



T.C.

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİMDALI

**HİPEREMEZİS GRAVİDARUM TANISI ALAN
GEBELERİN PSİKOSOSYAL DURUMLARININ İNCELENMESİ**

DR. İBRAHİM YAĞCI

UZMANLIK TEZİ

KARS 2015



T.C.

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİMDALI

**HİPEREMEZİS GRAVİDARUM TANISI ALAN
GEBELERİN PSİKOSOSYAL DURUMLARININ İNCELENMESİ**

DR. İBRAHİM YAĞCI

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Yard. Doç. Dr. YÜKSEL KIVRAK

KARS 2015

ÖNSÖZ

Tüm asistanlık eğitimim boyuncaengin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım ve uzun yıllar faydalanmaya devam edeceğim, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocalarım Yard.Doç.Dr.Yüksel Kıvrak'a, Yard.Doç.Dr.Yelda Yenilmez Bilgin'e, Yard.Doç.Dr. Serhat Tunç'a,

Asistanlığımın ilk yılında birlikte çalışma şansı bulduğum Dr.Aykut Karahan'a

Ayrıca bu tezin planlanmasında, yürütülmesinde ve değerlendirilmesinde destek ve yardımını esirgemeyen tez danışmanım Yard. Doç.Dr. Yüksel Kıvrak'a,

Rotasyonlarım süresinde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Doç.Dr.Nergis Hüseyinoğlu'na, Yard.Doç.Dr.Hatice Köse Özlece'ye, Dr.M.Tayyip Kadak'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşım Dr.Mert Yılmaz'a,

Eğitimim süresince birlikte çalıştığım tüm doktor, hemşire ve hastane çalışanlarına,

Öğrendiğim pek çok şey için hastalarım,

Tüm hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen değerli aileme ve çalıştığım süre boyunca zamanından çaldığım desteği, sabrı, sevgisi, varlığı için eşim Hacer'e ve ailemize yeni katılan ve hayatımıza anlam katan biricik kızım Ela Sare'ye en içten teşekkürlerimi sunarım.

Nisan 2015

Dr.İbrahim YAĞCI

ÖZET

Çalışmamızın amacı, Hiperemesis gravidarum tanısı almış organik etiyoloji tespit edilmemiş gebelerle sağlıklı kontrol grubun karşılaştırılarak Hiperemesis Gravidarum'un etiyolojisini araştırmaktır. Çalışmaya Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde Hiperemesis Gravidarum tanısı konulmuş 45 gebe ile kontrol grubunu oluşturan 45 sağlıklı gebe olmak üzere 90 kişi dâhil edilmiştir. Hasta gruplarına yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), kontrol grubuna ise SCID-I/NP uygulanarak psikiyatrik bozukluk olmadığı doğrulanmıştır. Çalışmaya alınan kişilerin tümüne sosyodemografik veri formu, Beck depresyon envanteri, Durum-sürekli kaygı envanteri, Bedensel duyuları abartma ölçeği, Çocukluk Çağı travmaları ölçeği, PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) uygulanmıştır. Hastalarda kontrol gruplarına göre çocukluk çağı travmalarının daha şiddetli olduğu saptandı. Çocukluk çağı travmalarının cinsel istismar alt ölçeği dışındaki duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal alt ölçekleri puanları anlamlı düzeyde yüksektir. Gelir düzeylerinin hasta grubunda daha düşük olduğu bulunmuştur. Hasta grubunda Beck Depresyon Envanteri skorları yüksek bulunmuştur. Hasta ile kontrol grupları arasında Durumluk Kaygı ölçeği skorları açısından fark tespit edilmemişken, Sürekli Kaygı ölçeği skorları hasta grubunda yüksek bulunmuştur. Hasta grubunda Bedensel duyuları abartma ölçeği skorları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. PUQE skorları ile Beck Depresyon, Çocukluk çağı travmaları, Bedensel duyuları abartma, Durum-sürekli kaygı ölçek puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamızda kontrol grubuna göre hasta grubunda Beck Depresyon, Çocukluk çağı travmaları, Bedensel duyuları abartma, Durum-sürekli kaygı ölçek skorları anlamlı derecede yüksek bulunması ve bu ölçekler ile bulantı-kusma şiddetini gösteren PUQE arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki tespit edildiğinden dolayı, HG etiyolojisinde psikiyatrik hastalıkların göz ardı edilmemesi ve konsültasyon istenilmesi, psikiyatri hekimisi tarafından muayene edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hiperemesis Gravidarum, çocukluk çağı travmaları, etiyoloji, psikososyal faktörler, gebelik.

ABSTRACT

The aim of our study was to find the etiology of hiperemesis gravidarum in pregnant women who had no organic etiology by comparing them to a healthy control group. Our study contained 90 subjects in total, 45 healthy pregnant women were compared with 45 hiperemesis gravidarum cases who had applied to the Obstetrics and Gynecology policlinics of Kafkas University Medical Faculty Training and Research Hospital. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-1) was applied to the patient group while the SCID-1/NP was applied to the control group in order to prove that none of them had any psychological disorders. Sociodemographic data form, Beck depression inventory, state-trait anxiety inventory, somatosensory amplification scale, childhood traumatic events scale, PUQE(pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) were applied to both groups. Childhood traumas were found to be more severe in the patient group. Childhood trauma subscales points excluding the sexual abuse and including the emotional abuse, physical abuse, emotional neglect, physical neglect were found to be higher and this differences were statistically significant. Income levels were found to be lower in the patient group. Beck depression inventory scores were found to be higher in the patient group. Although no difference regarding the state-trait anxiety inventory scores were found to be higher in the patient group. Somatosensory amplification scores were found to be higher in the patient group. Positive relationships between the PUQE scores and the Beck Depression Scale, the Childhood Traumatic Events Scale, the Somatosensory Amplification Scale, the State-Trait Anxiety Scale Points were detected. Since the Beck Depression Scale, the Childhood Traumatic Events Scale, the Somatosensory Amplification Scale and the State-Trait Anxiety Scale Scores were found to be higher in the patient group in our study and there was a positive relationship between these scales and the PUQE scale which indicates the severity of the emesis-nausea level, it is important to consider psychiatric diseases in the etiology of hiperemesis gravidarum cases and consult a psychiatrist.

Keywords: Hiperemesis gravidarum, childhood trauma, etiology, psychosocial factors, pregnancy.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ALT	: Alanin Aminotransferaz
AST	: Aspartat Aminotransferaz
Beta hCG	: Beta Human Chorionic Gonadotropin
BDÖ	: Beck depresyon ölçeği
BDAÖ	: Bedensel duyumları abartma ölçeği
BK	: Bulantı-kusma
CTQ-28	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Kısa Formu
DKE	: Durumluk Kaygı Envanteri
GBK	: Gebelik Bulantı-Kusma
GGT	: Gama Glutamil Transferaz
HP	: Helikobakter Pylori
HG	: Hiperemezis Gravidarum
NK	: Natural Killer
PUQE	: Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea
SKE	: Sürekli Kaygı Envanteri
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon

TABLolar ve ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablolar

Tablo 1. HG ve kontrol gruplarında yaş ortalaması dağılımlarının değerlendirilmesi

Tablo 2. HG ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri

Tablo 3. Ebeveyn ve aileye ilişkin özelliklerin Dağılımı

Tablo 4. Çalışmaya alınan gebelerin obstetrik özellikleri

Tablo 5. HG ve kontrol gruplarında BDÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 6. Durumsal ve sürekli kaygı envanteri skorlarının gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 7. BDAÖ'nin gruplar arası karşılaştırılması

Tablo 8. HG ve kontrol gruplarında CTQ-28 toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 9. Araştırma Grubu CTQ-28, BDÖ, BDAÖ, STT, STAT ile PUQE arasındaki Korelasyon Tablosu

Şekiller

Şekil 1. Hasta ve kontrol gruplarında Beck Depresyon Ölçek Puanları Dağılımı

Şekil 2. Hasta ve kontrol gruplarında Durumsal ve sürekli kaygı envanterinin skorlarının dağılımı

Şekil 3. Hasta ve kontrol gruplarında Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği puanlarının dağılımı

Şekil 4. HG ve kontrol gruplarında CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Önsöz	i
Özet	ii
İngilizce Özet (Abstract)	iii
Simgeler ve Kısaltmalar dizini	iv
Tablolar ve Şekiller Dizini	v
1.Giriş ve Amaç	1
2.Genel Bilgiler	3
2.1.Gebelikte Bulantı-Kusma	3
2.2.Hiperemesis Gravidarum	3
2.2.1. Hiperemesis Gravidarum tanımı.....	3
2.2.2. Tarihsel gelişim içinde Hiperemesis Gravidarum.....	3
2.2.3. Epidemiyoloji.....	4
2.2.4. Gebelikte görülen bulantı-kusma etiyolojisi.....	5
2.2.4.1. Hormonal Teori.....	5
2.2.4.2. Gastrointestinal Sistem.....	7
2.2.4.3. İmmünolojik Nedenler.....	8
2.2.4.4. Beslenme Bozukluğu.....	8
2.2.4.5. Helikobakter Pylori Enfeksiyonu.....	8
2.2.4.6. Genetik.....	8
2.2.4.7. Vestibüler Sistem.....	9
2.2.4.8. Koku Duyusu.....	9
2.2.4.9. Psikolojik Nedenler.....	9
2.2.5. Tanı ve klinik özellikler.....	12
2.2.6. Ayırıcı Tanı.....	13
2.2.7. Komplikasyonlar.....	14
2.2.7.1. Anneye ait komplikasyonlar.....	14
2.2.7.2. Bebeğe ait komplikasyonlar.....	14
2.2.8. Tedavi.....	14
2.2.8.1. Non-farmakolojik tedavi.....	15
2.2.8.2. Farmakolojik tedavi	16
2.2.9. Prognoz.....	18
3.Gereç ve Yöntem	22

3.1.Araştırma tipi.....	22
3.2.Araştırmanın yeri ve zamanı.....	22
3.3.Araştırmanın Evreni.....	22
3.4.Araştırmaya dâhil edilme ve dışlanma ölçütleri.....	22
3.4.1.Araştırmanın dâhil edilme ölçütleri.....	22
3.4.2.Araştırmanın dışlama ölçütleri.....	23
3.5.Çalışmada Kullanılan Değerlendirme Gereçleri.....	23
3.5.1.Sosyodemografik ve Klinik Bilgi formu.....	23
3.5.2.Beck depresyon Ölçeği.....	23
3.5.3.Durumluk ve sürekli kaygı envanteri.....	24
3.5.4.Bedensel duyumları abartma ölçeği.....	24
3.5.5.Çocukluk çağı travma ölçeği.....	25
3.5.6.PUQE ölçeği.....	26
3.6.İstatistik.....	27
4.Bulgular	28
4.1.Hasta ve kontrol grubunda sosyodemografik özellikler.....	28
4.2. Hasta ve kontrol gruplarının ebebeyn ve aileye ilişkin özellikleri.....	31
4.3. Hasta ve kontrol gruplarının obstetrik özellikleri.....	32
4.4. Beck Depresyon Ölçeği.....	33
4.5. Durumsal ve sürekli kaygı envanteri.....	34
4.6.Bedensel duyumları abartma ölçeği.....	35
4.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Kısa Formu (CTQ-28)	36
4.8. CTQ-28, BDÖ, BDAÖ, STT, STAT ile PUQE puanı korelasyonları...	38
5.Tartışma	39
6.Sonuçlar	44
7.Kaynaklar	46
8.Ekler	62
Ek.1. Etik Kurul Onayı.....	62

Ek.2. Hasta Bilgilendirme ve Onay Formu.....	63
Ek.3. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi formu.....	64
Ek.4. Beck depresyon Ölçeği.....	66
Ek.5. Durumluk kaygı envanteri.....	67
Ek.6. Sürekli kaygı envanteri.....	68
Ek.7. Bedensel duyumları abartma ölçeği.....	69
Ek.8. Çocukluk çağı travma ölçeği.....	70
Ek.9. PUQE ölçeği.....	71



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik bulantı kusması (morning sickness) gebeliğin birinci trimesterinde gebelerin yaklaşık %50-80'inde görülmektedir (1). Daha şiddetli bulantı-kusma tablosuyla seyreden Hiperemesis Gravidarum (HG) ise kilo kaybına (vücut ağırlığının %5'i) yol açacak düzeyde aşırı bulantı-kusma, dehidratasyon, ketozis, elektrolit ve asit-baz dengesizliği, bazen de hepatik ve renal yetmezlik ile seyredebilen klinik bir tablodur (2). HG' un klinik bulguları tipik olarak gebeliğin 4 ile 8. haftaları arasında başlayıp, genellikle 20. gebelik haftasından önce sonlanmaktaysa da, nadiren bulguların gebelik boyunca devam ettiği inatçı vakalarla da karşılaşılabilir (3). HG insidansı toplumdan topluma değişmekle birlikte, genellikle %0.5-1 civarında olduğu kabul edilmektedir (4). Gebeliğin ilk aylarındaki hospitalizasyonun en sık nedenlerindedir (5,6). HG, etiopatogenezi henüz açıklığa kavuşmamış konulardan biridir. 1966 yılından günümüze kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde en fazla gebeliğe bağlı hormonlar sorumlu tutulmuştur. Bu endokrinolojik hipotezlere ek olarak enfeksiyon, immunolojik, psikolojik, metabolik ve anatomik faktörler üzerinde durulmuş, ancak yapılan tüm araştırmalar etiopatogenezi açıklayabilmekten uzak kalmışlardır (7). HG biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler sonucunda ortaya çıkan karmaşık bir psikosomatik bir hastalık olarak kabul edilmektedir (8,9).

Gebelikte bulantı kusma (GBK) kadınların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir gebelik sorunudur. Gebeliğin ilk haftalarında görülen bu durum iş gücü kaybına, hastanede yatarak tedavi ihtiyacına ve bu kayıplara bağlı olarak sağlık ekonomisinde yüksek maliyetlere neden olmaktadır. HG, gebelerde mesleki ve ailevi yaşantı üzerine olumsuz etkilere yol açarak ciddi yaşam kalitesi bozukluğuna neden olabilir (10,11). Bununla birlikte bu gebelerde şiddetli semptomların, fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşantı da dâhil olmak üzere kadının hayatını bütün yönleriyle etkileyebileceği; sosyal destek eksikliği, depresyon ve kişilik bozukluğu gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olabileceği literatürde belirtilmiştir (12-14). HG sadece gebelikte değil doğum sonrası süreçte de anneyi psikolojik olarak etkilemektedir. Poursharif ve ark. (15), HG tanısı alan gebelerde gebelik sonrası devam eden anksiyete, depresyon gibi negatif psikososyal etkinin olduğunu belirtirken, Fejzo ve ark. (16), HG tanısı alan gebelerin bazılarının doğum sonrası

dönemde de bulantı, kas ağrısı gibi semptomların yanı sıra posttravmatik stres bozukluğuna ilişkin semptomların da devam ettiğini saptamışlardır.

Literatür taramasında HG' da etiyolojiye yönelik birçok çalışma olmasına rağmen etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. HG hastalığının çeşitli ruhsal sorunlarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte ilişki göstermeyen çalışmalarda bulunmaktadır (7).

Bu çalışmada Hiperemesis gravidarum tanılı gebelerin sosyodemografik özelliklerini, Durum-sürekli kaygı, depresyon, bedensel duyumlarını abartma düzeylerini ve çocukluk çağı travmatik yaşantılarının belirlenmesi ve bu verilerin sağlıklı gebeler ile karşılaştırılması planlanmıştır. Psikolojik etkenler ile hiperemesis gravidarum arasındaki ilişkiyi belirlemek, ilişki bulunursa veri tabanına katkıda bulunmak ve ileride gebelik öncesi risk faktörlerinin saptanması sonucunda, önlemlerin alınması ile HG'un ortaya çıkmasını önlemek, eğer görülürse semptomların şiddetinin azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılmasına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Bulantı-Kusma (GBK)

Gebelerin %70-80'inde BK şikâyeti görülür (1). Bulantı bir duyuyken, kusma ise mekanik bir olaydır. Bulantı, kusma dürtüsü olarak tanımlanabilir. Kusma ise mide ve ince barsağın üst kısmının içeriğinin diyafragma ve karın kaslarının kasılması sonucu ağız yolundan dışarı çıkarılmasıdır. Bulantı olmadan kusma olabileceği gibi kusma ile sonuçlanmayan, sürekli devam eden bulantılar da vardır (17-19). Genellikle 5. gebelik haftasında başlar, 7.-9. haftalar arasında en üst seviyeye çıkar ve genellikle 16.-20. haftalarda kaybolur. Gebelik haftasının ilerlemesiyle birlikte semptomların şiddeti de azalır (20,21).

2.2. Hiperemesis Gravidarum

2.2.1. Hiperemesis Gravidarum tanımı

Hiperemesis Gravidarum gebelikte görülen bulantı kusmanın daha şiddetli görülen halidir. Gebeliklerin %0,5 ile %2'sinde görülmektedir (4,6). Kilo kaybına (vücut ağırlığının % 5'i) neden olacak düzeyde aşırı bulantı, kusma, dehidratasyon, ketozis, elektrolit ve asit-baz dengesizliği, bazen de hepatik ve renal yetmezlik ile seyredabilen bir klinik tablodur (2). Klinik bulguları tipik olarak gebeliğin 4 ile 8. haftaları arasında başlayıp, genellikle 20. gebelik haftasından önce sonlanmaktadır (3). Gebelerin yaklaşık olarak %10'unda semptomlar gebelik boyunca devam eder (4). HG ilk trimesterdaki hastaneye yatışların en sık nedeni iken, tüm gebelik boyunca ki hastane yatışlarının 2. en sık nedenidir (4,5).

2.2.2. Tarihsel gelişim içinde Hiperemesis Gravidarum

GBK'ları ilk kez Milattan Sonra ikinci yüzyılda Efes'li Soranos tarafından tanımlanmıştır. Soranos bulantı-kusmaların gebeliğin 14. gününde başladığını, yaklaşık dört ay devam ettiğini, fetüsün erkek olduğu durumlarda ise şikâyetlerin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Soranos bulantı-kusması olan kadınların tedavi için bir gün gıda almamasını, sonrasında vücudunun yağlarla ovulmasını daha sonra sıcak bir banyo yapıp, hafif bir şarap içmesini ve sonrasında hafif egzersiz yapmasını önermiştir (2,23). William Smellie 1779 yılında yayınlanan çalışmasında HG

etiyojisini araştırmış, tedavide hafif besleyici yemeklerin yanı sıra, açık havanın ve kısa süreli beden hareketlerinin semptomları azalttığını göstermiştir. Simmons 1813 yılında HG' un tedavisinde kürtaj önermiştir. 1851 yılında Paul Du Bois, dönemin ünlü yazarlarından Charlotte Bronte'nin HG nedeni ile ölmesi sonucunda Fransız Tıp Akademisi'ne bir rapor sunmuş ve bugünkü tedavi yöntemlerinin temelini oluşturacak noktalar üzerinde durmuştur. Tedavi için daha kapsamlı çalışmalar yapılmasının gerektiğini belirtmiştir (2).

2.2.3. Epidemiyoloji

BK gebeliklerin %70-80'inde görülür (1). Gün içinde sabahları %50 oranında bulantı olurken, akşamları ise %7 oranında görülmektedir. Gebelerin %30-40'ında ise BK tüm gün boyunca devam etmektedir (24). Bulantının ortalama süresi 35 gündür ve 22. haftaya gelindiğinde gebelerin %90'ında bu semptomun kaybolduğu grlmştir (1). Yapılan çalışmada, ilk trimesterde %91 bulantı saptanırken, son trimesterde ise bu oranın yalnızca %3 olduğu gösterilmiştir (24).

GBK'sının prevalansı ülkeler ve etnik gruplar arasında farklılık göstermektedir (25,26). Afrika, Alaska'da ve Japonya hariç Asya toplumlarında BK daha az sıklıkta görülmektedir (27). Gelişmiş batı ülkelerinde ve şehirde yaşayanlarda gebelikte BK daha sık görülür. Norveç'te 1967-2005 yılları arasında kayıtlar incelenerek yapılan retrospektif çalışmada HG insidansı; 798.311 Norveçli kadında %0.9, Pakistanlı 3927 kadında %2.2, 1997 Türk kadında %1.9 olarak bulunmuştur (28). Grlme sıklığındaki saptanan bu farklılığın nedeni olarak genetik ve sosyoekonomik faktörlerin patogeneizde rol oynayabileceği düşünülmektedir.

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda HG tanısı almış gebelerin sosyodemografik özellikleriyle ilgili çelişkili yayınlar mevcuttur. HG' un daha çok ilk gebelikte, genç kadınlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, sigara içmeyenlerde ve obez olanlarda görüldüğü saptanmıştır (29). HG' la ilgili yapılan epidemiyolojik araştırmalarda literatürde sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda (30), primiparlarda (30), yardımcı üreme teknikleri sonrası gebe kalan kadınlarda (31), çoğul gebeliklerde (31) daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca gebelik öncesi vücut ağırlığının düşük olması HG için zemin hazırlayıcıdır (32). Ev hanımlarından ziyade ev dışında çalışan kadınlarda bulantı-kusma daha düşük oranda görülür (33). Ancak yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Verberg ve ark. (7) yoksulluk ve

evlilik sorunlarının HG' da risk faktörü olarak göstermişlerdir. Davis ve ark. (34) ise HG insidansı ile evlilik sorunları arasında bir ilişki bulamamıştır. Tsang ve ark. (35) HG'lularla sağlıklı gebelerin benzer demografik kriterlere sahip olduklarını bildirmişlerdir. HG'lular ile sağlıklı kontrol grubunda yapılan çalışmalarda gruplar arasında ırk, evlilik durumu, yaş, gebelik sayısı etkenleri benzer bulunmuştur (35).

2.2.4. Gebelikte görülen bulantı-kusma etiolojisi

HG' un etiolojisine yönelik yapılan çalışmalara rağmen etiolojisi halen tam olarak bilinmemektedir. HG sosyoekonomik, biyolojik ve psikososyal faktörlere bağlı olarak ortaya çıkar (7).

GBK'sının patofizyolojisini açıklamaya çalışan teoriler aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir.

- Hormonal teori
- Gastrointestinal sistem teorisi
- İmmünolojik sistem teorisi
- Beslenme bozukluğu teorisi
- Helicobakter Pylori Enfeksiyonu teorisi
- Psikolojik nedenler teorisi
- Genetik teori
- Vestibüler sistem teorisi
- Koku duyusu teorisi

2.2.4.1. Hormonal Teori

BK semptomları genellikle serum Beta hCG seviyelerinin en yüksek düzeylere ulaştığı gebeliğin ilk trimesterinde ortaya çıkar. Etiyopatogeneizde birçok hormon rol alır. Bunlar;

- β -hCG
- Progesteron
- Östrojen
- Tiroid Hormonları

2.2.4.1.1. Beta hCG

β -Hcg, gebeliğin ilk haftalarında korpus luteumdan progesteron salgılanmasının devam edebilmesi için giderek artan miktarlarda üretilip, salgılanır. Gebeliğin 2. trimestrinden itibaren progesteron salgılanması plasenta tarafından karşılandığından, artık β -hCG'ye ihtiyaç kalmaz ve doğuma kadar serumda çok düşük miktarlarda bulunur. β -hCG'nin serum seviyelerindeki artma ve azalmalar gebelikteki BK'nın seyrine paralellik göstermektedir. Mol hidatiform ve çoğul gebelik gibi β -hCG'nin serum seviyesinin yüksek olduğu durumlarda, BK şikâyetlerinin daha şiddetli ve daha uzun süreli olması bu görüşü desteklemektedir (36). β -hCG serum seviyelerinin yüksek olduğu trizomi 21'li gebeliklerde de BK'nın fazla olduğu belirtilmiştir (37). HG'lu gebeler ile sağlıklı gebeleri karşılaştıran çalışmalarda, serum β -hCG seviyelerini yüksek bulan araştırmacıların yanında serum seviyelerinde farklılık bulmayanlarda vardır (38,39).

2.2.4.1.2. Progesteron

Progesteronun mide düz kas kontraksiyonu ve motilitesini azalttığı, bu nedenle mide boşalmasını geciktirerek bulantı kusmaya neden olduğu gösterilmiştir (40). Normal serum düzeylerindeki progesteron ve östrojenin sağlıklı kadınlarda postprandial gastrik disritmiyi uyararak bulantıya neden olabildiği gösterilmiştir (40). Fakat kontrol grupları ile yapılan çalışmada araştırmacılar bulantı kusması olan ve olmayan gebeler arasında progesteron düzeylerinin farklılık göstermediği de bildirilmiştir (39).

2.2.4.1.3. Östrojen

Gebelik ile birlikte serum östrojen düzeyleri yükselir. Gebe olmayan kadınlarda kombine oral kontraseptiflerin içerdiği östrojen düzeyi arttıkça BK yan etkileri de daha fazla görülmektedir. Kombine oral kontraseptif kullanımı ile BK şikâyeti fazla olanlarda, gebelikte de bulantı-kusma şikâyetlerinin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (41).

2.2.4.1.4. Tiroid Hormonları

Gebelikte ortaya çıkan geçici hipertiroidide de BK sık görülür. Gebelerin 2/3'ünde geçici hipertiroidi ortaya çıktığı araştırmacılar tarafından bildirilmiştir (42). Hipertiroidi de BK'nın daha sık görülmesinin nedeni, tiroid bezinin daha çok çalışması olmayıp, gebelikte serum seviyeleri yükselen β -hCG'nin moleküler olarak

tiroid stimulan hormona benzerliğinden kaynaklanmaktadır. β -hCG ile TSH hem yapısal, hem de etkileşim gösterdikleri reseptörler yönüyle benzerlik göstermektedir. β -hCG'nin tirootropik aktivitesi olduğu araştırmacılar tarafından bildirilmiştir (43). Serum serbest T3 ve T4 düzeylerinde artış, TSH düzeyinde de azalma olsa da klinik olarak bulgular zayıftır veya yoktur. Hastaların gebelik öncesinde hipertiroidi öyküsü bulunmamaktadır. Yapılan fizik muayenede hipertiroidi bulguları genellikle tespit edilmez. Yapılan çalışmada hipertiroidi bulgularının ancak gebelik sonlandırıldıktan sonra gerilediği ya da parenteral beslenme gerektirecek kadar şiddetli BK'ya yol açtığı olgular bildirilmiştir (44). Goodwin ve ark. (45) gebelerdeki yüksek hCG seviyesi, buna bağlı hipertiroidizm ile BK şiddetinin doğru orantılı olduğunu bildirmişlerdir. Gebelikte bulantı kusma ile birlikte görülen bu hastalara antitiroid tedavi uygulanması önerilmemektedir (46). Bununla birlikte nabız ritmi 120 atım/dakikanın üzerinde seyreden (şiddetli taşikardik) ve palpabl tiroid bezi olan hastalarda Graves hastalığı düşünülmeli ve tanı kesinleştirildiği takdirde antitiroid tedaviye başlanmalıdır (46).

2.2.4.2. Gastrointestinal Sistem

BK multifaktöriyel bir şikâyet olsa da sonuç organı gastrointestinal sistemdedir. Gastrik peristaltik kasılmalar midenin fundusu ile korpusu arasında bulunan gastrik pacemaker bölgesinden başlatılır. Bu bölgede longitudinal ve sirküler kas lifleri arasında bulunan özelleşmiş Cajal hücreleri ritmik elektrik uyarılarının oluşturulmasından sorumludur (47). Bu merkezden depolarizasyon ve repolarizasyon dalgalarıyla oluşturulan elektrik akımları, dakikada 3 kez dairesel ve doğrusal yönde yayılarak, normal mide peristaltizm sıklığını oluştururlar. Normal gastrik peristaltizmin bozulduğu durumlar (gastrik disritmiler) bulantıya yol açmaktadır. Araç tutması, diyabetik gastroparezi gibi hastalıklarda yapılan elektrogastrogram (EGG) çalışmaları GBK'sının nedenlerini göstermek için önemli ipuçları vermiştir. Halen tam olarak neden tespit edilememiş olsa da GBK'sı olanlarda da benzer şekilde mide disritmisi bildirilmiştir (48). Koch ve ark. (49) farklı şiddetlerde bulantı-kusması olan gebelerde EGG ile gastrik myo-elektrik ritmi ölçmüşler ve hasta grubunda gastrik disritmi oranını %81 (26/32), kontrol grubu olan sağlıklı gebelerde ise %12 (2/17) olarak tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmada östrojen-progesteron kombinasyonu almakta olan kadınlara verilen test yemekleri gastrik

disritmiye yol açarken, hormonal ilaç kullanmayanlarda aynı yemeklerin verilmesinin normal gastrik ritmi etkilemediği bildirilmiştir (40).

2.2.4.3. İmmünolojik Nedenler

Minagawa ve ark. (50) gebelik süresince immun yanıtı izlemişler ve gebeliğin devamı için granülositler, Natural Killer (NK) ve ekstratimik hücrelerin aktivasyonunun gerekli olduğunu bildirmişlerdir. İmmun yanıtın aşırı aktivasyonunun HG' u da içine alan birçok hastalığın nedeni olabileceğini, HG' da kan ve uterin NK ve ekstratimik T hücrelerinin seviyelerinin arttığını belirtmişlerdir. Yine Leylek ve ark. (51) HG'lu gebelerde immünoglobulinlerin, C3, C4 ve lenfosit seviyelerinin sağlıklı gebelere göre daha yüksek seviyelerde olduğunu bildirmişlerdir.

2.2.4.4. Beslenme Bozukluğu

HG etiyopatogenezinde eser element eksikliklerinin de nedenler arasında olduğu iddia edilmiştir. Fakat yapılan çalışmada HG'lu gebelerle kontrol grupları arasında plazma ve eritrosit çinko, bakır ve magnezyum seviyeleri karşılaştırılmış, belirgin bir farklılık gösterilememiştir (52).

2.2.4.5. Helikobakter Pylori Enfeksiyonu

Son zamanlarda HG etiyolojisine yönelik yapılan çalışmalarda en sık suçlanan mikrobiyolojik ajan Helikobakter Pylori'dir (HP). HP gram negatif, mikroaerofilik, hareketli bir bakteridir ve akut gastrit, kronik gastrit, foliküler gastrit, gastrik ve duodenal ülserler, gastrik adenokarsinoma ve gastrik lenfoma gibi pek çok gastrointestinal hastalığının oluşumuna neden olur. Fakat araştırma sonuçları çelişkilidir. Yapılan bazı çalışmalar HP enfeksiyonunun HG ve çeşitli derecelerde BK ile anlamlı bir ilişki olduğunu bildirirken, bazılarında HP ile BK arasında ilişki saptanamamıştır (53).

2.2.4.6. Genetik

GBK nedenleri arasında genetik yatkınlık da bildirilmiştir. Monozigotik ikiz kızlarda GBK yakınmasının, ikiz olmayan kız kardeşlere oranla daha fazla olduğu gösterilmiştir (54). Bununla birlikte gebelikleri sırasında bulantı-kusmadan yakınan kadınların kızlarında da bu yakınma daha fazla görülmektedir (55). Yapılan çalışmalarda etnik gruplar arasında HG prevalansının farklılık gösterdiği, bazı etnik gruplarda az görülürken, bazılarında daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.

Çalışmalarda bulunan sonuçlar hastalığın genetik özellikler ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir (56).

2.2.4.7. Vestibüler Sistem

Vestibüler sistemden kaynaklanan BK ya normal bir vestibüler sistemin yeterli bir süre boyunca anormal olarak uyarılmasına bağlı olarak ya da anormal çalışan vestibüler sistemin oluşturduğu uyarılarla tetiklenir. Normal çalışan vestibüler sistemden kaynaklanan bulantı-kusmanın görülmesinde en çok kabul gören teori “karışıklık teorisidir”. Bu teoriye göre BK vestibüler sistem, göz, eklemler gibi birbirlerinden bağımsız denge ve konum bildirici reseptörlerin uyarıları arasında uyumsuzluk varsa ortaya çıkmaktadır (57). Gebelikte görülen hormonal değişiklikler farklı algılamayı kolaylaştırabilir. Fizyolojik olarak normalde vestibüler labirente bulunan endolenf ve perilenf sıvıları, plazma ozmotik basıncındaki değişikliklerden etkilenmemektedirler. Bazı çalışmalarda gebelikte ortaya çıkan vazopressin direnci ve β - hCG etkisiyle plazma ozmolaritesindeki değişikliklerin kolayca labirente yansıdığı bildirilmiş ve GBK daha sık görülmesinin nedeni olarak bu teori gösterilmiştir (58).

2.2.4.8. Koku Duyusu

Gebelerdeki bulantı-kusmanın en önemli tetikleyicilerinden biri de kokulardır. Gebelerdeki bulantı-kusmayı ortaya çıkaran başlıca kokular kahve kokusu, yemek kokusu (özellikle de et kokusu), parfüm kokusu, uçucu maddelerin kokusu (petrol ürünleri), sigara kokusudur. Yardımcı üreme teknikleri ile sağlanan gebeliklerde, Kallman sendromlu (konjenital anosmi) hastadan sadece birinde GBK’sı görülmüştür. Bu sonuç koku duyusunun gebelikteki bulantı-kusmayı tetikleyen önemli bir uyarıcı olduğunu düşündürmektedir (59).

2.2.4.9. Psikolojik Nedenler

Tarihsel olarak, gebe bir kadının kusmasının çeşitli psikolojik çatışmaları göstermek için ortaya çıktığı düşünülmektedir. Gebenin ev ortamından ayrılması ya da tekrar dönmesinin hastalık bulgularının gerileme veya şiddetlenmesine yol açabilmesi, ayrıca hipnoz ve antidepresif ilaç kullanımı gibi psikiyatrik tedavi yöntemlerinin şiddetli GBK’sı olan gebelerin tedavisinde faydalı olabileceğinin gösterilmiş olması, hastalara yaklaşımda psikolojik faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir (60,61).

Munch ve ark (62) aşırı kusmayı, bebeğin ve anneliğin sembolik olarak reddinin ortaya çıkış semptomları olarak ifade etmişlerdir. Bulantının kadının immatür kişilik, anneye güçlü bağımlılık, anksiyete ve gebelikle ilişkili stresten dolayı gebeliğe veya anneliğe hazırlıksız oluşunun ambivalan duygularına karşı kızgınlık sonucu ortaya çıktığına inanılmaktadır (26). BK'nın özellikle aileden ve ev ortamından kaynaklanan psikolojik çatışmalar nedeniyle, muhtemelen gebeliğe karşı bir protesto eylemi olarak geliştirildiği düşünülmektedir (7). 1600'lü yıllardan 1929'lara kadar BK'nın sebebiyle ilgili yapılan çalışmalar fizyopatoloji üzerine odaklanmıştır. 19. yüzyıl sonlarına doğru intrapsişik teoriler somatik teorilerle yer değiştirmeye başlamıştır. Birçok araştırmacı tarafından sorunun nörotik orijinli olabileceğinin kabul görmesiyle psikoanalitik teori gündeme gelmiştir. Psikoanalitik teoriye göre GBK'sı; koital fonksiyonlarda rahatsızlık, sinirlilik ve dışa adaptasyonda güçlük, depresyon, anksiyete, somatik ve histerik şikâyetler, kadınlığı reddetme, kişisel sınırlılıklar, anne-baba ve eşle ilişkiler, sosyal stresler, gebeliğin bilinçsizce reddi, gebeliğe karşı ambivalan duygular, düşük zekâ düzeyi, planlanmamış gebelikler, kendi imajı hakkında tereddüde düşme gibi psikolojik faktörlerden kaynaklanmaktadır (3,64).

Gebeliği istemeyen, gebelik hakkında yetersiz bilgisi olan, annesi ve/veya eşi ile ilişkileri kötü olan, doktoru ile iletişimi kötü olan, stres yaşayan gebelerde BK'nın daha sık görüldüğü belirlenmiştir (64,65). Diğer yandan yapılan birçok çalışmada gebeliğin planlı olması, evlilik durumu, gebelikle ilgili olumlu beklentilerin varlığının GBK'sının gelişmesi üzerine etkisi olmadığı gösterilmiştir (26).

Birçok çalışma GBK ve psikososyal ve psikiyatrik problemler arasında bir ilişki olduğunu göstermeye çalışmaktadır. Lub-Moss ve Eurelings-Bontekoe (66) çalışmalarında, şiddetli GBK etiolojisinin açık olmaması nedeniyle sebepleri yerine risk faktörlerini belirtmişlerdir.

GBK literatürde 6 kategoriye ayrılan psikososyal risk faktörleri kısaca aşağıdaki gibidir:

- 1) Nevroz ve dışa dönüklük: Bu değişken nörotik semptomları içerir.
- 2) Sinirsel hastalıklar (DSM-IV): Depresyon, anksiyete, somatik ve histerik şikâyetler, konversiyon bulgusu, seksüel bozukluklar; anorgasmi, cinsel soğukluk ve seksüel isteksizlik.

3) Kimlik bozuklukları (DSM-IV): Kadınlığı reddetmesi.
4) Kişilik bozuklukları (DSM-III): Borderline kişilik bozukluğu ve histriyonik kişilik.

5) Kişilerarası stres faktörleri

- Anne ile olan ilişkiler
- Baba ile olan ilişkiler
- Model olma: Bazı kadınlar bulantının gebeliğin kaçınılmaz bir semptomu olduğuna inanır. Çünkü akrabaları ve arkadaşları gebelikleri sırasında bulantı yaşamışlardır.

- Evlilik durumu
- Eşle olan ilişki
- Güven problemleri
- Sosyal Stres: Önemli bir kişinin kaybı, kişilerarası ve mesleki problemler, evdeki sorunlar, maddî problemler, sosyal destek eksikliği stres faktörü olabilir.

6) Gebeliğe özgü faktörler

Nova Scotia retrospektif çalışmasında HG tanısı alan gebeler yüksek oranda psikiyatrik tanı almışlardır(67). Verberg ve ark. ise HG tanısı alanlarda, gebelikte ya da gebelik sonrasında psikiyatrik hastalıkların daha yüksek oranda görülmeye başladığını bildirmişlerdir(7). Majerius ve ark. (68) HG'lu kadınlarda daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık görüldüğü hipotezini reddetmişlerdir.

Uguz ve ark. (69) HG' da duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğunun prevalansını sırasıyla %15.4 ve %36.5 olarak bildirmişlerdir. HG hastalarının %36.5'unda en az bir kişilik bozukluğu bulunmuştur. HG 'lu kadınların üçte birinde en az bir psikiyatrik tanı aldığını ve bu oranların normal popülasyondan daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Majör Depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olanlarda HG prevalansı daha yüksek bulunmuştur (69).

Şimşek ve ark. (70) HG tanısı alan gebelerin sağlıklı gebelere göre depresyon ve anksiyete puanlarının anlamlı oranda yüksek olduğunu saptamışlardır. GBK ile

depresyon arasındaki ilişki açısından çelişkili yayınlar mevcuttur (71). Bazı araştırmacılar iki durum arasında ilişki saptarken, bazıları ilişki göstermemiştir (72).

HG' un etiyojisine yönelik yapılan çalışmalarda psikolojik stres ve nedenlerin HG' un nedenlerinden değil, HG' un sonucu olduğu da ifade edilmiştir (73,74).

HG tanısı alan gebelerde, gebelik sırasında aldıkları psikiyatrik tanılarının doğum sonrası dönemde de devam etmekte olduğu birçok yayında gösterilmiştir. Poursharif ve ark. (75) HG tanısı alan gebelerde gebelik sonrası devam eden anksiyete, depresyon gibi negatif psikososyal etkinin olduğunu belirtirken, Fejzo ve ark. (16) HG tanısı alan gebelerin bazılarının doğum sonrası dönemde de bulantı, kas ağrısı gibi semptomların yanı sıra posttravmatik stres bozukluğuna ilişkin semptomların da devam ettiğini saptamışlardır.

2.2.5. Tanı ve klinik özellikler

HG tanısı anamnez, muayene ve laboratuvar bulguları ile konur. GBK'sının nedeni her zaman gebelik olmayabilir. BK yakınmasıyla başvuran bir gebede olası diğer nedenler de araştırılmalıdır. BK şikâyetinin sık görülebildiği hastalıklar arasında gastroenterit, appendisit, intestinal obstrüksiyon, akut kolesistit, pankreatit, pnömoni, üst solunum yolu enfeksiyonu, menenjit, akut piyelonefrit sayılabilir. Anamnez alınırken hastanın yaşı, önceki gebeliklerine ait obstetrik öyküsü sorgulanmalı, önceki gebeliklerinde de BK olup olmadığı sorgulanmalıdır. Ayrıca gebelikte BK görülme sıklığını artıran ikiz gebelik veya mol hidatiform öyküsü araştırılmalı ve önceki gebeliklerinde kromozomal anomalili fetüs (trizomi 13, trizomi 21) olup olmadığı da sorgulanmalıdır. Hastalığın genetik kökeni de düşünülerek, ailedeki diğer bayanların da gebeliklerinde BK geçirip geçirmediği ve geçirenlerde ne şiddette olduğu öğrenilmelidir. GBK'sının özgün bir muayene bulgusu yoktur. Fizik muayenede batin muayenesinin normal olması, organomegali görülmemesi, ateş olmaması, ense sertliğinin olmaması, alt ve üst solunum yollarına ait bir enfeksiyon bulgusunun olmaması, idrar yolu enfeksiyonuna dair bir yakınma olmaması ve laboratuvar sonuçlarının normal olması BK'nın gebeliğe bağlı olduğunu düşündürür (76).

Fizik muayeneyle tüm sistemler gözden geçirildikten sonra laboratuvar testleri istenmelidir. Laboratuvar bulgusu olarak, dehidratasyona bağlı idrar dansitesinde artış, ketonüri, serum kan üre nitrojeninde ve kreatinin düzeyinde artış, hematokrit

düzeyinde artış genellikle görülür. Serum aminotransferaz ve total bilirubin miktarlarında yükselme, serum sodyum, potasyum ve serum pH değişiklikleri görülebilir (77). Nadir komplikasyon olarak Wernicke ensefalopatisi, pankreatit ve renal yetmezlik ortaya çıkabilir (78,79). BK'nın şiddetinin değerlendirilmesinin nesnel olarak yapılabilmesi için puanlama sistemleri geliştirilmiştir. Bu nedenle kemoterapiye bağlı BK'nın değerlendirilebilmesi için geliştirilmiş olan Rhodes testi altın standart olarak kabul edilmektedir (80). Ancak uzun olması nedeniyle bu puanlama sistemine alternatif olarak geliştirilmiş puanlama sistemi PUQE'dir (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) (81). Bu çalışmaların sonucunda önerilen testlerden biri olan PUQE'nin, Rhodes kadar değerli ve hassas bir değerlendirme aracı olduğu saptanmıştır (81,82). PUQE testi bulantı ataklarının sayısını, kusma sayısını ve öğürme sayısını sorgulamaktadır. PUQE testi ile Rhodes testinden elde edilen sonuçlarının uyumlu olduğu görülmüştür (81).

2.2.6. Ayırıcı Tanı

HG' un tanısı gebelikte bulantı-kusmaya neden olabilecek diğer nedenlerin dışlanması ile konulmaktadır (83) (Tablo 1). Dirençli BK şikâyetiyle başvuran gebelerde detaylı bir öykü alınmalı, fizik muayeneyle tüm sistemler gözden geçirilmeli ve öncelikle düşünülen patolojiyi ortaya koymak üzere seçilen laboratuvar testleri istenmelidir.

Tablo 1. Gebelikte dirençli bulantı-kusma şikâyetiyle başvuran hastalarda ayırıcı tanı

Gastrointestinal hastalıklar: Gastroenterit, Biliyer sistem hastalıkları, Hepatit, İntestinal tıkanıklık, Peptik Ülser, Pankreatit, Appendisit

Metabolik Hastalıklar: Diabetik Ketosidoz, Porfıria, Addison Hastalığı, Hipertiroidi

Nörolojik Hastalıklar: Pseudümor cerebri, Vestibüler lezyonlar, Migren baş ağrısı, Santral sinir sistemi tümörleri,

Genitoüriner hastalıklar: Piyelonefrit, Üremi, Dejenere uterin leiomyom, torsiyon (adneksler) , Böbrek taşı

Gebelikle ilişkili Durumlar: Gebelik bulantı-kusması, Gebelikte akut yağlı karaciğer, İlaç toksisitesi veya intoleransı

2.2.7. Komplikasyonlar

HG'lu gebelerde annede ve bebekte komplikasyonlar görülebilir.

2.2.7.1. Anneye ait komplikasyonlar

Anneye ait komplikasyonlar, hafif ve orta şiddetli BK'da görülen benign komplikasyonlar ve ağır şiddetli BK'da görülen hayatı tehdit eden komplikasyonlar olarak iki başlık altında toplanabilir.

Bening komplikasyonlar; Kilo kaybı, dehidratasyon, kusmaya bağlı alkaloz, malnutrisyona bağlı asidoz, hipokalemi, tetani, kas güçsüzlüğü, K vitamini yetmezliğine bağlı koagülasyon bozuklukları ve psikolojik bozukluklardır (83).

Hayatı tehdit eden komplikasyonlar; Wernicke ensefalopatisi, Mallory-Weiss yırtıkları, santral pontin myelinozis, karaciğer ve böbrek yetmezlikleri, pnömotoraks, özefagus rüptürüdür (78,84).

2.2.7.2. Bebeğe ait komplikasyonlar

HG' un fetüs üzerine etkileri tartışmalıdır. Araştırmacılar tarafından HG'lu gebelerde beslenmenin azalması ile annenin besinler içindeki olası toksinleri almaktan korunduğu, böylece gelişmekte olan embriyo veya fetüs üzerine teratojenik madde maruziyetinin azaltıldığı teorisini öne sürülmüştür (85). Buna karşın bazı araştırmalarda HG nedeniyle oluşan aşırı kilo kaybı ve malnutrisyonun düşük doğum ağırlığı, antepartum hemoraji ve preterm doğum ve fetal anomali ile sonuçlanma ihtimalinin sağlıklı gebelerden daha fazla olduğunu bildirilmiştir (86,87). Tsang ve ark. (35) gebelik takiplerinde komplikasyon saptanmayan 13053 gebe ile HG tanısıyla hastanede yatarak tedavi gören 193 gebeyi maternal ve fetal sonuçları yönüyle değerlendirmişler ve ortalama doğum ağırlığı, doğumdaki gebelik haftası, preterm doğum oranları, Apgar skorları, perinatal mortalite ve fetal anomali oranları yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık saptayamamışlardır.

2.2.8. Tedavi

HG' da tedaviye hastalığın şiddetine ve varsa eşlik eden komplikasyonlara göre başlanılır. Tedavi yöntemleri farmakolojik ve non-farmakolojik olmak üzere ikiye ayrılabilir. Klinik tablonun daha hafif seyirli olduğu GBK'larında tedavi başlangıcında diyet rejimi değişiklikleri, antiemetik-vitamin kombinasyonları tercih edilirken, HG olgularında ise hospitalizasyon, sıvı-elektrolit replasmanı, total parenteral veya enteral beslenme seçenekleri tercih edilmektedir. Tedavi izleminde

hastaların günlük aldığı çıkardığı mayi miktarı ve kilo takibi yapılır. Başlangıçta ağızdan beslenebilecek iştah seviyesine gelinceye dek birkaç gün besin kısıtlamasını takiben küçük porsiyonlarla giderek arttırarak beslenmeye geçilir. Tüm tedavi uygulamaları sırasında hastalara psikolojik destek ve güven duygusu verilmesi, psikiyatri konsültasyonu istenmesi önemlidir.

2.2.8.1. Non-farmakolojik tedavi

2.2.8.1.1. Diyet tedavisi

Yağlı yiyecekler mide boşalmasını geciktirdiği, sebzeler ve lifli gıdaların sindirimi daha uzun zaman aldığı, portakal ve limonlu meyve suları asit oluşumunu arttırdığı, demir preparatları tahriş edici etkiye neden olduğu için, bu besin ve preparatların tüketiminden olabildiğince uzak durulmalıdır. Başlıca protein ve karbonhidratlardan oluşan, beraberinde az miktarda elektrolitli sıvı alınan, küçük ancak sık aralıklı porsiyonlarla beslenilmelidir. Koch ve ark. (76) GBK'larında basamaklı diyet önermişlerdir. Başlangıçta hafif tuzlu tavuk suyu ve biraz rahatlayınca şehriyeli çorba ve beraberinde tuzlu krakerler alınabilir. Her seferinde 30-60 ml çorba alınarak, miktar günde 1-1.5 litreye (1500 kalori) tamamlanmaya çalışılır. Bir sonraki aşamada ise hastanın hoşuna giden, kokusu rahatsız etmeyen patates, pirinç, fırında pişirilmiş tavukgöğsü gibi midede kolayca sindirilebilen yiyeceklerden, toplam günde 6 öğüne tamamlanacak sıklıkta verilebilir. Tüm bu diyet uygulamaları sırasında ek olarak günlük ihtiyacı karşılayacak bir vitamin preparatının verilmesi de önerilmektedir (76).

2.2.8.1.2. Zencefil

GBK'larında kullanılan alternatif tedavi ajanıdır. Günlük 1 gram (4x250 mg) dozunda alınan zencefilin bulantı-kusma semptomlarının giderilmesinde ya da azaltılmasında plasebodan daha etkili olduğu bildirilmiştir (45). Zencefile yönelik herhangi bir fetal anomali risk artışı yayınlarda bildirilmemiştir (45).

2.2.8.1.3. Hipnoz Tedavisi

Hipnoz davranışsal tedaviler içinde en sık kullanılanlardan biridir. Gebeler üzerinde yapılmış kontrollü çalışmaların eksikliğine rağmen, ilaç tedavisinden yanıt alamamış bir hasta grubunda 1-3 hipnoz seansı sonrası % 88 başarı elde edildiği gösterilmiştir (88).

2.2.8.1.4. Acupuncture-acupressure-acustimulation

Çin tıbbında el bileğinin iç yüzünün 4-5 cm (3 parmak) üzerindeki pericardium-6 (P-6) Neiguan noktasına akupunktur uygulanarak mide rahatsızlıkları, bulantı ve kusma tedavi edilebilmektedir. P6 noktası palmaris longus ve flexor carpi radialis kaslarının tendonları arasında ve median sinirin hemen üzerinde yer almaktadır. Buraya uygulanan iğne ya da elektriksel stimulasyon el ve parmaklara yayılan elektrik akımı hissi (deqi) yaratmaktadır. Rosen ve ark. (89) gebelik bulantı kusması şikayetleri olan 187 hastayı P-6 noktasına sinir uyarısı uygulananlar ve plasebo (koldaki ilgisiz noktaya uyarı) gruplarına ayırarak grupları tedaviye yanıt yönüyle karşılaştırmışlardır. Tedavi grubunda BK indeksindeki azalma oranı kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha fazla (p: 0.003) bulunmuştur. Koch ve ark. (48) P-6 noktası uyarısının gastrik myoelektrik aktiviteyi değiştirerek, midenin normal (dakikada 3 kez) sıklık aktivitesine dönmesinin sağladığını bildirmişlerdir.

2.2.8.2. Farmakolojik tedavi

2.2.8.2.1. Pyridoxine (Vitamin B6) ve Doxylamine

Pyridoxine tek ajan olarak kullanılabilirdiği gibi doxylamine'le kombine preparat halinde de kullanılabilir. Pyridoxine'nin günde 3 kez 25 mg'lık tabletler halinde alınmasının GBK'larını plaseboya göre azalttığı yapılan araştırmada gösterilmiştir (90).

2.2.8.2.2. Antiemetikler

Pyridoxine ve/veya Doxylamine preparatlarından fayda görmeyen hastalara antiemetikler (klorpromazin, proklorperazin, prometazin, trimethobenzamide ondansetron, droperidol) uygulanabilir. Fakat ilaçların etkinlikleri değişmektedir. Siu ve ark. (91) intravenöz (IV) sıvı replasmanı ve promethazine-metoclopramide kombinasyonu uygulanmasına karşın durumu ağırlaşan ve gebelik terminasyonu düşünülen HG'lu bir olguda IV serotonin (5HT-3) reseptör antagonisti ondansetron tedavisi ile 2 gün içinde yanıt alındığını ve gebeliğin terme kadar götürülebildiğini göstermişlerdir.

2.2.8.2.3. Antihistaminik ve antikolinergikler

Diphenhydramine, meclizine ve dimenhydrinate'm kullanıldığı araştırmalarda her üç ilacında plaseboyla karşılaştırıldığında GBK'larının azaltılmasında daha etkili olduğu gösterilmiştir (92).

2.2.8.2.4. Motilite ilaçları

Metoklopramide alt özefagus sfinkter basıncını arttırmasının yanı sıra, gıdaların mideden geçiş sürecinin hızlandırır. HG' un tedavisinde plaseboya göre daha etkili olduğu gösterilmiştir (93).

2.2.8.2.5. Kortikosteroidler

Çalışmalarda oral veya parenteral yolla uygulanan steroid tedavisinin HG'lu hastaların iyileşme sürecini hızlandırdığı ve bu nedenle tekrar hastaneye yatırılma sayısını azalttığı bildirilmiştir (94,95). Kortikosteroidlerin bulantı kusmayı azaltmadaki etki mekanizmaları tam olarak bilinmemekle birlikte, beyindeki kemoreseptör trigger zone'a etkiyle bulantıyı inhibe ettikleri tahmin edilmektedir. Ayrıca steroidler kişinin kendini iyi hissetmesini sağlayarak (öforizan), aşırı immun sistemik yanıtı baskılayarak ve iştahı açarak HG' lu hastalarda faydalı olabilir (95). Yost ve ark. (96) 110 HG'lu hasta üzerinde yaptıkları randomize, plasebo kontrollü deneyde, hastaları klasik standart (promethazine 25 mg ve metoclopramide 10 mg 4x1) tedavi alan ve standart tedaviye ek olarak kortikosteroid kullananlar şeklinde iki gruba ayırmışlardır. Sonuç olarak kortikosteroid kullanan grubun, diğer gruba tedavi başarısı yönünden üstünlüğü gösterilememiştir.

2.2.8.2.6. Intravenöz sıvı (IV)-elektrolit replasmanı

Yeterli sıvı alımını sağlayamayan ve ketotik olan her gebenin tedavisi hastaneye yatırılarak yapılmalıdır. Mide içeriğinin uzun süreli kaybı hipokloremik metabolik alkalozaya yol açmaktadır. Tedavide ilk amaç yeterli miktarda ve uygun içerikli sıvının yerine konmasıdır. Ancak bu konuda standartlaşmış bir mayii rejimi yoktur. Genellikle başlangıçta saatte 200-300 ml verilir, 2 litreyle hidrasyon sağlandıktan sonra, hastanın idrar çıkarma miktarına göre idame mayi verilir. Wernicke ensefalopatisi gelişimini önlemek için dekstrozu sıvılar verilmeden önce normal serum fizyolojik (%0.9 sodyum klorür; 150 mmol/LNa+) veya Hartmann solüsyonu (%0.6 sodyum klorür;131 mmol/l Na+), ringer laktad gibi elektrolit içeren mayilerle tedaviye başlanmalıdır. Bu solüsyonlara gerekli görülürse potasyum klorür eklenebilir. Daha yüksek konsantrasyonlu NaCl solüsyonlarının şiddetli hiponatremi vakalarında dahi yeri yoktur. Çünkü bunlar serum sodyumunun aşırı hızlı düzelmesi ve beraberinde santral pontine myelinolizi riskini getirirler. Dekstrozu sıvı tedavisine başlanmadan önce 100 mg IV B1 vitamini (thiamin) uygulanmalıdır (82).

Sıvı elektrolit tedavi rejimleri, sodyum ve potasyum ölçümleri ve diğer elektrolitlerinin serum düzeylerine göre günlük ayarlanmalıdır. IV sıvı replasman tedavilerine genellikle antiemetik ilaçlar da eklenmektedir. Günlük sıvı alım ve çıkım tabloları tutulmalı, ayrıca hastalar tartılarak kiloları izlenmelidir.

2.2.8.2.7. Enteral ve parenteral beslenme

Yukarıda önerilen tedavi rejimlerinin yoğun biçimde uygulanmasına rağmen bulantı kusması devam eden hastalarda son çare olarak enteral ve parenteral beslenme seçenekleri devreye sokulmalıdır. Bu tedavi rejimlerinde hastanın günlük kalori ihtiyacını karşılayacak biçimde elektrolit, protein, yağ ve karbonhidrat içeren sıvılardan, saate ortalama 100 ml gidecek şekilde verilmektedir.

2.2.8.2.8. Enteral beslenme

Enteral beslenme parenteral hiperalbuminasyona tercih edilmelidir. Enteral beslenme maliyet açısından total parenteral nutrisyondan daha ucuzdur. Genellikle endoskop içinden geçirilerek jejunuma yerleştirilen 8-10 Fréch çaplı kateterler kullanılmaktadır. Nazogastrik tüpü tolere edemeyen hastalarda beslenme tüpü perkutan endoskopik gastrotomi ile direkt olarak mideye yerleştirilebilir (97).

2.2.8.2.9. Total parenteral beslenme (TPN)

TPN çok ciddi olgularda destek tedavisi olarak gerekebilir. Tedavinin 2 haftadan uzun süreli devam edebileceği düşünülen olgularda periferalden ziyade santral kateterler tercih edilmelidir. Metabolik ve enfeksiyon komplikasyonları açısından dikkatli izlem zorunludur. Kateter giriş yeri enfeksiyon açısından düzenli olarak gözlenmelidir. Kateterin endotelde hasar yapması trombozisi provoke edebilir. Endotel hasarına ek olarak hiperosmolar sıvıda trombozise katkıda bulunabilir (98).

2.2.9. Prognoz

HG sonuçları ile ilgili birçok çalışma olup sonuçlar tartışmalıdır. Çoğu çalışmada fetal ve maternal morbidite ve mortalite üzerinde olumsuz etkisi olmadığı bildirilmiştir. Genel popülasyonla karşılaştırıldığında hiperemesisli olgularda spontan abortus oranının artmadığı ve ölü doğum oranının daha düşük olduğu yönünde çalışmalar mevcuttur (86,87,99). Fairweather ve ark. (2) yaptığı çalışmada 14.813 gebe değerlendirilmiş, prematürite sıklığı ve ortalama gebelik süresi açısından hiperemesisli olgularla normal gebeler arasında bir farklılık görülmediği bildirilmiştir. Aynı çalışmada hiperemesis ile konjenital malformasyon arasında bir

ilişki bulunamamıştır. Retrospektif başka bir çalışmada, 3.068 hiperemezisli gebe incelenmiş, yine HG ile erken doğum ve düşük doğum ağırlığı arasında ilişki olduğu ortaya konulmuş, ancak bunun perinatal dönemde hayatta kalmayı etkilemediği bildirilmiştir. Konjenital malformasyon oranının hafif olarak arttığı saptanmıştır (4). Bu malformasyonlar kalça displazisi, inmemiş testis ve Down sendromudur. Gross ve ark. (87) yaptıkları çalışmada gebelik öncesi ağırlıklarının %5'inden daha fazlasını kaybeden hiperemezisli gebelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı ve fetal gelişme geriliği olduğunu ortaya koymuşlardır. Tüm bu çalışmalar incelendiğinde kilo kaybı, beslenme yetersizliği ve elektrolit bozukluğu olan gebeler, semptomlar giderilmez ve tedaviden yoksun kalırlarsa düşük doğum ağırlığı ve fetal gelişme geriliği açısından risk altındadırlar.

Literatür taramasında HG' da etiyolojiye yönelik birçok çalışma olmasına rağmen etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır (7). HG hastalığının çeşitli ruhsal sorunlarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte ilişki göstermeyen çalışmalarda bulunmaktadır (34). Çalışmalarda sosyodemografik özellikler arasında da çelişkili sonuçlar gösterilmiştir (35).

Bu çalışmada HG tanısı almış organik etiyoloji tespit edilmemiş gebelerle sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri, depresyon düzeyleri, durumsal ve sürekli kaygı düzeyleri, çocukluk çağı travma yaşantısı, bedensel duyumları abartma değişkenleri açısından farklılıkları karşılaştırılmıştır.

Yapılan çalışmalarda farklı ölçekler kullanılmış ama literatür taramasında (pubmed, medline) çocukluk çağı travmalarının HG' la ilişkisini ortaya koyan çalışmaya rastlanılmamıştır. Çocukluk çağı travmaları, özellikle duygusal ihmal ve istismar sonucunda insanların yaşam boyu fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görme, psikolojik/fiziksel sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girme durumunun söz konusu olması ve insanların normal psikolojik gelişim sürecine dâhil olamamaları nedenlerinden dolayı çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar konusunun göz ardı edilmemesi gerektiğini düşündürmektedir. Diğer yandan erken dönem olumsuz yaşantılarla kendini gösteren çocukluk çağı travmalarının doğurabileceği olumsuz sonuçlarla tutarlı olarak, erken çocukluk döneminde bakım verenle kurulan olumsuz ilişki deneyimler sonucu öğrenilen güvensiz bağlanma

biçimleri (bağlanmanın kaygı ve kaçınma boyutu) yetişkinlikte bireylerin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Çocuk istismar ve ihmali konusunda yapılan çalışmalarda farklı istismar ve ihmal türlerinin farklı gelişimsel etkileri olabileceği belirtilmektedir. Fiziksel istismara uğrayan bireylerde; fiziksel yaralanma, uzun dönemde engele sahip olma, duygusal uyum problemleri; cinsel istismara uğrayan bireylerde daha çok güven, heteroseksüel ilişkiler konularında sorunlar; ihmale maruz kalan bireylerde ise bilişsel işlevlerde gerilik gözlendiği belirtilmektedir (100,101). İhmalin gelişim üzerindeki etkisini değerlendiren bir gözden geçirme çalışmasında bilişsel, sosyal ve duygusal işlevlerde, eğitim alanında, duygusal ve davranışsal gelişimde, sosyal ilişkilerde ve kendini sunma (social presentation), kendine bakım becerileri (self-care skills) konusunda problemler görüldüğünü belirtmektedir (102). Fiziksel istismarın davranış problemleri, depresyon ve içselleştirilmiş davranışlarla ilişkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (103,104). Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar somatizasyon gelişimine katkıda bulunabilir. Somatik semptomların travmatik deneyimlerin sekeli olabileceği ilk olarak Freud tarafından ortaya atılmıştır (105). Bir çalışmada affektif bozukluklarla (%16) kıyaslandığında somatizasyon bozukluğu olan kadınlarda (% 55) çocukluk çağında istenmeyen cinsel temas oranının daha fazla olduğu gösterilmiştir (106). Bir başka çalışmada ensest mağdurları arasında somatizasyon bozukluğu oranının %14 olduğu gösterilmiştir (107). Bunun yanında Spertus ve arkadaşları (108) cinsel kötüye kullanımın somatizasyon bozukluğu için öngörücü olmadığını fakat fiziksel kötüye kullanımın ilişkili olabileceğini, tüm travmalar arasında fiziksel kötüye kullanımın somatizasyon için en iyi öngörücü olduğunu vurgulamışlardır. Kronik pelvik ağrı hastaları kontrol grubuna göre daha fazla cinsel kötüye kullanım öyküsü bildirmişlerdir (109). Bir başka çalışmada da çocukluk çağında kötüye kullanım öyküsü olanların daha fazla somatik semptom ve kronik pelvik ağrı bildirdikleri ortaya konmuştur (110).

Çocukluk çağı travmasının birçok psikiyatrik hastalık ile ilişkisi olduğu bilinmekte ve erişkinlikte hastalık oluşumu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir (111). Dissosiyatif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, somatizasyon bozuklukları, antisosyal /kişilik bozukluğu, alkol-madde bağımlılığı, depresyon, konversiyon bozukluğu,

kaçıngan kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk gibi birçok psikiyatrik hastalık ile çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (112-114). Çocukluk çağı travmaları, çocukluk çağında ve erişkinlikte birçok patolojiyle pozitif ilişkili olup, çocuklukta geçirilen travmatik olaylar da erişkinlikte kendisini geniş spektrumda hastalıklarla gösterebilir.

Duygusal ihmal ve istismar ile yetişkinlikte duygusal ve somatik fonksiyon arasındaki ilişkinin gücünü vurgulamaktadır (115). Son zamanlarda duygusal istismar ve ihmal öyküsüne sahip bireylerde yürütülmüş bir çalışmada Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin (ÇÇTÖ) duygusal, fiziksel ve cinsel istismar alt ölçekleri ile depresyonun somatik belirtileri arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur (115).

Bu çalışmada amacımız, HG tanısı almış organik etiyoloji tespit edilmemiş gebelerle sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılarak HG etiyolojisini araştırmaktır. Psikolojik etkenler ile HG arasındaki ilişkiyi belirlemek, ilişki bulunursa veri tabanına katkıda bulunmak ve ileride gebelik öncesi risk faktörlerinin saptanması sonucunda, önlemlerin alınması ile HG' un ortaya çıkmasını önlemek, eğer görülürse semptomların şiddetinin azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılmasına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırma tipi

Araştırma vaka-kontrol tipinde, klinik gözlemsel bir çalışmadır. Çalışma için Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 09/10/2013 tarihli 2013/19 karar nolu onayı alındı.

3.2.Araştırmanın yeri ve zamanı

Bu araştırma Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na bağlı birimlerde 14-10-2013 ile 14-11-2014 tarihleri arasında yapıldı.

3.3.Araştırmanın Evreni

Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği tarafından HG tanısı konulan ve etiyolojiyi göstermek amacıyla yapılan tetkikler sonucunda organik neden saptanılmayan 45 gebe, hasta grubuna dâhil edildi. Kontrol grubuna ise sağlıklı 45 gebe dâhil edildi. Çalışmaya alınan gebelerin kronik hastalıkları yoktu. Hasta gruplarına yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), kontrol grubuna ise SCID-I/NP uygulanarak psikiyatrik bozukluk olmadığı doğrulanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce hastalara öncelikle çalışmanın amacı ve yöntemi anlatılarak, katılımları için sözel ve yazılı onamları alındı. Çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanılıp, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verildi. Hastalar ile kontrol gruplarındaki bireylerin tamamı ile yüz yüze görüşüldü. Çalışmada kullanılan soru formu ve ölçekler de aynı görüşmeci tarafından değerlendirildi.

3.4.Araştırmaya dâhil edilme ve dışlanma ölçütleri:

3.4.1.Araştırmanın dâhil edilme ölçütleri;

Hastalar için Kadın Doğum ve Hastalıkları hekimi tarafından HG tanısı almış olması, sonrasında olası organik etiyolojilerin ekarte edilebilmesi için laboratuvar tetkiklerinin (Beta hCG, serbest T3, serbest T4, TSH, Estradiol, Progesteron, ALT, AST, GGT, Laktat dehidrogenaz, Alkalen fosfataz, Total Bilirubin, Glukoz düzeyleri, Tam kan

sayımı ve Tam idrar tahlili) yapılması ve organik etiyolojik neden tespit edilemeyen gebelerin bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmeleridir.

Kontrol grubu için ise HG tanı kriterlerini karşılamayan sağlıklı gebe olması, bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmektir.

3.4.2.Araştırmanın dışlama ölçütleri;

Organik etiyoloji tespit edilmiş HG'lu gebeler, bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmemek, klinik olarak saptanmış mental retardasyonun bulunması, okuma yazma bilmemek ve her iki gruba alınan olguların kronik hastalıklarının olmasıdır.

3.5.Çalışmada Kullanılan Değerlendirme Gereçleri

3.5.1.Sosyodemografik ve Klinik Bilgi formu

3.5.2.Beck depresyon envanteri

3.5.3.Durumluk ve sürekli kaygı envanteri

3.5.4.Bedensel duyuları abartma ölçeği

3.5.5.Çocukluk çağı travma ölçeği

3.5.6.PUQE ölçeği

3.5.1.Sosyodemografik ve Klinik Bilgi formu

Araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla bu çalışma için hazırlanmış sosyodemografik ve klinik bilgi formu kullanıldı. Bu formda katılımcıların yaşı, medeni hali, eş yaşı, doğum yeri, yaşadığı yer, meslekleri, aylık gelir, aile aylık gelir, öğrenim durumu, anne-baba öğrenim durumu, psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara-alkol kullanımı, ek tıbbi hastalık öyküsü, çocuk sayısı, aile tipi, gebelik haftası, HG öyküsünü sorgulayan çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan sosyodemografik ve klinik bilgi formu Ek-1'de sunulmuştur.

3.5.2.Beck depresyon ölçeği

Beck ve ark. (116) tarafından 1961 yılında geliştirilen ve depresyonda görülen emosyonel, somatik, kognitif ve motivasyonel belirtileri ölçmekte kullanılan, kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte 21 belirti ifadesi vardır. Her ifade için 0-3 arasında puanlanan 4 seçenek bulunur. Kişinin, uygulama günü de dâhil olmak üzere son bir hafta içinde kendini en iyi ifade eden cümleleri işaretlemesi istenir. İşaretlenen seçeneklerin puanlarının toplanması ile depresyon puanı elde edilir. Bu puan, depresyonun düzeyini ya da şiddetini gösterir. Ölçeğin değerlendirilmesi 0-63 arasında puanlandırılarak yapılır. Kesme puanı 17 olarak bildirilmiştir. 0-9 arasındaki değerler en düşük değerlerdir, 10-16 arasındaki değerler ılımlı, 17-29 arasındaki değerler orta, 30-63 arasındaki değerler ciddi depresyonu gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli ve ark. (117) tarafından 1988 senesinde yapılmıştır.

3.5.3.Durumluk ve sürekli kaygı envanteri (DSKE)

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı belirlemek amacı ile 1970 yılında Spielberger ve ark. (118) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek Likert tipinde olup “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Envanterin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirliği 1977 yılında yapılmıştır (119). DKE, ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği, kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20-80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan düşük kaygı düzeyini gösterir (119)

DSKE’ inde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanteri’ndeki (DKE) tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanteri’ndeki (SKE) tersine dönmüş ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39’uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık

puanından ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. DKE için bu değişmeyen değer 50, SKE için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

3.5.4. Bedensel duyularını abartma ölçeği

Kişinin normal bedensel duyularını büyütmesini araştıran ölçektir. Likert tipi, 1-5 arası puanlanan, 10 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişiler 'tamamen bana uyar' ile 'kesinlikle bana uymaz' ifadelerini temsil eden 1-5'e doğru artan seçenekleri doldurur. Toplam puan, büyütme/abartma puanı olarak değerlendirilir. Barsky ve arkadaşları (120) tarafından bedenselleştirmeyi açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe güvenilirlik çalışması Güleç ve ark. (121) tarafından yapılmıştır.

3.5.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği – ÇÇTÖ (Childhood Trauma

Questionnaire (CTQ))

Araştırmada 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmek amacıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) kullanılmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği orijinal adıyla 'Childhood Trauma Questionnaire' Bernstein ve ark. (122) tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. 1994 yılında Bernstein ve ark. (123) tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu ölçek, aynı araştırmacı tarafından 28 maddeye indirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şar ve ark. (124) tarafından yapılmış olup, ölçeğin iç tutarlılığı ve test-yeniden test güvenilirliği yüksek bulunmuştur. Sınır kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu belirtilmiştir (125). Bu çalışmada 28 soruluk form kullanılmıştır. Ölçeğin kategorik değerlendirmesi Walker ve ark. tarafından yapılmıştır (126).

Ölçek üç tanesi travmanın inkârını ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 maddeden oluşmakta ve katılımcılar her bir maddeyi 5'li Likert tipi ölçek üzerinde (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=kimi zaman, 4=sık olarak, 5=çok sık) derecelendirmektedirler (122). Ölçek çocukluk çağı istismarıyla ilişkili olarak cinsel,

fiziksel, emosyonel (duygusal) istismar ve emosyonel ve fiziksel ihmal olmak üzere beş alt boyutu kapsamaktadır (122). ÇÇTÖ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin, 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı ÇÇTÖ toplam puanını verir. Alt puanlar 5 -25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16 ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkârını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunların hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir (122). Duygusal (emosyonel) istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerle, duygusal (emosyonel) ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir (122).

3.5.6. PUQE ölçeği

BK'sı olan hastalarda klinik değerlendirmenin nesnel olarak yapılabilmesi için puanlama testleri geliştirilmiştir. Bu puanlama testlerinden asıl olarak kemoterapiye bağlı BK'nın değerlendirilmesi için geliştirilmiş olan Rhodes testi gebeliğe bağlı BK'nın değerlendirilmesi için de kullanılmaya başlanmıştır (80). Değerlendirmede bu test altın standart olarak kabul edilse de, soru sayısının çok fazla olması nedeniyle kullanışlı olmadığı düşünülmüştür. Rhodes puanlama sistemini kullanılarak hazırlanan, daha basit sorguların bulunduğu testlerden biri olan PUQE'nin, Rhodes kadar değerli ve hassas bir değerlendirme aracı olduğu saptanmıştır (81,82). PUQE testi bulantı ataklarının sayısını, kusma sayısını ve öğürme sayısını sorgulamaktadır. PUQE testi ile Rhodes testinden elde edilen sonuçlar arasında sıkı bir uyum görülmüştür (81) Puqe testinin değerlendirmesinde toplam puan 3-6 ise hafif, 7-12 ise orta, 13-15 ise ağır düzeyde bulantı kusma olarak değerlendirilmiştir.

3.6.İstatistik

Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20 versiyonu kullanılarak istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Tanımlayıcı istatistik analizi ardından (frekans, yüzde dağılımı, ortalama±standart sapma) her iki grup arasındaki farkın değerlendirilmesinde sürekli değişkenler için bağımsız gruplar t testi, kategorik değişkenler için Ki kare testi kullanılmıştır. Örneklem sayısının yeterli olması, değişim katsayısının yüksek olmaması, örneklemin normal dağılım ölçütlerini karşılıyor olması ve Levene Testi ile yapılan değerlendirmede homojenite koşulunun sağlanması nedeniyle gruplar arası ortalamaların karşılaştırılması için Bağımsız Gruplar T-testi, değişkenler arası ilişkinin araştırılması için ise Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır. Homojenite koşulunu sağlamayanlarda ise gruplar arası fark Mann Whitney-U testi ile incelenmiştir. Sonuçlar için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ ve $p<0.01$ olarak kabul edildi.

4.Bulgular

4.1.Hasta ve kontrol grubunda sosyodemografik özellikler

Çalışmamıza 45'i HG olgusu, 45'i kontrol grubu olmak üzere toplam 90 olgu alınmıştır. Hasta grubu 21-38 yaş aralığındadır. Kontrol grubu ise 20-39 yaş aralığındadır. Yaş ortalaması HG grubunda 27.53 ± 4.727 , kontrol grubunda ise 27.93 ± 4.550 'dir. Her iki grup arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. HG ve kontrol gruplarında yaş ortalaması dağılımlarının değerlendirilmesi

	Hasta Grubu (n:45)		Kontrol Grubu (n:45)		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Yaş	27.53	4.727	27.93	4.550	-0.409	0.684

t, Student t test; Ort, Ortalama; S.S., Standart Sapma

Çalışmaya alınan olguların hepsi evliydi. Grupların çalışma durumu karşılaştırıldığında HG'lu gebelerin 11'inin (%24.4) çalıştığı, 34'ünün (%75.6) ise çalışmadığı; kontrol grubunun ise 16'sının (%35.6) çalıştığı, 29'unun (%64.4) ise çalışmadığı görüldü. Çalışma durumu açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 2).

Eş çalışma durumuna bakıldığında, HG'lu gebe eşlerinin 43'ü (%95.6) çalışırken, 2'sinin (%4.4) çalışmadığı; kontrol grubu kadınların eşlerinde çalışma oranı 44'ü (%97.8) çalışırken, 1'inin (%2.2) ise çalışmadığı görüldü. Her iki grup arasında eş çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 2).

Olguların gelir durumuna bakıldığında ise HG'lularda olguların 17'sinin (%37.8) aylık gelirinin 1500 türk lirasının üstünde olduğu, 28'inin (%62.2) 1500 türk lirası altında olduğu; kontrol grubunda ise olguların 28'sinin (%62.2) gelirinin 1500 türk lirasının üstünde olduğu, 17'sinin (%37.8) 1500 türk lirası altında olduğu tespit edildi. Gelir düzeyi bakımından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 2).

Eğitim düzeylerine bakıldığında HG grubunun 35'inin (%77.8) ortaokul üstü olduğu, kontrol grubunda ise 39'unun (%86.7) eğitim düzeyinin ortaokul üstü olduğu bulunmuştur. Her iki grup arasında eğitim düzeyi durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 2).

Vakaların doğum yerine bakıldığında HG grubunun 13' (%28.9) il merkezinde, 11'i (%24.4) ilçe merkezinde, 21'i (%46.7) ise köyde doğmuştur. Kontrol grubunun ise 17'si (%37.8) il merkezinde, 12'si (%26.7) ilçe merkezinde, 16'sı (%35.5) köyde doğmuştur. Her iki grup arasında doğum yeri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 2).

Olguların ikamet ettikleri yere bakıldığında ise, HG'lu kadınların 28'si (%62.2) il merkezinde, 6'sı (%13.3) ilçe merkezinde, 11'i (%24.5) köyde ikamet etmektedir. Kontrol grubunun ikamet ettikleri yere bakıldığında ise, 34' (%75.6) il merkezinde, 7'si (%15.6) ilçe merkezinde, 4' (%8.8) köyde ikamet etmektedir. Her iki grup arasında şu anda yaşadıkları yer açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0.005$) (Tablo 2).

Aile tipine bakıldığında HG'lu gebelerin 34' (%75.6) ekirdek aileden, 11'i (%24.4) geniş ailede yaşamaktadır. Kontrol grubunda ise vakaların 38'i (%84.4) ekirdek aileden, 7'si (%15.6) geniş ailede yaşamaktadır. Her iki grup arasında aile tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2. HG ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri

		Hasta Grubu (N=45)		Kontrol Grubu (N=45)		P
		N	%	N	%	
Medeni Hal	Evli	45	100	45	100	
	Evli değil	0	0	0	0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	11	24.4	16	35.6	0.250
	Çalışmıyor	34	75.6	29	64.4	
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	43	95.6	44	97.8	0.557
	Çalışmıyor	2	4.4	1	2.2	
Gelir durumu	1500 tl'den az	28	62.2	17	37.8	0.020*
	1500 tl'den fazla	17	37.8	28	62.2	
Eğitim Düzeyi	Ortaokul altı	10	22.2	6	13.3	0.270
	Ortaokul üstü	35	77.8	39	86.7	
Doğum yeri	İl	13	28.9	17	37.8	0.535
	İlçe	11	24.4	12	26.7	
	Köy	21	46.7	16	35.5	
Oturduğu yer	İl	28	62.2	34	75.6	0.141
	İlçe	6	13.3	7	15.6	
	Köy	11	24.5	4	8.8	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	34	75.6	38	84.4	0.292
	Geniş aile	11	24.4	7	15.6	

*p<0.05

4.2. Hasta ve kontrol gruplarının ebeveyn ve aileye ilişkin özellikleri

Ebeveyn ve aileye ilişkin özelliklerine bakıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0.005$) (Tablo 3). Baba eğitim düzeylerine bakıldığında HG grubunun 17'sinin (%62.2), kontrol grubunun ise 23'ünün (%51.1) ortaokul altı düzeyinde eğitiminin olduğu görüldü. Anne eğitim düzeylerine bakıldığında HG grubunun 36'sının (%80), kontrol grubunda ise 34'ünün (%75.6) ortaokul altı düzeyinde eğitiminin olduğu görüldü. Aile geliri incelendiğinde HG'luların 19'unun (%42.2), kontrol grubundaki olguların ise 16'sının (%35.6) aylık gelirinin 1.500 türk lirası altında olduğu görüldü. Olguların yetiştikleri aile tipi karşılaştırıldığında, HG grubunun 38'inin (%84.4) çekirdek aile, 7'sinin (%15.6) geniş aile içinde büyüdüğü; kontrol grubunun 38'inin (%84.4) çekirdek aile içinde 7'sinin (%15.6) geniş aile içinde büyüdüğü bulundu.

Tablo 3. Ebeveyn ve aileye ilişkin özelliklerin Dağılımı

		Hasta Grubu (N=45)		Kontrol Grubu (N=45)		P
		N	%	N	%	
Baba eğitim	Ortaokul altı	28	62.2	23	51.1	0.288
	Ortaokul üstü	17	37.8	22	48.9	
Anne eğitim	Ortaokul altı	36	80	34	75.6	0.612
	Ortaokul üstü	9	20	11	24.4	
Aile geliri	1500 tl altı	19	42.2	16	35.6	0.517
	1500 tl üstü	26	57.6	29	64.4	
Aile Tipi	Çekirdek aile	38	84.4	38	84.4	1
	Geniş aile	7	15.6	7	15.6	

4.3. Hasta ve kontrol gruplarının obstetrik özellikleri

Olguların gebelik süresi HG grubunda 9.13 ± 2.23 , kontrol grubunda ise 9.8 ± 2.16 'dır. Gebelik isteme oranına bakıldığında HG'lu gebelerin 40'ı (%88.9) , kontrol grubundakilerin ise 43'ü (%95.6) gebeliğini istemektedir. Her iki grup arasında gebelik isteme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). HG' da bulantı-kusma şikâyetlerinin şiddetini ölçen bir ölçek olan PUQE ölçeği olgulara uygulanmış olup HG grubunda ölçek puanı 12.38 ± 1.319 , kontrol grubunda ise 5.02 ± 1.738 'dir. İstatistiksel olarak PUQE ölçeğinden alınan puanlar karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p < 0.01$). Bu bulgular Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Çalışmaya alınan gebelerin obstetrik özellikleri

		Hasta Grubu (N=45)		Kontrol Grubu (N=45)		P
Gebelik süresi, hafta, ort\pmss		9.13 \pm 2.23		9.8 \pm 2.16		
		N	%	N	%	
Gebelik isteme	Evet	40	88.9	43	95.6	0.238
	Hayır	5	11.2	2	4.4	

Ort.,Ortalama; SS,Standart sapma * $p < 0.05$

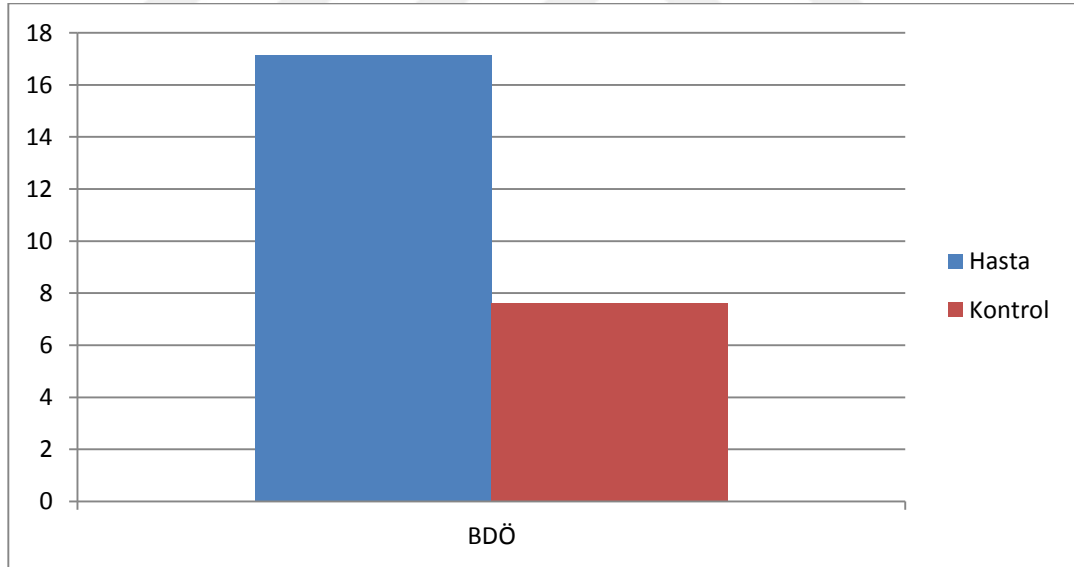
4.4. Beck Depresyon Ölçeği

HG grubunda BDÖ puan ortalaması 17.13 ± 8.628 ; kontrol grubunda 7.64 ± 4.44 olarak tespit edildi. BDÖ puan ortalaması HG grubunda anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($p < 0.01$) (Tablo 5).

Tablo 5. HG ve kontrol gruplarında BDÖ puanlarının karşılaştırılması

	HG grubu		Kontrol grubu		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
BDE	17.13	8.628	7.64	4.44	6.558	0.000*

Ort.,Ortalama; SS,Standart Sapma; t,Student t testi; * $p < 0.01$



Şekil 1: Hasta ve kontrol gruplarında Beck Depresyon Ölçek Puanları Dağılımı

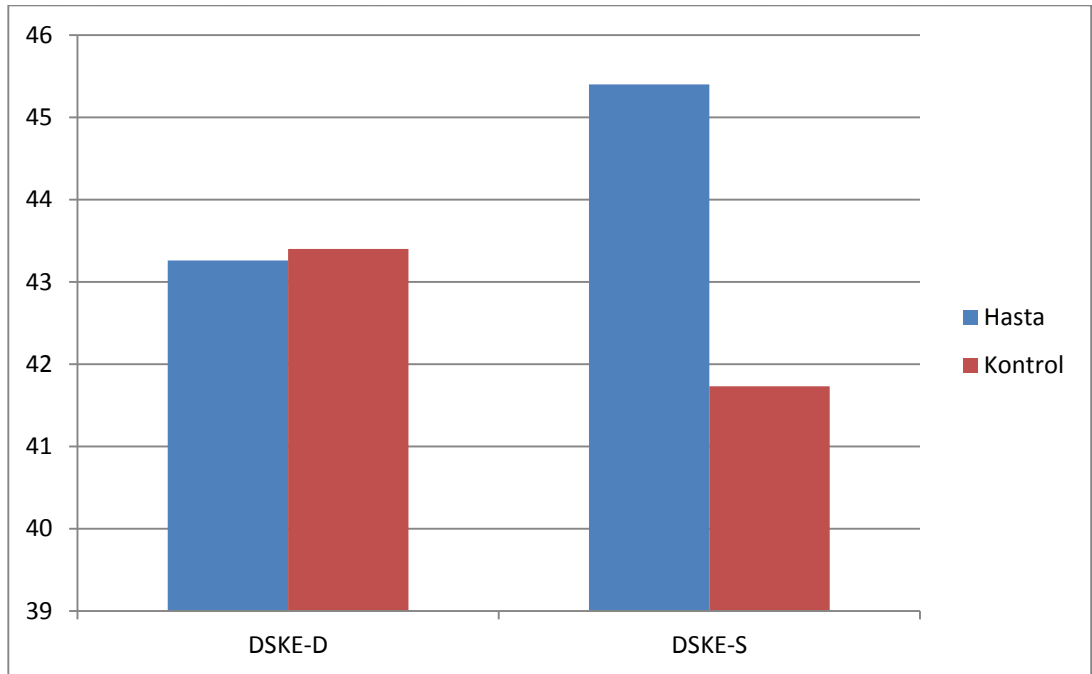
4.5. Durumsal ve sürekli kaygı envanteri

DSKE puan ortalaması HG grubunda 43.26 ± 7.402 ; kontrol grubunda ise 43.4 ± 5.16 olarak bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). DSKE puan ortalaması ise HG grubunda 45.4 ± 5.162 ; kontrol grubunda ise puan ortalaması 41.73 ± 4.95 'tir. HG aldığı puanlar kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Durumsal ve sürekli kaygı envanterinin skorlarının gruplar arası karşılaştırılması

	HG grubu		Kontrol grubu		p
	Ort.	SS	Ort.	SS	
DSKE-D	43.26	7.402	43.4	5.16	0.921
DSKE-S	45.4	5.162	41.73	4.95	0.011*

Ort.,Ortalama S.S.,Standart sapma * $p < 0.05$



Şekil 2: Hasta ve kontrol gruplarında Durumsal ve sürekli kaygı envanterinin skorlarının dağılımı

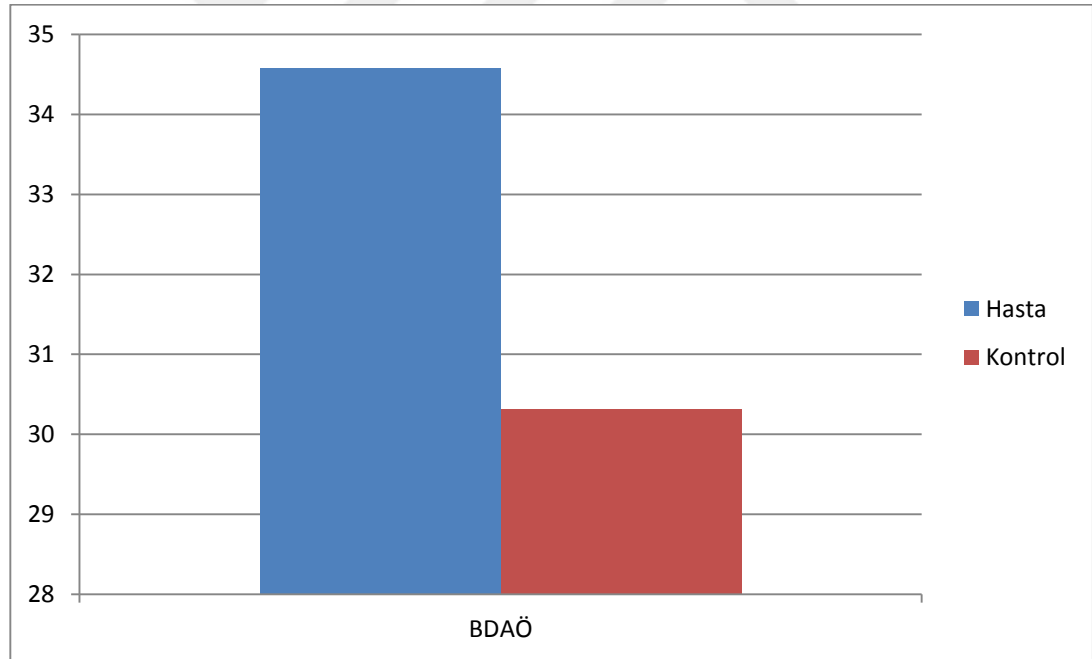
4.6. Bedensel duyularını abartma ölçeği

HG grubunda BDAÖ puan ortalaması 34.57 ± 7.67 ; kontrol grubunda 30.31 ± 6.35 olarak tespit edildi. BDAÖ puan ortalaması HG grubunda anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($p=0.05$) (Tablo 7)

Tablo 7. BDAÖ'nin gruplar arası karşılaştırılması

	HG grubu		Kontrol grubu		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
BDAÖ	34.57	7.67	30.31	6.35	2.873	0.05

t, Student T test; Ort., Ortalama S.S., Standart sapma



Şekil 3: Hasta ve kontrol gruplarında Bedensel Duyularını Abartma Ölçeği puanlarının dağılımı

4.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Kısa Formu (CTQ-28)

CTQ-28 toplam puanı hasta grubu için 41.82 (SS=10.77), kontrol grubu için 34.86 (SS=4.01) olarak saptanmıştır. Her iki grubun CTQ-28 toplam puanları arasında anlamlı fark mevcuttur ($t=4.058$, $p<0,001$).

4.7.1. Duygusal İstismar

CTQ-28 ölçeğinin duygusal istismar alt ölçeği ortalaması hasta grubu için 7.75 (SS=3.26), kontrol grubu için 5.75 (SS=1.53) olarak saptanmıştır. Her iki grubun duygusal istismar skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ($t= 3.713$, $p<0,001$).

4.7.2. Fiziksel İstismar

CTQ-28 ölçeğinin fiziksel istismar alt ölçeği ortalaması hasta grubu için 6.11 (SS=2.67), kontrol grubu için 5.04 (SS=0,298) olarak saptanmıştır. Her iki grubun fiziksel istismar skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ($t=2.660$; $p=0,009$).

4.7.3. Cinsel İstismar

CTQ-28 ölçeğinin cinsel istismar alt ölçeği ortalaması hasta grubu için 5.33 (SS=1.53), kontrol grubu için 5.04 (SS=0.298) olarak saptanmıştır. Her iki grubun cinsel istismar skorları arasında anlamlı fark bulunmadı ($t=1.237$; $p=0,219$).

4.7.4. Duygusal İhmal

CTQ-28 ölçeğinin duygusal ihmal alt ölçeği ortalaması hasta grubu için 12.4 (SS=4.84), kontrol grubu için 9,86 (SS=3.68) olarak saptanmıştır. Her iki grubun duygusal ihmal skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ($t=2.792$; $p=0,006$).

4.7.5. Fiziksel İhmal

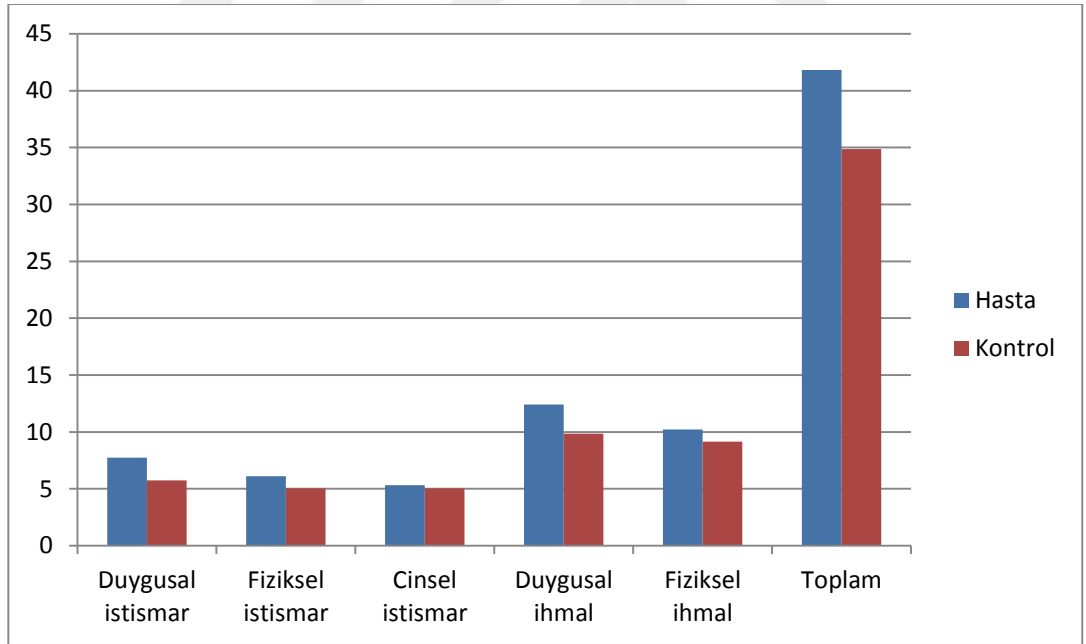
CTQ-28 ölçeğinin fiziksel ihmal alt ölçeği puanları ortalaması hasta grubu için 10.22 (SS=1.98), kontrol grubu için 9.15 (SS=1.65) olarak saptanmıştır. Her iki grubun fiziksel ihmal skorları arasında anlamlı fark bulundu ($t=2.770$; $p=0,007$).

Tablo 8’de hasta ve kontrol gruplarının CTQ-28 skorlarının karşılaştırılması özetlenmiştir.

Tablo 8. HG ve kontrol gruplarında CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

CTQ	Hasta Grubu (N=45) Ort±SS	Kontrol Grubu (N=45) Ort±SS	t	P
Duygusal istismar	7.75±3.26	5.75±1.53	3.713	0.000*
Fiziksel istismar	6.11±2.67	5.04±0.298	2.660	0.009*
Cinsel istismar	5.33±1.53	5.04±0.298	1.237	0.219
Duygusal ihmal	12.4±4.84	9.86±3.68	2.792	0.006*
Fiziksel ihmal	10.22±1.98	9.15±1.65	2.770	0.007*
Toplam	41.82±10.77	34.86±4.01	4.058	0.000*

t, Student T test; Ort., Ortalama; SS:Standart Sapma; * p<0.01



Şekil 4. HG ve kontrol gruplarında CTQ toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

4.8. CTQ-28, BDÖ, BDAÖ, SKE, DKE ile PUQE puanı korelasyonları

Korelasyon analizine göre hasta grubu katılımcılarının CTQ-28 ile PUQE skorları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. ($r=0,384, p<0.01$)

BDÖ ile PUQE skorları arasındaki ilişkiye bakıldığında, orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. ($r=0,585, p<0.01$)

BDAÖ ile PUQE skorları arasında ilişkiye bakıldığında, orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. ($r=0.341, p<0.01$)

STT ile PUQE skorları arasında zayıf, negatif yönlü fakat anlamlı ilişki tespit edilmedi. ($r= -0.027, p>0.05$)

STAT ile PUQE skorları arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. ($r= 0.279, p<0.01$)

Tablo 9. Araştırma Grubu CTQ-28, BDÖ, BDAÖ, STT, STAT ile PUQE arasındaki Korelasyon Tablosu

		PUQE
BDÖ	r	0.585**
BDAÖ	r	0.341**
STT	r	-0.27
STAT	r	0.279**
CTQ-28	r	-0.300**

p<0.01 seviyesinde anlamlı r değerleri

Tartışma

Biz bu çalışmada psikiyatrik hastalıkların ve sosyodemografik özelliklerin HG'un etiolojisindeki rollerini araştırdık. Literatürde çocukluk çağı travmalarının HG' da rolünün araştırıldığı yayın bulunmamaktadır. Literatüre bakıldığında Rhodes testinden elde edilen skorlar ile Hastane depresyon anksiyete ölçeği kullanılarak elde edilen puanlar karşılaştırılmış, anksiyete-depresyon puanları ile Rhodes testinden elde edilen skorlar arasında ilişki saptanılmıştır (127). HG 'da semptomların şiddetini ve sıklığını sınıflandırmada PUQE testinin kullanılabileceği gösterilmiştir (82). Fakat çalışmamızda kullandığımız bedensel duyuları abartma ölçeği, çocukluk çağı travmaları ölçeği, durum ve sürekli kaygı ölçekleri ve sosyodemografik veriler ile PUQE skorları arasındaki ilişkiye ait bir araştırmaya literatürde rastlanılmamıştır. Bu çalışmadan elde edilen veriler ile literatürde var olan çelişkili bilgileri aydınlatmak ve hiç araştırılmamış, çalışmamız sonucunda elde edilen veriler ışığında HG etiolojisine yönelik katkıda bulunmayı amaçladık.

Genel olarak hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, çalışmamızda literatürle uyumlu veriler bulunmuşken, literatürle uyumlu olmayan bulgular da elde edilmiştir.

Çalışmada her iki grup arasında ortalama yaş açısından farklılık tespit edilmedi. Bu sonuç literatürdeki çalışmaya benzer olarak bulunmuştur.(128,129)

Grupların medeni durumları gözden geçirildiğinde; çalışmamıza alınan olguların hepsi evliydi. Bu açıdan karşılaştırılabilir bir veri elde edemedik. Olguların hepsinin evli olma nedeni olarak ülkemiz gibi doğumların evlilik dâhilinde kabul gördüğü toplumlarda, resmi birliktelik olmadan çocuk sahibi olma oranlarının çok düşük olması ile açıklanabilir.

Gruplardaki olguların çalışma durumu karşılaştırıldığında HG'lu gebelerde çalışma oranının daha düşük olduğu gözlemlendi. Çalışma durumu açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Bu sonuç literatürdeki veriler ile uyumsuzdur. Weigel ve ark (130) çalışmalarında ev hanımlarında HG için artmış riski göstermişlerken, benzer olarak Kalen ve ark ev dışında çalışan kadınlarda evde çalışanlara göre daha az bulantı kusma görüldüğünü tespit etmiştir (33). Literatür

verileri ile uyumsuzluğun nedeni olarak sanayisi yeterince gelişmemiş, bölge ekonomisi ağırlıklı olarak tarıma ve hayvancılığa dayalı olan Doğu Anadolu bölgesinde bulunan küçük bir şehir olan Kars'ta yapılmasının, kadınların iş hayatında halen aktif olarak yerini alamamış olmasının ve kadınlardaki çalışma oranının düşük olması olarak açıklanabilir.

Olguların gelir durumuna bakıldığında ise HG'lularda olguların %37.8'inin aylık gelirinin 1500 Türk lirasının üstünde olduğu, kontrol grubunda ise olguların %62.2'sinin gelirinin 1500 Türk lirasının üstünde olduğu tespit edildi. Gelir düzeyi bakımından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Literatüre bakıldığında ekonomik düzey düşük olanlarda daha sık oranda HG görüldüğü bildirilmiştir (66). Bu bulgu literatür ile uyumludur.

Eğitim düzeylerine bakıldığında HG grubunun %77.8'inin ortaokul üstü olduğu, kontrol grubunda ise %86.7 'sinin eğitim düzeyinin ortaokul üstü olduğu bulunmuştur. Her iki grup arasında eğitim düzeyi durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Bulgularımız ile uyumlu literatür verileri bulunuyorken (1,131), eğitim düzeyi arttıkça HG insidansında artış da gösterilmiştir.(1,132)

Gruplardaki ebeveyn ve aileye ilişkin özelliklerine bakıldığında aile tipi, baba eğitim düzeyleri, anne eğitim düzeyleri, aile gelirleri, olguların yetiştikleri aile tipi karşılaştırıldığında HG'lular ile kontrol grupları arasında farklılık tespit edilmedi. Büyükşehir olmayan ve nüfusun büyük kısmı ilçe ve köylerde yaşayan şehrimizde hastane başvurularında büyük kısmının ilçe ve köylerden olması ve bunun sonucunda benzer yaşam koşullarına sahip olmaları neden olabilir.

Çalışmaya alınan olguların gebelik süreleri arasında istatistiksel farklılık yoktu. Bu veri araştırma örnekleminin homojen olması açısından anlamlıdır.

Gebelik isteme oranına bakıldığında HG'lu gebelerin %88.9'u, kontrol grubundakilerin ise %95.6'i gebeliğini istemektedir. Her iki grup arasında gebelik isteme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Literatürdeki verilere bakıldığında şiddetli bulantı-kusması olan kadınlarda gebeliği kabul etme oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir.(133,134). Kadınlarda annelik rolünün kabulü bir

süreç içinde tamamlanır. Bu süreç gebe kalmadan önce başlamakla birlikte, gebelik haftaları ilerledikçe hızlanır ve doğumdan sonrada bu süreç devam etmektedir (135). Bu farklılığın nedeni olarak çalışmamızdaki olguların büyük çoğunluğunun ilk trimestrinde olması nedeni ile bu sürecin başında olmaları ile gösterilebilir. İlerleyen haftalardaki gebelerin alınmasıyla oluşturulan olgularla yapılan çalışmalarda daha net veriler elde edilebilir.

HG grubunda BDE puan ortalaması 17.13 ± 8.628 ; kontrol grubunda 7.64 ± 4.44 olarak tespit edildi. BDE puan ortalaması HG grubunda anlamlı olarak yüksek tespit edildi. Bu bulgumuz literatür bulguları ile uyumludur(70,136). Bulantı kusma ile depresyon arasındaki ilişki birçok çalışma da gösterilmiştir (71,137,138). HG'un olumsuz psikososyal değişikliklere yol açması sonucunda depresif belirtilerde artma görülebileceği söylenebilir.

DKE puan ortalaması HG grubu ile kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. SKE puan ortalaması ise HG grubunda yüksek bulunmuştur. HG aldığı puanlar kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Şimşek ve ark (70) HG'lu gebelerde anksiyete skorları kontrol grubuna göre yüksek bulmuştur. Sürekli kaygı düzeylerinin hasta grubunda yüksek olmasının nedeni olarak, semptomlarının devamlı olması, sosyal ve iş hayatında işlevsellikte bozulmaya neden olmaları ve bunların sonucunda gelecekle ilgili kendisi ve bebeği ile ilgili endişelerinin ortaya çıkması gösterilebilir.

HG grubunda BDAÖ puan ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgularımız literatürle uyumludur. Pirimoğlu ve ark. (9) benzer şekilde HG grubunda somatizasyon skorlarını sağlıklı gebelere göre anlamlı oranda yüksek bulmuşlardır. Bununla birlikte Swallow ve ark. (139) erken gebelik döneminde bulantı ve kusmanın psikiyatrik sorunlarla ilişkili olduğunu, bulantı kusma şiddetinin somatik belirtilerle bağlantılı olduğunu saptamışlardır. Barsky'ye göre bedensel duyuların büyütülmesi somatizasyon sürecinde rol oynamaktadır (120). Lipowski'ye göre somatizasyon (bedenselleştirme), altta yatan bir psikiyatrik, psikolojik ya da sosyal sorunun tıbbi açıklaması yapılamayan bedensel yakınmalarla anlatımıdır (140). Barsky ve Klerman literatürde bedenselleştirmenin düşük eğitilmiş, düşük

sosyoekonomik gruplarda, kırsal kesimler ve bazı kültürler ve etnik gruplarda daha sık kullanıldığı yönünde bulgular olduğunu aktarmaktadırlar (141).

CTQ-28 toplam puanı hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. CTQ-28 alt ölçeklerini değerlendirdiğimizde; hasta grubunda kontrol grubuna göre duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede puanlar yüksek bulundu. Cinsel istismar alt ölçeğinde ise ortalama puanlar hasta grubunda yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi. Literatür taramasında (Pubmed, Medline) HG' da çocukluk çağı travmaları ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırmalar, çocukluk çağı örselenme yaşantılarıyla erişkinlik dönemindeki kronik ağrı (142) gibi bedensel hastalıklar ve travma sonrası stres bozukluğu (143), kişilik bozuklukları (144), yeme bozuklukları (145), somatizasyon bozukluğu (146), bipolar bozukluk (147) ,depresyon-anksiyete bozuklukları (148-151) ile ilişkili olduğu birçok yayında gösterilmiştir. Travmaya maruz kalmış çocuklarda erişkinlikte psikopatolojilerin daha sık görüldüğü düşünüldüğünde, HG' un bu kişilerde daha sık görüldüğü söylenebilir. Pribor ve ark. (152) 1993 yılında yaptıkları bir çalışmada Briquet sendromu olarak değerlendirilen ve somatik yakınmaları olan 99 kadın hastada çocukluk çağı kötüye kullanımını % 90'ın üzerinde saptamışlardır. HG'daki bulantı-kusmanın somatik belirtiler olabileceği söylenebilir.

HG' da bulantı-kusma şiddetini değerlendirmek için kullanılan PUQE ölçeği skorları ile diğer ölçek skorları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde Durum kaygı ölçeği dışındaki ölçek skorları ile PUQE skorları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Benzer şekilde Köken ve ark (138) Bulantı-kusma şiddetini değerlendirmek için kullandıkları Rhodes Test skorları ile depresyon-anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki göstermişlerdir. Literatür verileri bulgularımız ile uyumludur. Literatür taramasında CTQ-28, BDAÖ, DSKS, DSSS skorları ile bulantı-kusma şiddeti arasındaki korelasyonu değerlendiren çalışmaya rastlanılmamıştır. HG'lu gebelerde psikiyatrik muayene sonucunda psikopatoloji saptanırsa, etkin tedavi yöntemleri ile psikiyatrik semptomlarda azalma sağlanabilirse, HG semptomlarında da azalma sağlanabileceği bu bilgiler doğrultusunda söylenebilir.

HG etiyojisine yönelik birçok çalışma yapılmış olmasına karşın halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Çalışmalar devam etmekle birlikte literatürde bulunan yayınlar çok çelişkili sonuçlar ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalıkların HG'un nedeni mi sonucu mu olduğu hala tartışmalıdır. Birçok araştırmada HG 'un sonucunda ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere bağlı görülen stresin sonucunda sekonder olarak psikolojik semptomların ortaya çıktığını belirtmişlerdir. (73,74). Majerius ve ark.'da (68) HG 'lularda daha fazla psikiyatrik hastalık görüldüğü hipotezini reddetmişlerdir. Bu çalışma uzun süreli olup 2 yıl boyunca HG' lular ile kontrol grubu karşılaştırılmış ve HG' lularda psikiyatrik hastalık artışı bulunmamıştır. Bu teoriye karşıt olarak birçok çalışma da HG ile psikiyatrik hastalıklar arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. (153-157) Uguz ve ark. (69) duygudurum ve anksiyete bozukluklarının, HG' lu kadınlarda daha sık olduğunu ve psikiyatrik hastalıklar ile HG arasında ilişki olduğunu göstermişlerdir. Seng ve ark. (158) HG' lularda psikiyatrik tanı oranı %12, kontrol grubunda ise %5.4 olduğunu göstermişlerdir.

HG, gebelerin işlevselliğini bozan çok önemli bir sorundur. Pourshrif ve ark (15) HG hastalarının %80'inin negatif sosyoekonomik değişiklikler yaşadığını, iş kaybı ya da iş de yaşanan zorluklar, gelecekteki gebelikler ile ilgili korku, depresyon ve kaygı duyguları gibi olumsuz psikososyal değişikliklere yol açtığı bulunmuştur. HG' un kadınların yaşam kalitesini etkilediğini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Kugafhara ve ark (159) ilk trimesterde ciddi bulantı-kusmanın yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermişlerdir. Kim ve ark. (160) HG'lu kadınlarda yaşam kalitesinin ciddi şekilde bozulduğunu vurgulayarak bu gebelerin psikiyatrik açıdan da değerlendirilmesi gerektiğini önermişlerdir. Gadsby ve ark (161) 200 kadından %35'inin semptomlarından dolayı ev dışında çalıştıkları işleri kaybettiklerini göstermiştir.

HG'lu gebelerin tedavilerinde antidepresan ilaç kullanımı, hipnoz gibi psikiyatrik tedavi yöntemlerinin başarılı olduklarının gösterilmiş olması, gebelerin sosyal destek düzeylerinde artma ve azalmanın semptom şiddetlerinde etkili olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. Ayrıca şiddetli bulantı-kusma tedavisinde psikoterapotik yaklaşımlar kullanılmış ve başarılı sonuçlar verdiği gösterilmiştir. Callahan ve ark. (162) dört hastada davranışçı yaklaşımı kullanmış ve başarılı girişim

olarak rapor etmişlerdir. İmajinasyonun (163), psikoterapinin (164), hipnozun da (165) şiddetli bulantı-kusma tedavisinde başarılı olduğu rapor edilmiştir. Bu bilgiler ışığında, psikolojik faktörlerin de göz önünde bulundurulmasını gerektirmektedir.

Çalışmamızda kontrol grubuna göre hasta grubunda BDÖ, BDAÖ, CTQ-28,DSKS skorları anlamlı derecede yüksek bulunması ve bu ölçekler ile bulantı-kusma şiddetini gösteren PUQE arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki tespit edildiğinden dolayı, HG etiolojisinde psikiyatrik hastalıkların göz ardı edilmemesi ve konsültasyon istenilmesi, psikiyatri hekimi tarafından muayene edilmesi gerekmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından birisi örneklem grubunun sadece bir üniversite hastanesine başvuran olgulardan oluşmasıdır. Literatürde daha az sayıda olguyla yapılan çalışmalar olmakla birlikte, çalışmamıza alınmış olan hasta ve kontrol gruplarındaki olgu sayısının az olması da çalışmamızın başka bir kısıtlılığıdır. Daha geniş örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalar ile daha kesin sonuçlara varılmasını sağlayabilir. Gebelik öncesi, gebelik ve postpartum dönemi içeren prospektif çalışmalar planlanarak psikiyatrik nedenlerin HG' daki rolü daha net olarak ortaya koyulabilir.

Sonuçlar

HG ile psikolojik etkenler arasındaki ilişki ile ilgili literatürde birçok yayın bulunmasına rağmen, bu hasta grubunda çocukluk çağı travmalarını ve semptom şiddetini ile psikiyatrik durumlar arasındaki ilişkiyi araştıran yayına rastlanılmamıştır.

Gelir düzeyleri hasta grubunda daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hasta grubunda Beck Depresyon Envanteri skorları yüksek bulunmuştur.

HG ile kontrol grupları arasında DKE skorları açısından fark tespit edilmemişken, SKE skorları hasta grubunda yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda BDAÖ skorları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

HG hastalarında kontrollere göre çocukluk çağı travmalarının daha şiddetli olduğu saptandı. Çocukluk çağı travmalarının cinsel istismar alt ölçeği dışındaki duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal alt ölçekleri puanları anlamlı düzeyde yüksektir.

PUQE skorları ile BDE, CTQ-28, BDAÖ, DSSS ölçek puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir.



KAYNAKLAR

- 1.Lacroix R, Eason E, Melzack R. Nausea and vomiting during pregnancy: a prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(4):931-7.
- 2.Fairweather DV. Nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1968;102(1):135-75.
- 3.Hod M, Orvieto R, Kaplan B, Friedman S, Ovadia J. Hyperemesis gravidarum: a review. *J Reprod Med* 1994;39(8):605-12.
- 4.Kallen B. Hyperemesis during pregnancy and delivery outcome: a registry study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987;26(4):291-302.
- 5.Adams MM, Harlass FE, Sarno AP, Read JA, Rawlings JS. Antenatal hospitalization among enlisted servicewomen 1987–1990. *Obstet Gynecol* 1994; 84(1): 35–9.
- 6.Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ, Schild L, Adams MM, Deshpande AD, Franks AL. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. *Obstet Gynecol* 2002; 100(1): 94–100.
- 7.Verberg MF, Gillott DJ, Al-Fardan N, Grudzinskas JG. Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Human Reproduction Update* 2005; 11(5): 527–539.
- 8.D'Orazio LM, Meyerowitz BE, Korst LM, Romero R, Goodwin TM. Evidence Against A Link Between Hyperemesis Gravidarum And Personality Characteristics From An Ethnically Diverse Sample Of Pregnant Women: A Pilot Study. *J Womens Health* 2011;20(1):137-144.
- 9.Pirimoglu ZM, Guzelmeric K, Alpay B, Balçık O, Ünal O, Turan MC. Psychological Factors Of Hyperemesis Gravidarum By Using The Scl-90-R Questionnaire. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2010;37(1):56-9.
- 10.Köken G. Erken gebelikte bulantı ve kusmaya etki eden faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2009;6(2):92-6.
- 11.Oskay YÜ. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi* 2004;12(1): 116.
- 12.Attard CL, Kohli MA, Coleman S, Bradley C, Hux M, Atanackovic G, Torrance GW. The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5):220-7.

- 13.Karpel L, de Gmeline C. Psychological approach to hyperemesis gravidarum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33(7):623-31.
- 14.Meighan M, Wood AF. The impact of hyperemesis gravidarum on maternal role assumption. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(2):172-9.
- 15.Poursharif B, Korst LM, Fejzo MS, MacGibbon KW, Romero R, Goodwin TM. The psychosocial burden of hyperemesis gravidarum. *J Perinatol* 2008;28(3):176-81.
- 16.Fejzo MS, Poursharif B, Korst LM, Munch S, MacGibbon KW, Romero R, Goodwin TM. Symptoms and pregnancy outcomes associated with extreme weight loss among women with hyperemesis gravidarum. *J Womens Health* 2009;18(12):1981-7.
- 17.Pleuvry BJ. Physiology and pharmacology of nausea and vomiting. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 2006;7(12):473-77.
- 18.Golembiewski J, Chernin E, Chopra T. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting. *Am J Health Syst Pharm* 2005;62(12):1247-60.
- 19.Suyugül Doğançe U. Hiperemesis Gravidarum tanısı almış gebelerle sağlıklı gebelerin helicobakter pylori seropositivitesinin ve immünolojik belirteçlerinin kıyaslanması ve perinatal sonuçları. Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
- 20.Lindseth G, Vari P. Nausea and vomiting in late pregnancy. *Health Care For Women International* 2005; 26(5):372-86.
- 21.Neill AM, Piercy CN. Hyperemesis gravidarum. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2003; 5:204-7.
- 22.Emelianova S, Mazzotta P, Eiarson A, Karen G. Prevalence and severity of nausea and vomiting of pregnancy and effect of vitamin supplementation. *Clinical and Investigative Medicine* 1999; 22 (3): 106-10.
- 23.Godsey RK, Newman RB. Hyperemesis gravidarum. A comparison of single and multiple admissions. *Journal of Reproductive Medicine* 1991;36(4): 287-90.
- 24.Jarnfelt Samsioe A, Samsioe G, Velinder G. Nausea and vomiting of pregnancy: a contribution to its epidemiology. *Gynecol Obstet Invest* 1983;16(4):221-9.

25. Buckwalter JG, Simpson SW. Psychological factors in the etiology and treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5): 210-4.
26. Vırit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, ve Kandemir H. Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008;45: 9-13.
27. Semmens JP. Female sexuality and life situations: an etiologic psychosociosexual profile of weight gain and nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1971;38(4):555-63.
28. Grjibovski AM, Vikanes A, Stoltenberg C, Magnus P. Consanguinity and the risk of hyperemesis gravidarum in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;12:1-6.
29. O'Brien B, Zhou Q. Variables related to nausea and vomiting during pregnancy. *Birth* 1995; 22(2): 93-100.
30. Roseboom TJ, Ravelli ACJ, Post JAV, Painter RC. Maternal characteristics largely explain poor pregnancy outcome after hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 156:56-9.
31. Eliakum R, Abulafi AO, Sherer DM. Hyperemesis gravidarum: A current review. *Am J Perinatol* 2000;17(4):207-18.
32. Rochelson B, Vohra N, Darvishzadeh J, Pagano M. Low prepregnancy ideal weight: height ratio in women with hyperemesis gravidarum. *J Reprod Med* 2003;48(6):422-24.
33. Kallen B, Lundberg G, Aberg A. Relationship between vitamin use, smoking and nausea and vomiting of pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2003;82(10):916-20.
34. Davis M: Nausea and vomiting of pregnancy: an evidence-based review. *J Perinat Neonatal Nurs* 2004;18(4):312-28.

35. Tsang LS, Katz VL, Wells SD. Maternal and fetal outcomes in hyperemesis gravidarum. *Int J Obstet Gynecol* 1996;55(3):231-35.
36. Soto-Wright V, Bernstein M, Goldstein DE, Berkowitz RS. The changing clinical presentation of complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995; 86(5):775-9.
37. Kallen B. Hyperemesis gravidarum during pregnancy and delivery outcome: a registry study. In: Koren G, Bishai R, editors. *Nausea and vomiting of pregnancy: state of the art*. Toronto: Motherisk, the Hospital for Sick Children. 2000; 36-40.
38. Goodwin TM, Hershman JM, Cole L. Increased concentration of the free (3-subunit of human chorionic gonadotropin in hyperemesis gravidarum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73(10):770-2.
39. Masson GM, Anthony F, Chau E. Serum chorionic gonadotrophin (hCG), schwanger schaftsprotein 1 (SPI), progesterone and oestradiol levels in patients with nausea and vomiting in early pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1985;92(3):211-5.
40. Walsh JW, Hasler WL, Nugent CE, Owyang C. Progesterone and estrogen are potential mediators of gastric slow-wavedysrhythmias in nausea of pregnancy. *Am J Physiol* 1996;270:506-14.
41. Jarnfelt-Samsioe A, Eriksson B, Leissner K, Samsioe G. Gallbladder disease related to use of oral contraceptives and nausea in pregnancy. *South Med J* 1985; 78(9): 1040-3.
42. Goodwin TM, Montrö M, Mestman JH. Transient hyperthyroidism and hyperemesis gravidarum: Clinical aspects. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167(3):648-52.
43. Yamazaki K, Sato K, Shizume K, Kanaji Y, Ito Y, Obara T, Nakagawa T, Koizumi T, Nishimura Y. Potent thyrotropic activity of human chorionic gonadotropin variants in terms of I incorporation and de novo synthesized thyroid hormone release in human thyroid follicles. *J Clin Endocrinol Metab* 1995;80(2):473-9.
44. Kirshon B, Lee W, Cotton DB. Prompt resolution of hyperthyroidism and hyperemesis gravidarum after delivery. *Obstet Gynecol* 1988; 71:1032-4.

45. Goodwin TM. Human chorionic gonadotropin and hyperemesis gravidarum. In: Koren G, Bishai R. editors. Nausea and vomiting of pregnancy. State of the art 2000. (Toronto;Canada) : Transcontinental Inc. 2000;15-22.
46. Tan JYL, Loh KC, Yeo GSH, Chee YC. Transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. *Br J Obstet Gynaecol* 2002;109:683-8.
47. Koh SD, Sanders KM, Ward SM. Spontaneous electrical rhythmicity in cultured intestinal cells of Cajal from the murine small intestine. *J Physiol (London)* 1998;513:203-13.
48. Koch KL, Stern RM, Vasey M, Botti JJ, Creasy GW, Dwyer A. Gastric dysrhythmias and nausea of pregnancy. *Dig Dis Sci* 1990;35(8):961-8.
49. Koch KL. A noxious trio: nausea, gastric dysrhythmias and vasopressin. *Neurogastroenterol Motil* 1997; 9(3):141-2.
50. Minagawa M, Narita J, Tada T, Maruyama S, Shimizu T, Bannai M, Oya M, Hatakeyama K, Abo T. Mechanisms underlying immunologic states during pregnancy: possible association of the sympathetic nervous system. *Cell Immunol* 1999;196(1):1-13.
51. Leylek OA, Toyaksi M, Erselcan T, Dokmetas S. Immunologic and biochemical factors in hyperemesis gravidarum with or without hyperthyroxinemia. *Gynecol Obstet Invest* 1999;47(4):229-234.
52. Dökmeçi F, Üstün YE, Üstün Y, Kavas GÖ, Kocatürk PA. Trace element status in plasma and erythrocytes in hyperemesis gravidarum. *J Reprod Med* 2004;49(3):200-4.
53. Sucu M. Gebelikte bulantı kusması olan kadınların hastaneye yatış endikasyonunun belirlenmesinde PUQE (pregnancy – unique quantification of emesis and nausea) skorlaması ile fizik muayene bulguları ve laboratuvar sonuçlarının karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2009.
54. Corey LA, Berg K, Solaas MH, Nance WE. The epidemiology of pregnancy complications and outcome in a Norwegian twin population. *Obstet Gynecol* 1992; 80(6): 989-94.
55. Gadsby R, Barnie-Adshead AM, Jagger C. Pregnancy nausea related to women's obstetric and personal histories. *Gynecol Obstet Invest* 1997; 43(2): 108-11.

56. Jordan V, MacDonald J, Crichton S, Stone P, Ford H. The incidence of hyperemesis gravidarum is increased among Pacific Islanders living in Wellington. *N Z Med J* 1995; 108(1006): 342-4.
57. Black FO. Maternal susceptibility to nausea and vomiting of pregnancy: Is the vestibular system involved? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5): 204-9.
58. Davison J, Gilmore E, Durr J, Robertson G, Lindheimer M. Altered osmotic thresholds for vasopressin secretion and thirst in human pregnancy. *Am J Physiol* 1984; 246: 105-9.
59. Heinrichs L. Linking olfaction with nausea and vomiting of pregnancy, recurrent abortion, hyperemesis gravidarum, and migraine headache. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5): 215-9.
60. Simon EP, Schwartz J. Medical hypnosis for hyperemesis gravidarum. *Birth* 1999;26:248-54.
61. Ditto A, Morgante G, la Marca A, De Leo V: Evaluation of treatment of hyperemesis gravidarum using parenteral fluid with or without diazepam. *Gynecol Obstet Invest* 1999;48(4):232-36.
62. Munch S. Chicken or egg? The biological-psychological controversy surrounding hyperemesis gravidarum. *Soc Sci Med* 2002;55:1267-78.
63. Ege E. Erken gebelik dönemi bulantı ve kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 1999.
64. Mete S, Gökçe G. Gebelikte bulantı-kusma, etkileyen faktörler ve yaklaşımlar. *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi* 2007; 21(2):104-8.
65. Öztürk F. Helicobakter pylori seropozitifliğinin hiperemesis gravidarum kliniği ile ilişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
66. Lub-Moss M, Bontekoe-Eurelings E. Clinical experience with patients suffering from hyperemesis gravidarum (severe nausea and vomiting during pregnancy): thoughts about subtyping of patients, treatment and counseling models. *Patients Education and Counseling* 1997; 31: 65-75.

67. Fell DB, Dodds L, Joseph KS, Allen VM, Butler B. Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006;107(2 Pt 1):277–84.
68. Majerus PW, Guze SB, DeLong WB, Robins E. Psychologic factors and psychiatric disease in hyperemesis gravidarum: a follow-up study of 69 vomiters and 66 controls. *Am J Psychiatry* 1960; 117: 421-8.
69. Uguz F, Gezginc K, Kayhan F, Cicek E, Kantarci AH. Is hyperemesis gravidarum associated with mood, anxiety and personality disorders: a case–control study? *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34(4):398–402.
70. Şimşek Y, Çelik Ö, Yılmaz E, Karaer A, Yıldırım E, Yoloğlu S. Assessment of anxiety and depression levels of pregnant women with hyperemesis gravidarum in a case-control study. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2012;13(1):32-6.
71. Bozzo P, Koren G, Nava-Ocampo AA, Einarson A. The incidence of nausea and vomiting of pregnancy (NVP): a comparison between depressed women treated with antidepressants and non-depressed women. *Clin Invest Med* 2006;29(6):347–50.
72. McCarthy FP, Khashan AS, North RA, Moss-Morris R, Baker PN, Dekker G, Poston L, Kenny LC. SCOPE Consortium. A prospective cohort study investigating associations between hyperemesis gravidarum and cognitive, behavioural and emotional well-being in pregnancy. 2011;6(11):e27678.
73. Munch S. Women's experiences with a pregnancy complication: causal explanations of hyperemesis gravidarum. *Soc Work Health Care* 2002;36(1):59–76.
74. Simpson SW, Goodwin TM, Robins SB, Rizzo AA, Howes RA, Buckwalter DK, Buckwalter JG. Psychological factors and hyperemesis gravidarum. *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10(5):471–7.
75. Poursharif B, Korst LM, Macgibbon KW, Fejzo MS, Romero R, Goodwin TM. Elective pregnancy termination in a large cohort of women with hyperemesis gravidarum. *Contraception* 2007;76(6):451-5.

- 76.Koch LK, Frissora CL. Nausea and vomiting during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003;32(1):201-34.
- 77.Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- 78.Spruill SC, Kuller JA. Hyperemesis gravidarum complicated by Wernicke's encephalopathy. *Obstet Gynecol* 2002;99:875-8.
- 79.Hill JB, Yost NP, Wendel GD. Acute renal failure in association with severe hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol* 2002;100: 1119-21.
- 80.Rhodes V, Watson P, Johnson M. Development of reliable and valid measures of nausea and vomiting. *Cancer Nurs* 1984; 7: 33-41.
- 81.Koren G, Boskovic R, Hard M, Maltepe C, Navioz Y, Einarson A. Motherisk PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5): 228-31.
82. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198(1): 71.
83. Goodwin TM. Hyperemesis gravidarum. *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:597-605.
84. Gorbach JJ, Counselman FL, Mendelson MH. Spontaneous pneumomediastinum secondary to hyperemesis gravidarum. *J Emerg Med* 1997;15(5):639-43.
- 85.Profet M. Protecting your baby-to-be. Preventing birth defects in the first trimester. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing, 1995.
- 86.Depue RH, Bemstein L, Ross RK, Judd HL. Hyperemesis gravidarum in relation to estradiol levels, pregnancy outcome, and other maternal factors: a seroepidemiologic study. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:1137-41.
- 87.Gross S, Librach C, Cecutti A. Maternal weight loss associated with hyperemesis gravidarum: a predictor of fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:906-9.
- 88.Fuchs K, Paldi E, Abramovici H, Peretz BA. Treatment of hiperemesis gravidarum by hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* 1980; 28(4): 313-23.

89. Rosen T, Veciana M, Miller HS, Stewart L, Rebarber A, Slotnick N. A randomized controlled trial of nerve stimulation for relief of nausea and vomiting. *Obstet Gynecol* 2003;102:129-35.
90. Sahakian V, Rouse D, Sipes S, Rose N, Niebyl J. Vitamin B6 is effective therapy for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, double-blind placebo-controlled study. *Obstet Gynecol* 1991;78(1):33-6.
91. Siu SS, Yip SK, Cheung CW, Lau TK. Treatment of intractable hyperemesis gravidarum by ondansetron. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;105(1):73-4.
92. Leathem A. Safety and efficacy of antiemetics used to treat nausea and vomiting of pregnancy. *Clin Pharm* 1986;5(8):660-8.
93. Harrington RA, Hamilton CW, Brogden RN, Linkewich JA, Romankiewicz JA, Heel RC. Metoclopramide. An updated review of its pharmacological properties and clinical use. *Drugs* 1983; 25(5):451-94.
94. Safari HR, Fassett MJ, Alsulyman OM, Goodwin TM. The efficacy of methylprednisolone in the treatment of hyperemesis gravidarum: a randomized, double-blind, controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179(4):921-4.
95. Nelson-Piercy C, Fayers P, de Swiet M. Randomized double blind, placebo controlled trial of corticosteroids for the treatment of hyperemesis gravidarum. *BJOG* 2001;108(1):9-15.
96. Yost NP, McIntrie DD, Wians FH, Ramin SM, Balko JA, Leveno KJ. A randomized, placebo-controlled trial of corticosteroids for hyperemesis due to pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003;102(6):1250-4.
97. Godil A, Chen YK. Percutaneous endoscopic gastrostomy for nutrition support in pregnancy associated with hyperemesis gravidarum and anorexia nervosa. *J Parenter Enter Nutr* 1998; 22(4):238-241.
98. Zibell-Frisk D, Jen KL, Rick J. Use of parenteral nutrition to maintain adequate nutritional status in hyperemesis gravidarum. *J Perinatol* 1990;10(4):390-5.
99. Medalie JH. Relationship between nausea and/or vomiting in early pregnancy and abortion. *Lancet* 1957;273: 117-9.

100. Ammerman RT, Cassisi JE, Hersen M, Van Hasselt VB. Consequences of physical abuse and neglect in children. *Clinical Psychology Review* 1986;6:291–310.
101. Herrenkohl RC, Egolf BP, Herrenkohl EC. Preschool antecedents of adolescent assaultive behavior: A longitudinal study. *Am J Orthopsychiatry* 1997; 67(3):422-32.
102. Tanner K, Turney D. What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice. *Child and Family Social Work* 2003; 8(1): 25–34.
103. Kim J, Cicchetti D. Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003;32(1):109–120.
104. Lansford JE, Malone PS, Castellino DR, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parents' divorce. *J Fam Psychol* 2006; 20(2):292-301.
105. Freud S. *Three essays on the theory of sexuality*. New York, Basic Books, 1962.
106. Morrison J. Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146(2):239–41.
107. Pribor EF, Dinwiddie SH. Psychiatric correlates of incest in childhood. *Am J Psychiatry* 1992;149(1):52-6.
108. Spertus I, Yehuda R, Wong C, Halligan S, Seremetis S. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Negl* 2003;27(11):1247–58.

109. Walling MK, O'Hara MW, Reiter RC, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstet Gynecol* 1994; 84(2):200-6.
110. Walker EA, Katon WJ, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1988;145(1):75-80.
111. Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm L, Jones ML, Hickok L, Jemelka RP. Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosom Med* 1992;54(6):658-64.
112. Brown GW. Measurement and the epidemiology of childhood trauma. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2002; 7(2):66-79.
113. Güz H, Doğanay Z, Çolak E, Tomaç A. Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı? *Klinik Psikiyatri* 2003; 6:80-5.
114. Ellason JW, Ross CA. Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychol Rep* 1997; 80(2):447-50.
115. Güleç M, Altıntaş M, İnanç L, Bezgin CH, Koca EK, Güleç H. Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. *J Affect Disord* 2013;146(1):137-41.
116. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
117. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6: 118-26.
118. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. California Consulting Psychologist Pres, Palo Alto, 1970.

- 119.Öner N, LeCompte A. Durumsal-Sürekli Kaygı Envanteri El kitabı. İkinci Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, 1985.
- 120.Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988;50(5):510-19.
- 121.Güleç H, Sayar K, Güleç MY. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2007; 20: 16-24.
- 122.Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1132-36.
- 123.Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 169-190.
- 124.Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin (CTQ) Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2012;32:1054-63.
- 125.Aslan H, Alparslan ZN. Initial validity and reliability of the Turkish version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Ann Med Sci* 2000;9: 113-9.
126. Walker EA, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, Vonkorff M, Koss MP, Katon W. Costs of health care by woman HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(7): 609-13.
127. Kitamura T, Sugawara M, Sugawara K, Toda MA, Shima S. Psychosocial study of depression in early pregnancy. *Br J Psychiatry* 1996;168(6):732-38.
- 128.Kuru O, Sen S, Akbayır O, Göksedef BP, Özsürmeli M, Attar E, Saygılı H. Outcomes of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285(6):1517-21.
- 129.Tsang IS, Katz VL, Wells SD. Maternal and fetal outcomes in hyperemesis gravidarum. *Int J Gynecol Obstet* 1996; 55: 231-5.

130. Weigel RM, Weigel MM. Nausea and vomiting of early pregnancy and pregnancy outcome. A meta-analytical review. *Br J Obstet Gynecol* 1989;96:1312-18.
131. O'Brien B, Zhou Q. Variables related to nausea and vomiting during pregnancy. *Birth* 1995;22(2):93-100.
132. Kamalak Z, Köşüş N, Köşüş A, Hızlı D, Ayrım A, Kurt G. Is there any effect of demographic features on development of hyperemesis gravidarum in the Turkish population? *Turk J Med Sci* 2013;43(6):995-9.
133. Kuo SH, Wang RH, Tseng HC, Jian SY, Chou FH. A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support, and maternal adaptation. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:1-7.
134. Mutlugüneş E, Mete S. Gebelikte bulantı kusma, anelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2013.
135. Alligood MR, Tonney AM. *Nursing Theory, Utilization & Application*. Third edition, America: Mosby Company 2006;393-9.
136. Hızlı D, Kamalak Z, Korus A, Korus N, Akkurt G. Hyperemesis gravidarum and depression in pregnancy: is there an association? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2012;33(4):171-5.
137. Bozzo P, Einarson TR, Koren G, Einarson A. Nausea and vomiting of pregnancy (NVP) and depression: cause or effect? *Clin Invest Med* 2011;34(4):245.
138. Koken G, Yilmazer M, Cosar E, Sahin FK, Cevrioglu S, Gecici O. Nausea and vomiting in early pregnancy: relationship with anxiety and depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29(2):91-95.
139. Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, Hay DM. Psychological health in early pregnancy: Relationship with nausea and vomiting. *J Obstet Gynaecol* 2004;24(1):28-32.
140. Lipowski ZJ. Somatization: medicine's unsolved problem. *Psychosomatics* 1987; 28(6):296-7.
141. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983; 140(3):273-83.

142. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain* 2005;21(5):398-405.
143. McCutcheon VV, Sartor CE, Pommer NE, Bucholz KK, Nelson AC, Madden PA, Heath AC. Age at trauma exposure and PTSD risk in young adult women. *J Trauma Stress* 2010; 23(6): 811-4.
144. Haller DL, Miles DR. Personality disturbances in drug-dependent women: Relationship to childhood abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2004;30(2):269-86.
145. Kent A, Waller G, Dagnan D. A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *Int J Eat Disord* 1999; 25(2): 159-67.
146. Spitzer C, Barnow S, Gau K, Freyberger HJ, Grabe HJ. Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42: 335-41.
147. Etain B, Mathieu F, Henry C, Raust A, Roy I, Germain A, Bellivier F. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stress* 2010, 23(3): 376- 83.
148. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2011;12:130-6.
149. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(1):49-56.
150. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BE, Eloff A, Dafer RM, Stein MR, Drexler E, Martin VT, Hutchinson S, Aurora SK, Recobar A, Herial NA, Utley C, White L, Khuder SA. Childhood maltreatment and migraine (Part I).

- Prevalence and adult revictimization: A multicenter headache clinic survey. *Headache* 2010;50(1): 20-31.
151. Moskvina V, Farmer A, Swainson V, O'Leary J, Gunasinghe C, Owen M, Korszun A. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depress Anxiety* 2007;24(3):163-8.
152. Pribor FE, Yutzy SH, Dean JT. Briquet's Syndrome dissociation, and abuse. *Am J Psychiatry* 1993;150(10): 1507-11.
153. Tan PC, Vani S, Lim BK, Omar SZ. Anxiety And Depression In Hyperemesis Gravidarum: Prevalence, Risk Factors And Correlation With Clinical Severity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;149(2):153-8.
154. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry* 2004;84:299–305.
155. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'Adamo D, Rosi S. The Sesto Fiorentino Study: point and one-year prevalences of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychother Psychosoms* 2004;73:226–34.
156. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George KL, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment area Study. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:35–47.
157. De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, Mazzi F, Alanso J, Visona G, Falsirollo F, Vilagut G, Visona G. Prevalence of common mental disorders in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(11): 853–61.
158. Seng LS, Schrot JA, van De Ven C, Liberzon I. Service use data analysis of prepregnancy psychiatric and somatic diagnoses in women with hyperemesis gravidarum. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2007;28(4):209–17.
159. Kugahara T, Ohashi K. Characteristics of nausea and vomiting in pregnant Japanese women. *Nurs Health Sci* 2006;8(3):179–84.

160. Kim DR, Connolly KR, Cristancho P, Zappone M, Weinrieb RM. Psychiatric consultation of patients with hyperemesis gravidarum. *Arch Womens Ment Health* 2009;12(2):61–67.
161. Gadsby R, Barnie-Adshead AM, Jagger C. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *Br J Gen Pract* 1993;43(371):245–48.
162. Callahan E, Burnette M, DeLawyer D, Brasted W. Behavioral treatment of hyperemesis gravidarum. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1986;5:187-95.
163. Long MAD, Stephen SS, Tucher JJ. Outpatient treatment of hyperemesis gravidarum with stimulus control and imagery procedures. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1986;17(2):105-9.
164. Zechin R, Hammer T. Brief psychotherapy for hyperemesis gravidarum. *Am Fam Physician* 1982;26(5):179-81.
165. Simon EP, Schwartz J. Medical hypnosis for hyperemesis gravidarum. *Birth*. 1999;26(4):248-54.

Ek.1. Etik kurul Onayı

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
(Etik Kurulu Başkanlığı)

YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ:09.10.2013

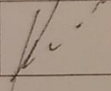
TOPLANTI SAYISI:2013/19

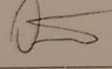
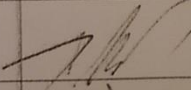
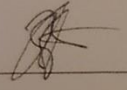
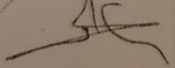
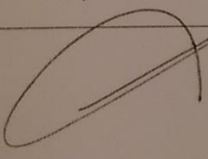
Fakültesi Etik Kurulu Yrd. Doç. Dr. Kahraman ÜLKER başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

KARAR 61

Tıp Fakültesinden Yrd. Doç. Dr. Yüksel KIVRAK'ın "Hiperemesis Gravidarum tanısı alan gebelerin psikososyal durumlarının incelenmesi" adlı çalışması;

Değerlendirilerek yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönetmeliğine uygun olduğuna karar verildi.

Etik Kurul Başkanı	Yrd. Doç. Dr. Kahraman ÜLKER	
--------------------	------------------------------	--

Yrd. Doç. Dr. Yüksel KIVRAK Başkan Yrd.	(Katılmadı)	Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Raportör Üye	
Yrd. Doç. Dr. Nergiz HÜSEYİNOĞLU Üye	(İzinli)	Yrd. Doç. Dr. Emre HAMURTEKİN Üye	(İzinli)
Yrd. Doç. Dr. Ahmet KARAKURT Üye		Yrd. Doç. Dr. H.Hüseyin ÇAĞATAY Üye	
Yrd. Doç. Dr. Hâlya ÇAKMUR Üye		Avukat Timuçin TİMUR Üye	

Ek.2. Bilgilendirme ve Onam Formu

Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Psikososyal Durumlarının İncelenmesi konulu tez çalışması Yard.Doç.Dr.Yüksel Kıvrak'ın danışmanlığında Dr.İbrahim YAĞCI tarafından yürütülmektedir. Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır (Sosyodemografik ve Klinik Bilgi formu, Beck depresyon Ölçeği, Durumluk ve sürekli kaygı envanteri, Bedensel duyuları abartma ölçeği, Çocukluk çağı travma ölçeği, PUQE ölçeği). İsminiz her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmanın yalnızca verilen kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır. Araştırmacılar Helsinki Bildirgesine uygun hareket edeceklerini taahhüt eder.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacılar tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dâhil edilmesinden vazgeçebileceğimden beyan ediyorum.

Katılımcı

Tarih:

İsim :

İmza:

Gözlemci

Tarih:

İsim :

İmza :

Ek.3 Sosyodemografik ve Klinik Bilgi formu

DOSYA NO:.....

Tarih:...../...../.....

Adınız,Soyadınız;

1-Doğum tarihinizi yazınız .(gün/ay/yıl)/...../.....

2-Medeni haliniz?

(...) 1 Bekar (....) 2 Evli (....) 3 Boşanmış (....) 4 Dul

3-Evli iseniz eşinizin yaşı kaçtır?.....

4-Doğum Yerinizi belirtiniz?

1.İl

2.İlçe.....

3.Köy.....

5-Oturduğunuz yer?

1.İl

2.İlçe.....

3.Köy.....

6-Mesleğiniz:

(...) 1 Yok/işiz (....) 3 Ev hanımı (....) 5 Öğrenci

(....) 2 Memur (....) 4 Esnaf (....) 6 Serbest meslek (doktor,avukat)

(....) 7 İşçi

7-Evli iseniz eşinizin mesleği

(....) 1 Yok/işiz (....) 3 Ev hanımı (....) 5 Öğrenci

(....) 2 Memur (....) 4 Esnaf (....) 6 Serbest meslek (doktor,avukat)

(....) 7 İşçi (....) 8 Çiftçi

8-Aylık geliriniz:

(1) 150 tl altı (2) 150-250 tl (3) 250-750 tl (4) 750-1500 tl

(5) 1500-5000 tl (6) 5000 tl üstü

9-Ailenizin aylık geliri:

(1)150 tl altı (2) 150-250 tl (3) 250-750 tl (4) 750-1500 tl

(6) 1500-5000 tl (6) 5000 tl üstü

10-Ailenizin aylık geliri;

(...) 1 Geliri giderinden fazla

(...) 2 Geliri giderine eşit

(...) 3 Geliri giderinden az

11- Öğrenim Durumu

Okur-yazar değil 1

Okur-yazar 2

İlkokul mezunu 3

Ortaokul mezunu 4

Lise mezunu 5

Üniversite-yüksekokul mezunu 6

12- Annenizin öğrenim durumunu belirtiniz. (...)

13-Babanızın öğrenim durumunu belirtiniz. (...)

14-Şu anda depresyon yada başka ruhsal hastalık tanınız var mı?

1-Hayır

2-Evet.....tanısı aldım,.....zaman önce

15-Önceden depresyon veya başka ruhsal hastalık tanısı aldınız mı? Ne zaman?Tanınız neydi?

1-Hayır

2-Evet.....tanısı aldım,.....zaman önce

16-Sigara kullanıyorsunuzuz?

(1) Hiç içmedim

(2) Bıraktım.....yıldır içmiyorum,.....yıl.....paket/gün içtim.

(3) İçiyorum.....yıldır,.....paket/gün

17-Alkol kullanıyorsunuzuz?

(1) Hiç kullanmadım (2)Sadece sosyal ortamlarda kullanırım (3)Evet kullanırım

(4) Ayda bir defadan az (5)Haftada 1-5 kez (6)Her gün

18-Çocuğunuz var mı?

- (1) Yok (2) Vartane
- 19-Mevcut diğ er hastalıklar?
(1)Tansiyon Hastalığı (2) Şeker hastalığı (3).....
- 20-Aile tipiniz ař ağı dakilerden hangisiyle uyumludur?
(1) Ç ekirdek aile (anne, baba ve kardeşlerin birlikte yaşadığı aile)
(2) Geniş aile (Anne ,baba,kardeşler,büyükanne,büyükbaba ve diğ er akrabaların birlikte yaşadığı aile)
(3) Parçalanmış aile
- 21-Evlilik öncesi aile tipiniz ař ağı dakilerden hangisiyle uyumludur?
(...) 1 Ç ekirdek aile (anne, baba ve kardeşlerin birlikte yaşadığı aile)
(...) 2 Geniş aile (Anne, baba,kardeşler,büyükanne, büyükbaba ve diğ er akrabaların birlikte yaşadığı aile)
(...) 3 Parçalanmış aile
- 22-Gebelik isteme durumu
(...) 1 Evet (...) 2 Hayır
- 23-Bu doğ umun olmamış olmasını ister miydiniz?
(...) 1 Evet (...) 2 Hayır
- 24-Bu çocu ğ u düşürmek istediniz mi?
(...) 1 Evet (...) 2 Hayır
- 25-Doğ um Sayısı:.....
- 26-Kürtaj Sayısı:.....
- 27-Düşük Sayısı:.....
- 28-Hamilelik Sayısı:.....
- 29-Yaşayan çocuk sayısı kaçtır?
- 30-Önceki gebeliklerde hiperemezis gravidarum öyküsü?
(1) Var (2) Yok
- 31-Gebelik planlanmış mıydı, istenen çocuk mu?
(1) Evet (2) Hayır
- 32-Gebelik ço ğ ul mu?
(1) Evet (2) Hayır
- 33-Gebelik kaç haftalık?
- 34-Tiroid Fonksiyon testleri? (1)Normal (2) Normal de ğ il
- 35-Karaciğ er enzim düzeyi? (1)Normal (2) Normal de ğ il
- 36-Östrogen-progesteron düzeyi? (1) Normal (2) Normal de ğ il
- 37-Trofoblastik hastalık öyküsü? (1) Var (2) Yok

Ek.4.Beck Depresyon Envanteri

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzütüldü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzütüldü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzenleyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümlüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herseyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herseyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve yanlış tarafımlar olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herseyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğundan daha canı sıkıcı ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Hersey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkıcı şeylere bile artık kazanıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı gördüğümü sanmıyorum.

- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

- 15 (0) Uykum her zamanki gibi uyuyamıyorum.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay telzar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Ek.5.Durumluk Kaygı Envanteri

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek.6.Sürekli Kaygı Envanteri

		Hemen hemen	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek.7.Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz.

Doğru değilse (1)..... Tamamen doğru ise (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Doğru değil.....	Tamamen doğru		
1- Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir	1	2	3	4	5
2- Duman, sis yada hava kirliliğine tahammül edemem	1	2	3	4	5
3- Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim	1	2	3	4	5
4- Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır	1	2	3	4	5
5- Ani yüksek sesler beni rahatsız eder	1	2	3	4	5
6- Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım	1	2	3	4	5
7- Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem	1	2	3	4	5
8- Midedeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim	1	2	3	4	5
9- Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder	1	2	3	4	5
10- Ağrıya çok az tahammülüm vardır	1	2	3	4	5

Ek.8.ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdelikiler bana "salak", "beceriksiz" yada "tıpsız" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemdelikiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemdelikiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailemdelikiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

Ek.9. PUQE Testi

1. Son 12 saat içerisinde kaç kez bulantı ya da mide rahatsızlığı hissettiniz?

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

2. Son 12 saat içerisinde hiç kustunuz mu?

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

3. Son 12 saat içerisinde kaç kez öğürdünüz veya bir şey çıkarmadan kuru bulantınız oldu?

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