Evet 2. Hayır
27. Gebeliğinizde ilaç kullandınız mı? 1. Evet 2. Hayır
28. Uyuşturucu kullanıyor muydunuz? 1. Evet 2. Hayır
29. Doğumun gerçekleşme şekli: 1. Normal Doğum 2- Sezaryanlı doğum

30. Sezaryanlı doğum ise endikasyon durumu:

• **FİZYOLOJİK DEĞİŞİMLERE BAĞLI SIK GELİŞEN RAHATSIZLIKLAR**

o	Fizyolojik değişikliklere ilişkin sorunlar	1.Evet, var (Trimestr)			4. Hayır, yok.
31.	Bulantı	I.	II.	III.	
32.	Kusma	I.	II.	III.	
33.	Burun tıkanıklığı	I.	II.	III.	
34.	Burun kanaması	I.	II.	III.	
35.	Yorgunluk	I.	II.	III.	
36.	Sık İdrara Çıkma	I.	II.	III.	
37.	Göğüslerde hassasiyet	I.	II.	III.	
38.	Mide yanması	I.	II.	III.	
39.	Konstipasyon	I.	II.	III.	
40.	Kas krampları	I.	II.	III.	
41.	Varikoz venler	I.	II.	III.	
42.	Solunum sıkıntısı/ Nefes darlığı	I.	II.	III.	
43.	Ayaklarda Ödem	I.	II.	III.	
44.	Üriner sis. enf.	I.	II.	III.	
45.	Genital sis. enf.				
46.	Sırt ağrısı	I.	II.	III.	
47.	Baş Ağrısı	I.	II.	III.	
48.	Hemoroid	I.	II.	III.	
49.	Pityalizm	I.	II.	III.	
50.	CTS Sendromu	I.	II.	III.	

• **GEBELİĞE İLİŞKİN KOMPLİKASYONLAR:**

No	Komplikasyonlar:	1.Evet, var	2.Hayır, yok
51.	Düşük tehdidi:	Zamanı:	
52.	Pre-eklamsi (eklamsi)		
53.	Gestasyonel diabet		
54.	Gebeliğin fizyolojik anemisi (10 gr'm altında)		
55.	Diğer		

• **DOĞUMA İLİŞKİN OLUMSUZLUKLAR**

No	Komplikasyonlar:	1.Evet, var	2.Hayır, yok
56.	Plasenta previa		
57.	Ablasyo plasenta		
58.	Kort Prolapsus		
59.	EMR		
60.	Preterm eylem		
61.	Post-term eylem		
62.	Forceps, vakum uygulama		
63.	Epizyotomi		
64.	Baş- pelviz uyumsuzluğu		
65.	Diğer		

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ –I

YÖNERGE: Aşağıdaki kişilerin kendine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki seçeneklerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcanmaksızın genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
1-Keyfim yerindedir.	1	2	3	4
2-Çabuk yorulurum.	1	2	3	4
3-Olur olmaz hallerde ağlayacak gibi olurum.	1	2	3	4
4-Diğerleri kadar mutlu olmayı isterim.	1	2	3	4
5-Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	1	2	3	4
6-Kendimi zinde hissederim.	1	2	3	4
7-Sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım.	1	2	3	4
8-Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	1	2	3	4
9-Gerçekte çok önemli olmayan şeyler için endişelenebilirim.	1	2	3	4
10-Mutluyum.	1	2	3	4
11-Her şeyi kötü tarafından alırım.	1	2	3	4
12-Kendime güvenim yok.	1	2	3	4
13-Kendimi emniyette hissederim.	1	2	3	4
14-Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçınırım.	1	2	3	4
15-Kendimi hüznü (kederli) hissederim.	1	2	3	4
16-Hayatımdan memnunuzum.	1	2	3	4
17-Aklımdan bazı önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder.	1	2	3	4
18-Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki.	1	2	3	4
19-Tutarlı bir insanım.	1	2	3	4
20-Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim.	1	2	3	4

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ-II

YÖNERGE: Aşağıdaki kişilerin kendine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki seçeneklerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcanmaksızın genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

ŞU ANDA	HAYIR	BİRAZ	OLDUKÇA	TAMAMIYLA
1-Kendimi sakin hissediyorum.	1	2	3	4
2-Kendimi emniyette hissediyorum.	1	2	3	4
3-Huzursuzum.	1	2	3	4
4-Pişmanlık duygusu içindeyim.	1	2	3	4
5-Kendimi rahatsız hissediyorum.	1	2	3	4
6-İçimde bir sıkıntı hissediyorum.	1	2	3	4
7-İlerde olabilecek kötü olayları düşünerek üzülüyorum.	1	2	3	4
8-Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	1	2	3	4
9-Kendimi kaygılı hissediyorum.	1	2	3	4
10-Kendimi rahatlık içinde hissediyorum.	1	2	3	4
11-Kendime güvenim olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4
12-kendimi sınırlı hissediyorum.	1	2	3	4
13-İçimde bir huzursuzluk var.	1	2	3	4
14-Çok gergin olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4
15-Sukunet içindeyim.	1	2	3	4
16-Halimden memnunum.	1	2	3	4
17-Endişe içindeyim.	1	2	3	4
18-Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum.	1	2	3	4
19-Kendimi neşeli hissediyorum.	1	2	3	4
20-Keyfim yerinde.	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

20.04.1971 Almanya-Offenbach'ta doğmuştur. İlk öğrenimini Almanya'da bitirdikten sonra orta öğrenimini Erdek'te tamamlayıp, 1987 yılında Çanakkale Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik bölümüne girmiştir. Buradan dört yıl sonra mezun olmuştur. 1991 –1995 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda yüksek hemşirelik öğrenimini tamamlamış ve mezun olduğu yıl (1995) İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü' nün açmış olduğu Yüksek Lisans Programını kazanmıştır. 1995-1998 yılları arasında Adli Tıp Enstitüsü Yüksek Lisans Programını bitirmiştir. Yüksek öğrenimi sırasında (1991-1998) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Alkol ve Madde Bağımlıları Tedavi Eğitim Merkezi'nde (AMATEM servisi) servis hemşiresi olarak görev almıştır. 1998 yılında Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu'nun açmış olduğu asistanlık sınavını kazanmış ve Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak görevlendirilmiştir. Ruh Sağlığı ve Kişilerarası İlişkiler Derslerini yürütmüştür. 2000 yılında açılan Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programını kazanmıştır. Ders aşamasını tamamladıktan sonra Doğum ve Kadın Sağlığı ile ilgili dersleri yürütmeye başlamıştır. Aynı zamanda Ebelik Bölümü'nde Ebelik Bölüm Başkan Yardımcılığı görevini sürdürmüştür. Evli ve bir çocuk annesidir.

BELGİN BABADAĞLI



**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU**

Tarih: 19 Mart 2003
Sayı: AEK-387/16
Proje no: 110

ETİK KURUL KARARI

Sorumlu araştırmacı Belgin DURGUN,

19.03.2003 tarihli Araştırma Etik Kurul toplantısında "Gebelik Yaşının Fizyolojik, Psikolojik Değişikliklere, Komplikasyonlara, Doğuma ve Yenidoğana Yönelik Etkilerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmanız incelenmiştir. Etik ilkelere ve KOÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun planlanmış, yürütülmüş ve tamamlanmış olduğundan çalışmanızın **etiğe uygunluk onayı** almaya hak kazandığına karar verilmiştir.

İnsanın yararının ve esenliğinin, bilimin yararından üstün tutulması dileğiyle, başarılar.

Araştırma Etik Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Nejat Gacar

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU
19.03.2003