

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN GESTASYONEL
HİPERTANSİYON, GEBELİK UYUMU VE GEBELİK SONUÇLARINA ETKİSİ**

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı

Doktora Tezi

Öğr. Gör. Keziban AMANAK

DANIŞMANLAR

Prof. Dr. Ümran SEVİL

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

İZMİR

2015

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN
GESTASYONEL HİPERTANSİYON, GEBELİK UYUMU VE GEBELİK
SONUÇLARINA ETKİSİ

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı

Doktora Tezi

Öğr. Gör. Keziban AMANAK

DANIŞMANLAR

Prof. Dr. Ümran SEVİL

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

İZMİR

2015

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)
(İmza)

Başkan: Prof. Dr. Ümran SEVİL.....
(Danışman)

Üye: Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM.....
(İkinci Danışman)

Üye: Doç. Dr. Oya KAVLAK.....

Üye: Doç. Dr. Sevgi ÖZKAN.....

Üye: Yrd. Doç. Dr. Özlem DEMİREL BOZKURT.....

Doktora tezinin kabul edildiği tarih:

TEŞEKKÜR

Doktora tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen ve doktora eğitimime katkı sağlayan tez danışmanın Sayın Prof. Dr. Ümran Sevil,

Tezimin her aşamasında görüş, öneri ve desteğini aldığım ikinci tez danışmanın Sayın Prof. Dr. Zekiye Karaçam,

Doktora eğitimim sürecinde her anlamda desteğini gördüğüm ve bilgisinden yaralandığım Sayın Doç. Dr. Oya Kavlak,

Tezimin hazırlık aşamasında görüşlerinden fazlasıyla yaralandığım değerli hocalarım ve jüri üyelerim Doç. Dr. Sevgi Özkan ve Yrd. Doç. Dr. Özlem Demirel,

Araştırmamın uygulamasına olanak sağlayan Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi çalışanları,

Tezimin istatistik aşamasında görüşleri ile bana katkı sağlayan Yrd. Doç. Dr. Aslı Suner ve Arş. Gör. Hatice Uluer,

Veri toplama aşamasında kolaylık sağlayarak araştırmanın oluşmasında büyük katkı sağlayan, gebelik ve lohusalık sürecinde birlikte olduğum sevgili anneler,

Beni bugüne getiren, doktora sürecimde sürekli yanımda olduğunu hissettiren, sabırla yaklaşan ve hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen çok değerli ailem,

Akademik eğitimimin her aşamasını birlikte yaşadığım, zorlukları ve güzellikleri paylaştığım, çok büyük desteğini gördüğüm kıymetli eşim Mesut Amanak,

Bu süreçte bana varlıklarıyla güç veren iki küçük yavrum Melike ve Hüseyin Amanak,

Çalışmamdaki değerli katkılarınız için hepinize sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İZMİR

TARİH

KEZİBAN AMANAK

İÇİNDEKİLER	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜRLER	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
EKLER	xiii
BÖLÜM I	
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Önemi.....	4
1.4. Hipotezler.....	5
1.5. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler.....	5
1.6 Tanımlar.....	6
1.7. Genel Bilgiler.....	6
1.7.1. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Tanımı.....	6
1.7.2. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Sınıflandırılması.....	6
1.7.2.1. Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon.....	6
1.7.2.2. Kronik Hipertansiyon.....	7
1.7.3. Gebelikte Hipertansiyon İnsidansı.....	7
1.7.4. Gebelikte Hipertansiyon İnsidansını Artıran Risk Faktörleri....	7
1.7.5. Gebelikte Hipertansiyon Fizyopatolojisi.....	8
1.7.6. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Belirtileri.....	8
1.7.7. Gebelikte Hipertansif Bozukluklardan Korunma ve Komplikasyonlarını Önlemeye Yönelik Kanıtı Dayalı Yaklaşımlar...	10
1.7.7.1. Antenatal Bakım ve Tedavi ve Tedavi.....	10
1.7.7.2. Doğumda Bakım ve Tedavi.....	12
1.7.7.3. Doğum Sonrası Bakım ve Tedavi.....	12
1.7.8. Hemşirelikte Model Kullanımı.....	13
1.7.9. Sister Calista Roy'un Adaptasyon/Uyum Modeli.....	13
1.7.9.1. Modeldeki Temel Kavramlar ve Tanımlar.....	13
1.7.9.2. Roy'un Uyum Modelinde Hemşirelik Süreci.....	18

BÖLÜM II

2. GEREÇ YÖNTEM.....	20
2.1. Araştırmanın Tipi.....	20
2.2. Kullanılan Araçlar.....	20
2.3. Kullanılan Gereçler.....	20
2.3.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (EK I).....	21
2.3.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (EK II).....	21
2.3.3. RAM'a Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK III).....	22
2.3.4. Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu (EK IV).....	22
2.3.5. Maternal ve Neonatal Sonuçları Değerlendirme Formu (EK V).....	23
2.3.6. RAM'a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı (EK VI).....	23
2.3.7. Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Formu (EK VII).....	24
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
2.5. Araştırmanın Evreni.....	26
2.6. Araştırma Kapsamına Dahil Olma ve Araştırma Kapsamı Dışında Tutulma Kriterleri.....	27
2.7. Araştırmanın Örneklemi.....	28
2.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	30
2.9. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	30
2.9.1. Eğitim Grubu Gebelerde Veri Toplama Yöntemi.....	30
2.9.2. Kontrol Grubu Gebelerde Veri Toplama Yöntemi.....	32
2.10. Verilerin Analizi.....	35
2.11 Süre ve Olanaklar.....	35
2.12. Etik Açıklamalar.....	36

BÖLÜM III

BULGULAR.....	38
3.1. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	38
3.1.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	38

3.1.2. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özellikleri	39
3.2. Gestasyonel Hipertansiyon Prognozuna İlişkin Bulgular	41
3.2.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz İkinci ve Üçüncü İzlemine İlişkin Bulgular	41
3.3. Gebelik Uyumuna İlişkin Bulgular	42
3.3.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Birinci ve İkinci İzlem “PKDÖ- GK” Puan Ortalamaları	42
3.4. Maternal ve Neonatal Sonuçlara İlişkin Bulgular	43
3.4.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuçları	43
3.4.2. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuç Ortalamaları	44
3.4.3. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Maternal Sonuç Ortalamaları	45
3.5. Eğitim Grubu Gebelerin RAM’a Yönelik Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular	45
3.5.1. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Uyum Alanlarına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular	45
3.5.2. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Fizyolojik Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular	46
3.5.3. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Benlik Kavramı Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular	47
3.5.4. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Rol Fonksiyonu Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular	48
3.5.5. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular	49

BÖLÜM IV

TARTIŞMA.....	50
4.1. Sosyo-Demografik Ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	50
4.1.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	50
4.1.2. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	50
4.2. Gestasyonel Hipertansiyon Prognozuna İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	51
4.2.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz İkinci ve Üçüncü İzlemine İlişkin Bulguların İncelenmesi...	51
4.3. Gebelik Uyumuna İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	52
4.3.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Birinci ve İkinci İzlem “PKDÖ- GK” Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	52
4.4. Maternal ve Neonatal Sonuçlara İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	52
4.4.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuçlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	52
4.4.2. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuç Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	53
4.4.3. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Maternal Sonuç Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	54
4.5. Eğitim Grubu Gebelerin RAM’a Yönelik Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	55
4.5.1. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Uyum Alanlarına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	55
4.5.2. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Fizyolojik Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	55
4.5.3. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Benlik Kavramı Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	55

4.5.4. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Rol Fonksiyonu Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	56
4.5.5. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	56
BÖLÜM V	
SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	57
5.1. Sonuçlar.....	57
5.2.Öneriler.....	60
BÖLÜM VI	
ÖZET VE ABSTRACT.....	61
6.1. Özet.....	61
6.2. Abstract.....	63
BÖLÜM VII	
KAYNAKLAR.....	65

SİMGELER VE KISALTMALAR

ark:	Arkadaşları
mmHg:	Milimetre civa
cm:	Santimetre
gr:	gram
kg:	kilogram
dk:	dakika
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
RAM:	Roy Adaptasyon Modeli
PKDÖ-GK:	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği
IUGG:	İntrauterin gelişme geriliği

TABLULAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1.	Uzmanların Eğitim Kitapçığına Verdiği Puanların Ortalama, Standart Sapma ve Min-Max Değerleri.....	25
Tablo 2.	Eğitim Kitapçığı İçerik Geçerliliği Değerleri.....	26
Tablo 3.	Araştırma Kapsamına Dahil Olma ve Araştırma Kapsamı Dışında Tutulma Kriterlerine İlişkin Bilgiler.....	27
Tablo 4.	Zaman Çizelgesi.....	37
Tablo 5.	Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	38
Tablo 6.	Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özellikleri...	39
Tablo 7.	Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 8.	Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz İkinci ve Üçüncü İzlem Dağılımları	41
Tablo 9.	Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Birinci ve İkinci İzlem “PKDÖ- GK” Puan Ortalamaları	42
Tablo 10.	Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuçları.....	43
Tablo 11.	Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuç Ortalamaları.....	44
Tablo 12.	Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Maternal Sonuç Ortalamaları	45
Tablo 13.	Eğitim Grubu Gebelerin RAM Uyum Alanlarına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimleri Dağılımı.....	45
Tablo 14.	Eğitim Grubu Gebelerin RAM Fizyolojik Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimleri Dağılımı.....	46
Tablo 15.	Eğitim Grubu Gebelerin RAM Benlik Kavramı Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimleri Dağılımı	47
Tablo 16.	Eğitim Grubu Gebelerin RAM Rol Fonksiyonu Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimleri Dağılımı.....	48
Tablo 17.	Eğitim Grubu Gebelerin RAM Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimleri Dağılımı.....	49

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Randomizasyon Akış Şeması.....	29
Şekil 2. Araştırma Uygulama Basamakları.....	34



EKLER

Ek No		Sayfa No
EK I	Tanıtıcı Bilgi Formu.....	74
EK II	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği.....	76
EK III	RAM'a Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	77
EK IV	Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu.....	79
EK V	Maternal ve Neonatal Sonuçları Değerlendirme Formu.....	81
EK VI	RAM'a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı.....	83
EK VII	Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Formu.....	84
EK VIII	RAM'a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Programı.....	85
EK IX	RAM'a Dayalı Bakım Planı Örneği.....	86
EK X	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-I (eğitim grubu için).....	89
EK XI	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-II (kontrol grubu için).....	92
EK XII	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul İzin Yazısı.....	94
EK XIII	T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği araştırma izin yazısı.....	95
EK XIV	“PKDÖ- GK” Derya Taşçı'dan İzin Yazısı.....	96
EK XV	İkinci danışman Atama Yazısı.....	97



BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Gebelik her kadın için özel bir dönemdir ve beraberinde bazı fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkları getirebilir. Bu rahatsızlıklar nedeniyle gebelik, uyum sağlamayı gerektiren bir yaşam olayı haline dönüşebilir (1-6).

Annenin ya da fetüsün morbidite ve mortalite riski artışına neden olan durumlar gebeliğe eşlik ettiğinde yüksek riskli gebelik olarak tanımlanır. En iyi ve sağlıklı bir perinatal sonuca ulaşmak için yüksek risk faktörlerinin erken dönemde tanımlanması, uygun ve zamanında müdahale edilmesi önemlidir (5, 7, 8). Yüksek riskli gebelere verilecek hemşirelik bakımı hemşirenin bağımsız rolleri arasında yer almaktadır. Bu roller gebeye fiziksel bakım vermenin yanında gözlem yapma, destek sağlama, yardım etme, sürekli eğitim ve danışmanlık yapmayı içermektedir (5, 8, 9).

Gebelikte kadın ile birlikte başta eşi olmak üzere, tüm aile üyeleri gebelik sürecinden etkilenmekte ve bu yeni sürece uyum sağlamaya çalışmaktadırlar. Özellikle riskli gebeliklerde mevcut gebeliğin içinde bulunduğu duruma tedavi sürecinin de eklenmesiyle birlikte gebe ve ailesi için ek bir stres kaynağı oluşmaktadır. Bu bağlamda stresle baş etmede annenin gebeliği kabulü önem kazanmaktadır. Gebelikte uyum sağlama ve annelik rolünü kazanmada güçlük yaşayan anne, gebelikte yaşadığı sorunlar ile ilgili olarak gebeliğe ve bebeğe karşı olumsuz tutum geliştirebilir. Bu nedenle hemşireye gelişen fiziksel ve psikolojik sorunlar konusunda gebeleri bilgilendirme ve değişen duruma uyumlarını arttırma konularında önemli görevler düşmektedir (3, 10, 11, 12, 13).

Gebelikte hipertansif bozukluklar gebelik boyunca en sık karşılaşılan sağlık sorunudur. Gebelikte hipertansif bozukluklar, risk sınıflandırılmasında yüksek riskli gebelikler sınıfında yer almaktadır (5,8). Gelişmiş ülkelerde tüm gebeliklerin %5-10'unda gebelik sırasında hipertansiyon geliştiği bildirilmektedir (14). Günümüzde hipertansiyona eşlik eden klinik tablolar fetal-maternal morbidite ve mortalitenin en sık karşılaşılan nedenidir (7, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19).

Gestasyonel hipertansiyon gebeliğin ikinci yarısında proteinüri olmaksızın aynı koldan en az iki kez sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg, diastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olarak tesbit edilmesidir (20, 21, 22). Preeklamsi ise kan

basıncı yüksekliğine proteinürinin eklenmesi olarak tanımlanmaktadır. Preeklamsi iki farklı klinik tablo ile karşımıza çıkmaktadır. Sistolik kan basıncının ≤ 160 mmHg, diastolik kan basıncının ≤ 110 mmHg olduğu hafif preeklamsi ve sistolik kan basıncının ≥ 160 mmHg, diastolik kan basıncının ≥ 110 mmHg olduğu ciddi preeklamsi tablosudur (20, 21, 22). Eklamsi ise; ağır preeklamsi belirtilerine konvülsiyonların eklenmesidir ve anne-fetüs sağlığını olumsuz etkileyen ciddi bir tablodur. Eklamsi nöbetleri sonrasında hemipleji, koma ve ölüm, geçici kortikal körlük, retinal yırtılma, postpartum psikozlar olabilir (5, 7, 8, 20, 21, 22). HELLP Sendromu ise; tüm gebeliklerin %0.1-0.6'sında ağır preeklamsi ve eklamsi hastalarının %5-10'nunda görülen kanda hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme ve trombosit sayısında düşme ile görülen bir tablodur (8). Kadında gebelikten önce hipertansiyon varlığı (kronik hipertansiyon) ve bu gebelerde preeklamsinin gelişmesi (süperimpoze preeklamsi) gebelikte karşımıza çıkan riskli durumlardır (7, 8, 23).

Gebelikte hipertansif durumların etiyolojisi tam olarak bilinmediğinden önlemede kullanılacak bir protokol taslağı çizmek güçtür. Bununla birlikte bilimsel çalışmalara dayanarak bazı genel prensiplerin hastalığın görülme sıklığını azalttığı bildirilmektedir. Bunlar risk gruplarını belirleme, diyet, dinlenme, erken dönemde uygun tanılama ve tedavidir. Ayrıca burada önemli olan diğer bir nokta da hastalığın önlenmesinin yanında gebelikte hipertansiyon tesbit edildikten sonra semptomların ağırlaşarak preeklamsi, eklamsi yada HELLP Sendromuna dönüşmesini önlemektir. Çünkü semptomlar ağırlaştıkça fetal ve maternal zarar da artacaktır. Hastalık ve semptomların ağırlaşmasını önlemede hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Gestasyonel hipertansiyonlu gebelere verilecek planlı bir eğitim ile kan basıncı kontrolü sağlanabilir ve komplikasyonların oluşması engellenebilir (hastalığın gestasyonel hipertansiyondan preeklamsi, eklamsi ve HELLP Sendromuna ilerlemesi gibi). Eğitimde hedeflenen sonuçlara ulaşılabilmesi için, uygun hemşirelik kuramlarının ve öğrenme yaklaşımlarının kullanılması önemlidir (7, 9, 24, 25, 26, 27, 28, 29). Ayrıca gestasyonel hipertansiyonlu gebelerin gebelik ve hastalığa uyum sağlaması, hastalığı kontrol etmede ve hastalıkla baş etmede büyük önem taşımaktadır. Hemşire eğitim ve danışmanlık rolleri ile gebelerin kendi bakımlarını üstlenmelerini ve dolayısıyla gebeye hastalığı ile baş etmesine yardımcı olmalıdır. Verilecek planlı eğitimin gebeliğe uyumu arttırmaya yönelik olması, gestasyonel hipertansiyonun

prognozuna olumlu katkı sağlayarak, hem anne hem de bebek açısından daha sağlıklı gebelik sonuçlarına ulaşmamız açısından önemlidir (26, 30, 31).

Gestasyonel hipertansiyonlu gebelere hemşirelik kuramcılarında Callista Roy tarafından geliştirilen Roy Adaptasyon Modeline (RAM) dayalı olarak verilecek eğitim sayesinde gebelerin gebeliklerine ve hastalıklarına uyum düzeylerinin artacağı ve bu durumun anne-bebek sağlığına olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çünkü model insanın uyum (adaptasyon) kavramı üzerine odaklanmıştır. Modele göre insan, sürekli değişen çevresel uyaranlarla etkileşimde bulunan, uyum gösteren bir sistemdir (32).

RAM, insanı etkileyen çevresel uyaranları üçe ayırmaktadır. Bunlar; odak (fokal), etkileyen (kontekstual) ve olası (rezidüel) uyaranlardır. Odak uyaranlar kişinin ilk karşılaştığı uyaranlardır. Etkileyen uyaranlar, odak uyaran üzerinde olumlu ya da olumsuz etkiler yapan uyaranlardır. Olası uyaranlar ise birey üzerinde sürekli etkiye sahip ancak etkisi tam olarak açıklanamayan iç ya da dış faktörlerdir. Birey, bu uyaranlara uyum sağlayabilmek için baş etme mekanizmalarını kullanır (32).

RAM'a göre birey, baş etme mekanizmalarını kullanarak uyaranlara davranışları ile yanıt verir. RAM, oluşan bu davranışların değerlendirilmesi için dört uyum alanı tanımlamıştır. Bunlar; fizyolojik alan, benlik kavramı, karşılıklı bağlılık ve rol fonksiyon alanlarıdır. Fizyolojik alan, sistemin fiziksel olarak bütünlüğünü sürdürmesini amaçlar. Bu alan, oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme ve koruma, duyu, sıvı-elektrolit, nörolojik ve endokrin fonksiyonları içerir. Benlik kavramı alanı ise beden imajı, benlik kavramı gibi ruhsal bütünlük ile ilgili temel gereksinimlerle ilişkilidir. Diğer bir alan ise, rol fonksiyon alanıdır. Bu alan, anne ve baba olma gibi sosyal bütünlükle ilişkili rolleri içerir. Karşılıklı bağlılık alanı ise, bireyler ile ilişki geliştirme, sürdürme davranışlarını ve sosyal desteği içerir (32).

RAM, dört uyum alanındaki davranışsal yanıtları uyumlu (adaptif) veya uyumsuz (adaptif olmayan) olarak sınıflandırır. Uyumsuz davranışlar belirlendikten sonra hemşirelik tanıları oluşturulur ve tanımlara yönelik girişimler planlanır. Burada hemşirenin girişimi, dört uyum alanındaki uyumsuz davranışlara yönelik olarak verilen eğitimidir. Hemşire yaptığı girişimin sonuçlarını izlemek için bireyin davranışlarını yeniden değerlendirir. Eğer birey uyumlu davranışlar geliştirirse hemşirelik girişimi etkili, uyumsuz davranışlar geliştirirse etkisiz

olarak kabul edilir (32). Benzer şekilde hemşire gestasyonel hipertansiyonlu gebelerin RAM'a göre uyumlu ve uyumsuz davranışlarını belirleyerek, hemşirelik tanımlarını oluşturabilir. Bu tanımlara yönelik olarak da hemşirelik girişimini planlayabilir. Bu çalışmadaki hemşirelik girişimi, gestasyonel hipertansiyonlu gebelere RAM'a göre verilen eğitimidir. Bu eğitim optimum fetal-neonatal sağlık sonuçlarına ulaşmamıza yardım edebilir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu, maternal ve neonatal sonuçlara olan etkisini değerlendirmektir.

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirme çabalarının başarısı insanların bilgi, düşünce ve değer yargılarının geliştirilmesi ile mümkündür. Sağlık eğitimi bu değişimde bireylere ve toplumlara sağlık sorunlarını fark ettirir, sorunların çözümleri için alternatifler gösterir ve davranışları istendik yönde değiştirir. Ayrıca amaçları belirler, yeni uygulamaları ve yöntemleri benimseterek değişimlere uyum yeteneklerini artırmaya çalışır. Öte yandan, bireylerin ya da grupların henüz farkında olmadıkları sağlık eğitim ihtiyaçlarını ortaya çıkararak, farkındalık sağlamaya ve potansiyel sağlık riski yaratabilecek konularda çözüm arayışı içinde olma yönünde birey ve grupları yönlendirir (33, 34).

Hasta eğitimi bireyin tanı ve tedavisini anlamasına, kendi bakımına aktif olarak katılmasına, hastalığı ile ilgili güçsüzlük duygularından kurtulmasına yardım eder. Hasta eğitiminde amaç, hastanın davranışlarında ve tutumlarında etkili ve gözlenebilir değişimlere ulaşmaktır. Hasta eğitimi kavramının içinde yer alan aktif sözcüğü, hastanın yaşadığı sürece karar ve uygulamaları ile katılmasını, değişim sözcüğü yeni bilgi ve beceriler kazanmasını, süreç sözcüğü ise mevcut sağlık durumunu nasıl iyileştirmesi gerektiğini öğrenmesine yarayan amaçlı devam eden durumlar ya da eylemler anlamına gelmektedir (33). Bu bilgiler ışığında; gestasyonel hipertansiyonlu gebelerin gebelik ve hastalığa uyum sağlaması, hastalığı kontrol etmesinde ve hastalıkla baş etmesinde oldukça önemlidir. Gebelere yapılan eğitim ile kan basıncı kontrolü sağlanabilir ve hastalığın gestasyonel hipertansiyondan preeklamsi, eklamsi ve HELLP

Sendromu gibi daha ciddi tablolara dönüşmesi engellenebilir. Hemşire eğitimci ve danışman rolleri ile gebelerin kendi bakımlarını üstlenmelerine yardımcı olmalıdır. Çünkü bilgi, gebeye hastalığı ile baş etmesini öğreterek yaşamlarını kontrol etme olanağı verir. Bu da gebeyi kendi bakımını üstlenmesi konusunda motive etmektedir. Verilecek planlı eğitimin gebeliğe uyumu arttırmaya yönelik olması gestasyonel hipertansiyonun antepartum yönetimi, maternal ve neonatal olumsuz sonuçların önlenmesi ve gebeliğin sağlıklı anne ve yenidoğan ile sonuçlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

1.4. HİPOTEZLER

1-Ho: Eğitim ve kontrol grubu arasında gestasyonel hipertansiyonun prognozu bakımından anlamlı bir fark yoktur.

2-Ho: Eğitim ve kontrol grubu arasında “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği-Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (PKDÖ- GK)” puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark yoktur.

3-Ho: Eğitim ve kontrol grubu arasında neonatal sonuçlar bakımından anlamlı bir fark yoktur.

4-Ho: Eğitim ve kontrol grubu arasında maternal sonuçlar bakımından anlamlı bir fark yoktur.

1.5. SINIRLILIKLAR VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Birincisi, gestasyonel hipertansiyonun prognozunu belirleyebilmek için eğitim ve kontrol grubundaki gebelerden haftada bir kez kan basınçlarını aynı yerde, aynı tansiyon aleti ile ve aynı koldan ölçtürmeleri talep edilmiştir. İzlemlerde gestasyonel hipertansiyonun prognozunu belirlemek için bu ölçümlerden en yüksek olan kan basıncı değeri alınmıştır. Kan basıncı ölçümünün güvenilirliği gebelerin getirdiği ölçüm sonuçları ile sınırlıdır. İkincisi, araştırma verilerinin toplandığı hastanede araştırmanın yürütülmesi için ayrılmış özel bir oda bulunmamaktadır. Bu nedenle araştırma verileri ve eğitim grubuna uygulanan eğitimler o saatte uygun olan ve başka amaçla kullanılmayan boş bir odada gerçekleştirilmiştir. Bu odalarda gebenin dikkatini negatif yönde etkileyen çevresel uyaranların (gürültü, girip çıkanların olması, mobilyaların uygunsuzluğu vs.) olması, araştırmanın eğitim standardizasyonunu etkilemiş olabilir.

1.6. TANIMLAR

Gestasyonel Hipertansiyon: Hipertansiyon genellikle 20. Gebelik haftasından sonra ortaya çıkan, sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg, diastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg'nin üzerinde olması durumudur (7, 20, 21, 22).

Uyum: Bireyin kendi içinde ve çevresinde sürekli karşılaştığı değişiklikleri karşılama ve dünyası ile doyumlu bir denge sürdürebilme çabasında kullandığı yöntemler ve süreçler dizisidir (32).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. GEBELİKTE HİPERTANSİF BOZUKLUKLARIN TANIMI

Hipertansiyon gebelik sırasında görülen en yaygın sistemik rahatsızlıktır. Gebelikte hipertansiyonun görüldüğü durumlarda yaygın olarak toksemi terimi kullanılmaktadır (20, 21).

1.7.2. GEBELİKTE HİPERTANSİF BOZUKLUKLARIN SINIFLANDIRILMASI

Gebelikte hipertansiyon iki şekilde ortaya çıkar. Bunlar (20,21);

1.7.2.1. GEBELİĞİN NEDEN OLDUĞU HİPERTANSİYON (PIH)

Gebeliğin neden olduğu hipertansiyon üç şekilde karşımıza çıkar. Bunlar;

Gestasyonel Hipertansiyon: Hipertansiyon genellikle 20. Gebelik haftasından sonra ortaya çıkar. Sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg, diastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg'nin üzerinde olması durumudur (20, 21, 22).

Preeklamsi: Yirminci gebelik haftasından sonra ortaya çıkan gestasyonel hipertansiyona, proteinürininde eklenmesi ile karakterize bir hastalıktır Hafif ve şiddetli preeklamsi olmak üzere iki çeşidi vardır. Hafif preeklamside sistolik kan basıncı 140-159 mmHg, diastolik kan basıncı 90-109 mmHg sınırları arasında ve proteinüri ($\geq 1+$)'dir. Şiddetli preeklamside sistolik kan basıncı ≥ 160 mmHg, diastolik kan basıncı ≥ 110 mmHg ve proteinüri 2 gr/24 saattir (20, 21, 22). Preeklamsi fetal ve maternal morbidite ve mortalitenin en önemli nedenidir (35).

HELLP Sendromu: İnsidans yaklaşık olarak %0,17-0,85'tir (36). HELLP sendromunun sıklığını, yaş, ırk, parite, preeklamsi'nin süresi ve eklamsi varlığı etkilemektedir. Hastalar genelde beyaz, 25 yaşın üzerinde, multipar ve kötü sonuçlanmış gebelik öyküsüne sahiptir (37). Hastalı bulguları kanda hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme ve trombosit sayısında düşmedir (7, 8, 20, 21, 22, 23, 38, 39, 40, 41).

Eklamsi: Preeklamsiye konvüzyonların eşlik etmesi ile eklamsi tablosu ortaya çıkmaktadır (7, 8, 20, 21, 22, 23, 38, 39).

1.7.2.2. KRONİK HİPERTANSİYON

Gebelikten önce mevcuttur, gebelikte şiddetlenerek preeklamsi ve eklamsi tablosunun gelişmesine (superimpoze preeklamsi) yol açar. Gebelik sonlandıktan sonra da devam eder (7, 8, 20, 21, 22, 23, 38, 39).

1.7.3. GEBELİKTE HİPERTANSİYON İNSİDANSI:

Gebelikte kan basıncı yüksekliği dünyadaki gebe kadınların yaklaşık %10'unu etkilemektedir (22).

1.7.4. GEBELİKTE HİPERTANSİYON İNSİDANSINI ARTIRAN RİSK FAKTÖRLERİ

- ✓ Mole gebeliğinde,
- ✓ Yirminci gebelik haftasından sonra,
- ✓ Genç nulliparlarda, 35 yaş ve üzeri gebeliklerde,
- ✓ Uterusun fazla gerilmesine yol açan çoğul gebelik ve polihidroamniozda,
- ✓ Aşırı doğurganlıkta, özellikle dördüncü gebelikten sonra,
- ✓ Diabet, kronik böbrek yetmezliği, kronik hipertansiyonda,
- ✓ Malnütrisyonla dolayısı ile sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda,
- ✓ Güney ülkelerinde ve plesantal fonksiyonlar durduktan, yani fetal ölümden ve doğumdan sonra daha sık olarak görülür (5, 7, 21, 39, 42).

1.7.5. GEBELİKTE HİPERTANSİYON FİZYOPATOLOJİSİ

Gebelikte hipertansiyonda mekanizmanın altında yatan olay kan damarlarındaki spazmdır. Kan damarları spazmda iken, vücut dokularına daha az kan gider. Bu temel problem diğer fizyolojik değişikliklere de neden olur. Bu değişikliklerin ortaya çıkış mekanizması şu şekilde özetlenebilir.

- ✓ Vazospazm, uterus ve diğer vücut dokularına giden kan akımını azaltır.
- ✓ Vasküler yatakta azalan kan volümü renin-angiotensin sistemi etkiler ve kan basıncı yükselir.
- ✓ Kan basıncının yükselmesine bağlı olarak mayi, vasküler bölümden intrasellüler aralığa yer değiştirir.
- ✓ İntravasküler koagülasyon, tüm organlara kan akımını azaltır. Plasenta, uterus ve fetusa olan kan akımı da azalır. Kan akımındaki azalmaya bağlı periferik rezistans artar. Bunları kompanse etmek için kalp daha çok çalışır. Kan akımının azalması ile ortaya çıkan kalbin iş yükündeki artma, kalp yetmezliğine neden olur.
- ✓ Dolaşımda azalan kan, böbrek bütünlüğünü bozar ve proteinin idrara dökülmesine ve oligüriye yol açar.
- ✓ Uterin ve plasental kan akımındaki azalma, intaruterin fetal büyümede gecikmeye, fetal hipoksi ve fetal ölüme neden olabilir.
- ✓ Serebral vazokonstriksiyon serebral ve retinal ödeme, hipoksi ve serebral korteksin irritabilitesine neden olur. Baş ağrısı, görmede bozukluk ve kör nokta gibi serebral belirtiler hastalığın ilerlediğine işaret eder.
- ✓ Reflekslerde artma, intrasellüler sodyum düzeyinin artmasına, potasyum düzeyinin azalmasına bağlı olarak gelişebilir. Serebral hemoraji en büyük ölüm nedenlerinden biridir (5, 7, 39).

1.7.6. GEBELİKTE HİPERTANSİYF BOZUKLUKLARIN BELİRTİLERİ

Gestasyonel Hipertansiyon (20, 21, 22)

- ✓ Sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg
- ✓ Diastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg

Hafif Preeklamsi (20, 21,22)

- ✓ Dinlenmekle geçmeyen ödem
- ✓ Sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg
- ✓ Diastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg Proteinüri ($\geq 1+$)

Ağır Preeklamsi (20, 21, 22)

- ✓ Preeklamsi tanısına aşağıdakilerden birinin eklenmesi
- ✓ Sistolik kan basıncı ≥ 160 mmHg
- ✓ Diastolik kan basıncı ≥ 110 mmHg
- ✓ Proteinüri 2 gr/24 saat
- ✓ Serum kreatin 1.2 mg/dl
- ✓ Trombosit < 100.000
- ✓ LD (hemoliz)
- ✓ ALT (Alanin Aminotransferaz) ve AST (Aspartat Aminotransferaz)
- ✓ Görme bozuklukları
- ✓ şiddetli epigastirik ağrı

HELLP Sendromu (20, 21, 22)

- ✓ Hemoliz, düşük trombosit sayısı ve anormal periferik yayma
- ✓ Artmış karaciğer enzimleri, total bilirübin $\geq 1,2$ gr/dl
- ✓ Laktat dehidrojenaz (LD) 600 Unite/l

Eklamsi (7, 20, 21, 22)

- ✓ Preeklamsi bulgularına konvülsiyonların eklenmesidir

Kronik Hipertansiyon (20, 21, 22)

- ✓ Sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg
- ✓ Diastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg ise hipertansiyon tanısı konur
- ✓ Hipertansiyon;
- ✓ Gebelik belirlenmeden önce vardır
- ✓ 20. gebelik haftasından önce belirlenir
- ✓ Doğum sonu 12 haftaya kadar devam eder

Superimpoze Preeklamsi (7, 8, 20, 21, 22, 38, 39, 43)

- ✓ Kronik hipertansiyonlu kadında aşağıdaki belirtilerden bir ya da birkaçı varsa bu tanı konulur. Bu belirtiler;
- ✓ Proteinüri başlangıcı
- ✓ Yirminci gebelik haftasından önce hipertansiyon ve proteinüri
- ✓ Aniden artmış proteinüri
- ✓ Aniden artmış hipertansiyon (önceden kontrol altındayken)
- ✓ Artmış ALT ve AST düzeyi
- ✓ Trombositopeni

1.7.7. GEBELİKTE HİPERTANSİF BOZUKLUKLARDAN KORUNMA VE KOMPLİKASYONLARINI ÖNLEMeye YÖNELİK KANITA DAYALI YAKLAŞIMLAR

Gebelikte hipertansif bozukluklardan ve komplikasyonlarından korunmaya yönelik olarak üç tane kanita dayalı uygulama rehberinden yararlanılmıştır. Bunlardan ilki, Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)'nın 2008 yılına ait "Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy" başlıklı rehberidir (20). İkincisi ise "The SOMANZ Guideline for Management of Hypertensive Disorders of Pregnancy" olup 2014 yılına ait bir rehberdir (21). Son olarak "WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia" olup Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 2011 yılına ait rehberidir (22). Rehberlerin gebelikte hipertansif bozukluklardan ve komplikasyonlarından korunmaya yönelik olarak önerdiği yaklaşımlar şu şekildedir;

1.7.7.1. ANTENATAL BAKIM VE TEDAVİ

Dinlenme: Gebelikte hipertansif bozukluklarda ve preeklamside evde dinlenme ve kesin yatak istirahati birincil müdahale olarak önerilmektedir (22). Diğer bir kanita dayalı uygulama rehberinde gestasyonel hipertansiyonu olan gebelerde sınırlandırılmamış aktivite ile karşılaştırıldığında gün içinde dinlenme periyodlarının oluşturulmasının yararlı olabileceği vurgulanmaktadır (20).

Tuz Kısıtlaması: Her iki rehberde de gebelikte hipertansif bozukluğu olan gebelere kanita dayalı uygulamalar doğrultusunda tuz kısıtlaması önerilmektedir (20, 21, 22).

Kalsiyum Takviyesi: Preeklamsiyi önlemeye yönelik (özellikle eklamsi riski yüksek olanlarda) olarak kalsiyum alımının düşük olduğu bölgelerde günde 1.5-2.0 gr elementel kalsiyum önerilmektedir (20, 21, 22).

Vitamin Takviyesi: Gebelikte hipertansif bozukluğu olan gebelere hastalığın komplikasyonlarını önlemeye yönelik olarak D, C ve E vitamini takviyesi önerilmektedir (22).

Kilo Kontrolü: Gebelikte hipertansif bozukluklarda kilo kontrolünün sağlanması hastalığın prognozu üzerinde olumlu katkı sağlamaktadır (20, 21, 22).

Trombosit Kullanımı: Preeklamsi gelişme riski yüksek olan gestasyonel hipertansiyonlu gebelerde düşük doz asetilsalisilik asite (aspirin, 75 mg/gün) gebeliğin herhangi bir haftasında başlanması uygun olacağı belirtilmektedir (20, 21, 22). Ayrıca WHO'nun rehberinde düşük doz aspirinin (75 mg/gün) 20. gebelik haftasından önce preeklamsi gelişimini ve komplikasyonlarını önlemeye yönelik olarak başlanması gerektiği önerilmektedir (22).

Antihipertansif İlaç Kullanımı: Ciddi olmayan hipertansiyonda (kan basıncı 140-159/90-109 mmHg olanlar) ek hastalığı bulunmayan gebelerde kan basıncını 130-155 mmHg sistolik, 80-105 mmHg diastolik arasında tutmak için antihipertansif ilaç kullanılması önerilememekle birlikte, ek hastalığı bulunan gebeler için kan basıncını 130-139 mmHg, 80-89 mmHg diastolik arasında tutmak için antihipertansif ilaç kullanılması önerilmektedir (20).

Ciddi hipertansiyonu (kan basıncı sistolik ≥ 160 mmHg yada ≥ 110 mmHg diastolik) olan gebeler antihipertansif ilaçlarla tedavi edilmelidir ve kan basıncı sistolik <160 mmHg ve diastolik <110 mmHg altında tutulmalıdır (20, 21, 22).

Antihipertansif ilaç seçimi ile ilgili olarak JOGC'un rehberi önerilerde bulunurken (ilk seçim labetalol olmalıdır gibi), WHO'nun rehberi ilaç seçimini hekim insiyatifine bırakmıştır (maliyet vs. değerlendirilmeli) (20, 21, 22).

Ayrıca preeklamsi ve komplikasyonlarını önlemek için diüretiklerde önerilen ilaçlar arasında yer almaktadır (düşük kaliteli kanıt, güçlü öneri) (22).

Eklamsinin Önlenmesinde ve Tedavisinde Magnezyum Sülfat Kullanımı: Ciddi preeklamsili gebelerde eklamsiyi, eklamsili gebelerde konvüzyonları önlemek için diğer antikonvülsiflere göre ilk olarak önerilen ilaçtır (22).

Kortikosteroid Kullanımı: Preeklamsili gebelerde 34. gebelik haftasından önce antenatal kortikosteroid tüm gebelere önerilirken (20), gestasyonel hipertansiyonlu gebelerde ise durum değerlendirilmesi yapılarak uygulanması önerilmektedir (22). Diğer yandan HELLP Sendromunun tedavisinde kortikosteroid öncelikli olarak önerilmemektedir (22).

1.7.7.2. DOĞUMDA BAKIM VE TEDAVİ

- ✓ Ciddi preeklamside preterm yenidoğanlar için <34. gebelik haftasından önce doğum düşünülebilir.
- ✓ Ciddi olmayan preeklamside 34-36. haftalar arasında kar zarar oranı düşünülerek doğum yaptırılması konusunda yeterli kanıt yoktur (20).
- ✓ Ciddi ve ciddi olmayan hipertansiyonda $37 \leq$ gebelik haftasından sonra hemen doğum düşünülmelidir (20, 21, 22).
- ✓ Gebelikte hipertansif bozukluklarda sezaryen endikasyonu yoksa normal doğum düşünülmelidir (20). Vajinal doğum düşünüldüğü halde serviksin olgunlaşmadığı durumlarda serviksin olgunlaştırılması (indüksiyon) vajinal doğum şansını artırabilir (20, 22).
- ✓ Doğum eylemi boyunca antihipertansif tedavi devam etmelidir (kan basıncı <160 mmHg sistolik ve <110mmHg diastolik tutulması için).
- ✓ Özellikle trombositopeni ya da koagülopati varlığında 5 ya da 10 ünite oksitosin IM olarak doğumun üçüncü evresinde yapılmalıdır.
- ✓ Tüm hipertansif bozukluğu olan gebeler doğum odasına alındıktan sonra trombosit sayımı yapılmalı, preeklamside pulmoner ödemini önlemek için intravenöz sıvı ve oral sıvı alımı minimize edilmelidir (20, 21).
- ✓ Kontraendikasyon yoksa erken dönem epidural kateter uygulama ağrı kontrolü için önerilmektedir.

1.7.7.3. DOĞUM SONRASI BAKIM VE TEDAVİ

- ✓ Postpartum dönemde günde 3 ile 6 defa kan basıncı ölçülmelidir.
- ✓ Preterm doğum yapanlarda ve ciddi preeklamsili gebelerde antihipertansif tedaviye tekrar başlanabilir.
- ✓ Kan basıncının sistolik <160mmHg ve <110 mmHg diastolik tutabilmek için ciddi postpartum hipertansiyonda antihipertansif tedavi önerilmektedir.
- ✓ Ek hastalığı olan ciddi olmayan hipertansiyonda antihipertansif tedavi uygulanabilir.
- ✓ Sezaryandan sonra ya da yatak istirahatinin dört günden uzun sürdüğü zamanlarda preeklamsili gebelerde postpartum tromboprofilaksi yapılabilir (20, 21, 22).

1.7.8. HEMŞİRELİKTE MODEL KULLANIMI

Bir hemşirelik modeli, hemşireliğin önemli kavramları arasındaki ilişkilerin nasıl gösterildiğini açıklamaktadır. Hemşirelik modelleri, hemşirelerin insan, çevre, sağlık ve hastalık kavramlarını nasıl tanımladığını gösterir. Modeller, hemşirelik bakımını verme ve sonuçlarını tahmin etmedeki yaklaşımları sistematik olarak açıklamada kullanılırlar. Bütün hemşirelik uygulamaları gerçekte kavramsal modellere bağlıdır (26, 44, 45).

Kavramsal hemşirelik modelleri hemşirelik aktivitelerinin organizasyonu için bir yol sağlar ve hemşirelik uygulamaları için kavramsal bir çatı oluşturur. Her model hemşirelik sürecinin uygulanması için temel bilgi ya da önermeler sağlar. Modeller hemşirenin toplayacağı verilerin tipini, tanıların nasıl konulacağını, hangi girişimlerin seçileceğini ve sonuçların nasıl değerlendirileceğini tanımlar. Hemşirelik bakımında modellerin kullanılması, hasta bakımının kalitesini yükseltir. Modeller hemşireler arasında paylaşımı ve iletişimi artırır, sistematik ve tutarlı bir hemşirelik yaklaşımı sağlar (26, 44, 45, 46).

1.7.9. SISTER CALISTA ROY'UN ADAPTASYON / UYUM MODELİ

Sister Calista Roy tarafından tanımlanan hemşirelik uyum modeli 1970 yılında uygulamaya konulmuştur. Model son olarak 1986 yılında hemşirelik uygulamalarına rehber oluşturulacak şekilde yeniden kavramsallaştırılmıştır (32).

1.7.9.1. Modeldeki Temel Kavramlar ve Tanımlar (3, 26, 32, 44)

RAM beş temel kavramdan oluşmaktadır. Bunlar;

- ✓ İnsan
- ✓ Çevre
- ✓ Sağlık
- ✓ Hemşirelik Hedefleri
- ✓ Hemşirelik Girişimleridir

İnsan: Model insan kavramı üzerine kurulmuş ve insan değişen çevresiyle sürekli etkileşim içinde olan biyopsikososyal bir varlık olarak ele alınmıştır. RAM bireyi, uyarılara sürekli adapte olan adaptif bir sistem olarak tanımlamaktadır. Aynı zamanda modelde birey hemşirelik bakımı alıcısı olarak tanımlanmaktadır. Bakım verilen birey, aile, grup ya da toplum olabilir. Modelde birey, hem iç hem

de dış uyarılara cevap veren açık bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Uyarılara pozitif cevaplar uyum, negatif cevaplar ise uyumsuzluk olarak tanımlanır. Hemşirelik girişimlerinin amacı pozitif ve etkili uyumu geliştirmektir (3, 26, 32, 44, 46, 47, 48, 49).

Çevre: Model bireyin çevresiyle sürekli etkileşim halinde olduğunu savunmaktadır. Birey çevresinde olup biten her şeyden etkilenirken aynı zamanda kendisi de çevresini etkilemektedir. Birey sürekli olarak içinde bulunduğu ortama fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden uyum yapmaya çalışır. RAM iç ve dış değişikliklere üst düzeyde uyum sağlama yeteneğine bireyin doğuştan sahip olduğunu, ancak bu uyum sağlama yeteneğinin sınırlı olduğunu savunmaktadır. Fakat doğuştan gelen bu yeteneğin geliştirilebileceğine de inanmaktadır. Çünkü bu sınırlılıkların nedenleri; bireyin yaşadığı deneyimler ve olayları algılama şeklidir (3, 26, 32, 44, 46, 48).

Modelde hem iç hem de dış faktörler uyarıcı olarak tanımlanmaktadır. Bireyin iç ve dış uyarılara uyum yapabilmesinde çevresel değişimlerin derecesi ve bireyin baş edebilme durumu oldukça önemlidir. Modelde uyarıcılar üç grupta incelenmektedir. Bunlar (3, 26, 32, 44, 46, 48);

Fokal uyarıcılar; Bireyin hemen cevap verdiği, aynı zamanda uyum tepkisine doğrudan neden olan iç ve dış uyarıcılardır. Diğer bir deyişle bireyin dikkatini çeken nesne ya da olaylardır. Fokal uyarıcılar bireyin en çok dikkatini çeken olgulardır (3, 44, 46, 49).

Kontekstüel uyarıcılar; Davranışın doğrudan nedeni olmayan ancak davranışa etki eden diğer tüm uyarıcılardır. Bireyin iç ve dış çevresinden gelen, olayı etkileyebilen ve ölçülebilen uyarıcılardır. Aynı zamanda bireyin enerji ve dikkat sistemlerini harekete geçiren veya geçirmeyen tüm çevresel uyarıcıları içermektedir (3, 44, 46, 49).

Rezidüel uyarıcılar; Fokal uyarıcı üzerinde etkisi olabilen fakat objektif olarak ölçülemeyen çevresel uyarıcılardır. Aslında bu uyarıcılar davranışı etkilemesine rağmen, değerlendirmede etkisi dikkate alınmayan uyarıcılardır. Dikkate alınmama nedeni kişinin bu faktörlerin farkında olmaması ya da faktörün gözlenebilir bir etkiye sahip olduğunun belirli olmasıdır. Bu uyarıcılar; inançlar, davranışlar ve kişisel deneyimlerdir. Residüel uyarıcı tanımlandığı zaman fokal ya da kontekstüel uyarıcı olarak tanımlanmaktadır (3, 44, 46, 49).

Birey uyarılara baş etme sistemleri ile yanıt verir. Baş etme sistemleri, bireyin çevreyi değiştirmek veya değişen çevreye yanıt verebilmek için geliştirdiği regülatör ve kognatör baş etme sistemleri olarak iki şekilde karşımıza çıkmaktadır (3, 44, 46, 49).

Regülatör alt sistem; genettir. Birey tarafından düşünülmeden, bireyin uyarılarla karşılaşmasından sonra otomatik olarak devreye giren sistemdir. İç ve dış uyarıların bütünüdür. Regülatör sistemin taşıyıcıları, sinirsel, hormonal ya da kimyasal kaynaklı olabilir. Bunlar otomatik olarak harekete geçen vücudu korumaya yönelik reflekslerdir (3, 26, 44, 49).

Kognatör alt sistem; bilgi, karar verme, duygusal, algısal işlevlerin sonucudur. İç ve dış kaynaklı bir uyarı ile harekete geçer. Öğrenme, deneme, taklit etme, problem çözme ve karar verme süreci ile ilgilidir. Bireyin bütünlüğünün sağlanmasında regülatör ve kognatör sistemler birlikte hareket ederler. Regülatör ve kognatör süreç sonunda dört ilgili alanda cevap oluşur. Bunlar, fizyolojik fonksiyonlar, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı dayanışma uyum alanlarıdır (3, 26, 44, 49).

Fizyolojik fonksiyonlar kişinin fiziksel sağlığını ifade eder, vücuttaki fiziksel ve kimyasal aktiviteleri açıklar. Fizyolojik alandaki davranışlar, hücre, doku, organ ve sistemlerin fizyolojik aktiviteleridir. Fizyolojik model bireyin fiziksel bütünlüğünün yönetimini içermektedir. Fiziksel bütünlüğün sürdürülmesi için bilinmesi gereken sekiz temel fizyolojik gereksinim belirlenmiştir. Bunlar, yeterli oksijen sağlanması, yeterli beslenme, boşaltım, dinlenme ve aktiviteleri, korunma, duyular, nörolojik fonksiyon, endokrin fonksiyon (3, 26, 44, 46, 48, 49).

Benlik kavramı, bireyin psikolojik bütünlüğü ve bunun bir iç gereksinim olduğunu gösterir. Bireyin duygusal sağlığı ifade eder. Benlik kavramı alanı ruhsal ve spiritüel bütünlüğü ele alarak bireyin inançlarını, duygularını, kendi iç algısını ve diğer kişilerin kendisine yönelik algılarını içerir. Benlik kavramı, fiziksel benlik ve kişisel benlik olarak iki bölüme ayrılır (3, 26, 44, 46, 49).

Fiziksel benlik bireyin fiziksel olarak kendisini nasıl gördüğü ve hissettiği, kişisel özellikleri, cinsellik algısı, sağlık ve hastalık durumunu simgelemektedir. Fiziksel benlik kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. Bunlar, beden imajı ve bedene yönelik duygulardır. Beden imajı bireyin fiziksel olarak kendini nasıl gördüğünü, bireyin kendine yönelik farkındalığını ve bakımını göstermektedir. Bedene yönelik duygular ise bireyin fiziksel olarak bedeniyle ilgili duyguların ifade eder,

bedenin duruşu ve cinselliği gibi konulardaki bireyin kendi duygularını yansıtmaktadır (3, 26, 44, 46, 48).

Kişisel benlik bireylerin beklentileri, değerleri, sahip olduğu özellikleri, özgüveni, idealleri ve ahlaki-etik-spirütüel değerleri içerir. Kişisel benlik üç alandan oluşur. Bunlar;

Öz tutarlılık (self-consistency); Bireyin kendisi hakkındaki fikirlerinin yer aldığı alandır.

Öz amaç (self ideal); Bireyin yapmak istediklerini veya yapabileceklerini gösteren bir alandır.

Ahlak-etik-spiritüel benlik; Bireyin inanç ve değerler sisteminin yer aldığı alandır (3, 26, 48).

Rol fonksiyonu, bireyin bireyin toplumdaki pozisyonuna bağlı bireysel rollerini yerine getirebilme durumunu ifade eder. Rol bireyin davranışlarının toplum tarafından tanımlanması anlamına gelmektedir. Her bireyin toplumda birden fazla rolü vardır. Örneğin gestasyonel hipertansiyonlu gebelerin eş, gebe, hasta rollerinin olması gibi. Bireyin sosyal bütünlüğünü sürdürmek için çevresinde diğer kişilerin olması, onlarla ilişkide bulunması gerekir. Bunlarda eksiklik olduğunda ve rol fonksiyonuna ilişkin uyum sistemleri aktive olur (3, 32, 44, 46, 48, 49).

Rol fonksiyon alanı yediye ayrılır. Bunlar (3, 26, 32, 44);

- ✓ Primer Rol: Yaş, cinsiyet ya da gelişimsel döneme dayalı rollerdir.
- ✓ Sekonder Rol: Primer rol ve gelişimsel süreçle ilgili görevleri içerir (anne olma).
- ✓ Tersiyer Rol: Birey tarafından seçilen, gelişimsel süreçte çok az yeri olan rollerdir.
- ✓ Yararlı Davranış: Amaca uygun davranıştır. Rol bireyin performansını harekete geçirir.
- ✓ Anlamli Davranış: Rolün performansı hakkında bireyin duygu ve tutumlarıdır.
- ✓ Rol Alma: Bir başka kişinin rolünü almaktır.
- ✓ Roller Entegre Etme: Farklı rolleri yönetme sürecidir.

Karşılıklı dayanışma, bireyin sosyal rollerini ve sosyal bütünlüğünü ifade eder. Karşılıklı dayanışma bireylerin çevresindeki kişilerle sevgi, saygı ve değerleri çerçevesinde etkileşimine odaklanır. Karşılıklı dayanışma başkalarına

bağımlılık ile bağımsızlık arasındaki dengedir. Bağımlılık, bakım ve destek için başkalarına ihtiyacı duyma olarak tanımlanır. Bireylerin yaşamlarındaki en önemli bireylerle ve destek sistemleriyle etkileşimleri değerlendirilir (3, 32, 44, 48, 49).

Sağlık: RAM'a göre sağlık, bireyin değişikliklere sürekli olarak uyumu, fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü devam ettirmesidir. Adaptif sistem olan insan için sağlık, bu etkileşime bir yanıt, uyumdur. Bireyin sağlığını sürdürmesi, uyarılara pozitif uyum yapmak için yeterli enerji ve kabiliyete sahip olmasına bağlıdır. Uyumlu yanıtlar bireyin bütünlüğünü geliştirmeye yöneliktir. Sağlık, insan varlığının amacıdır. RAM sağlığı, bir süreç, bir durum, bütünlüğün sağlanması olarak tanımlar. Bütünlüğün sağlanmasında sorun ise sağlığın bozulması, hastalık olarak tanımlanır. Hastalık, uyarıların bireysel uyum alanının dışında kalması, enerjisinin yetersiz olması ya da uyarının çok büyük olması ile ilgilidir (3, 32, 44, 48).

Hemşirelik Hedefleri: Modeldeki hemşirelik hedefleri, sağlık ve hastalık sırasında dört uyum alanına yönelik olarak (fiziksel fonksiyonlarda, benlik kavramında, rol fonksiyonunda ve karşılıklı dayanışma) meydana gelen değişikliklere karşı bireyin uyum yapmasına yardımcı olmaktır. Bunun için hemşire hangi gereksinimlerin probleme neden olduğunu ve hastanın duruma nasıl uyum sağlayabileceğini araştırmalı ve soruna yönelik olarak çözüm yolları üretmelidir. Burada hemşirelik hedefleri, dört uyum alanının her birinde uyumu geliştirmektir. Hemşirelik girişimleri fokal, kontekstual ve rezidüel uyarıların etkisini azaltmak ya da ortadan kaldırmaya yönelik olmalıdır (3, 32, 44, 46, 48).

Hemşirelik Girişimleri: Fokal, kontekstual ve rezidüel uyarıların en az birinde bireyin uyum sorunu gözleendiğinde hemşirelik müdahalesi gereklidir. Uygun şekilde hemşirelik müdahalesi ile bireyin dört uyum alanına yönelik uyum tepkisinin korunması ve sürdürülmesi sağlanır. Hemşire bu uyum mekanizmalarının birinde ya da ikisinde başarısızlık gözleendiğinde hastanın uyum yapmasını sağlayacak hemşirelik girişimlerini uygular (3, 26, 44).

RAM'a göre, hemşirelik girişimleri fokal, kontekstual ve rezidüel uyarıların etkisini azaltmak ya da ortadan kaldırmak amacıyla planlanır ve hemşirelik süreci

yoluyla girişimler uygulanır ve değerlendirilir. Ortadan kaldırılamayan sorunlu uyaranlarda ise hemşirelik girişimleri uyarının etkisini azaltmaya yönelik olmalıdır. Bu da kişiye verilecek eğitim ile sağlanabilir (3, 26, 44).

1.7.9.2. Roy'un Adaptasyon Modelinde Hemşirelik Süreci

Roy adaptasyon modelinde hemşirelik süreci altı aşamadan oluşmaktadır. Bunlar (3, 32, 46);

- ✓ Davranışların değerlendirilmesi
- ✓ Uyarıların değerlendirilmesi
- ✓ Hemşirelik tanılarının oluşturulması
- ✓ Amaçların oluşturulması
- ✓ Hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması
- ✓ Değerlendirme

Davranışların Değerlendirilmesi: Problem çözmeye dayalı hemşirelik sürecinin birinci basamağı veri toplama aşamasıdır. RAM'in birinci basamağında da bireyin davranışlarının değerlendirilmesi yer almaktadır. Bu basamakta hemşire bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğünün tehdit altında olduğu durumlarda görülen belirtileri gözlemler. Örneğin; bu modele göre gestasyonel hipertansiyonlu gebelerin hastalıklarına uyumunu belirlemek için, fiziksel gereksinimleri, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı dayanışma uyum alanlarına göre davranışlar değerlendirilir (3, 32, 44, 46, 48).

Uyarıların Değerlendirilmesi: Bu basamak bireyin davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesini kapsar. Bu aşamada fokal, kontekstual ve rezidüel uyaranlar değerlendirilir ve sorun olan uyum alanı belirlenir (3, 26, 44, 48).

Hemşirelik Tanıları: İki aşamalı değerlendirme sürecinden sonra hemşirelik tanıları geliştirilir. Hemşirelik tanıları davranışlar ve davranışları etkileyen uyaranlarla ilgilidir. RAM'a göre hemşirelik tanılarının oluşturulması, bireyin uyum durumunun değerlendirilmesidir. Gözlenen davranışlar ve bunları etkileyen uyaranlar hemşirelik tanılarını oluşturur (3, 32, 44, 46, 48).

Hedeflerin Oluşturulması: Genelde hemşireliğin hedefi, uyumsuz davranışlarının geliştirilmesi ve uyumun davranışa donuşturulmesidir. Hedeflerin oluşturulması uyum sağlayan davranışların neler olduğunu içermektedir. Ulaşılmak istenen hedefler ne kadar sürede hangi davranışsal değişikliklerin beklendiğini içermelidir (26, 48). Örneğin; gestasyonel hipertansiyonun, etkisiz davranışlarını yok etmeye ve uyumlarını artırmaya yönelik hedefler oluşturulur. Hedefler gebenin bireysel gereksinimlerine yönelik olmalıdır (3, 26, 44).

Hemşirelik Girişimleri: Planlanan hedeflere ulaşmak için hangi girişimlerin kullanılacağının belirlendiği aşamadır. Bireyin davranışlarını değiştirmeye yönelik olarak, uygun girişimlerin geliştirilmesini ve uygulanmasını içerir. Örneğin; gestasyonel hipertansiyonlu gebelerin davranışlarını etkileyen uyaranları değiştirmeye ya da ortadan kaldırmaya yönelik hemşirelik girişimleri planlanır ve uygulanır (3, 32, 44, 46, 48).

Değerlendirme: Modelin hemşirelik sürecinin son aşamasıdır. Hemşirelik sürecinin sonunda hemşirelik girişimlerinin etkinliği değerlendirilir. Bireyin, fiziksel, psikolojik ve sosyal butnlune yönelik gereksinimlerin karşılanmasındaki uyum düzeyine bakılır. Girişimlerin etkinliğini değerlendirme, belirlenen sorunların ozumnde girişimlerin etkili olup olmadığını belirleme aşamasıdır. Girişim sonrası gözlenen davranışlar girişim öncesi gözlenen davranışlarla karşılaştırılır. Eğer beklenen sonuçlara ulaşılamamış ise hedefler ve girişimler tekrar düzenlenir (3, 26, 44, 48).

BÖLÜM II

GEREÇ YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, gestasyonel hipertansiyonlu gebelere RAM'a göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu, maternal ve neonatal sonuçlara olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış, ön test-son test kontrol gruplu, yarı deneysel bir çalışmadır (50). Araştırmada RAM'a göre eğitim alanlar "eğitim grubu", almayanlar "kontrol grubu" olarak kabul edilmiş ve iki grup karşılaştırılmıştır.

2.2. KULLANILAN ARAÇLAR

Araştırma verilerinin toplanmasında tansiyon aleti, baskül, metre ve tartı kullanılmıştır.

Tansiyon aleti: Kan basıncı ölçme aracı olan tansiyon aleti gebenin kan basıncını ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

Baskül: Gebelerin vücut ağırlıklarını ölçmek için kullanılmıştır.

Metre: Bebeğin baş çevresini ve boyunu ölçmek için kullanılmıştır.

Tartı: Bebeğin kilosunu ölçmek için kullanılmıştır.

2.3. KULLANILAN GEREÇLER

Araştırmanın verilerinin toplanmasında;

- ✓ Araştırmacı tarafından oluşturulan ve gestasyonel hipertansiyonlu gebelerin sosyo-demografik bilgilerini içeren Tanıtıcı Bilgi Formu (EK I)
- ✓ Gestasyonel hipertansiyonlu gebelerin gebeliğe uyumunu değerlendirmeye yönelik Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (EK II)
- ✓ Gestasyonel hipertansiyonlu gebelerin eğitim gereksinimlerini, davranışlarını ve uyarınlarını belirlemeye yönelik RAM'a Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK III)
- ✓ Gestasyonel hipertansiyonlu gebelerde hastalığın prognozunu belirlemeye yönelik Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu (EK IV)

Haftalık Kan Basıncı Takip Formu (EK IV-I)

✓ Gestasyonel hipertansiyonlu gebelerin maternal ve neonatal sonuçlarını değerlendirmeye yönelik Maternal ve Neonatal Sonuçları Değerlendirme Formu (EKV)

Bebeklerin Bazı Antropometrik Ölçümler Formu (EK V-I)

✓ Eğitim grubuna uygulanan eğitimlerde kullanılmak üzere hazırlanmış olan RAM'a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı (EK VI)

✓ RAM'a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı'nın içerik geçerliği açısından değerlendirilmesinde kullanılan Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Formu (EK VII)

2.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK I)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen tanıtıcı bilgi formu gebelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, gebelik haftası, eğitim durumu, eş eğitim durumu, herhangi bir işte çalışma durumu, mesleği, eş mesleği, sosyal güvence durumu, gelir durumu) ve obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, küretaj sayısı, ölü doğum sayısı, şu anki gebeliğinin planlı olup olmadığı, şu ana kadarki doğum/doğumlarını hangi yöntemle yaptığı, gebelikten önceki kilosu, şu andaki kilosu ve boyu, şu anki gebeliğinin başından beri herhangi bir rahatsızlık yaşayıp yaşamadığı, yaşadıysa rahatsızlığın ne olduğu) içermektedir (51, 52, 53).

2.3.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (EK II)

Ölçek, 1979'da Lederman ve arkadaşları tarafından prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe ve annelik rolüne uyumunu değerlendirmek üzere geliştirilen 79 maddeden oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir (1=çok fazla tanımlıyor, 2=kısmen tanımlıyor, 3=biraz tanımlıyor, 4=hiç tanımlamıyor) (54). Ölçekte 47 madde ters yönlüdür ve bu maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılır. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçek, kendi ve bebeğinin iyi olması, gebeliğin kabulü, annelik rolünün tanımlanması, doğuma hazırlık, yardım/kontrol (doğumda yardım almama ve kontrol kaybı korkusu), eş ile ilişkiler ve anne ile ilişkiler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 316 ve en düşük puan 79'dur (54). Ölçekten alınan puan düştükçe annenin

gebeliğe ve annelik rolüne uyumunun iyi olduğunu gösterir. İsveçte yapılmış araştırmalarda ölçeğin iç tutarlık katsayısı gebelikte 0.72-0.87 bulunmuştur (55, 56).

Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik araştırması 2008 yılında Taşçı ve Mete tarafından yapılmış ve iç tutarlık katsayısı 0.81 ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak bildirilmiştir. Bu araştırmada ölçeğin yalnızca “gebeliğin kabulü” alt ölçeği kullanılmıştır. Ülkemizde yapılan geçerlik güvenilirlik araştırmasında gebeliğin kabulü alt ölçeğinin iç tutarlık katsayısı 0.80 olarak bildirilmiştir (57). Gebeliğin kabulü alt ölçeği 1, 3, 9, 22, 32, 58, 61, 62, 66, 69, 74, 76, 77, 79 olmak üzere 14 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınacak en yüksek puan 56, en düşük puan ise 14’tür. Bu alt ölçekten alınan puan azaldıkça gebeliğin kabulü artmaktadır. Bu alt ölçek bu araştırmada gebelerin gebeliklerini kabul etme düzeylerini belirlemek ve gebeliğe uyumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Gebeliğin kabulü alt ölçeğinin toplam uygulama süresi 3-5 dk’dır (51, 57).

2.3.3. RAM’a Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK III)

Bu form araştırmacı tarafından gestasyonel hipertansiyon literatürü doğrultusunda RAM’ne dayalı olarak hazırlanmıştır (7, 8, 20, 21, 22, 23, 38, 39, 40). RAM’de yer alan dört uyum alanındaki (fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu, karşılıklı bağlılık) uyumsuz davranışları belirlemeye yönelik soruları içermektedir. Benlik kavramı alanındaki sorular oluşturulurken PKDÖ-GK bölümünden yararlanılmıştır (32, 51, 54, 58).

2.3.4. Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu (EK IV)

Gestasyonel hipertansiyonlu gebelerde RAM’ne dayalı olarak verilen eğitimin hastalığın prognozu üzerindeki etkinliğini değerlendirmek için araştırmacı tarafından geliştirilmiş bir formdur. Formda gestasyonel hipertansiyonlu gebelerde hafif preeklamsi, ağır preeklamsi, eklamsi ve HELLP Sendromu gelişme durumu değerlendirilmiştir (7, 20, 43). Değerlendirmede her bir hastalığın belirti ve bulgularının varlığı sorgulanmıştır. Her bir hastalık için bir ve birden fazla belirti ve bulgunun olması durumunda hastalık var olarak kabul edilmiştir.

Haftalık Kan Basıncı Takip Formu (EK IV-I)

Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formundaki kan basınçlarını objektif olarak değerlendirebilmek ve takip edebilmek için araştırmacı tarafından geliştirilmiş bir formdur. Gebelerin haftada bir olarak kan basınçlarını aynı yerde, aynı tansiyon aleti ile ve aynı koldan ölçtükleri değerler bu forma işlenmiştir.

2.3.5. Maternal ve Neonatal Sonuçları Değerlendirme Formu (EK V)

Bu form ilgili literatüre dayalı olarak maternal ve neonatal sonuçların değerlendirilebilmesi için araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (5, 7, 20, 43, 52). Bu form prezantasyon pozisyon bozukluğu, intrauterin gelişme geriliği, konjenital malformasyon, neonatal mortalite, respiratuar distres sendromu, neonatal enfeksiyon, neonatal hipoglisemi, neonatal hiperbilirubinemi, bebeğin yoğun bakıma alınma durumu, maternal mortalite, ablasyo plesanta gelişme durumu, maternal enfeksiyon gibi maternal ve neonatal sonuçların varlığının işaretlendiği bir checklist ve doğumun gerçekleştiği gestasyonel hafta, birinci ve beşinci dakika apkar skoru, maternal kan basıncı, annenin ve bebeğin hastanede kalma süresi gibi ölçümlerin yazıldığı bir çizelgeden oluşmaktadır. Bu bilgiler gebe ve bebek dosyasından ya da araştırmacı tarafından ölçüm yoluyla elde edilmiştir.

Bebeklerin Bazı Antropometrik Ölçümler Formu (EK V-I)

Bu form, eğitim ve kontrol grubundaki gebelerin bebeklerinde intrauterin gelişme geriliği (IUGG) olup olmadığını değerlendirmek için geliştirilmiş olup, bebeklerin baş çevresi, boy ve kilo ölçümlerinin yazıldığı bir çizelgedir. Bu ölçümler bebek dosyalarından ya da araştırmacı tarafından ölçülerek elde edilmiştir.

2.3.6. RAM'a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı (EK VI)

Eğitim kitapçığı araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda RAM'ın dört uyum alanını kapsayacak şekilde hazırlanmıştır (32). Eğitim kitapçığında ilk olarak fizyolojik uyum alanını yönelik olarak, gebeliğin oluşumu, gebelikte vücuttaki fizyolojik değişiklikler, gebelikte ortaya çıkan hipertansif bozukluklar, gebelikte günlük yaşam aktiviteleri ve gestasyonel hipertansiyonun gebelik üzerine etkileri anlatılmıştır (5, 7, 8, 20, 21, 22, 26, 32, 39). İkinci olarak ise

benlik kavramı uyum alanına yönelik olarak, gebelik ve gestasyonel hipertansiyonun benlik kavramı üzerine etkileri başlıklı konu yer almaktadır. Üçüncü olarak rol fonksiyonu uyum alanını kapsayan, gebelik ve gestasyonel hipertansiyonun gebenin rol fonksiyonu üzerine etkileri başlıklı konu yer almaktadır. Son olarak ise karşılıklı bağlılık uyum alanını kapsayan konular yer almaktadır. Bu konular, gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda gebe için anlamlı kişiler ve destek sistemlerinin önemidir (5, 7, 8, 20, 22, 26, 32, 38, 39, 46, 48).

2.3.7. Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Formu (EK VII)

Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Formu eğitim sırasında kullanılan eğitim kitapçığını değerlendirmek amacıyla Top (2012) tarafından geliştirilmiş bir formdur (59). Eğitim kitapçığının içerik geçerliği açısından değerlendirilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Adnan Menderes Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ve Ebelik Bölümünde görev alan sekiz öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır. Uzmanlardan eğitim kitapçığının kurgusal, içerik, Türkçe anlatımı ve görsellik ile ilgili özelliklerin değerlendirildiği 14 sorudan oluşan bu formu derecelendirerek doldurmaları istenmiştir. Formun puanlanmasındaki görüşler; fikrim yok 0, gereksiz 1, hiç katılmıyorum 2, az katılıyorum 3, orta derecede katılıyorum 4, çok katılıyorum 5 puan şeklindedir.

Tablo 1. Uzmanların Eğitim Kitapçığına Verdiği Puanların Ortalama, Standart Sapma ve Min-Max Değerleri

Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Formu	Ort*	Sd**	Min	Max
Kurgusal Özellikler				
1-Alt başlıklar mantıklı bir biçimde düzenlenmiş	5.00	0.00	5.00	5.00
2-Bölümler arasında uyum bulunmakta	4.80	0.42	4.00	5.00
3-Genel olarak okuyucunun anlayabileceği biçimde yazılmış	4.60	0.52	4.00	5.00
İçerik İle İlgili Özellikler				
4-Verilen bilgilerin kapsamı yeterli	4.60	0.52	4.00	5.00
5-Verilen bilgiler aydınlatıcı ve kullanılabilir	4.80	0.42	4.00	5.00
6-Kaynakları güncel ve konu ile ilgili	4.50	0.53	4.00	5.00
Türkçe Anlatımı İle İlgili Özellikler				
7-Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor	4.70	0.48	4.05	5.00
8-Gereksiz tekrarlar yok	4.70	0.48	4.05	5.00
9-Gereksiz ayrıntılar yok	5.00	0.00	5.00	5.00
10-Anlamayı güçleştiren sözcükler yok	4.80	0.42	4.00	5.00
11-Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış	4.80	0.42	4.00	5.00
Görsellik İle İlgili Özellikler				
12- Metnin diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkıyor	4.80	0.42	4.00	5.00
13- Yanlış yazılmış sözcükler yok	4.70	0.48	4.00	5.00
14- Materyalin kapağının içeriği ve görüntüsü ilgi çekici biçimde hazırlanmış	4.90	0.32	4.00	5.00

* Ortalama

**Standart Sapma

Tablo 2. Eğitim kitapçığı içerik geçerliliği değerleri

N	W*	X²	Sd**	p
10	0.149	19.424	13	0.111

*Kendall'in uyuşum katsayısı

** Standart sapma

Uzmanların eğitim kitapçığına verdiği puanlara göre Kendall'in Uyuşum Katsayısı korelasyon testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p \geq 0.05$ Tablo 2). Bu sonuca göre uzman görüşleri birbiriyle uyumlu ve eğitim materyalinin kapsamı geçerli olarak kabul edilmiştir.

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde (14 tane) yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastane şehir merkezindedir ve jinekoloji, obstetri, aile planlaması ve çocuk hastalıkları alanlarında 2. basamak sağlık hizmeti vermektedir. Hastanede 49 uzman doktor, 142 ebe ve 63 hemşire görev yapmaktadır. Hastanenin yatak sayısı 256 olup, 2014 yılında gerçekleştirilen normal doğum sayısı 3067, sezaryen sayısı ise 1600'dür. Araştırmanın yapıldığı polikliniklerde yıllık 247954 hastaya hizmet verilmektedir. Her bir poliklinikte bir doktor ve bir hemşire/ebe çalışmaktadır. Polikliniklerde jinekoloji ve obstetri hastalarının her ikisine birden hizmet verilmektedir. Her poliklinikte bir ultrason cihazı bulunmakta ve gerekli durumlarda muayene sırasında kullanılmaktadır. Gebe ya da hastayla ilgili tüm veriler bilgisayar ortamına kaydedilmekte ve saklanmaktadır.

Araştırma Kasım 2012- Şubat 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın zamanı ile ilgili bilgiler Tablo 4'de verilmiştir.

2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine (14 tane), 15 Ekim 2013 – 15 Aralık 2014 tarihleri arasında başvuran, araştırma kriterlerine uyan gestasyonel hipertansiyonlu gebeler oluşturmuştur.

2.6. Araştırma Kapsamına Dahil Olma ve Araştırma Kapsamı Dışında Tutulma Kriterleri

Tablo 3. Araştırma Kapsamına Dahil Olma ve Araştırma Kapsamı Dışında Tutulma Kriterlerine İlişkin Bilgiler

Araştırma Kapsamına Dahil Olma Kriterleri	Araştırma Kapsamı Dışında Tutulma Kriterleri
▶ Gestasyonel Hipertansiyon tanısı almış	▶ Gestasyonel Hipertansiyon tanısı almamış olan
▶ Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden,	▶ 20-24. gebelik haftasının dışında olan
▶ 20-24. gebelik haftasında	▶ 18 yaşından küçük, 35 yaşından büyük olanlar
▶ 18-35 yaşları arasında	▶ Çoğul gebelik, polihidroamniyozu olanlar
▶ Dörtten az ve tekil gebeliği olanlar	▶ Dört ve üstü gebeliği olanlar
▶ Antihipertansif ilaç kullanan	▶ Önceki gebeliklerinde ya da ailesinde gebelikte hipertansif öyküsü olanlar
▶ En az ilkokul mezunu	▶ Gebelikten önce hipertansiyon
▶ Gebelikten önce tanı konulmuş herhangi bir fiziksel ve psikolojik rahatlığı olmayan	▶ Böbrek hastalığı, kollejen vasküler hastalığı olanlar
▶ Beden kitle indeksleri 19-30 arası olanlar	▶ Şimdiki gebeliğinde mol hidatiform ve diyabeti olanlar
	▶ Gebelikten önce beden kitle indeksi 19'un altı ve 30'un üstü olanlar

2.7. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

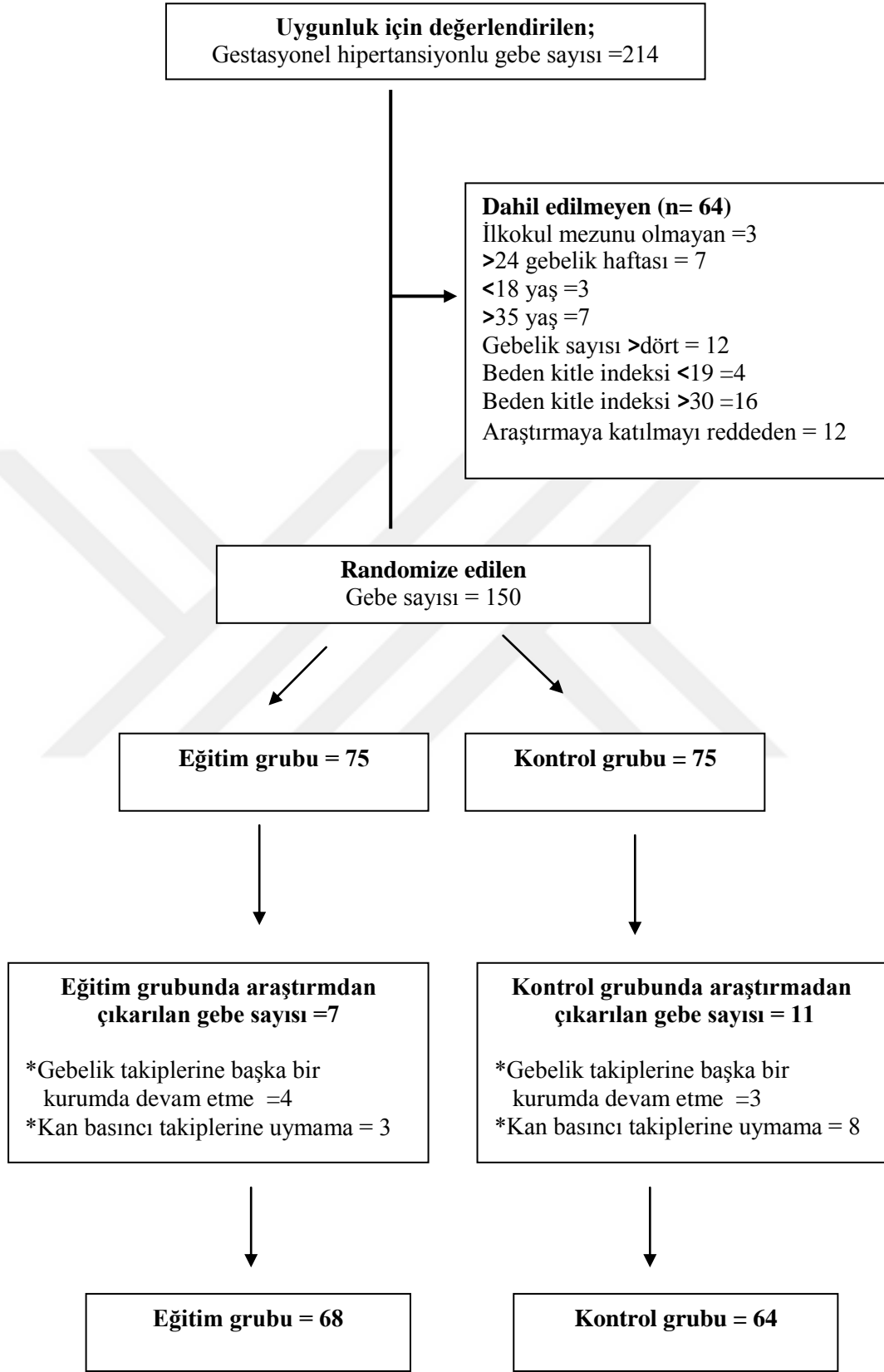
Hazırlanan veri toplama araçları ve eğitim kitapçığı eğitim grubu 10, kontrol grubu 10 olmak üzere toplam 20 gebeye ön uygulama olarak uygulanmıştır. Bu sonuçlara göre veri toplama araçları ve eğitim kitapçığında anlaşılması zor olan bazı kısımlar yeniden düzenlenip, daha anlaşılır hale getirilmiştir. Araştırmanın örnekleme en az alınması gereken birey sayısı ön uygulamadaki gebelerin verilerine dayalı olarak G-power 3.1.3. programı kullanılarak hesaplanmıştır. Eğitim ve kontrol grupları arasında PKDÖ- GK ön test puan ortalamaları eğitim grubunda 35.50 ± 6.60 ve kontrol grubunda 40.88 ± 10.492 'dir. G-power ile %95 güven aralığında, etki gücü (d)=0.60 ve $\alpha=0.05$ ile analiz gücü (power)=0.80 (%80) olarak hesaplanmış, çalışmaya dahil edilmesi gereken gebe sayısı her bir grup için en az 44 olarak belirlenmiştir. Veri toplama sürecinde araştırmaya katılmayı reddetme ve araştırmaya dahil olma kriterleri dışında kalma gibi nedenlerle kayıp vaka olasılıkları düşünülerek toplam 214 gebe araştırmaya davet edilmiştir.

Araştırmaya davet edilen gebelerin eğitim ya da kontrol gruplarından hangisinde yer alacağı www.randomizer.org adlı web sitesi üzerinden basit randomizasyon yöntemiyle belirlenmiştir. Randomizasyon araştırmaya alınan gebelerin sıra numarası baz alınarak yapılmıştır.

Araştırma sürecinde eğitim ve kontrol gruplarını oluşturan toplam 214 gebe ile görüşülmüş, bu gebelerden 3'ü ilkokul mezunu olmadığı, 7'si 24. gebelik haftasından büyük olduğu, 3'ü 18 yaşından küçük olduğu, 7'si 35 yaşından büyük olduğu, 12'si dörtten fazla gebeliği olduğu, 4'ü beden kitle indeksi 19'dan küçük olduğu, 16'sı beden kitle indeksi 30'dan büyük olduğu, 12'si çalışmaya katılmayı reddettiği için araştırmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak, araştırma kriterlerine uyan 150 gebe araştırmaya alınmıştır.

Eğitim grubuna alınan 75 gebenin 4'ü gebelik takibine başka bir kurumda devam ettiği, 3'ü düzenli kan basıncı ölçümü yaptıramadığı için araştırmadan dışlanmıştır. Kontrol grubuna alınan 75 gebenin 3'ü gebelik takibine başka bir kurumda devam ettiği, 8'i düzenli kan basıncı ölçümü yaptıramadığı için araştırmadan çıkarılmıştır. Randomizasyon akış şeması Şekil 1'de verilmiştir.

Şekil 1. Randomizasyon Akış Şeması



2.8. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: “PKDÖ- GK” puan ortalaması, gestasyonel hipertansiyon prognozu, maternal ve neonatal sonuçlardır.

Bağımsız Değişkenler: RAM’a göre verilen eğitimidir.

2.9. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Gestasyonel hipertansiyonlu kadınlara RAM’a göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu, maternal ve neonatal sonuçlara etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada, T.C. Sağlık Bakanlığının rutin gebe izlemindeki verilerin (labaratuvar vs.) aynı zamanda araştırma verisi olarak kullanılacak olmasından dolayı, izlem haftaları ile T.C. Sağlık Bakanlığının gebe izlem haftaları uyumlu olacak şekilde oluşturulmuştur. Araştırma, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde 15 Ekim 2013 – 15 Aralık 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.9.1. Eğitim Grubu Gebelerde Veri Toplama Yöntemi

Birinci İzlem (20-24. Gestasyon Haftası): Üç aşamadan oluşmaktadır.

Birinci Aşama: Veri toplama formlarının doldurulması aşamasıdır. Bu aşamada gestasyonel hipertansiyonlu gebeler hastanede o saatte boş ve uygun olan bir odaya alınarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Bilgilendirilmiş Onam Formu, Tanıtıcı Bilgiler Formu, PKDÖ- GK, RAM’a Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu uygulanmıştır. Ayrıca gebelerden araştırma sürecinin başından sonuna kadar haftada bir kez kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirmeleri istenmiştir. Kan basıncı ölçümünün güvenilirliğini sağlamak için gebelerden kan basıncını aynı yerde, aynı tansiyon aleti ile ve aynı koldan ölçtürmeleri talep edilmiştir.

İkinci Aşama: Doldurulan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile RAM’ne göre uyum alanlarında yer alan uyumsuz davranışlar belirlenmiştir.

Üçüncü Aşama: Belirlenen uyumsuz davranışlara sebep olan uyaranlarla baş etmeye yönelik olarak birinci izlemden bir hafta sonra gebeye hastanede o saatte boş ve uygun olan bir odada bireysel eğitim verilmiştir. RAM’a göre yapılandırılmış gestasyonel hipertansiyon eğitim programı EK VIII’de verilmiştir. Modele dayalı eğitimde uyumsuz davranışa neden olan uyaranın etkisinin azaltılması ya da yok edilmesi hedeflenmekle birlikte, eğer davranış ve uyaran

değiştirilemiyorsa pozitif algı geliştirilmesi amaçlanmıştır. Gebenin, gebelik ve hastalığa uyum sağlayabilmesi için beş oturum şeklinde, fizyolojik uyum alanı, benlik kavramı uyum alanı, rol fonksiyonu uyum alanı, karşılıklı bağlılık uyum alanına yönelik olarak eğitim kitapçığı doğrultusunda eğitim verilmiştir. Eğitimde fizyolojik uyum alanındaki konular iki oturum şeklinde anlatılmış ve her bir oturum 30-40 dk sürmüştür. Benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık uyum alanlarının her biri 15-20 dk süren üç oturum şeklinde yapılmıştır. Eğitim araştırmacı tarafından hazırlanan “RAM’a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı” ile tüm uyum alanlarını içerecek şekilde anlatılmış ve sorun saptanan uyum alanlarına yönelik olarak her bir oturum için standart eğitimlere 15 dk süre eklenmiştir. Gebelerin eğitiminde benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık uyum alanlarına yönelik olarak yapılan en önemli müdahale pozitif algının oluşturulması şeklinde olmuştur. Ayrıca gebelerle birlikte bir sonraki görüşmeye kadar gebelik ve hastalıklarına uyumlarını artırabilecekleri davranış değişiklikleri planlanmış ve “RAM’a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı” kendilerine verilmiştir.

Dördüncü Aşama: Eğitimden sonra ikinci izleme kadar gebelerle haftada bir telefon görüşmeleri yapılarak birlikte planlanan davranış değişikliklerine uyumları kontrol edilmiş ve gebelerin var olan soruları yanıtlanmıştır.

İkinci İzlem (30-34. Gestasyon Haftası):

Birinci Aşama: Veri toplama formlarının doldurulması aşamasıdır. Gebelere yine hastanede o saatte boş ve uygun olan bir odada PKDÖ- GK, Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu ve RAM’a Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu doldurulurken kadınların haftada bir kez kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirdikleri “Kan Basıncı Takip Formu” ndaki değerler kullanılmıştır.

İkinci Aşama: Doldurulan RAM’a Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formundaki verilere dayanarak izlem sonunda sorun saptanan uyum alanlarına yönelik olarak “RAM’a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı” kullanılarak plansız spontan eğitim verilmiştir. Yine önceki görüşmedeki gibi gebelerle birlikte bir sonraki görüşmeye kadar gebelik ve hastalıklarına uyumlarını artırabilecekleri davranış değişiklikleri planlanmıştır.

Üçüncü Aşama: Gebelerin planlanan davranış değişikliklerine uyumlarını kontrol edebilmek için üçüncü izleme kadar haftada bir telefon görüşmelerine devam edilerek, gebelerin var olan soruları yanıtlanmıştır.

Üçüncü İzlem (doğum sonrası ilk iki gün): Tek aşamadan oluşmaktadır. Bu aşama veri toplama formlarının doldurulması aşamasıdır. Bu aşamada lohusaya hastanede o saatte boş ve uygun olan bir odada araştırmacı tarafından Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu, Maternal ve Neonatal Sonuçları Değerlendirme Formu doldurulmuştur. İkinci izlemde olduğu gibi Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu doldurulurken kadınların haftada bir kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirdikleri “Kan Basıncı Takip Formu” ve hastanedeki en yüksek kan basıncı değerleri kullanılmıştır.

2.9.2. Kontrol Grubu Gebelerde Veri Toplama Yöntemi

Birinci İzlem (20-24. Gestasyon Haftası): İki aşamadan oluşmaktadır.

Birinci Aşama: Bu aşama veri toplama formlarının doldurulması aşamasıdır. Bunun için gestasyonel hipertansiyonlu gebeler hastanede o saatte uygun olan ayrı bir odaya alınarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Bilgilendirilmiş Onam Formu, Tanıtıcı Bilgiler Formu, PKDÖ- GK uygulanmıştır. Ayrıca gebelerden araştırma sürecinin başından sonuna kadar haftada bir olarak kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirmeleri istenmiştir. Kan basıncı ölçümünün güvenilirliği açısından gebelerden kan basıncını sürekli olarak aynı yerde, aynı tansiyon aleti ile ve aynı koldan ölçtürmeleri talep edilmiştir.

İkinci Aşama: Bu aşamada gebeler birinci izlemden ikinci izleme kadar haftada bir telefonla aranıp, kan basıncı takiplerini düzenli olarak yaptırılmaları yönünde teşvik edilmiştir.

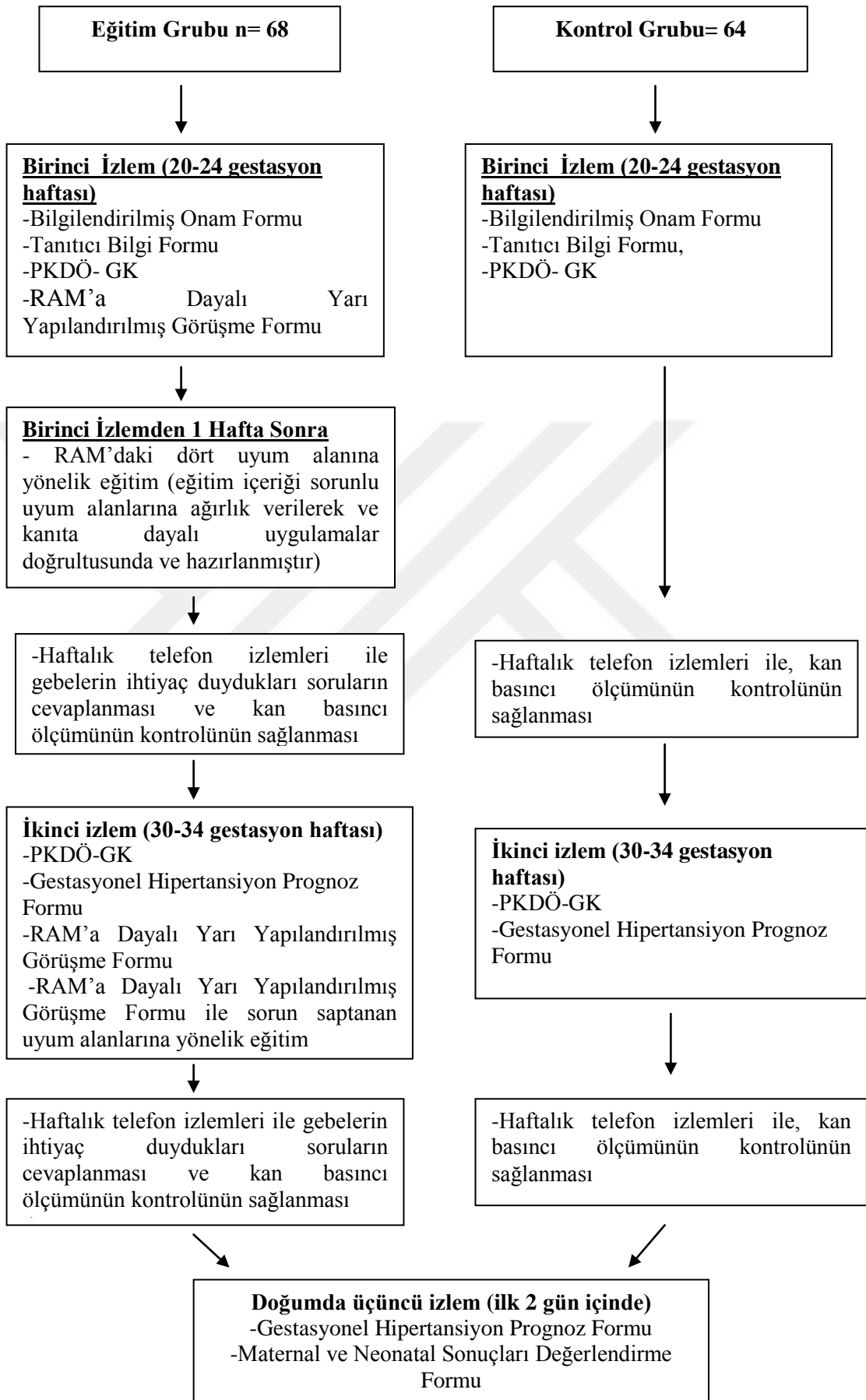
İkinci İzlem (30-34. Gestasyon Haftası): İki aşamadan oluşmaktadır.

Birinci Aşama: Veri toplama formlarının doldurulması aşamasıdır. Bu aşamada gebelere yine hastanede o saatte uygun olan ayrı bir odada PKDÖ- GK ve Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu doldurulurken kadınların haftada bir kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirdikleri “Kan Basıncı Takip Formu” ndaki değerler kullanılmıştır.

İkinci İzlem: Gebelerin haftada bir kez telefonla aranılıp kan basıncı takiplerinin düzenli olarak yapılmasını sağlanması yönünde teşvik edilmesidir.

Üçüncü İzlem (doğum sonrası ilk iki gün): Tek aşamadan oluşmaktadır. Bu aşama veri toplama formalarının doldurulması aşamasıdır. Bu aşamada lohusaya hastanede o saatte uygun olan ayrı bir odada araştırmacı tarafından Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu, Maternal ve Neonatal Sonuçları Değerlendirme Formu doldurulmuştur. İkinci izlemde olduğu gibi Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu doldurulurken gebelerin haftada bir kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirdikleri “Kan Basıncı Takip Formu” ve hastanedeki en yüksek kan basıncı değerleri kullanılmıştır. Araştırma Uygulama Basamakları Şekil 2’de verilmiştir.

Şekil 2. Araştırma Uygulama Basamakları



2.10. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel testler şunlardır;

- Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadıklarını değerlendirmek için Kolmogrow-Smirnow ve Shapiro-Wilk testleri,
- Eğitim ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi,
- Eğitim ve kontrol grubu gebelerin obstetrik özelliklerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi,
- Eğitim ve kontrol grubu gebelerin obstetrik özelliklerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında normal dağılıma uygun olanlarda t-testi (independent samples t testi), normal dağılıma uymayan verilerde Mann-Whitney U testi,
- Eğitim ve kontrol grubu gebelerin gestasyonel hipertansiyonun hafif preeklamsi ve ciddi preeklamsiye dönüşmesi durumunun ikinci ve üçüncü izlem dağılımlarının karşılaştırılmasında ki-kare testi,
- Eğitim ve kontrol grubu gebelerin birinci ve ikinci izlem “PKDÖ- GK” puan ortalamalarının karşılaştırılmasında normal dağılıma uygun olanlarda t-testi (independent samples t testi), normal dağılıma uymayan verilerde Mann-Whitney U testi,
- Eğitim ve kontrol grubu gebelerin neonatal sonuçlarının karşılaştırılmasında ki-kare testi,
- Eğitim ve kontrol grubu gebelerin neonatal ve maternal sonuç ortalamalarının karşılaştırılmasında normal dağılıma uygun olanlarda t-testi (independent samples t testi), normal dağılıma uymayan verilerde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.
- Ayrıca, eğitim grubu gebelerin RAM’a yönelik eğitim gereksinimlerinin birinci ve ikinci izlem tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

2.11. SÜRE VE OLANAKLAR

Bu araştırma Kasım 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında planlanmış ve 20.06.2013 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Tez önerisinin kabulü ve gerekli izinler alındıktan sonra, 15 Ekim 2013- 15 Aralık 2014 tarihleri arasında RAM’a göre eğitim grubuna verilen eğitim ve verilerin toplanması araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırma süreci içindeki gelişmeler üç kez tez izleme komitesi tarafından değerlendirilmiştir (Tablo 4).

2.12. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırma kapsamına alınan gebelere araştırmanın amacı ve uygulaması ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmış. Daha sonra katılımları için sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK X – EK XI). Gebelere istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları ve bu durumun tedavilerini etkilemeyeceği açıklanmıştır.








Araştırma protokolü Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur (EK XII).

Araştırmanın uygulanabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden izin alınmıştır (EK XIII).

Araştırmada veri toplama aracı olarak “PKDÖ-GK”nin kullanılabilmesi için Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Derya Taşçı Beydağ’dan yazılı izin alınmıştır (EK XIV)

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü öğretim üyesi Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM ikinci danışman olarak atanmıştır (EK XV)

TABLO 4. ZAMAN ÇİZELGESİ

	Kasım 2012 Ocak 2013	Ocak Mayıs 2013	6 Haziran 2013'de	Eylül 2013	Ekim 2013 Aralık 2014	19 Mart 2014	14 Ocak 2015	Ocak 2015	27 Şubat 2015	Şubat Nisan 2015
Literatür Taraması ve Konunun Belirlenmesi										
Araştırma Deseninin Belirlenmesi										
Tez Önerisinin Verilmesi										
İzinlerin Alınması										
Verilerin Toplanması										
1. Ara İzlem						ARA İZLEM				
2. Ara İzlem							ARA İZLEM			
Verilerin Analizi ve 3. Ara İzlem								ARA İZLEM		
Tez Yazımı										

BÖLÜM III BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya ilişkin bulgular beş ana başlık altında verilmiştir.

- Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulgular
- Gestasyonel Hipertansiyon Prognozuna İlişkin Bulgular
- Gebelik Uyumuna İlişkin Bulgular
- Maternal ve Neonatal Sonuçlara İlişkin Bulgular
- RAM'a Yönelik Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

3.1. SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

3.1.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 5. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikleri	Eğitim Grubu (n=68)		Kontrol Grubu (n=64)		X ²	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Eğitim durumu						
İlkokul	51	75.0	49	76.6	0.422	0.810
Ortaokul	13	19.1	10	15.6		
Lise ve Üniversite	4	5.9	5	7.8		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	14	20.6	8	12.5	1.553	0.213
Çalışmıyor	54	79.4	56	87.5		
Meslek						
Ev hanımı	54	79.4	58	90.6	3.492	0.175
Memur	3	4.4	2	3.1		
Serbest meslek-işçi	11	16.2	4	6.3		
Eş meslek						
Memur	9	13.2	6	9.4	0.488	0.485
Serbest meslek-işçi	59	86.8	58	90.6		
Eş eğitim durumu						
Okuryazar-İlkokul	23	33.8	28	43.7	1.540	0.463
Ortaokul	17	25.0	12	18.8		
Lise-Üniversite	28	40.2	24	37.5		
Gelir durumu						
Gelir giderden az	26	38.2	30	46.9	1.008	0.315
Gelir gidere denk	42	61.8	34	53.1		

Tablo 5’de araştırmaya katılan eğitim ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan her iki gruptaki gebelerin istatistiksel olarak benzer şekilde ilkokul mezunu olduğu (eğitim: %75.0, kontrol: %76.6), büyük bir çoğunluğunun çalışmadığı (eğitim: %79.4, kontrol: %87.5) ve çalışmayan gebelerin hepsinin ev hanımı olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan her iki gruptaki gebelerin istatistiksel olarak benzer şekilde eşlerinin büyük bir kısmının serbest meslek ya da işçi olarak çalıştığı (eğitim: %86.8, kontrol: %90.6) belirlenmiştir. Eğitim grubundaki gebelerin eşlerinin %40.2’si lise ya da üniversite mezunu iken, kontrol grubundaki gebelerin büyük bir çoğunluğunun eşi ise okuryazar ya da ilkokul (%43.7) mezundur. Ayrıca her iki gruptaki gebelerin büyük çoğunluğu (eğitim: %61.8, kontrol: %53.1) gelir durumlarını gelir gidere denk olarak belirtmişlerdir (Tablo 5).

3.1.2. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özellikleri

Tablo 6. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özellikleri

Obstetrik Özellikler	Eğitim Grubu (n=68)		Kontrol Grubu (n=64)		X ²	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Planlı Gebelik						
Olan	58	85.3	54	84.4	0.022	0.883
Olmayan	10	14.7	10	15.6		
Birinci doğum şekli						
Normal	41	69.5	41	80.4	1.713	0.191
Sezaryen	18	30.5	10	19.6		
İkinci doğum şekli						
Normal	23	63.9	13	56.5	0.320	0.571
Sezaryen	13	36.1	10	43.5		
Gebelikte rahatsızlık yaşama						
Olan	14	20.6	16	25.0	0.365	0.546
Olmayan	54	79.4	48	75.0		
Yaşanılan rahatsızlık						
Anemi	3	21.4	4	25.0	2.324	0.508
Bulantı-kusma	4	28.6	7	43.8		
Anemi ve bulantı-kusma	5	35.7	2	12.5		
Düşük tehditi	2	14.3	3	18.7		

Çalışmaya katılan her iki gruptaki gebelerin istatistiksel olarak benzer şekilde gebeliklerinin planlı olduğu (eğitim: %85.3, kontrol: %84.4), ayrıca gebelerin hem birinci (eğitim: %69.5, kontrol: %80.4) hemde ikinci (eğitim: %63.9, kontrol: %56.5) doğumlarını normal doğum ile yaptıkları saptanmıştır (Tablo 6).

Çalışmaya katılan gebelerin istatistiksel olarak benzer şekilde (eğitim: %20.6, kontrol: %25.0) birinci izleme kadar gebeliğinde herhangi bir rahatsızlık yaşamış oldukları, eğitim grubunda gebeliğinde herhangi bir rahatsızlık yaşayan gebelerin %35.7'sinin anemi ve bulantı-kusma şikayeti yaşarken, kontrol grubundaki gebelerin büyük çoğunluğunun ise sadece bulantı-kusma (%43.8) şikayeti yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Ortalamalarına Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler Ortalamaları	Eğitim Grubu (n=68)	Kontrol Grubu (n=64)	t/Z	P
	Ortalama± SS	Ortalama± SS		
Yaş	26.60± 5.19	26.52± 4.83	-0.151*	0.880
Gebelik haftası	21.29±1.43	21.38±1.41	-0.371*	0.711
Gebelik sayısı	2.45±0.70	2.34±0.70	0.923	0.358
Canlı doğum sayısı	1.58±0.50	1.43±0.50	-1.497*	0.134
Yaşayan çocuk sayısı	1.58±0.50	1.42±0.50	-1.604*	0.109
Gebelik süresince alınan toplam kilo	20.26±4.60	21.45±3.86	-1.453*	0.146

*Normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Belirtilen değerler Z değerleridir.

Eğitim ve kontrol gruplarındaki gebelerin yaş ortalaması (eğitim: 26.60± 5.19, kontrol: 26.52±4.83), gebelik haftası ortalaması (eğitim: 21.29±1.43, kontrol: 21.38±1.41), gebelik sayısı ortalaması (eğitim: 2.45±0.70, kontrol: 2.34±0.70), canlı doğum sayısı ortalaması (eğitim: 1.58±0.50, kontrol: 1.43±0.50), yaşayan çocuk sayısı ortalaması (eğitim: 1.58±0.50, kontrol: 1.42±0.50) ve gebelik süresince alınan toplam kilo ortalaması (eğitim: 20.26±4.60, kontrol: 21.45±3.86) bakımlarından benzer oldukları saptanmıştır (Tablo 7).

3.2. GESTASYONEL HİPERTANSİYON PROGNOZUNA İLİŞKİN BULGULAR

3.2.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz İkinci ve Üçüncü İzlemine İlişkin Bulgular

Tablo 8. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz İkinci ve Üçüncü İzlem Dağılımları

Gestasyonel Hipertansiyon Prognozu	Eğitim Grubu (n=68)		Kontrol Grubu (n=64)		X ²	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
İkinci İzlem						
Preeklamsi yok	47	69.1	25	39.1	26.042	0.000
Hafif preeklamsi olan	10	14.7	2	3.1		
Ağır preeklamsi olan	11	16.2	37	57.8		
Üçüncü İzlem						
Preeklamsi yok	44	64.7	15	23.4	42.587	0.000
Hafif preeklamsi olan	11	16.2	1	1.6		
Ağır preeklamsi olan	13	19.1	48	75.0		

Tablo 8’de eğitim ve kontrol grubu gebelerin gestasyonel hipertansiyon prognoz ikinci ve üçüncü izlem dağılımları görülmektedir. İkinci izlemde eğitim grubundaki gebelerin %14.7’sinde ve kontrol grubundakilerin %3.1’nde hafif preeklamsi olduğu, eğitim grubundaki gebelerin %16.2’sinde ve kontrol grubundakilerin %57.8’inde ağır preeklamsi geliştiği ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arası farkın önemli olduğu bulunmuştur ($X^2= 26.042$, $p=0.000$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde hafif preeklamsi olan ile ağır preeklamsi olan gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($X^2= 15.403$, $p=0.000$).

Üçüncü izlemde eğitim grubundaki gebelerde preeklamsi olmayan (%64.7) ve hafif preeklamsi olan (%16.2) gebelerin oranı kontrol grubundakilerden daha fazla iken, ağır preeklamsi görülme oranının (%19.1) daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde hafif preeklamsi olan ile ağır preeklamsi olan gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($X^2= 22.492$, $p=0.000$) (Tablo 8).

Ayrıca eğitim ve kontrol grubunda ikinci ve üçüncü izlemde eklamsi ve HELLP Sendromu saptanmamıştır.

3.3. GEBELİK UYUMUNA İLİŞKİN BULGULAR

3.3.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Birinci ve İkinci İzlem “PKDÖ-GK” Puan Ortalamaları

Tablo 9. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Birinci ve İkinci İzlem “PKDÖ-GK” Puan Ortalamaları

“PKDÖ- GK” Puan Ortalamaları	Eğitim Grubu (n=68)	Kontrol Grubu (n=64)	t /Z	P
	Ortalama± SS	Ortalama± SS		
Birinci izlem	44.12±11.09	40.89±10.56	-1.447*	0.148
İkinci izlem	28.57±4.79	35.45±6.32	-7.073	0.000

*Normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Belirtilen değerler Z değerleridir.

Tablo 9’da eğitim ve kontrol grubu gebelerin birinci ve ikinci izlem “PKDÖ-GK” puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Eğitim grubunun birinci izlem “PKDÖ- GK” puan ortalaması (44.12±11.09) kontrol grubundan (40.89±10.56) daha yüksek olmasına rağmen yapılan istatistiksel analizde, gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır.

İkinci izlemde ise eğitim grubunun “PKDÖ-GK” puan ortalamasının (28.57±4.79) kontrol grubundan (35.45±6.32) daha yüksek olduğu ve yapılan istatistiksel analizde de bu farkın önemli olduğu saptanmıştır (t= -7.073, p=0.000).

3.4. MATERNAL VE NEONATAL SONUÇLARA İLİŞKİN BULGULAR

3.4.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuçları

Tablo 10. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuçları

Neonatal Sonuçlar	Eğitim Grubu (n=68)		Kontrol Grubu (n=64)		X ²	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Prezantasyon pozisyon bozukluğu						
Olan	7	10.3	8	12.5	0.159	0.690
Olmayan	61	89.7	56	87.5		
Konjenital malformasyon						
Olan	4	5.9	4	6.3	0.000	1.000
Olmayan	64	94.1	60	93.8		
Respiratuar distres sendromu						
Olan	6	8.8	9	14.1	0.898	0.343
Olmayan	62	91.2	55	85.9		
Neonatal hipoglisemi						
Olan	11	16.2	15	23.4	1.099	0.294
Olmayan	57	83.8	49	76.6		
Neonatal hiperbilirubinemi						
Olan	6	8.8	11	17.2	2.056	0.152
Olmayan	62	91.2	53	82.8		
Bebeğin yoğun bakıma alınması						
Olan	9	13.2	12	18.8	0.749	0.387
Olmayan	59	86.8	52	81.2		
Gestasyonel hafta						
34-36 hafta	3	4.4	1	1.6	0.199	0.655
37 ve üstü hafta	65	95.6	63	96.4		

Eğitim ve kontrol gruplarındaki gebelerin, prezantasyon pozisyon bozukluğu bulunma (eğitim: %10.3, kontrol: %12.5), konjenital malformasyon varlığı (eğitim: %5.9, kontrol: % 6.3), respiratuar distres sendromu görülme (eğitim: %8.8, kontrol: %14.1), neonatal hipoglisemi görülme (eğitim: %16.2, kontrol: %23.4), neonatal hiperbilirubinemi görülme (eğitim: %8.8, kontrol: %17.2), bebeğin yoğun bakıma alınma (eğitim: %13.2, kontrol: %18.8) ve doğumun gerçekleştiği gestasyonel hafta (eğitim: %95.6'sının, kontrol: %96.4'sinin 37 ve üstü gebelik haftaları arasında) bakımlarından benzer oldukları saptanmıştır (Tablo 10).

Neonatal sonuçlardan; intrauterin gelişme geriliği, neonatal mortalite, ablasyo plesanta her iki grupta hiç görülmemiş olup, kontrol grubunda sadece bir bebekte neonatal enfeksiyon tesbit edilmiştir. Ayrıca her iki grupta görülen konjenital malfarmosyon vakalarının hepsi nöral tüp defektidir.

3.4.2. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuç Ortalamaları

Tablo 11. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuç Ortalamaları

Neonatal Sonuç Ortalamaları	Eğitim Grubu (n=68)	Kontrol Grubu (n=64)	Z /t	P
	Ortalama± SS	Ortalama± SS		
Bebek başı	34.50±0.89	34.31±0.66	1.366	0.174
Bebek boyu	50.24±0.71	50.16±0.51	0.727	0.469
Bebek kilosu	3533.69±274.70	3464.66±248.02	1.512	0.133
Gestasyonel hafta	39.26±1.23	39.08±1.01	0.949	0.345
Birinci dakika apkar skoru	7.85±1.14	7.77±1.09	-0.075*	0.940
Beşinci dakika apkar skoru	9.19±1.03	8.98±1.21	-0.942*	0.346
Bebeğin hastanede kalma süresi	3.13±2.61	4.17±2.62	-3.538*	0.000

*Normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Belirtilen değerler Z değerleridir.

Eğitim ve kontrol gruplarındaki gebelerin bebeklerinin baş çevresi (eğitim: 34.50±0.89, kontrol: 34.31±0.66), boy uzunlukları (eğitim: 50.24±0.71, kontrol: 50.16±0.51), kilo ortalamaları (eğitim:3533.69±274.70, kontrol: 3464.66±248,02), gestasyonel hafta ortalaması (eğitim: 39.26±1.23, kontrol: 39.08±1.01), birinci dakika apkar skoru ortalaması (eğitim: 7.85±1.14, kontrol: 7.77±1.09), beşinci dakika apkar skoru ortalaması (eğitim: 9.19±1.03, kontrol: 8.98±1.21) bakımlarından benzer oldukları saptanmıştır. Ancak bebeğin hastanede kalma süre ortalaması bakımından eğitim (3.13±2.61) ve kontrol (4.17±2.62) grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Z= -3.538, p=0.000). Yapılan korelasyon analizinde bebeğin hastanede kalma süresi ile annenin hastanede kalma süresi arasında anlamlı pozitif ilişkinin olduğu belirlenmiştir (r=0.690, p=0.000) (Tablo 11).

3.4.3. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Maternal Sonuç Ortalamaları

Tablo 12. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Maternal Sonuç Ortalamaları

Maternal Sonuç Ortalamaları	Eğitim Grubu (n=68)	Kontrol Grubu (n=64)	Z /t	P
	Ortalama± SS	Ortalama± SS		
Annenin hastanede kalma süresi	2.75±1.64	3.45±1.66	-2.444	0.016
Maternal sistolik kan basıncı	139.29±14.51	152.83±9.04	-6.386	0.000
Maternal diastolik kan basıncı	91.19±8.99	101.84±9.42	-5.674*	0.000

*Normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Belirtilen değer Z değeridir.

Eğitim grubundaki annelerin kontrol grubundakilere göre hastanede kalma süre ortalamasının (2.75±1.64), maternal sistolik kan basıncı ortalamasının (139.29±14.51), maternal diastolik kan basıncı ortalamasının (91.19±8.99) daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t= -2.444 p=0,016, t=-6.386 p=0.000, Z=-5.674, p=0.000) (Tablo 12).

Maternal mortalite her iki grupta hiç görülmemiş, kontrol grubunda bir gebede maternal enfeksiyon tesbit edilmiştir.

3.5. EĞİTİM GRUBU GEBELERİN RAM YÖNELİK EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

3.5.1. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Uyum Alanlarına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 13. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Uyum Alanlarına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimleri Dağılımı

Eğitim Gereksinimleri (n=68)	Birinci İzlem		İkinci İzlem	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fizyolojik Uyum Alanı				
Olan	62	91.2	7	10,3
Olmayan	6	8.8	61	89,7
Benlik Kavramı Uyum Alanı				
Olan	61	89.7	16	23.5
Olmayan	7	10.3	52	16.5
Rol Fonksiyonu Uyum Alanı				
Olan	63	92.6	18	26.5
Olmayan	5	7.4	50	73.5
Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı				
Olan	47	69.1	11	16.2
Olmayan	21	30.9	57	83.8

Tablo 13’de eğitim grubu gebelerin RAM uyum alanlarına yönelik birinci ve ikinci izlem eğitim gereksinimleri dağılımı görülmektedir. Birinci izlemde gebelerin fizyolojik (%91.2), benlik kavramı (%89.7), rol fonksiyonu (%92.6) ve karşılıklı bağlılık (%69.1) uyum alanlarındaki eğitim gereksinimlerinin ikinci izlemde büyük oranda azaldığı (fizyolojik: %10.3, benlik kavramı: %23.5, rol fonksiyonu: %26.5, karşılıklı bağlılık: %16.2) saptanmıştır.

3.5.2. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Fizyolojik Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 14. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Fizyolojik Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimleri Dağılımı

Eğitim Gereksinimleri (n=68)	Birinci İzlem		İkinci İzlem	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Gebelikteki fizyolojik değişiklikler hakkında eğitim ihtiyacı				
Olan	56	82.4	6	8,8
Olmayan	12	17.6	62	91,2
Gebelikte vücutta oluşan değişikliklerin nedeni hakkında eğitim ihtiyacı				
Olan	54	79.4	4	5,9
Olmayan	14	20.6	64	94,1
Gebeyi rahatsız eden değişimlerin hangi durumlarda şiddetlendiğine dair eğitim ihtiyacı				
Olan	54	79.4	4	5,9
Olmayan	14	20.6	64	94,1
Gebelikte beslenme hakkında eğitim ihtiyacı				
Olan	56	82.4	3	4,4
Olmayan	12	17.6	65	95,6
Gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda beslenme planında yapılması gereken değişiklikler hakkında eğitim ihtiyacı				
Olan	58	85.3	2	2,9
Olmayan	10	14.7	66	97,1
Gebelik ve gestasyonel hipertansiyonun günlük aktiviteler üzerine etkisi hakkında eğitim ihtiyacı				
Olan	60	88.2	2	2,9
Olmayan	8	11.8	66	97,1
Gebelikte kan basıncını önerilen sınırlar içinde tutulmasına yönelik eğitim ihtiyacı				
Olan	62	91.2	3	4,4
Olmayan	6	8.8	65	95,6

Gebelerin fizyolojik uyum alanına yönelik olarak birinci izlemde gebelikte fizyolojik değişiklikler ve gebelikte beslenme (%82.4), gebelikte vücutta oluşan değişiklikler ve gebeyi rahatsız eden durumların şiddetlendiği durumlar (%79.4), gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda beslenme planında yapılması gereken değişiklikler (%85.3), gebelik ve gestasyonel hipertansiyonun günlük aktiviteler üzerine etkisi (%88.2), gebelikte kan basıncının önerilen sınırlar içinde tutulması (%91.2) konularındaki eğitim gereksinimlerinin ikinci izlemde büyük oranda azaldığı (fizyolojik değişiklikler %8.8, gebelikte vücutta oluşan değişiklikler ve gebeyi rahatsız eden değişimlerin şiddetlendiği durumlar %5.9, gebelikte beslenme ve gebelikte kan basıncını önerilen sınırlar içinde tutulması % 4.4, gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda beslenme planında yapılması gereken değişiklikler, gebelik ve gestasyonel hipertansiyonun günlük aktiviteler üzerine etkisi %2.9) belirlenmiştir (Tablo 14).

3.5.3. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Benlik Kavramı Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 15. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Benlik Kavramı Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimleri Dağılımı

Eğitim Gereksinimleri (n=68)	Birinci İzlem		İkinci İzlem	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda beden imajı, benlik kavramı ve ruhsal bütünlük hakkında eğitim ihtiyacı				
Olan	47	69.1	9	13,2
Olmayan	21	30.9	59	86,8
Gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda fiziksel durum hakkında eğitim ihtiyacı				
Olan	55	80.9	8	11,8
Olmayan	13	19.1	60	88,2
Gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda duygusal durum hakkında eğitim ihtiyacı				
Olan	59	86.8	9	13,2
Olmayan	9	13.2	59	86,8
Gestasyonel hipertansiyonun üstesinden gelebilme konusunda eğitim ihtiyacı				
Olan	52	76.5	6	8,8
Olmayan	16	23.5	62	91,2

Gebelerin benlik kavramı uyum alanına yönelik olarak birinci izlemde gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda beden imajı, benlik kavramı ve ruhsal bütünlük (%69.1), gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda fiziksel durum (%80.9), gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda duygusal durum (%86.8), gestasyonel hipertansiyonun üstesinden gelebilmeye yönelik eğitim (%76.5) konularındaki eğitim gereksinimlerinin ikinci izlemde büyük oranda azaldığı (gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda beden imajı %13.2, benlik kavramı, ruhsal bütünlük, gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda duygusal durum, gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda fiziksel durum %11.8, gestasyonel hipertansiyonun üstesinden gelebilme %8.8) belirlenmiştir (Tablo 15).

3.5.4. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Rol Fonksiyonu Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 16. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Rol Fonksiyonu Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimleri Dağılımı

Eğitim Gereksinimleri (n=68)	Birinci İzlem		İkinci İzlem	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Gebeliğe hazır oluşlukla ilgili eğitim ihtiyacı				
Olan	47	69.1	12	5,9
Olmayan	21	30.9	56	94,1
Gebelikte ortaya çıkabilecek durumlarla baş etme konusunda eğitim ihtiyacı				
Olan	52	76.5	5	7,4
Olmayan	16	23.5	63	92,6
Gebelik nedeniyle meydana gelen değişikliklerle baş edebilme konusunda eğitim ihtiyacı				
Olan	53	77.9	3	4,4
Olmayan	15	22.1	65	95,6
Gebeliği kabul etme konusunda eğitim ihtiyacı				
Olan	51	75.0	4	5,9
Olmayan	17	25.0	64	94,1
Gebeliğe uyum sağlama konusunda eğitim ihtiyacı				
Olan	51	75.0	4	5,9
Olmayan	17	25.0	64	94,1
Hipertansiyon başladıktan sonra ev içindeki sorumlulukları konusunda eğitim ihtiyacı				
Olan	53	77.9	3	4,4
Olmayan	15	22.1	65	95,6
Yerine getirilemeyen sorumluluklarla baş etme konusunda eğitim ihtiyacı				
Olan	50	73.5	4	5,9
Olmayan	18	26.5	64	94,1

Gebelerin rol fonksiyonu uyum alanına yönelik olarak birinci izlemde gebeliğe hazır oluşluk (%69.1), gebelikte ortaya çıkabilecek durumlarla baş etme (%76.5), gebelik nedeniyle meydana gelen değişikliklerle baş etme (%77.9), gebeliği kabul ve gebeliğe uyum sağlama (%75), hipertansiyon başladıktan sonra ev içindeki sorumlulukları yerine getirme (%77.9), yerine getirilemeyen sorumluluklarla baş etme (%73.5) konularındaki eğitim gereksinimlerinin ikinci izlemde büyük oranda azaldığı (gebeliğe hazır oluşluk, gebeliği kabul etme, yerine getirilemeyen sorumluluklarla baş etme ve gebeliğe uyum sağlama %5.9, gebelikte ortaya çıkabilecek durumlarla baş etme %7.4, gebelik nedeniyle meydana gelen değişikliklerle baş etme, gebeliğe uyum sağlama ve hipertansiyon başladıktan sonra ev içindeki sorumlulukları yerine getirme %4.4) belirlenmiştir.

3.5.5. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 17. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimleri Dağılımı

Eğitim Gereksinimleri (n=68)	Birinci İzlem		İkinci İzlem	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Gebelik ve çevreyle iletişim konusunda eğitim gereksinimi				
Olan	41	60.3	5	7,4
Olmayan	27	39.7	63	92,6
Gestasyonel Hipertansiyon ve çevreyle iletişim konusunda eğitim gereksinimi				
Olan	41	60.3	5	7,4
Olmayan	27	39.7	63	92.6
Gebenin çevresindeki bireyler ve gebeye yaklaşımları konusunda eğitim gereksinimi				
Olan	42	1.8	4	5,9
Olmayan	26	38.2	64	94,1

Gebelerin karşılıklı bağlılık uyum alanına yönelik olarak birinci izlemde gebelik ve çevreyle iletişim, gestasyonel hipertansiyon ve çevreyle iletişim (%60.3), gebelerin çevrelerindeki bireyler ve gebeye yaklaşımları (%61.8) konularındaki eğitim gereksinimlerinin ikinci izlemde büyük oranda azaldığı (gebelik ve çevreyle iletişim, gestasyonel hipertansiyon ve çevreyle iletişim %7.4'ünün, gebelerin çevrelerindeki bireyler ve gebeye yaklaşımları % 5.9) belirlenmiştir (Tablo 17).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Gestasyonel hipertansiyonlu gebelere RAM'a göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu, maternal ve neonatal sonuçlara etkisini değerlendirmek amacı ile ön test-son test kontrol gruplu, yarı deneysel olarak yapılan bu çalışmada, eğitim grubundaki gebelerin gestasyonel hipertansiyon prognoz bulgularının ve gebeliğe uyum düzeylerinin kontrol grubundaki gebelere göre daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Bu durum, RAM'a göre verilen eğitim sayesinde eğitim grubundaki gebelerin problemlerini daha iyi tanımlayabildikleri, gebelik ve gebeliğin getirdiği problemlerin çözümüne yönelik davranış değişikliklerini yerine getirmek için daha bilinçli ve istekli davranışları ile açıklanabilir.

Bu bölümde araştırmanın başlıca bulguları mevcut literatüre dayalı olarak tartışılmıştır.

4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

4.1.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu araştırmadaki gebelerin eğitim seviyesi, çalışma ve gelir durumları Yılmaz ve Pasinlioğlu (2014)'nin çalışmasındaki bulgular ile benzerlik göstermektedir (62). Her iki çalışma sonucu literatürdeki gebelikte hipertansif bozuklukların düşük eğitim seviyesinde görüldüğü bilgisini destekler niteliktedir (60, 61).

4.1.2. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu araştırmadaki planlanmamış gebelik oranları TNSA 2013 verileri ile benzer olmasına rağmen, Tekiner ve arkadaşları (2010)'nin çalışma sonuçlarına göre daha düşük bulunmuştur (60, 64). Plansız gebelikler prenatal bakımda gecikmeye neden olabilir ve gebelik sürecini olumsuz etkileyebilir.

Türkiye'de son beş yılda meydana gelen tüm doğumların yüzde 48'i sezaryen ile yapılmıştır. Bu oran ilk doğumlarda %52.4, ikinci-üçüncü doğumlarda

%48.9'dur (60). Bu araştırmadaki ilk doğumlardaki sezaryen oranları Türkiye ortalamasının altında bulunurken, ikinci doğumlardaki sezaryen oranları Türkiye ortalamasına daha yakın olarak bulunmuştur. İkinci doğumlardaki sezaryen oranlarındaki artışın sebebi son yıllarda elektronik fetal monitör kullanımının yaygınlaşması, doğum boyunca fetal sağlığa ilişkin sonuçlara ulaşılabilmesi, cerrahi tekniklerin gelişmesi, cerrahi ve anestezi yöntemlerinde güvenliğin artmış olması olarak sayılabilir (65).

Çalışmada gebeliği süresince herhangi bir rahatsızlık yaşayan gebelerin oranı oldukça düşüktür (eğitim: %20.6, kontrol: %25.0). Literatürde yaşanılan bu rahatsızlıkların gebeliğe ek bir yük getirebileceği ve bu durumun gebeliklerde hipertansif hastalıkların daha fazla görölmesine neden olabileceği belirtilmektedir (1, 7, 8, 66).

Araştırmada her iki gruptaki gebelerin yaş ortalaması ile literatürde yer alan çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir (62, 69). Genç nullipar ve 35 yaşın üzerinde olmak gebelikte hipertansif hastalıklarda risk faktörleri arasındadır (7, 17, 61, 67, 68, 69). Bu yüzden çalışmaya 18-35 yaş grubu gebeler alınmış ve RAM'a göre verilen eğitimin etkinliği doğru olarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Araştırma sonuçlarının literatürdeki diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermesi belirlenen yaş aralığının doğruluğunu destekler niteliktedir. Ayrıca Kartal (2012)'in çalışmasındaki gebelik sayısı ile canlı doğum sayısı ortalaması bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir (70).

Çalışmada her iki grubun gebelik boyunca alınan kilo ortalamaları birbirine oldukça yakındır. Çulha ve ark. (2010) yaptıkları çalışmalarında gebelikte kilo alımının gebelikte hipertansiyon sıklığını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (67).

4.2. GESTASYONEL HİPERTANSİYON PROGNOZUNA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

4.2.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz İkinci ve Üçüncü İzlemine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmada ikinci ve üçüncü izlemlerde eğitim grubundaki gebelerde hafif ve ağır preeklamsi görölme sıklığının kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonucun eğitim grubuna RAM'a göre verilen eğitim ile ilgili olduğu düşünölmektedir. Ayrıca bu sonuçlara göre **1-Ho hipotezi** "RAM

göre eğitim alan gebeler ile kontrol grubu gebelerde izlemlerde gestasyonel hipertansiyonun prognozu bakımından anlamlı bir fark yoktur” **reddedilmiştir.**

4.3. GEBELİK UYUMUNA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

4.3.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Birinci ve İkinci İzlem “PKDÖ-GK” Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Araştırmada birinci izlemden her iki grubun gebeliğe uyum düzeyleri istatistiksel olarak benzer iken (eğitim: 44.12 ± 11.09 , kontrol: 40.89 ± 10.56), ikinci izlemden eğitim grubunun gebeliğe uyum düzeylerinin kontrol grubuna göre daha olumlu olduğu görülmüştür (eğitim: 28.57 ± 4.79 , kontrol: 35.45 ± 6.32). İkinci izlemden ortaya çıkan bu sonucun eğitim grubuna verilen RAM’a dayalı eğitimden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmanın her iki gruptaki “PKDÖ-GK” puan ortalamaları literatürde yer alan diğer gözlemsel çalışmalardaki puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur (1, 63, 71). Bu sonuçlara göre gebelikte hipertansif bozukluğu olan gebelerin olmayanlardan daha fazla gebeliğe uyum sorunu yaşadıkları söylenebilir. Araştırmadan elde edilen bu sonuçlara göre **2-Ho hipotezi** “RAM göre eğitim alan gebeler ile kontrol grubu gebelerin izlemlerdeki “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği-Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (PKDÖ-GK)” puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur” **birinci izlemden kabul edilmiş olup, ikinci izlemden reddedilmiştir.**

4.4. MATERNAL VE NEONATAL SONUÇLARA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

4.4.1. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuçlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Prematürite ve IUGG’liği, preeklamsinin ciddi fetal komplikasyonları arasında gösterilmektedir (72). Ayrıca prematürite ve IUGG olan bebeklerin doğumunda, prezantasyon pozisyon bozuklukları görülme olasılığının daha fazla olduğu bildirilmektedir (5). Bu çalışmada her iki gruptaki gebelerin yalnızca küçük bir kısmında prezantasyon pozisyon bozukluğu görülmüştür. Bu sonuç araştırmadaki prematüre doğum oranının düşük olması ve bebeklerde hiç IUGG tesbit edilmemiş olması ile açıklanabilir.

Eğitim ve kontrol gruplarında 4’er tane konjenital malformasyonlu (nöral tüp defekti) bebek saptanmıştır. Türkiye’de çeşitli illerde yapılmış çalışmalarda da

nöral tüp defekti görülme sıklığının binde 3-5.8 arasında değiştiği rapor edilmiştir (73). Bu sonuçlara göre bu çalışmada nöral tüp defekti görülme sıklığının ülkemizde yapılan diğer çalışma sonuçlarına göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmada her iki gruptaki gebelerin bebeklerinin çok küçük bir kısmında RDS, hipoglisemi ve hiperglisemi görülmüştür. Bu rahatsızlıkların hepsinin prematürite ile ilişkili olduğu bilinmektedir (14, 74, 75, 76, 77). Araştırmada her iki grupta RDS, neonatal hipoglisemi ve hiperbilürubinemi görülme oranının düşük olması, prematüre doğum sayısının az olması ile açıklanabilir.

Araştırma bulgularına göre her iki gruptaki gebelerin bebeklerinin küçük bir kısmı yoğun bakıma alınmıştır. Ayaz ve ark. (2009)'nın çalışmalarında bu oran daha yüksek olarak bildirilmiştir (78). Bu farkın araştırmanın Türkiye'ye göre sosyo-ekonomik-sağlık düzeyi daha kötü olan Pakistanda yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırmanın doğumun gerçekleştiği gestasyonel hafta sonuçları ile Ayaz ve ark. (2009)'nın çalışma sonuçları benzerdir (78).

Neonatal sonuçlardan intrauterin gelişme geriliği, neonatal mortalite, ablasyo plesanta her iki grupta hiç görülmemiştir, ancak kontrol grubunda sadece bir bebekte neonatal enfeksiyon tesbit edilmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalarda bu araştırmanın bulgularına benzer sonuçlar elde edilmiştir (16, 69, 78).

4.4.2. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Neonatal Sonuç Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Eğitim ve kontrol gruplarındaki bebeklerin baş çevresi (eğitim: 34.50 ± 0.89 , kontrol: 34.31 ± 0.66) ve boy uzunluğu (eğitim: 50.24 ± 0.71 , kontrol: 50.16 ± 0.51) ortalamaları birbirine oldukça yakındır. Araştırma sonuçlarında saptanan eğitim ve kontrol grubundaki yenidoğanların baş çevresi ve boy uzunluğu ölçümleri literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir (80).

Araştırmanın her iki gruptaki bebeklerin kilo ortalamalarının (eğitim: 3533.69 ± 274.70 , kontrol: 3464.66 ± 248.02) daha önce yapılan çalışma sonuçlarına göre yüksek olduğu görülmüştür (14, 69, 81). Bu farkın araştırmada prematüre doğum ve IUGG oranlarının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmanın kontrol grubunun doğumun gerçekleştiği gestasyonel hafta sonuçları (39.08 ± 1.01) yapılan diğer çalışmalar ile benzer iken eğitim grubunun

sonuçlarının (39.26 ± 1.23) ise daha yüksek olduğu görülmüştür (14, 69, 81). Eğitim grubundaki bu farkın RAM'a göre verilen eğitimden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmanın kontrol grubunun birinci (7.85 ± 1.14) ve beşinci (7.77 ± 1.09) dakika apkar skoru ortalamaları daha önceden yapılan çalışmalar ile benzerlik gösterirken, eğitim grubunun sonuçlarının (birinci dakika: 9.19 ± 1.03 , beşinci dakika: 8.98 ± 1.21) daha yüksek olduğu görülmüştür (78, 81). Eğitim grubundaki bu farkın RAM'a göre verilen eğitimden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada eğitim grubunda bebeğin hastanede kalma süresi ortalamasının (3.13 ± 2.61), kontrol grubuna (4.17 ± 2.62) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan korelasyon analizinde bebeğin hastanede kalma süresi ile annenin hastanede kalma süresi arasında anlamlı pozitif ilişkinin olması, kontrol grubundaki bebeklerin annelerinin kan basıncı yüksekliği gibi nedenlerle hastanede kalma süresinin uzaması ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada her iki grupta hiç neonatal mortalite tesbit edilmemiştir. Bu konuda yapılan bir diğer çalışmada ise neonatal mortalitenin olduğu bildirilmiştir (78). Bu sonucun hem RAM'A göre verilen eğitimden hemde çalışmalardaki gebelerin sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıkları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmadaki neonatal sonuçlara göre **3-Ho hipotezi** "RAM göre eğitim alan gebeler ile kontrol grubu gebelerin, neonatal sonuçlar bakımından aralarında anlamlı bir fark yoktur" **kabul edilmiş olup sadece bebeğin hastanede kalma süresinde reddedilmiştir.**

4.4.3. Eğitim ve Kontrol Grubu Gebelerin Maternal Sonuç Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmada annelerin hastanede kalma süre ortalamalarının (eğitim grubu 2.75 ± 1.64 , kontrol grubu 3.45 ± 1.66) Dadelszen ve arkadaşları (2011)'nin yapmış oldukları çalışmada bildirilenden daha düşük olduğu bildirilmiştir (82). Diğer yandan bu çalışmada gebelerin maternal sistolik ve diastolik kan basıncı ortalamalarının daha önce yapılan çalışma sonuçları ile benzer olduğu görülmüştür (78, 81). Bu sonuçlara göre **4-Ho hipotezi** "RAM göre eğitim alan gebeler ile kontrol grubu gebelerin, maternal sonuçlar bakımından aralarında anlamlı bir fark yoktur" **hipotezi reddedilmiştir.**

4.5. EĞİTİM GRUBU GEBELERİN RAM'a YÖNELİK EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

4.5.1. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Uyum Alanlarına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmada birinci ve ikinci izlemler arasında uyum alanlarına yönelik eğitim ihtiyacındaki azalma en yüksek oranda fizyolojik uyum alanında ve en düşük oranın karşılıklı bağıllık uyum alanında olduğu görülmüştür. Bu sonuç, fizyolojik uyum alanında planlanan davranış değişiklikleri genellikle gebenin kendi kendine yerine getirebileceği uygulamalarken, karşılıklı bağıllık uyum alanındaki uygulamaların gebenin çevresindeki bireylerin katkısına gereksinim duyması ile açıklanabilir.

4.5.2. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Fizyolojik Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmada birinci ve ikinci izlemler arasında fizyolojik uyum alanına yönelik olarak eğitim ihtiyacındaki azalma en yüksek oranda gebelikte kan basıncınının önerilen sınırlar içinde tutulması konusunda gerçekleşirken, en düşük oranın gebelikte vücutta oluşan değişikliklerin nedeni hakkında ve gebeyi rahatsız eden değişimlerin hangi durumlarda şiddetlendine dair konularda olmuştur. Bu sonuçlar, gebelikte vücutta oluşan değişikliklerin nedeni ve gebeyi rahatsız eden değişimlerle ilgili gebelerin değişen ruh hallerine bağlı olarak farklı zamanlarda farklı cevaplar vermiş olabileceği, diğer taraftan gebelikte kan basıncınının önerilen sınırlar içinde tutulmasına dair bilgilerin ise gebenin ruh halinden daha az etkilenen bilgileri içermesi ile açıklanabilir.

4.5.3. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Benlik Kavramı Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmada birinci ve ikinci izlemler arasında benlik kavramı uyum alanına yönelik olarak eğitim ihtiyacındaki azalma en yüksek oranda gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda duygusal durum konusunda gerçekleşirken, en düşük oranın gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda beden imajı, benlik kavramı ve ruhsal bütünlük konularında olmuştur. Araştırmada RAM'a dayalı eğitimlerde

uyumsuz davranışa neden olan uyarının etkisinin azaltılması ya da yok edilmesi hedeflenmekle birlikte, eğer davranış ve uyarın değiştirilemiyorsa pozitif algı geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Benlik kavramı uyum alanına yönelik olarak en büyük farkın gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda duygusal durum konusunda olması verilen eğitimin etkinliğini destekler niteliktedir.

4.5.4. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Rol Fonksiyonu Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmada birinci ve ikinci izlemler arasında rol fonksiyonu uyum alanına yönelik olarak eğitim ihtiyacındaki azalma en yüksek oranda gebelik nedeniyle meydana gelen değişikliklerle baş edebilme ve hipertansiyon başladıktan sonra ev içindeki sorumlulukları yerine getirme konusunda gerekleşiirken, en düşük oranın gebeliğe hazır oluşlukla ilgili konularda olmuştur. Bu sonuç, RAM'a dayalı olarak verilen eğitimin gebeliğe uyum ve gebenin ev içi sorumluluklarını paylaşarak problemlerle baş etmesine yardımcı olduğunu düşündürmektedir.

4.5.5. Eğitim Grubu Gebelerin RAM Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanına Yönelik Birinci ve İkinci İzlem Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmada birinci ve ikinci izlemler arasında karşılıklı bağlılık uyum alanına yönelik olarak eğitim ihtiyacındaki azalma en yüksek oranda gebenin çevresindeki bireyler ve gebeye yaklaşımları konusunda gerekleşiirken, en düşük oranın gebelik, gestasyonel hipertansiyon ve çevreyle iletişim konularında olmuştur. Bu sonuçlar, yapılan eğitim sonucunda gebenin gebeliğine ve hastalığına karşı pozitif algı geliştirmesi ya da çevresinde ona destek olabilecek insanlara kendini daha iyi ifade etmesine bağlı olarak bu kişiilerin gebeye karşı olumlu tutum geliştirmelerinden kaynaklanmış olabilir.

BÖLÜM V

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Gestasyonel hipertansiyonlu gebelere RAM'a göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu, maternal ve neonatal sonuçlara etkisini değerlendirmek amacı yapılan çalışmadan elde edilen başlıca sonuçlar;

- ✓ Çalışmaya katılan gebelerin çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu, büyük bir çoğunluğunun çalışmadığı ve çalışmayan gebelerin hepsinin ev hanımı olduğu,
- ✓ Çalışmaya katılan gebelerin eşlerinin büyük bir kısmının serbest meslek ya da işçi olarak çalıştığı, eğitim grubundaki gebelerin eşlerinin %40.2'si lise ya da üniversite mezunu iken, kontrol grubundaki gebelerin büyük bir çoğunluğunun eşinin ise okuryazar ya da ilkokul mezunu olduğu, her iki gruptaki gebelerin büyük çoğunluğunun gelirinin giderine denk olduğu,
- ✓ Gebelerin büyük çoğunluğunun gebeliklerinin planlı, birinci ve ikinci doğumlarını normal doğum olduğu,
- ✓ Araştırmaya katılan gebelerin küçük bir bölümünün birinci izleme kadar gebeliğinde herhangi bir rahatsızlık yaşamış oldukları, eğitim grubunda gebeliğinde herhangi bir rahatsızlık yaşayan gebelerin %35.7'sinin anemi ve bulantı-kusma şikayeti yaşarken, kontrol grubundaki gebelerin büyük çoğunluğunun bulantı-kusma (%43.8) şikayeti yaşadıkları,
- ✓ Eğitim ve kontrol gruplarındaki gebelerin yaş, gebelik haftası, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve gebelik süresince alınan toplam kilo ortalamaları bakımlarından istatistiksel olarak benzer olduğu,
- ✓ İkinci izlemde eğitim grubundaki gebelerin %14.7'sinde ve kontrol grubundakilerin %3.1'nde hafif preeklamsi, eğitim grubundaki gebelerin %16.2'sinde ve kontrol grubundakilerin %57.8'inde ağır preeklamsi geliştiği ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arası farkın önemli olduğu,
- ✓ Üçüncü izlemde eğitim grubundaki gebelerde preeklamsi olmayan (%64.7) ve hafif preeklamsi olan (%16.2) gebelerin oranı kontrol grubundakilerden daha fazla iken, ağır preeklamsi görülme oranının (%19.1) daha düşük olduğu ve

bu farkın hafif preeklamsi ile ağır preeklamsi olan gruplar arasındaki farkıtan kaynaklandığı,

- ✓ Eğitim grubunun birinci izlem “PKDÖ- GK” puan ortalaması (44.12±11.09) kontrol grubundan (40.89±10.56) daha yüksek olmasına rağmen yapılan istatistiksel analizde, gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu,
- ✓ İkinci izlemde eğitim grubunun “PKDÖ-GK” puan ortalamasının (28.57±4.79) kontrol grubundan (35.45±6.32) daha yüksek olduğu ve yapılan istatistiksel analizde de bu farkın önemli olduğu,
- ✓ Eğitim ve kontrol gruplarındaki gebelerin prezantasyon pozisyon bozukluğu, konjenital malformasyon, respiratuar distres sendromu, neonatal hipoglisemi, neonatal hiperbilirubinemi, bebeğin yoğun bakıma alınma ve doğumun gerçekleştiği gestasyonel hafta bakımlarından benzer oldukları,
- ✓ Her iki grupta intrauterin gelişme geriliği, neonatal mortalite ve ablasyo plesantan görülmediği, kontrol grubunda sadece bir bebekte neonatal enfeksiyon görüldüğü, ayrıca her iki grupta görülen konjenital malfarmosyon vakalarının hepsinin nöral tüp defekti olduğu,
- ✓ Eğitim ve kontrol gruplarındaki gebelerin bebeklerinin baş çevresi, boy uzunlukları, doğum kilosu, gestasyonel hafta, birinci ve beşinci dakika apkar skoru ortalamaları bakımlarından benzer oldukları,
- ✓ Bebeğin ve annenin hastanede kalma süre ortalamalarının benzer olduğu ve aralarında anlamlı pozitif ilişkinin olduğu,
- ✓ Eğitim grubundaki annelerin kontrol grubundakilere göre hastanede kalma süresi, maternal sistolik ve diastolik kan basıncı ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- ✓ Her iki grupta maternal mortalite hiç görülmediği, kontrol grubundaki bir gebede maternal enfeksiyon geliştiği,
- ✓ Birinci izlemde gebelerin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağıllık uyum alanlarındaki eğitim gereksinimlerinin ikinci izlemde büyük oranda azaldığı,
- ✓ Gebelerin fizyolojik uyum alanına yönelik olarak birinci izlemde gebelikte fizyolojik değişiklikler ve gebelikte beslenme, gebelikte vücutta oluşan değişiklikler ve gebeyi rahatsız eden durumların şiddetlendiği durumlar, gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda beslenme planında yapılması gereken değişiklikler, gebelik ve gestasyonel hipertansiyonun günlük aktiviteler

- üzerine etkisi, gebelikte kan basıncının önerilen sınırlar içinde tutulması konularındaki eğitim gereksinimlerinin ikinci izlemde büyük oranda azaldığı,
- ✓ Gebelerin benlik kavramı uyum alanına yönelik olarak birinci izlemde gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda beden imajı, benlik kavramı ve ruhsal bütünlük, gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda fiziksel durum, gebelik ve gestasyonel hipertansiyonda duygusal durum, gestasyonel hipertansiyonun üstesinden gelebilmeye yönelik eğitim gereksinimlerinin ikinci izlemde büyük oranda azaldığı,
 - ✓ Gebelerin rol fonksiyonu uyum alanına yönelik olarak birinci izlemde gebeliğe hazır oluşluk, gebelikte ortaya çıkabilecek durumlarla baş etme, gebelik nedeniyle meydana gelen değişikliklerle baş etme, gebeliği kabul ve gebeliğe uyum sağlama, hipertansiyon başladıktan sonra ev içindeki sorumlulukları yerine getirme, yerine getirilemeyen sorumluluklarla baş etme konularındaki eğitim gereksinimlerinin ikinci izlemde büyük oranda azaldığı,
 - ✓ Gebelerin karşılıklı bağlılık uyum alanına yönelik olarak birinci izlemde gebelik, gestasyonel hipertansiyon ve çevreyle iletişim, gebelerin çevrelerindeki bireyler ve gebeye yaklaşımları konularındaki eğitim gereksinimlerinin ikinci izlemde büyük oranda azaldığı belirlenmiştir.

5.2.ÖNERİLER

Gestasyonel hipertansiyonlu gebelere RAM'a göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu, maternal ve neonatal sonuçlara etkisinin incelendiği bu araştırmada elde edilen verilere dayalı olarak;

- ✓ Doğum öncesi verilen sağlık hizmetlerinin kapsamına gestasyonel hipertansiyonla ilgili bu çalışmada kullanılan RAM göre yapılandırılmış gestasyonel hipertansiyon eğitim kitapçığının, eğitim ve danışmanlık hizmetlerine entegre edilmesi,
- ✓ Gebelikte hipertansif bozuklukların antenatal dönemdeki yönetiminde gebelik uyumunda etkin olabilecek hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarının RAM göre yapılandırılmış eğitim konusunda farkındalığının artırılmasına yönelik hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması,
- ✓ Sağlık hizmet yöneticilerinin gebelikte hipertansif bozuklukların antenatal dönemdeki yönetimi konusundaki hizmet planlamalarına RAM göre yapılandırılmış eğitimi entegre etmeleri,
- ✓ Araştırmanın farklı örneklem grupları ile farklı eğitim yöntemleri kullanılarak ve gebenin çevresindeki diğer kişilerin de eğitime dâhil edilerek tekrarlanması önerilebilir.

BÖLÜM VI

ÖZET VE ABSTRACT

6.1. ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı gestasyonel hipertansiyonlu gebelere Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu, maternal ve neonatal sonuçlara etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, ön test-son test kontrol gruplu, yarı deneysel olarak, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde, Kasım 2012- Şubat 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya gestasyonel hipertansiyon tanısı almış eğitim grubunda 68, kontrol grubunda 64 olmak üzere toplam 132 gebe dâhil edilmiştir. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği, Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu, Maternal ve Neonatal Sonuçları Değerlendirme Formu ile toplanmıştır. Eğitim grubuna birinci izlemden bir hafta sonra ve ikinci izlemden Roy Adaptasyon Modeline göre eğitim verilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, t-testi, ki-kare, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Eğitim ve kontrol grupları sosyo-demografik, obstetrik özellikler ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak benzerdi. İkinci izlemden eğitim grubundaki gebelerin %14.7'sinde ve kontrol grubundakilerin %3.1'inde hafif preeklamsi olduğu, eğitim grubundaki gebelerin %16.2'sinde ve kontrol grubundakilerin %57.8'inde ağır preeklamsi geliştiği ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arası farkın önemli olduğu bulunmuştur. Üçüncü izlemden eğitim grubundaki gebelerde preeklamsi olmayan (%64.7) ve hafif preeklamsi olan (%16.2) gebelerin oranı kontrol grubundakilerden daha fazla iken, ağır preeklamsi görülme oranının (%19.1) daha düşük olduğu saptanmıştır. İkinci izlemden eğitim grubunun Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği puan ortalamasının (28.57±4.79) kontrol grubundan (35.45±6.32) daha yüksek olduğu ve yapılan istatistiksel analizde de bu farkın önemli olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Bu araştırma Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon prognozuna, gebeliğe uyum sürecine ve maternal sonuçlara olumlu katkı sağladığı ve neonatal sonuçları etkilemediği sonuçlarını ortaya koymuştur. Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitim programının gestasyonel hipertansiyonlu gebelerin bakımına entegre edilmesi ile anne-bebek sağlığına olumlu katkı sağlanabilir.

Anahtar Sözcükler: Bakım, gebelik, hemşirelik, hipertansiyon, Roy Adaptasyon Modeli, uyum,



6.2. ABSTRACT

Aim: The aim of the present study was to examine effects on gestational hypertension, adaptation to pregnancy, maternal and neonatal outcomes of education given according to the Roy Adaptation Model to pregnant women with gestational hypertension.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental, pretest-posttest control group study conducted between November 2012 and February 2015 at the Gynaecology and Obstetrics Clinics of the Aydın Maternity and Children's Hospital (Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinikleri). A total of 132 pregnant women diagnosed with gestational hypertension were included in the study, 68 in the experimental group and 64 in the control group. Data were collected using a personal information form, the Acceptance of Pregnancy Subscale of the Prenatal Self-Evaluation Questionnaire, a semi-structured interview form based on the Roy Adaptation Model, a gestational hypertension prognosis form and maternal and neonatal outcomes evaluation form. The experimental group were given education according to the Roy Adaptation Model one week after their first monitoring visit and at their second monitoring visit. Descriptive statistics and the t-test, Chi square and Mann-Whitney U test were used to evaluate the data.

Results: The experimental and control groups were statistically similar with regards to socio-demographic and obstetric characteristics and mean scores on the Acceptance of Pregnancy Subscale of the Prenatal Self-Evaluation Questionnaire. At the second monitoring visit, it was found that 14.7% of the experimental group and 3.1% of the control group had mild preeclampsia, while 16.2% of the experimental group and 57.8% of the control group had developed severe preeclampsia; these differences between groups were found to be significant in the statistical analysis. At the third monitoring visit, it was determined that the proportion of pregnant women without preeclampsia (64.7%) or with mild preeclampsia (16.2%) was higher in the experimental group than in the control group while the proportion of those with severe preeclampsia (19.1%) was lower. At the second monitoring visit, it was found that the mean score of the experimental group (35.45 ± 6.32) on the Acceptance of Pregnancy Subscale of the Prenatal Self-Evaluation Questionnaire was higher than that of the control group (28.57 ± 4.79). This difference was found to be statistically significant.

Conclusion: This study has revealed that education given according to the Roy Adaptation Model makes positive contributions to gestational hypertension prognosis, the process of adaptation to pregnancy and maternal outcomes, but does not affect neonatal outcomes. The integration of educational programmes given according to the Roy Adaptation Model into the care of pregnant women with gestational hypertension may make a positive contribution to maternal and infant health.

Keywords: Care, pregnancy, nursing, hypertension, Roy Adaptation Model, adaptation



BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. MÜSBED 2014; 4(4):200-206.
2. Hu Rang, Li, Yingxue, I, Zhang Z, Yan W. Antenatal depressive symptoms and the risk of preeclampsia or operative deliveries: A meta-analysis. PLOS-ONE 2015; 10(3).
3. Lee LYK, Tsang AYK, Wong KF, Lee JKL. Using the Roy Adaptation Model to develop an antenatal assessment instrument. Nursing Science Quarterly 2011; 24(4) 363–369.
4. Stark MA. Relationship of psychosocial tasks of pregnancy and attentional functioning in the third trimester. Research in Nursing & Health 2001; 24:194-202.
5. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, 2012, Ankara.
6. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Derg 2010;20(3):99-108.
7. Gilbert ES. Manuel of high risk & delivery. Fifth edition, Mosby Elsevier 2011; 416-460.
8. Yiğit F. Perinatoloji Hemşireliği. Ed. Kömürcü N, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü Bakanlık Yayını 2010; 224-240

9. Ocağcı A. Sağlıkın korunma ve geliştirilmesinde hemşirelik hizmetlerinin rolü, 2007 (accessed 16.02.2013 (available from: <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>).
10. Elizabeth N. Maternal role development: The impact of maternal distress and social support following childbirth. *Midwifery* 2011; 27(2):265-272.
11. İşbir GG, Mete S. Experiences with nausea and vomiting during pregnancy in Turkish women based on Roy Adaptation Model: A content analysis. *Asian Nursing Research* 2013; 7: 175-181.
12. Ospina RAMO, Rodriguez LM, Cardenas CHR. Coping and adaptation process during puerperium. *Colombia Médica* 2012; 43: (2).
13. Weis KL. Maternal identity formation in a military sample: A longitudinal perspective, theses of Ph.D: university of North Carolina , 2006.
14. Anton L, Olarerin-George AO, Hogenesch JB, Elovitz, MA. Placental expression of miR-517 a/b and miR-517c contributes to trophoblast dysfunction and preeclampsia. *PLOS-ONE* 2015; 10(3).
15. Aggarwal N, Negi N, Aggarwal A, Bodh V, Dhiman RK. Pregnancy with portal hypertension. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology* 2014; 4(2):163–171.
16. Duhig KE, Shennan AH. Recent advances in the diagnosis and management of pre-eclampsia. *F1000 Prime Reports* 2015; 7:24.
17. English FA, Kenny LC, McCarthy FP. Risk factors and effective management of preeclampsia. *Integrated Blood Pressure Control* 2015; (8): 7-12.
18. Maura SBMH, Lopes LM, Murthi P, Costa FS. Prevention of preeclampsia, Hindawi Publishing Corporation *Journal of Pregnancy*, Volume 2012.

19. Shim SS, Lee CH, Jun JK. Midtrimester maternal plasma concentrations of angiopoietin 1, angiopoietin 2, and placental growth factor in pregnant women who subsequently develop preeclampsia, *Obstet Gynecol Sci* 2015; 58(1):10-16.
20. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *JOGC* 2008; 30(3): 1-37.
21. Lowe SA, Bowyer L, Lust K, McMahon LP, Morton MR, North RA ve ark. The SOMANZ guideline for the management of hypertensive disorders of pregnancy, Somanz Society Of Obstetric Of Australia And New Zealand, 2014.
22. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, Switzerland, 2011; 1-31.
23. Yanık FF, Gülümser Ç. Gestasyonel hipertansiyon, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2012; 5(4):90-4.
24. Agrawal S, Fledderjohann J, Vellakkal S, Stuckler D. Adequately diversified dietary intake and iron and folic acid supplementation during pregnancy is associated with reduced occurrence of symptoms suggestive of pre –eclampsiz or eclampsia in Indian women. *PLOS-ONE* 2015; 10(3).
25. Demirel Ö. Öğretme Sanatı, 11. Baskı, Ankara, Pegem Yayıncılık, 2007; 117-125.
26. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Second Edition, Philadelphia, Fa Davis Company, 2005; 364-437.
27. Katz VL. Prenatal Bakım. In: Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Eds: Gibbs S, Karlan YB, Haney FA, Nygonard I. Çeviren: Ayhan A: İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi, 2010.

28. Saghafi MD, Vatanchi AM, MD, Fatemeh TMD, Leila PMD, Salmeh DMD. Evaluation of selected thrombotic factors among pregnant women with preeclampsia and normal pregnant women, *Iran J Reprod Med* 2014; 12 (12): 793-798.
29. Vafaei H, Dalili M, Hashemi SA. Serum concentration of calcium, magnesium and zinc in normotensive versus preeclampsia pregnant women: A descriptive study in women, *Iran J Reprod Med* 2015; 13 (1): 23-26.
30. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(6): 479-484.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Damla Matbaacılık Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti, Ankara, 2009; 9-41.
32. Roy C. The Roy Adaptation Model. New Jersey Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health, 3rd ed, 2009; 35-50.
33. Ertem ÜT. Eğitim ve öğrenme, sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. Ed. Ay AF, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013; 140-152.
34. Gökkaya Z. Yetişkin eğitiminde yeni bir yaklaşım: Oyunlaştırma. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi 2014; 11-1 (21): 71-84.
35. Cho GJ, Kim LY, Min KJ, Sung YN, Hong SC, Oh MJ. Prior Cesarean section is associated with increased preeclampsiz risk in a subsequent pregnancy. *Pregnancy and Childbirth* 2015; 15(24).
36. Vigil-De GP. Maternal deaths due to eclampsia and HELLP syndrome. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;104(2):90-4.

37. Yıldız TŞ, Şahin L. HELLP Sendromu ve anestezi, *Anestezi Dergisi* 2012; 20 (2): 73 – 79.
38. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF. Hypertensive disorders in pregnancy. In: *Williams Obstetrics*, 22nd edition. Stamford, CT: McGraw–Hill. 2005; 761–69.
39. Çoban A. Riskli Gebelikler. *Kadın Sağlığı*. Ed. Şirin A, Kavlak O. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul, 2008; 522-563.
40. Demirci O, Kumru P, Arıncan A, Ardıç C, Arısoy R, Tozkır E. Ve ark. Spot protein/creatinine ratio in preeclampsia as an alternative for 24-hour urine protein. *Balkan Med J* 2015; 32(1): 51-55.
41. Leavey K, Bainbridge SA, Cox BJ. Large scale aggregate microarray analysis reveals three distinct molecular subclasses of human preeclampsia. *PLOS-ONE* 2015; 10(2).
42. Yang JJ, Lee SA, Choi JY, Song M, Han S, Yoon HS et. al. Subsequent risk of metabolic syndrome in women with a history of preeclampsia: data from the health examinees study, *J Epidemiol* 2015, 281-8.
43. Sibai B, Dekker G, Kupfermanc M. Pre–eclampsia. *Lancet* 2005; 365: 785–99.
44. Clarke PN, Barone SB, Hanna D, Senesac PM. Roy’s Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly* 2011; 24(4) 337–344.
45. Cihangir N. Astımlı adölesanlarda Uyum ve Öz-Bakım Modellerine göre geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi*, Ankara, 2007; 14-28
46. Alligood MR, Tomey AM. *Nursing Theory: Utilization & application*. 3 Th Edition, America, Mosby Company, 2006; 307-333.

47. Barone SH, Roy CL, Frederickson KC. Instruments used in roy adaptation model-based research: Review, critique and future directions. *Nurs Sci Q* 2008; 21(4):353-62.
48. Fawcett J. The Nurse Theorists: 21 St-Century Uptades- Calista Roy. *Nursing Science Quarterly* 2002; 15 (4): 308-310.
49. Fawcett J, Aber C, Haussler S. Women's perceptions of caesarean birth: a Roy international study. *Nursing Science Quarterly* 2011; 24(4) 352–362.
50. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma ve çözümlenme. D.E.Ü. Rektörlük Basımevi, İzmir, 2006.
51. İşbir GG. Roy adaptasyon modeline dayalı danışmanlığın gebelikte bulantı kusmaya etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 2011; 23-65.
52. Şen E. Gestasyonel diyabet eğitiminin maternal sağlık davranışları, öz etkililik düzeyi ve neonatal sonuçlar üzerindeki etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 2011; 1-116.
53. Serçekuş PF. Doğuma hazırlık sınıfı ve bireysel eğitimin gebelik ve postpartum uyuma etkisinin incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 2010; 4-47.
54. Lederman R, Lederman E. Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. *Nursing Research* 1979; 28 (4): 9 4-97.
55. Stark MA. Psychosocial adjustment during pregnancy: The experience of mature gravidas. *JOGNN* 1997; 26(2): 206-211.
56. Kiehl EM, White MA. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and The United States. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; 17:96-103.

57. Taşçı KC, Mete S. Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Araştırması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;10:20-29.

58. Beydağ KD, Mete S. Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11: 16-24

59. Top ED. Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon belirti düzeyinin azaltılmasında eğitimin etkinliği, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2012;39-41

60. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013; 17-103.

61. Melekoğlu R. Adölasan Gebelikler: Maternal ve fetal sonuçlar, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, 2012; 25-37.

62. Dehkordi MAR, Soleimani A, Gholami AH, Vardanjani AK, Dehkordi SAR. Association of deficiency of coagulation factors (Prs, Prc, ATIII) and FVL positivity with preeclampsia and/or eclampsia in pregnant women. International Journal of Hematology- Oncology and Stem Cell Research 2014; 8(4): 5-11.

63. Yılmaz SD, Pasinlioğlu T. Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi, Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2014; 1(1):14-24.

64. Tekiner SA, Çetin F, Ceyhun, AG, Kafkaslı A. Planlanmamış gebelikler ile kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki, Dirim Tıp Dergisi 2010; 85(2): 65-71.

65. Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum arışını önlemenin bir yolu: “ Bir kez sezaryen hep sezaryen yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve

hemşirenin rolleri". Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Dergisi 2011; 89-100.

66. Lederman R, Wels K Psychosocial adaptation to pregnancy: Seven dimensions of maternal role development. In: Psychosocial Adaptation to Pregnancy. 3. rd ed. New York: Springer 2009; 1-264.

67. Çulha G, Ocaktan ME, Çöl M. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerde hipertansiyon araştırması. Türkiye Klinikleri 2010; 30(2):639-49.

68. Doyurgan T K. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2009.

69. Arslan, O. İkinci ve üçüncü trimester preeklamsi ve intrauterin gelişme kısıtlılığı olan fetüslerde sonografik umbilikal kord morfolojisinin perinatal sonuçlarla ilişkisi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Antalya, 2012; 27-34.

70. Kartal U. Eklemsili ve Hellp Sendromlu hastalarda FGFR4 geninde Gly388Arg polimorfizminin araştırılması. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2012; 30-40.

71. Mutlugüneş E, Mete S. Gebelikte bulantı kusma ile annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişki. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013; 2(1):8-14.

72. Gezginç K, Yazıcı F, Sayal HB. Gebeliğin hipertansif hastalıkları. Tıp Araştırmaları Dergisi 2013; 11(Ek 2/Kadın Hastalıkları ve Doğum): 1-9.

73. Coşar E, Köken G, Köken R, Şahin FK, Yeşildağ E, Arıöz DT ve ark. Gebelik ve nöral tüp defektleri. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2009; 6 (3):193- 6

74. Backes CH, Markham K, Moorehead P, Cordero L, Nankervis CA, Giannone PJ. Maternal preeclampsia and neonatal outcomes. Hindawi Publishing Corporation Journal of Pregnancy 2011; 7 pages.

75. Çetinkaya M, Köksal N, Sağlam H, Tarım Ö. Neonatal hipoglisemili olgularımızın değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 32 (3) 87-91.

76. Hahn S. Preeclampsia–will orphan drug status facilitate innovativ ebiological therapies? Frontiers in Surgery 2015; 2(7): 1-4.

77. Özdoğan T, Aldemir EY, Kavuncuoğlu S. Orta derece ve geç prematüre bebekler ve sorunları. İKSST Derg 2014; 6(2):57-64.

78. Ayaz A, Muhammad T, Hussain SA, Habib S. Neonatal outcome in pre-eclamptic patients. J Ayub Med Coll Abbottabad 2009; 21(2):53-55.

79. Şahinöz T, Şahinöz S. Demografik ve bazı sağlık göstergeler açısından Türkiye'nin dünyadaki durumu, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(1): 1-11.

80. Arıkan D, Çelebioğlu A, Tüfekçi FG. (2013). Çocukluk dönemlerinde Büyüme ve Gelişme, Ed. Conk, Başbakkal, Bal Yılmaz, Bolışık, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2013; 53-66.

81. Altun O. Preeklamside plazma homosistein ve paraoksonaz düzeylerinin araştırılması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa, 2009; 18-25.

82. Dadelszen PV, Payne B, Li J, Ansermino JM, Pipkin FB, Cote AM et.al. Prediction of adverse maternal outcomes in pre-eclampsia: Development and validation of the FullPIERS model, Lancet 2011; 377: 219–27.

EK I
Tanıtcı Bilgi Formu

Denek No:

Gebenin Adı Soyadı:

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Gebelik haftanız nedir?.....
3. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) İlkokul
 - b) Ortaokul
 - c) Lise
 - d) Yüksekokul
4. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - a) Okuryazar değil
 - b) Okuryazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Yüksekokul
5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
6. Cevabınız evet ise mesleğiniz nedir?
7. Eşinizin mesleği nedir?
 - a) Memur
 - b) Serbest Meslek
 - c) İşçi
 - d) Esnaf
 - e) Diğer.....
8. Gelir durumunuz nedir?
 - a) Gelir giderden az
 - b) Gelir gidere denk
 - c) Gelir giderden çok
9. Kaç kez gebe kaldınız?.....
10. Kaç kez canlı doğum yaptınız?.....
11. Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?.....
12. Kaç tane kendiliğinden düşük yaptınız?.....

13. Kaç kez küretaj oldunuz?.....

14. Kaç kez ölü doğum yaptınız?.....

15. Şu anki gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

a) Evet b) Hayır

16. Şu ana kadar ki doğum/doğumlarınızı hangi yöntemle yaptınız? Niçin?

1. Doğum..... Niçin?.....

2. Doğum..... Niçin?

3. Doğum..... Niçin?

4. Diğer..... Niçin?

17. Gebe kalmadan önceki kilonuz nedir?.....kg

18. Şu anki kilonuz nedir?.....kg

19. Boy uzunluğunuz kaç.....cm'dir?

20. Gebeliğinizin başından şu ana kadar herhangi bir rahatsızlık yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

21. Cevabınız evet ise yaşadığınız rahatsızlık nedir?
.....

EK II

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (PKDÖ- GK)

Aşağıdaki ifadeler gebeler tarafından oluşturulmuştur. Aşağıdaki her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleysin lütfen.

Lederman'nın Gebelikte Kendini Değerlendirme Ölçeği	Çok fazla Tanımlıyor	Kısmen Tanımlıyor	Biraz Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyor
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
3. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
4. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
5. Hamile olmaktan memnunum.				
6. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
7. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
8. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
9. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
10. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
11. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
12. Şu an hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
13. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
14. Hamile olduğum için mutluyum.				

EK III

RAM'a Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

RAM'a Dayalı Hazırlanmış Sorular	1. izlem			2. izlem		
	Cevaplar	Eğitim gereksinimi varlığı		Cevaplar	Eğitim gereksinimi varlığı	
		Var	Yok		Var	Yok
Fizyolojik Uyum Alanı						
Gebeliğinizde fizyolojik olarak vücudunuzda ne gibi değişiklikler oldu?						
Gebelikte vücudunuzda oluşan değişikliklerin neden kaynaklandığını düşünüyorsunuz?						
Sizi rahatsız eden değişimler, en çok hangi durumlarda şiddetleniyor?						
Beslenmenizden bahsedebilir misiniz?						
Gebeliğinizde tansiyonunuz yükselmeye başladıktan sonra beslenmenizde ne gibi değişimler oldu?						
Genel olarak bir gün içinde neler yapıyorsunuz? Tansiyon yüksekliği günlük aktivitelerinizi nasıl etkiledi?						
Tansiyonunuzu önerilen sınırlar içinde tutmak için neler yapıyorsunuz?						
Benlik Kavramı Uyum Alanı						
Gebeliğinizin şu ana kadar nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Tansiyonunuz yükselmeye başladığından beri kendinizi fiziksel olarak nasıl hissediyorsunuz?						

Tansiyonunuz yükselmeye başladığından beri kendinizi duygusal olarak nasıl hissediyorsunuz?						
Gebelikteki hipertansiyonun (Gestasyonel Hipertansiyon) üstesinden gelebilme konusunda ne düşünüyorsunuz?						
Rol fonksiyonu Uyum Alanı						
Sizce gebe olmak için nasıl bir zaman ?						
Gebeliğinizde ortaya çıkabilecek durumlarla baş etme konusunda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?						
Gebelik nedeniyle meydana gelen değişiklikler sizi nasıl etkiliyor?						
Gebe olma konusunda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?						
Gebeliğinize uyum sağlama konusunda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?						
Hipertansiyon başladıktan sonra ev içindeki sorumluluklarınız nasıl etkilendi?						
Yerine getiremediğiniz sorumluluklarınız konusunda neler hissediyorsunuz?						
Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı						
Gebelik çevrenizdeki insanlarla ilişkilerinizi nasıl etkiledi?						
Hipertansiyon çevrenizdeki insanlarla ilişkilerinizi nasıl etkiledi?						
Çevrenizdeki bireylerin size olan yaklaşımlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?						

EK IV

Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu

Gestasyonel Hipertansiyon Prognozu				
Hafif Preeklamsi Belirtileri	İkinci İzlem		Üçüncü İzlem	
*Sistolik Kan Basıncının 140-159 mmHg arasında olması				
*Diastolik Kan Basıncı 90-109 mmHg arasında olması				
Proteinüri ($\geq 1+$) olması				
Yukarıdaki Belirtilere Göre Hafif Preeklamsi Varlığı	Var	Yok	Var	Yok
Ağır Preeklamsi Belirtileri				
*Sistolik Kan Basıncı ≥ 160 mmHg				
*Diastolik kan basıncı ≥ 110 mmHg				
Proteinüri 2 gr/24 saat				
Yukarıdaki Belirtilere Göre Ağır Preeklamsi Varlığı	Var	Yok	Var	Yok
Eklamsi Belirtileri				
Preeklamsi belirtilerine ek olarak konvülsiyonların varlığı				
Yukarıdaki Belirtilere Göre Eklamsi Varlığı	Var	Yok	Var	Yok
HELLP Sendromu				
Hemoliz				
Artmış karaciğer enzimleri				
Düşük trombosit sayısı				
Anormal periferik yayma				
Laktat dehidrogenaz (LD) 600 Unite/l				
Total bilirubin $\geq 1,2$ gr/dl				
Yukarıdaki Belirtilere Göre HELLP Sendromu Varlığı	Var	Yok	Var	Yok
Şu anki kilonuz kaçır?				

*Aynı koldan en az iki kez ölçüm sonucudur.

EK IV-I
Haftalık Kan Basıncı Takip Formu

Haftalar	Büyük Tansiyon	Küçük Tansiyon
1. HAFTA		
2. HAFTA		
3. HAFTA		
4. HAFTA		
5. HAFTA		
6. HAFTA		
7. HAFTA		
8. HAFTA		
9. HAFTA		
10. HAFTA		
11. HAFTA		
12. HAFTA		
13. HAFTA		
14. HAFTA		
15. HAFTA		
16. HAFTA		
17. HAFTA		
18. HAFTA		
19. HAFTA		
20. HAFTA		

*Kan basıncı ölçümünün güvenilirliği açısından kan basıncını sürekli olarak aynı yerde ve aynı tansiyon aleti ile ve aynı koldan ölçtünüz.

EK V

Maternal ve Neonatal Sonuçları Değerlendirme Formu

DEĞERLENDİRME PARAMETRELERİ	SAYISAL VERİLER	VAR	YOK
Prezantasyon pozisyon bozukluğu			
**İntrauterin gelişme geriliği			
Doğumun gerçekleştiği gestasyonel hafta	...		
Birinci dakika apkar skoru	...		
Beşinci dakika apkar skoru	...		
Konjenital malformasyon			
Neonatal mortalite			
Respiratuar distres sendromu			
Neonatal enfeksiyon			
Neonatal hipoglisemi			
Neonatal hiperbilirubinemi			
Bebeğin yoğun bakıma alınma durumu			
Bebeğin hastanede kalma süresi	...		
*Maternal Kan Basıncı	...		
Maternal mortalite			
Ablasyo plesanta gelişme durumu			
Maternal enfeksiyon			
Annenin hastanede kalma süresi	...		

*Hastanede yattığı süre boyunca en yüksek kan basıncı değeridir.

** Bebeğe büyüme gelişme geriliği varlığı EK V-I formundaki değerler kullanılarak değerlendirilecektir.

EK V-I

Bebeklerin Bazı Antropometrik Ölçümler Formu

PARAMETRELER	EĞİTİM	KONTROL
Baş çevresi		
Boy		
Kilo		



EK VI

RAM'a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı
(RAM'a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı Tezin
Arka Kapağındadır)



EK VII

Eğitim Kitapçığı Değerlendirme Formu

Sayın Öğretim Elemanı

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisiyim. “Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Gestasyonel Hipertansiyon, Gebelik Uyumu ve Gebelik Sonuçlarına Etkisi” başlıklı tez çalışmamda kullanılmak üzere geliştirdiğim eğitim materyalinin hazırlık aşamasının tamamlanması için uzmanların görüş ve önerilerine gereksinim duyulmaktadır. Bu amaçla sizden eğitim materyalini dikkatli okumanızı ve aşağıdaki verilen soruları yanıtlamanızı rica ediyorum. Değerli görüşleriniz eğitim materyalinin gelişimine katkı sağlamada çok önemli olacaktır. İlginize teşekkür ederim.

Keziban AMANAK

	Çok Katlıyorum	Orta Derecede Katlıyorum	Az Katlıyorum	Hiç Katılmıyorum	Gereksiz	Fikrim Yok	Görüşler
Kurgusal Özellikler							
1. Alt başlıklar mantıklı bir şekilde düzenlenmiş							
2. Bölümler arasında uyum bulunmakta							
3. Genel olarak okuyucunun anlayabileceği biçimde yazılmış							
İçerik İle İlgili Özellikler							
4. Verilen bilgilerin kapsamı yeterli							
5. Verilen bilgiler aydınlatıcı ve kullanılabilir							
6. Kaynakları güncel ve konu ile ilgili							
Türkçe Anlatımı İle İlgili Özellikler							
7. Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor							
8. Gereksiz tekrarlar yok							
9. Gereksiz ayrıntılar yok							
10. Anlamayı güçleştiren sözcükler yok							
11. Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış							
Basım Niteliği İle İlgili Özellikler							
12. Metnin diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkmıyor							
13. Yanlış yazılmış sözcükler yok							
14. Materyalin kapağının içeriği ve görüntüsü ilgi çekici biçimde hazırlanmış							

EK VIII**RAM'A GÖRE YAPILANDIRILMIŞ GESTASYONEL HİPERTANSİYON GEBE EĞİTİM PROGRAMI**

TARİH	KONULAR	ÖĞRETİM TEKNİKLERİ	ÖĞRETİM MATERYALİ	SÜRE
1. Oturum	- Gebeliğin Oluşumu - Gebelikte Vücuttaki Fizyolojik Değişiklikler	Anlatım Tekniği Soru-Cevap Tekniği	Yazılı eğitim materyali Örnek durum Flipchart	30-40 dk
2. Oturum	- Gebelikte Ortaya Çıkan Hipertansif Bozukluklar - Gebelikte Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Gestasyonel Hipertansiyonun Gebelik Üzerine Etkileri	Anlatım Tekniği Soru-Cevap Tekniği	Yazılı eğitim materyali Örnek durum Flipchart	30-40 dk
3. Oturum	- Gebelik ve Gestasyonel Hipertansiyonun Benlik Kavramı Üzerine Etkileri (Beden İmajı ve Gestasyonel Hipertansiyon ile Baş Edebilme Konusunda Düşünme vs.)	Anlatım Tekniği Soru-Cevap Tekniği	Yazılı eğitim materyali Örnek durum Flipchart	15-20 dk
4. Oturum	- Gebelik ve Gestasyonel Hipertansiyonun Gebenin Rol Fonksiyonu Üzerine Etkileri	Anlatım Tekniği Soru-Cevap Tekniği	Yazılı eğitim materyali Örnek durum Flipchart	15-20dk
5. Oturum	- Gebelik ve Gestasyonel Hipertansiyonda Gebe İçin Anlamli Kişiler ve Destek Sistemlerinin Önemi	Anlatım Tekniği Soru-Cevap Tekniği	Yazılı eğitim materyali Örnek durum Flipchart	15-20dk

EK IX

RAM'a DAYALI BAKIM PLANI ÖRNEĞİ (EĞİTİM GRUBU 7. GEBE)

Davranış	Odak	Etkileyen Uyarın	Olası Uyarın	Tanı	Girişimler	Değerlendirme
Yorgun olduğunu ifade etme (Fizyolojik Uyum Alanı)	Gebelik	- Gebelik hakkında sahip olunan bilgi -Yetersiz eş ve çevre desteği -Gebelik konusunda olumsuz düşünceler	Gebelik hakkındaki inançlar	Yorgunluk	RAM'a dayalı olarak verilen eğitim ve gebeyle birlikte planlanan davranış değişiklikleri	Uyumlu Davranışlar -Gün içinde düzenli dinlenme periyodları oluşturduğunu ifade etme -Kendini dinlenmiş hissettiğini ifade etme Uyumsuz Davranışlar -Gün içinde yapılması planlanan düzenli dinlenme periyodlarını uygulayamadığını ifade etme -Kendini hala yorgun hissettiğini ifade etme

<p>Gestasyonel hipertansiyonun olası sonuçlarından korktuğunu ifade etme (Benlik Kavramı Uyum alanı)</p>	<p>Gestasyonel hipertansiyon</p>	<p>-Gestasyonel hipertansiyon hakkında sahip olunan bilgi -Yetersiz eş ve çevre desteği -Gestasyonel hipertansiyon hakkında olumsuz düşünceler</p>	<p>Gestasyonel hipertansiyon hakkındaki inançlar</p>	<p>Gestasyonel hipertansiyonun olası sonuçlarına bağlı korku</p>	<p>RAM'a dayalı olarak verilen eğitim ve gebeye birlikte planlanan davranış değişiklikleri</p>	<p>Uyumlu Davranışlar: -Gestasyonel hipertansiyonun olası sonuçlarına yönelik korkusunun azaldığını ifade etme -Gestasyonel hipertansiyonun üstesinden gelmede kendine güvendiğini ifade etme</p> <p>Uyumsuz Davranışlar -Gestasyonel hipertansiyonun olası sonuçlarına yönelik korkusunun devam ettiğini ifade etme -Gestasyonel hipertansiyonun üstesinden gelebilme konusunda olumsuz düşünceler</p>
--	----------------------------------	--	--	--	--	---

<p>Gebelikte meydana gelen değişikliklerle ilgili endişesinin olduğunu ifade etme (Rol Fonksiyonu Uyum Alanı)</p>	<p>Gebelik</p>	<p>- Gebelikte meydana gelen değişikliklerle ilgili sahip olunan bilgi - Gebelikte meydana gelen değişikliklerle ilgili olumsuz düşünceler</p>	<p>Gebelik hakkındaki inançlar</p>	<p>Anksiyete</p>	<p>RAM'a dayalı olarak verilen eğitim ve gebeyle birlikte planlanan davranış değişiklikleri</p>	<p>Uyumlu Davranışlar -Gebelikte meydana gelen değişikliklerle ilgili endişesinin azaldığını ifade etme Uyumsuz Davranışlar - Gebelikte meydana gelen değişikliklerle ilgili endişesinin devam ettiğini ifade etme</p>
<p>Gün içindeki zamanının büyük bir kısmını yalnız geçirdiğini ifade etme (Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı)</p>	<p>Gebelik</p>	<p>-Gebelik hakkında sahip olunan bilgi -Yetersiz eş ve çevre desteği -Gebelikle ilgili olumsuz düşünceler</p>	<p>Gebelik hakkındaki inançlar</p>	<p>Sosyal İzolasyon</p>	<p>RAM'a dayalı olarak verilen eğitim ve gebeyle birlikte planlanan davranış değişiklikleri</p>	<p>Uyumlu Davranışlar - Gün içindeki zamanının büyük bir kısmını aile üyeleri ya da arkadaşlarıyla geçirdiğini ifade etme Uyumsuz Davranışlar - Gün içindeki zamanının büyük bir kısmını yalnız geçirdiğini ifade etme</p>

EK X

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu–I (Eğitim Grubu İçin)

Araştırmanın Adı: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu ve gebelik sonuçlarına etkisi.

Bu çalışma RAM'a göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu, maternal ve neonatal sonuçlara etkisini değerlendirmek için planlanmıştır.

Birinci İzlem (20-24. Gestasyon Haftası): Üç aşamadan oluşmaktadır.

Birinci Aşama: Veri toplama formlarının doldurulması aşamasıdır. Bu aşamada gestasyonel hipertansiyonlu gebeler hastanede o saatte boş ve uygun olan bir odaya alınarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Bilgilendirilmiş Onam Formu, Tanıtıcı Bilgiler Formu, PKDÖ- GK, RAM'a Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu uygulanacaktır. Ayrıca gebelerden araştırma sürecinin başından sonuna kadar haftada bir kez kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirmeleri istenecektir. Kan basıncı ölçümünün güvenilirliğini sağlamak için gebelerden kan basıncını aynı yerde, aynı tansiyon aleti ile ve aynı koldan ölçtürmeleri talep edilecektir.

İkinci Aşama: Doldurulan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile RAM'ne göre uyum alanlarında yer alan uyumsuz davranışlar belirlenecektir.

Üçüncü Aşama: Belirlenen uyumsuz davranışlara sebep olan uyaranlarla baş etmeye yönelik olarak birinci izlemden bir hafta sonra gebeye hastanede o saatte boş ve uygun olan bir odada bireysel eğitim verilecektir. Modele dayalı eğitimde uyumsuz davranışa neden olan uyaranın etkisinin azaltılması ya da yok edilmesi hedeflenmekle birlikte, eğer davranış ve uyaran değiştirilemiyorsa pozitif algı geliştirilmesi amaçlanmıştır. Gebenin, gebelik ve hastalığa uyum sağlayabilmesi için beş oturum şeklinde, fizyolojik uyum alanı, benlik kavramı uyum alanı, rol fonksiyonu uyum alanı, karşılıklı bağlılık uyum alanına yönelik olarak eğitim kitapçığı doğrultusunda eğitim verilecektir. Eğitimde fizyolojik uyum alanındaki konular iki oturum şeklinde anlatılacak ve her bir oturum 30-40 dk sürecektir. Benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık uyum alanlarının her biri 15-20 dk süren üç oturum şeklinde yapılacaktır. Eğitim araştırmacı tarafından hazırlanan "RAM'a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı" ile tüm uyum alanlarını içerecek şekilde anlatılacak ve sorun saptanan uyum alanlarına yönelik olarak her bir oturum için standart eğitimlere 15 dk süre eklenecektir. Gebelerin eğitiminde benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık uyum alanlarına

yönelik olarak yapılan en önemli müdahale pozitif algının oluşturulması şeklinde olacaktır. Ayrıca gebelerle birlikte bir sonraki görüşmeye kadar gebelik ve hastalıklarına uyumlarını artırabilecekleri davranış değişiklikleri planlanacak ve “RAM’a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı” kendilerine verilecektir.

Dördüncü Aşama: Eğitimden sonra ikinci izleme kadar gebelerle haftada bir telefon görüşmeleri yapılarak birlikte planlanan davranış değişikliklerine uyumları kontrol edilecek ve gebelerin var olan soruları yanıtlanacaktır.

İkinci İzlem (30-34. Gestasyon Haftası):

Birinci Aşama: Veri toplama formlarının doldurulması aşamasıdır. Gebelere yine hastanede o saatte boş ve uygun olan bir odada PKDÖ- GK, Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu ve RAM’a Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu doldurulurken kadınların haftada bir kez kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirdikleri “Kan Basıncı Takip Formu” ndaki değerler kullanılacaktır.

İkinci Aşama: Doldurulan RAM’a Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formundaki verilere dayanarak izlem sonunda sorun saptanan uyum alanlarına yönelik olarak “RAM’a Göre Yapılandırılmış Gestasyonel Hipertansiyon Gebe Eğitim Kitapçığı” kullanılarak plansız spontan eğitim verilecektir. Yine önceki görüşmedeki gibi gebelerle birlikte bir sonraki görüşmeye kadar gebelik ve hastalıklarına uyumlarını artırabilecekleri davranış değişiklikleri planlanacaktır.

Üçüncü Aşama: Gebelerin planlanan davranış değişikliklerine uyumlarını kontrol edebilmek için üçüncü izleme kadar haftada bir telefon görüşmelerine devam edilecek, gebelerin var olan soruları yanıtlanacaktır.

Üçüncü İzlem (doğum sonrası ilk iki gün): Tek aşamadan oluşmaktadır. Bu aşama veri toplama formlarının doldurulması aşamasıdır. Bu aşamada lohusaya hastanede o saatte boş ve uygun olan bir odada araştırmacı tarafından Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu, Maternal ve Neonatal Sonuçları Değerlendirme Formu araştırmacı tarafından doldurulacaktır. İkinci izlemde olduğu gibi Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu doldurulurken kadınların haftada bir kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirdikleri “Kan Basıncı Takip Formu” ve hastanedeki en yüksek kan basıncı değerleri kullanılacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. **Araştırma ile ilgili olarak numaralı telefonda araştırmacıya (Öğr. Gör. Keziban AMANAK) ulaşmanız mümkündür.** Bu formun bir örneği size de verilecektir. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınızda da daha sonraki hizmette hiç bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır. Bu form iki sayfadan oluşmaktadır.

Teşekkür ederim

Öğr. Gör. Keziban AMANAK

Ben.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıt aldım.

Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum. **Bu bilgilendirme formunun bir örneği bana verilmiştir.**

Gönüllünün

Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Açıklama yapan Araştırmacının

Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası:

EK XI

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-II (Kontrol Grubu Hastalar İçin)

Araştırmanın Adı: Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu ve gebelik sonuçlarına etkisi.

Bu çalışma RAM'a göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu, maternal ve neonatal sonuçlara etkisini değerlendirmek için planlanmıştır.

Birinci İzlem (20-24. Gestasyon Haftası): İki aşamadan oluşmaktadır.

Birinci Aşama: Bu aşama veri toplama formlarının doldurulması aşamasıdır. Bunun için gestasyonel hipertansiyonlu gebeler hastanede o saatte uygun olan ayrı bir odaya alınarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Bilgilendirilmiş Onam Formu, Tanıtıcı Bilgiler Formu, PKDÖ- GK uygulanacaktır. Ayrıca gebelerden araştırma sürecinin başından sonuna kadar haftada bir olarak kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirmeleri istenecektir. Kan basıncı ölçümünün güvenilirliği açısından gebelerden kan basıncını sürekli olarak aynı yerde, aynı tansiyon aleti ile ve aynı koldan ölçtürmeleri talep edilecektir.

İkinci Aşama: Bu aşamada gebeler birinci izlemde ikinci izleme kadar haftada bir kez telefonla aranıp, kan basıncı takiplerini düzenli olarak yaptırımları yönünde teşvik edilecektir.

İkinci İzlem (30-34. Gestasyon Haftası): İki aşamadan oluşmaktadır.

Birinci Aşama: Veri toplama formlarının doldurulması aşamasıdır. Bu aşamada gebelere yine hastanede o saatte uygun olan ayrı bir odada PKDÖ- GK ve Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu doldurulurken kadınların haftada bir kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirdikleri "Kan Basıncı Takip Formu" ndaki değerler kullanılacaktır.

İkinci İzlem: Gebeler haftada bir kez telefonla aranılacak ve kan basıncı takiplerini düzenli olarak yaptırımları yönünde teşvik edileceklerdir.

Üçüncü İzlem (doğum sonrası ilk iki gün): Tek aşamadan oluşmaktadır. Bu aşama veri toplama formlarının doldurulması aşamasıdır. Bu aşamada lohusaya hastanede o saatte uygun olan ayrı bir odada araştırmacı tarafından Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu, Maternal ve Neonatal Sonuçları Değerlendirme Formu araştırmacı tarafından doldurulacaktır. İkinci izlemde olduğu gibi Gestasyonel Hipertansiyon Prognoz Formu

doldurulurken gebelerin haftada bir kan basınçlarını ölçtürüp kayıt ettirdikleri “Kan Basıncı Takip Formu” ve hastanedeki en yüksek kan basıncı değerleri kullanılacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. **Araştırma ile ilgili olarak numaralı telefonda araştırmacıya (Öğr. Gör. Keziban AMANAK) ulaşmanız mümkündür.** Bu formun bir örneği size de verilecektir. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınızda da daha sonraki hizmette hiç bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır. Bu form iki sayfadan oluşmaktadır.

Teşekkür Ederim

Öğr. Gör. Keziban AMANAK

Ben.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıt aldım.

Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum. **Bu bilgilendirme formunun bir örneği bana verilmiştir.**

Gönüllünün

Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Açıklama yapan Araştırmacının

Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası:

EK XII

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2013-36
KONU : Araştırma Kararı hk.

Bornova /İZMİR
11.09.2013

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Öğr.Gör.Keziban AMANAK ve Prof.Dr.Ümran SEVİL'in sorumluluğunda 15 Ekim 2013 – 15 Ekim 2014 tarihleri arasında yapılması planlanan “**Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Gestasyonel Hipertansiyon, Gebelik Uyumu ve Gebelik Sonuçlarına Etkisi**” konulu araştırması 11.09.2013 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve “**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr.Ülkü GÜNEŞ
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK XIII

**T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Aydın İli Kamu
Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği araştırma izin yazısı**



Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Aydın Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

Sayı : 25305691-605
Konu :Araştırma İzni

09.10.2013* 14864

EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne)
İZMİR

İlgi: Üniversiteniz 30.09.2013 tarih ve 1916 sayılı yazınız

İlgi yazıyla bildirilen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencilerinden Kezban AMANAK'ın "Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Gestasyonel Hipertansiyon, Gebelik Uyumu ve Gebelik Sonuçlarına Etkisi" konulu tez çalışmasını 15.010.2013-15.12.2014 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapması;araştırma faaliyetleri sırasında tanıtıcı kimlik taşıması, mahremiyete dikkat edilmesi ve araştırma sonuçlarının Genel Sekreterliğimizle paylaşılması kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

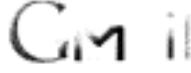
Opr. Dr. Mehmet ÖZKAN
Genel Sekreter

EK XIV

“PKDÖ- GK” Derya Taşçı’dan İzin Yazısı

Gmail - ölçek izin

Sayfa 1 / 2



KEZİBAN AMANAK <kezibanamanak@gmail.com>

ölçek izin

3 İlet

KEZİBAN AMANAK <kezibanamanak@gmail.com>
Kime: derya.boydag@okan.edu.tr

19 Nisan 2013 17:14

Sayın Beydağ;

Ben Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde Öğretim Görevlisi olarak çalışıyorum. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora yapıyorum. Prof. Dr. Ümran SEVİL danışmanlığında yürüteceğimiz doktora tezimde, geçerlik güvenirliğini 2008 yılında Doç. Dr. Samiye METE ile yaptığımız “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (PKDÖ- GK)”ni kullanabilmem konusunda gerekli izni rica ediyorum. İyi çalışmalar...

Saygılarımla...

Öğr. Gör. Keziban AMANAK
Adnan Menderes Üniversitesi
Aydın Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Bölümü
Hasan Elendi Mh. Gençlik Cd. No 7
09100 AYDIN

Kerime Derya Beydağ <derya.boydag@okan.edu.tr>
Kime: KEZİBAN AMANAK <kezibanamanak@gmail.com>

19 Nisan 2013 09:45

Merhaba Keziban Hanım,

Ekte prenatal değerlendirme ölçeğini gönderiyorum. Makalede istemiş olduğunuz alt ölçeğin hangi soru numaralarında yer aldığı belirtilmiş olmalı diye hatırlıyorum. Çalışma ile ilgili her konuda bana yazabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

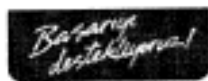


OKAN ÜNİVERSİTESİ

Kerime Derya Beydağ
Sağlık Barmen
Yüksekokulu
Öğretim Üyesi

Okan Üniversitesi Tuzla
Kampusu
34959 Akınlar-Tuzla /
İSTANBUL

☎ 0 (216) 677 16 30
-2881
☎ 0 (216) 677 16 47



EK XV

İkinci Danışman Atama Yazısı



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

SAYI: 59583978 - 1704
KONU: Keziban AMANAK

21.08.2013

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim dalınız doktora öğrencisi Keziban AMANAK'ın ikinci tez danışmanlığına Doç.Dr.Zekiye KARAÇAM'ın atanması yönetim kurulumuzun 21.08.2013 tarih ve 23/6 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Vahit PABUÇÇUOĞLU
Müdür

ÖZGEÇMİŞ

Keziban AMANAK 01.04.1977 yılında Aydın'da doğmuş ilk, orta ve lise öğrenimini Aydın'ın Çine ilçesinde 1983–1994 yılları arasında tamamlamıştır. Lisans eğitimini 1994 – 1998 yılları arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda tamamlamıştır. Mezuniyet sonrası 1998-1999 yılları arasında Ege Üniversitesi Tüp Bebek Merkezi, 1999-2003 yılları arasında Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde Servis Hemşiresi, 2003-2006 yılları arasında Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hastane Yönetimi Biriminde Süpervisör, 2006'dan bu yana da Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktadır. Yüksek Lisansını 2003'de Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda "Pelvik Destek Yapıları Bozulan ve Bozulmayan Kadınların Stresle Başetme Durumlarının Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tezini yaparak tamamlamıştır. Şubat 2011'de Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Doktora eğitimine başlamıştır. Halen aynı üniversitede doktora eğitimine devam etmektedir. Evli, bir kız ve bir erkek çocuk annesidir.