

Gebelikte Görülen Rahatsızlıklarda Kanıt Temelli Uygulamalar

Evidence-Based Practices For Disorders During Pregnancy

Eda KAYA¹, Büşra YILMAZ²

ÖZ

Gebelik sürecinde birçok fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişim yaşanmaktadır. Gebelerin bu dönemde yaşadığı değişimler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kanıt temelli uygulamalar; bilimsel kanıtlar, bireysel ve profesyonel deneyimleri birleştirerek klinikte hasta sonuçlarını, bakım kalitesini ve tutarlılığını iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Bu derleme gebelikte görülen rahatsızlıklarda semptom yönetiminde kullanılan kanıt temelli uygulamaların incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Gebelikte oluşan rahatsızlıkların tedavisi için kanıta dayalı kaliteli veriler şunlardır: Bulantı-kusma için B6 vitamini, antihistaminler, fenotiazinler, kortikosteroidler, prenatal vitaminler, zencefil ve akupressür; idrar yolu enfeksiyonu için kızılçık suyu ve akupunktur; anksiyete ve depresyon için psikoterapi ve farmakolojik tedavidir. Anemiye yönelik demir takviyesi, konstipasyonu gidermek amacıyla lif tüketimi, bel ağrısı, pelvik ağrı, yorgunluk ve rinitte yönelik düzenli egzersiz önerilmekle birlikte daha düşük kanıt düzeyi bildirilmektedir. Sonuç olarak hemşirelerin gebelikte oluşan değişiklikleri açıklayabilmesi, semptom yönetimine yönelik bakımı planlama, bakımı güncel rehberler doğrultusunda gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bu bağlamda gebelikte görülen rahatsızlıklara yönelik olarak kanıt temelli araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Rahatsızlık, Kanıta Dayalı Uygulamalar, Hemşirelik

GİRİŞ

Kadın hayatında deneyimlediği en doğal dönemlerden olan gebelik sürecinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşanmaktadır (1). Gebe kadınların bu dönemde yaşadığı değişimler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (1). Gebelik döneminde bakımı planlamak ve bakım uygulamalarını güncel rehberler doğrultusunda kapsamlı bir

1-Araştırma Görevlisi, İstanbul Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı,

E-posta: eda.yuzuguler@hotmail.com ORCID: 0009-0008-3196-2575

2-Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,

E-posta: busra.yilmaz@iuc.edu.tr ORCID: 0000-0001-6937-5351

Gönderim Tarihi:27.01.2025 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

ABSTRACT

During pregnancy, numerous physiological, psychological, and social changes occur, which can negatively impact the quality of life of pregnant individuals. Evidence-based practices aim to improve clinical outcomes, the quality of care, and consistency in practice by integrating scientific evidence with both individual and professional experiences. This review examines evidence-based practices used in the management of pregnancy-related symptoms. High-quality evidence-based data for the treatment of pregnancy-related conditions include the following: vitamin B6, antihistamines, phenothiazines, corticosteroids, prenatal vitamins, ginger, and acupressure for nausea and vomiting; cranberry juice and acupuncture for urinary tract infections; and psychotherapy and pharmacological treatment for anxiety and depression. Iron supplementation is recommended for anemia, fiber intake for constipation, and regular exercise for lower back pain, pelvic pain, fatigue, and rhinitis, although the level of evidence for these interventions is lower. In conclusion, nurses must be able to explain the physiological changes that occur during pregnancy, plan symptom management strategies, and implement care based on current guidelines. In this context, further evidence-based research is needed to improve the management of pregnancy-related conditions.

Keywords: Pregnancy, Discomfort, Evidence-Based Practices, Nursing

şekilde gerçekleştirmek için gebelikte oluşması beklenen fizyolojik ve psikolojik değişimlerin bilinmesi gereklidir (1). Tablo 1'de gebelikte gözlenen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler belirtilmiştir. Gebelikte en sık gözlenen rahatsızlıklar ise; bulantı ve kusma, anemi, konstipasyon, bel ağrısı ve pelvik ağrı, baş ağrısı, uyku problemleri, yorgunluk, gebelik riniti, idrar yolu enfeksiyonu, meme hassasiyeti, vajinal akıntı, mide ekşimesi ve reflü, ödem, anksiyete ve depresyon olarak sıralanabilir (2-4).

Kanıt temelli uygulamalar, bilimsel kanıt, profesyonel deneyim ve hastaların deneyimleri dahil olmak üzere bilginin farklı yönlerinden

yararlanmayı içermektedir. (5). Bilimsel kanıtlar, literatür incelemelerini, Cochrane Kütüphanesi ve Joanna Briggs Enstitüsü gibi çevrimiçi kaynakları ve bilgi sentezine dayalı klinik uygulama kılavuzlarını kapsamaktadır. Bilimsel çalışmalar doğrultusunda elde edilen kanıtlar klinikte kullanılabilir bir biçime dönüştürülmekte ve hasta sonuçlarının, bakım kalitesinin ve tutarlılığının iyileştirilmesini sağlamaktadır (6). Hemşireler araştırmacı rolleri kapsamında alana ilişkin bilimsel bilgi düzeylerini arttırmaya yönelik araştırmalar yaparak bakım uygulamalarının daha etkili ve verimli sunulmasını sağlayabilir ayrıca hemşirelik mesleğinin ilerlemesi ve gelişmesine katkıda bulunabilirler (7).

Bu derleme gebelikte görülen rahatsızlıklarda semptomların yönetiminde kullanılan kanıt temelli uygulamaların incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Konuya ilişkin literatür taraması yapıldığında benzer bir çalışmanın yayımlandığı fakat çalışmanın güncelliğinin yitirildiği gözlemlenmiştir (2). Çalışmamızda güncellenmiş literatür taraması ile son yıllarda yapılan randomize kontrollü çalışmalar, meta-analizler ve klinik rehberler ışığında konu yeniden ele alınmıştır. Derlemenin hazırlık sürecinde ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists), RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), World Health Organization (WHO), T.C Sağlık Bakanlığı gibi ulusal ve uluslararası güncel klinik rehberler değerlendirilmiştir. Yapılan araştırma sonucu elde edilen kanıt düzeyleri ve öneri dereceleri Tablo 2 kullanılarak hazırlanmış olup semptom yönetiminde kullanılan kanıt temelli uygulamalar Tablo 3'te sunulmuştur.

1. Gebelikte Görülen Rahatsızlıklar

1.1 Bulantı ve Kusma

Gebelikte mide bulantısı ve kusma, gebe ve fetus sağlığını etkileyen yaygın bir durumdur. Çoğunlukla gebeliğin 4-9. haftasında ortaya çıkmakta, 7-12. haftada zirveye ulaşarak 16.

haftadan sonra giderek azalmaktadır. Gebelerin yaklaşık %15-30'unda yaşanan bulantı kusma, gebeliğin 20. haftasından sonra ya da bazı durumlarda doğuma dek sürebilmektedir (10,11).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yayımlanmış olduğu Antenatal Bakım Rehberi'nde gebeliğin erken dönemlerinde bulantı ve kusmayı hafifletmeye yönelik zencefil, B6 vitamini, papatya ve akupunktur önermektedir (12).

Yapılan bir sistematik derleme sonucunda zencefilin B vitamininden daha etkili olduğu ancak 35-500 mg zencefil dozunda, B6 vitamini ve zencefil aynı etkiye sahip olduğu görülmüştür. Fakat daha uzun bir tedavi süresinde (60 gün), B6 vitamininin zencefilden daha etkili olduğu kanıtlanmıştır (13,14). Yapılan bir başka sistematik derleme çalışmasında gebelikte ilişkili mide bulantısını önlemek ve tedavi etmek için kullanılan bitki türlerinin sırasıyla zencefil, papatya, nane ve nar olduğu bildirilmiştir (15). Ek olarak erken gebelik döneminde gebeler tarafından en sık tercih edilen tamamlayıcı ve alternatif tedavi biçimi olan akupunkturun gebeler üzerinde kullanıldığı bir sistematik derleme çalışmasında bulantı ve kusmayı önlemede etkili olduğu saptanmış olup PC6, ST36 ve CV12 noktalarına bası yapılması önerilmiştir (16).

1.2 Konstipasyon

Konstipasyon gebelikte gelişebilir veya şiddeti artabilir. Gebelikte konstipasyon yaygınlığının %11 ila %38 arasında olduğu bildirilmekte olup gebelikte yükselen progesteron seviyelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Düşük sıvı ve lif alımı da katkıda bulunan faktörlerdendir. Düşük sıvı alımı, özellikle üçüncü trimesterde, gebelikte konstipasyon ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca gebelikte alınan demir tuzları ve magnezyum sülfat gibi bazı ilaçlar da sebep olabilmektedir (17).

Gebelikte konstipasyonun giderilmesinde başlangıçta farmakolojik olmayan müdahaleler, sorun çözülemediği takdirde farmakolojik müdahaleler önerilmektedir. Farmakolojik müdahaleler; hacim arttırıcı laksatifler, ozmotik laksatifler, uyarıcı laksatifler, lavmanlar ve

Tablo 1. Gebelikte Gözlenen Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler

Sistem ve Yapılar	Fizyolojik Değişiklikler
Üreme Sistemi	Uterusun boyutu ve hacmi artar. Servikal glandlarda proliferasyon ve hiperaktivite görülür. Artan östrojen ve progesteron ovulasyonu sağlayan FSH ve LH hormonlarını baskıladığından gebelik boyunca ovulasyon gerçekleşmez. Vajinal hipertrofi ve hiperplazi nedeniyle vajinal mukozada kalınlaşma, gevşeme ve akıntı meydana gelir. Memelerde artan dolgunluk, hassasiyet, büyüme ve ağırlık artışı gibi değişiklikler ortaya çıkar.
Üriner Sistem	Büyüyen uterusun mesaneye baskı yapması ve progesteronun etkisiyle üretra ve sfinkter kaslarında gevşeme sonucunda sık idrara çıkma, gece idrara çıkma ve idrar kaçırma gibi yakınmalar meydana gelir. Bu durum üriner sistem enfeksiyonlarına zemin hazırlamaktadır.
Kardiyovasküler Sistem	Kalp atım hacmi, kalp hızı, kardiyak debi ve nabız basıncında artış meydana gelir. Kalp atım hızı ortalama 10-15 atım artarak kalp çarpıntısına neden olabilir. Gebeliğin 2. trimesterinde, kan basıncı yaklaşık 10-15 mmHg düşer fakat 26-28. gebelik haftaları itibariyle doğuma dek yükselir. Ayrıca alt ekstremitelerdeki kan akışının azalması, bacaklarda ve vulvada varikoz venlere yakınlığı arttırabilir.
Solunum Sistemi	Gebenin solunum ihtiyacı %30-%40 oranında artar, Östrojen, akciğer dokusunda hipertrofi ve hiperplaziye yol açarak solunum sistemi kapasitesini artırırken, progesteron hava yolu direncini düşürür. Bu değişiklikler oksijen tüketiminde ve vital kapasitede yaklaşık %15-%20 arasında bir artışa neden olur.
Sindirim Sistemi	Bulantı ve kusma, mide yanması, reflü, tükürük salgılamında artma ve tat koku hassasiyeti oluşabilir.
Boşaltım Sistemi	Kolonların kasılma aktivitesinde azalma sonucu konstipasyon meydana gelebilir. Konstipasyon ve büyüyen uterusun altta kalan damarlara baskı yapması sonucu hemoroid oluşabilir.
Kas-İskelet Sistemi	Uterusun büyümesi, kilo alımı ve vücudun denge merkezinin değişmesine bağlı olarak bel bölgesinde lomber lordoz meydana gelebilir. Ayrıca ekstremitelere giden kan akışının azalmasına bağlı olarak kas krampları yaşanabilir.
Psikolojik Değişiklikler	Gebelik, psikolojik, fizyolojik ve duygusal değişimlerin bir arada yaşandığı bir kriz dönemidir. Ambivalan duygularda artış nedeniyle gebeliğe uyum zorlaşabilir. Gebe stres, kaygı ve depresyona daha meyilli hale gelebilir.
(1,8,9)	

fitiller dahil olmak üzere çok çeşitli ilaç sınıflarından ilaçları içermektedir. Gebelikte konstipasyonun giderilmesine yönelik öncelikle lif alımının artırılması önerilmektedir. Ek olarak uyarıcı laksatiflerin, hacim arttırıcı laksatiflerden daha etkili olduğu ancak karın ağrısı ve ishal gibi yan etkiler nedeniyle kullanımlarının sınırlı olması gerektiği bildirilmektedir (17).

1.3 Bel Ağrısı ve Pelvik Ağrı

Kadınların %65'inden fazlası gebelikte bel ağrısı, yaklaşık %20'si ise pelvik ağrı yaşamaktadır.

Bu iki semptom çoğu zaman gebelik ilerledikçe kötüleşmekte olup bazı hastalarda doğum sonrası üç yıla kadar sürebilmekte ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (18).

DSÖ yayımlanmış olduğu antenatal bakım rehberine göre bel ağrısını ve pelvik ağrıyı önlemek amacıyla gebelik boyunca düzenli egzersiz önerilmektedir. Kadının tercihlerine ve mevcut seçeneklerine dayalı olarak fizyoterapi, destekleyici bel korseleri ve akupunktur gibi kullanılabilir bir dizi farklı tedavi seçenekleri de bulunmaktadır (19).

Gebelikle ilişkili bel ağrısının tedavisinde akupunktur kullanımına yönelik yapılan bir meta analiz çalışmasında akupunktur tedavisi sonrasında Vizüel Analog Skala (VAS) skorunun anlamlı şekilde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (20). Kinezyo bantlama uygulaması yapılan lumbo-pelvik ağrısı olan gebe kadınlar ile yürütülen 7 randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bir başka meta analiz çalışmasında 5-10 gün boyunca uygulanan kinezyo bantlamanın, düşük kanıt düzeyinde ağrı yoğunluğunda kısa süreli bir azalma sağladığı saptanmıştır (21).

1.4 Baş Ağrısı

Gebelik döneminde değişen reproduktif hormonların, trigeminovasküler sisteme olan etkisi baş ağrısı gelişiminin en önemli faktörüdür (22). Gebelik döneminde, artan kan volümü nedeni ile arterler üzerinde oluşan basınçla da kadınlarda baş ağrısı gözlenebilmektedir. Özellikle migren ve tansiyon hastası gebelerde, baş ağrısı daha sık gözlenmektedir. Bu durum, hormonal dalgalanmaların da azaldığı 2-3. trimesterde 1. trimestere göre daha az görülmektedir (22). Gebelikte yaşanan baş ağrısına yönelik olarak ACOG kılavuz yayımlamış olup yapılan öneriler Tablo 3'te yer almaktadır (23).

1.5 Uyku Problemleri

Gebelikte zaman içinde uyku parametrelerinde değişiklikler meydana gelmektedir (24). Gebelik ilerledikçe kadınlar gece boyunca daha az derin uykuya sahip olmakta ve daha sık uyanmaktadır. Gebelikte uyku bozukluklarının birinci trimesterden başlayarak üçüncü trimesterde en yüksek değerlerine ulaştığı bildirilmektedir (24). Uyku sorunları için bilişsel davranışçı terapi (BDT), Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (AASM) tarafından gebe olmayan popülasyonlarda önerilen kronik uykusuzluk için birinci basamak tedavidir (25). BDT ile ilişkili önemli maternal ve fetal risklerin olmaması, onu gebelikte de tercih edilen tedavi yöntemi haline getirmektedir. Farmakolojik tedavi ise, kabul edilebilir en düşük dozdan başlayarak ve yalnızca gerektiğinde kullanıldığında uygun görülmektedir. Ek olarak etkililik ve güvenlik açısından kanıt eksikliği

nedeniyle, kediotu, triptofan ve melatonin gibi uykusuzluk tedavisi olarak lanse edilen tedavi biçimlerinden kaçınılmasını önerilmektedir (26).

1.6 Yorgunluk

Yorgunluk gebelerde yaygın olarak görülmekle birlikte yaşam kalitesini etkileyebilecek içsel ve öznel, hoş olmayan, zihinsel veya fiziksel bir bitkinlik hissi olarak tanımlanmaktadır (27).

Yapılmış bir meta analiz çalışmasında gebelik ve doğum sonrası dönemde egzersizin yorgunluk üzerinde yararlı etkileri olabileceği fakat kanıt düzeyini iyileştirmek amacıyla daha büyük ölçekli ve yüksek kaliteli çalışmalara ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşılmıştır (28). Shoebeiri ve arkadaşlarının yapmış olduğu randomize kontrollü bir çalışmada ise refleksoloji uygulamasının gebe kadınlarda yorgunluğu önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur (29). Ek olarak gebelikte yorgunluğa yönelik kılavuzlarda herhangi bir öneri bulunmamakta olup kanıt temelli uygulamalara ihtiyaç bulunmaktadır.

1.7 Gebelik Riniti

Gebelik hormonlarının artışı, özellikle de östrojen miktarındaki artış nedeniyle nazal mukozanın olumsuz etkilenmesi sonucu burun tıkanıklığı yakınmaları ile seyreden tablo “gebelik riniti” olarak tanımlanmaktadır. Konjesyonla birlikte çoğu zaman burundan sulu veya viskoz berrak akıntı olmaktadır. Gebelik riniti en az 2 ay sürmekte ve genellikle gebeliğin sonuna doğru belirginleşerek gebelik sonrasında kaybolmaktadır (30).

Egzersizin burun tıkanıklığını azaltarak rinit semptomları olan hastalara yardımcı olduğu bilinmektedir. Randomize kontrollü bir çalışmada, sekiz hafta boyunca haftada üç kez 30 dakikalık aerobik egzersiz seanslarının ardından nazal inspiratuar akımın ve nazal kan akımının iyileştiği ve rinit semptomlarının azaldığı gözlenmiştir (31). Başka bir çalışmada sırtüstü pozisyonda uzun süreli yatışın hava akışını kötüleştirebileceğinden ötürü, 30-45 derecelik açıyla baş yukarı pozisyonda yatmak burundan hava geçişini ve yan yatış pozisyonunda ise

bağımlı olmayan burun deliğindeki burun hava akışını iyileştirebileceği bildirilmiştir (32).

1.8 İdrar Yolu Enfeksiyonu

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE), gebeliklerin yaklaşık %8'ini etkileyen daha yaygın perinatal komplikasyonlardan biridir. Bu enfeksiyonlar, asemptomatik bakteriüriden semptomatik akut sistit ve en ciddi olan piyelonefrite kadar bir spektrumunu temsil etmektedir. İYE varlığı, erken doğum oranlarının artması ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (33).

Gebelikte tekrarlayan İYE yönetimine yönelik yeterli kanıt bulunmamaktadır. Tekrarlayan akut bir enfeksiyon tedavisi sonrasında gebeliğin devamında antimikrobiyal ilaçlar ile İYE baskılanabilir, tercihen izole bakterinin duyarlı olduğu antibakteriyel bir ilacın daha düşük tek günlük dozu kullanılabilir (33). Nonfarmakolojik önlemlerin de antimikrobiyal kullanımını azaltmada önemli bir rolü vardır. Sistemik bir incelemede, kızılıklık suyu kullanımı, genital hijyen alışkanlıkları, bağışıklama, kanefron ve askorbik asit karşılaştırılmış ve hijyen önlemlerinin, İYE'lerin önlenmesinde etkisi olduğu gösterilen tek yaklaşım olduğu sonucuna ulaşılmıştır (34). Klinik rehberler ve kılavuzlar incelendiğinde İYE'ye ilişkin öneriler gebe olmayan kadınlarda yapılmış olup gebelere yönelik öneriler sınırlıdır.

1.9 Meme Hassasiyeti

Gebelikte memelerde doğum ve emzirmeye hazırlanmak için önemli değişiklikler meydana gelmektedir ve bu süreçte gebelerde meme hassasiyeti sıklıkla yaşanan bir sorundur. Meme dokusu, glandüler dokunun hipertrofisi ve vaskülarizasyonla birlikte artmaktadır (35). Meme dokusunda yaşanan fiziksel değişimler ile birlikte cilt daha ince görünür ve kan damarları daha belirgin hale gelmektedir. Ayrıca areola ve meme uçları koyulaşarak büyümekte ve dikleşmektedir. Yaşanan bu değişiklikler özellikle ilk trimesterde memelerde ağrı, karıncalanma, hassasiyet ve büyümeye sebep olmaktadır (35). Gebelerde sık yaşanan bir sorun olmasına rağmen klinik rehberler tarafından yayımlanmış herhangi

bir kılavuz ya da öneri bulunmamaktadır.

1.10 Vajinal Akıntı

Vajinal akıntı gebelikte sık görülen bir durum olmakla birlikte kaşıntı, ağrı, kötü koku veya idrar yaparken ağrı gibi belirtilerin eşlik etmesi durumunda araştırılması ve tedavi edilmesi gerekmektedir (36). Bu bağlamda sebebini belirlemek amacıyla semptomatik vajinal akıntısı olan gebelerden vajinal sürüntü örneği alınması düşünülmelidir. Ek olarak cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondan şüpheleniliyorsa, ilgili tarama testlerinin yapılması gerekmektedir (36).

1.11 Mide Ekşimesi ve Reflü

Gebelik öncesi reflü sorunu olmayan ve gebelikte ortaya çıkan reflü “gebelik reflüsü” olarak kabul edilmektedir. Gebelerde reflünün kesin mekanizması tartışmalı olmakla birlikte, seks hormonlarının artışından dolayı düşük özefagus sfinkter basıncındaki azalma temel mekanizma olarak öne sürülmüştür (37). Özellikle ikinci ve üçüncü trimesterlerde, abdominal basıncın artması, artan progesteron düzeyi, anormal mide akıntısı veya gecikmiş bağırsak geçişi nedeniyle düşük özefagus sfinkter basıncında bir azalma gözlenmektedir. Gebelikte reflü kadınların üçte ikisinden fazlasında görülen yaygın bir semptom olmakla birlikte gebelik öncesi mide ekşimesi olan kadınlarda gebelikte reflü riski daha fazladır (37). Konuya ilişkin olarak NICE gebelikte mide ekşimesi yönetimi adlı bir kılavuz yayımlanmış olup uygulamalar ve kanıt düzeyleri Tablo 3'te belirtilmiştir (38).

1.12 Ödem

Gebelikte hormonlar ve plazma osmolaritesindeki azalmanın etkisiyle fizyolojik olarak su ve sodyum tutulumuna bağlı olarak toplam vücut suyunda artış görülür. Terme doğru toplam vücut suyu 6,5-8,5 litre civarında artmış olur. Bu suyun yaklaşık altı litresi ekstrasellüler alanda, iki litresi ise intrasellüler alanda tutulur. Bunun dışında ortaya çıkan ekstrasellüler sıvı artışı patolojik ödeme neden olur. Gebelikte büyüyen uterusun vena cava inferiora bası yapması, alt ekstremitelerde venöz basıncın artmasına ve buna

bağlı olarak vasküler aralıktan intertisyel aralığa sıvı sızmasına neden olur. Bu nedenle gebelerin çoğunda özellikle son trimesterde ayak bileği ve bacaklarda basmakla gide bırakan ödem özellikle gün sonunda gözlenebilir (39).

Cochrane veri tabanında yayımlanmış bir sistematik derlemede pnömatik aralıklı kompresyon, istirahat, refleksoloji, suya daldırma ve ayak masajı incelenmiş olup refleksoloji ve suya daldırma yönteminin ödemle ilişkili semptomları önemli ölçüde azalttığı sonuçlarına ulaşılmıştır (40). Fakat kanıt düzeyi düşük seviye olarak bildirilmiş olup gebelikte ödem ile ilişkili kanıt temelli uygulamalara ihtiyaç bulunmaktadır.

1.13 Anksiyete ve Depresyon

Gebelik dönemi hassas bir dönem olmakla birlikte gebeler ebeveynliğe geçiş döneminde zorlanabilmekte ve bu durum anksiyete ve strese yol açabilmektedir. Bu durum gebelik sürecinde tedavi edilmez veya kötü yönetilirse anne, eş, fetüs ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilmekte ve sonuçları kalıcı olabilmektedir (41). Örneğin, doğum öncesi depresyon ve anksiyete; yetersiz doğum öncesi beslenme, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve emzirmeye başlamada azalma ile ilişkilendirilmiştir. Tedavi edilmediği takdirde bu durum gebelerde ve eşlerinde kalıcı depresyon, kendine zarar verme ve intihar ile ilişkilendirilmiştir (41).

Tablo 2. Kanıt Düzeyleri ve Öneri Dereceleri

Kanıt Düzeyi	Tanımlama	Kanıt Tipi	Öneri Derecesi
Yüksek (1++,1+,1-, 2++, 1, II-1)	Daha fazla araştırmanın sonuca olan güvenilirlik üzerinde değişim yapma ihtimali çok düşüktür	Meta analizler, Randomize Kontrollü Çalışmaların (RKÇ) sistematik derlemeleri ya da RKÇ'ler	A
Orta (2+,2-, II-2)	Daha fazla araştırmanın sonuca olan güvenilirlik üzerinde önemli bir etkisi olabilir	Vaka kontrol veya kohort çalışmalarının sistematik derlemeleri, iyi yapılmış vaka kontrolü veya kohort çalışmaları	B
Düşük (3, II-3)	Daha fazla araştırmanın sonuç üzerinde önemli bir etkiye sahip olması ve sonucu değiştirmesi muhtemeldir	Analitik/deneysel olmayan çalışmalar (vaka raporları, vaka serileri, korelasyon)	C
Çok düşük (4, III)	Herhangi bir sonucun tahmini belirsizdir	Uzman görüşü, resmi görüş birliği	D
	Temel olarak rehberi geliştiren grup içindeki fikir birliği kullanılmıştır		D (GPP): İyi Uygulama Noktası

*D (GPP): Good Practice Point (10; 42-45)

Tablo 3. Gebelikte Görülen Rahatsızlıklara Yönelik Semptom Yönetiminde Kullanılan Kanıt Temelli Uygulamalar

Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar	Semptom Yönetiminde Kullanılan Uygulamalar	Kanıt Düzeyi	Sonuç
Bulantı ve Kusma	B6 vitamini/ B6 vitamini+ doksilamin tedavisi	ACOG: A Kanıt Düzeyi, RCOG: 2++, A Kanıt Düzeyi, SOGC: IA	1. basamak farmakoterapi olarak düşünülmelidir (10,42).
	Antihistaminler ve fenotiyazinler	RCOG: 2++, A Kanıt Düzeyi	Primer tedavi olarak kullanılabilir (42).
	Kortikosteroidler	RCOG: 1+, A Kanıt Düzeyi	Kortikosteroidler, standart tedavilerin etkisiz kaldığı ve antiemetiklerle birlikte kullanıldığı durumlarda kullanılmalıdır (42).
	Akupressür	SOGC: IB	Bazı kadınlarda gebelikte görülen bulantı ve kusmanın tedavisinde yardımcı olabilir. (42).
	Prenatal vitaminler	ACOG: A Kanıt Düzeyi	Prekonsepsiyonel dönemde prenatal vitaminlerin alınması standart öneri olarak verilebilir (10).
	Zencefil	ACOG: B Kanıt Düzeyi, SOGC: IA	Bulantı semptomlarını azaltmada yararlı etkileri olduğu gösterilmiştir (10, 57).
	Metilprednizolon tedavisi	ACOG: B Kanıt Düzeyi	Son çare olarak başvurulması gereken bir tedavi seçeneğidir (10).
	Beslenme ve Egzersiz	Orta düzeyde kanıt	Başlangıçta farmakolojik olmayan müdahaleler (diyet, sıvı alımının artırılması ve egzersiz) tavsiye edilmekte, başarısız olduğu takdirde farmakolojik müdahale önerilmektedir. Yapılmış bir sistematik derlemede lif takviyesinin dışkı sıklığını artırmada etkili olabileceği bildirilmiştir (22).
	Laksatifler	Orta düzeyde kanıt	Uyarıcı laksatiflerin, konstipasyonu gidermede hacim arttırıcı laksatiflerden daha etkili olduğu ancak karın ağrısı ve ishal gibi yan etkiler nedeniyle kullanımlarının sınırlı olması gerektiği bildirilmiştir (22).
	Bel Ağrısı ve Pelvik Ağrı	Düzenli egzersiz	D (GPP): Düşük düzeyde kanıt

Baş Ağrısı	Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar (NSAİİ)	ACOG: Düşük düzey	Gebelikte migren tedavisinde NSAİİ kullanımının, fetal yan etki riski nedeniyle ikinci trimester ile sınırlı tutulmalıdır (23).
	Parasetamol	ACOG: Çok düşük düzey	Akut migren tedavisinde başlangıç tedavisi olarak oral yoldan 1000 mg parasetamol kullanılabilir (23).
	Kafein	ACOG: Çok düşük düzey	Parasetamol ile kafeinin birlikte kullanılmasını önermektedir ancak günde 200 mg'ı aşan kafein dozlarının olası fetal etkilere karşı dikkatli olunması gerekmektedir (23).
	Metoklopramid	ACOG: Orta düzey	Gebelikte inatçı baş ağrısının ek tedavisi olarak metoklopramid 10 mg'ı (intravenöz veya enteral) tek başına veya difenhidramin 25 mg (intravenöz veya enteral) ile birlikte önermektedir (23).
	Ergot alkaloidi	ACOG: Orta düzey	Gebelikte kullanımı önerilmemektedir (23).
	Opioid narkotikler	ACOG: Orta düzey	Gebelikte kullanımı önerilmemektedir (23).
Uyku Problemleri	Uyku hijyen eğitimi	ACOG: D (GPP)	Uyku problemi olan gebe kadınlara uyku hijyeni eğitimi, bilişsel davranışçı tedavi önerilmektedir. Şiddetli veya kronik uyku problemi olan kadımlar için ise ACOG doxylamin, doxepin ve zolpidem ile tedaviyi önermektedir (26).
	Prometazin tedavisi	İyi Uygulama Noktası	
Yorgunluk	Farmakolojik Tedavi	-	Yapılan çalışmalarda egzersiz ve refleksolojinin yorgunluğu azaltmada etkili olduğu gözlemlenmiştir (28, 29).
	Egzersiz	-	
Gebelik Riniti	Refleksoloji	-	Yapılan bir çalışmada egzersizin rinit semptomlarını azaltmada etkili olduğu gözlemlenmiştir (31).
	Egzersiz	-	
	Pozisyon değişikliği	-	Yapılan bir çalışmada yan yatış pozisyonu ve baş yukarıda şekilde yatmanın hava akışını iyileştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (32).
	Kızılçık suyu	SOGC: IA	Kızılçık ürünlerinin tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarını (İYE) azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (43).
İdrar Yolu Enfeksiyonu	Antibiyotik tedavisi	ACOG: D (GPP) İyi Uygulama Noktası, SOGC: II-1B	Tekrarlayan İYE riski taşıyan gebelere gebeliğin son 4 haftası hariç, nitrofurantoin veya sefalosporin ile sürekli veya cinsel ilişki sonrası profilaksi önerilmektedir (43). ACOG da benzer şekilde günlük 100 mg oral nitrofurantoin veya günlük 250-500 mg oral sefalekssin önermektedir (33).
	Akupunktur	SOGC: IB	Antibiyotik profilaksisine yanıt vermeyen veya tedaviyi tolere edemeyen kadınlarda tekrarlayan İYE'nin önlenmesinde akupunktur bir alternatif olarak düşünülebilir (43).
Meme Hassasiyeti	Uygun sütyen seçimi	-	Geniş omuz askıları ve herhangi bir akıntıyı emmek için pedleri olan destekleyici bir sütyen giymek, göğüsleri ılık suyla yıkamak ve kuru tutmak, soğuk kompresler hassasiyeti gidermeye yardımcı olabilir fakat yeterli çalıştırma olmadığı için öneri düzeyindedir (35).
	Hijyen	-	
	Soğuk kompres	-	

Vajinal Akıntı	Vajinal sürüntü örneği	NICE: D (GPP) İyi Uygulama Noktası	Semptomatik vajinal akıntısı olan gebelerde vajinal sürüntü örneği alınması düşünülmelidir. Cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondan şüpheleniliyorsa, tanı ve tarama testleri yapılmalıdır. Ayrıca NICE'in antimikrobiyal yönetimi kılavuzu, antimikrobiyal reçetelemede iyi uygulama konusunda rehberlik sağlamaktadır (36). Mide ekşimesinin giderilmesinde ve yaşam kalitesinin artmasında etkilidir (38).
Mide Ekşimesi ve Reflü	Akupunktur	NICE: Çok düşük düzey kanıt seviyesi	Gebelikte mide ekşimesi tedavisinde plaseboya kıyasla daha etkili oldukları saptanmış olup kullanımı önerilmektedir. Fakat fetus üzerindeki etkilerine (fetal mortalite, SGA) ilişkin kanıtlar yetersiz olmakla birlikte kanıt temelli araştırmalara ihtiyaç vardır (38).
	Antasitler ve aljimat bazı reflü baskılayıcılar	NICE: Çok düşük düzey kanıt seviyesi	
Ödem	Proton pompası inhibitörleri (PPI'ler)	NICE: Çok düşük düzey kanıt seviyesi	Gebeliğin ilk trimesterında kullanımın bebeğe zarar vermediğine dair bazı kanıtlar olmasına rağmen, bunlar çok düşük kalitede olup rutin olarak kullanılmalarını önermek için yeterli değildir (38). Yapılmış bir sistematik derlemede refleksoloji ve suya daldırmanın ödemle ilişkili semptomları önemli ölçüde azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (40).
	Refleksoloji Suya daldırma	Düşük düzey kanıt seviyesi	
Anksiyete ve Depresyon	Psikoterapi/ Farmakolojik tedavi	SOGC: Güçlü Yüksek kanıt seviyesi	Orta düzeyde perinatal depresyon veya anksiyetesi olan gebelere birinci basamak tedavi olarak psikoeğitim, psikoterapi, farmakolojik tedavi veya bu yaklaşımların bir kombinasyonunu önerilmektedir (41).

SONUÇ

Gebelik süreci kadın hayatında deneyimlenen en doğal dönemlerden biri olmakla birlikte gebeler bu dönemde fizyolojik ve psikolojik bazı değişimler yaşamaktadır. Gebelerin bu dönemde yaşadığı değişimler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Gebelik süresince anne ve bebeğe en iyi sağlık koşullarını sağlayan antenatal bakımın hem doğrudan (gebeliğe ilişkin komplikasyonları tanılama ve tedavi) hem de dolaylı (anteartum ve intrapartum komplikasyon gelişme riski yüksek olan kadınları saptama) etkisiyle maternal mortalite ve morbidite oranlarını düşürdüğü belirtilmektedir (19). Bu nedenle antenatal bakımın gebeliğin mümkün olan en erken döneminde başlayarak doğuma kadar sürmesi gerekmektedir (19). Gebelikte en sık gözlenen rahatsızlıklar; bulantı ve kusma, anemi, konstipasyon, bel ağrısı ve pelvik ağrı, baş ağrısı, uyku problemleri, yorgunluk, gebelik riniti, idrar yolu enfeksiyonu, meme hassasiyeti, vajinal akıntı, mide ekşimesi ve reflü, ödem, anksiyete ve depresyon olarak sınıflandırılabilir. Hemşireler gebelikte oluşması beklenen fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri bilmeli ve bakım uygulamalarını güncel klinik rehberler doğrultusunda gerçekleştirmelidir. Bu doğrultuda gebelik semptomlarının yönetimi kolaylaştırarak iyileşme hızlanmakta ayrıca bakımın kalitesi ve hasta memnuniyeti artmaktadır. Fakat literatür incelendiğinde gebelikte gözlenen rahatsızlıklara ilişkin kanıta dayalı çalışmaların sınırlı olduğu ve var olan kanıt seviyesi ile öneri düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, daha fazla kanıta dayalı çalışma yapılması, standartların oluşturulması ve bakımı standartlaştırmak amacıyla bakım protokollerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hotun Şahin N. (2024). Sağlıklı Gebelikte Bakım. Kadın Sağlığı, Hastalıkları ve Doğum “Bilgiden Uygulamaya” Videolarla Destekli İnteraktif Eğitim Rehberi (ss. 173-188). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
2. Mecdi M, Rathfisch G. (2013). Gebelikte oluşan rahatsızlıklarda kanıta dayalı uygulamalar. *FN Hem. Derg.* 21(2), 129-138.
3. Sezgin D, Kartal YA. (2021). Gebelik döneminde kanıta dayalı yaklaşımların güncel rehberler doğrultusunda incelenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 92-107.
4. Şen Ş, Dibek D, Güleç Şatır D. (2020). Gebelikte sık görülen rahatsızlıklarda tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımı. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 3(3), 389-398.
5. Fossum M, Opsal A, Ehrenberg A. (2022). Nurses sources of information to inform clinical practice: an integrative review to guide evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(5), 372-379.
6. Saunders H, Vehviläinen-Julkunen K. (2016). The state of readiness for evidence-based practice among nurses: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 128-140.
7. Gedük EA. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258.
8. Kızılkaya Beji N, Aydın Özkan S. (2016). Gebelikte Görülen Fizyolojik/Psikolojik Değişiklikler. *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (ss. 286-296). Nobel Tıp Kitabevleri.
9. Şahin Ş. (2024). Gebelerin eğitim gereksinimlerinin gebelikte olağan yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi: Muş örneği. Yüksek lisans tezi. İstanbul Arel Üniversitesi.
10. American College of Obstetricians and Gynaecologists. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 131(1), 15-30.
11. Ebrahimi N, Maltepe C, Einarson A. (2010). Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy. *International Journal of Women's Health*. 4(2):241-248.
12. World Health Organization. (2018). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Erişim: 03.12.2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf?sequence=1>
13. Hu Y, Amoah AN, Zhang H, Fu R, Qiu Y, Cao Y, et al. (2022). Effect of ginger in the treatment of nausea and vomiting compared with vitamin b6 and placebo during pregnancy: a meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(1), 187-196.
14. Khorasani F, Aryan H, Sobhi A, Aryan R, Abavi-Sani A, Ghazanfarpour M, Saeidi M, & Rajab Dizavandi F. (2020). A systematic review of the efficacy of alternative medicine in the treatment of nausea and vomiting of pregnancy. *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 40(1), 10-19. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1587392>.
15. Ahmadi F, Yazdandoust Y. (2020). Use of medicinal herbs in the treatment of nausea and vomiting in pregnancy: A systematic review. *Journal of Advanced Pharmacy Education and Research*, 10(1-2020), 102-105.
16. Jin B, Han Y, Jiang Y, Zhang J, Shen W, Zhang Y. (2024). Acupuncture for nausea and vomiting during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 85.
17. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD011448. DOI: 10.1002/14651858.CD011448.pub2
18. Liddle SD, Pennick V. (2015). Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, 1-116.
19. World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Erişim: 04.12.2024, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
20. Li R, Chen L, Ren Y, Huang J, Xu Y, Lin X, Zhen R. (2023). Efficacy and safety of acupuncture for pregnancy-related low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 9(8).
21. Salazar-Méndez J, Núñez-Cortés R, Cuyul-Vásquez I, Sazo-Rodriguez S, Calatayud J, Guzmán-Muñoz, et al. (2024). Optimal days of application of kinesiotaping for the treatment of lumbopelvic pain during pregnancy. A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Physiotherapy*, 125.
22. Negro A, Delaruelle Z, Ivanova, TA, Khan S, Ornello R, Raffaelli B, et al. (2017). Headache and pregnancy: a Systematic review. *J Headache Pain*, 19;18(1):106.
23. American College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). Headaches in pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 3. *Obstetrics & Gynecology* 139(5):p 944-972.
24. Izci-Balsarak B, Keenan BT, Corbitt C, Staley B, Perlis M, Pien GW. (2018). Changes in sleep characteristics and breathing parameters during sleep in early and late pregnancy. *J Clin Sleep Med*, 14(7):1161-1168.
25. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. (2017). Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American academy of sleep medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med* 13:307-49. doi: 10.5664/jcsm.6470
26. Facco, Francesca L. MD; Chan, Megan MD; Patel, Sanjay R. MD, MS. Gebelikte Yaygın Uyku Bozuklukları. *Kadın Hastalıkları ve Doğum* 140(2):s 321-339, Ağustos 2022. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000004866
27. Walker LO. (2019). Promoting maternal health through the first postpartum year. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 48(2), 119-120.
28. Liu N, Wang J, Chen DD, Sun WJ, Li P, Zhang W. (2020). Effects of exercise on pregnancy and postpartum fatigue: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 253, 285-295.
29. Shobeiri F, Manoucheri B, Parsa P, Roshanaei G. (2017). Effects of counselling and sole reflexology on fatigue in pregnant women: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical and Diagnostic*

Research: JCDR, 11(6).

30. Gümüşsoy M, Gümüşsoy S, Çukurova İ. (2017). Gebelik döneminde sık karşılaşılan rinolojik sorunlar: Tanı ve tedavide uygun yaklaşımlar. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 27(1):13-19.
31. Tongtako W, Klaewsongkram J, Mickleborough TD, Suksom D. (2018). Effects of aerobic exercise and vitamin c supplementation on rhinitis symptoms in allergic rhinitis patients. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*, 36(4), 222-231.
32. Gupta KK, Anari S. (2022). Medical management of rhinitis in pregnancy. *Auris Nasus Larynx*, 49(6), 905-911.
33. American College of Obstetricians and Gynaecologists. (2023). Urinary tract infections in pregnant individuals. *Obstetrics and Gynecology*, 142(2), 435-445.
34. Ghouri F, Hollywood A, Ryan K. (2018). A systematic review of non-antibiotic measures for the prevention of urinary tract infections in pregnancy. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 18, 1-10.
35. Moodt Grace. (2017). Breast tenderness in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 32(1).
36. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Management of symptomatic vaginal discharge in pregnancy: antenatal care. Erişim: 22.01.2025, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573944/>
37. Balacan Z, Keleş MG, Altinkaya O, Amanak K. (2020). Gebelikte gastroözofageal reflü ve ebelik bakımı. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 127-133.
38. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Management of heartburn in pregnancy: Antenatal care: Evidence review S. London: Aug. (NICE Guideline, No. 201.) Erişim: 22.01.2025, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573943/>
39. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL ve ark., *Maternal Anatomi ve Fizyoloji*. Yıldırım G, editör: *Williams Obstetrik*. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2016. p.16-79.
40. Smyth RM, Aflaifel N, Bamigboye AA. (2015). Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(10).
41. Shea A, Jumah NA, Forte M, Cantin C, Bayrampour H, Butler K, et al. (2024). Guideline No. 454: Identification and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 46(10).
42. Nelson-Piercy C, Dean C, Shehmar M, Gadsby R, O'Hara M, Hodson K, Nana M, & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2024). The management of nausea and vomiting in pregnancy and hyperemesis gravidarum (Green-top Guideline No. 69). *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 131(7).
43. Epp A, Larochelle A, Lovatsis D, Walter JE, Easton W, Farrell SA, et al. (2010). Recurrent urinary tract infection. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(11), 1082-1090.
44. Dişli D, Kaydırak MM. (2021). Kanıt temelli yaklaşım perspektifinde postpartum bakımın optimizasyonu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 143-151.
45. Bilgin NC, Potur DC. (2010). Postpartum period evidence-based approaches and nursing. *Journal of Maltepe University Nursing Science and Art (in Turkish)*, 3(3), 80-87.