



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**PREEKLAMPSİLİ GEBELERDE
EŞ UYUMU VE ANKSİYETE DÜZEYİNİN
MATERNAL BAĞLANMA ÜZERİNE
ETKİSİ**

GİZEM ARSLAN

EBELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZİRAN/2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PREEKLAMPSİLİ GEBELERDE EŞ UYUMU VE ANKSİYETE DÜZEYİNİN
MATERNAL BAĞLANMA ÜZERİNE ETKİSİ

Gizem ARSLAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Meltem UĞURLU

Ebelik Anabilim Dalı

Ebelik Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Haziran/2023

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Gizem ARSLAN

23/06/2023

ÖZET

Amaç: Bu çalışma preeklampsisi tanısı almış gebelerde eş uyumu ve anksiyete düzeyinin maternal bağlanma üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışma Haziran 2022 - Haziran 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniğinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini preeklampsisi tanısı alan, dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 111 gebe oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ)”, “Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI)” ve “Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)” ile toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda gebelerin PBE (70,14±9,30) ve YÇUÖ toplam puan ortalamasının (51,49±7,76) iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gebelerin STAI-S puan ortalaması 52,55±11,27, STAI-T puan ortalaması 45,55±10,16 olarak saptanmıştır. Eşi üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olan, 34. haftadan sonra preeklampsisi tanısı alan, daha önce preeklampsisi tanı öyküsü olmayan, preeklampsisi tanısı ile hastanede yatmayan, eşi tarafından duygusal destek gördüğünü ifade eden ve eşin desteğini yeterli hisseden gebelerin PBE toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$). PBE toplam puanı ile YÇUÖ ve alt boyutlarından doyum ve görüş birliği faktörleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiş ($p<0.05$); STAI-T, STAI-S ve YÇUÖ alt boyutlarından uzlaşım faktörü arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Regresyon analizine göre gebelerin duygusal destekçinin eş olması, preeklampsisi tanı haftası ve eşin eğitim düzeyi PBE toplam puanının %20.3’ünü açıklanmaktadır ($p<0.001$).

Sonuç: Preeklampsili gebelerde maternal bağlanma düzeylerinin ve eş uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eş uyumu arttıkça maternal bağlanma düzeyleri de artmaktadır. Ebelerin, preeklampsili gebelerde maternal bağlanma düzeyini belirlerken eş uyumunu da değerlendirmeleri ve önerilerde bulunmaları maternal bağlanmayı olumlu yönde destekleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Preeklampsisi, Eş Uyumu, Anksiyete, Maternal Bağlanma, Ebelik

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the effect of dyadic adjustment and anxiety level on maternal attachment in pregnant women diagnosed with preeclampsia.

Material and Method: This descriptive study was conducted in the Perinatology Clinic of Health Sciences University Etlik Zübeyde Hanım Gynecology Training and Research Hospital between June 2022 and 2023. A total of 111 pregnant women who were diagnosed with preeclampsia, met the inclusion criteria and agreed to participate in the study constituted the sample of the study. The data of the study were collected with "Introductory Information Form", "Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)", "State-Trait Anxiety Inventory (STAI)" and "Prenatal Attachment Inventory (PBI)".

Results: In our study, it was determined that the mean score of PBI (70.14 ± 9.30) and the mean total score of RDAS (51.49 ± 7.76) of pregnant women were at a good level. The mean STAI-S score of pregnant women was 52.55 ± 11.27 and the mean STAI-T score was 45.55 ± 10.16 . The mean total score of PBI was statistically significantly higher ($p < 0.05$) in pregnant women whose spouses had a university education level or higher, who were diagnosed with preeclampsia after the 34th week, who had no previous history of preeclampsia, who were not hospitalized with a diagnosis of preeclampsia, and who felt that they received emotional support from their spouses and felt that their spouses' support was sufficient. While it was determined that there was a significant positive correlation between PBI total score and satisfaction and consensus factors of RDAS and its components ($p < 0.05$), there was no significant correlation between STAI-T, STAI-S and consensus factor of RDAS components ($p > 0.05$). According to the regression analysis, having a spouse as an emotional supporter, the week of diagnosis of preeclampsia and the educational level of the spouse explained 20.3% of the total PBI score ($p < 0.001$).

Conclusion: Maternal attachment levels and dyadic adjustment were found to be high in pregnant women with preeclampsia. As the dyadic adjustment of pregnant women increases, maternal attachment levels also increase. Midwives' evaluating the level of maternal attachment and dyadic adjustment in pregnant women with preeclampsia and making suggestions will support maternal attachment positively.

Keywords: Preeclampsia, Dyadic Adjustment, Anxiety, Maternal Attachment, Midwifery

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince her türlü bilgisini, emeğini ve desteğini esirgemeyen, öğrencisi olmaktan onur ve mutluluk duyduğum tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Meltem UĞURLU'ya,

Eğitim ve meslek hayatım süresince bilgi, beceri ve vizyonumun gelişmesine katkıda bulunan değerli Bölüm Başkanım Doç. Dr. Nazan KARAHAN'a,

Yüksek Lisans Eğitimin süresince bilgilerini, deneyimlerini ve desteklerini esirgemeyen Ebelik Anabilim Dalı hocalarıma,

Tez jürimde yer alan ve desteğini esirgemeyen saygı değer lisans hocam Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ'e,

Tez çalışmama vakitlerini ayırıp katılmayı kabul eden ve tezimin başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlayan değerli gebelere,

Tüm yaşamım boyunca bana inanan, güvenen ve sonsuz destek olan aileme,

En içten sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO LİSTESİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	2
1.3. ARAŞTIRMA SORULARI.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. GEBELİKTE HİPERTANSİF HASTALIKLAR VE SINIFLANDIRILMASI 3	
2.1.1. Gestasyonel Hipertansiyon	4
2.1.2. Preeklampsi ve Eklampsi	4
2.1.3. Kronik Hipertansiyon.....	5
2.1.4. Kronik Hipertansiyonla Birlikte Süpirempoze Preeklampsi.....	5
2.2. PREEKLAMPSİ.....	6
2.2.1. Preeklampsi Tanı Kriterleri.....	6
2.2.2. Preeklampsinin Sınıflaması.....	8
2.2.3. Preeklampsi Risk Faktörleri.....	8
2.2.4. Preeklampsi Etyolojisi ve Patofizyolojisi	9
2.2.5. Maternal, Fetal ve Neonatal Komplikasyonları	11
2.2.6. Preeklampsinin Yönetimi.....	11
2.2.7. Preeklampsinin Önlenmesi	13
2.2.9. Preeklampsinin Tanısı, Yönetimi ve Önlenmesinde Ebeğin Rolü.....	13
2.3. GEBELİK VE EŞ UYUMU	16
2.3.1. Gebelik Döneminde Eş Uyumu ve Ebelik Bakımı	18
2.4. GEBELİK VE ANKSİYETE	19

2.4.1. Anksiyete ve Ebelik Bakımı	21
2.5. PRENATAL DÖNEMDE MATERNAL BAĞLANMA	22
2.5.1. Prenatal Dönemde Maternal Bağlanma ve Ebelik Bakımı	24
2.6. PREEKLAMPSİLİ GEBELERDE EŞ UYUMU, ANKSİYETE VE MATERNAL BAĞLANMA İLİŞKİSİ.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	28
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ	28
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	28
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	28
3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	29
3.5. KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİ	30
3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	30
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	31
3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	31
3.7.2. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ)	31
3.7.3. Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI)	32
3.7.4. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE).....	32
3.8. VERİLERİN TOPLANMASI	33
3.9. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	33
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	34
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	35
4. BULGULAR.....	36
5.TARTIŞMA	46
5.1. Preeklampsili Gebelerin PBE Toplam Puanının Tartışılması	46
5.2. Preeklampsili Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Tartışılması	47
5.3. Preeklampsili Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Tartışılması	49
5.4. Preeklampsili Gebelerin Evlilik ve Bazı Diğer Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Tartışılması	51
5.5. Preeklampsili Gebelerin YÇUÖ, STAI-S ve STAI-T Toplam Puanının	

Tartışılması.....	52
5.6. STAI-S, STAI-T, YÇUÖ ve PBE Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
6.1. SONUÇLAR	56
6.2. ÖNERİLER	58
KAYNAKLAR	60
EKLER.....	68
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	79



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Preeklampsia Tanı Kriterleri.....	6
Tablo 2.2. Preeklampsia Risk Faktörleri.....	9
Tablo 3.1. Verilerin Normal Dağılım Tablosu.....	34
Tablo 4.1. Preeklampsili Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 4.2. Preeklampsili Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	37
Tablo 4.3. Preeklampsili Gebelerin Evlilik ve Bazı Diğer Özelliklerinin Dağılımı.....	38
Tablo 4.4. Preeklampsili Gebelerin YÇUÖ, STAI-S, STAI-T ve PBE Toplam Puanları.....	39
Tablo 4.5. Preeklampsili Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.6. Preeklampsili Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.7. Preeklampsili Gebelerin Evlilik ve Bazı Diğer Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.8. STAI-S, STAI-T, YÇUÖ ve PBE Puanları Arasında Korelasyon Analizi	44
Tablo 4.9. Değişkenlerin PBE Toplam Puanı Üzerine Etkisi	45

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG: The American Congress of Obstetricians and Gynecologists

ALT: Alanin Aminotransferaz Enzimi

APA: Amerikan Psikologlar Derneği

AST: Aspartat Aminotransferaz Enzimi

BKI: Beden Kitle İndeksi

DIC: Dissemine İntravasküler Koagülasyon

DKB: Diastolik Kan Basıncı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HELLP: Hemoliz, Yükselmiş Karaciğer Enzimleri, Trombositopeni

ISSHP: International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy

NHLBI: The National Heart, Lung, and Blood Institute)

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NST: Non Stress Test

PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

SKB: Sistolik Kan Basıncı

STAI: Durumluk Sürekli Anksiyete Ölçeği

STAI-S: Durumluk Anksiyete Ölçeği

STAI-T: Sürekli Anksiyete Ölçeği

YÇUÖ: Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Preeklampsî gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan, maternal ve fetal/neonatal mortalite ve morbiditeyi artıran, multisistemik ve ilerleyici bir tablodur (1). Preeklampsî dünyada ve ülkemizde anne ölüm nedenleri arasında ilk üç sırada yer almaktadır (2,3). Preeklampsî gelişiminde rol oynayan fiziksel, çevresel, hormonal, otoimmün ve metabolik birçok risk faktörü vardır (4,5). Preeklampsî intrakranial kanama, pulmoner ödem, kalp yetmezliği ve böbrek hasarı gibi birçok maternal; intrauterin gelişme geriliği, erken doğum, düşük APGAR skoru ve perinatal ölüm gibi birçok fetal/neonatal soruna neden olmaktadır (6-8). Preeklampsili gebeler kendilerinin ve bebeklerinin sağlığı için endişelenmekte, psikolojik olarak etkilenmekte ve anksiyete düzeyleri artmaktadır (9). Literatür incelendiğinde riskli gebelerde anksiyete düzeylerinin arttığını gösteren birçok çalışma yer almaktadır (10,11). Fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak stres yaşayan preeklampsili gebelerin destek gereksinimleri artmakta, eşleri ile ilişkileri bu süreci etkilemektedir (12).

Çiftlerin mutlu ve huzurlu beraberlikleri olarak ifade edilen (13,14) eş uyumu, kültürel, sosyal ve ekonomik birçok faktörden etkilenmektedir (15). Eş uyumu gebelik sürecinden etkilenirken gebeliğin seyri de eş uyumunu etkileyen bir faktör haline gelmektedir (16). Preeklampsili gebelerde hastaneye yatış sürecinde aileden ayrı kalma, bilinmezlik duygusu, kendine ya da bebeğine bir şey olmasından korkma gibi nedenlere bağlı anksiyete düzeyleri artabilmektedir (9). Preeklampsî tablosuyla gelişen riskler ve psikolojik etkilerin yanı sıra eş uyumunun yeterli olmadığı durumlarda gelişen sorunlara bağlı olarak gebenin anksiyete ve kaygı düzeyi artarken, eş uyumu iyi olan çiftlerde eşin desteği gebenin rahatlamasını ve süreçle baş etmesini kolaylaştırmaktadır (17). Psikolojik olarak rahatlayan gebe ilgisini kolaylıkla bebeğine yönlendirmekte, böylece maternal bağlanma da olumlu etkilenmektedir (14).

Maternal bağlanma gebeliğin öğrenilmesiyle başlayan, anne ile doğmamış bebeği arasında oluşan sevgi ve duygudur (18,19). Literatürde maternal bağlanmanın sosyodemografik, biyolojik/çevresel, psikolojik, obstetrik faktörler ve eş ilişkisinden etkilendiği bildirilmektedir (14,20,21). Gebelikte risklerin artması maternal bağlanmanın kalitesini etkilemekte olup, riskli gebelerde bağlanma düzeylerinin

azaldığını bildiren çalışmalar mevcuttur (22,23). Bu durumun fetüsü kaybetme korkusuyla gebenin fetüsle ilişki kurmaktan kaçınmasına bağlı olduğu düşünülmektedir (24). Literatürde tam tersini bildiren çalışmalarda yer almaktadır (12,25). Bağlanma düzeyinin artışı ise kadınların tüm ilgisini fetüse ve fetüsün sağlığına yönlendirmesiyle ilişkilendirilmektedir (24,26).

Literatür incelendiğinde preeklampsili gebelerle anksiyete ve bağlanma düzeylerinin her ikisini birden inceleyen çalışmalar (12,27) mevcutken eş uyumu ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma preeklampsii tanısı almış gebelerde eş uyumu ve anksiyete düzeyinin maternal bağlanma üzerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

1.3. ARAŞTIRMA SORULARI

- Preeklampsii tanısı almış gebelerin anksiyete düzeyi nedir?
- Preeklampsii tanısı almış gebelerin eş uyum düzeyi nedir?
- Preeklampsii tanısı almış gebelerin maternal bağlanma düzeyi nedir?
- Preeklampsili gebelerde sosyodemografik, obstetrik ve evlilik ile ilgili özellikler maternal bağlanmayı etkiler mi?
- Preeklampsili gebelerde eş uyumu ile maternal bağlanma arasında ilişki var mıdır?
- Preeklampsili gebelerde anksiyete düzeyi ile maternal bağlanma arasında ilişki var mıdır?
- Preeklampsili gebelerde eş uyumu ve anksiyete düzeyinin maternal bağlanma üzerinde etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİKTE HİPERTANSİF HASTALIKLAR VE SINIFLANDIRILMASI

Gebelik kadının ve ailesinin hayatında eşsiz ve özel bir dönemdir. Gebelik döneminde fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan birçok değişim meydana gelmektedir. Bu değişimler herhangi bir komplikasyon içermeyen düşük riskli gebeliklerde bile kadının ve ailesinin hayatını etkileyebilmektedir (5). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), anne ölümüyle ilgili verilerine göre her gün ortalama 800 kadın gebelik ve doğum sürecinde meydana gelen ve uygun müdahalelerle önlenebilecek komplikasyonlar nedeniyle hayatlarını kaybetmektedir. Bu komplikasyonlar arasında kanama, enfeksiyon, hipertansif sorunlar (preeklampsi-eklampsi), doğum sürecinde meydana gelen komplikasyonlar ve güvenli olmayan kürtaj ilk sırada yer almaktadır (2). Bu komplikasyonlarda birisi olan hipertansif hastalıklar küresel olarak tüm gebelerin yaklaşık %2-8'ini etkilemektedir (29). Maternal ve fetal/neonatal mortalite ve morbiditenin başlıca nedenleri arasında yer alan hipertansiyon, dünya üzerinde ve ülkemizde anne ölüm nedenleri arasında ilk üç sırada yer almaktadır (2,3). Gebelikte hipertansif hastalıklar hiçbir belirti ya da bulgu vermeyen hipertansiyondan, şiddetli belirtilerle seyreden ve anne bebek ölümü ile sonuçlanabilen geniş bir spektrumu kapsamaktadır (3,4).

The American Collage of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), gebelikte hipertansiyonu 4 saat ara ile yapılan en az iki ölçümde tansiyonun SKB $\geq$ 140 mmHg, DKB $\geq$ 90 mmHg olarak tanımlamaktadır (31). Gebelik döneminde görülen hipertansif sorunlar kronik veya gebelik döneminde ortaya çıkması, başlangıç haftası ve eşlik eden komplikasyonlara göre sınıflandırılmaktadır (32,33). Bu sınıflandırma hastalığın risk ve komplikasyonlarının belirlenebilmesi, prognozu ve yönetimi için oldukça önemlidir (32). ACOG Çalışma Grubu'nun güncelleyerek önerdiği sınıflandırma sistemi, uluslararası kabul edilen ve en sık kullanılan sınıflandırma sistemidir. Bu sınıflandırmada öncekinden farklı olarak preeklampsi diğer hipertansif hastalıklardan ayrılmıştır (29,34).

Gebelikte hipertansif hastalıklar;

- Gestasyonel Hipertansiyon
- Preeklampsi-Eklampsi
- Kronik Hipertansiyon
- Kronik Hipertansiyonla Birlikte Süpirempoze Preeklampsi olarak sınıflandırılmaktadır (35).

2.1.1. Gestasyonel Hipertansiyon

Gebelikte hipertansif hastalıkların en sık karşılaşılan türüdür (33). Gebelikten önce hipertansiyonu olmayan kadında, gebeliğin 20. haftasından sonra proteinüri ve preeklampsi bulguları olmaksızın, 4 saatlik ara ile yapılan iki ölçümde kan basıncının $\geq 140/90$ mmHg olmasıdır (35). Doğum sonu dönemde en geç 12. haftada kan basıncı değerinin normal düzeyine düşmesi beklenir (32). Gestasyonel hipertansiyonu olan gebelerin yaklaşık %25-50'sinde preeklampsi gelişmektedir. Gebelik sırasında proteinüri ya da organ hasarı eklenmesi durumunda tanı preeklampsi, doğum sonu 12. haftadan sonra sorunların devam etmesi durumunda ise tanı kronik hipertansiyon olarak değiştirilmektedir (33). Özellikle 32. gebelik haftasından önce gestasyonel hipertansiyon görülen hastalarda preeklampsi gelişme riski yükselmektedir (36).

2.1.2. Preeklampsi ve Eklampsi

Preeklampsi, gebeliğin 20. haftasından sonra hipertansiyon tablosuna proteinüri varlığına bakılmaksızın yeni başlayan organ hasarının eklenmesidir (35). İlerleyici ve çoklu organ tutulumuna neden olan preeklampsi, tedavi edilmezse eklampsi gelişme riski artmaktadır (37,38).

Eklampsi, preeklampsiye herhangi bir nedenle açıklanamayan konvülziyon ve komanın eşlik etmesiyle gelişmektedir (34,39). Eklampsili gebelerin %10'unda eklamptik nöbetler doğum sonu 48 saat içerisinde gelişebilmektedir. Preeklampsi ve eklampsi tablosuna laboratuvar bulgularında değişimler eşlik ediyorsa HELLP (hemoliz, yükselmiş karaciğer enzimleri, trombositopeni) sendromundan söz edilmektedir (34).

2.1.3. Kronik Hipertansiyon

Gebelik öncesinde ya da 20. gebelik haftasından önce hipertansiyon probleminin ortaya çıkmasıdır. Ayrıca doğum sonu 12. haftadan sonra da kan basıncındaki yüksekliğin devam etmesi ile tanılabilmektedir (40,41). Kronik hipertansiyonu olan gebelerde hastalığın preeklampsiye ilerleme riski artmaktadır. Bu gebelerin gebelikleri boyunca sık takip edilmesi gerekmektedir (41).

2.1.4. Kronik Hipertansiyonla Birlikte Süpirempoze Preeklampsi

Hipertansif hastalıkların varlığı preeklampsi ve eklampsi gelişimine zemin hazırlamaktadır (34). Süpirempoze preeklampsi gebelikten önce var olan kronik hipertansiyona preeklampsi tablosunun eklenmesidir (42). Kronik hipertansiyonlu gebelerin %13-40'ının prognozu süpirempoze preeklampsiye dönmektedir. Süpirempoze preeklampsi, preeklampsi tablosuna göre gebeliğin daha erken evrelerinde ortaya çıkabilmekte ve daha ağır seyreterek fetal büyüme geriliğine de yol açabilmektedir (34). Kan basıncında ani artış gözlenen ve gebelik öncesinde proteinürisi olan kadınlarda süpirempoze preeklampsi gelişme riski artmaktadır (33).

2.2. PREEKLAMPSİ

Preeklamps, gebe kadınların yaklaşık %3,9'unu etkileyen gebeliğe özgü hipertansif bir komplikasyondur (34). Gelişmiş ülkelerde gebelik döneminde kadınların mortalite ve morbidite oranlarını artıran en önemli nedenler arasında yer almaktadır (2,43). Her yıl dünyada 76.000 kadın ve 500.00 bebeğin ölümüne doğrudan ya da dolaylı olarak neden olmaktadır (44). Preeklamps, anne ölümleri arasında dünyada ve ülkemizde ilk üç sırada yer almaktadır (2,3).

2.2.1. Preeklamps Tanı Kriterleri

Preeklamps, 20. gebelik haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyona ($\geq 140/90$ mmHg) ek olarak proteinüri varlığına bakılmaksızın yeni başlayan uç organ hasarının veya her iki durumunda olması ile tanılanmaktadır (32,35,45). Preeklamps etkilediği organa ya da dokuya göre trombositopeni, karaciğer enzimlerinde yükselme, sağ üst kadranda ağrısı ve epigastrik ağrı, böbrek yetmezliği, baş ağrısı ve görme problemlerine neden olabilen multisistemik ve ilerleyici bir hastalıktır (29,46).

Önceki yıllarda sistolik kan basıncında 30 mmHg, diastolik kan basıncında 15 mmHg'lık artışın saptanması ile preeklamps tanılanırken, mevcut kanıtlar bu artışın komplikasyon riskini artırmadığını göstermiştir. Fakat bu gebelerin şiddetli preeklamps ya da eklamps yaşayabilecekleri unutulmamalı ve sık takip edilmelidir (34). Preeklampsinin tanılanmasında yer alan ödem gebelikte fizyolojik olarak da gelişebildiğinden, The National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) çalışma grubu tarafından tanı kriterleri arasından kaldırılmıştır. Fakat dinlenmekle geçmeyen, yüz (özellikle göz çevresi ve yanaklarda), parmaklar, el ve kolda bulunan ödem preeklamps için uyarıcı olmalıdır (47). Gebelerin büyük çoğunluğunda proteinüri ortaya çıkmadan önce trombositopeni veya yükselmiş karaciğer enzimleri gibi sistemik preeklamps belirtileri gelişmektedir (48). ACOG güncel kılavuzunda sistemik preeklamps belirtileri olan gebelerde preeklamps tanısının konulmasında proteinüriye bağlılığın kaldırıldığını bildirmiştir (29,49).

Preeklampsinin fizyopatolojisine yönelik gelişmelere ve tedavi yöntemlerinde ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen güvenilir biyokimyasal veya görüntüleme yöntemi ile ideal bir tanı testi belirlenememiştir (50,51). Preeklampside önerilen;

uygun anamnezle risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucunda tanılanmasıdır (49). Preeklampsi tanı kriterleri Tablo 2.1.'de verilmiştir (29).

Tablo 2.1. Preeklampsi Tanı Kriterleri

	Preeklampsi	Şiddetli Preeklampsi
Hipertansiyon	Normotansif bir gebede 20. gestasyonel haftadan sonra 4 saat ara ile yapılan en az iki ölçümde SKB ≥ 140 mmHg ya da DKB ≥ 90 mmHg olması	Yatak istirahati esnasında 4 saat ara ile yapılan en az iki ölçümde SKB ≥ 160 mmHg ya da DKB ≥ 110 mmHg olması (Antihipertansif tedavinin başlamadığı durumlarda)
ve		
Proteinüri	• 24 saatlik idrarda ≥ 300 mg proteinüri veya • Protein/kreatinin $\geq 0,3$ mg/dL • İdrar çubuğu ile yapılan ölçümde 1+ protein olması (diğer kantitatif ölçümlerin yapılamadığı durumlarda)	
veya proteinüri yoksa, yeni başlayan hipertansiyon ile aşağıdakilerden birinin yeni başlaması durumunda		
Trombositopeni	Trombosit sayısı <100.000 /mikrolitre olmasıdır.	
Böbrek Yetmezliği	Serum kreatinin konsantrasyonunun >1.1 mg/dL ya da Başka bir böbrek hastalığının yokluğunda serum kreatinin konsantrasyonunun iki kat artmasıdır.	
Bozulmuş Karaciğer Enzimleri	Karaciğer transaminazlarının (ALT, AST) normal konsantrasyonun iki katına kadar artmasıdır.	
Bozulmuş Karaciğer Enzimleri	Başka bir tanı ile açıklanamayan süregelen şiddetli sağ üst kadranda ağrısının varlığı ya da Tedaviye yanıt vermeyen epigastrik ağrının olması veya her ikisinin birlikte olmasıdır	
Serebral ve Görme Bozuklukları	Yeni başlayan serebral ve görme bozukluklarının olmasıdır.	

Mevcut bilgiler, preeklampsiyi doğrulamada ve preeklampsi varlığında gebenin değerlendirilmesinde gebelerin sık kan basıncı takibi, idrar ve kan tetkikleri yapılması gerektiğini göstermektedir (40). Tanı kriterlerinin yanında fetüsün iyilik halinin değerlendirilmesi önemlidir. Fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde NST (non stress test) ve biyofiziksel profil gibi testlerin yapılması gerekmektedir (33).

2.2.2. Preeklampsinin Sınıflaması

Preeklampsi geçmişte hafif preeklampsi ve şiddetli preeklampsi olarak sınıflandırılmaktaydı. Preeklampsiyi hafif ve şiddetli olarak ayırmak hafif preeklampsili hastalarda hastalığa gereken önemin verilmemesine neden olmaktadır. Ayrıca preeklampsinin prognozu çok hızlı ilerleyebilmektedir. Bu nedenlerle hafif ve şiddetli olarak ayırmak sınıflandırmada önerilmemektedir (37,50). Güncel tanımlamada preeklampsi ve şiddetli preeklampsi olarak tanımlanmaktadır (Tablo 2.1.) (29).

International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP), preeklampsinin başlangıç zamanına göre farklı erken ve geç başlangıçlı olarak kategorize etmektedir. Gebeliğin 34. haftasından önce ortaya çıktığında erken başlangıçlı preeklampsi, gebeliğin 34. haftasından sonra ortaya çıktığında ise geç başlangıçlı preeklampsi olarak adlandırmaktadır (36). Erken ve geç başlangıçlı preeklampsinin farklı etyolojik nedenleri ve patofizyolojik süreçleri olduğu bilinmektedir. Erken başlangıçlı preeklampsinin trofoblastların anormal invazyonu, spiral arterlerin yeniden şekillenmesi ve sonuç olarak ortaya çıkan plasental iskemiden; geç başlangıçlı preeklampsinin ise maternal faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (52,53). Aynı zamanda başlangıç zamanına göre fetus ve yenidoğan üzerinde farklı olumsuz etkileri vardır (53). Preeklampsinin erken başlangıçlı olması durumunda perinatal ölüm riski 10 kat, geç başlangıçlı olması durumunda ise 2 kat olduğu bilinmektedir (45).

2.2.3. Preeklampsi Risk Faktörleri

Preeklampsinin gelişimi, etyolojik faktörleri ve patofizyolojisi henüz net olarak aydınlatılmamış olsa da birçok risk faktör saymak mümkündür (29). Risk faktörlerinin belirlenmesi uygun müdahalelerin yapılmasında ve mortalite ve morbidite oranlarının azaltılmasında önemlidir (4). Preeklampsinin gelişiminde anneye ait fiziksel, çevresel, hormonal, otoimmün, metabolik, renal, kardiyovasküler ve obstetrik birçok risk faktörü sayılabilmektedir. National Institute for Health and Care Excellence, (NICE) ise güncel kılavuzunda preeklampsi risk faktörlerini Tablo 2.2.'deki gibi sınıflandırmıştır (5).

Tablo 2.2. Preeklampsia Risk Faktörleri

Yüksek Risk Faktörleri	Orta Risk Faktörleri
• Kronik böbrek hastalığı • Sistemik lupus eritematozus veya antifosfolipid sendromu gibi otoimmün hastalıklar • Tip 1 veya Tip 2 diyabet • Kronik hipertansiyon	• Primiparite • 40 yaş ve üzeri • Gebelik aralığı 10 yıl veya daha fazla • İlk ziyarette BKİ ≥ 35 kg/m² • Ailede preeklampsia öyküsü • Çoğul gebelik

2.2.4. Preeklampsia Etiyolojisi ve Patofizyolojisi

Gebelikte meydana gelen fizyolojik ve hormonal değişimler sonucunda kan basıncı etkilenmektedir (30). Progesteron ve relaksin hormonlarının artışıyla beraber sistemik vasküler vazodilatasyon meydana gelir (8). Aynı zamanda renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi su ve tuz tutulumuna, bu durumda plazma hacminde artışa neden olur (54). Bu değişimler sonucunda gebeliğin ilk haftalarında gebenin kan basıncı düşmektedir. Bu nedenle kronik hipertansiyonu var olan fakat önceden tanı almamış gebelerde bu dönemde tanı koymak zor olmaktadır. İkinci ve üçüncü trimesterde ise kan basıncı kademeli olarak artmaya başlamaktadır (55).

Teorilerin hastalığı olarak da adlandırılan preeklampsinin etiolojisi henüz net olarak açıklanamasa da gelişmesi üzerine 4 hipotez vardır. Bunlar;

1. Uterus duvarına anormal trofoblastik invazyonun olduğu plasenta implantasyonu
2. Maternal, paternal ve fetal dokular arasındaki immünolojik toleransın uyumsuz olması
3. Gebeliğin normal kardiyovasküler ve immünolojik değişimine maternal uyumsuzluk
4. Epigenetik etkileri içeren genetik faktörler olarak sıralanmaktadır (34).

Annenin gebelikte meydana gelen değişimleri kompanse edememesinden kaynaklanan preeklampsinin patofizyolojisi henüz tam olarak açıklanamamıştır. Bu durum ise hedefe yönelik tedavilerin geliştirilebilmesinde engel olmaktadır (6). Doğum sonrası plasentanın ortadan kalkmasıyla prognozunun gerilemesi preeklampsinin plasental kaynaklı olabileceğini göstermektedir (56). Preeklampsia risk faktörlerinden olan ilk gebelik, ikiz gebelik ve mol hidatiformda artan riskin koryonik villuslarla ilk kez ya da aşırı miktarda karşılaşılardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu durum preeklampsinin tetiklemesinde koryonik villusların rolü olduğunu göstermektedir. Fakat preeklampsi gelişimine neden olan asıl olaylar endotel hasarı ve sonrasında buna bağlı gelişen yaygın vazospazmdır (33,34).

Güncel literatür preeklampsi patogenezinin aşamalı olarak ilerlediğini göstermektedir. Bu iki aşamanın anormal plasentasyon ve bunu takiben aşırı antianjiyojenik faktörlere bağlı maternal-plasental bozukluk olduğu düşünülmektedir (57). Gebeliğin ilk haftalarında blastosistlerin dış tabakasını oluşturan trofoblastlar uterin spiral arterlere doğru ilerler. Bu istila sonucu yapısı yeniden şekillenen spiral arterler plasentaya daha fazla kan akımı sağlar. Hastalığın etyolojisinde kabul edilen en temel neden trofoblastların yetersiz invazyondur. İnvazyon anomalisi sonucu spiral arterlerde istenen değişimler meydana gelmez (58). Maternal dolaşıma plasental kaynaklı faktörler salınır. Salınan bu faktörler endotel hücre aktivasyonuna neden olmaktadır (8,59). Vazospazm sonucunda plasental ve maternal organların perfüzyonu bozulmaktadır. Yaygın vasküler spazm böbrekler, karaciğer, serebral ve uteroplakental kan akımında birçok olumsuzluğa neden olmaktadır (60).

Azalan kan akımı renin-anjiyotensin sistemini etkilemesi sonucunda kan basıncı yükseltmektedir (55). Kan basıncındaki yükselme kapiller permeabilitenin artmasına ve mayi, protein ve elektrolitlerin de ekstrasellüler alana geçmesiyle hemokonsantrasyona neden olmaktadır (60). Sodyumun geçişi ise ödem gelişimine neden olmaktadır (61). Glomerüler damarlardaki endotelial hasar ve spazm sonucu kadının glomerüler filtrasyon hızı azalmakta, proteinüri gelişmektedir. Dolaşımda azalan kan böbreklere de daha az kan gitmesine neden olmaktadır. Kan akımında azalmaya bağlı böbrek fonksiyonlarının bozulması sonucu ilerleyen durumlarda gelişebilmektedir (61). Beyin ve karaciğere azalmış kan akımı sonucu baş ağrısı, nöbet, görme sorunları, karaciğer fonksiyonlarında bozulma ve epigastrik ağrı ortaya çıkmaktadır (61). Yetersiz plasentasyon ve plasental kan akımındaki azalma sonucunda fetüsün oksijenlenmesi ve beslenmesinde bozulmalar meydana gelmektedir. Bunların sonucunda fetüste büyüme geriliği, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve fetal/neonatal ölümler görülmektedir (30,62).

2.2.5. Maternal, Fetal ve Neonatal Komplikasyonları

Preeklampsi, maternal ve fetal/neonatal mortalite ve morbidite oranlarını artıran multisistemik ve ilerleyici bir hastalıktır (1). Preeklampsi tanısı alan kadınlarda konvülsiyon, akut böbrek yetmezliği, karaciğer sorunları, nörolojik veya hemotolojik komplikasyonlar, ablasyo plasenta, pulmoner ödem ve sezaryen olma riski artmıştır (6,7). Endotel hasarından kaynaklanan preeklampsinin bu komplikasyonları peripartum dönemle sınırlı kalmayıp kadının ve yenidoğanın tüm hayatını etkileyebilmektedir (30,63). Olumsuz gebelik sonuçlarının yanında preeklampsili kadınların ilerleyen yaşamlarında görme bozukluğu, diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, felç gibi birçok artmış komplikasyonla karşılaşma riski bulunmaktadır (44,56,64). Hipertansif hastalıklara bağlı anne ölümleri incelendiğinde daha çok intrakranial kanama ve beyin ödemi gibi serebral komplikasyonların neden olduğu; pulmoner ödem, kalp yetmezliği, karaciğer yetmezliği, böbrek hasarı ve Dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) komplikasyonlarının da devamında sıralandığı görülmektedir (8).

Fetüsün gelişimi için yeterli plasental perfüzyon ve intrauterin ortam gereklidir. Plasentada ortaya çıkan herhangi bir değişiklik fetüsün büyüme ve gelişmesini etkilemektedir (65). Preeklampsinin neonatal etkilerinin çoğunluğu prematüriteyle ilgili olsa da bozulan plasental perfüzyon ve plasenta işlevi fetüsü etkileyerek intrauterin gelişme geriliği, fetal distres, oligohidroamnios, erken doğum, düşük APGAR skoru, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacında artış ve perinatal ölüme neden olabilmektedir (63,65,66).

2.2.6. Preeklampsinin Yönetimi

Preeklampsi yönetiminin temel ilkeleri; risk faktörlerinin saptanıp gelişmesini önleme, erken teşhis ve uygun tedavidir. Preeklampsinin yönetimindeki amaç; kan basıncını normal sınırlarda tutmak, preeklampsiyi erken dönemde tanılamak, eklampsiyi önlemek ve anne/bebek için en uygun zamanda doğumu gerçekleştirmektir. Bu amaç doğrultusunda maternal ve fetal/neonatal sağlığın korunması ve geliştirilmesi aynı zamanda mortalite ve morbidite oranlarının azaltılması söz konusudur (39,51,55).

Preeklampsinin yönetimindeki en temel adım riskin belirlenmesidir. ACOG özellikle daha önceki gebeliğinde preeklampsisi öyküsü olan kadınların prekonsepsiyonel dönemde bakım ve danışmanlık almasını önermektedir (67). İlk prenatal vizitte tüm gebelerin risk faktörleri taranmalı ve kan basıncı ölçümü yapılmalıdır (68,69). Ayrıca gebelik süresince tüm vizitlerde kan basıncı ölçümleri ile risk tarasına devam edilmelidir (69). Preeklampsili ya da preeklampsisi taşıyan gebeler için spesifik bir doğum öncesi bakım programı yoktur. Bu gebelerde kan basıncı ölçümleri, idrar tetkikleri ve fetal büyüme takibi gibi mevcut izlemlerin daha sık yapılması önerilmektedir (51).

Şiddetli preeklampsisi ve erken başlangıçlı preeklampsisi vakalarında fetal mortalite ve morbidite ciddi düzeyde arttığından preeklampsisi yönetiminde gebelik haftası ve preeklampsinin şiddeti oldukça önemlidir (30). ACOG; şiddetli olmayan preeklampsisi vakalarında, gebenin oluşabilecek semptomlar hakkında iyi bilgilendirildiği, kan basıncı, ultrason ve laboratuvar testlerini içeren sık anne ve fetüs izlemi yapıldığı durumlarda ayaktan izlemi önermektedir (29). Ayaktan izlem yapma kararı, gebelerin hastalığın ilerlediğini gösteren semptomlar hakkında eğitim ve danışmanlık, fiziksel aktivitenin düzenlenmesi, günde iki kez kan basıncı ölçümü ve haftada iki kez fetal iyilik halinin testleri ve kan testlerinin yapılabilmesi, hastaneye yakın bir yerde ikamet etme ve olumsuz bir durumda yardımcı olabilecek birisinin olması durumunda verilmektedir. Şiddetli olmayan preeklampsisi vakalarında yakın izlem ve bekleme yaklaşımında hastaneye yatırma ise hastalığın ilerleme hızını ve ciddiyetini belirlemede önemlidir (69). Şiddetli preeklampsisi vakalarında öncelik eklampsinin önlenmesidir. Acil olarak kan basıncını kontrol altına almak için uygun tedavi planlanmalıdır (32). Tedaviye başlanma zamanı mortalite ve morbidite riskini değiştirebilmektedir (70).

Preeklampsisi plasental kaynaklı bir hastalık olduğundan dolayı önerilen en uygun tedavi yöntemi maternal ve neonatal sağlığın korunması için uygun zamanda doğumun gerçekleştirilmesidir. Fakat bu durum olumsuz doğum sonuçlarına neden olabileceğinden alınması zor bir karardır (63,71). International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) ve NICE gibi uluslararası kabul görmüş kılavuzlar preeklampsisi vakalarında 37. gebelik haftası ve üzerindeyse ya da 34.-37.

haftalar arasında şiddetli preeklampsi tanısı almışsa gebeliğin sonlandırılmasını önermektedir (5,36).

2.2.7. Preeklampsinin Önlenmesi

Preeklampsinin önlenmesi ve komplikasyonların azaltılmasında sağlık hizmeti sunumu hızlı ve kanıta dayalı olmalıdır. Multidisipliner bakım gerektiren preeklampsi vakalarında ekip üyeleri arasında işbirliği, bağlılık, yetkinlik ve güncel yaklaşımlarının benimsenmesi gerekmektedir (37). Preeklampsi için yüksek risk altındaki gebelerin teşhisi, önlemesine ve tedavisine yardımcı olarak mortalite ve morbidite oranlarını düşürmektedir (72). Doğum öncesi dönemde veya ilk gebelik izleminde preeklampsi risk faktörleri taranmalıdır. Düşük veya yüksek risk grubunda olduğu belirlenen kadınlara, risk durumuna göre uygun bakım ve müdahaleler planlanmalıdır (73).

Önleyici tedaviler preeklampsinin patogenezeine bağlıdır. Preeklampsinin önlenmesinde diyet, yaşam tarzı değişiklikleri, farmakolojik ajanlar gibi birçok faktör araştırılmıştır (40). Tüm gebelere antenatal dönemde diyet ve egzersiz ile ilgili sağlıklı yaşam tarzı eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır (5,41).

2.2.9. Preeklampsinin Tanısı, Yönetimi ve Önlenmesinde Ebinin Rolü

Preeklampsinin önlenmesi, tanılanması, bakımı ve yönetimi oldukça karmaşıktır. Preeklampside yaklaşım multidisipliner ve kanıt temelli olmalıdır (37). Preeklampsinin yönetiminde erken tespit mortalite ve morbiditenin önlenmesinde oldukça önemlidir. Ebeler, sağlık bakım hizmeti sistemi içerisinde kadın merkezli bakımın birincil sağlayıcılarıdır ve hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde önemli rollere sahiptirler (74,75). Ebelerin preeklampsi yönetiminde risk tarama, erken tanı, uygun müdahale ve gerekli durumlarda sevk etmeyi içeren önemli sorumlulukları vardır (37,76).

Prekonsepsiyonel dönemde risklerin saptanıp uygun müdahalelerde bulunmak göreceli olarak gebelik dönemine göre daha kolaydır (77). Ebelerin prekonsepsiyonel dönemden itibaren kadınları preeklampsi risk faktörleri açısından taraması ve erken müdahalelerde bulunması komplikasyonları azaltacak, mortalite ve morbidite oranlarını düşürecektir (37). Ebelerin yapacağı beslenme, egzersiz, aktivite ve kilo kontrolü gibi çeşitli müdahale, eğitim ve danışmanlıkla preeklampsi gelişimi azaltılabilmektedir (4).

Risklerin saptanması prekonsepsiyonel dönemde mümkün değilse ilk prenatal ziyaretten itibaren, erken dönemde saptaması ve gerekli müdahaleleri yapması gerekmektedir (37). Gebelik döneminde preeklampsinin erken tespiti ve uygun yönetiminde düzenli olarak kan basıncı ölçümü önem arz etmektedir (8,30,31). Kan basıncı ölçümü her defasında aynı teknikle yapılmalıdır (30). Ölçümde kullanılan aneroid ve kristal tansiyon aletlerinin ise düzenli olarak kalibre edilmesi gerekmektedir (8). Kan basıncının ölçümünde ölçüm yapılan kolun pozisyonu, tansiyon aleti, manşon ve ölçüm tekniğine dikkat edilmelidir. Ölçüm yapmadan önce gebenin en az 5 dakika dinlenmiş olması gerekmektedir (30). Ölçüm hasta yarı uzanmış ya da oturur pozisyonda yapılmalıdır. Gebenin uygun konumlandırılması, manşetin uygun seçilmesi ve ölçüm yapılacak kolun giysisiz olması gerekmektedir (8). Tanı koymada kalibre edilmiş uygun cihazla uygun pozisyonda 4 saat ara ile en az iki ölçüm yapılması gerekmektedir (66). Kadınlara evde kan basıncı takibi yapmaları önerilmelidir. Evde yapılan kan basıncı takibi ile klinik ziyaretlerin azaltılmakta, gebelik hipertansiyonu ve beyaz önlük hipertansiyonu ayırt edilebilmektedir (66). Kadınlara evde kan basıncı takibi ve doğru ölçüm yapma hakkında bilgilendirme yapmak gerekmektedir (36). Ebe, kan basıncı izlemlerinin yanında proteinüri, diyet, kilo ve ödem takibi sağlanmalıdır. Aniden artan vücut ağırlığını ödemle ilişkilendirmeli ve ödem muayenesini yapmalıdır (37). Ayrıca gebeye stresle baş etme, dinlenme, aktivite ve kullanılacak ilaçlarla ilgili eğitim ve danışmanlık sağlamalıdır (75).

Preeklampsisi tanısı almış gebeler fetüs ve kendi sağlıkları hakkında endişelenmektedir. Gebeler hastanede yatma, testler, acil doğum, sezaryen doğum, prematüre bebek sahibi olma ve yenidoğanın yoğun bakım gereksinimi gibi nedenlerle anksiyete yaşamaktadır. (12). Kendi ve bebeği ile ilgili bilgi gereksinimi, sosyal destek gibi birçok hizmete ihtiyaç artmaktadır. Çalışmalar preeklampsili gebelerin ek desteğe, bilgilendirilmeye ve eğitime ihtiyaçlarının arttığını göstermektedir (7,63). Preeklampsili gebelerde ebelerin semptomlara karşı duyarlı olması, gebeleri dinlemesi ve daha ileri yönetim konusunda bilgilendirmesi ve yönlendirmesi önemlidir (63). Ebeler kadınların ihtiyaç duydukları bilgi ve danışmanlığı sağlayarak anksiyete ve stres düzeylerinin düşmesine yardımcı olabilir (78).

Yaşanılan anksiyete anne ve bebeği arasında prenatal dönemde oluşmaya başlayan bağlanmanın kalitesini olumsuz etkilemektedir. Preeklampsili gebelerde bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler belirlenip uygun müdahalelerde bulunulması gerekmektedir (12). Ebelerin anksiyete yaşayan gebelerde tıbbi bakımın yanında danışmanlık yapması gebelerin yaşam kalitelerini arttıracak, anksiyete düzeylerini düşürecek ve bağlanmanın kalitesini olumlu etkileyecektir (78).

Doğum sonrası dönemde kan basıncı yüksekliğinin 6-8 haftaya kadar devam edebildiği bilinmektedir. Gebelerin doğumdan sonra kan basıncı düşene kadar izlemleri yapılmalıdır. Preeklampsia tanısı alan kadınlar ilerleyen yaşamlarında kalp ve renal birçok hastalık açısından risk altındadırlar (51,79). Preeklampsia yaşayan kadınlara ilerleyen dönemlerde karşılaşılabileceği problemler konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (40). Taburculuk öncesinde risk taraması yapılmalı ve düzenli sağlık kontrolleri için bilgilendirme sağlanmalıdır (51).

2.3. GEBELİK VE EŞ UYUMU

Evlilik, çiftlerin kendisine uygun, ilgi ve sevgi duyduğu kişi ile hayatını birleştirmek, aile kurmak ve ebeveyn olmak için attıkları ilk adımdır (80). Eşlerin karşılıklı bir biçimde birbirlerinin psikolojik ve biyolojik gereksinimlerini sağlamalarıyla uyumlu bir şekilde sürdürülen bir süreçtir (13).

Amerikan Psikologlar Derneği (APA) eş uyumunu; “evli çiftlerin, uygun bir bireysellik derecesini korurken, karşılıklı doyuma ulaşmaları ve ortak hedeflere ulaşma süreci” olarak tanımlamaktadır (81). Eşler arasındaki uyum, iki kişinin mutlu ve huzurlu beraberliklerini evlilikle birleştirip mutlu olarak devam ettirmelerine denilmektedir (13,14). Spainer (1976) eş uyumunu, çiftlerin hayatlarını birleştirdikten sonra zaman içerisinde günlük yaşantılarında değişen koşullara uyum sağlamaları ve birbirlerine göre değişim olarak tanımlamaktadır (82). Evlilikten duyulan mutluluk ve memnuniyet, evlilik ilişkisinin sağlam olmasını, ailenin ise sağlıklı ve mutlu olmasını sağlamaktadır (15).

Eş uyumu kültürel, sosyal ve ekonomik birçok faktörden etkilenebilen karmaşık bir kavramdır (13,15). Spainer (1976), eşler arasında probleme neden olan farklar, kişiler arası gerginlikler, eşler arasındaki tatmin, eşlerin birbirlerine olan bağlılıkları ve işlerin önemi hakkında fikir birliğinin eş uyumunu etkilediğini belirtmiştir (82). Yaş, cinsiyet, eğitim, evlilik yaşı, evlilik süresi, tanışma biçimi, ekonomik koşullar, şiddet, inanç ve değerler, aile yapısı, evliliğe verilen anlam, cinsel yaşantı, infertilite, gebelik, perinatal kayıp ve çocuklarla ilgili sorunlar eşler arasındaki uyumu etkilemektedir (14,83).

Gebelik eşler için fizyolojik, psikolojik ve duygusal değişimleri içeren eşsiz ve önemli bir dönemdir. Aynı zamanda ebeveynlik rollerinin yüklendiği ve evlilik ilişkisinde değişikliklere neden olabilen kritik bir geçiş dönemidir (84,85). Kadın bu dönemde en çok eşine ihtiyaç duymakta ve eşinin desteğini istemektedir. Eş destek olmadığında ise kadın anksiyete, stres, depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (86). Ayrıca eşlerden herhangi birinin yaşadığı anksiyete ve stres de eşler arasındaki uyumun kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yaşanılan anksiyete ve stresin ise olumsuz gebelik ve doğum sonuçlarına neden olduğu bilinmektedir (87,88). Eş desteği ve eş uyumu yüksek olan gebelerin sürece uyumu artmakta ve gebeliğe bağlı görülebilecek semptomlar azalmaktadır. Eşler arasındaki uyum düzeyi yüksek

olan çiftlerde eş desteği de artmaktadır (89–91). Eşlerin kendi aralarındaki uyumları yüksek olduğunda psikolojik iyilik düzeyleri artmakta, anksiyete ve stres gibi olumsuzluklarla baş etme mekanizmaları daha yüksek olmaktadır (15,80). Alves ve arkadaşlarının (2018) gebelikte depresif belirtiler ile eş uyumlarını inceledikleri çalışmalarında yüksek düzeyde depresif belirtileri olan kadınların (n=57), depresif belirtiler bulundurmayan kadınlara (n=232) göre eş uyumlarının daha düşük olduğunu saptamıştır (88). Bilgen ve Tekin (2020)'in evlilik uyumunun gebeliğinin son üç ayında yaşanan depresyona etkisini incelendikleri çalışmada evlilik uyumu arttıkça depresyon puanlarının azaldığını bildirmiştir (89).

Eş uyumu gebeliği etkilediği gibi gebelikte eş uyumunu etkilemektedir (16). Gebelik süreci eşler arasındaki uyumu düşürebilmektedir (92). Gebelik eşler arasındaki memnuniyet, cinsel yaşam, ilişki kalitesi, fikir birliği gibi birçok faktörü etkileyebilmektedir (93). Özellikle gebe kadınlarda ilginin bebeğe kayması ve cinsel ilişkinin bebeğe zarar vermesi düşüncesi eşler arasındaki uyumu etkileyen en önemli faktörlerdendir (86).

Gebelik döneminde kadının psiko-sosyal sağlığının belirleyicilerinden birisi olan eş uyumu, maternal bağlanmanın kalitesini etkileyen faktörlerden biridir (94). Gebelerin eşleri tarafından sevilme ve desteklenme duygularının karşılanması bebekleri ile olan ilişkilerini dolayısıyla bağlanma kalitesini olumlu yönde etkileyebilmektedir (93,95). Gebelerde eş uyumu ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada (n=195) gebelerin eş uyumları arttıkça prenatal bağlanma düzeylerinde arttığı bildirilmiştir (14). Evlilik uyumunun kötü gittiği ilişkilerde ise yaşanan anksiyete ve depresyona bağlı olarak maternal bağlanma olumsuz yönde etkilenebilmektedir (95).

Yüksek riskli gebeler düşük riskli gebelere göre duygusal, psikolojik ve fizyolojik olarak daha fazla etkilenebilmektedir. Bu dönemde riskli gebeleri psikolojik olarak etkileyen en önemli faktörlerden birisi de eşi ile olan ilişkisidir (17). Eşi ile uyumu yüksek olan gebe psikolojik olarak rahatlayarak bebeğine yönelebilmekte ve bebeği ile olan bağlanmasının kalitesi de artmaktadır (14). Gebeliklerinin üçüncü trimesterinde olan yüksek riskli gebeler (n=186) ile yürütülen bir çalışmada eş uyum düzeyi arttıkça maternal bağlanma düzeyinin de arttığı saptanmıştır (17). Yüksek riskli

gebelerle (n=118) yürütülen bir başka çalışmada benzer şekilde eşler arasındaki uyum ile maternal bağlanma arasında pozitif ilişki bulunmuştur (96).

2.3.1. Gebelik Döneminde Eş Uyumunu ve Ebelik Bakımı

Ebeveynliğe geçiş süreci olan gebelik eşlerin hayatında önemli bir dönemdir. Bu dönem eş uyumunu etkileyebildiği gibi eşler arasındaki uyum da gebeliği etkileyebilmektedir (16). Yakın zamana kadar gebelik döneminde yapılan çalışmalar annelere odaklanmış ve çiftler arasındaki etkileşimin önemi göz ardı edilmiştir (87). Oysaki ebeveyn olma süreci çiftler arasında paylaşıma dayalıdır ve her iki ebeveyni de kapsar (85). Aynı zamanda gebelikte kadınların en önemli ihtiyaçlarından biri eş desteğidir (86).

Gebelik döneminde sağlık çalışanları tarafından verilen eğitim ve destek eş uyumunun sağlanmasında önemlidir (86). Gebe ve ailesiyle en çok etkileşimde bulunan sağlık profesyonellerinden olan ebeler gebelik döneminde eşler arasındaki uyumu etkileyen faktörleri bilmeli ve saptamalıdır. Evliliklerinde uyum problemi yaşayan çiftlerin baş etme becerilerinin geliştirilmesine ve desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Evlilik uyumu eşler arasındaki iletişimden etkilenmekte ve uyum problemlerinin çözümünde iletişim önemli bir yer tutmaktadır (91).

Gebe eğitim sınıflarına eşlerin de katılması ve beklentilerini, heyecanlarını ve korkularını ifade edebilecekleri bir ortam yaratılması, sürece ve ebeveynlik rollerine uyum sağlamalarını kolaylaştırmakta ve eşler arasındaki uyumu artırmaktadır (85,97). Ebeler, çiftleri duyguları ve ihtiyaçlarını içeren iletişime teşvik etmelidir. Ayrıca sorunları konuşabilme ve ortak çözüm bulma, sorunlarla baş etme yollarını geliştirme gibi konularda çiftlere destek olmalıdır. Psikolojik destek alması gereken çiftlere ise uygun yönlendirme yapılmalıdır (91).

2.4. GEBELİK VE ANKSİYETE

Anksiyete kişinin içsel tehlike ve bilinç dışı çatışmalar sonucu yaşadığı yaygın bir psikiyatrik bozukluktur (34,35). Tedirginlik ve mutsuzluk verici bir duygu olan anksiyete fizyolojik ve psikolojik birçok soruna neden olmaktadır. Bireylerin üçte biri yaşamları boyunca bir anksiyete bozukluğundan etkilenmektedir (99). Üreme çağındaki kadınlar arasında ise gebe olanların gebe olmayanlara göre anksiyete düzeyleri daha yüksektir (16,104). Kadının hayatında fizyolojik bir süreç olan gebelik; fiziksel, hormonal ve psikolojik değişimler ve ebeveynlik rollerine uyum gerektiren bir süreçtir (12). Bu değişimlere uyum sağlamaya çalışan gebelerde hafif, orta veya şiddetli düzeyde anksiyete görülebilmektedir (9,26). Gebelerin ortalama %15-23'ü gebeliklerinde anksiyete yaşamaktadır (102). Daha önceden anksiyete bozukluğu olan kadınlarda ise gebelik döneminde anksiyete düzeyleri daha da yükselebilmektedir (103).

Gebelik döneminde anksiyeteyi etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler kadının yaşı, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, medeni durumu, aile yapısı, eşi ile olan ilişkisinin kalitesi, yetersiz sosyal destek gibi sosyodemografik özellikleri; gebeliğin istenmemesi, gebelik sayısı, perinatal olumsuz koşullar, yaşayan çocuk sayısı, düşük öyküsü, gebeliğin riskli olması, hastanede yatma gibi obstetrik özellikleri ve kadının psikolojik sağlığını içermektedir (104–106). Gebeliğin doğal değişimleriyle beraber trimesterlere göre anksiyete görülme sıklığı da değişebilmektedir (107,108). İlk trimesterde gebeliğin yeni öğrenilmesi, halsizlik, uyku sorunları, bulantı-kusma gibi nedenler anksiyete düzeyinin artmasına neden olabilmektedir (109,110). İkinci trimesterde gebeliğin kabulü ve semptomların azalmasıyla birlikte anksiyete oranları düşmektedir. Üçüncü trimesterde ise doğumun yaklaşmasıyla birlikte anksiyete düzeyleri artmaktadır (111). Gebelikte anksiyeteyi etkileyen faktörleri bilmek anksiyetenin saptanmasını, tedavi edilmesini ve olumsuz sonuçların önlenmesini sağlamaya yardımcı olmaktadır (112).

Gebenin bu dönemde yaşadığı anksiyete genellikle fetüs ve kendi sağlığı, doğum korkusu ve ebeveynlik rollerine uyum ile ilgilidir (9). Anksiyete yaşayan gebelerde ani ruh değişimlerini içeren duygusal tepkiler, garip fikirler ve düşünceleri içeren bilişsel tepkiler ve uyku sorunları, yorgunluk ve bulantı-kusma gibi somatik tepkiler gibi anksiyetenin çeşitli belirtileri görülebilmektedir (113,114). Bu belirtilerin

çoğu gebelik semptomlarının ile benzerlik gösterdiğinden dolayı anksiyetenin teşhisi gecikebilmekte ya da gözden kaçabilmektedir. Bu nedenle gebelik izlemlerinde anksiyetenin değerlendirilmesi göz ardı edilmemelidir (97).

Anksiyete maternal, fetal ve neonatal birçok komplikasyonla ilişkilidir (24,115). Prenatal dönemde yaşanan anksiyete, kortizol gibi hormonların salınımını artırarak uterus düz kaslarını etkilemektedir (116). Bunun sonucunda utero-plasental kan akımında ortaya çıkan bozulma ile maternal ve fetal/neonatal birçok sorunla karşılaşılabilir (117,118). Çalışmalarda anksiyete düzeyinde yükselmenin; preeklamps riskini 3 kat artırdığı (119,120), abortus, intrauterin büyüme geriliği, erken doğum, sezaryen doğum, düşük doğum ağırlığı, uzamış doğum eylemi ve doğum sonu artmış analjezi kullanımı gibi birçok olumsuz obstetrik soruna neden olduğu bildirilmiştir (24,101,111). Fiziksel komplikasyonların yanı sıra anksiyete gebeliğe uyum sorunları, daha az iletişim kurma ve bebekle daha az bağ kurma gibi sorunlara da neden olmaktadır (101,121). Tüm bu sorunlar ise bebeğin ilerleyen dönemde bilişsel, davranışsal ve nörobilişsel problemlere sahip olmasına neden olmaktadır (102,107,113,116). Bu nedenlerle gebelerde anksiyeteye yönelik risk faktörlerini taramak doğum öncesi bakım için gereklidir.

Gebelik döneminde maternal, fetal ya da neonatal risklerin artması durumunda annenin anksiyete düzeyi artmaktadır. Riskli gebeler hastanede yatma, bilinmezlik duygusu, aileden ve çocuklarından ayrı kalma, fetüs ve kendi sağlığı konusunda endişelenme, testler, tedaviler ve girişimler gibi birçok faktörden etkilenerek anksiyete yaşamaktadır (24,122). Yüksek riskli gebeliklerde anksiyete düzeylerinin tespit edilmesi ve uygun müdahalelerde bulunulması anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesinde oldukça önemlidir (20). Preeklampsili gebelerle yürütülen bir vaka kontrol çalışmasında preeklampsili gebelerin (n=101) kontrol grubundaki gebelere (n=212) göre anksiyete düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (27).

Anksiyete prenatal dönemde kurulmaya başlayan bağlanmanın kalitesini de etkilemektedir. Riskli gebelerde kendisinin veya fetüsün sağlığı tehlikeye girebileceğinden dolayı fetüsle iletişim kurmaktan korkmakta ve bağlanmanın kalitesi bozulabilmektedir (24). Preterm eylem tehdidi geçen gebeler (n=43) ve herhangi bir risk taşımayan gebelerle (n=37) yürütülen bir çalışmada preterm eylem tehdidi olan gebelerin bağlanma düzeylerinin daha düşük, anksiyete ve depresyon düzeylerinin ise

daha yüksek olduğu saptanmıştır (10). Riskli gebelerle yürütülen bir başka çalışmada gebelerin (n=220) maternal bağlanma düzeylerinin ortalamasının altında olduğunu bildirilmiştir (11). Fakat literatür incelendiğinde anksiyete düzeyi artıkça bağlanma düzeyinin ve kalitesinin arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Tunçel ve Süt (2018)'ün gebelikte yaşanan anksiyete depresyon ve prenatal distresin bağlanmaya olan etkisi incelenen çalışmada (n=319) anksiyete düzeyleri arttıkça maternal bağlanma düzeylerinin de arttığı saptanmıştır (26). Yüksek riskli gebelerde hastaneye yatırılan ve yatırılmayan gebelerin bağlanma düzeylerinin incelendiği çalışmada hastanede yatan gebelerin anksiyete düzeyinin arttığı bildirilmiştir. Maternal bağlanma düzeylerinde ise iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (123). Yüksek riskli primipar kadınlarla yürütülen bir başka çalışmada da benzer şekilde anksiyete ve bağlanma düzeyleri yüksek bulunmuştur (28). Bu durum riskli gebeliklerde fetüsü kaybetme korkusunun bağlanma düzeyini artırmasıyla ilişkilendirilmektedir (24).

2.4.1. Anksiyete ve Ebelik Bakımı

Doğum öncesi bakımda genellikle gebelerin fiziksel sağlığına odaklanılmakta, duygusal, psikolojik ve zihinsel sağlıkları göz ardı edilebilmektedir (38,90). Anksiyete belirtileri gebelikte hormonal kaynaklı değişimlerle benzerlik gösterdiğinden dolayı da gözden kaçabilmektedir (120,124). Gebelik döneminde yaşanan anksiyete kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve tedavi edilmezse maternal ve fetal/neonatal sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (118,125). Anksiyetenin olumsuz sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, gebelerde anksiyete risk faktörlerinin saptanması ve uygun müdahalelerin yapılmasının önemini ortaya koymaktadır (106,126).

ACOG perinatal dönemde gebelerin en az bir kez bir ölçüm aracı kullanılarak anksiyete gibi psikolojik sorunların taranmasını önermektedir (127). Doğum öncesi verilen bakım hizmetlerinin anksiyete değerlendirmesini de kapsaması, anksiyetenin önlenmesi, erken teşhisi, uygun müdahalelerin planlanması ve uygulanması için önemlidir (26). Ebelerin, gebelerin yaşadıkları anksiyeteyi tanılaması, uygun bakım, eğitim ve danışmanlık müdahaleleri uygulamaları gerekmektedir. Ebeler bu dönemde kadının kendisini ifade etmesini ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesini sağlamalıdır ve gerektiğinde uygun üst merkezlere sevk etmelidir (120,125).

2.5. PRENATAL DÖNEMDE MATERNAL BAĞLANMA

Bağlanma terimini Bowlby “iki kişi arasında kurulan ve sürdürülen güçlü bağ” şeklinde tanımlamaktadır (128). Bağlanma teorisinde ise bağlanma terimi; bebeğin ebeveynleriyle ya da bakım veren kişiyle arasında kurulan bağ, bebeğin ihtiyacı olduğunda bu kişiye ulaşabilmesi, bebeğin gösterdiği tepki ve davranışlar olarak tanımlamaktadır (129). 1960’lı yıllarda abortus, ölü doğum veya neonatal dönemde bebekleri ölen kadınların yas tutmaları üzerine prenatal bağlanma kavramı araştırılmaya başlanmıştır (130). Bunun üzerine Pepper ve Knapp (1980) fetüsü kaybeden 65 kadınla yürüttükleri çalışmadan yola çıkarak bağlanmanın doğum sonu dönemde değil prenatal dönemde başladığını ortaya koymuşlardır (131).

Prenatal dönemde maternal bağlanma kavramı literatürde farklı boyutlarıyla incelenip tanımlanmıştır. Cranley bağlanma kavramını “gebelerin doğmamış çocuklarıyla etkileşimini ve fetüse gösterdikleri sevgi dolu davranışlar” olarak tanımlamıştır (132). Muller ise “anne ve bebeği arasındaki eşsiz ve sevgi dolu ilişki” olarak tanımlamaktadır (133). Condon ise “gebe kadın, ebeveynler ve doğmamış çocukları arasında gelişen duygusal bağ” olarak tanımlamıştır (134). Kısacası maternal bağlanma gebeliğin oluşması ve doğuma kadar olan süre içerisinde gebe kadın ile doğmamış bebeği arasında gelişen duygusal, bilişsel ve davranışsal üç ana unsurdan oluşan eşsiz bir bağdır (18,135). Bilişsel bağlanma fetüsü ayrı bir birey olarak kabullenmeyi ve kişilik kazandırmayı; davranışsal bağlanma, fetüs ile kurulan etkileşimi ve yeni rollere uyumu; duygusal bağlanma fetüsle kurulan empatik bağlanmayı tanımlamaktadır (136).

Prenatal dönemde kurulan bu bağ gebeliğin öğrenilmesi ve kabulü ile başlamaktadır. Gebenin fetüsü ultrasonda görmesi, fetüsün kalp atışlarını duyması ve fetüsün hareketlerini hissetmesiyle de ilişkilidir. Trimesterlere göre bağlanma düzeyleri farklılıklar göstermekte ve gebelik ilerledikçe artmaktadır (18,19). İlk trimesterde gebeliğin öğrenilmesi ile gebeliğin kabulü, uyum ve oryantasyon bozuklukları, amvibalan duygular ve gebeliğe bağlı rahatsızlıklar yaşanabilmektedir (137). İkinci trimesterde rahatsızlıkların azalması, fetal hareketlerin hissedilmesi ile fetüsü ayrı bir birey olarak kabul edilip bağlanma düzeyi de artmaktadır (18,137,138). Doğumun yaklaşmasıyla üçüncü trimesterde kadının doğuma ve bebeğe yönelik

hazırlıkları artmıştır. Annelik rolüne uyum daha da artmış ve kendi ve fetüsün sağlığına daha duyarlı bir hale gelmiştir (139,140). Anne ile bebeği arasındaki ilk ilişki olan maternal bağlanma doğum sonrası dönemde de anne ile bebeği arasındaki ilişkinin belirleyicisidir (141).

Yüksek bağlanma düzeyine sahip olan gebelerde; fetüsü ayrı bir birey olarak görme, fetüs ile konuşma, fetüsün neye ya da kime benzediğini düşünme, fetüse isim koyma, abdomeni okşama, doğum öncesi düzenli bakım alma, doğum öncesi eğitimlere katılma ve sağlıklı beslenme gibi davranışlar görülmektedir (90,108,123,137). Güçlü maternal bağlanma bebeğin yaşamı boyunca kişilik gelişimi ve başkaları ile iletişimi başta olmak üzere bilişsel, duygusal, psikolojik ve sosyal gelişimini olumlu yönde etkilemektedir (18,21,90). Zayıf maternal bağlanma ise fetüsten rahatsız olma, fetüse zarar verme, çocuklukta davranış bozuklukları ve yetişkinlikte psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (142). Bu nedenlerle maternal bağlanmayı etkileyebilecek risklerin farkında olmak oldukça önemlidir (121).

Gebelik her ne kadar olumlu duyguları barındıran bir dönem olsa da maternal bağlanmayı etkileyebilecek birçok faktör bulunmaktadır (108). Literatür incelendiğinde çalışmalarda sosyodemografik faktörler, biyolojik ve çevresel faktörler, psikolojik faktörler ve obstetrik faktörlerin maternal bağlanmayı etkilediği saptanmıştır. Maternal bağlanmayı etkileyen bu faktörler;

Sosyodemografik faktörler; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, evlilik memnuniyeti, eşler arasındaki ilişki (14,20,21),

Biyolojik ve çevresel faktörler; sosyal destek, doğum öncesi eğitim alma durumu (14,21,143),

Psikolojik faktörler; maternal anksiyete, stres, kaygı ve depresyon varlığı (26,144,145),

Obstetrik faktörler; gebeliğin planlı olması, riskli gebelik varlığı, parite, gebelik haftası, perinatal kayıp öyküsü, travmatik doğum öyküsü, fetüsün cinsiyeti, yardımcı üreme teknikleri ile gebelik (19–21,26) olarak sıralanmaktadır.

Riskli gebelikler maternal veya fetal sağlığı etkilemekte ve çoğunlukla hastane yatışı gerektirmektedir (22). Aynı zamanda riskli gebeler fetüsü kaybetme korkusu yaşamakta ve fetüsü kaybedeceği düşüncesi ile fetüsle ilişki kurmaktan kaçınmaktadır.

Bu davranış ise maternal bağlanmayı olumsuz etkileyebilmektedir (24). Riskli gebelerle yürütülen bir çalışmada gebelerin (n=160) maternal bağlanma düzeylerinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (22). Antepartum ünitelerde yatan gebelerle (n=98) yürütülen bir çalışmada gebelerin anksiyete düzeylerinin yüksek ve maternal bağlanma düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (23). Sağlıklı bir gebelik sürdürmeyi ve sağlıklı bir bebeği bekleyen gebeler, sürecin sağlıklı ilerlememesi ile ilgili kırgınlık, güvensizlik, yetersizlik, düşük benlik saygısı gibi duygular yaşayabilmektedir. Bu durum ise annenin anksiyete düzeyini artırmakta ve bebek ile arasında oluşan bağı etkileyebilmektedir (104,123).

Literatür incelendiğinde bunun tam tersini savunan görüşler ve çalışmalar mevcuttur. Duman ve arkadaşlarının (2021) preeklampsili gebelerde gebelik anksiyetesi ile maternal bağlanma arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada preeklampsili gebelerde (n=121) anksiyete düzeyi ile maternal bağlanma arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (12). Yüksek riskli gebelerle yürütülen bir başka çalışmada benzer şekilde gebelerin (n=479) prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (25). Bir vaka kontrol çalışmasında preeklampsili gebelerin (n=101) anksiyete düzeyinin kontrol grubundaki gebelerden (n=212) daha yüksek olduğu fakat maternal bağlanma düzeylerinin her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (27). Bu çalışmalar anksiyete düzeyi artmış riskli gebelerin bebeklerine daha çok bağlandığı göstermektedir. Bu durum ise kadının bebeğini kaybetme korkusuyla fetüsün sağlığına daha çok önem verdiği ve fetüse daha çok bağlandığını göstermektedir (24,26).

2.5.1. Prenatal Dönemde Maternal Bağlanma ve Ebelik Bakımı

Maternal bağlanma zaman içerisinde gelişen anne ve bebeği arasında sevgiye dayalı özel bir ilişkidir. Güvenli kurulan yüksek düzeyde bağlanma anne ve bebeğin sağlığının önemli faktörlerinden birisidir (108,142). Zayıf maternal bağlanma düzeylerinin olumsuz etkileri göz önünde bulundurulduğunda risk altındaki gebelerin saptanması ve uygun ebelik girişimlerinin planlanması gerekmektedir (129).

Ebe gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde kadınla iletişim kuran ve bakım veren profesyoneldir. Gebelik döneminde kadınların ailelerinde en büyük

destekçileri eş ve akrabaları iken sağlık bakımı için başvurdukları kurumlarda ise ebelerdir (90). Bağlanmayı artıracak eğitimlerin gebelik döneminde ebeler tarafından verilmesi anne ve bebek arasında oluşacak bağlanmanın kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Ebeler gebelere karnına dokunma, fetüse duygularını içeren günlük/mektup yazma, fetüsle konuşma, fetal hareketleri sayma gibi bağlanma düzeyini artıracak tavsiyelerde bulunmalıdırlar (146). Doğum öncesi dönemde fiziksel ve zihinsel farkındalık, doğum korkusunu yenmek, bilinçli ebeveynlik gibi destekleyici eğitimler bağlanma düzeyini artırabilmektedir (12,14,22,27,143).



2.6. PREEKLAMPSİLİ GEBELERDE EŞ UYUMU, ANKSİYETE VE MATERNAL BAĞLANMA İLİŞKİSİ

Preeklampsia, maternal ve fetal/neonatal mortalite ve morbiditenin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır (2,3). Preeklampsia gebelerin kendi ve fetus sağlığı hakkında endişelenmesine neden olmaktadır (12). Çoğunlukla hastanede yatış gerektiren bu durum gebelerde aileden ayrı kalma, tedaviler, tetkikler, acil doğum, prematüre bebek sahibi olma ve yenidoğanın yoğun bakım gereksinimi gibi çeşitli nedenlerle anksiyetenin artmasına neden olmaktadır (24,122). Preeklampsili gebelerle bir çalışmada anksiyete düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (27). Anksiyetenin artmasındaki bir diğer faktörde risklerin artmasıyla fetusün kaybedileceği düşüncesidir (24). Gebelerin fetusü kaybedeceklerini düşünmesi bebekleri ile iletişim kurmaktan kaçınmalarına ve gebelik döneminde oluşmaya başlayan bağlanmanın kalitesi olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (22). Riskli gebelerle yürütülen çalışmalarda anksiyete düzeyinin yüksek maternal bağlanmanın düşük olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (10,23). Anksiyetenin belirlenip uygun müdahalelerle azaltılması anne ve bebeğin sağlığının korunmasını sağlamakla beraber bağlanmanın kalitesini de olumlu etkileyecektir (12,20). Literatür incelendiğinde anksiyete ve maternal bağlanma arasındaki bu ilişkinin tersini savunan çalışmalarda yer almaktadır. Preeklampsili gebelerle yürütülen bir çalışmada gebelik anksiyetesi ile maternal bağlanma arasında pozitif bir ilişki olduğu (12), yüksek riskli bir başka çalışmada gebelerin anksiyete ve maternal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (28). Bu durum ise gebenin fetusü kaybedeceği korkusuyla fetüse daha çok yöneldiği ve bağlanma düzeyinin arttığını göstermektedir (24,26).

Preeklampsili gebeler normal gebelere göre duygusal, psikolojik ve fizyolojik birçok yönden daha fazla etkilenmektedir. Psikolojik olarak etkileyen en önemli faktörlerden birisi ise eşleri ile olan ilişkileridir. Bu dönemde eşlerinin desteğine ihtiyaçları artmakta ve eşlerini yanlarında istemektedirler (17). Eşleri ile ilişkisi kötü olanlarda gebeliğin getirdiği anksiyetenin yanında eş ile olan ilişkiden dolayı da anksiyete yaşayabilmektedir. Yaşanılan bu durum ise bağlanmanın kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (95). Eşleri ile aralarındaki uyum yüksek olan gebelerin ise psikolojik olarak rahatlamakta ve anksiyete ile baş etme mekanizmaları yükselmektedir. Eş uyumu yüksek olan gebeler, tüm ilgisini bebeğine yönlendirmekte

ve bağlanma olumlu etkilenmektedir (14). Literatür incelendiğinde riskli gebelerde eş uyum düzeyi ile maternal bağlanma arasında pozitif ilişki olduğu bildiren çalışmalar yer almaktadır (17,96).

Preeklampsi her ne kadar acil tıbbi bakım gerektiren bir durum olsa da gebenin değerlendirilmesinde psikososyal faktörler göz ardı edilmemeli ve değerlendirilmelidir. Literatür incelendiğinde gebelerde eş uyumu, anksiyete düzeyi ve maternal bağlanma düzeylerini inceleyen birçok çalışma mevcuttur (14,18,20). Preeklampsili gebelerle yürütülen çalışmalar incelendiğinde anksiyete ve bağlanma düzeyi arasındaki ilişkiyi (12,27) inceleyen çalışma mevcutken eş uyum düzeyi ile ilişkilerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

Bu çalışma preeklampsii tanısı almış gebelerde eş uyumu ve anksiyete düzeyinin maternal bağlanma üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- Preeklampsii tanısı almış gebelerin anksiyete düzeyi nedir?
- Preeklampsii tanısı almış gebelerin eş uyum düzeyi nedir?
- Preeklampsii tanısı almış gebelerin maternal bağlanma düzeyi nedir?
- Preeklampsili gebelerde sosyodemografik, obstetrik ve evlilik ile ilgili özellikler maternal bağlanmayı etkiler mi?
- Preeklampsili gebelerde eş uyumu ile maternal bağlanma arasında ilişki var mıdır?
- Preeklampsili gebelerde anksiyete düzeyi ile maternal bağlanma arasında ilişki var mıdır?
- Preeklampsili gebelerde eş uyumu ve anksiyete düzeyinin maternal bağlanma üzerinde etkisi var mıdır?

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniğinde Haziran 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma, Ankara'da bulunan tek kadın doğum hastanesi olması, araştırmacılara yakın olması, preeklampsii tanısı alan gebe sayısının yüksek olması nedeniyle ilgili hastanede yürütülmüştür.

İlgili hastanenin kadın doğum kliniklerine 2021 yılında toplam 96.104 gebe başvurmuş ve bu gebelerden 16.182 tanesi riskli gebe tanısı almıştır. Çalışmamızın örneklemini oluşturan preeklampsili gebeler üçüncü katta yer alan perinatoloji servisinde yatmaktadır. Perinatoloji servisinde toplamda 55 yatak bulunup 43 tanesi perinatoloji hastalarına aittir. Perinatoloji servisine 20. gebelik haftasından büyük riskli gebeler yatırılıp, daha erken haftalar ve abortus gibi tanısı olan gebeler Erken

Gebelik Servisine yatırılmaktadır. Serviste toplamda 24 ebe ve 10 hemşire aktif görev yapmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniğinde yatan riskli gebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini; araştırmanın yapıldığı tarihlerde, preeklampsisi tanısı almış, dahil edilme kriterlerine uyan (Türkçe okuma yazma bilen ve 18 yaş ve üzeri, tek fetüse sahip olan, 27. gebelik haftası ve üzerinde olan, perinatoloji servisine yatışı yapılan, partneri ile evli ya da birlikte yaşayan çiftler) ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturmuştur.

Araştırmada ulaşılmaması gereken örneklem sayısını hesaplamak üzere literatür incelemesi yapıldığında; preeklampsisi tanısı alan son trimester gebelerde Prenatal Bağlanma Envanterini (PBE) kullanan tanımlayıcı bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Örneklem sayısı 30 gebeye ait veri toplandıktan sonra bu veriler esas alınarak güç analizi ile hesaplanmıştır. Araştırmanın güç analizi G. Power-3.1.9.2. programı kullanılarak hesaplanmıştır. Güç analizi preeklampsili gebelerde anksiyetenin bağlanma üzerindeki etkisi dikkate alınarak regresyon analizi ile yapılmıştır. Araştırmaya alınması gereken minimum örneklem sayısı %99 güven ($1-\alpha$), %99 test gücü ($1-\beta$), %1 hata (α) ve $d=0,26$ etki büyüklüğü ile toplam 111 kişi olarak hesaplanmıştır (EK.1). Verilerin toplanması esnasında 116 preeklampsili gebeye ulaşılmıştır. Fakat 2 gebenin yardımcı üreme tekniği ile gebe kalması, 2 gebenin çoğul gebeliğe sahip olması ve 1 gebenin ise eşi ile eşiyle boşanmış olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5. KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya dahil olma ve araştırmadan dışlanma kriterleri göz önüne alınarak gebeler örnekleme dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

- Türkçe okuma yazma bilen ve 18 yaş ve üzeri,
- Tek fetüse sahip olan,
- 27. gebelik haftası ve üzerinde olan,
- Preeklampsi tanısı alan,
- Perinatoloji servisine yatışı yapılan,
- Partneri ile evli ya da birlikte yaşayan gebelerden oluşmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- İletişim sorunu (işitme engeli, görme engeli vb.) ve psikolojik herhangi bir sağlık sorunu bulunan,
- Kronik hipertansiyonu bulunan,
- Preeklampsiye ek gestasyonel hastalık tanısı konulmuş olan,
- Kronik hastalığı olan,
- Çoğul gebelik olan,
- Gebeliği yardımcı üreme teknikleri ile olan,
- 27. gebelik haftasından küçük olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın Bağımsız Değişkeni/Değişkenleri:

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik, obstetrik ve evlilik özellikleri, "Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇÜÖ)" ve "Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-S) – Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-T)" toplam puan ortalamaları bağımsız değişkenleridir.

Araştırmanın Bağımlı Değişkeni/Değişkenleri:

Gebelerin "Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)" toplam puan ortalamaları bağımlı değişkenleridir.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmmanın verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ)”, “Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI)” ve “Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)” ile toplanmıştır.

3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatürler incelenerek (12,14,22,27,143,144) hazırlanan form; gebenin kendisi ve eşi ile ilgili sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu), evlilik özelliklerini (evlilik süresi, aile tipi, evlilik biçimi), obstetrik bilgilerini (gebelik haftası, gebelik sayısı, bebek cinsiyeti, düşük sayısı, ölü doğum sayısı) içeren toplam 25 sorudan oluşmaktadır (EK.3.).

3.7.2. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇUÖ)

Spainer (1976) tarafından geliştirilen 32 maddelik Çift Uyum Ölçeği’ni Busby ve arkadaşları (1995) 14 maddeye indirmiştir (147). Evlilik veya benzeri ilişkilerde evli ya da birlikte yaşayan çiftlerin “ilişki kalitesini” değerlendiren ölçek “doyum faktörü (1., 2., 3., 4., 5., 6. maddeler)”, “uzlaşım faktörü (11. 12. 13. 14. maddeler)” ve “görüş birliği faktörü (7., 8., 9., 10. maddeler)” olmak üzere toplamda üç alt faktörden oluşmaktadır. Türk kültürüne uyarlama çalışmasını yapan Bayraktaroğlu ve Çakıcı (2017) ölçek maddeleri aynı kalacak şekilde alt faktörlerin maddelerinde değişiklikler yapmışlardır. Faktör analizi sonucunda “doyum faktörüne” 7., 9., 11., 12., 13., “uzlaşım faktörüne” 1., 2., 3., 4., 5., 6. ve “görüş birliği faktörüne” 8., 10., 14. maddelerin ait olduğunu bulmuşlardır. Ölçeğin 7. 8. 9. ve 10. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten en yüksek 70 puan alınmakta ve alınan puan artıka ilişkinin kalitesi de artmaktadır. Bayraktaroğlu ve Çakıcı (2017)’nin Türk Kültürüne Uyarlama çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak hesaplanmıştır. (148). Bu çalışmada ise ölçeğin toplam puan, doyum, uzlaşım, görüş birliği alt faktörleri için Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0.82, 0.72, 0.81, 0.75 bulunmuştur (EK.4.).

3.7.3. Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI)

Spielberger (1970) tarafından geliştirilen ölçeğin Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapılmıştır. “STAI-S (Durumluk Anksiyete Ölçeği)” ve “STAI-T (Sürekli Anksiyete Ölçeği)” olarak iki ölçekten oluşmaktadır. Belirli bir anda yaşanan duruma özgü his ve duyguların cevaplanması istendiği STAI-S 20 maddeden; içinde bulunulan durumdan bağımsız olarak genelde kendisini nasıl hissettiğine dair cevaplamasının istendiği STAI-T 20 madde olmak üzere toplamda 40 maddeden oluşmaktadır. Her iki ölçekte 4’lü likert tipte olup STAI-S’de 1: Hiç, 2: Biraz, 3: Çok, 4: Tamamıyla; STAI-T’de ise 1: Hemen hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Çok zaman, 4: Hemen her zaman olarak ifade edilmektedir. STAI-S’de 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler, STAI-T’de ise 21, 26, 27, 30, 33, 36, ve 39. maddeler tersine çevrilmektedir. Doğrudan ifadeler kişinin olumsuz duygularını, tersine dönmüş ifadelerde ise kişinin olumlu duygularını dile getirmektedir. Her iki ölçekten alınan puanlar 20 ve 80 arasında değişmektedir. Toplam puan yükseldikçe anksiyete düzeyi yükselmektedir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında STAI-S için Cronbach alfa katsayısı 0.94 ile 0.96 arasında, STAI-T için Cronbach alfa katsayısı 0.83 ile 0.87 arasında olduğu bildirilmiştir (149). Bu çalışmada STAI-S için Cronbach alfa katsayısı 0.89, STAI-T için Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur (EK.5.).

3.7.4. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)

Prenatal dönemde gebenin düşünceleri, duyguları ve bebeğine bağlanma düzeyini ölçmek amacıyla Muller (1993) tarafından geliştirilmiş (133), Yılmaz ve Beji (2013) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. PBE her bir maddesi 1 ile 4 arasında puanlanan 4’lü likert tipte ve toplamda 21 maddeden oluşmaktadır. Envanterde 1: Hiçbir zaman 2: Bazen, 3: Sık sık ve 4: Her zaman, olarak ifade edilmektedir. Ölçekten toplamda en az 21, en çok 84 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan artıka bağlanma düzeyi artmaktadır. Yılmaz ve Beji (2013) tarafından Türkçeye uyarlanan PBE’nin Cronbach alfa katsayısı 0.84’dür (150). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur (EK.6.).

3.8. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmaya başlamadan önce veri toplama formlarının uygunluğunu değerlendirmek için Ebelik Anabilim Dalında görev yapan Ebelik ve Hemşirelik alanlarında uzman olan beş öğretim üyesinden görüş alınmıştır. Öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Hazırlanan veri toplama formlarının gebeler tarafından anlaşılabilirliği ile uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla dahil edilme kriterlerine uyan 5 gebe ile ön uygulama yapılmıştır. Formda herhangi bir değişiklik yapılmadığı için ön uygulamayı yapan 5 gebenin verileri örnekleme dahil edilmiştir. Örnekleme sayısını hesaplamak amacıyla 30 preeklampsili gebe ile uygulama yapılmıştır. Güç analizi için toplanan bu veriler örnekleme dahil edilmiştir.

Araştırma verileri gebeler istirahat halinde, invaziv (kan alma, damar yolu açma, paranteral ilaç uygulama vb.) veya noninvaziv (vital bulguların ölçümü, NST uygulaması vb.) herhangi bir işlem uygulanmazken ve çift kişilik odada kalan gebelerde yalnız olması sağlandıktan sonra toplanmıştır.

Araştırma verileri toplanırken Perinatoloji Kliniğinde araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebelere çalışmanın amacı, önemi, süreci ve veri toplama formları ile ilgili bilgiler yüz yüze anlatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Yazılı onamdan sonra anketi öz bildirim yöntemi ile doldurmaları istenmiştir. Veri toplama formlarını uygulamadan önce ve uygulama sırasında gebelerin varsa soruları yanıtlanmıştır. Araştırma verilerinin toplanması, her bir gebe için yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.9. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir ve Tablo 3.1.'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Verilerin Normal Dağılım Tablosu

	Basıklık	Çarpıklık
Durumluk Anksiyete	0,391	-0,592
Sürekli Anksiyete	-0,512	-0,232
Çift Uyum Toplam	-0,549	-0,287
Doyum	-0,442	-0,207
Uzlaşım	-0,901	-0,291
Görüş Birliği	0,697	0,250
Prenatal Bağlanma Toplam	-0,387	-0,537

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (151), +2.0 ile -2.0 (152) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Gebelerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (153).

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce SUAM Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (Tarih: 21.04.2022, Sayı: E-90057706-799, Karar No: 05) (EK.7.), Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Tarih: 08.06.2022, Karar No: 2022/88) (EK.8.) ve Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'ndan (Tarih: 01.06.2022, Karar No: 00002464) (EK.9.) gerekli onaylar alınmıştır.

Araştırmada gebelere araştırmanın amacı, önemi, süreci, veri toplama formları ve ortalama ne kadar süreceği yüz yüze anlatılmıştır. Çalışmaya katılmaları gönüllülüğün esas olduğu ve herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri bilgisi verilmiştir. Katılımcıların verdikleri bilgilerinin araştırma dışında kullanılmayacağı ve kimlik bilgilerinin paylaşılmayacağı anlatılmıştır. Ayrıca sözel olarak verilen bu bilgiler veri toplama formunun başında bulunan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK.2.)”nda yazılı olarak da anlatılmıştır. Araştırma hakkında verilen bilgilerden sonra sorusu olan gebelerin soruları yanıtlanmıştır. Bilgilendirme sonrasında çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği için Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin T. Bayraktaroğlu’dan (EK.10.) ve Prenatal Bağlanma Envanteri için Prof. Dr. Sema Dereli Yılmaz’dan (EK.11.) e-posta aracılığıyla kullanım izni alınmıştır. Anket yoluyla toplanan veri toplama formları anahtarı yalnızca sorumlu araştırmacıda bulunan kilitli bir dolapta ve şifresi yalnızca araştırmacılar tarafından bilinen bir bilgisayarda muhafaza edilmektedir.

3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın maliyet ve zaman yetersizliklerinden dolayı tek merkezde yürütülmüş olması, eş uyum düzeylerinin sadece gebe kadınların ifadeleriyle ölçülmüş olması, eş uyum düzeyinin hesaplanmasında partnerlerin araştırmaya dahil edilmemiş olması sınırlılıklarıdır.

4. BULGULAR

Preeklampsia tanısı almış gebelerde eş uyumu ve anksiyete düzeyinin maternal bağlanma üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Preeklampsili Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin

Dağılımı (n=111)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş ortalama (ort±ss): 30,33±5,90		
Yaş		
18-25	27	24,3
26-35	58	52,3
35 üzeri	26	23,4
Eğitim düzeyi		
İlkokul	15	13,5
Ortaokul	22	19,8
Lise	51	46,0
Üniversite ve üzeri	23	20,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	25	22,5
Çalışmıyor	86	77,5
Gelir durumu		
Gelir giderden az	27	24,3
Gelir gidere denk	72	64,9
Gelir giderden fazla	12	10,8
Yaşanılan yer		
Şehir merkezi	79	71,2
Kırsal (ilçe, kasaba, köy)	32	28,8
Eşin eğitim düzeyi		
İlkokul	18	16,2
Ortaokul	28	25,2
Lise	44	39,6
Üniversite ve üzeri	21	19,0
Eşin çalışma durumu		
Çalışıyor	105	94,6
Çalışmıyor	6	5,4
Aile tipi		
Geniş aile	16	14,4
Çekirdek aile	95	85,6

Preeklampsili gebelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de verilmiştir. Gebelerin yaş ortalaması 30,33±5,90 olup, %52,3'ünün 26-35 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %46'sının lise düzeyinde eğitimi olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %77,5'inin çalışmadığı saptanmıştır. Gebelerin %64,9'u

gelirinin giderine denk olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %71,2'sinin şehir merkezinde yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin %39,6'sının lise düzeyinde eğitimi olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %94,6'sı eşinin çalıştığını belirtmiştir. Gebelerin %85,6'sı ise çekirdek ailede yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 4.2. Preeklampsili Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=111)

Obstetrik Özellikler	n	%
Toplam gebelik sayısı ortalama(ort±ss): 2,31±1,60		
Gebelik sayısı		
1	48	43,2
2	27	24,3
3 ve üzeri	36	32,5
Gebelik haftası ortalama(ort±ss): 32,90±3,11		
Gebelik haftası		
28-33	64	57,7
34-36	28	25,2
37 ve üzeri	19	17,1
Bebğin cinsiyeti		
Kız	57	51,4
Erkek	54	48,6
Düşük öyküsü		
Yok	73	65,8
Var	38	34,2
Ölü doğum öyküsü		
Yok	99	89,2
Var	12	10,8
Gebeliği isteme durumu		
Evet	94	84,7
Hayır	17	15,3
Daha önce doğum yapma		
Evet	52	46,9
Hayır	59	53,1
Erken doğum öyküsü (n=52)*		
Var	8	15,4
Yok	44	84,6
En son doğum şekli (n=52)*		
Vajinal doğum	25	48,1
Sezaryen doğum	27	51,9
Şu anki gebelikte preeklamps tanı haftası ortalama (ort±ss): 28,53±4,46		
Şu anki gebelikte preeklamps tanı haftası		
20-34	95	85,6
34 üzeri	16	14,4
Daha önceki gebelikte preeklamps tanısı alma**		
Evet	25	22,5
Hayır	86	77,5
Preeklamps tanısı ile daha önce hastanede yatma***		
Evet	29	26,1
Hayır	82	73,9

*Doğum yapanlar üzerinden hesaplanmıştır. **İlk gebeliği olanlar daha önce tanı almamış olarak değerlendirilmiştir. ***Şu anki gebeliğinde bu yatış öncesinde yatışı olanlarda dahil edilmiştir.

Preeklampsili gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir. Katılımcıların toplam gebelik sayısı ortalaması $2,31 \pm 1,60$ olup, %43,2'sinin ilk gebeliği olduğu belirlenmiştir. Gebelerin gebelik haftası ortalaması $32,90 \pm 3,11$ olup, %57,7'sinin 28-33 gebelik haftası arasında olduğu saptanmıştır. Bebeğin cinsiyetine göre %51,4 kız ve %48,6 erkek olarak dağılmaktadır. Gebelerin %34,2'sinin daha önce düşük yaptığı, %10,8'inin ise daha önce ölü doğum yaptığı bulunmuştur. Gebelerin %15,3'nün bu gebeliği istemediği saptanmıştır. Gebelerin 46,9'unun daha önce doğum yaptığı ve doğum yapanların %15,4'ünün erken doğum öyküsü (37 ve altı gebelik haftası) olduğu bulunmuştur. Daha önce doğum yapan gebelerin %51,9'unun bir önceki gebeliğinde sezaryen doğum yaptığı bulunmuştur. Gebelerin preeklampsisi tanısı aldığı gebelik haftası ortalaması $28,53 \pm 4,46$ olup, %85,6'sının 20-34 haftalar arasında preeklampsisi tanısı aldığı belirlenmiştir. Gebelerin %22,5'inin daha önceki gebeliğinde preeklampsisi tanısı aldığı saptanmıştır. Gebelerin %26,1'inin daha önce preeklampsisi tanısı ile hastanede yattığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Preeklampsili Gebelerin Evlilik ve Bazı Diğer Özelliklerinin Dağılımı (n=111)

Evlilik ve Bazı Diğer Özellikler	n	%
Evlilik Süresi Ortalama (ort$\pm$ss): 6,00$\pm$5,47		
Evlilik süresi		
1-5 yıl	67	60,4
6-10 yıl	18	16,2
10 yıl üzeri	26	23,4
Evlilik biçimi		
Tanışarak	88	79,3
Görücü usulü	23	20,7
Gebelerin evlilik uyumunu değerlendirme durumu		
Her zaman uyumlu	31	27,9
Uyumlu	76	68,5
Uyumsuz	4	3,6
Gebelikte duygusal destekçi varlığı		
Evet	103	92,8
Hayır	8	7,2
Gebelikte duygusal destekçi		
Eş	71	64,0
Anne	28	25,2
Kız kardeş	4	3,6
Yok	8	7,2
Gebelikte eşin desteğinin nasıl hissedildiği		
Yeterli	43	38,7
Kısmen yeterli	56	50,5
Yetersiz	12	10,8

Preeklampsili gebelerin evlilik ve bazı diğer özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3.'de verilmiştir. Gebelerin evlilik süresi ortalaması $6,00 \pm 5,47$ olarak saptanıp, %60,4'ünün 1-5 yıl arasında evli olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %79,3'ü tanışarak evlendiğini belirtmiştir. Preeklampsili gebelerin evlilik uyumlarını değerlendirmeleri istendiğinde %68,5'i uyumlu olarak belirtmiştir. Gebelerin %92,8'inin bu dönemde bir duygusal destekçisinin olduğu ve %64'ü eşinin duygusal destekçisi olduğu saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin destekçi olma durumunu değerlendirmeleri istendiğinde; %38,7'si yeterli olarak belirtmiştir.

Tablo 4.4. Preeklampsili Gebelerin YÇUÖ, STAI-S, STAI-T ve PBE Toplam Puanları

	n	Ort	Ss	Min.	Maks.	Alpha
YÇUÖ	111	51,49	7,76	31,00	66,00	0,82
Doyum Faktörü	111	18,12	3,38	10,00	25,00	0,72
Uzlaşım Faktörü	111	24,11	4,47	13,00	30,00	0,81
Görüş Birliği Faktörü	111	9,25	2,09	3,00	15,00	0,75
STAI-S	111	52,55	11,27	22,00	75,00	0,89
STAI-T	111	45,55	10,16	21,00	68,00	0,88
PBE	111	70,14	9,30	46,00	84,00	0,88

Preeklampsili gebelerin YÇUÖ, STAI-S, STAI-T ve PBE toplam puanları Tablo 4.4.'de verilmiştir. Gebelerin YÇUÖ puan ortalaması $51,49 \pm 7,76$ (min=31; maks=66), YÇUÖ alt boyutlarından doyum faktörü puan ortalaması $18,12 \pm 3,38$ (min=10; maks=25), uzlaşım faktörü puan ortalaması $24,11 \pm 4,47$ (min=13; maks=30) ve görüş birliği faktörü puan ortalaması $9,25 \pm 2,09$ (min=3; maks=15) olarak saptanmıştır. Gebelerin STAI-S puan ortalaması $52,55 \pm 11,27$ (min=22; maks=75), STAI-T puan ortalaması $45,55 \pm 10,16$ (min=21; maks=68) olarak saptanmıştır. Gebelerin PBE puan ortalaması $70,14 \pm 9,30$ (min=46; maks=84) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.5. Preeklampsili Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	PBE Toplam	İstatistiksel Analiz	
		Test	p
Yaş			
18-25	70,222±10,055	F=0,439	0,646
26-35	70,759±9,093		
35 Üzeri	68,692±9,195		
Eğitim düzeyi			
İlkokul	66,267±10,067	F=2,286	0,083
Ortaokul	70,546±9,195		
Lise	69,431±9,124		
Üniversite ve üzeri	73,870±8,530		
Çalışma durumu			
Çalışıyor	70,880±7,513	t=0,447	0,655
Çalışmıyor	69,930±9,798		
Gelir durumu			
Gelir giderden az	69,704±7,436	F=0,493	0,612
Gelir gidere denk	69,889±9,480		
Gelir giderden fazla	72,667±12,161		
Yaşanılan yer			
İl, şehir merkez	71,000±8,858	t=1,531	0,129
İlçe, kasaba, köy	68,031±10,177		
Eşin eğitim düzeyi			
İlkokul ¹	66,722±10,005	F=3,776 PostHoc=4>1, 4>2	0,013
Ortaokul ²	67,536±9,811		
Lise ³	70,909±8,765		
Üniversite ve Üzeri ⁴	74,952±7,124		
Aile tipi			
Geniş aile	70,250±11,174	t=0,049	0,961
Çekirdek aile	70,126±9,026		

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; Post Hoc: Tukey, LSD

Preeklampsili gebelerin sosyodemografik özellikleri ile PBE toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.5’de verilmiştir. Gebelerin PBE toplam puanları gebelerin yaşına, eğitim düzeyine, çalışma durumuna, gelir durumuna, yaşadıkları yer ve aile tipine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). PBE toplam puanları eşin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,776$; $p=0.013<0.05$). Farkın nedeni eşin eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların PBE toplam puanlarının eşin eğitim durumu ilkököl ve ortaokul olanların PBE toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Preeklampsili Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	PBE Toplam Ort ± SS	İstatiksel Analiz	
		Test	p
Gebelik sayısı			
1	71,167±9,851	F=2,525	0,085
2	72,037±8,107		
3 ve üzeri	67,361±9,002		
Gebelik haftası			
28-33	69,453±9,538	F=1,528	0,222
34-36	69,429±8,967		
37 ve üzeri	73,526±8,714		
Bebeğin cinsiyeti			
Kız	69,842±9,741	t=-0,350	0,727
Erkek	70,463±8,910		
Düşük öyküsü			
Yok	70,466±9,344	t=0,503	0,616
Var	69,526±9,334		
Ölü doğum öyküsü			
Yok	70,707±8,979	t=1,850	0,067
Var	65,500±11,041		
Gebeliği isteme durumu			
Evet	70,734±9,303	t=1,581	0,117
Hayır	66,882±8,908		
Erken doğum öyküsü*			
Var	69,375±7,633	t=0,311	0,757
Yok	68,273±9,458		
En son doğum şekli*			
Vajinal doğum	69,840±8,400	F=2,226	0,113
Sezaryen doğum	67,148±9,757		
Şu anki gebelikte preeklam tanı haftası			
20-34 (Erken başlangıçlı)	69,126±9,459	t=-2,900	<0,001
34 Üzeri (Geç başlangıçlı)	76,188±5,406		
Daha önceki gebelikte preeklamps tanısı alma			
Evet	65,240±10,309	t=-3,108	0,002
Hayır	71,570±8,544		
Preeklamps tanısı ile daha önce hastanede yatma			
Evet	65,241±9,731	t=-3,461	0,001
Hayır	71,878±8,561		

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; Post Hoc: Tukey, LSD

*Doğum yapanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Preeklampsili gebelerin obstetrik özellikleri ile PBE toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.6.'da verilmiştir. Gebelerin PBE toplam puanları toplam gebelik sayısına, gebelik haftası, bebeğin cinsiyeti, düşük öyküsü, ölü doğum öyküsü, gebeliğin istenme durumu, erken doğum öyküsüne ve en son gerçekleşen doğumun şekline göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Gebelerin şu anki gebelikte preeklampsisi tanısı aldıkları hafta 27-34 arası olanların PBE toplam puan ortalaması preeklampsisi tanı haftası 34 üzeri olanların PBE toplam puan ortalamasından düşük bulunmuştur ($t=-2,900$; $p=0<0.05$). Daha önceki gebeliği olan gebelerin, gebelikte preeklampsisi tanısı alanların PBE bağlanma toplam puan ortalaması, daha önceki gebelikte preeklampsisi tanısı almayanların prenatal bağlanma toplam puan ortalamasından düşük bulunmuştur ($t=-3,108$; $p=0,002$). Preeklampsisi tanısı ile daha önce hastanede yatan gebelerin PBE toplam puan ortalaması, daha önce hastanede yatmayanların PBE toplam puan ortalamasından düşük bulunmuştur ($t=-3,461$; $p=0.001$).

Tablo 4.7. Preeklampsili Gebelerin Evlilik ve Bazı Diğer Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Evlilik ve Bazı Diğer Özellikler	PBE Toplam	İstatiksel Analiz	
		Test	p
Evlilik süresi	Ort ± SS		
1-5 yıl	71,134±9,114	F=1,213	0,301
6-10 yıl	69,833±9,345		
10 yıl üzeri	67,808±9,708		
Evlilik biçimi			
Tanışarak	70,807±9,126	t=1,475	0,143
Görücü usulü	67,609±9,769		
Gebelikte duygusal destekçi varlığı			
Evet	70,282±9,250	t=0,556	0,579
Hayır	68,375±10,542		
Gebelikte duygusal destekçi			
Eş	72,409±8,047	F=6,762	0,002
Anne ve Kız Kardeş	65,563±10,096		
Yok	68,375±10,542		
		PostHoc=1>2 (p<0.05)	
Gebelikte eşin desteğinin nasıl hissedildiği			
Yeterli	72,628±9,034	F=5,532	0,005
Kısmen yeterli	69,768±9,175		
Yetersiz	63,000±7,311		
		PostHoc=1>3, 2>3 (p<0.05)	

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; Post Hoc: Tukey, LSD

Preeklampsili gebelerin evlilik ve bazı diğer özellikleri ile PBE toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.8.'de verilmiştir. Gebelerin PBE toplam puanları evlilik süresi, evlilik biçimi ve duygusal destekçi varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Gebelerin PBE toplam puanları duygusal destekçinin kim olduğuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=6,762$; $p=0.002$). Farkın nedeni duygusal destekçinin eş olanların PBE toplam puanlarının anne ve kız kardeş olanların PBE toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Gebelerin PBE toplam puanları eşin desteğinin nasıl hissedildiğine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,532$; $p=0,005$). Farkın nedeni eş desteği yeterli olanların PBE toplam puanlarının yetersiz olanların prenatal bağlanma toplam puanlarından ve kısmen yeterli olanların PBE toplam puanlarının yetersiz olanların PBE toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.8. STAI-S, STAI-T, YÇUÖ ve PBE Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		STAI-S	STAI-T	YÇUÖ	Doyum	Uzlaşım	Görüş Birliği	PBE
STAI-S	r	1,000						
	p	<0,001						
STAI-T	r	0,242*	1,000					
	p	0,011	<0,001					
YÇUÖ	r	-0,281**	-0,232*	1,000				
	p	0,003	0,014	<0,001				
Doyum	r	-0,245**	-0,354**	0,802**	1,000			
	p	0,010	<0,001	<0,001	<0,001			
Uzlaşım	r	-0,194*	-0,049	0,827**	0,403**	1,000		
	p	0,041	0,609	<0,001	<0,001	<0,001		
Görüş Birliği	r	-0,231*	-0,185	0,647**	0,497**	0,279**	1,000	
	p	0,015	0,053	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	
PBE	r	-0,160	-0,077	0,319**	0,391**	0,122	0,289**	1,000
	p	0,093	0,425	0,001	<0,001	0,201	0,002	<0,001

*<0,05; **<0,001; Pearson Korelasyon Analizi

Gebelerin STAI-S, STAI-T, YÇUÖ ve alt boyutları ile PBE toplam puanları arasındaki korelasyon analizleri Tablo 4.8.'de yer almaktadır. Prenatal bağlanma ile çift uyum ($r=0.319$, $p=0,001$), çift uyum alt faktörlerinden doyum ($r=0.391$, $p<0,001$) ve görüş birliği ($r=0.289$, $p=0,002$) toplam puanları arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Prenatal bağlanma ile durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve çift uyum uzlaşım alt faktörü arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Değişkenlerin PBE Toplam Puanı Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	ß			Alt	Üst
Sabit	51,190	5,981		8,559	<0,001	39,332	63,048
Duygusal destekçinin eşinin olması	4,024	1,750	0,208	2,300	0,023	0,555	7,494
Preeklamps tanı haftası	0,378	0,184	0,181	2,048	0,043	0,012	0,743
Eşin eğitim düzeyi	1,829	0,848	0,191	2,158	0,033	0,148	3,510

*Bağımlı Değişken=Prenatal Bağlanma Toplam, $R=0,481$; $R^2=0,203$; $F=7,995$; $p=<0,001$; Durbin Watson Değeri=1,901

Preeklampsili gebelerin PBE toplam puanı üzerine etkisi bulunan değişkenlerin regresyon analizleri Tablo 4.9.'da verilmiştir. Regresyon analizinde, PBE toplam puanı üzerinde YÇUÖ toplam puanı, duygusal destekçisinin eş olması, eşin eğitim düzeyi, preeklamps tanısı alınan hafta ve preeklamps tanısı ile daha önce hastanede yatma durumu değişkenlerinin etkisine bakılmıştır. Duygusal destekçisinin eş olması, preeklamps tanısı alınan hafta ve eşin eğitim düzeyi ile PBE toplam puanı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Duygusal destekçisi eş olan gebelerde PBE toplam puanında 4,024'lük bir artış görülmektedir. Preeklamps tanı haftası bir birim arttıkça PBE toplam puanında 0,378'lik bir artış görülmektedir. Eşin eğitim düzeyi bir birim arttıkça PBE toplam puanında 1,829'luk bir artış görülmektedir. Stepwise lineer regresyon modelinde PBE toplam puanının %20.3'ü duygusal destekçisinin eş olması, eşin eğitim düzeyi ve preeklamps tanısı alınan hafta ile açıklanmaktadır ($R^2=0,203$).

5.TARTIŞMA

Preeklampsii tanısı almış gebelerde eş uyumu ve anksiyete düzeyinin maternal bağlanma üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1. Preeklampsili Gebelerin PBE Toplam Puanının Tartışılması

Çalışmamızda preeklampsili gebelerin maternal bağlanma düzeylerinin oldukça yüksek olduğu ($70,14 \pm 9,30$) belirlenmiştir (Tablo 4.4.). Literatürde riskli olmayan gebeler ile yapılan araştırmalarda maternal bağlanmanın orta ve yüksek ($93,154$) düzeyde olduğu çalışmalar yer almaktadır. Riskli olmayan ve üçüncü trimester gebelerle yürütülen diğer çalışmalarda da maternal bağlanma düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($145,155,156$). Riskli gebelerle yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; preeklampsili ve hipertansif gebelerde bağlanma düzeyinin yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur ($27,157$). Erkal Aksoy ve arkadaşları (2016) riskli gebelerde yaptığı çalışmada maternal bağlanmanın orta düzeyde olduğunu bildirirken (143), riskli gebelerle yürütülen bir başka çalışmada gebelerin maternal bağlanma düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (25). Çalışmamızda yer alan preeklampsili gebelerin maternal bağlanmalarının iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Gebelerin bağlanma düzeylerinin üçüncü trimesterde arttığı bildirilmektedir ($135,140$). Literatürde yer alan benzer çalışmalar da riskli gebeliklerde bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir ($17,143$). Benzer şekilde üçüncü trimesterdeki riskli gebelerle yapılan bir çalışmada da gebelerin maternal bağlanma düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (17). Çalışma bulgularımız literatür tarafından desteklenmektedir ve son trimester preeklampsili gebelerin maternal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

5.2. Preeklampsili Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Tartışılması

Çalışmamızda gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi ile maternal bağlanma puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiş olup, eşi üniversite ve üzeri eğitimi olan gebelerin maternal bağlanma toplam puanları eşi ilkokul ve ortaokul mezunu olan gebelerin puanlarından anlamlı olarak yüksektir ($p=0.013$) (Tablo 4.5.). Durualp ve arkadaşları (2017) doğum sonu maternal bağlanma düzeylerini inceledikleri çalışmada eşin eğitim düzeyi ile bağlanma arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır (158). Benzer bir başka çalışmada da eşin eğitim düzeyi ile bağlanma arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (159). Primipar ve yüksek riskli gebelerle yürütülen bir çalışmada ise eşlerin eğitim durumları ile maternal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptanmıştır (28). Bu veriler bulgularımızı destekler niteliktedir. Fiskin (2021) çalışmasında eşlerin eğitim düzeyleri ile maternal bağlanma puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığını bildirmiştir (93). Ataman ve arkadaşları (2022) üçüncü trimesterdeki riskli gebelerle yürüttükleri çalışmada da eşin eğitim düzeyi ile maternal bağlanma arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir (17). Bu veriler bulgularımızdan farklıdır. Eşin eğitim düzeyine göre maternal bağlanmaya yönelik farklı araştırma sonuçları yer aldığı görülmektedir. Çalışmamızda eşinin eğitim düzeyi yüksek olan gebelerde maternal bağlanmanın daha yüksek olmasının nedeninin, eğitim düzeyi üniversite ve üzerinde olan eşlerin anneye daha çok destek olması, bu desteğin annenin hem fiziksel hem de zihinsel olarak rahatlamasına ve tüm ilgisini bebeğine aktarmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Eşin eğitim düzeyinin maternal bağlanmaya etkisi hakkında net bir şey söylemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yer alan preeklampsili gebelerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadıkları yere ve aile tipine göre maternal bağlanma düzeylerinde anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5.). Barone ve arkadaşlarının (2014) İtalya’da gebelerle yürüttüğü çalışmada yaş ve eğitim düzeyi ile maternal bağlanma puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel anlamsız olduğu saptanmıştır (160). Fiskin’ın (2021) çalışmasında ortaokul üzerinde eğitimi olan gebelerin maternal bağlanma puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu

saptamıştır. Aynı çalışmada yaş, yaşanılan yer, çalışma durumu ve gelir durumu ile maternal bağlanma toplam puanları arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (93). Atalay ve Özyürek (2022) gebelerin yaşları ile bağlanma düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olduğunu bildirirken; eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile bağlanma düzeyleri arasındaki farkın anlamsız olduğunu bildirmiştir (108). Uğurlu ve Çoban (2022) gebelerin eğitim düzeyi arttıkça bağlanma düzeyinin anlamlı olarak arttığını bildirirken; çalışma durumu, gelir düzeyi ve aile tipi ile bağlanma toplam puanları arasında anlamlı fark olmadığını bildirmiştir (154). Ataman ve arkadaşları (2022) üçüncü trimesterdeki yüksek riskli gebelerin ekonomik durumları ve aile tipi ile bağlanma toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğunu belirlerken; gebelerin eğitim düzeyi ve çalışma durumuna göre bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığını belirlemiştir (17). Riskli gebeliklerle yürütülen bir başka çalışmada ise gebelerin eğitim düzeyi ve ekonomik durumları ile maternal bağlanma puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bildirilmiştir (143). Duman ve arkadaşları (2021) preeklampsili gebelerin eğitim durumu ve aile tipi ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında anlamlı fark olduğunu bildirirken, gebelerin çalışma durumu ve gelir düzeyi ile bağlanma toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğunu bildirmiştir (12). Preeklampsili gebelerle yürütülen bir vaka kontrol çalışmasında ise preeklamps grubundaki gebelerin yaş ve eğitim durumlarına göre maternal bağlanma toplam puan ortalamalarının anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada gebelerin çalışma durumu, ekonomik durumu ve aile tipine göre maternal bağlanmaları arasında fark olmadığı bulunmuştur (27). Gebelerin yaş, eğitim, çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerine maternal bağlanma düzeyinin farklılık gösterdiği, bu durumun çalışmaların farklı sosyokültürel özelliğe sahip popülasyonlarda yürütülmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.3. Preeklampsili Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Tartışılması

Çalışmamızda gebelerin obstetrik özelliklerine göre maternal bağlanma düzeyleri incelendiğinde preeklampsisi tanısı geç başlangıçlı (34 hafta ve üzeri) olanların erken başlangıçlı (20-34 haftalar) olanlara göre maternal bağlanma düzeyleri anlamlı olarak daha fazladır ($p<0.001$) (Tablo 4.6.). Çalışmamızla benzer şekilde erken ve geç gebelik haftalarında tanı alma durumuna göre maternal bağlanma düzeyini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Erken başlangıçlı preeklampside maternal ve fetal/neonatal mortalite ve morbidite oranlarının daha yüksek olduğu ve gebelik haftası arttıkça bağlanmanın da çoğunlukla arttığı bilinmektedir (18,19,45). Bu nedenle 34 ve üzeri haftada tanı alan gebelerin gebelik haftasının ilerlemesi ile maternal bağlanma düzeylerinin de arttığı düşünülmektedir. Gebeliğin 34. haftasında ve daha erken dönemde preeklampsisi tanı alan gebelerin bağlanma düzeylerinin genel geçer ölçekler ile değerlendirilmesi ve destek ihtiyacı olan gebelerin belirlenerek bağlanmayı olumlu yönde etkileyecek girişimlerin bakım süreçlerinde dikkate alınması önerilmektedir.

Çalışmamızda daha önce preeklampsisi tanısı almayan gebelerin maternal bağlanma puanlarının daha önce preeklampsisi tanısı alanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,002$). Kara tarafından preeklampsili gebelerle gerçekleştirilen çalışmada daha önceki gebeliğinde preeklampsisi tanısı alan ve almayan gebelerin maternal bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (27). Bu konuda benzer başka çalışmaya ulaşılamamıştır. Çalışmamızda daha önce tanı almayan gebelerin bağlanma puanlarının yüksek olması daha önce tanı alanların yaşadıkları olumsuz deneyimlerden ve bebekleri ile bağ kurmaktan korkmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu bulgu doğrultusunda daha önceki gebeliğinde preeklampsisi öyküsü olan gebelerin bağlanma açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir.

Çalışmamızda preeklampsisi tanısı ile daha önce hastaneden yatmayan gebelerin maternal bağlanma puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer bir çalışmaya rastlanmamış olup; şimdiki gebeliğinde riskli gebeliklerden dolayı hastanede yatan gebelerde bağlanma düzeyinin orta veya düşük

düzeyde olduğunu gösteren çalışmalar yer almaktadır (10,143). Bu bulgular çalışmamızı destekler nitelikte olup, daha önceden preeklampsi tanısı ile hastanede yatma öyküsünün maternal bağlanmayı olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Daha önce hastanede yatan gebelerin var olan birtakım endişe ve korkularının devam etmesi, dikkatini bebeğine yöneltememesi ve bu nedenle maternal bağlanma kalitesinin daha zayıf olduğu düşünülmektedir. Bu bulgu doğrultusunda preeklampsi nedeniyle daha önce hastanede yatan gebelerin bağlanma açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi önerilmektedir.

Çalışmamızda gebelerin toplam gebelik sayısı, gebelik haftası, bebeğin cinsiyeti, düşük öyküsü, ölü doğum öyküsü, gebeliği isteme durumu, erken doğum öyküsü ve daha önceki doğum şekli ile maternal puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6.). Fiskin (2021) tarafından yürütülen çalışmada gebelik sayısının ikiden az ve gebeliğin planlı olması ile maternal bağlanma puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu; gestasyonel hafta ile maternal bağlanma arasında ise anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (93). Atalay ve Özyürek (2022) çalışmalarında gebelik sayısı arttıkça prenatal bağlanma düzeylerinin arttığını ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir (108). Uğurlu ve Çoban (2022) gebelik haftası, gebelik sayısı, gebeliğin planlı olması, düşük öyküsü ve önceki doğum şekli gibi obstetrik özellikler ile maternal bağlanma puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğunu saptamışlardır (154). Erkal Aksoy ve arkadaşları (2016) riskli gebelerde yaptığı çalışmada gebelik sayısı, gebeliğin planlı olması, gebelik haftası ve düşük öyküsü ile maternal bağlanma puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirmiştir (143). Ataman ve arkadaşları (2022) ise üçüncü trimesterdeki riskli gebelerle yaptığı çalışmada gebeliğin istemli olması ile maternal bağlanma arasında anlamlı fark olduğunu bildirirken, gebelik sayısına göre farklılık göstermediğini bildirmiştir (17). Duman ve arkadaşları (2021) preeklampsili gebelerde yürüttüğü çalışmada gebeliği planlı olanlarda maternal bağlanma puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirlemiştir. (12). Kara'nın (2017) preeklampsili gebelerle yürüttüğü çalışmada ise gebelik sayısı arttıkça bağlanma düzeyinin azaldığını, gebelik aralığı 24 aydan yüksek olanlarda maternal bağlanmanın anlamlı olarak arttığını saptamıştır. Gebeliğin istemli olması ve ölü doğum öyküsü olmayanlarda da maternal bağlanmanın anlamlı olarak yüksek olduğu;

gebelik haftası ve düşük öyküsünün ise maternal bağlanmayı anlamlı olarak etkilemediğini bildirmiştir (27). Literatürde bulgularımıza benzer ve benzer olmayan sonuçlar yer almaktadır. Preeklampsisi tanısı alan gebelerde obstetrik özelliklere göre maternal bağlanma hakkında net bir şey söylemek için kanıt düzeyi yüksek çalışmaların yapılması önerilmektedir.

5.4. Preeklampsili Gebelerin Evlilik ve Bazı Diğer Özellikleri ile PBE Toplam Puan Ortalamasının Tartışılması

Çalışmamızda gebelerin duygusal destekçi varlığına göre maternal bağlanma puanları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), duygusal destekçinin kim olduğu ve eşin desteğini hissetme durumuna göre ise maternal bağlanma puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmamızdaki gebelerin duygusal destekçisinin eşi olduğunu belirtenlerin anne ve kız kardeşinin olduğunu belirtenlere göre maternal bağlanma puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.002$) (Tablo 4.7.). Tunçel ve Süt (2019) çalışmalarında gebelerde yakınlarının desteğinin arttıkça maternal bağlanma düzeylerinin de anlamlı olarak arttığını bildirmiştir (26). Küçükkaya ve arkadaşları (2020) gebelerin duygusal ya da fiziksel destekçileri olanların maternal bağlanma düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir (14). Gebelik döneminde desteğe ihtiyaç artmakla beraber gebeler en çok eşlerine ihtiyaç duymaktadır. Riskli gebeliklerde ise desteğe ihtiyaç daha da artabilmektedir. Bulgularımız literatürle benzer olup, desteği olan gebelerin psikolojik olarak daha çok rahatlayıp ilgilerini bebeklerine yönlendirdiği ve böylece bağlanma düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Çalışmamızda eş desteğini yeterli hissettiğini belirten gebelerin kısmen yeterli ve yetersiz hissettiğini belirtenlere göre maternal bağlanmanın anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). Derman çalışmasında (2020) eş desteği yüksek olan gebelerin psikososyal sağlığının olumlu etkilendiğini bildirmiştir (161). Bu veriden yola çıkarak gebelikte eş desteğinin psikososyal sağlığı olumlu yönde etkilediği ve bunun bir yansıması olarak maternal bağlanma kalitesini de yükselttiği düşünülmektedir. Bu doğrultuda preeklampsili gebelerin eş desteğini artırmaya yönelik çabaların maternal bağlanmayı olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin evlilik süresi göre maternal bağlanma puanları anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Öztürk ve Erbaş (2019) 5 yıldan az süredir evli olanların daha uzun süredir evli olanlara göre maternal bağlanma puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir (111). Ataman ve arkadaşları (2022) üçüncü trimesterdeki riskli gebelerin evlilik süresi göre anlamlı fark olmadığını bildirmiştir (17). Kara ise (2017) preeklampsili gebelerin evlilik süreleri düştükçe maternal bağlanma ortalamalarının arttığını ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuştur (27). Çalışmamızda gebelerin evlilik biçimine göre maternal bağlanma puanları anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Fiskin (2021) çalışmasında tanışarak evlenenlerin görücü usulüyle evlenenlere göre maternal bağlanma puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir (93). Küçükkaya ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında tanışarak evlenenlerin görücü usulüne göre maternal bağlanma puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (14). Ataman ve arkadaşları (2022) üçüncü trimesterdeki riskli gebelerin evlilik şekline göre anlamlı fark olmadığını bildirmiştir (17). Çalışma sonuçlarımızın literatürden farklı olduğu görülmektedir. Bu farklılığın çalışma gruplarının riskli ve riskli olmayan gebeliklerde gerçekleşmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.5. Preeklampsili Gebelerin YÇUÖ, STAI-S ve STAI-T Toplam

Puanının Tartışılması

Araştırmamızda preeklampsili gebelerin çift uyumlarının iyi düzeyde ($51,49\pm7,76$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.). Literatürde normal gebelikler ile yürütülen çalışmalar incelendiğinde; Çobanlar Akkaş (2014) (162) gebelerin eş uyumunun orta düzey olduğunu, Gümüşdaş ve Ejder Apay (2016) (86) düşük düzeyde olduğunu belirlerken; gebelerin eş uyumunun oldukça iyi düzeyde olduğunu belirleyen çalışmalar yer almaktadır (14,83,84,93,163). Türkiye’de üçüncü trimesterde olan yüksek riskli gebelerle yürütülen bir çalışmada gebelerin uyumlu evliliğe sahip oldukları bildirilmiştir (17). Bulgularımızdan farklı olarak gebelerin eş uyumunu düşük ve orta düzeyde olduğunu belirleyen çalışmalar yer almakla birlikte, eş uyumunun iyi düzeyde olduğunu belirleyen çalışmalar ile bulgularımız paralellik göstermektedir. Bu farklılıkların çalışma popülasyonundaki sosyodemografik, obstetrik ve evlilik özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği

düşünülmektedir. Normal ve riskli gebelerle daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda preeklampsili gebelerin durumluk anksiyete puanlarının orta düzeyde olduğu ($52,59 \pm 11,27$) belirlenmiştir (Tablo 4.4.). Gourounti ve arkadaşları (2015) Yunanistan’da hastanede yatan yüksek riskli gebelerle yaptıkları çalışmada üçüncü trimester gebelerin durumluk anksiyete düzeylerinin orta düzeyde ($53,8 \pm 14,8$) olduğu belirlemiştir (164). Yıldırım ve Bilgin’in (2021) 38.-42. gebelik haftasında ve yüksek riskli gebelerde yaptıkları çalışmada durumluk anksiyetenin orta düzeyde ($42,44 \pm 10,19$) olduğu saptanmıştır (165). Erken doğum riski taşıyan gebeleri içeren bir başka çalışmada gebelerin durumluk anksiyete puan ortalamalarının orta düzeyde ($46,9 \pm 14,97$) olduğu bildirilmiştir (10). Aslan Koyutürk (2018) acil servise başvuran ve son trimesterde olan gebelerde durumluk anksiyetenin orta düzeyde ($56,42 \pm 10,02$) olduğu belirtmiştir (166). Kara (2017) preeklampsili gebelerin durumluk anksiyetelerinin orta düzeyde ($48,46 \pm 2,13$) olduğunu saptamıştır (27). Bu araştırmalar bulgularımızı desteklemektedir. Hastanede yatan ve normal gebelerle yapılan bir başka çalışmada ise kadınların durumluk anksiyetelerinin hafif düzeyde olduğu ($38,39 \pm 12,22$) değerlendirilmiştir (23). Bulgularımızın literatür ile benzerlik gösterdiği, riskli gebeliği olan, hastanede yatan ve son trimester gebelerin durumluk anksiyetelerinin çoğunlukla orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Durumluk anksiyete, içinde bulunan duruma ve zamana yönelik his ve duyguları içeren anksiyeteyi ifade etmektedir. Preeklampsi ve gebeliğe bağlı başka risk taşıyan kadınların kendisi ve bebeğinin sağlığına ilişkin endişeler yaşadığı, hastanede yatma, aileden ayrı kalma gibi bilinmezliklerin anksiyete düzeylerinde artışa neden olduğu düşünülmektedir. Anksiyetenin olumsuz gebelik ve doğum sonuçlarına neden olduğu bilinmektedir (87,88). Gebelikte anksiyete düzeylerini düşürmede etkili olan bilinçli farkındalık, nefes ve meditasyon teknikleri gibi nonfarmakolojik müdahalelerin (167) preeklampsili gebelerin bakımına dahil edilmesi önerilebilir.

Çalışmamızda preeklampsili gebelerin sürekli anksiyete puanlarının orta düzeyde olduğu ($45,55 \pm 10,16$) belirlenmiştir (Tablo 4.4.). Literatür yer alan riskli gebelerle yapılan çalışmalar incelendiğinde; Nagle Yang ve arkadaşları (2019) antepartum ünitelerde yatışı yapılan gebelerin sürekli anksiyetelerini hafif düzeyde

(35.98 ± 11.14) bildirirken (23), Yunanistan’da hastanede yatan yüksek riskli gebelerle yürütülen bir çalışmada üçüncü trimesterde olan gebelerin sürekli anksiyetelerinin orta düzeyde (45.2 ± 8.5) olduğu bildirilmiştir (164). Erken doğum riski taşıyan gebelerle yürütülen bir başka çalışmada hafif düzeyde sürekli anksiyete (38.37 ± 8.97) saptanırken (10), bir başka çalışmada 38-42. gebelik haftasında yüksek riskli olan gebelerin orta düzeyde sürekli anksiyeteleri (42.5 ± 7.97) olduğu bildirilmiştir (165). Kara (2017) preeklampsili gebelerin sürekli anksiyetelerinin orta düzeyde (48.46 ± 2.13) olduğunu saptamıştır (27). Literatürde yer alan bu araştırmaların çalışma bulgularımızı desteklediği görülmektedir. Normal gebelerle yapılan çalışmalar incelendiğinde ise gebelerin sürekli anksiyetelerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir (168–170). Çalışmamızda literatürle benzer olarak, hastanede yatan riskli ve son trimester gebeliği olan preeklampsili gebelerin sürekli anksiyetelerinin orta düzey olduğu bulunmuştur. Sürekli anksiyete yaşanan durumdan ve zamandan bağımsız kişinin genelde kendini nasıl hissettiğini ifade etmektedir. Gebelikte anksiyete düzeylerinin artabileceği bilinmektedir. Özellikle gebelik öncesi dönemde sürekli anksiyetesi yüksek olan gebelerin gebelikte beraber anksiyete düzeyleri artabilmektedir (102,103). Bu bilgiler doğrultusunda prekonsepsiyonel dönemde gebelik düşünen kadınların anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ve uygun müdahalelerin planlanması önerilebilir.

5.6. STAI-S, STAI-T, YÇUÖ ve PBE Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Preeklampsili gebelerin çift uyum, çift uyum doyum ve görüş birliği alt boyutları ile maternal bağlanma düzeyleri arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.8.). Gebelerin eşleri ile olan uyumları arttıkça prenatal bağlanma düzeyleri de artmaktadır. Literatür incelendiğinde çalışmamızla benzer olarak Ataman ve arkadaşları (2022) üçüncü trimesterde yüksek riskli gebelerde eş uyumu ile bağlanma arasında pozitif anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır (17). Çalışmalarda normal gebeliklerde ise Hee ve Le (2015), Fiskin (2021), Küçükkaya ve arkadaşları (2020) eş uyum ile prenatal bağlanma arasında pozitif anlamlı ilişki olduğunu bildirilmiştir (14,93,96). Kadınlar gebelik döneminde en çok eşlerinin yanında olmasını istemektedir. Eş uyumu yüksek olan kadınların psikolojik olarak

rahatlamasını sağlamakta, gebeliğe ve anneliğe uyumunu ve bağlanmayı artırmaktadır (14). Gebelikte risk arttıkça desteğe ihtiyaçta artmaktadır. Çalışmamızda preeklampsili gebelerin eşleri ile uyumları arttıkça psikolojik olarak rahatladıkları, gebeliğe ve ebeveynlik rollerine uyumlarının kolaylaştığı için bebekleriyle olan bağlanmalarının olumlu etkilendiği düşünülmektedir.

Preeklampsili gebelerin durumluk anksiyete, sürekli anksiyete, çift uyum uzlaşım alt boyutu arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde çalışmalarda normal gebelerin anksiyete ve bağlanma düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir (111,145). Riskli gebelerle yapılan çalışmalar incelendiğinde; Hee ve Le (2015) yüksek riskli gebelerde anksiyete ve bağlanma düzeyleri arasında negatif anlamlı ilişki olduğunu bildirmiştir (96). Duman ve arkadaşları (2021) preeklampsili gebelerde anksiyete ve bağlanma düzeyleri arasında negatif anlamlı ilişki olduğunu bildirmiştir (12). Kara (2017) ise preeklampsili gebelerde anksiyete ve bağlanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir (27). Bu farklılığın bazı riskli gebelerde gebelerin bebeklerini kaybetme korkuları olduğu için bağlanamadıkları, bazı riskli gebelerin ise tüm ilgilerini bebeklerine verip bağlanma düzeylerinin arttığından dolayı olduğu düşünülmektedir. Gebelikte risk arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı ve anksiyetenin maternal bağlanma üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Trimesterlere göre maternal bağlanma düzeylerinin değişmekte ve son trimesterde bağlanma düzeyleri artmaktadır. Çalışmamızda yer alan preeklampsili gebelerin doğum haftası yaklaştığı için anksiyetelerinin orta düzeyde olduğu, hastanede kendilerini güvende hissettikleri için bağlanma düzeylerinin arttığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Preeklampsili gebelerde eş uyumu ve anksiyete düzeyinin maternal bağlanmaya etkisini inceleyen bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda,

- Preeklampsili gebelerin PBE puan ortalaması $70,14 \pm 9,30$ olarak saptanıp, bağlanmalarının oldukça iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Preeklampsili gebelerin eşlerinin eğitim durumları ile PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanan yer ve aile tipi ile PBE puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).
- Preeklampsili gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; preeklampsii tanısını 34 ve üzeri haftada alan, daha önce gebeliğinde preeklampsii tanısı alan ve preeklampsii tanısıyla daha önce hastaneden yatan gebelerin PBE toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelerin gebelik sayısına, gebelik haftası, bebeğin cinsiyeti, düşük öyküsü, ölü doğum öyküsü, gebeliğin istenme durumu, erken doğum öyküsüne ve en son gerçekleşen doğum şekline göre PBE puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

- Preeklampsili gebelerin evlilik ve bazı diğer özellikleri incelendiğinde duygusal destekçinin kim olduğu ve eş desteğinin nasıl hissedildiği ile PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelerin evlilik süresi, evlilik biçimi ve duygusal destekçi varlığına göre PBE toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).
- Preeklampsili gebelerin STAI-S puan ortalaması $52,55\pm 11,27$, STAI-T puan ortalaması $45,55\pm 10,16$ olarak saptanıp, gebelerin durumluk ve sürekli anksiyetelerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Preeklampsili gebelerin YÇUÖ puan ortalaması $51,49\pm 7,76$ olup, YÇUÖ alt boyutlarından doyum, uzlaşım ve görüş birliği faktörleri puan ortalamalarının sırasıyla $18,12\pm 3,38$, $24,11\pm 4,47$, $9,25\pm 2,09$ olduğu saptanmıştır. Gebelerin ölçekten aldıkları puanlara göre eş uyumlarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Preeklampsili gebelerin PBE ve STAI-S, STAI-T, YÇUÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; PBE toplam puanları ile YÇUÖ, YÇUÖ alt boyutlarından doyum ve görüş birliği faktörleri ile istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Preeklampsili gebelerin PBE toplam puanları ile STAI-S, STAI-T ve YÇUÖ alt boyutlarından görüş birliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Regresyon analizine göre; duygusal destekçinin eş olması, preeklampsii tanı haftası ve eşin eğitim düzeyi PBE toplam puanının %20.3'ünü açıklamaktadır ($p<0.001$). Duygusal destekçinin eş olması, preeklampsii tanı haftasının ve eşin eğitim düzeyinin yükselmesi PBE toplam puanını artırmaktadır.

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre;

- Gebelik döneminde oluşmaya başlayan bağlanmanın kalitesi annenin ve çocuğun yaşam boyu ilişkileri olmak üzere fiziksel ve psikolojik birçok yaşamsal olayı etkilemektedir. Preeklampsili gebelerde risklerin artması oluşan bu bağın kalitesini etkileyebilmektedir. Sağlık profesyonellerinin preeklampsili gebelerde maternal bağlanmanın düzeylerini belirmesi ve sunulan bakımın içerisine eklenmesi,
- Preeklampsili tanısı alınan hafta, daha önceki gebeliğinde preeklampsili öyküsü olma ve preeklampsili tanısı ile daha önce hastanede yatma durumu gibi özellikleri olan gebelerin maternal bağlanma düzeyinin etkilenebileceği göz önünde bulundurulmalı ve destek ihtiyacı olan gebelerin belirlenerek bağlanmayı olumlu yönde etkileyecek girişimlerin bakım süreçlerinde dikkate alınması,
- Preeklampsili gebelerde eş uyum düzeyinin partnerlerinde dahil edilerek karşılaştırılması,
- Preeklampsili gebelerde eşler arasındaki uyumun bağlamayı etkilemesi nedeniyle sağlık profesyonellerinin eş uyumu ile ilgili farkındalıklarının artırılması, eşlerinde süreçlere dahil edilerek eş uyumunun ve desteğinin artırılması,
- Preeklampsili gebelerde maternal bağlanma düzeylerinin çeşitli sosyodemografik, obstetrik ve eş ilişkilerine göre farklılık gösterdiği bu nedenle farklı özelliğe sahip popülasyonlarda yürütülen çalışmalar yapılması,

- Gebelik döneminde preeklampsi gibi riskin arttığı durumlarda gebelerin anksiyete düzeyleri artabilmektedir. Yüksek anksiyete düzeyleri ise olumsuz maternal ve fetal/neonatal komplikasyonların gelişimi ile ilişkilidir. Preeklampsi tanısı alan gebelerin anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi, yüksek olduğu saptandığı durumlarda uygun girişimlerin planlanması ve gerektiğinde sevkini sağlanması,
- Preeklampsili gebeler değerlendirirken bireysel ve bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Riskli gebelerde eş uyumu, anksiyete düzeyi ve bağlanmanın birbirinden etkilenebileceği göz önüne bulundurularak değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Vahedian-Azimi, A., Karimi, L., Reiner, Ž., Makvandi, S., Sahebkar, A. (2021). Effects of statins on preeclampsia: A systematic review. *Pregnancy Hypertension*, 23,123-130.
2. WHO. (2023). Maternal mortality. Available date: 21.03.2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Türkiye Anne Ölümleri Raporu. Available date: 04.01.2023 Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Raporlar/Turkiye_Anne_Olumleri_Raporu_2015-2019.pdf - :~:text=Ülkemizde 2010 yılında anne ölüm,yüz binde 13.1 olarak hesaplanmıştır.
4. Ugurlu, M., Yavan, T., Karasahin, K. E. (2021). The effect of an education and counseling program on maternal/neonatal outcomes in pregnant women at risk of preeclampsia. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 40(3), 127-135.
5. NICE. (2023). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. Available date: 17.05.2023. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>.
6. Opichka, M.A., Rappelt, M.W., Gutterman, D.D., Grobe, J.L., McIntosh, J.J. (2021). Vascular Dysfunction in Preeclampsia. *Cells*, 10(11), 3055.
7. Andersson, M. E., Rubertsson, C., Hansson, S. R. (2021). The experience of provided information and care during pregnancy and postpartum when diagnosed with preeclampsia: A qualitative study. *European Journal of Midwifery*, 5.
8. Dube, N. Z. (2021). "Under pressure..." An Anaesthetic Perspective of Hypertensive Disorders in Pregnancy, (3), 1-16.
9. Göbel, A., Stuhmann, L. Y., Harder, S., Schulte-Markwort, M., Mudra, S. (2018). The association between maternal-fetal bonding and prenatal anxiety: An explanatory analysis and systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 239, 313-327.
10. Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., et al. (2016). Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(5), 771-776.
11. Demir Yıldırım, A., Hotun Şahin, N. (2020). Riskli gebelerde prenatal Bağlanma ve risklerin Değerlendirilmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 661-672.
12. Duman, M., Doğan Yüksekol, Ö., Durgun Ozan, Y. (2021). Preeklampsili Gebelerde Gebelikle İlişkili Anksiyetenin Prenatal Bağlanmaya Etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(3), 907-915.
13. Kublay, D., Oktan, V. (2015). Evlilik uyumu: Değer tercihleri ve öznel mutluluk açısından incelenmesi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 5(44), 25-35.
14. Küçükaya, B., Süt, H. K., Sevcan, Ö. Z., Sarıkaya, N. A. (2020). Gebelik döneminde çiftler arası uyum ve prenatal bağlanma arasındaki ilişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 102-110.
15. Çağlayan, Y. İ., İpek, M. (2019). Çiftlerde bağlanma stilleri, evlilik ile evlilik uyumu ilişkisinin incelenmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 5(2), 161-180.
16. Terrone, G., Mangialavori, S., di Scalea, G. L., Cantiano, A., Temporin, G., Ducci, G., et al. (2020). The relationship between dyadic adjustment and psychiatric symptomatology in expectant couples: An actor-partner interdependency model approach. *Journal of Affective Disorders*, 273, 468-475.
17. Ataman, H., Akarsu, Ö., Budak, M. İ. (2022). Üçüncü trimesterdeki yüksek riskli gebelerde evlilik uyumu ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(4), 670-680.
18. Cınar, N., Yalnızoglu Caka, S., Topal, S., Uslu Yuvacı, H. (2022). Relationship between prenatal and maternal attachment: a longitudinal study from Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(2), 220-227.
19. Ranjbar, F., Warmelink, J. C., Gharacheh, M. (2020). Prenatal attachment in pregnancy following assisted reproductive technology: A literature review. *Journal of reproductive and infant psychology*, 38(1), 86-108.
20. Karabulutlu, Ö., Yavuz, C. (2021). Yüksek riskli gebeliklerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin sıklığının değerlendirilmesi. *Caucasian Journal of Science*, 8(1), 51-69.
21. Dikmen, H. A., Çankaya, S. (2018). Maternal obezitenin prenatal bağlanma üzerine etkisi.

- Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (2), 118-123.
22. Bakır, N., Ölçer, Z., Oskay, Ü., (2014). Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 54(6), 395-407.
 23. Nagle-Yang, S., Phillips, M., Albaugh, A., Zhao, L., Amin, J., Ahmad, E., et al. (2019). Depression, anxiety, and attachment among women hospitalized on an antepartum unit. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 54(6), 395-407.
 24. Baltacı, N., Başer, M. (2020). Riskli gebelerde yaşanan anksiyete, prenatal bağlanma ve hemşirenin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3), 206-212.
 25. Pehlivanoglu Celik, F., Er Guneri, S. (2020). The relationship between adaptation to pregnancy and prenatal attachment in high-risk pregnancies. *Psychiatria Danubina*, 32 (suppl. 4), 568-575.
 26. Topaç Tunçel, N., Kahyaoğlu Süt, H.(2019). Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1), 9-17.
 27. Kara, P. (2017). Preeklampsia tanısı alan gebelerin sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin prenatal bağlanmaya etkisi. *Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Adana.
 28. Cheraghi, P., Jamshidimanesh, M. (2022). relationship between maternal-fetal attachment with anxiety and demographic factors in high-risk pregnancy primipara women. *Iran Journal of Nursing*, 34(134), 46-59.
 29. ACOG Practice Bulletin. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia: Number 222. *Obstet Gynecol*, 135(6):e237-e260.
 30. Alanbay, İ., Karasahin K.E. (2020). Kadın Hastalıkları ve Doğum. Ankara: *Modern Tıp Kitapevi*, 1, 907-932.
 31. ACOG. (2017). Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period: Committee Opinion, Number 692. *Obstet Gynecol*, 129(4):e90-e95.
 32. Uğurlu, M., Yavan, T. (2019). Preeklampsia, Maternal ve Fetal Etkileri, Yönetimi Önlenmesine Yönelik Girişimler ve Hemşirenin Rolü. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 50(2), 75-81.
 33. Selim, H. Ş., Güngör, H., Şengül, M. (2021). Gebelik ve hipertansiyon. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 9(1), 41-48.
 34. Çekiç Güler, S. (2016). Hipertansif Hastalıklar. İçinde Y. Doğan (ed.) *Williams Obstetrik*. 25th ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri:728-779.
 35. ACOG Practice Bulletin. (2019). Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologist: Number 202. *Obstet Gynecol*, 131(1):e1-e25.
 36. Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., McCarthy, F. P., Saito, S., et al. (2018). Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*, 72(1), 24-43.
 37. Garti, I., Gray, M., Tan, J. Y., Bromley, A. (2021). Midwives' knowledge of pre-eclampsia management: A scoping review. *Women and Birth*, 34(1), 87-104.
 38. Zhang, L., Wang, L., Cui, S., Yuan, Q., Huang, C., Zhou, X., (2021). Prenatal depression in women in the third trimester: Prevalence, predictive factors, and relationship with maternal-fetal attachment. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-8.
 39. Altun, E., Şahin, S. (2021). Gebelik ve doğum sonu dönemde preeklampsia yaşayan hastanın yaşam aktiviteleri modeli'ne göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 53-60.
 40. Karahan, H. T., Karahan, E., Tanoğlu, A. (2022). Gestasyonel hipertansiyon ve güncel tedavi yaklaşımları. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 3(2), 122-127.
 41. Goddard, J., Wee, M.Y.K., Vinayakarao, L. (2020). Update on hypertensive disorders in pregnancy. *BJA Educ.*, 20(12), 411-416.
 42. Dursun, M., Dal, N.A. (2017). Gebelikte hipertansiyon. *Bilim ve Genç Dergisi*, 5(2), 28-43.
 43. Rolnik, D. L., Wright, D., Poon, L. C., O'Gorman, N., Syngelaki, A., de Paco Matallana, C., et al. (2017). Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *New England Journal of Medicine*, 377(7), 613-622.
 44. Poon, L. C., Shennan, A., Hyett, J. A., Kapur, A., Hadar, E., Divakar, H., et al. (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on preeclampsia (PE): a pragmatic guide for first trimester screening and prevention. *International journal of*

- gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 145(Suppl 1), 1-33.
45. Weitzner, O., Yagur, Y., Weissbach, T., Man El, G., Biron-Shental, T. (2020). Preeclampsia: risk factors and neonatal outcomes associated with early-versus late-onset diseases. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(5), 780-784.
 46. Sani, H. M., Vahed, S. Z., Ardalan, M. (2019). Preeclampsia: a close look at renal dysfunction. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 109, 408-416.
 47. NHBPEP. (2000). Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 183(1):s1-22.
 48. Rana, S., Lemoine, E., Granger, J.P., Karumanchi, S.A. (2019). *Preeclampsia*. 124(7),1094-10112.
 49. ACOG. (2013). Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 122(5), 1122-1131.
 50. Folk, D. M. (2018). Hypertensive disorders of pregnancy: overview and current recommendations. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(3), 289-300.
 51. English, F. A., Kenny, L. C., McCarthy, F. P. (2015). Risk factors and effective management of preeclampsia. *Integrated Blood Pressure Control*, 7-12.
 52. Staff, A. C. (2019). The two-stage placental model of preeclampsia: an update. *Journal of Reproductive Immunology*, 134, 1-10.
 53. Myatt, L., Roberts, J. M. (2015). Preeclampsia: syndrome or disease?. *Current Hypertension Reports*, 17, 1-8.
 54. Braanthal, S., Brateanu, A. (2019). Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment. *SAGE Open Medicine*, 7, 1-15.
 55. Olson-Chen, C., Seligman, N. S. (2016). Hypertensive emergencies in pregnancy. *Critical Care Clinics*, 32(1), 29-41.
 56. Thilaganathan, B., Kalafat, E. (2019). Cardiovascular system in preeclampsia and beyond. *Hypertension*, 73(3), 522-531.
 57. Kaldygulova, L., Ukybassova, T., Aimagambetova, G., Gaiday, A., Tussupkaliyev, A. (2023). Biological Role of Folic Acid in Pregnancy and Possible Therapeutic Application for the Prevention of Preeclampsia. *Biomedicines*, 11(2), 272.
 58. Apicella, C., Ruano, C. S., Méhats, C., Miralles, F., Vaiman, D. (2019). The role of epigenetics in placental development and the etiology of preeclampsia. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(11), 2837.
 59. Vest, A.R., Cho, L.S. (2014). Hypertension in Pregnancy. *Curr Atheroscler Rep.*, 16(3), 1-11.
 60. Ramos, J.G.L., Sass, N., Costa, S.H.M. (2017). Preeclampsia*. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia*. 39,496-512.
 61. Akalın, A., Şahin, S. (2018). Preeklampsi: Tanı ve hemşirelik yönetiminde güncel yaklaşımlar. *Journal of Human Rhythm*, 4(2), 88-97.
 62. Erçal, T. (2019). Şiddetli preeklampsi ve eklampsi: hastane öncesi tanı ve yönetimde güncel yaklaşımlar. *Hastane Öncesi Dergisi*, 4(1), 33-46.
 63. Hansson, T., Andersson, M. E., Ahlström, G., Hansson, S. R. (2022). Women' s experiences of preeclampsia as a condition of uncertainty: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 521.
 64. Wilkinson, J., Cole, G. (2018). Preeclampsia knowledge among women in Utah. *Hypertension in Pregnancy*, 37(1), 18-24.
 65. Nirupama, R., Divyashree, S., Janhavi, P., Muthukumar, S.P., Ravindra, P.V. (2021) Preeclampsia: Pathophysiology and management. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(2), 101975.
 66. Fox, R., Kitt, J., Leeson, P., Aye, C. Y., Lewandowski, A. J. (2019). Preeclampsia: risk factors, diagnosis, management, and the cardiovascular impact on the offspring. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1625.
 67. Pauli, J. M., Repke, J. T. (2017). Pitfalls with the New American College of Obstetricians and Gynecologists task force on hypertension in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 60(1), 141-152.
 68. Magee, L.A., Nicolaides, K.H., von Dadelszen, P. (2022). Preeclampsia. *N Engl J Med.*, 12;386(19),1817-1832.
 69. UptoDate. (2023). Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Available date: 04.04.2023 Available from: <https://medilib.ir/uptodate/show/6814>.
 70. ElFarra, J., Bean, C., Martin, J. N. (2016). Management of hypertensive crisis for the

- obstetrician/gynecologist. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 43(4), 623-637.
71. Ma'ayeh, M., Rood, K.M., Kniss, D., Costantine, M.M. (2020). Novel Interventions for the Prevention of Preeclampsia. *Curr Hypertens Rep.*, 22(2):17.
 72. De Kat, A. C., Hirst, J., Woodward, M., Kennedy, S., Peters, S. A. (2019). Prediction models for preeclampsia: A systematic review. *Pregnancy Hypertens.*, 16,48-66.
 73. Crombag, N. M., Lamain-de Ruiter, M., Kwee, A., Schielen, P. C., Bensing, J. M., Visser, G. H., et al. (2017). Perspectives, preferences and needs regarding early prediction of preeclampsia in Dutch pregnant women: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-9.
 74. Jayanti, N. D., Tamtomo, D., Sulaeman, E. S. (2017). Path analysis on the effects of motivation and other factors on midwives performance of preeclampsia management in Malang, East Java. *Journal of Health Policy and Management*, 2(2), 137-146.
 75. Alnuaimi, K., Abuidhail, J., Ismail, H. (2020). The effects of an educational programme about preeclampsia on women's awareness: a randomised control trial. *International Nursing Review*, 67(4), 501-511.
 76. Tabatabaeian, M., Kordi, M., Dadgar, S., Esmaeily, H., Khadivzadeh, T. (2018). Comparing the effects of simulation-based training, blended, and lecture on the simulated performance of midwives in preeclampsia and eclampsia. *Journal of Education and Health Promotion*, 7:110
 77. Li, N., An, H., Li, Z., Ye, R., Zhang, L., Li, H., et al. (2020). Preconception blood pressure and risk of gestational hypertension and preeclampsia: a large cohort study in China. *Hypertension Research*, 43(9), 956-962.
 78. Abazarnejad, T., Ahmadi, A., Nouhi, E., Mirzaee, M., Atghai, M. (2019). Effectiveness of psycho-educational counseling on anxiety in preeclampsia. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41, 276-282.
 79. Li, R., Tsigas, E. Z., Callaghan, W. M. (2017). Health and economic burden of preeclampsia: no time for complacency. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(3), 235-236.
 80. Kara, A., Ümmet, D. (2021). Evli kadınlarda evlilik uyumu ve iletişim becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Akademik Platform Eğitim ve Değişim Dergisi*, 4(2), 233-244.
 81. APA Dictionary of Psychology [Internet]. Available date: 02.01.2023 Available from: <https://dictionary.apa.org/>.
 82. Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28.
 83. de Pierrepont, C., Brassard, A., Bécotte, K., Lessard, I., Polomeno, V., Péloquin, K. (2022). Sexual activity based fears during pregnancy, sexual function and dyadic adjustment in couples who are expecting their first child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 107-113.
 84. Molgora, S., Acquati, C., Fenaroli, V., Saita, E. (2019). Dyadic coping and marital adjustment during pregnancy: A cross-sectional study of Italian couples expecting their first child. *International Journal of Psychology*, 54(2), 277-285.
 85. Koh, M., Kim, J., Yoo, H., Kim, S. A., Ahn, S. (2021). Development and application of a couple-centered antenatal education program in Korea. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27(2), 141-152.
 86. Gümüşdaş, M., Apay, S. E. (2016). Gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 1-8.
 87. Baldoni, F., Giannotti, M., Casu, G., Luperini, V., Spelzini, F. (2020). A dyadic study on perceived stress and couple adjustment during pregnancy: The mediating role of depressive symptoms. *Journal of Family Issues*, 41(11), 1935-1955.
 88. Alves, S., Fonseca, A., Canavarro, M. C., Pereira, M. (2018). Dyadic coping and dyadic adjustment in couples with women with high depressive symptoms during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(5), 504-518.
 89. Bilgen, Ö. (2020). Evlilik uyumunun gebeliğin son üç ayında yaşanan depresyona etkisi. *Uluslararası Sosyal Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 2(2), 138-153.
 90. Yıldırım, E., Korkut, Y. (2015). Hamilelikte sağlık durumunun ve sağlık davranışının yordayıcıları olarak evlilik uyumu ve bağlanma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 39-48.
 91. Jonsdottir, S. S., Thome, M., Steingrimsdottir, T., Lydsdottir, L. B., Sigurdsson, J. F., Olafsdottir, H., et al. (2017). Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant Icelandic women. *Women and Birth*, 30(1), 46-55.

92. Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J., Pires, M., Nunes, O. (2020). Dyadic coping, marital adjustment and quality of life in couples during pregnancy: an actor-partner approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(1), 49-59.
93. Fiskin, G. (2021). Dyadic Adjustment and Prenatal Attachment in Couples during Pregnancy. *The American Journal of Family Therapy*, 1-13.
94. Karakoç, H., Ozkan, H. (2017). The relationship with prenatal attachment of psychosocial health status of pregnant women. *International Journal of HealthSciences*, 5, 39-46.
95. Brandão, T., Brites, R., Pires, M., Hipólito, J., Nunes, O. (2019). Anxiety, depression, dyadic adjustment, and attachment to the fetus in pregnancy: Actor-partner interdependence mediation analysis. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 294-303.
96. Hee, L. S., Young, L. E. (2015). Factors influencing maternal-fetal attachment in high-risk pregnancy. *Advanced Science and Technology Letters*, 104, 38-42.
97. Şayık, D., Ari, S., Kaya, Y., Kaya Usta, E. (2019). Gebe eğitiminin anne ve babanın anksiyete, depresyon düzeylerine etkisi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 41(1), 23-31.
98. Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
99. Bandelow, B., Michaelis, S. (2022). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues In Clinical Neuroscience*, 7(3), 327-335.
100. Zaman, F. K., Ozkan, N., Toprak, D. (2018). Depression and anxiety in pregnancy. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1), 20-25.
101. Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., Fawcett, J. M. (2019). The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a multivariate Bayesian meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(4), 1-27.
102. Sinesi, A., Maxwell, M., O'Carroll, R., Cheyne, H. (2019). Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych Open*, 5(1), 1-13.
103. Viswasam, K., Eslick, G. D., Starcevic, V. (2019). Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *Journal of Affective Disorders*, 255, 27-40.
104. Güleç, D., Eminov, A., Kavlak, O. (2020). Yüksek riskli gebelerde anksiyete ve depresyon ile hemşirelik bakım memnuniyetinin incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 70-75.
105. Sel, G., Barut, A., Solak, S., Uslu, S., Gedik, Y., Uzunoğlu, S., vd. (2019) Gebelerde anksiyeteye etkisi bulunan faktörler. *STED Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(5), 334-339.
106. Brunton, R., Simpson, N., Dryer, R. (2020). Pregnancy-related anxiety, perceived parental self-efficacy and the influence of parity and age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6709.
107. Dryer, R., Chee, P., Brunton, R. (2022). The role of body dissatisfaction and self-compassion in pregnancy-related anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 313, 84-91.
108. Atalay, D., Özyürek, A. (2022). Gebelerde prenatal bağlanma ile depresyon, anksiyete ve stres ilişkisi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 46-59.
109. Brunton, R. J., Dryer, R., Saliba, A., Kohlhoff, J. (2019). The initial development of the Pregnancy-related Anxiety Scale. *Women and Birth*, 32(1), e118-e130.
110. Pepe, M., Meltem, Ege, E. (2019). Erken gebelik dönemi bulantı kusmanın anksiyete düzeyine etkisi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 22-40.
111. Öztürk, B. (2019). Gebelerde prenatal bağlanma ve durumluk anksiyete düzeyinin belirlenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(3), 873-882.
112. Dunkel Schetter, C., Niles, A. N., Guardino, C. M., Khaled, M., Kramer, M. S. (2016). Demographic, medical, and psychosocial predictors of pregnancy anxiety. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 30(5), 421-429.
113. Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G., Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115-130.
114. Blackmore, E. R., Gustafsson, H., Gilchrist, M., Wyman, C., O'Connor, T. G. (2016). Pregnancy-related anxiety: evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 197, 251-258.
115. Westerneng, M., Witteveen, A. B., Warmelink, J. C., Spelten, E., Honig, A., de Cock, P. (2017). Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. *Comprehensive Psychiatry*, 75, 6-13.

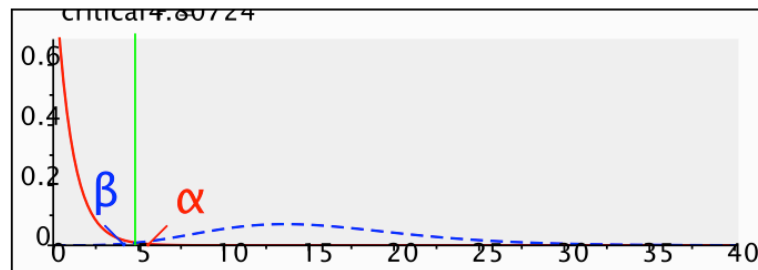
116. Acosta, H., Tuulari, J. J., Scheinin, N. M., Hashempour, N., Rajasilta, O., Lavonius, T. I., Karlsson, H. vd. (2019). Maternal pregnancy-related anxiety is associated with sexually dimorphic alterations in amygdala volume in 4-year-old children. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, 175.
117. Smith, C. A., Shewamene, Z., Galbally, M., Schmied, V., Dahlen, H. (2019). The effect of complementary medicines and therapies on maternal anxiety and depression in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 428-439.
118. Askarizadeh, G., Karamoozian, M., Darekordi, A. (2017). Validation of Iranian version of pregnancy related anxiety questionnaire. *International Journal of Preventive Medicine*, 8, 1-17
119. Nacar, G., Ünver, H., Derya, Y. A., Taşhan, S. T. (2018). Prenatal tarama testleri yaptırmanın gebelik anksiyetesine etkisi. *Annals of Health Sciences Research*, 7(2), 35-40.
120. Yalnız, H., Türkmen, H., Karaca Saydam, B., Canan, F., Geçici, Ö., Kuloğlu, M. M. (2015). Gebelik ve psikiyatrik hastalıklar. *JACSD*, 1-20.
121. Rubertsson, C., Pallant, J. F., Sydsjö, G., Haines, H. M., Hildingsson, I. (2015). Maternal depressive symptoms have a negative impact on prenatal attachment—findings from a Swedish community sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 153-164.
122. Altay, B., Baltacı, N. (2019). Amniyosentez öncesi gebelerde anksiyete düzeyi ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(2), 95-104.
123. Palma, E., Armijo, I., Cifuentes, J., Ambiado, S., Rochet, P., Díaz, B., et al. (2021). Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: is prenatal attachment affected?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 30-42.
124. Rwakarema, M., Premji, S. S., Nyanza, E. C., Riziki, P., Palacios-Derflinger, L. (2015). Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 15(1), 1-10.
125. Browne, P. D., Bossenbroek, R., Kluft, A., Van Tetering, E. M., De Weerth, C. (2021). Prenatal anxiety and depression: Treatment uptake, barriers, and facilitators in midwifery care. *Journal of Women's Health*, 30(8), 1116-1126.
126. Huizink, A. C., Delforterie, M. J., Scheinin, N. M., Tolvanen, M., Karlsson, L., Karlsson, H. (2016). Adaption of pregnancy anxiety questionnaire—revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 125-132.
127. ACOG Committee Opinion. (2015). Screening for Perinatal Depression Number. 757. *Obstet Gynecol*, 132(5):e208-e212.
128. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
129. Yılmaz, S. D. (2013). Prenatal anne-bebek bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3), 28-33.
130. Teskereci, G., Aysun, Ünal., Özbek, N., Koçak, B. (2021). Prenatal Bağlanmayı Destekleyici Bakım Uygulamaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 805-819.
131. Peppers, L. G., Knapp, R. J. (1980). Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*, 43(2), 155-159.
132. Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*. 30 (5), 281–284.
133. Muller, M. E., Mercer, R. T. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western journal of nursing research*, 15(2), 199-215.
134. Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British journal of medical psychology*, 66(2), 167-183.
135. Kınık, E., Özcan, H. (2020). Maternal bağlanmayı etkileyen faktörler ve primiparlarda maternal bağlanma durumu. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(1), 47-53.
136. Yuen, W. S., Lo, H. C., Wong, W. N., Ngai, F. W. (2022). The effectiveness of psychoeducation interventions on prenatal attachment: A systematic review. *Midwifery*, 104, 103184.
137. Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., Trombetta, T. (2020). Prenatal attachment and perinatal depression: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2644.
138. Arguz Cildir, D., Ozbek, A., Topuzoglu, A., Orcin, E., Janbakhishov, C. E. (2020). Association of prenatal attachment and early childhood emotional, behavioral, and developmental

- characteristics: A longitudinal study. *Infant mental health journal*, 41(4), 517-529.
139. Ataş, A. N., Akın B. (2022). Gebelikte Tutarlılık Duygusunun Prenatal Bağlanma ve Perinatal Anksiyete İle İlişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(1), 161-170.
 140. Doaltabadi, Z., Amiri-Farahani, L. (2021). The effect of in-person and virtual prenatal care education of the spouses of primiparous women on the father and mother's attachment to infant: a quasi-experimental and controlled study. *Trials*, 22, 1-11.
 141. Hicks, L. M., Dayton, C. J., Brown, S., Muzik, M., Raveau, H. (2018). Mindfulness moderates depression and quality of prenatal attachment in expectant parents. *Mindfulness*, 9, 1604-1614.
 142. Celik, M., Ergin, A. (2020). The effect on pregnant women's prenatal attachment of a nursing practice using the first and second Leopold's maneuvers. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(2), 1-10.
 143. Erkal Aksoy, Y., Dereli Yılmaz, S., Aslantekin, F. (2016). Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 1(3), 163-169.
 144. Özdemir, K., Çevirme, A., Başkaya, Y. (2020). Gebelikte anksiyete ve prenatal bağlanma düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Çukurova Tıp Dergisi*, 45(2), 502-510.
 145. Ozcan, H., Ustundag, M. F., Yılmaz, M., Aydinoglu, U., Ersoy, A. O., Eyi, E. G. Y. (2019). The relationships between prenatal attachment, basic personality traits, styles of coping with stress, depression, and anxiety, and marital adjustment among women in the third trimester of pregnancy. *The Eurasian Journal of Medicine*, 51(3), 232-236.
 146. Abasi, E., Keramat, A., Borghei, N. S., Goli, S., Farjamfar, M. (2021). Evaluating the effect of prenatal interventions on maternal-foetal attachment: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, 8(1), 4-16.
 147. Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and family Therapy*, 21(3), 289-308.
 148. Bayraktaroglu, H. T., Cakici, E. T. (2017). Psychometric properties of revised form of the dyadic adjustment scale in a sample from North Cyprus. *International Journal of Educational Sciences*, 19(2-3), 113-119.
 149. Oner, N., LeCompte, W. A. (1998). Durumluluk-süreklilik kaygı envanteri: el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi.
 150. Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2013). Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Türkçe'ye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 103-109.
 151. Tabachnick, B.G., Fidell LS. (2013). *Using Multivariate Statistics* (sixth ed.). Boston: Pearson.
 152. George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.). Boston: Pearson.
 153. Kalaycı Ş. (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti.
 154. Ugurlu, M., Çoban, Z. (2022). Prenatal attachment in the pregnancy: its relationship with fear of childbirth. *Perinatal Journal*, 30(1), 43-50.
 155. Smorti, M., Ponti, L., Ghinassi, S., Rapisardi, G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early human development*, 142, 104956.
 156. Tani, F., Castagna, V., Ponti, L. (2017). Mothers' social perceived support, anxiety and prenatal attachment to child: Which direct and indirect influences on delivery clinical indices. *International Journal of Health Sciences and Research*, 7(4), 346-352.
 157. Karaca FA. (2022). Hipertansif bozukluğun son trimester gebelerde prenatal bağlanma ve gebeliğin kabulüne etkisi [Master's Thesis]. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
 158. Durualp, E., Kaytez, N., Girgin, B. A. (2017). An analysis of the relation between marital satisfaction and maternal bonding/Evlilik doyumu ve maternal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 129-139.
 159. Ustunsoz, A., Guvenc, G., Akyuz, A., Oflaz, F. (2010). Comparison of maternal-and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery*, 26(2), e1-e9.
 160. Barone, L., Lionetti, F., Dellagiulia, A. (2014). Maternal-fetal attachment and its correlates in a sample of Italian women: a study using the Prenatal Attachment Inventory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(3), 230-239.
 161. Derman, G. (2020). Son trimesterdeki gebe kadınların psikososyal sağlık durumunun doğum

- korkusu ve eş desteği ile ilişkisi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
162. Akkaş, S.Ç. (2014). Gebelik döneminde eşler arası uyum. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
163. Rollè, L., Prino, L. E., Sechi, C., Vismara, L., Neri, E., Polizzi, C., et al. (2017). Parenting stress, mental health, dyadic adjustment: A structural equation model. *Frontiers in psychology*, 8, 839.
164. Gourounti, C., Karapanou, V., Karpathiotaki, N., Vaslamatzis, G. (2015). Anxiety and depression of high risk pregnant women hospitalized in two public hospital settings in Greece. *International Archives of Medicine*, 8.
165. Yıldırım, G., Bilgin, Z. (2021). Risk status and traumatic birth perception in pregnancy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1897-1904.
166. Aslan Koyutürk, Ö. Acil servise başvuran kanamalı gebelerde durumluk kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
167. Yüksel, A., Dabanlı, Z., Bahadır Yılmaz, E. (2020). Determining of the Relationship Between Mindful Attention Awareness, Depression, Anxiety And Stress in Pregnancy. *JAREN*, 6(2):195-202.
168. Koçak, V., Ege, E. (2016). Prenatal tarama testi uygulanan gebelerin kaygı düzeyi ve ilişkili faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 26(4), 113-120.
169. Yeşilçınar, İ., Acavut, G., Güvenç, G. (2023). Anxiety during the pregnancy and affecting factors: a cross-sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307(1), 301-309.
170. Akbaş, N., Şeker, S. Miadındaki gebelerde kaygı ve depresyonun kilo alımı ile ilişkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 85-96.

EKLER

EK.1. G-POWER PROTOKOLÜ



F tests – Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Effect size f^2 = 0.26

α err prob = 0.01

Power ($1 - \beta$ err prob) = 0.99

Number of predictors = 2

Output: Noncentrality parameter λ = 28.8600000

Critical F = 4.8072400

Numerator df = 2

Denominator df = 108

Total sample size = 111

Actual power = 0.9905449

EK.2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU PREEKLAMPSİLİ GEBELERDE EŞ UYUMU VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN MATERNAL BAĞLANMA ÜZERİNE ETKİSİ

“Preeklampsili Gebelerde Eş Uyum ve Anksiyete Düzeylerinin Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi” isimli tez çalışmasına yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu tez çalışması ile preeklampsili tanısı almış gebelerde eş uyumu ve gebelik dönemindeki anksiyete düzeylerinin maternal bağlanmaya olan etkisini belirlemek amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esastır. Katılmaya karar vermeden önce çalışma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Bu araştırma, SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Dr. Öğr. Üyesi Meltem UĞURLU’nun sorumluluğu altında Arş. Gör. Gizem ARSLAN’ın yüksek lisans tez çalışmasıdır. Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Araştırma kapsamında sizden herhangi bir numune alınmayacak, size herhangi bir ilaç uygulaması yapılmayacaktır.

Bu çalışma araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu, Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇÜÖ), Durumluluk (ve Sürekli) Kaygı Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) uygulanarak gerçekleştirilecektir. Katılmayı kabul ettikten sonra sizden formdaki soruları yanıtlamanız istenecektir. Yanıtlamanız tahmini 15-20 dakika sürecektir. Formu yanıtladıktan sonra çalışmayı tamamlamış bulunmaktasınız. Formda yöneltilen sorulara vereceğiniz cevapların doğruluğu ve samimiyeti ayrıca eksiksiz olması çalışmanın kalitesini belirleyecektir. Formda yer alan bilgiler 3. Kişilerle paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır.

Bu çalışmanın bir riski ya da neden olacağı herhangi bir rahatsızlığı yoktur. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmada vermiş olduğunuz bilgiler, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen tez çalışması ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama Arş. Gör. Gizem ARSLAN tarafından yapıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Bu çalışmaya katıldığım zaman bilgilerimin gizli tutulacağını anladım. Araştırma sonuçları bilimsel amaçlı kullanılacağını ve şahsıma ait bilgilerin gizlilik çerçevesinde korunacağını biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü:

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Gönüllü ile Görüşen

Adı, Soyadı: Gizem ARSLAN
Adres: SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi
Tel: [Redacted]
İmza: [Redacted]
Tarih:

EK.3. TANITICI BİLGİ FORMU

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaş:.....
2. Eğitim durumunuz?
1)Okur-yazar 2)İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5)Üniversite ve üzeri
3. Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
4. Gelir durumunuz?
1) Gelir giderden az 2)Gelir gidere eşit 3)Gelir giderden fazla
5. Nerede yaşıyorsunuz? 1) İl, şehir merkez 2) İlçe, kasaba, köy
6. Eşinizin eğitim durumu nedir?
1) Okur-yazar değil/Okur-yazar 2)İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5)Üniversite ve üzeri
7. Eşinizin Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
8. Eşiniz ile evliliğinizi nasıl değerlendirirsiniz?
1)Her zaman uyumlu 2) Uyumlu 3) Uyumsuz
9. Aile tipiniz nedir? 1) Geniş Aile 2) Çekirdek Aile
10. Eşiniz ile evlilik süreniz?
11. Evlilik biçiminiz nedir? 1) Tanışarak 2)Görücü usulü 3)Diğer(.....)
12. Kaçınıcı gebeliğiniz?.....
13. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?
14. Bebeğinizin cinsiyeti nedir 1)Kız 2)Erkek
15. Daha önce düşük yaptınız mı (sayısı kaç).....
16. Daha önce ölü doğum yaptınız mı (sayısı kaç).....
17. Bu bebeğe isteyerek mi gebe kaldınız? 1)Evet 2)Hayır
18. Daha önce doğum yaptınız ise doğumunuzu gerçekleştirdiğiniz gebelik haftası.....
19. Bir önceki gebeliğinizde doğum şekliniz? 1)Vajinal Doğum 2)Sezaryen Doğum
20. Bu dönemde duygusal destekçiniz var mı? 1)Evet 2)Hayır
21. Duygusal destekçiniz var ise kim/kimler?
22. Bu dönemde eşinizin size desteğini nasıl değerlendirirsiniz?
1)Yeterli 2)Kısmen Yeterli 3)Yetersiz
23. Preeklampsi tanınızı kaçınıcı haftanızda aldınız?.....
24. Daha önceki gebeliğinize preeklampsi tanısı aldınız mı? 1)Evet 2)Hayır
25. Preeklampsi tanısı nedeniyle daha önce hiç hastanede yattınız mı?
1)Evet 2)Hayır

EK.4. YENİLENMİŞ ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği

Aşağıdaki konularda eşinizle anlaşış anlaşamadığınızı ilgili kutucuğa (X) işareti koyarak belirtiniz.

		Hiçbir zaman anlaşamayız	Nadiren anlaşırız	Bazen anlaşırız	Oldukça sık anlaşırız	Çoğu zaman anlaşırız
1	Dini konular					
2	Muhabbet-sevgi gösterme					
3	Temel kararların alınması					
4	Cinsel yaşam					
5	Geleneksellik					
6	Mesleki kararlar					

Aşağıda eşinizle ve evliliğinizle ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyup size ne derece uygun olduğunu ilgili kutucuğa (X) işareti koyarak belirtiniz.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Çoğu zaman
7	İlişkinizi bitirmeyi ne sıklıkta tartışırsınız?					
8	Eşinizle ne sıklıkla münakaşa edersiniz?					
9	Evlendiğiniz için pişmanlık duyar mısınız?					
10	Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz?					
11	Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?					
12	Ne sıklıkla teşvik edici fikir alışverişinde bulunursunuz?					
13	Ne sıklıkla bir iş üzerinde birlikte çalışırsınız?					
14	Ne sıklıkla bir şeyi sakince tartışırsınız?					

EK.5. DURUMLUK SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (STAD)
DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (STAI-S)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
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)

SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (STAI-T)

		Hemen hemen hiçbir zaman	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 kırıklıklarımı 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.6. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. **Gecen ay süresince** bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir Zaman
1.Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.				
2.Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.				
3.Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.				
4.Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm				
5.Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.				
6.Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.				
7.Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.				
8.Bebeğimim içimde ne yaptığımı diğer insanlarla paylaşıyorum.				
9.Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.				
10.Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.				
11.Bebeğimi hareket ettirebilirim.				
12.Bebeğim için bir şeyler satın alırsam ya da yaparım.				
13.Bebeğimi sevdiğimi hissederim.				
14.Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.				
15.Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.				
16.Bebeğimle ilgili rüya görürüm.				
17.Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.				
18.Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.				
19.Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum.				
20.Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.				
21.Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.				

EK.7. SUAM TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU İZNİ

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-90057706-799
Konu : TUEK Başvurusu
Dr. Öğretim Üyesi Meltem
UĞURLU

Sayın Dr. Meltem UĞURLU
Öğretim Üyesi

Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kuruluna sunmuş olduğunuz “ Preeklampsili gebelerde eş uyumu ve anksiyete düzeylerinin maternal bağlanma üzerine etkisi” konulu tez çalışmanız 21.04.2022 tarihinde toplanan SUAM Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından incelenmiş olup, 05/07 nolu karar yazımız ekinde sunulmuştur
Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN
Başhekim

Ek.
TUEK Kararı

EK.8. ETİK KURUL İZNİ



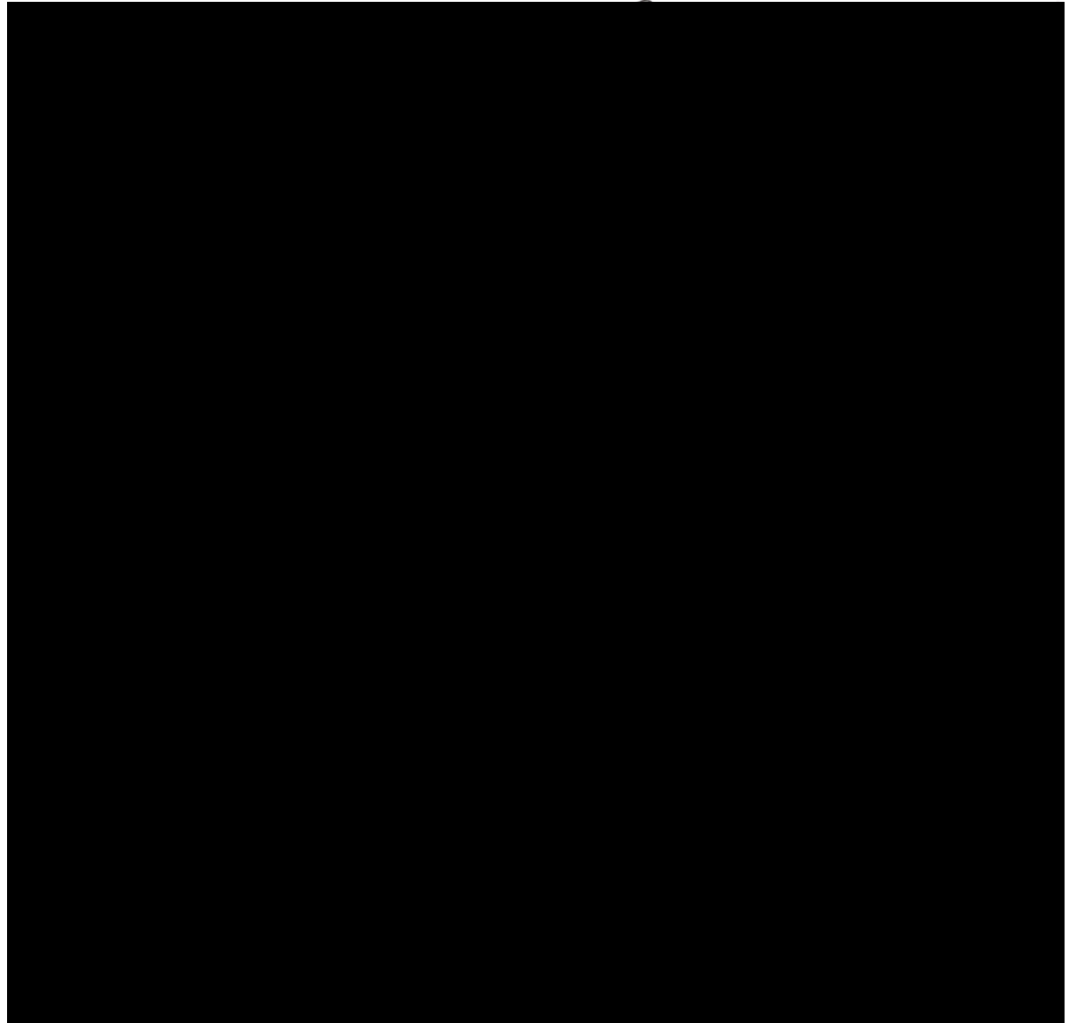
T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi: 08.06.2022

Karar No: 2022/88

08.06.2022 tarihinde Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'u Prof. Dr. İnci KAHYAOĞLU başkanlığında Türkiye ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun sağladığı link (birlikte.titck.gov.tr) vasıtasıyla isteyenlerin online katılımı ile toplantı yeter sayısı sağlanarak toplandı.

Toplantıda Sorumlu Araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Meltem UĞURLU tarafından başvurusu yapılan "Preeklampsili gebelerde eş uyumu ve anksiyete düzeylerinin maternal bağlanma üzerine etkisi" klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve söz konusunu klinik araştırma başvuru dosyasının kabulüne oy birliği ile karar verilmiştir.



EK.9. ENSTÜTİ İZNİ



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

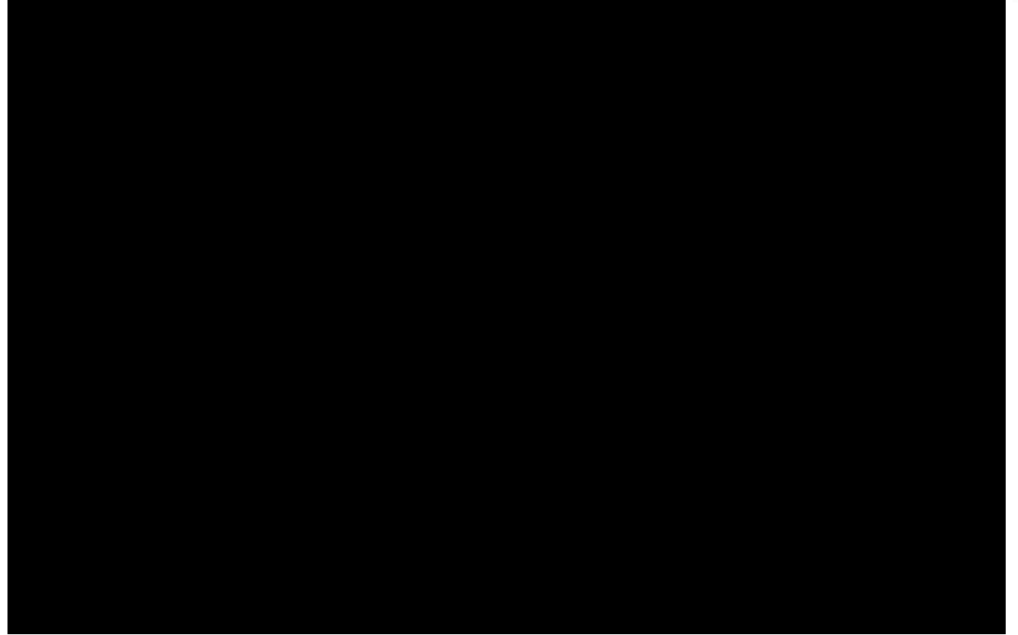
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 01.06.2022
Toplantı Sayısı : 162(17)
Karar Sayısı : 00002464

Ebelik yüksek lisans programı öğrencisi Gizem ARSLAN'ın tez konusu önerisi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 01.06.2022 tarih 162(17) sayılı oturumunda oy birliğiyle kabul edildi.

Öğrencinin:

Adı Soyadı	Statüsü	Tez Konusu
Gizem ARSLAN	Yüksek Lisans	Preeklampsili Gebelerde Eş Uyumu ve Anksiyete Düzeylerinin Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi



EK.10. YENİLENMİŞ ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Revize Çift Uyum Ölçeği [Gelen Kutusu](#)

Gizem ARSLAN
Sayın Hocam, Türkiye geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz ""Revize Çift Uyum Ölçeği""nizi tez çalışmamda kullanmak üzere izninizi istiyoruz. Ölçeği ve değ

13 Mar 2022 17:57

hüseyin bayraktaroğlu
Alıcı: ben
Sevgili Gizem Hanım,
Ölçeği çalışmanızda kullanmanıza memnuniyetle izin veririm. Ölçek formu ve ölçeğe ilgili bilgileri ekte gönderiyorum.
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla,
Hüseyin Bayraktaroğlu
On 13 Mar 2022, at 16:57,

Bir ek • Gmail tarafından tarandı

YCUO form ve bil...

Yanıtla Yönlendir

EK.11. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ KULLANIM İZNİ

Prenatal Bağlanma Ölçeği Kullanım İzni

İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: İngilizce

Sema Yılmaz
Kime: Gizem ARSLAN
30.05.2022 Pzt 16:08

Prenatal Bağlanma Envanteri.doc 27 KB
Effects of perinatal loss on curr... 219 KB
Prenatal Anne - Bebek Bağlanm... 802 KB

6 ekin (2 MB) tümünü göster Tümü OneDrive - Sağlık Bilimleri Üniversitesi konumuna kaydet Tümü indir

Sayın Arslan,
Çalışmanızda Prenatal Bağlanma Envanterini kullanmanızdan memnuniyet duyar, başarılar dilerim.
Selamlar...

ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Gizem ARSLAN

Doğum yeri ve tarihi: [REDACTED]

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Bekar

Yabancı dili: İngilizce

E-posta adresi: [REDACTED]

II- Eğitimi

2015-2019 Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

2021-2023 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı

III- Ünvanları

2021-... : Araştırma Görevlisi

2019-2021: Ebe

IV- Mesleki Deneyimi

2021-... : SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Ebelik Bölümü, Araştırma Görevlisi

2019-2021: SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ebe