



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**GESTASYONEL HİPERTANSİYONLU KADINLARIN
PRENATAL DİSTRES DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Hatice Nur ÖZGEN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman:
Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ HIÇYILMAZ**

ANKARA

2019

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GESTASYONEL HİPERTANSİYONLU KADINLARIN
PRENATAL DİSTRES DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ

Hatice Nur ÖZGEN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman:
Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ HIÇYILMAZ

ANKARA

2019

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Gestasyonel Hipertansiyonlu Kadınların Prenatal Distres Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikri tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup , tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Hatice Nur ÖZGEN

Tarihi:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalında

Hatice Nur ÖZGEN tarafından hazırlanan

“Gestasyonel Hipertansiyonlu Kadınların Prenatal Distres Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı

tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak

OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05/07/2019

İmza
Prof.Dr. Gülçihan AKKUZU
Ufuk Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
Jüri Başkanı

İmza
Doç.Dr. Başak DEMİRTAŞ HIÇYILMAZ
Ankara Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Danışman

İmza
Doç.Dr. Funda ÖZDEMİR
Ankara Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yönetim kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza
Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul Onay	iii
İçindekiler	v
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	viii
Çizelgeler	ix

1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Genel Bilgiler	6
1.2.1. Gebelikte Hipertansif Bozukluklar ve Sınıflaması	6
1.2.1.1. Preeklampsi – Eklampsi	9
1.2.1.2. Kronik Hipertansiyon	11
1.2.1.3. Kronik Hipertansiyon ile Birlikte Süperempoze Preeklampsi	12
1.2.1.4. Gestasyonel Hipertansiyon	13
1.2.2. Gebelikte Hipertansif Bozukluğun Fiziopatolojisi	14
1.2.3. Gestasyonel Hipertansiyonun Maternal – Fetal Etkileri	15
1.2.3.1. Maternal Etkileri	16
1.2.3.2. Fetal Etkileri	17
1.2.4. Gestasyonel Hipertansiyon Risk Faktörleri	17
1.2.5. Gestasyonel Hipertansiyonun Önlenmesi ve Tedavisi	19
1.2.5.1. Diyetin Düzenlenmesi	19
1.2.5.2. İlaç Tedavisi	19
1.2.6. Prenatal Distres	20
1.2.7. Prenatal Distresin Maternal ve Fetal Etkileri	22
1.2.7.1. Maternal Etkileri	23
1.2.7.2. Fetal Etkileri	23
1.2.8. Gestasyonel Hipertansiyon ve Prenatal Distres	24
1.2.9. Gestasyonel Hipertansiyonu ve Prenatal Distresi Olan Kadınlarda Hemşirelik Bakımı	27

2. GEREÇ VE YÖNTEM	32
2.1. Araştırmanın Şekli	32
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	33
2.4. Araştırma Soruları	34
2.5. Veri Toplama Araçları	35
2.5.1. Kişisel Veri Toplama Formu	35
2.5.2. Prenatal Distres Ölçeği - Revize Versiyonu	35
2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	36
2.7. Verilerin Toplanması	37
2.8. Etik İlkeler	37
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	38
2.10. Verilerin Analizi	38
3. BULGULAR	39
4. TARTIŞMA	50
4.1. Sosyodemografik, Eş ile İlişki, Sosyal Destek Kaynakları ve PDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	50
4.2. Önceki Gebelik ve Doğum Özellikleri ve PDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	55
4.3. Şimdiki Gebelik ve Gestasyonel Hipertansiyon Özellikleri ve PDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	56
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
ÖZET	67
SUMMARY	68
KAYNAKLAR	69
EKLER	75
EK 1 Bilgilendirilmiş Onam Formu	75
EK 2 Kişisel Veri Toplama Formu	76
EK 3 Prenatal Distres Ölçeği – Revize Versiyonu	81
EK 4 Etik Kurul Kararı	85
EK 5 Kurum İzni	87
ÖZGEÇMİŞ	88

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans tez çalışmamın tüm aşamalarında yardımını ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yapıcı eleştirilerde bulunarak daima beni motive eden, her yönden örnek aldığım değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ HİÇYILMAZ'a göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Çalışmam esnasında ilgisi ve desteğinde dolayı kıymetli arkadaşım Arş. Gör. Serap ALKAŞ'a, değerli hemşire arkadaşlarıma,

Eğitim hayatımın her aşamasında desteğini ve koşulsuz sevgisi her daim hissettiğim canım babam Fahri ÖZGEN ve canım annem Nurcan ÖZGEN'e, her zaman yanımda olan biricik kardeşlerim Mehmet Muhammed ÖZGEN ve Nurgül ÖZGEN'e sonsuz teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ACTH	Adrenocortikotropin Hormon
CRH	Kortikotropin Releasing Hormon
DIC	Dissemine İntravasküler Koagülasyon
DKB	Diyastolik Kan Basıncı
GHT	Gestasyonel Hipertansiyon
HELLP	Hemolysis of red blood cells, Elevated liver enzyme, Low platelets
IUGG	Intrauterin Gelişme Geriliği
NHBPEP	National High Blood Pressure Education Program
NICHD	Eunice Kennedy Shriver National İnstitute Of Child Health and Human Development
PDÖ	Prenatal Distres Ölçeği
SMFM	Society for Maternal-Fetal Medicine
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SPOT İdrar	Anlık İdrar
mm/Hg	Milimetre Civa
kg	kilogram
cm	santimetre
t	Independent Sample T Testi
F	Oneway ANOVA testi
p	Önemlilik Belirtme Katsayısı
r	Korelasyon Katsayısı
χ^2	Kruskal-Wallis H test

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Gebelikte Hipertansif Bozukluklar ve Sınıflaması	8
Şekil 1.2. Hafif ve Şiddetli Preeklampsisi Bulgularının Ayrımı	10
Şekil 1.3. Gestasyonel Hipertansiyon Risk Faktörleri	18



ÇİZELGELER

Çizelge 3.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	39
Çizelge 3.2. Önceki Gebelik ve Doğuma İlişkin Özelliklerin Dağılımı	40
Çizelge 3.3. Şimdiki Gebelik ve Gestasyonel Hipertansiyonla İlgili Özelliklerin Dağılımı	41
Çizelge 3.4. Eş ile İlişki ve Sosyal Destek Kaynaklarıyla İlgili Özellikler	43
Çizelge 3.5. Perinatal Distres Ölçeği (PDÖ)'ne İlişkin Bulguların Dağılımı	43
Çizelge 3.6. Sosyodemografik ve Bazı Özelliklere Göre PDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Çizelge 3.7. Önceki Gebelik ve Doğum Özelliklerine Göre PDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Çizelge 3.8. Şimdiki Gebelik ve Gestasyonel Hipertansiyon ile İlgili Özelliklere Göre PDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Prenatal dönem, gebelik başlangıcından doğuma kadar bebeğin uterus içinde gelişip olgunlaştığı, kadın vücudunda bir takım fizyolojik ve psikolojik değişimlerin görüldüğü bir dönemdir (Atasever ve Çelik, 2018 ve Usta ve Balıkcı, 2012). Gebelik ve çocuk sahibi olma hem gebe hem de ailesi için heyecan verici, keyifli bir süreç olmasının yanı sıra önemli riskleri de beraberinde getiren; psiko-sosyal, fizyolojik değişikliklerin olduğu, aile-iş yaşantısında rol değişimlerinin olduğu, ebeveynliğe uyum sağlamayı gerektiren stresli dönemdir (Çalık ve Aktaş, 2011; Gümüşdaş ve ark., 2014; Hamilton ve ark.,2008; Karanisoğlu, 2015; Madazlı, 2005 ve Ölçer ve Oskay, 2015).

Gebelikte fetüsün sağlığı, gebeliğe bağlı fiziksel semptomlar, vücuttaki değişiklikler, doğum ve doğum eylemi ile ilgili, bebeğin sağlığı ile ilgili maternal korku ve endişeler gebeliğe özgü distres olarak tanımlanmaktadır (Ertuğrul, 2013). Gebelikte ortaya çıkan psikolojik değişimlere gebelerin bir kısmı kolay uyum sağlarken bazı gebelerde psikolojik problemler görülmektedir (Yılmaz ve Beji, 2010 ve Yüksel ve ark., 2011). Gebelikte psikolojik problemler belirsizlik, çelişki, içe dönüklük, bağımlılık, pasif kişilik, kaygı, korku, anksiyete ve stres olarak kendini göstermektedir (Karanisoğlu, 2015; Yılmaz ve Beji, 2010 ve Yüksel ve ark., 2011). Birçok kadın fiziksel ve psikososyal değişimler nedeniyle stres yaşamasına rağmen yüksek riskli gebeliklerde yaşanan stres, annenin ve fetüsün sağlığını tehdit eden bir sorun olması nedeniyle normal gebeliklere göre daha fazladır (Gümüşdaş ve ark., 2014; Ölçer ve Oskay, 2015; Yılmaz ve Beji, 2010 ve Yüksel ve ark., 2011).

Gebelikte annenin ve fetüsün sağlığını tehdit eden yüksek riskli gebelik tanılarından biride gestasyonel hipertansiyondur (Çulha ve ark., 2010; Değirmenci, 2018 ve Gümüşdaş ve ark., 2014;). Gestasyonel hipertansiyon (GHT), gebelik öncesi kan basıncı ölçümleri normal gebede gebeliğın 20. haftadan sonra ez az 6 saat ara ile ölçülen en az iki kan basıncının 140/90 mmHg üzerinde olduğu ve proteinürinin görölmediğı genellikle postpartum 6 - 12 haftada normala dönen hipertansif durumdur (ACOG, 2012; Beji, 2015). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre ‘Gebelikte Hipertansiyon’ oranı %7.6’dır (Çulha ve ark., 2010).

GHT’nin gebelikte prognozu genellikle iyi olmasına rağmen bu hastalar preeklampsi, eklampsi ve HELLP sendromu gelişmesi yönünden risk altındadır (Özcan ve ark., 2007). GHT’li kadınların % 15-25’i preeklampsi oluşması yönünden risk altındadır. Ortaya çıktığı gestasyonel haftaya bağılı olarak preeklampsi görölme riski değışmekle beraber, 32. gebelik haftadan önce GHT tanısı alanlarda risk %50’leri bulmaktadır (Özcan ve ark., 2007 ve Tulmaç, 2012). Preeklampsi gestasyonel hipertansiyona proteinüri ve ödem eklenmesiyle gelişen bir komplikasyon olup tüm gebeliklerin % 28’ inde komplikasyon, % 15’inde erken doğum ve % 9-26’sında ise maternal ölüm nedenidir (Magee ve ark., 2014). Eklampsi, preeklampsi tablosuna konvülsiyonların da eklenmesidir (ACOG, 2012; Beji, 2015). Eklampside görülen nöbetlere bağılı olarak fetal ölüm oranı %20’ye, maternal ölüm oranı da %5’lere kadar çıkmaktadır (Ecder, 2008). HELLP sendromu ise tüm gebeliklerde %0,1-0,8 görölmesine rağmen ciddi preeklamsi/eklampsi olan kadınların %10-20’sinde yükselmiş karaciğer enzimleri, hemoliz ve trombosit düzeyinde düşme ile karakterize acil müdahale gereken bir durumdur (ACOG, 2012; Balkaya ve ark., 2014). Ülkemizde hipertansif bozukluklara bağılı anne ölümü oranı %14 civarındadır (Değirmenci, 2018).

Gebelikte akut olarak başlayıp en az 15 dakika devam eden yüksek tansiyon, müdahale edilmediğinde santral sinir sistemi hasarına yol açmaktadır (Değirmenci, 2018). Santral sinir sistemi hasarının yanı sıra maternal ve fetal birçok komplikasyona neden olmaktadır. Maternal komplikasyonları; akut böbrek yetmezliğı, damar içi koagölasyon sendromu, akciğerlerde pulmoner ödem, beyin kanaması, ablasyo

plasenta, karaciğer yetmezliği, larinks ödemi, kortikal körlük, retina dekolmanı, sepsis ve inmedir (Acartürk ve Demir, 2005; Değirmenci, 2018; Ecder, 2008 ve Koçer ve ark., 2013). Fetal komplikasyonları ise fetal büyümede gecikme, fetal hipoksi ve fetal ölümdür (Acartürk ve Demir, 2005). Ayrıca prematüriteye bağlı neonatal tüm komplikasyonlar açısından risk vardır (Koçer ve ark., 2013). Hipertansif hastalığı olan gebelerde IUGG (Intrauterin Gelişme Geriliği) oranı %45,4'tür (Acartürk ve Demir, 2005). Eklampitik nöbetlere bağlı olarak fetal ölüm oranı %20'ye, maternal ölüm oranı da %5'e kadar yükselmektedir (Ecder, 2008).

Çocuk Sağlığı ve İnsan Gelişimi Eunice Kennedy Shriver Ulusal Enstitüsü (Eunice Kennedy Shriver National Institute Of Child Health and Human Development=NICHHD) ve Amerikan Maternal-Fetal Tıp Derneği (Society for Maternal-Fetal Medicine=SMFM) gestasyonel hipertansiyonlu tüm kadınlara preeklampsiye ilerleme riskinden dolayı 38-39. haftalarda doğumun gerçekleştirilmesini önermiş ve bu öneri ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) tarafından da kabul edilmiştir (ACOG, 2012; NICHHD, 2019; SMFM, 2019). Kontrol altına alınamayan hipertansiyonda maternal ve fetal sağlığın korunması için doğum bir an önce gerçekleştirilmelidir. Mümkünse normal vajinal doğuma öncelik verilmeli ama acil müdahale gerektiğinde sezaryen doğum yapılmaktadır (Koçer ve ark., 2013).

GHT'si olup doğum sonrası yoğun bakıma alınan kadınların takip edildiği bir çalışmada maternal morbidite nedenleri arasında akut böbrek yetmezliği %28,5, dissemine intravasküler koagülasyon %28,5, akciğer ödemi %42,8, asit %42,8, akut respiratuar distres % 28,5, intraserebral hemoraji %14,3 oranında bulunmuştur. Ayrıca maternal mortalite oranı ise %14,3'tür. Tüm gebelerin doğum şekli ise sezaryendir (Koçer ve ark., 2013).

GHT'de maternal ve fetal sağlığın korunmasının yanı sıra annenin stres düzeyinin de korunması önemlidir. GHT tanısı almış bir gebe yüksek riskli gebe olarak tanımlanmakta ve takip edilmektedir. Yüksek riskli gebeliklerde hastalık tanısı almak gebe için korkutucu, anksiyete ve şoka neden olan stresli ve karmaşık bir süreçtir ve

aynı durum gestasyonel hipertansiyon tanısı almış gebe için de geçerlidir (Karanisoğlu, 2015 ve Ölçer ve Oskay, 2015). GHT'li bir gebe olmak gebeliğin mutlu ve sağlıklı anne-bebek bağı ile sonuçlanamayabileceğini ifade ettiğinden gebenin kendini anne olarak yetersiz hissetmesine, düşük benlik saygısına neden olabilmektedir. İstenmeyen ya da plansız bir gebelikse ebeveynler bu durumdan kendilerini sorumlu tutabilir ve fetüs için zararlı olduğu bilinen davranışlarda bulunabilirler (Karanisoğlu, 2015 ve Ölçer ve Oskay, 2015). GHT'lu bir gebe için gebelik sürecinde hipertansiyonunun ne olacağına dair belirsizlik, bebeğinin sağlık durumu ve sezaryen olasılığı stres oluşturmaktadır. Yüksek riskli gebelerle yapılan bir çalışmada gebede en çok gerilim oluşturan nedenler arasında bebeğin sağlığını düşünme, durumu hakkında az bilgi verilmesi ve doğumu düşünme yer almaktadır (Hediye ve Korkmaz, 2005).

Prenatal dönemde artan stres annede hipotalamik-pitüiter-adrenal aksın aktivasyonuna neden olarak kortizol ve epinefrin gibi stres hormonlarının salınımının artmasına neden olmaktadır. Artan stres hormonlarının fetüse geçmesi sonucunda prenatal dönemde; preterm eylem, doğum ağırlığı haftasından düşük, baş çevresi küçük, intrauterin gelişme geriliği, postpartum dönemde; düşük APGAR skorları, yenidoğanda yutma güclüğü, uyku bozuklukları, anne bebek bağlanmasında gecikme ve motor aktivitelerinde yavaşlamaya neden olmaktadır (Alderdice ve ark., 2012; Gümüşdaş ve ark., 2014; Hediye ve Korkmaz, 2005; Madazlı, 2005 ve Yılmaz ve Beji, 2010). Stres hormonlarına maruziyet sonucu plesantayı besleyen damarlar daralmakta, uterusu giden kan akımı azalmakta, progesteron ve luteinize hormon seviyeleri düşmektedir. Ayrıca stres nedeniyle bağışıklık sisteminin baskılanmasının da etkisiyle önemli bir gebelik komplikasyonu olan preeklampsia gelişme riski artmaktadır (Atasever ve Çelik, 2018; Çalık ve Aktaş, 2011; Madazlı, 2005; Ölçer ve Oskay, 2015 ve Usta ve Balıkcı, 2012). Buna ek olarak gebelikte annenin distres düzeyinin fazla olması gebelik ve doğum ile ilişkili komplikasyonları (gebelikte bulantı-kusma, düşük, preterm eylem, zor doğum vb.) artırmakta ve prenatal depresyona neden olabilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011; Gümüşdaş ve ark., 2014; Hediye ve Korkmaz, 2005; Madazlı, 2005 ve Yılmaz ve Beji, 2010). Yüksek distres sebebiyle gebeler sigara/alkol/kokain kullanımı gibi olumsuz baş etme yöntemlerine başvurmaktadır

(Çalık ve Aktaş, 2011 ve Hediye ve Korkmaz, 2005). Gebelikte kontrol altına alınamayan kaygı, endişe, distres gibi emosyonel sorunlar gebelik sürecindeki olumsuz etkilerinin yanısıra postpartum dönemde de anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir (Atasever ve Çelik, 2018; Çalık ve Aktaş, 2011; Yüksel ve ark., 2011). Postpartum dönemde anne-bebek bağının kurulmasında sorunlara, büyümenin gecikmesine, motor aktivite ve dil gelişiminde gecikmelere, duygusal ve davranışsal bozukluklara yol açmaktadır (Çalık ve Aktaş, 2011).

Herhangi bir sağlık sorunu olmasa bile gebelik süreci fiziksel ve emosyonel değişimler nedeniyle gebeliğe özgü distresin olduğu bir dönemdir. Bu sürece birde annenin ve fetüsün sağlığını tehdit eden, gebelik sürecinde birçok komplikasyona neden olabilecek olan GHT'nin de eklenmesi prenatal distres düzeyini artıracaktır. Hem GHT'nin getirdiği riskler hemde artan distresin getirdiği riskler gebelik sürecini olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle prenatal dönemde hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler gebelerin prenatal takiplerinde GHT'nin fiziksel bulguların yanısıra gebede oluşturduğu distrese bağlı bulgularıda gözlemleyerek bütüncül bir hemşirelik bakımı sunmalıdır (Karanisoğlu, 2015). GHT'lilerde prenatal distresin erken fark edilmesi distrese bağlı olumsuzluklara karşı önlemler alınarak, gebeliği riske atan sıkıntılar yaşanmadan, gebeliğe ve anneliğe uyumun sağlandığı bir hamilelik sürecinin tamamlanmasına katkı sağlayacaktır. Eğer prenatal dönemde distres erken tanılanıp önlem alınmazsa prenatal olumsuzluklara ek postpartum dönemde de farklı stres etmenleriyle birleşip postpartum hüznün ve depresyona dönüşebilir (Atasever ve Çelik, 2018 ve Yıldız, 2011). Gümüşdaş ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada da yüksek riskli gebelerde kaygı, stres ve bunlara bağlı olarak depresyon görülme olasılığı sağlıklı gebelere göre daha yüksektir. Yine aynı çalışmada riskli gebelerin sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duyduğu ve sağlık çalışanlarından destek alma oranının sağlıklılardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Gümüşdaş ve ark., 2014).

Literatürde gestasyonel hipertansiyonu olan gebelerle yapılan farklı çalışmalar olmasına rağmen ülkemizde gestasyonel hipertansiyonu olan gebelerin prenatal distres düzeyini ölçen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı gestasyonel

hipertansiyonu olan gebelerin distres düzeylerinin belirlenmesidir. GHT'li gebelerin stres düzeylerinin erken dönemde tespit edilmesinin, gebeliğin sağlıklı gebe ve yenidoğanla sonuçlanması için gerekli hemşirelik bakımının planlaması ve gerektiğinde planlamaya uygun girişimlerin yapılmasında kanıta dayalı olarak yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.2. Genel Bilgiler

1.2.1. Gebelikte Hipertansif Bozukluklar ve Sınıflaması

Gebelikte hipertansiyon, genellikle 20.gebelik haftasından sonra 4-6 saat ara ile ölçülen en az iki ölçümde sistolik kan basıncı değerinin 140 mmHg, diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olmasıdır (Beji, 2015). Gebelikte hipertansif bozukluk, maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Gebelikte hipertansif bozukluk görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişmekle beraber tüm gebeliklerde %7-10 arasındadır (NHBPEP, 2000).

Gebelikte hipertansif bozukluk, hafif kan basıncı yüksekliğinden çoklu organ hasarına neden olan ciddi komplikasyonları da kapsayan bir hastalıktır (Koçer ve ark., 2013 ve Noyan, 2012).

Gebelikte hipertansif bozuklukların sınıflandırılması ilk kez 1972 yılında ACOG tarafından yapılmıştır. 1990 ve 2000 yılları arasında Amerikada'da "Ulusal Yüksek Tansiyon Eğitim Programı Çalışma Grubu (National High Blood Pressure Education Program=NHBPEP) tarafından sınıflamada değişiklik yapılmış ve ACOG tarafındanda bu sınıflama benimsenmiştir. Bu sınıflamaya göre gebelikte hipertansif bozuklukluklar dörte ayrılmaktadır;

1. Preeklampsi - Eklampsi
2. Kronik Hipertansiyon
3. Kronik Hipertansiyon ile Birlikte Süperempoze Preeklampsi

4. Gestasyonel Hipertansiyon (ACOG, 2012)

Gebelikte hipertansif bozukluklar ve sınıflaması ‘Şekil 1.1’de verilmiştir



Hipertansiyon Tipi	Gestasyonel Hipertansiyon	Preeklamsi-Eklamsi	Kronik Hipertansiyon	Süperimpoze Preeklamsi
Tanımlayıcı Kriterler	-Gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkar -Sistolik Kan Basıncı ≥ 140 mm Hg ya da Diyastolik Kan Basıncı ≥ 90 mm Hg	Preeklamsi; -Gestasyonel hipertansiyona ek olarak daha önce normal tansiyonu olan kadında proteinüri -Proteinüri >300 mg rastgele alınan örnekte ≥ 1 + stikte olarak tanımlanır Eklamsi; -Preeklamsi tanısı -Nöbetlerin olması -Nöbetler için başka bir etyolojinin olmaması	Tanılanmış Hipertansiyon; -SKB ≥ 140 mm Hg ya da -DKB ≥ 90 mm Hg olması Hipertansiyon; -Gebelik öncesi bulunması -Gebeliğin 20. haftasından önce tanılanması -Postpartum 12 haftadan sonra devam etmesi	Kronik hipertansiyonu olan kadınlarda aşağıdaki tanı kriterlerinden bir ya da daha fazlasının olması; -Proteinürinin başlaması -Proteinüri ve hipertansiyonun 20. gebelik haftasından önce görülmesi -Ani $\uparrow$ proteinüri -Ani $\uparrow$ kan basıncı (önceki kontrollerde normal) -$\uparrow$ ALT ya da AST anormal değerler -Trombositopeni

Şekil 1.1. Gebelikte Hipertansif Bozukluklar ve Sınıflaması

(ACOG, 2012 ve Savaş, 2011)

1.2.1.1. Preeklampsi – Eklampsi

Preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon tanısı almış ve ya gebelik öncesi kan basıncı normal ölçülen bir kadının hipertansiyon ve proteinüriyle karakterize gebeliğe özgü çoklu organ hasarına neden olabilen bir hastalıktır (ACOG, 2012; Cunningham ve ark., 2010). Görme bozuklukları, şiddetli baş ve karın ağrısı gibi çeşitli belirtiler birlikte görülebilir. Proteinüri, 24 saatlik idrarda protein miktarının 300 mg fazla, protein/kreatin ölçüsünün 0,3 ya da 6 saat ara ile rastgele alınan iki idrar örneğinde 1+ veya üzeri dipstick olmasıdır. Preeklampsi klinikte belirtilerine göre hafif ve şiddetli olarak iki grupta ele alınır (Cunningham ve ark., 2010; Gilbert ve Harmon, 2002; Taşkın, 2005 ve Yamaç ve ark., 2002).

Hafif preeklampside, kan basıncı 160/110 mmHg'nın altında, proteinüri 24 saatlik idrarda 0,3 – 4 gr arasında veya dipstick +2/+3'tür. Baş ağrısı, görme bozuklukları, epigastrik ağrı, oligüri, HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and a low platelet count=hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri, düşük trombosit) sendromu, fetal büyüme kısıtlılığı ve pulmoner ödem yoktur (Cunningham ve ark., 2010; Gilbert ve Harmon, 2002; James ve ark., 2008; Taşkın, 2005 ve Yamaç ve ark., 2002).

Şiddetli preeklampside, kan basıncı 160/110 mmHg'nın üzerinde ve proteinüri 24 saatlik idrarda 5 gr $\geq$ ya da dipstick +3 $\geq$ 'tür. Baş ağrısı, görme bozuklukları (skotom, bulanık görme), epigastrik veya sağ üst kadranda ağrısı, oligüri, HELLP sendromu (trombositopeni, serum transaminaz yüksekliği ile karakterize bir komplikasyon), fetal büyüme kısıtlılığı ve pulmoner ödem veya siyanoz vardır (Cunningham ve ark., 2010; Gilbert ve Harmon, 2002 ve James ve ark., 2008). American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)'in 2012'de yayınladığı bültenine göre hafif ve şiddetli preeklampsi bulgularının ayrımı Şekil 1.2'de gösterilmiştir (ACOG, 2012).

	Hafif Preeklampsi	Şiddetli Preeklampsi
Görüldüğü hafta	>34	>34
Tansiyon (mm Hg)	< 160/110	> 160/110
Proteinüri	< 3 g	>3-5 g
Oligüri	-	< 500 ml/24 saat
Başağrısı	-	+
Görme bozukluğu	-	+
Abdominal ağrı	-	+
Nörolojik bulgular	-	+
Pulmoner ödem	-	+
KCFT* yüksekliği	-	+
BFT** bozukluğu	-	+
Koagülasyon değerlerinde Bozulma	-	+
Fetal büyüme kısıtlılığı	-	+
Fetal iyilik halini değerlendiren testlerde bozulma	-	+

*KCFT : Karaciğer fonksiyon testleri

**BFT : Böbrek fonksiyon testleri

Şekil 1.2. Hafif ve Şiddetli Preeklampsi Bulgularının Ayrımı (ACOG, 2012)

Eklampsi, preeklampsiye tonik klonik konvülsiyonların da eklenmesidir. Nöbetler, doğum öncesinde, doğum esnasında ve doğum sonrasında da görülebilir. Eklampsi, genellikle gebeliğin son trimesterinde görülür ve görülme riski termeye yaklaştıkça artar (Cunningham ve ark., 2010; Gilbert ve Harmon, 2002; James ve ark., 2008; Beji, 2015; Noyan, 2012 ve Yamaç ve ark., 2002). Eklampsi maternal ve perinatal mortaliteyi artıran ve acil müdahale gerektiren bir durumdur (Avşar ve Taş, 2012 ve Cunningham ve ark., 2010).

Preeklampsi ve eklampsiye bağılı anne ölüm oranı %10-15 arasındadır (Durgun ve ark., 2012). Ülkemizde eklampsi gebelik nedeniyle ölümlerin %13,7'sini, doğrudan anne ölümlerinin %18,4'ünü oluşturmaktadır (Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2006).

HELLP (Hemolysis of red blood cells, Elevated liver enzyme, Low platelets) Sendromu, hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme ve düşük trombosit sayısı ile karakterize şiddetli preeklampsi ve eklampsinin neden olduğu bir komplikasyondur. Çoklu organ hasarıyla (karaciğerde hematoma ve rüptür, inme, pulmoner ödem, damariçi intravasküler koagülasyon (DIC), böbrek yetmezliği, sepsis) hızla organ yetmezliği ve ölüme neden olabilir (Beji, 2015; Gilbert ve Harmon, 2002; James ve ark., 2008 ve Taşkın, 2005). HELLP sendromunda, sağ üst kadranda veya epigastrik ağrı, palpasyonla sağ üst kadranda hassasiyeti bulantı-kusma baş ağrısı, halsizlik, sarılık ve hematüri görülür. HELLP sendromu gelişen kadınların %10-20 sinde kan basıncı normal değerlerde olduğundan HELLP belirti ve bulguları dikkatle izlenmelidir (Beji, 2015; James ve ark., 2008; ve Taşkın, 2005).

1.2.1.2. Kronik Hipertansiyon

Kronik hipertansiyon 20. gebelik haftasından önce tanılanmış veya gebelikten önce var olan $140/90 \text{ mmHg} \geq$ kan basıncı ve postpartum 6. haftadan daha uzun süren hipertansiyondur (Beji, 2005 ve James ve ark., 2008). Gebelikte kronik hipertansiyon insidansı %1-5 oranındadır (Al, 2012). Gebelikte görülen kronik hipertansiyonun %10'u sekonder, %90'ı primer hipertansiyondur. Sekonder hipertansiyon etiyolojisinde renal hastalıklar (parankimal böbrek hastalığı, polikistik böbrek hastalığı, renovasküler hastalık), endokrin hastalıklar (diyabet, hipertroidizm/paratiriodizm, hipoaldesteronizm, cushing hastalığı, feokromositoma), vasküler hastalıklar (aort koarktasyonu, renal ven trombozu, vaskülit), obstrüktif uyku-apne sendromu (kollajen vasküler hastalık, lupus eritematozus, poliarteritis nodoza, skleroderma) ve farmakolojik (steroid kullanımı) nedenler yer almaktadır (Al, 2012).

Hafif (sistolik 140-149/diyastolik 90-99 mmHg) veya orta şiddetli (sistolik 150-159/diyastolik 100-109 mmHg) esansiyel kronik hipertansiyonda önceden pranatal kayıp ya da organ tutulumu olmayan gebeler düşük riskli olarak kabul edilir. Şiddetli (sistolik $160 \geq$ /diyastolik $110 \geq$ mmHg) esansiyel kronik hipertansiyon, sekonder hipertansiyonluların tamamı, hedef organ hasarı ve önceden prenatal kaybı olan gebeler yüksek riskli kabul edilir (Söylemez ve Taşkın, 2012).

1.2.1.3. Kronik Hipertansiyon ile Birlikte Süperempoze Preeklampsisi

Kronik hipertansiyon tanısı olan gebelerde preeklampsisi gelişmesine süperempoze preeklampsisi denir. Süperempoze preeklampsisi tanısı için 20. gebelik haftasından önce hipertansiyon tanısı olduğu bilinen gebelerde aşağıdaki bulgulardan en az birinin eklenmesi yeterlidir (ACOG, 2012; Cunningham ve ark., 2010; Beji, 2015 ve Söylemez ve Taşkın, 2012).

- Yeni başlayan proteinüri ($\geq 0,3$ g / 24 saat)
- Proteinüride ani artış,
- Tansiyonda ani yükselmesi,
- Trombositopeni ($<100,000/\text{mm}^3$),
- Karaciğer enzimlerinde artış

Ayrıca baş ağrısı, epigastrik ağrı gelişen kronik hipertansiyonlu kadınlara da süperempoze preeklampsisi tanısı konur. Genellikle önceden var olan primer veya sekonder böbrek hastalığı olanlarda görülmekte, perinatal mortalite ve morbidite oranı hipertansiyonun şiddetiyle orantılı olarak artırmaktadır (Beji, 2015 ve Söylemez ve Taşkın, 2012;). Kronik hipertansiyonu olan kadınların %5-50'sinde görülmektedir. Proteinüride ani artış, hipertansiyonda ani yükselme ve böbrek hastalığı olanlarda HELLP gelişmektedir (Söylemez ve Taşkın, 2012).

1.2.1.4. Gestasyonel Hipertansiyon

Gestasyonel hipertansiyon, gebelik öncesi kan basıncı ölçümü normal seviyelerde olan, gebeliğin 20. haftasından sonra 6 saat ara ile ölçülen en az iki kan basıncının 140/90 mmHg ve ya üzerinde olduğu, proteinürinin görülmediği genellikle postpartum 6 - 12 haftada normala dönen hipertansif durumdur (Acartürk ve Demir, 2005; Cunnigham ve ark., 2010; Değirmenci, 2018; Tulmaç, 2012; Özcan ve ark., 2007 ve Koçer ve ark., 2013). GHT insidansı %6 civarındadır (Özcan ve ark., 2007 ve Yanık ve Gülümser, 2012).

GHT iki basamaklı bir problemdir. Birinci basamakta erken gebelik haftalarında trofoblast invazyon problemi, ikinci basamakta geç gebelik haftaları klinik bulgular gözlenir. Tansiyon yüksekliği vazospazma sekonder yanıt olarak görülür ve en çok kalbi etkileyerek kardiyak yükü artırır. Ayrıca sistemik kan basıncındaki ani değişimler serebrovasküler otoregülasyonu bozabilir (Yanık ve Gülümser, 2012).

Gestasyonel hipertansiyonun prognozu genellikle iyi olmasına rağmen bu hastalar preeklampsi, eklampsi ve HELLP sendromu gelişmesi yönünden risk altındadır (Özcan ve ark., 2007). GHT takibinde en az altı saat süreyle SKB $160 \text{ mmHg} \geq$ veya DKB $110 \text{ mmHg} \geq$ olduğu durumlar şiddetli gestasyonel hipertansiyon olarak tanımlanır (Api ve Api, 2013). GHT’de kan basıncı ne kadar yüksekse hastalığın şiddeti ve maternal-fetal olumsuz etkisi de o kadar yüksektir (Yanık ve Gülümser, 2012). Şiddetli GHT’da pretem doğum, düşük doğum ağırlığı, plasenta dekolmanı gibi sorunların görülme oranı şiddetli preeklampside görülme oranıyla benzerdir. Ayrıca şiddetli GHT’a bağlı konjestif kalp yetmezliği, serebral kanama ve non-proteinürik eklampsi komplikasyonları gelişebilmektedir (Yanık ve Gülümser, 2012).

Preeklampsi gestasyonel hipertansiyona proteinüri ve ödem eklenmesiyle gelişen bir komplikasyon olup tüm gebeliklerin % 28’inde komplikasyon, % 15’inde erken doğum ve % 9-26’sında ise maternal ölüm nedenidir (Değirmenci, 2018).

Gestasyonel hipertansiyonlu kadınların %10'unda eklampsi nöbetleri proteinüri saptanmadan ortaya çıkmaktadır (Acartürk ve Demir, 2005 ve Cunningham ve ark., 2010). Bu nedenle, kan basıncındaki anlamlı artışa rağmen proteinürinin olmamasını önemsememek maternal ve fetal sağlık için risklidir. Eklampside görülen nöbetlere bağlı olarak fetal ölüm oranı %20'ye, maternal ölüm oranı da %5'lere kadar çıkmaktadır (Ecder, 2008).

Kontrol altına alınamayan hipertansiyonda maternal ve fetal sağlığın korunması için doğum bir an önce gerçekleştirilmelidir. Mümkünse normal (vajinal) doğuma öncelik verilmelidir ama acil müdahale gerektirdiğinden sezaryen doğum yapılmaktadır (Koçer ve ark., 2013).

1.2.2. Gebelikte Hipertansif Bozukluğun Fiziopatolojisi

Gebelikte hipertansif bozuklukların görülmesinde ortaya atılan teoriler çoğunlukla preeklampsi gelişimi üzerinden ele alınmıştır (Tulmaç, 2012).

Vazospazm, kan damarlarında meydana gelen vasküler konstrüksiyon direncin artmasına neden olmakta, hipertansiyon ve endotel hücre hasarı ortaya çıkmaktadır. Endotel hücre hasarı nedeniyle trombosit ve fibrinojen gibi kan bileşenlere ekstraselüler aralığa geçmektedir. Dokularda iskemi, nekroz ve kanama görülmektedir (Cunningham ve ark., 2010 ve Yamaç ve ark., 2002).

Endotel hücre aktivasyonu, endoteller vücutta fizik ve metabolik bariyer oluşturur, kapiller transportu düzenler, plazma lipit kontentini düzenler, hemostazı sağlama, trombosit agregasyonu ve pıhtılaşmanın önlenmesinde görev alır. Ayrıca prostasiklin, nitrik oksit, endolin ve tromboksan hücreleriyle düz kas reaktivitesini düzenler. Endotel hücreleri damarda yer aldıklarından fonksiyonlarında meydana gelen değişimler multi-sistemik patolojilere neden olur. Endotel hücre disfonksiyonu nitrik oksit, prostoglandin ve prostosiklinin etkinliğinin azalmasına yanısıra üretiminin de azalmasına neden olur (Tulmaç, 2012). Preeklampside, azalmış

prostasiklin, artmış tromboksan, endotelin-1, selüler fibronektin ve trombomodulinle karakterize endotel hücre hasarı görülür (Cunningham ve ark., 2010 ve Yamaç ve ark., 2002).

Anjiogenik ve antianjiogenik faktörler, anjiyogenik dengesizlik uteroplacentel ara yüzde meydana gelen hipoksi sonucu anjiyogenik faktörlerin fazla salınmasıdır. Preeklampside trofoblastik dokulardan maternal dolaşıma giren anjiogenetik faktörlerin üretimi artmıştır. Bu faktörler endotel hücre fonksiyonlarını bozarak preeklampsiye neden olur (Cunningham ve ark., 2010 ve Yamaç ve ark., 2002).

Yetersiz trofoblastik invazyon ve plasental iskemi, sağlıklı bir plasenta gelişirken ekstrasvillöz trofoblastlar annenin spiral arterlerini düşük dirençli, yüksek potansiyelli utero-plasental damar haline dönüşecek şekilde istila ederler (Madazlı, 2012). Trofoblastların yerleşimi yetersiz, spiral arterlerin çapının normalden küçük, lümeni kalın ve lümen içinde tromboz ve ateroskleroz plakları bulunması spiral arterlerin yeteri kadar dilate olamamasına ve intervillöz aralığa giren maternal kan basıncı yükselmesine neden olur. Anormal plasentasyona bağlı olarak plasental perfüzyon azalır. Intervillöz aralıkta hipoksi, iskemi-reperfüzyon hasarı, plasentadan serbest radikallerin ortaya çıkması, büyüme faktörleri ve sitokin salınmasında değişim, lökosit ve makrofajların aktivasyonunda değişim sonucu preeklampsi ortaya çıkar (Madazlı, 2012 ve Özcan ve ark., 2007).

1.2.3. Gestasyonel Hipertansiyonun Maternal – Fetal Etkileri

Gestasyonel hipertansiyonda kan basıncı yüksekliği farklı patojenlerin sonucu ortaya çıkan bir semptomdur ve hafif tansiyon yüksekliğinden multiple organ hasarına neden olan şiddetli kan basıncı yüksekliğine geniş bir yelpazeye sahiptir. Bu nedenle maternal ve fetal sağlık üzerine etkisi farklıdır (Tulmaç, 2012).

1.2.3.1. Maternal Etkileri

Kardiyo vasküler sistem; intravasküler volümde azalma ve vasküler dirençte artma görülebilir (Durgun ve ark., 2012).

Solunum sistemi; faringolaringeal ödem, artmış damar permeabilitesine ek olarak intravasküler sıvı ve proteinlerin intestinal aralığa geçmesiyle pulmoner ödem görülebilir (Demir ve Canda, 2012; Durgun ve ark., 2012; Değirmenci, 2018; Ülkümen ve ark., 2014; James ve ark., 2008 ve Tulmaç, 2012).

Hemotolojik sistem, hiperkoagülobilite ve fibrinoliziste azalma, trombostopeni, kanama zamanında uzama görülebilir (Durgun ve ark., 2012; James ve ark., 2008 ve Tulmaç, 2012).

Karaciğer, hipoperfüzyon ve endotel hasarıyla sekonder serum transaminazında artış, karaciğer kapsülünde gerilmeye bağlı epigastrik yada subkostal ağrı, karaciğer kapsülünde rüptür ve buna bağlı intraperitoneal kanama görülebilir (Demir ve Canda, 2012; Durgun ve ark., 2012; James ve ark., 2008 ve Tulmaç, 2012).

HELLP sendromu, yorgunluk, sağ üst kadranda ağrı, bulantı-kusma, damar içi koagülasyon, hemoliz ve karaciğer hasarıyla karakterize bir komplikasyon görülebilir (Değirmenci, 2018; Demir ve Canda, 2012; Durgun ve ark., 2012 ve Tulmaç, 2012).

Böbrekler, Glomerüller endoteliozis, glomerulopati, proteinüri, oligüri/anüri, serum ürik asidinde artış görülebilir. Bilateral renal kortikal nekroz sonucu böbrek yetmezliği görülebilir (Değirmenci, 2018; Demir ve Canda, 2012; Durgun ve ark., 2012; James ve ark., 2008 ve Tulmaç, 2012).

Santral sinir sistemi, görme bozuklukları (bulanık görme, geçici körlük), stokom, hiperrefleksler, serabral dolaşımda vazojenik ödem, posterior revesibl lökoensefalopati sendromu ve hipertansif ensefalopati, peteşiden büyük hematoma

kadar değişen serebral kanama ve tonik-klonik nöbetler görülebilir (Değirmenci,2018; Demir ve Canda, 2012; Durgun ve ark., 2012; James ve ark., 2008; Ülkümen ve ark., 2014 ve Tulmaç, 2012).

1.2.3.2. Fetal Etkiler

Uteroplasental dolaşımdaki bozulmaya bağlı, intrauterin gelişme geriliği, oligohidroamniyoz, güven vermeyen fetal test, dekolman plasenta, nörolojik yaralanma, hedef organ hasarı, fetal hipoksi, fetal distress ve intrauterin ölüm görülebilir (Acartürk ve Demir, 2005; Durgun ve ark., 2012 ve Tulmaç, 2012).

Prematüriteye bağlı, mekanik ventilasyon ihtiyacı, surfaktan uygulanması, respiratuvar distress sendromu, patent duktus arteriozus, ventrikül içi kanama, nekrotizan enterokolit, prematüre retinopatisi, sepsis, displazi, trombostopeni, nötropeni ve transfüzyon ihtiyacında artma ve prenatal ölüm görülmektedir (Demir ve Canda, 2012; Demir ve Zorlu, 2002; Dursun ve Dal, 2017 ve Güran ve ark., 2012;).

Ayrıca hipertansiyon, inme, koroner arter hastalığı, insüline bağımlı olmayan diyabetes mellitus ve mental retardasyon geç dönemde ortaya çıkan fetal etkilerdir (Demir ve Canda, 2012).

1.2.4. Gestasyonel Hipertansiyon Risk Faktörleri

Gestasyonel hipertansiyonla ilgili risk faktörleri Şekil 1.3.'te verilmiştir

Rik Faktörleri	Partnerle ilişkili	Anneye ait	Altta yatan hastalık	Gebelikle ilişkili	Eksojen
Risk Etmeni	-Nullipaternite -Sınırlı sperm teması -Partnerin daha önce preeklampitik gebeliğe babalık etmesi	-Nulliparite/Aşırı doğurganlık -Aile hikayesi -Preeklampsi hikayesi -Annenin yaşı -Gebelikler arası uzun olması -Antifosfolipid sendromu -Kollejen doku hastalıkları	-Kronik hipertansiyon -Renal hastalık -Diyabetes mellitus -Obezite -Önceden varolan trombofili	-Çoğul gebelik -Polihidroamniyoz -Mol hidatiform -Yapısal konjenital anomaliler -Hidrops fetalis anomalileri(trizomi13, triploidi) -Maternal enfeksiyon	-Sigara (azalmış risk) -Malnütrisyon -İşle ilgili psikososyal yük -Stres

Şekil 1.3. Gestasyonel Hipertansiyon Risk Faktörleri

(Değirmenci, 2018; Demir ve Zorlu, 2002; Dursun ve Dal, 2017; Ecder, 2008; James ve ark.,2008; Özcan ve ark., 2007; Taşkın, 2005 ve Tulmaç, 2012).

1.2.5. Gestasyonel Hipertansiyonun Önlenmesi ve Tedavisi

1.2.5.1. Diyetin Düzenlenmesi

Tuz kısıtlaması; diyetle tuz kısıtlamasının preeklampsiyi azaltıcı bir etkisi yoktur. Hipertansiyonlu hastada oligohidroamniyosa neden olabileceğinden tuzsuz diyet değil az tuzlu diyet önerilmektedir (Cunningham ve ark., 2010; Değirmenci, 2018 ve Yücel, 2012).

Enerji ve protein alınması; önleyici bir etkisi yoktur (Yücel, 2012).

Kalsiyum; yüksek ve orta riskli grupta daha çok etkilidir. Gebelikte günde 1 gram alınması preeklampsi riskini yarıyarıya azaltmıştır. Kalsiyum alımı gestasyonel hipertansiyon açısından riski olan kadınlara özellikle önerilmektedir (Değirmenci, 2018; Özcan ve ark., 2007 ve Yücel, 2012).

Folik asit; multivitaminlerle birlikte kullanıldığında preeklampsi insidansını azaltmıştır (Yücel, 2012).

Balık yağı, magnezyum, C ve E vitamini; kullanımının önleyici bir etkisi bulunamamıştır (Cunningham ve ark., 2010; Özcan ve ark., 2007 ve Yücel, 2012).

1.2.5.2. İlaç Tedavisi

Antitrombosit ajanlar, erken gebelik haftasında başlanan aspirin tedavisinin geç gebelik haftasında başlanana göre preeklampsi insidansını azaltıcı etkisi vardır. Günlük önerilen aspirin dozu 75 mg'dir. Ayrıca preeklampsinin tekrarlamaması için düşük doz aspirin kullanımı önerilmektedir (Cunningham ve ark., 2010; Özcan ve ark., 2007 ve Yücel, 2012).

Nitrik oksit ajanlar, preeklampsia ya da eklampside insidansı azaltmada etkisizdir (Yücel, 2012).

Heparin, vasküler patolojileri önlemede etkisi bulunmasında karşın preeklampsia gelişimini önlemede önerilmemektedir (Cunningham ve ark., 2010 ve Yücel, 2012)

Diüretikler, kullanımının yararı olmamakla beraber hipovolemi artışına neden olmaktadır (Özcan ve ark., 2007 ve Yücel, 2012).

Antihipertansifler, SKB 140/159, DKB 90/109 aralığında olduğu, ek bir hastalığın olmadığı hafif hipertansiyonlu gebelerde antihipertansif ilaç kullanılması tavsiye edilmekte ve kan basıncı sistolik 130/155 mmHg , diyastolik 80/105 mmHg olması hedeflenmektedir. Sistolik kan basıncı >160 mmHg yada $\geq$ 110 mmHg diyastolik kan basıncının olduğu ciddi hipertansiyonlu gebelerde antihipertansif ilaçlarla ve kan basıncının sistolik <160mmHg ve diyastolik <110 mmHg altında olması hedeflenmektedir (Amanak, 2015 ve Magee ve ark., 2008).

1.2.6. Prenatal Distres

Prenatal dönem, gebelik başlangıcından doğuma kadar bebeğin uterus içinde gelişip olgunlaştığı, kadın vücudunda bir takım fizyolojik ve psikolojik değişimlerin görüldüğü bir dönemdir (Atasever ve Çelik, 2018 ve Usta ve Balıkcı, 2012). Gebelik ve çocuk sahibi olma hem gebe hem de ailesi için heyecan verici, keyifli bir süreç olmasının yanı sıra önemli riskleri de beraberinde getiren; psiko-sosyal, fizyolojik değişikliğin olduğu, aile-iş yaşantısında rol değişimlerinin olduğu, ebeveynliğe uyum sağlama gibi nedenlerle fiziksel ve psiko-sosyal uyumunda olması gereken stresli bir kriz dönemidir ve sık sık anksiyete ve depresyonla birleşmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011; Çapık ve ark., 2015; Gümüşdaş ve ark., 2014; Hamilton ve Lobel, 2008; Karanisoğlu, 2015; Madazlı, 2005 ve Ölçer ve Oskay, 2015). Gebelikte depresyon görülme prevalansı dünyada %18-58 arasında, ülkemizde ise %12-58 arasındadır (Arslan ve ark., 2011).

Gebelikte kadının, fetüsün sağılığı, gebeliğe bağlı fiziksel semptomlar, ebeveyn ilişkileri, diğer kişiler ile ilişkiler, vücuttaki değişiklikler, doğum ve doğum eylemi ile ilgili, bebeğin sağılığı ile ilgili maternal korku ve endişeleri gebeliğe özgü prenatal distres olarak tanımlanmaktadır (Ertuğrul, 2013). Gebelikte ortaya çıkan psikolojik değişimlere gebelerin bir kısmı kolay uyum sağlarken bazı gebelerde ruhsal problemler görölmektedir (Yılmaz ve Beji, 2010 ve Yüksel ve ark., 2011). Ruhsal sorunlar gebelik sürecinin farklı trimesterlerinde çelişki, belirsizlik, içe dönüklük, pasif kişilik, bağımlılık, korku, kaygı, anksiyete ve stres olarak kendini göstermektedir (Karanisoğlu, 2015; Yılmaz ve Beji, 2010 ve Yüksel ve ark., 2011). Stres kadınların günlük yaşam aktivitelerini de olumsuz etkilemekte sağlıksız yaşam biçimi alışkanlıklarına neden olabilmektedir (Yüksel ve ark., 2011).

Kadının ruhsal durumu ve yaşantısı gebelik sürecini etkilediği gibi gebelik sürecinde kadının ruhsal durumu ve yaşantısını etkilemektedir (apık ve ark., 2015). Gebelikte prenatal distres gibi annenin ruh sağlığını olumsuz etkileyen durumların görölmesinde rol oynayan bazı etmenler vardır. Bunlar;

- Geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü
- Evlilik-eş ilişkisi
- Partnerin olmaması
- İş yaşamı
- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Düşük eğitim düzeyi
- Olumsuz yaşam deneyimleri
- Genç yaşta anne olma
- İstenmeyen gebelik
- Düşük öyküsü
- ocuk sayısı
- Fetüsle ilgili kaygı
- Düşük benlik saygısı/olumsuz düşünme
- Sosyal/duygusal destek yetersizliği

- Aile içi şiddet
- Alkol/Uyuşturucu/Sigara kullanımı
- Yüksek riskli gebelik tanısı almak
- Daha önceden varolan kronik hastalık
- Gebelikte meydana gelen fiziksel değişimler
- Yüksek ebeveynlik stresidir (Atasever ve Çelik, 2018; Çapık ve ark., 2015; Çorumlu ve Ulupınar, 2016 ve Yıldız, 2011).

1.2.7. Prenatal Distresin Maternal ve Fetal Etkileri

Prenatal distres maternal ve fetal sağlığı iki farklı şekilde etkilemektedir. Bunlardan ilki; artan stres hormonlarının biyolojik sistemler üzerine direk etkisidir. Artan stres hormonları gebenin hipotalamik-pitüiter-adrenal aksını uyarır. Artan stres sonucu hipotalamustan kortikotropin releasing hormon (CRH) salınımını artmasıyla hipofizden adrenocortikotropin hormon (ACTH) salgılanması uyarılır ve ACTH da böbreküstü bezinden kortizol ve nörepinefrin salgılanmasını artırır (Atasever ve Çelik, 2018; Uludağlı, 2017 ve Usta ve Balıkçı, 2012).

Kadın vücudunda artan stres hormonları, plasenta aracılığıyla fetüse geçerek fetal komplikasyonlara neden olmaktadır (Atasever ve Çelik, 2018; Uludağlı, 2017 ve Usta ve Balıkçı, 2012). Ayrıca stres durumunda, plasentayı besleyen kan damarlarında vazokonstriksiyon meydana gelmesiyle uterusu giden kan miktarı azalmakta buna bağlı olarak maternal ve fetal komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (Atasever ve Çelik, 2018; Usta ve Balıkçı, 2012 ve Uludağlı, 2017;).

Prenatal distresin maternal ve fetal sağlığı ikinci etkileme yolu ise; stres yaşayan kadınların madde kullanımı, prenatal kontrollere gitmeme gibi olumsuz sağlık davranışlarıyla dolaylı olarak etkilenmesidir (Atasever ve Çelik, 2018; Uludağlı, 2017 ve Usta ve Balıkçı, 2012).

1.2.7.1. Maternal Etkiler

Prenatal distres maternal sağlığı fiziksel ve ruhsal olarak iki farklı yönden etkilemektedir. Gebelikte ortaya çıkan psikolojik değişimlere gebelerin bir kısmı kolay uyum sağlarken bazı gebelerde ruhsal problemler görölmektedir (Yılmaz ve Beji, 2010 ve Yüksel ve ark., 2011). Gebelikte ortaya çıkan distres erken fark edilip müdahale edilmezse doğum sonrası süreçte depresyon ve postpartum hüzüne dönüşebilmektedir (Atasever ve Çelik, 2018). Gebelikte depresyon görölme prevalansı dünyada %18-58 arasında, ölkemizde ise %12-58 arasındadır (Arslan ve ark., 2011). Stresli gebelerin doğum sonrası etkin emzirmede güçlük çektiği ve anne-bebek bağlanmasında gecikmeler olmaktadır (Atasever ve Çelik, 2018).

Ayrıca prenatal distresin annenin fiziksel sağlığına etkileri ise preeklampsi riskinde artış, spontan abortus, doğum öncesi kanama, uterin arter direncinde artma, erken doğum, plasental anomaliler, operatif doğum, zor doğum ve epizyotomi oranında artış, doğum eylemin süresinde uzama ya da kısalma, erken membran rüptürüdür (Atasever ve Çelik, 2018; Çapık ve ark., 2015 ve Öztürk ve Aydın, 2018). Prenatal distres yaşayan gebelerin bulantı kusma şikayetlerinin ve doğum korkusunun daha fazla olduğu, sezaryen doğumu tercih ettikleri ve doğumda epidural anestezi ihtiyaçlarının daha çok olduğu vurgulanmaktadır (Atasever ve Çelik, 2018).

1.2.7.2. Fetal Etkileri

Prenatal dönem fetüsün beyin gelişimi için kritik bir dönemdir. Fetal yaşamda annenin artan stres hormonları, fetüsün beynindeki nöral alıcılara geçerek, nöral farklılaşmaya ve işlevlerinin etkilenmesine ve bağışıklık sisteminin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bunun sonucunda fetüste, gelecekte çevresel koşullarında etkisiyle bilişsel ve psikolojik problemler görölme riski artmaktadır (Çorumlu ve Ulupınar, 2016; Hamilton ve Lobel, 2008; ; Öztürk ve Aydın, 2018; Uludağlı, 2017 ve Usta ve Balıkçı, 2012).

Prenatal distrese maruziyet sonucu fetüste; erken doğum, prematürite, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, baş çevresinin küçük olması, malprezentasyon, fetak kalp atım hızında değişiklik, fetal hipoksi, düşük APGAR skoru, neonatal asfiksi, mekonyum aspirasyonu, hipoglisemi, polisitemi ve respiratuvar distrese neden olmaktadır neden olmaktadır (Atasever ve Çelik, 2018; Çapık ve ark., 2015; Usta ve Balıkçı, 2012 ve Yıldız, 2011). Zor mizaçlı bebek ve motor-mental gelişme geriliği de olumsuz etkiler arasındadır (Öztürk ve Aydın, 2018). Stres nedeniyle meydana erken doğum ve fetal/neonatal komplikasyonlar sonucu yenidoğan yoğun bakım üniterinde kalma sıklığı ve süresi de artmaktadır (Öztürk ve Aydın, 2018). Ayrıca fetüste telomer uzunluğunun azalması ve yıpranmasına neden olmaktadır. Telomer uzunluğun azalması ve yıpranma oranındaki yükselme ise kronik hastalılara daha erken yakalanma ve hızlı ilerlemesini etkilemesinin yanı sıra yaşam süresini de olumsuz etkilemektedir (Atasever ve Çelik, 2018 ve Öztürk ve Aydın, 2018).

Prenatal distrese maruziyetin uzun dönem etkileri ise; gelişme geriliğine bağlı solunum, gastrointestinal, üriner sistemlerle ilgili komplikasyonlar, serebral palsy, çekingen davranışların gözlenmesi, uyum çocukluğu döneminde; zeka düşüklüğü, dikkat eksikliği, dil becerilerinde gerilik, ergenlikte; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilgili belirtiler, kaygı, dürtüsellik ve depresif bozukluk riskinde artma, düşük entelektüel zeka, yetişkin dönemde; koroner arter hastalıkları, diabetes mellitus, obezite, kronik dejeneratif hastalıkların görülme riskinde artmadır (Atasever ve Çelik, 2018 ve Usta ve Balıkçı, 2012). Ayrıca prenatal strese maruz kalan fetüs otizm ve şizofreni yönünden de risk altındadır (Atasever ve Çelik, 2018).

1.2.8. Gestasyonel Hipertansiyon ve Prenatal Distres

Gebelik psiko-sosyal ve fizyolojik uyumu da gerektiren stresli bir kriz dönemidir ve sık sık anksiyete ve depresyonla birleşmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011; Gümüşdaş ve ark., 2014; Hamilton ve Lobel, 2008; Karanisoğlu, 2015; Madazlı, 2005 ve Ölçer ve Oskay, 2015).

Gebelikte ortaya çıkan anksiyete ve depresyon bulguları sağlık profesyonelleri tarafından gebelikle ilgili fiziksel ve hormonal değişikliklerle karıştırılmakta ve geç fark edilebilmektedir (Zaman ve ark.; 2018). Gebelikte depresyon ve anksiyete belirtileri (uyku/iştah bozuklukları, çökkün duygu durumu gibi) fetüsün bedensel ve fiziksel gelişimini olumsuz etkilemenin yanı sıra annenin yaşam kalitesini düşürmekte, ebeveynliğe hazırlığı geciktirmekte ve aile içi sorunlara neden olmaktadır (Zaman ve ark.; 2018). Aile/eş desteğinin azalması, bebeği kaybetme korkusu kadında çaresizlik, umutsuzluk ve benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır. Stresle etkin baş edemeyen kadınlarda öfke, güvensizlik, yetersizlik gibi depresif belirtiler görülmektedir. Depresif belirtiler gebenin öz-bakımında azalmaya, tedaviye direnmesine, iyileşmenin gecikmesi ve sonuç olarak tedavinin uzamasına neden olmaktadır (Şen ve Şirin; 2013). Stresi yüksek olan kadınlarda plazma kortizol seviyesi artması sonucu fetal beyin gelişimi etkilenmekte ve çocukluk döneminde de psikososyal yaşam etkilenmektedir (Ölçer ve Oskay, 2015). Ayrıca gebelik ve doğum komplikasyonlarının görülme sıklığında artmaya, erken doğum ve düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır (Şen ve Şirin; 2013). Prenatal distress yaşayan kadınlar postpartum hüznün ve depresyon açısından da risk altındadır. Postpartum hüznün ve depresyon görülme riski erken farkedilmez ve doğum sonrası tanı ve tedavisi yapılmazsa kadının yaşam kalitesini azalmakta, kendine ve bebeğe zarar verme riskini artırmaktadır (Tatarlar ve ark.; 2016).

Prenatal dönemde kadın, fiziksel ve psikososyal değişimler nedeniyle stres yaşamasına rağmen yüksek riskli gebeliklerde yaşanan stres, annenin ve fetüsün sağlığını tehdit eden bir sorun olması nedeniyle normal gebeliklere göre daha fazladır (Gümüldaş ve ark., 2014; Ölçer ve Oskay, 2015; Yılmaz ve Beji, 2010 ve Yüksel ve ark., 2011). Gebelikte annenin ve fetüsün sağlığını tehdit eden yüksek riskli gebelik tanılarından biride gestasyonel hipertansiyondur (Çulha ve ark., 2010; Değirmenci, 2018 ve Gümüldaş ve ark., 2014). Yüksek riskli gebeliklerde hastalık tanısı almak gebe için korkutucu, anksiyete ve şoka neden olan stresli ve karmaşık bir süreçtir ve aynı durum gestasyonel hipertansiyon tanısı almış gebe içinde geçerlidir (Karanisoğlu, 2015 ve Ölçer ve Oskay, 2015).

Gestasyonel hipertansiyonlu bir gebe olmak gebeliğin mutlu ve sağlıklı anne-bebek bağıyla sonuçlanamayabileceğini ifade ettiğinden gebenin kendini anne olarak yetersiz hissetmesine, düşük benlik saygısına neden olabilmektedir. İstenmeyen ya da plansız bir gebelikse ebeveynler bu durumdan kendilerini sorumlu tutabilir ve fetüs için zararlı olduğu bilinen davranışlarda bulunabilirler (Karanisoğlu, 2015 ve Ölçer ve Oskay, 2015). GHT'li bir gebe için gebelik sürecinde hipertansiyonunun ne olacağına dair belirsizlik, bebeğinin sağlık durumu ve sezaryen olasılığı stres oluşturmaktadır. Gebelikte kanama, tansiyon yüksekliği gibi tehlike belirtilerinin görülmesi annede stresi artırarak bebek için hazırlıklara ara verilmesine ve neonatal bağlanmada gecikmeye neden olabilir. Evlilik sorunları ve sosyal destek azlığı, ekonomik kaygılar, doğum sonu dönemle ilgili kaygılar ve hastanede yatarak tedavinin de gerekebileceği olasılığı yüksek riskli gebelerde birer stres kaynağıdır (Ölçer ve Oskay, 2015). Yüksek riskli gebelerle yapılan bir çalışmada gebede en çok gerilim oluşturan nedenler arasında bebeğin sağlığını düşünme, durumu hakkında az bilgi verilmesi ve doğumu düşünme yer almaktadır (Hediye ve Korkmaz, 2005).

Hem gestasyonel hipertansiyonun hemde prenatal stresin maternal ve fetal sağlığa olumsuz etkileri vardır. Ayrıca gestasyonel hipertansiyon ve prenatal distress arasında psikososyal ve fizyolojik mekanizmalarla açıklanan çift yönlü bir ilişki vardır. Prenatal distress varlığında kadının vücudunda hipotalamik-pitüiter-adrenal aksın uyarılmasıyla kortizol gibi stres hormonlarının seviyesi artmaktadır. Artan stres hormonlarının etkisiyle uterusu giden kan damarları daralmaktadır. Ayrıca strese bağlı olarak gebeliğin başlaması ve devamında etkili olan luteinize hormon ve progesteron seviyeleride azalmaktadır (Usta ve Balıkcı, 2012). Artan kortizol seviyesi bağışıklık sisteminin baskılanmasına, periferik kanda eozinofil, lenfosit ve makrofajların doğrudan azalmasına neden olmaktadır (Atasever ve Çelik, 2018). Bağışıklık sisteminde meydana gelen değişimler sonucu preeklampsi riski artmaktadır (Atasever ve Çelik, 2018; Madazlı, 2005 ve Usta ve Balıkcı, 2012)

Gestasyonel hipertansiyon gebelerde prenatal distress oluşması için önemli bir risk faktörüdür. Gestasyonel hipertansiyon ve prenatal distressin birleşiminden doğacak

maternal ve fetal komplikasyonlar dikkate alındığında hipertansiyonlu gebelerin prenatal distres düzeyi açısından daha dikkatli incelenmesi gerekmektedir.

1.2.9. Gestasyonel Hipertansiyonu ve Prenatal Distresi Olan Kadınlarda Hemşirelik Bakımı

Gestasyonel hipertansiyon ve prenatal distresi olan bir gebede sağlık bakımında temel amaç, kadının hastalık tanısı aldıktan doğuma kadarki prenatal dönemde doğru, nitelikli ve planlı girişimlerle, oluşabilecek komplikasyonlara yönelik, gebe ve ailesinin bakıma etkin olarak katılmasına imkan sağlanarak sağlıklı anne ve yenidoğanla sürecin tamamlanmasıdır (Aydemir ve Hazar, 2014 ve Oskay, 2014).

Gebelerin psiko-sosyal ve fiziksel problemlerinin gerçekçi ve yeterli ölçüde belirlenmesi, doğru hemşirelik girişimlerinin planlanmasında önemlidir (Aydemir ve Hazar, 2014 ve Oskay, 2014). Anne ve bebek sağlığını korumaya yönelik hemşirelik bakımında yapılması gereken ilk adım prenatal distres yönünden risk altında olanları belirlemek ve önlem almak, stres yaşayanların ise erken tanılanmasını sağlamaktır. Erken dönemde farkedilememiş ve tedavi edilememiş prenatal distres hem maternal hemde fetal sağlık için önemli bir risk faktörüdür (Aydemir ve Hazar, 2014; Çalık ve Aktaş, 2011; Durmazoğlu ve ark., 2016 ve Şahin ve Kılıçarslan, 2010). Prenatal distresin erken tanılanabilmesi için hemşireler, gebelik izlemlerinde kadının fiziksel değerlendirmesinin yanı sıra psikolojik değerlendirmesini de yapmalıdır (Çapık ve ark., 2015). Hemşire GHT tanısı alan bir gebede psikolojik değerlendirme yaparken gebenin kendisinin ve bebeğin sağlık durumunda sapma, aktivite kısıtlaması, başkalarına bağımlı olma, uygulanan tedavi, test ve girişimler ve belirsizlik gibi stres etkenleri nedeniyle gebede yalnızlık, güçsüzlük, huzursuzluk, korku, öfke ve düşmanlık gibi olumsuz duyguların varlığını sorgulamalıdır (Durmazoğlu ve ark., 2016 ve Oskay, 2014). Gebeliğinde depresif belirtiler gösteren kadınların, gebelikleri süresince ve doğumda dengelerini sürdürebilmeleri ve yaşadıkları problemlerle başa çıkabilmeleri için psikiyatrik yardım ve danışmanlık hizmeti verilmelidir. Danışmanlık hizmeti gebeye ve eşine; hastalığın olası nedenleri, uygulanan tedavi, tanı

testleri ve girişimlerin ne amaçla yapıldığı ve sonuçları hakkında gerekli açıklamaların yanısıra hastalığın psikolojik yönü hakkında olmalıdır (Oskay, 2014).

Bu süreçte profesyonel hemşire, tespit ettiği sağlık sorunlarının çözümünde multidisipliner iş birliği yaparak koordinatör rol üstlenmelidir (Oskay, 2014). Erken dönemde müdahale edilmeyen prenatal distres hem gebelikte hemde postpartum süreçte depresyon riskini artırmaktadır. Bu nedenle gebelikte ve postpartum dönemde yaşanan psikolojik rahatsızlıkların erken fark edilerek tedavisinin sağlanması yönünden hemşirenin danışmanlık rolü oldukça önemlidir (Zaman ve ark.;2018).

GHT'si olan bir gebede, sağlıklı bir gebede gerekenden çok farklı sağlık ihtiyaçları ortaya çıkar ve hemşirelerin desteğine daha çok ihtiyaç duyar (Gümüldaş ver ark., 2013; Oskay, 2014 ve Şahin ve Kılıçarslan, 2010). Artan prenatal bakım ihtiyaçları nedeniyle hemşirelik yaklaşımı, kapsamlı bakımı, sağlık profesyoneliyle etkili iletişimi, danışmanlığı ve bilgilendirmeyi, uygun ortamın oluşturulması, ruhsal ve sosyal desteği içine alacak şekilde olmalıdır (Aydemir ve Hazar, 2014 ve Oskay, 2014). Hemşirelerin anneye tıbbi bakımın yanı sıra emosyonel destek sağlayabilmesi için, gebeliğin kadın ve ailesi için ne anlama geldiğini öğrenmesi, olumlu ve olumsuz duygularını ifade edebilmesi için anneyi desteklemesi gerekir (Altınçelep, 2011; Durmazoğlu ve ark., 2016 ve Serçekaya ve ark., 2014). Hemşire gebenin emosyonel durumunu değerlendirirken gebenin endişe ettiği konuları dinlemeli, deneyimlerini paylaşmalı ve gebeyle konuşmak için zaman ayırmalıdır. Hemşirelik bakım planları, GHT'li gebenin etkilendiği stresörlerin farkında olunarak, yaşadıkları kişisel sorunlar belirlenrek, gebenin içinde bulunduğu durumla baş edebilmesine yardım edecek bireye özgü girişim/çözümleri içerecek şekilde hazırlanmalıdır (Oskay, 2014; Ölçer ve Oskay, 2015 ve Serçekaya ve ark., 2004).

GHT'li gebenin stresinin azaltılmasında, gebe ve ailesinin kriz ve stresle baş edebilme becerileri, olumlu iletişim, beraber neşeli zaman geçirme, çevreden alınan destek, ruhsal iyilik hali oldukça önem taşımaktadır. Hemşirelik girişimleri planlanırken gebe ve ailesinin geçmişte kullandıkları baş etme yöntemleri tanımlanmalı, yeni başetme yöntemleri geliştirilmeli ve girişimlerde buna göre

yapılmalıdır (Kaplan ve ark., 2007 ve Ölçer ve Oskay, 2015). GHT'li gebelere stres ve stresle baş etme yöntemleri konusunda bilgi verilmelidir (Durmazoğlu ve ark., 2016; Kaplan ve ark., 2007 ve Ölçer ve Oskay, 2015).

Hemşirelik girişimlerinin gebenin kendi bakımı üzerindeki kontrolünün öne çıktığı, kendi ve yaşantısı üzerindeki karar verici rolünü artırmaya ve başkalarına bağımlı olma hissini azaltmaya yönelik planlanması gerekir (Oskay, 2014). Hemşire gebenin sosyal destek kaynaklarını geliştirmede kilit rol oynayan kişi olarak sosyal destek kaynaklarını belirlemede gebeye yol gösterici olmalıdır (Şen ve Şirin, 2013).

Stresörlerin azaltılması ve kişiye uygun baş etme mekanizmasının geliştirilmesi hemşirelerin görevleri arasındadır. Hemşireler gebenin kendine uygun olan baş etme yöntemini desteklemeli, derin nefes egzersizleri, fiziksel egzersiz, yoga, düşünme, müzik terapisi, akupunktur, masaj terapisi ve biyolojik geribildirim (biofeedback) gibi gebeyi rahatlatacak teknikleri öğretmeli, sosyal destek almasını desteklemelidir (Durmazoğlu ve ark., 2016 ve Ölçer ve Oskay, 2015).

Stres nedeniyle uyku kalitesi bozulan gebelerde stresle baş etmeye yönelik, bebek ve anne sağlığını korumak için anneyle beraber çözüm yolları aranmalı, düzenli aralıklarla prenatal kontrollere gelmesi sağlanmalı, gerekiyorsa evde de ziyaret edilerek kişiye özgü uyku hijyeni hakkında doğru davranış değişikliği oluşturulmalıdır (Ertekin ve ark., 2014).

GHT'lu kadınlarda bedensel değişimler de birer stresördür. Bu fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya yönelik hemşire tarafından gebeye uygun egzersizlerin planlanması, gevşeme ve rahatlama tekniklerini öğretilip uygulanması gebenin yaşadığı streste azalmayı sağlayacaktır (Akın, 2018 ve Kömürcü ve Ergin, 2008).

Müziğin öfke ve psikolojik belirtiler üzerinde olumsuz etkisi olduğu farklı çalışmalarla ortaya konmuştur. Müziğin olumlu etkisinden faydalanmak için hemşireler gebeyi rahatlatıcı müzik dinlemeleri konusunda teşvik etmeli, müzik

dinleme saatleri oluşturmalı, dikkatini müziğe vererek olumsuz düşüncelerden uzaklaşması ve rahatlamasını sağlamalıdır (Taley, 2013)

Yoga yapmanın; stresi azaltmasında, anne bebek bağlanması, gebeliğe bağlı fiziksel ve ruhsal değişimler nedeniyle ortaya çıkan uykusuzluk, bel ve bacak ağrılarına olumlu etkisi vardır. Ayrıca yoga yapan gebelerde gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi gelişme riski daha azdır. Bu nedenle hemşire, stresin azalması ve strese bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçların önlenmesine yönelik gebeyi yoga yapmaya teşvik edebilir (Alkan, 2017).

GHT ve prenatal stresi olan gebeye bakım veren hemşirelerin, rutin bakım gereksinimlerinin yanısıra GHT için gerekli takiplerde gebelik takibi, gebeye bilgi sağlama ve danışmanlık yapma gibi görevleri vardır (Oskay, 2014). Ayrıca postpartum döneme ilişkinde kadının bakım gereksinimlerini değerlendirmeli, annelik rolüne uyumunu kolaylaştıracak hemşirelik girişimlerini planlamalıdır (Durmazoğlu ve ark., 2016).

Herhangi bir sağlık sorunu olmasa bile gebelik süreci fiziksel ve emosyonel değişimler nedeniyle gebeliğe özgü distresin olduğu bir dönemdir. Bu sürece birde annenin ve fetüsün sağlığını tehdit eden, gebelik sürecinde birçok komplikasyona neden olabilecek olan gestasyonel hipertansiyonun da eklenmesi prenatal distres düzeyini artıracaktır. Hem GHT'nin getirdiği riskler hemde artan distresin getirdiği riskler gebelik sürecini olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle prenatal dönemde hemşireye risklerin erken tespiti, gerektiğinde ileri değerlendirme için yönlendirme, risklere ve olumsuz sonuçlarına karşı koruyucu bakım, eğitim ve danışmanlık verme gibi önemli sorumluluklar düşmektedir (Balkaya, 2014). Hemşireler gebelerin prenatal takiplerinde GHT'nin fiziksel bulguların yanısıra gebede oluşturduğu distrese bağlı bulguları da gözlemleyerek bütüncül bir hemşirelik bakımı sunmalıdır (Çapık ve ark., 2015 ve Karanisoğlu, 2015). GHT'lilerde prenatal distresin erken fark edilmesi distrese bağlı olumsuzluklara önlemler alınarak GHT'ye ek olarak gebeliği riske atan sıkıntılar yaşanmadan, gebeliğe ve anneliğe uyumun sağlandığı bir hamilelik süreciyle tamamlanmasına katkı sağlayacaktır (Ayder ve ark., 2014 ve Kuğu ve Akyüz, 2001).

Eğer prenatal dönemde distres erken tanınıp önlem alınmazsa prenatal olumsuzluklara ek postpartum dönemde de farklı stres etmenleriyle birleşip postpartum hüznün ve depresyona dönüşebilir (Atasever ve Çelik, 2018; Çalık ve Aktaş, 2011 ve Yıldız, 2011). Bu çalışmanın amacı GHT'lu kadınların prenatal distres düzeyinin belirlemektir.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, tanımlayıcı niteliktedir. Gestasyonel Hipertansiyonlu kadınların prenatal distres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniğine başvuran Gestasyonel Hipertansiyonlu gebelerle yapılmıştır.

Araştırma verilerinin toplanacağı hastane toplam 125 yatak kapasitesindedir. Poliklinik hizmetleri jinekoloji ve gebe polikliniği olarak iki ayrı birim halinde sunulmaktadır. Gebe polikliniğinde toplam 5 muayene odası olup 2'sinde yüksek riskli gebeler takip edilmektedir. Yüksek riskli gebelerin takibinde 2 uzman doktor ve 2 hemşire görev almaktadır. Gebe polikliniğine günde ortalama 130 gebe başvurmaktadır ve bunların ortalama 3'ü gestasyonel hipertansiyonlu gebelerdir.

Gebe polikliniğinde takip edilen gebelerin her muayene öncesi yaşam bulguları ölçümü yapılmaktadır. Yaşam bulguları ölçümünde tansiyon değeri 140/90 mmHg ve üzerinde olanlar non-stres test ölçümüyle fetal kalp hızı değerlendirilip, sakin bir odaya alınmaktadır. Gebenin tansiyon ölçümü hemşire tarafından manuel tansiyon aletiyle 1 saat boyunca 15 dk arayla yapılmakta ve düşme olmazsa gebenin hastaneye yatışı yapılarak gözetim altına alınmaktadır. Gözetim altındaki gebenin 3 saat arayla tansiyon ölçümü devam etmektedir. İdrarda proteinürü olup olmadığının kontrolü için SPOT ve 24 saatlik idrar örneği alınmaktadır. Ölçümler sonucunda 20. gebelik haftası ve üzerinde, tansiyonu en az iki defa 140/90 mmHg ve üzerinde olan, proteinürünün olmadığı gebeler gestasyonel hipertansiyon tanısı almaktadır.

GHT tanısı alan gebelere az tuzlu diyet başlanmakta, diyetle tansiyon değerlerinde düşme sağlanamazsa, diyetle ek olarak ilaç tedavisine başlanmaktadır. Diyet ve/ya ilaç tedavisiyle tansiyon değerleri 140/90 mmHg'nın altına düşürülen gebeler taburcu edilmekte ve prenatal takipleri gebe polikliniğinde devam etmektedir. Taburculuk sonrasında da GHT gebeler doğuma kadar az tuzlu diyetle devam etmektedir. Diyetle ek olarak ilaç tedavisi başlananlar da doğuma kadar hem diyetle hemde ilaç kullanmaya devam etmektedir. GHT tanısı alan gebeler ilk tanı konulmasını takip eden bir haftalık sürede sabah ve akşam ölçtükleri tansiyon değerleriyle kontrole gelmekte, 140/90 mmHg'nın üzerinde tansiyon ölçümü olmayanların takibine ayaktan gebe polikliniğinde devam edilmektedir. 32. gebelik haftasına kadar ayda bir defa, 32. ve 34. gebelik haftasında haftada bir takip ve 34. haftadan sonra doğuma kadar her hafta prenatal takipleri yapılmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniğinde takip edilmekte olan Gestasyonel Hipertansiyonlu gebeler oluşturmaktadır.

Örneklem Genişliği:

Evreni bilindiğinde örneklem genişliği hesaplama yöntemi kullanılarak örneklem genişliği hesaplanmıştır. Örneklem genişliği hesaplanırken, önceden bu konuda yapılmış çalışmalarda (Altınçelep, 2011) belirlenen ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Alfa (α)=0.05, %5'lik yanılma düzeyinde ve etki büyüklüğü 0.96 olacak şekilde minimum örneklem genişliği 68 olarak hesaplanmıştır (Çingi, 1990). Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır. Araştırma sürecinde 4 kadın çalışmaya katılmak istemediğinden araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma, minimum örneklem genişliğine ulaşacak şekilde 70 gebe ile yürütülmüştür.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- İletişim engeli olmayan
- En az ilköğretim mezunu
- 18 yaş ve üzeri
- Gestasyonel Hipertansiyon tanısı olan
- Herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmayan
- Doğal yollarla gebe kalanlar

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Yardımcı üreme tekniğiyle gebe kalanlar
- Gebelik sürecinde travma yaşayanlar (ölüm, kaza gibi)

2.4. Araştırma Sorular

1. Gestasyonel hipertansiyonlu kadınların prenatal distres düzeyleri nedir ?
2. Gestasyonel hipertansiyonlu kadınların sosyo-demografik özellikleri ile prenatal distres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır ?
3. Gestasyonel hipertansiyonlu kadınların önceki obstetrik özellikleri ile prenatal distres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır ?
4. Gestasyonel hipertansiyonlu kadınların şimdiki obstetrik özellikleri ile prenatal distres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır ?
5. Gestasyonel hipertansiyonlu kadınların hastalığa ilişkin bilgileri ile prenatal distres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır ?
6. Gestasyonel hipertansiyonlu kadınların evlilik ve sosyal destek sistemleri ile ilgili özellikleri ile prenatal distres puan ortalamaları arasında anlamlı fark var mıdır ?

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada iki farklı veri toplama formu kullanılmıştır. Bunlar Kişisel Veri Toplama Formu ve Prenatal Distres Ölçeği – Revize Versiyonu’dur.

2.5.1. Kişisel Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından literatür araştırılarak hazırlanan 43 soru içeren bir formdur (Api ve Api, 2013; Atasever ve Çelik, 2018; Çalık ve Aktaş, 2011; Ersoy ve ark., 2011; Ertuğrul, 2013; Madazlı, 2005; Ölçer ve Oskay, 2015 ve Usta ve Balıkçı, 2012). Bu form gebelerin yaş, eğitim durumu, öğrenim durumu, eş eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerini; gebelik haftası, toplam gebelik sayısı, düşük-kürtaj öyküsü, şu anki gebeliğinin planlı olup olmadığı gibi şimdiki ve önceki obstetrik özelliklerini; gestasyonel hipertansiyonla ilgili bilgisi/tedavi şekli, düzenli prenatal kontrollere gitme durumu, gebenin mevcut sağlık durumu, eş ile ilişki, sosyal destek kaynakları gibi özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

2.5.2. Prenatal Distres Ölçeği - Revize Versiyonu

“Prenatal Distres Ölçeği” 1999 yılında Yali ve Lobel tarafından gebelikte kadınların sosyal ilişkiler, fiziksel ve duygusal semptomlar, kendi ve bebeğiyle ilgili endişelerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (Yali ve Lobel, 1999). İlk olarak 12 maddeli olan ölçeğin 2008 yılında Lobel tarafından geliştirilerek 17 maddeli Prenatal Distres – Revize versiyonu oluşturulmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2011 yılında Yüksel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Yüksel ve ark., 2011).

Ölçeğin kapsam geçerlik indeksi değeri %96’dır. Yapı geçerliliği için yapılan Açıklayıcı Faktör Analizinde, tüm maddelerin faktör yükleri 0,37 ile 0,80 arasındadır. Ölçeğin iç tutarlık analizinde (n = 522) Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,85, madde-

toplam puan korelasyon katsayıları (r) 0,20 ile 0,78 arasındadır ($p<0,001$) (Yüksel ve ark., 2011). Yüksel ve ark.(2011)'ı Prenatal Distres Ölçeği (Revize Versiyonu) Türkçe formunun gebeliğin tüm dönemlerinde prenatal distres düzeyinin ölçülmesinde kullanılmak üzere kolay uygulanabilir, anlaşılır, geçerli ve güvenilir ölçüm aracı olduğunu belirtmiştir.

Ölçek 3'lü likert tiptedir. Katılımcılardan ölçekteki ifadeyi okuyarak “Hiç” (0), “Biraz” (1) ve “Çok fazla” (2) sıralı ifadelerinden kendilerine uygun olanını seçmeleri istenmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan “0”, maksimum puan “34” olup, ölçekten alınan puan arttıkça prenatal distres düzeyleride artmaktadır. Ölçeğin kesme noktası yoktur (Yüksel ve ark., 2011).

2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Prenatal distres ölçeği puan ortalamaları

Bağımsız değişkenler: Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim, gelir düzeyi, medeni hali vb.), obstetrik özellikleri (düşük/kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, varsa önceki doğum şekilleri, gebeliğin planlı olup olmaması vb.), gestasyonel hipertansiyonla ilgili bilgileri, eş ve sosyal destek kaynakları ile ilgili özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.7. Verilerin Toplanması

Veriler 15/04/2019 ile 24/05/2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Formların anlaşılabilirliğinin sağlanması amacıyla ön uygulama, araştırmacı tarafından, 15-24 Nisan 2019 tarihleri arasında, gebe polikliniğine başvuran 20 kadınla yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama formlarının kadınlar tarafından anlaşılır olduğu görülmüş, formlarda değişiklik yapılmamış. Ön uygulama ile elde edilen veriler araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırma verileri Kişisel Veri Toplama Formu ve Prenatal Distres Ölçeği- Revize Versiyonu kullanılarak toplanmıştır. Gebe polikliniğinde ayaktan takip edilen, araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gestasyonel hipertansiyonlu kadınlara araştırmacı tarafından veri toplama formları verilmiş ve formları doldurması istenmiştir. Veri toplama formları kadınlar tarafından doldurulduktan sonra, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Soruların cevaplanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

2.8. Etik İlkeler

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 04/70 sayılı ve 13.02.2019 tarihli kurul kararı ile izin (Bkz Ek-4) alındı.

Araştırma için, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalından 12405952-044-E.20166 sayılı ve 12.04.2019 tarihli kararı ile (Bkz Ek-5) gerekli izin alındı. Ölçek kullanımı için izinler alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelere veri toplama formları uygulanmadan önce araştırmanın ne amaçla yapıldığına dair bilgi verilmiş ve uygulamanın yapılabilmesi için onam alınmıştır (Bkz Ek-1)

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, 15/04/2019 ile 24/05/2019 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniğine başvuran Gestasyonel Hipertansiyonlu kadınlar ile yapılmıştır. Araştırmaya katılanların soruları içten ve doğru cevapladıkları varsayılmaktadır. Çalışma sonuçları, araştırmanın yapıldığı kurumda üzerinde çalışılan gruba genellenebilir. Tüm topluma genellenemez.

2.10. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler “IBM SPSS Statistics 24 paket program” kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olan verilerde iki grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında “Independent Sample-t test”; üç veya üzeri grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında “ANOVA test” kullanılmıştır. Normal dağılmayan verilerde iki grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U test”; üç veya üzeri grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H test” kullanılmıştır. İstatistiksel analizde $p < 0,05$ değeri önemlilik düzeyi olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Çizelge 3.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Değişken (n=70)	n	%
Yaş grupları		
18-26	14	20,0
27-34	23	32,9
35 ve üzeri	33	47,1
Eğitim düzeyi		
İlköğretim	23	32,9
Lise	31	44,2
Yüksekokul/üniversite	16	22,9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	15	21,4
Çalışmıyor	55	78,6
Eşin eğitim düzeyi		
İlköğretim	17	24,3
Lise	35	50,0
Yüksekokul/üniversite	18	25,7
Eş çalışma durumu		
Çalışıyor	67	95,7
Çalışmıyor	3	4,3
Gelir durumu		
Düşük	10	14,3
Orta	42	60,0
Yüksek	18	25,7
Aile tipi		
Geniş aile	7	10,0
Çekirdek aile	63	90,0
Sigara/alkol/madde kullanımı		
Sigara	10	14,3
Hiçbiri	60	85,7
Sigara kullanımında değişim (n=10)*		
Kullanım sıklığı arttı	1	10,0
Kullanım sıklığı azaldı	6	60,0
Kullanım sıklığı değişmedi	3	30,0

*Yüzdelere n üzerinden değerlendirilmiştir.

Kadınların %47,1'inin 35 yaş ve üzerinde olduğu, %44,2'sinin lise mezunu olduğu ve %78,6'sının çalışmadığı belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin %50'sinin lise mezunu olduğu, %95,7'sinin çalıştığı, kadınlardan %60'ının gelir durumunun orta düzey olduğu ve %90'ının çekirdek aile tipinde olduğu belirlenmiştir. Kadınların %14,3'ünün sigara kullandığı ve bunlardan %60'ının gestasyonel hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kullanım sıklığının azaldığı, %30'unun kullanım sıklığının değişmediği belirlenmiştir (Çizelge 3.1). Çizelge 3.1'de yer almamakla beraber kadınların tamamının evli ve sosyal güvencelerinin olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.2. Önceki Gebelik ve Doğuma İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Değişken (n=52)	n	%
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	8	15,4
1	23	44,2
2	16	30,8
3 ve üzeri	5	9,6
Düşük yapma		
Evet	21	40,4
Hayır	31	59,6
Kürtaj		
Evet	2	3,8
Hayır	50	96,2
Ölü doğum		
Evet	5	9,6
Hayır	47	90,4
Önceki doğum şekli(n=47)*		
Normal doğum	30	63,8
Sezaryen	14	29,8
Hem normal hem sezaryen	3	6,4
Önceki gebelikte GHT durumu		
Evet	9	17,3
Hayır	43	82,7

***Multipartların sayısı**

Kadınların %44,2'sinin yaşayan 1 çocuğu olduğu belirlenmiştir. Kadınların %40,4 daha önce düşük yaptığı, %3,8'nin kürtaj yaptırdığı ve %9,6'sının gebeliğinin ölü doğumla sonuçlandığı belirlenmiştir. Kadınların %63,8'i önceki gebeliğinde normal doğum yapmıştır. Kadınların %17,3'ünün önceki gebeliğinde GHT öyküsü olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.3. Şimdiki Gebelik ve Gestasyonel Hipertansiyonla İlgili Özelliklerin Dağılımı

Değişken (n=70)	n	%
Gravida		
Primigravida	18	25,7
Multigravida	52	74,3
Gebelik haftası		
20-24	23	32,8
25-32	27	38,6
33 ve üzeri	20	28,6
Gebelik öncesi BKİ		
[$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 25,60 \pm 4,83 (kg/m^2)$]		
<18,5 = Zayıf	2	2,9
18,5 – 24,9 = Normal	30	42,9
25,0 – 29,9 = Fazla kilolu	25	35,7
≥ 30 = Obez	13	18,5
Gebelikte kilo alımı		
<14	55	78,6
≥ 14	15	21,4
Planlı gebelik		
Evet	34	48,6
Hayır	36	51,4
Düşük/kürtaj isteme(n=36)**		
Evet	6	16,7
Hayır	30	83,3
GHT hakkında hemşireden bilgi alma		
Evet	11	15,7
Hayır	59	84,3
GHT hakkında bilgi alınması istenen konu(n=59)*		
Bebek sağlığı	58	98,3
Tedavi süreci	39	66,1
Anne sağlığı	16	27,1
GHT gelişme nedenleri	14	23,7
GHT tehlike belirtilerini bilme		
Evet	52	74,3
Hayır	18	25,7
GHT ile ilgili bilinen tehlike belirtileri(n=52)*		
Tansiyon yükselmesi	50	96,1
Baş ağrısı	30	57,6
Görme bozukluğu	24	46,1
Bebek hareketlerinde azalma	8	15,3
Üriner sistem belirtileri	6	11,5
GIS belirtileri	6	11,5
Hemşireye rahatlıkla ulaşabilme		
Evet	43	61,4
Hayır	27	38,6
GHT tedavi şekli		
Diyet	57	81,4
Hem diyet hem ilaç	13	18,6
Evde tansiyon ölçme		
Günde 1 defa	9	12,9
Günde 2 defa	25	35,7
Günde 3 defa	18	25,7
Günde 4 ve üzeri	18	25,7
GHT ek sağlık sorunu		
Evet	13	18,6
Hayır	57	81,4

Çizelge 3.3 Devam

Fetüste sorun varlığı		
Evet***	12	17,1
Hayır	58	82,9
Doktorun önerdiği doğum şekli		
Normal	5	7,1
Sezaryen	11	15,8
Önerisi yok	54	77,1
Gebenin doğum tercihi		
Normal	55	78,6
Sezaryen	15	21,4

* Yüzdelere n üzerinden değerlendirilmiştir. Birden fazla cevap verilmiştir.

** Plansız gebelik yapanların sayısı

*** 9 fetüste IUGG, 1 fetüste down sendromu, 1 fetüste karaciğerde kist, 1 fetüsün ayaklarında şekil bozukluğu

Kadınların %74,3'ünün multigravida olduğu, %38,6'sının 25-32. gebelik haftasında olduğu tespit edilmiştir. Gebelik öncesi beden kitle indeksi ortalamasının $25,60 \pm 4,83$ (kg/m^2) olduğu, normal beden kitle indeksinde olanların oranının %42,9 olduğu ve %78,6'sının gebelikte 14 kg'dan az kilo aldığı tespit edilmiştir. Planlı gebelik yapmayan oranı %51,4 ve planlı gebelik yapmayanlardan %83,3'ünün düşük/kürtaj istemediği belirlenmiştir. Kadınların %15,7'sinin GHT hakkında hemşireden bilgi aldığı, GHT hakkında en çok bilgi alınması istenen konunun %45,7 oranla bebek sağlığı olduğu belirlenmiştir. GHT tehlikelerini bilen %74,3 kadından, %40,3'ünün bildiği en yaygın tehlike belirtisinin tansiyon yükselmesi olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.3).

Kadınların %61,4'ünün hemşireye rahatlıkla ulaşabildiği, tedavi şekli sadece diyet olanların oranının %81,4 olduğu ve gebelerin %35,7'sinin evde tansiyon ölçüm sıklığının günde 2 defa olduğu belirlenmiştir. Kadınların %18,6'sında GHT'ye ek sağlık sorunu olduğu ve %17,1'inin fetüste sağlık sorunu olduğu tespit edilmiştir. Kadınların doğum tercihlerinde ilk sırada %78,6 ile normal doğum olduğu ve doktorunun sezaryen önerdiği kadın oranının ise %15,8 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.3). Çizelge 3.3'de yer almamakla beraber kadınların tamamının gebelik kontrollerine düzenli gittiği belirlenmiştir.

Çizelge 3.4. Eş ile İlişki ve Sosyal Destek Kaynaklarıyla İlgili Özellikler

Değişken (n=70)	n	%
Eş ile ilişki		
İyi	61	87,1
Orta	9	12,9
Sosyal destek kaynakları*		
Eş	69	98,6
Aile	48	68,5
Arkadaş	7	10
Destek yok	1	1,4

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Kadınların eş ile ilişki ve sosyal destek kaynaklarıyla ilgili bulgularına göre %87,1'inin eşiyle ilişkisinin iyi olduğu, kadınların %98,6 oranla en çok eşlerinden sosyal destek gördükleri tespit edilmiştir (Çizelge 3.4). Çizelge 3.4'te yer almamakla beraber kadınların tamamının evli olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.5. Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)'ne İlişkin Bulguların Dağılımı

Değişken (n=70)	Ölçekten Alınabilecek Min.	Ölçekten Alınabilecek Max.	Grubun Ortalama	Standart sapma	Medyan	Grubun Aldığı Min.	Grubun Aldığı Max.
Prenatal Distres Ölçeği Puanı	0	34	13,80	4,74	14,0	2,0	22,0

GHT'li kadınların PDÖ'den aldıkları puan ortalaması $13,80 \pm 4,74$ 'dir (Çizelge 3.5). Ölçekten alınabilecek minimum "0", maksimum puan "34" olduğu düşünüldüğünde çalışma grubumuzun distres puanlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Çizelge 3.6. Sosyodemografik ve Bazı Özelliklere Göre PDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken (n=70)	n(%)	Prenatal distres ölçeği puanları		İstatistiksel analiz Olasılık
		$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	
Yaş grupları				
18-26	14(20,0)	11,93±5,37	12,5 [8,8]	F=1,682* p=0,194
27-34	23(32,9)	13,70±4,38	13,0 [7,0]	
35 ve üzeri	33(47,1)	14,67±4,60	15,0 [7,0]	
Eğitim düzeyi				
İlköğretim	23(32,9)	15,13±4,14	15,0 [7,0]	F=1,365* p=0,262
Lise	31(44,2)	13,16±4,96	13,0 [8,0]	
Yüksekokul/üniversite	16(22,9)	13,13±4,97	14,0 [6,0]	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	15(21,4)	14,80±4,18	16,0 [7,0]	Z=-0,811** p=0,418
Çalışmıyor	55(78,6)	13,53±4,87	14,0 [7,0]	
Eşin eğitim düzeyi				
İlköğretim	17(24,3)	15,71±4,28	17,0 [7,0]	F=2,005* p=0,143
Lise	35(50,0)	13,43±5,04	13,0 [8,0]	
Yüksekokul/üniversite	18(25,7)	12,72±4,23	13,0 [5,3]	
Gelir durumu				
Düşük	10(14,3)	13,80±6,21	14,5 [10,0]	F=0,311* p=0,734
Orta	42(60,0)	14,12±4,47	14,5 [7,3]	
Yüksek	18(25,7)	13,06±4,63	13,5 [6,8]	
Sigara kullanımı				
Kullanan	10(14,3)	15,70±4,24	15,5 [12,0]	Z=-1,304** p=0,192
Kullanmayan	60(85,7)	13,48±4,77	13,5 [7,0]	
Aile tipi				
Geniş aile	7(10,0)	17,00±5,71	20,0 [10,0]	t=1,920*** p=0,059
Çekirdek aile	63(90,0)	13,44±4,53	14,0 [7,0]	
Aile desteği				
Evet	48(68,5)	14,29±5,18	15,5 [7,0]	Z=-1,630** p=0,103
Hayır	22(31,5)	12,73±3,45	13,0 [6,3]	
Arkadaş desteği				
Evet	7(10,0)	15,57±3,87	16,0 [8,0]	t=1,043*** p=0,301
Hayır	63(90,0)	13,60±4,81	14,0 [7,0]	

*ANOVA test

** Mann Whitney U test

*** Independent Sample-t test

Yaş arttıkça distres puanları artmakla beraber yaş grupları ve “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır (p>0,05; Çizelge 3.6).

Çalışma durumu ve “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” olmamakla beraber çalışan kadınların prenatal distres puanları daha yüksektir (p>0,05; Çizelge 3.6).

Eşin eğitimine ve “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır (p>0,05; Çizelge 3.6). Aradaki fark önemsiz olsada eşin eğitim düzeyi arttıkça prenatal distres puanlarının azaldığı görülmüştür.

Orta gelir grubunun distres puanları biraz daha yüksek olup, gelir durumu ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.6).

Sigara içen kadınların distres puanları içmeyen göre daha yüksek olmasına rağmen sigara kullanma durumu ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.6).

Çalışmamızda aile tipi ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.6). Aile tipine göre anlamlı fark olmamakla beraber geniş ailede yaşayanların prenatal distres puanları çekirdek aile yaşayanlardan daha yüksektir.

Aile desteği ve arkadaş desteği alanların distres puanları almayanlara göre yüksek olmakla beraber, aile desteği ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” ve arkadaş desteği ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.6).

Çizelge 3.7. Önceki Gebelik ve Doğum Özelliklerine Göre PDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken (n=52)	n(%)	Prenatal distres ölçeği puanları		İstatistiksel analiz Olasılık
		$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	
Yaşayan çocuk sayısı				
Yok	8(15,4)	10,63±4,50	10,5 [5,3]	F=1,339* p=0,273
1	23(44,2)	13,92±4,56	14,5 [6,8]	
2	16(30,8)	14,38±5,21	14,0 [8,3]	
3 ve üzeri	5(9,6)	15,00±5,00	16,0 [8,5]	
Düşük yapma				
Evet	21(40,4)	12,95±4,38	12,0 [6,5]	t=-0,782*** p=0,438
Hayır	31(59,6)	14,03±5,20	15,0 [9,0]	
Ölü doğum				
Evet	5(9,6)	15,40±4,04	16,0 [6,5]	t=0,832*** p=0,409
Hayır	47(90,4)	13,48±4,97	13,0 [8,0]	
Önceki gebelikte GHT				
Evet	9(17,3)	14,00±4,77	16,0 [8,0]	t=0,271*** p=0,787
Hayır	43(82,7)	13,51±4,94	13,0 [8,0]	

*ANOVA test

** Mann Whitney U test

*** Independent Sample-t test

Yaşayan çocuk sayısı arttıkça prenatal distres puanı artmakla beraber yaşayan çocuk sayısı ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.7).

Düşük yapma ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.7). Anlamlı fark olmamakla beraber düşük yapmayanların prenatal distres puanları düşük yapanlardan daha yüksektir. Ölü doğum yapanların prenatal distres puanları ölü doğum yapmayanlara göre daha yüksek olmakla beraber ölü doğum ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır ($p>0,05$).

Önceki gebelikte GHT tanısı alma ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.7). Anlamlı fark olmamakla beraber önceki gebeliğinde GHT tanısı alan kadınların prenatal distres puanları daha yüksektir.

Çizelge 3.8. Şimdiki Gebelik ve Gestasyonel Hipertansiyon ile İlgili Özelliklere Göre PDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken (n=70)	N(%)	Prenatal distres ölçeği puanları $\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	İstatistiksel analiz Olasılık
Gravida				
Primigravida	18(25,7)	14,39±4,42	15,5 [7,0]	t=0,609***
Multigravida	52(74,3)	13,60±4,87	13,5 [7,8]	p=0,545
Gebelik haftası				
20-24	23(32,8)	13,13±4,36	13,0 [8,0]	F=0,445*
25-32	27(38,6)	14,41±3,61	14,0 [5,0]	p=0,643
33 ve üzeri	20(28,6)	13,75±6,37	15,5 [10,3]	
Gebelikte kilo alımı				
<14	55(78,6)	13,98±4,65	15,0 [7,0]	t=0,612***
≥14	15(21,4)	13,13±5,15	13,0 [8,0]	p=0,543
Planlı gebelik				
Evet	34(48,6)	12,91±4,65	12,5 [6,3]	t=-1,539***
Hayır	36(51,4)	14,64±4,77	15,5 [6,8]	p=0,128
GHT hakkında hemşireden bilgi alma				
Evet	11(15,7)	11,82±4,31	12,0 [9,0]	t=-1,525***
Hayır	59(84,3)	14,17±4,76	15,0 [7,0]	p=0,132
GHT tehlike belirtilerini bilme				
Evet	52(74,3)	13,54±4,76	13,0 [7,8]	t=-0,783***
Hayır	18(25,7)	14,56±4,73	15,5 [5,3]	p=0,437
GHT tedavi şekli				
Diyet	57(81,4)	13,37±4,77	13,0 [7,5]	Z=-1,579**
Hem diyet hem ilaç	13(18,6)	15,80±4,10	17,0 [3,0]	p=0,114
Evde tansiyon ölçme				
Günde 1 defa	9(12,9)	11,33±5,05	10,0 [7,5]	$\chi^2=5,692****$ p=0,128
Günde 2 defa	25(35,7)	14,80±5,11	16,0 [7,0]	
Günde 3 defa	18(25,7)	12,78±4,14	12,0 [6,3]	
Günde 4 ve üzeri	18(25,7)	14,67±4,31	16,0 [5,3]	
GHT ek sağlık sorunu				
Evet	13(18,6)	13,38±4,52	15,0 [8,5]	t=-0,348***
Hayır	57(81,4)	13,89±4,82	14,0 [7,0]	p=0,729
Fetüste sorun varlığı				
Evet	12(17,1)	17,83±3,38	18,0 [5,5]	t=3,492***
Hayır	58(82,9)	12,96±4,57	13,0 [7,0]	p=0,001
Gebenin doğum tercihi				
Normal	55(78,6)	14,09±4,56	15,0 [8,0]	t=0,983***
Sezaryen	15(21,4)	12,74±5,38	13,0 [6,0]	p=0,329

*ANOVA test

** Mann Whitney U test

*** Independent Sample-t test

****Kruskal-Wallis H test (χ^2 2 -tablo değeri)

Primigravidaların stres puanlarının multigravidalardan yüksek olmakla beraber gravida ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır (p>0,05; Çizelge 3.8).

Gebelik haftası ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” olmamakla beraber gebelik haftası 25-32 olanların distres puanları daha yüksektir ($p>0,05$; Çizelge 3.8).

Gebelikte kilo alımına göre kadınların distres puanları hemen hemen aynı olup gebelikte kilo alımı ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.8).

Planlı gebelik ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.8). Anlamlı bir fark olmamakla beraber gebeliği planlı olmayan kadınların distres puanları, planlı olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hemşireden bilgi almayan kadınların distres puanları yüksek olmakla beraber GHT hakkında hemşireden bilgi alma durumu ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.8).

GHT tehlike belirtilerini bilme ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” olmamakla beraber GHT tehlike belirtilerini bilmeyenlerin prenatal distres puanları bilene göre yüksektir ($p>0,05$; Çizelge 3.8).

Hem diyet hem ilaç tedavisi alanların distres puanları, sadece diyet tedavisi alanlardan biraz yüksek olmakla beraber GHT tedavi şekli ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.8).

Evde tansiyon ölçme ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.8). Anlamlı fark olmamakla beraber günde 4 ve üzeri tansiyon ölçenlerin distres puanları yüksektir.

HT’ye ek sağlık sorunu olup olmama durumuna göre kadınların distres puanları hemen hemen aynı olup GHT’ye ek sağlık sorunu olup olmama ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.8).

Gebenin doğum tercihi ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.8). Anlamlı fark olmamakla beraber normal doğumu tercih eden kadınların prenatal distres puanları sezaryen isteyenlerden yüksek bulunmuştur.

Fetüs sorun varlığı ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmıştır ($t=3,492$; $p=0,001$; Çizelge 3.8). Fetüste sorun olanların prenatal distres ölçeği puanları, fetüste sorun olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Fetüste sorun olan gebelerin algıladıkları prenatal distres düzeyinin, fetüste sorun olmayanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.



4. TARTIŞMA

Bu çalışma gestasyonel hipertansiyonlu kadınların prenatal distres düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Veriler literatür taranarak oluşturan “Kişisel Veri Toplama Formu” ve “Prenatal Distres Ölçeği-Revize Versiyon”u kullanılarak toplanmıştır. Literatürde gebelik sürecindeki stres ve emosyonel değişimleri prenatal distres başlığı altında ele alan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Gebelikte psikolojik ve duygusal değişimler konu edinen çalışmalar genellikle depresyon, kaygı, anksiyete ve endişe başlıkları adı altında ele alınmıştır. Bu bağlamda, araştırma bulguları üç başlık altında tartışılmıştır.

1. Sosyodemografik Özellikler, Eş ile İlişki, Sosyal Destek Kaynakları ve PDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması
2. Önceki Gebelik ve Doğum Özellikleri ve PDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması
3. Şimdiki Gebelik ve Gestasyonel Hipertansiyon ile İlgili Özellikler ve PDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

4.1. 1. Sosyodemografik Özellikler, Eş ile İlişki, Sosyal Destek Kaynakları ve PDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Kadınların %20'si 18-26 yaş, %32,9'u ise 27-34 yaş grubunda yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların %47,1'i 35 ve üzeri yaş grubundaydı (Çizelge 3.1). Ülkemizde 34 yaş ve üzeri gebelikler ileri yaş gebelik olarak kabul edilmekte ve bu yaş grubunda meydana gelen doğumlar yüksek riskli doğum davranışı olarak ele alınmaktadır (TNSA 2013). Çalışmamızda 34 yaş ve üzeri yaş grubunun fazla oluşu gestasyonel hipertansiyon için risk olma yönünden TNSA verileriyle benzerlik göstermektedir. Literatürde 35 yaş ve üzeri gebelikler gestasyonel hipertansiyon için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Cunningham ve ark., 2010; Dursun ve Dal, 2017 ve Taşkın, 2005). Çulha ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada gebeliğe bağlı

hipertansiyonu olan kadınların %25'i 35 yaş ve üzeri iken %75'i 35 yaş altında bulunmuştur.

Çalışmamızda yaş grupları ile PDÖ puan ortalamasına bakıldığında yaş arttıkça distres puanı artmakla beraber aradaki fark anlamlı düzeyde saptanmadı ($p>0,05$; Çizelge 3.6). Yapılan bir çalışmada yaş arttıkça stresin arttığı bulunmuştur (Çapık ve ark., 2015). Hediye ve Korkmaz (2005) yaş ilerledikçe gerginlik ve sinirliliğin arttığını tespit etmiştir. Gebelikte depresyon, anksiyete ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada gebelikte yaşanan stresin depresyon belirtileri görülme oranını artırdığı ve yaşı küçük olanlarda depresif belirtilerin daha sık görüldüğü bulunmuştur (Karaçam ve Ançel, 2009). Dağlar ve Nur'un çalışmasında ise yaşın depresyon ve anksiyete üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur (Dağlar ve Nur, 2014). Altınçelep'in çalışmasında yaş ve prenatal distres arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Altınçelep, 2011).

Çalışmamızda kadınların %44, 2'si lise mezunu, %32,9'u ilköğretim ve %22,9'u yüksekokul-üniversite mezunudur (Çizelge 1.1). Kadınların eğitim durumu ile "PDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark" yoktur ($p>0.05$; Çizelge 3.6). Kadınların eğitim düzeyine göre puan ortalamalarına bakıldığında ilköğretim mezunu olanların puan ortalaması lise ve yüksekokul-üniversite mezunu olanlardan daha yüksektir (İlköğretim 15,13; lise 13,16; yüksekokul-üniversite; 13,13). Çapık ve ark. (2015) ve Yüksel ve ark. (2013)'ün çalışmalarında üniversite mezunu olanların prenatal distres puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada eğitim ile kaygı düzeyi arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Akbaş ve ark., 2008). Bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı bulunmuştur (Akbaş ve ark., 2008; Arslan ve ark., 2011 ve Dağlar ve Nur, 2014). Zaman ve ark. (2018) eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını bulmuştur. Çalışmamızda eğitim seviyesi ile "PDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark" bulunmamasının, annelerin çoğunluğunun eğitim seviyesinin lise (%32,9) ve yüksekokul-üniversite (22,9) olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %78,6'sı çalışmazken, %21,4'ü çalışmaktadır. Çalışmamızda kadınların çalışma durumu ile “PDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0.05$; Çizelge 3.6). Çalışan kadınların prenatal distres puanları çalışmayanlara göre biraz daha yüksektir. Araştırmamızda çalışan kadın oranı TNSA 2013 (%31)'e göre daha düşük bulunmuştur. Altınçelep'in çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde çalışma durumu ile “prenatal distres puanı arasında anlamlı ilişki” yoktur (Altınçelep, 2011). Akbaş ve ark. (2008)'nin çalışmasında da çalışma durumu ile depresyon ve kaygı düzeylerinin ilişkisi anlamlı değildir. Çapık ve ark. (2015) ev hanımlarının stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Başka bir çalışma ise gebelikte çalışma oranı arttıkça depresyon puanlarının azaldığını tespit etmiştir (Arslan ve ark., 2011). Aynı çalışmada çalışma durumuyla anksiyete arasındaki ilişki anlamsız olsa da çalışmayanların anksiyete puanları yüksek bulunmuştur (Arslan ve ark., 2011). Yapılan bazı araştırmalarda çalışan kadınlara göre çalışmayan kadınların depresyon ve anksiyete puanları daha yüksektir (Dağlar ve Nur, 2014 ve Zaman ve ark., 2018). Çalışmamızda çalışan kadınların distres puanların çalışmayanlardan yüksek olmasının nedenin doğumdan 6 ay sonra çalışmaya başlayacak olma ve bebeğin bakımı konusunda endişe duyduklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların eşlerinin %50'si lise mezunu, %25,7'si yüksekokul-üniversite mezunu ve %24,3'ü ilköğretim mezunudur. Eşin eğitim düzeyi arttıkça kadınların prenatal distres düzeyi azalmaktadır. Eşin eğitim durumu ile “PDÖ puan ortalaması arasında fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.6). Çalışmamıza benzer şekilde Çapık ve ark.'nın çalışmasında da eğitim düzeyi ile PDÖ arasındaki fark anlamlı değildir ve eşi üniversite mezunu olan kadınların distres düzeyleri daha düşüktür (Çapık ve ark., 2015). Koçak'ın çalışmasında eşin eğitim düzeyi ile “durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark” tespit edilmemiştir (Koçak, 2014). Nazik ve Oğuzöncül'ün çalışmasında eşlerin eğitim düzeyi arttıkça depresyon puanlarının azaldığı bulunmuştur (Nazik ve Oğuzöncül, 2017). Akbaş ve arkadaşları ise eşin eğitim düzeyinin depresyon gelişiminde etkili olmadığını bulmuştur (Akbaş ve ark., 2008). Eşin eğitim düzeyinin yüksek olmasının

anneye olan sosyal desteği artıracak ve annenin iş yükünü azaltarak distres düzeyinde azalma sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %60'ı orta, %25,7'si yüksek ve %14,3'ü düşük gelirlidir. Kadınların gelir durumu ile “PDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.6). Orta gelir grubunun distres puanları biraz daha yüksektir. Çalışmamıza benzer şekilde Akbaş ve arkadaşlarının çalışmasında da gelir düzeyi ile depresyon ve anksiyete puanları arasında ilişki bulunmamıştır (Akbaş ve ark.,2008). Çapık ve arkadaşları ise gelir düzeyi arttıkça distres puanlarının azaldığını bulmuştur (Çapık ve ark., 2015). Çakır ve Can (2012) aylık gelir miktarı arttıkça depresyon ve anksiyete puanlarının azaldığını, Arslan ve ark. (2011)'da depresyon puanlarının azaldığını bulmuştur. Diğer çalışmalara benzer şekilde Kaplan ve ark. (2007) geliri yüksek olan gebelerde kaygı puanlarının daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Tunç ve arkadaşlarının çalışmasına göre gelir durumu düşük olan gebelerin depresyon puanları yüksektir (Tunç ve ark., 2012).

Çalışmamızda sigara kullanma ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.6). Sigara içen kadınların distres puanları içmeyenlere göre daha yüksektir. Kadınların %14,3'ünün sigara kullanmakta ve bunlardan %60'ı kullanım sıklığının azaldığını, %30'unun kullanım sıklığının değişmediği ve %10'unun kullanım sıklığının arttığı belirlenmiştir (Çizelge 3.1). TNSA 2008 verilerine göre gebelikte sigara kullanma oranı %11'dir. Literatürde gebelikte sigara kullanma oranları %10,6, %14,4, %17 ve %17,3 olarak bulunmuştur (Arslan ve ark.,2011; Balkaya ve ark.,2014; Şahin ve Kılıçarslan, 2010 ve Zaman ve ark.,2018). Çalışmamızda kadınların sigara kullanım oranı literatürle benzerlik göstermektedir. Zaman ve arkadaşları (2018) sigara kullanımı ile depresyon ve anksiyete puanı arasında fark önemsiz olmakla beraber kadınların gebelikte sigara kullanma miktarında azalma olduğunu belirlemiştir. Başka bir çalışmada ise sigara kullanımı ile anksiyete puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve sigara kullananların anksiyete puanlarının yüksek bulunmuştur (Arslan ve ark., 2011). Çalışmamızda sigara kullanan kadınların %60'ının sigara kullanım sıklığının azalması olumlu bir durumdur. Stresle

baş etmede sigara kullanma gebeler tarafından olumsuz başetme yöntemi olarak kullanılabileceğinden bu konunun dikkatle izlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda aile tipi ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.6). Kadınların %90’ı çekirdek ailede yaşamaktadır. Geniş ailede yaşayanların prenatal distres puanları (17,00), çekirdek aile yaşayanlardan (13,44) daha yüksektir (Çizelge 3.6). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin “İstatistiklerle Aile 2018” bültenine göre Türkiye’de hanehalkının %65,3’ü çekirdek aile yapısındadır. Bizim çalışma verilerine benzer şekilde Çağlar’ın yaptığı çalışmada da gebelerin %88,9’u çekirdek aile tipindedir (Çağlar, 2017). Dağlar ve Nur (2014) çalışmasında aile tipi ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Koçak (2014) ise “aile tipi ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark” bulunmazken, çekirdek aileye sahip olanlarda durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılanların sosyal destek özellikleri incelendiğinde, kadınların %38,4’ü ailesinden ve %5,6’sı arkadaşlarından destek görürken, %61,6 ailesinden ve %94,4’ü arkadaşlarından destek almamaktadır. Gebelerin tamamına yakını (69 kadın) eşlerinden destek almaktadır. Kadınların aile ve arkadaş desteği ile “prenatal distres puanları arasındaki anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.9). Aile desteği ve arkadaş desteği alan kadınların distres puanları almayanlara göre daha yüksektir.

Pamuk ve Arsen’in yaptığı çalışmada gebelerin %96,7’si eşinden, %45,9’u anne babasından destek aldığı bulunmuştur (Pamuk ve Arsen, 2008). Yapılan bir çalışmada gebeliğinde destek almayan kadınların doğum öncesi kaygı puanları destek alanlardan yüksektir (Kaplan ve ark., 2007). Vırıt ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada gebelerin sosyal destek düzeyleriyle kaygı seviyeleri arasında anlamlı ilişki olmadığını bulmuştur. Karaçam ve Ançel gebelikte stres ve depresyona etki eden faktörleri inceledikleri çalışmada sosyal desteğin gebelik stresi üzerinde önemli bir etkisi olmadığını bulmuştur (Karaçam ve Ançel, 2009).

4.2. Önceki Gebelik ve Doğum Özellikleri ve PDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı arttıkça prenatal distres puanlarında arttığı görülmüştür. Yaşayan çocuk sayısı ile “PDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.7). Dünder ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yaşayan çocuk sayısı ile distres puanları arasında ilişki bulmuş, çocuk sayısı arttıkça distres puanının arttığını tespit etmiştir (Dünder ve ark.,2019). Yapılan bir çalışmada yaşayan çocuk sayısı ile distres düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır (Çapık ve ark., 2015). Tunç ve arkadaşları çalışmasında üç ve üstü doğum yapanların depresyon ve anksiyete puanları yüksek bulunmuştur (Tunç ve ark., 2012). Arslan ve ark. (2011)’nın çalışmasında yaşayan çocuk sayısı arttıkça depresyon ve anksiyete puanlarının anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Yaşayan çocuk sayısı arttıkça kadınların maddi imkanlar, diğer çocukların bakımını düşünme ya da sahip olmayı istedikleri sayıdan fazla çocuk sahibi olma gibi konuları düşünmenin distres düzeyini artıracakları düşünülmektedir.

TNSA 2013 verilerine göre 100 gebelikten 19’u düşükle ve her 100 gebelikten 1’i ölü doğumla sonuçlanmaktadır (TNSA, 2013). Çalışmamızda ilk gebeliği olmayan kadınların (%74,3; Çizelge 3.7) %40,4’ünde düşük yapma, %5,6’sında ölü doğum yapma öyküsü vardır. Kaplan ve ark. (2007)’nin yaptıkları çalışmada gebelerin %7,2’sinin ölü doğum, %17,5’nin ise düşük öyküsü vardır. Gebeliğe bağlı hipertansiyonu olan kadınların obstetrik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada gebelerin %25’inde düşük, %5’inde ölüm doğum öyküsü olduğu bulunmuştur (Çulha ve ark., 2010). Kadınların düşük yapma ve ile “PDÖ puanları arasında anlamlı fark” yoktur, düşük yapmayanların prenatal distres puanları daha yüksektir ($p>0,05$; Çizelge 3.7). Ölü doğum yapanların prenatal distres puanları ölü doğum yapmayanlara göre daha yüksek ve ölü doğum yapma ile “PDÖ puanları arasında anlamlı fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.7). Akbaş ve ark.’nın yaptıkları çalışmada düşük ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki tespit edilmemiştir (Akbaş ve ark., 2008). Benzer çalışmada da daha önce düşük yapma ile distres puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (Dünder ve ark., 2019) Yapılan başka bir çalışmada ise gebelerin düşük sayısı ile anksiyete puanı arasında anlamlı ilişki olduğu, düşük sayısı arttıkça anksiyete

puanının arttığı bulunmuştur (Arslan ve ark., 2011). Zaman ve ark. (2018), önceki gebeliğinde düşük yapan kadınların depresyon puanları düşük yapmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulmuş, anksiyete puanlarının ise anlamlı düzeyde fark oluşturmadığını tespit etmişlerdir. Arslan ve arkadaşları ölü doğum sayısı ile de anksiyete ve depresyon puanlarının değiştiğini saptamış, ölü doğum sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon puanlarının arttığını bulmuştur (Arslan ve ark., 2011).

Çalışmamızda kadınların %17,3 önceki gebeliğinde gestasyonel hipertansiyon tanısı almıştır. Önceki gebelikte GHT tanısı alma ve “PDÖ puan ortalamaları arasındaki fark” önemsizdir. Önceki gebeliğinde GHT tanısı alan kadınların prenatal distres puanları daha yüksektir ($p>0,05$; Çizelge 3.7). Çulha ve arkadaşlarının çalışmasında önceki gebeliğinde GHT tanısı alan kadınların oranı %40’dır (Çulha ve ark., 2010). Önceki gebeliğinde GHT tanısı alan kadınların distres puanlarının yüksek olmasının nedeninin süreç içinde karşılaşılabilecekleri riskleri bilmeleri, fetüsün kaybindan endişe etmeleri gibi olumsuz gebelik deneyiminden kaynaklandığı düşünülmektedir.

4.3. Şimdiki Gebelik ve Gestasyonel Hipertansiyon ile İlgili Özellikler ve PDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmamızda kadınların gravidalarına göre PDÖ puan ortalamalarına bakıldığında primigravidaların stres puanlarının multigravidalardan yüksek olduğu belirlenmiş. Gravida ile “PDÖ puanları arasında anlamlı fark” olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$; Çizelge 3.8). Akbaş ve ark. (2008)’ı çalışmasında primiparların kaygı düzeylerinin ve anksiyetelerinin daha fazla olduğunu, depresif belirtilerin görülme sıklığının ise daha az olduğunu bulmuştur. Diğer bir çalışmada da benzer şekilde primigravidaların depresyon puanlarının önemli oranda düşük olduğu bulunmuştur (Nazik ve Oğuzöncül, 2017). Yapılan başka bir çalışmada primiparların distres düzeyleri ikinci gebeliğini yapanlardan daha yüksektir (Yüksel ve ark., 2013). Kaplan ve arkadaşları da benzer şekilde primigravidaların doğum öncesi kaygı puan ortalamalarının, multigravidalardan yüksek olduğunu bulmuştur (Kaplan ve ark.,

2007). Çapık ve ark (2012)'ın çalışmasında primiparlarda anksiyeteye daha sık rastlandığı belirtilmiştir. Primiparların ilk defa gebelik deneyimi yaşamaları nedeniyle distres puanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Kadınların gebelik haftalarına bakıldığında %32,8'i 20-24. hafta grubunda, %38,6'sı 25-32. hafta grubunda ve %28,6'sı 33. hafta ve üzeri gruptadır. Çalışmaya katılan kadınların gebelik haftası ile "PDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark" saptanmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.8). 25-32. gebelik haftasında olanların prenatal distres puanları diğer iki gruptan biraz daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda olduğu gibi Dünder ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelik haftası ile prenatal distres puanları arasında ilişki yoktur (Dünder ve ark., 2019). Yapılan bir çalışmada ise gebelik haftası ile "PDÖ puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki" bulunmuş, gebelik haftası arttıkça prenatal distres düzeyinin azaldığı bulunmuştur (Altınçelep, 2011). Topaç ve ark. (2018) gebelik trimesterleri ile prenatal distres, anksiyete ve depresyon puanları arasında ilişki olmadığını bulmuştur. Küçükkaya, Dindar, Erçel ve Yılmaz'ın (2018) çalışmasında trimester dönemi arttıkça doğum ve doğum sonu döneme ilişkin endişe düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Gebelik sürecinde her trimesterde yaşanan fiziksel ve duygusal değişimler farklıdır ve her trimesterde stres faktörleride değişiklik göstermektedir. İlk trimesterde (0-12. hafta) gebeliğe uyum ön plandayken, ikinci trimesterde (13-27.hafta) psikolojik ve fizyolojik değişimlerle uyum, üçüncü trimesterde ise ebeveynlik ve doğuma hazırlık ön plandadır (Tunçel ve Süt, 2018). Gestasyonel hipertansiyon tanısı ilk defa 2. trimestere denk gelen 20. gebelik haftasından itibaren konulmaktadır (ACOG, 2012). Çalışmamızda gebelerin çoğunun psikojik değişimlerin öne çıktığı 2. trimesterde yer almasından dolayı prenatal distres puanları arasında yüksek fark bulunmadığı düşünülmektedir.

Sağlıklı gebelikte kilo alımının 12-16 kilogram arasında olmasının normal olduğunu belirtmektedir (Taşkın; 2005). Buna göre kadınların gebelikte aldıkları kilo ortalama 14 kg altı ve üstünde olarak gruplandırıldığında , gebelikte kilo alımı ile "PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark" gözlenmedi ($p=0,05$; Çizelge 3.8). Kadınların distres puanları hemen hemen aynı bulundu (<14 , 13,98; $14\geq$, 13,13).

Çağlar'ın çalışmasında da gebelikte kilo alımı ile pranatal distres puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Çağlar, 2017). Çalışmamızdaki kadınların gebelik öncesi beden kitle indeksine (BKİ) bakıldığında % 35,7'sinin fazla kilo (BKİ: 25,0-29,9), %18,5'inin obez (≥ 30) olduğu görülmüştür. Çulha ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada obez kadınlarda gebeliğe bağlı hipertansiyonun daha fazla geliştiğini bulmuştur. Yine aynı çalışmada gebelik haftasına göre fazla kilo alan kadınlarda, az kilo ve normal kilo alanlara göre gebeliğe bağlı hipertansiyon gelişme riski yaklaşık 3 kat daha fazla bulunmuştur (Çulha ve ark., 2010). Ersoy ve arkadaşları çalışmada fazla kilolu ve obez olan multipar ve nullipar kadınların %15-17'sinde preeklampsi geliştiğini bulmuştur (Ersoy ve ark., 2011). Literatüre göre gestasyonel hipertansiyon risk faktörlerinden biride gebelik öncesi beden kitle indeksinin fazla olmasıdır (Api ve Api, 2013; Tulmaç, 2012; Özcan ve ark., 2007). Bizim çalışmamızda gestasyonel hipertansiyonlu kadınlardan, gebelik öncesi BKİ yüksek olanların fazla olması literatürle uyumludur.

Çalışmamızda kadınların %51,4' ünün gebeliği planlı değildir (Çizelge 3.8). Yapılan diğer çalışmalarda bizim çalışmamızın aksine gebeliğin çoğunlukla planlı olduğu görülmektedir (Aksoy ve ark., 2019; Çakır ve Can, 2012; Dünder ve ark., 2019). Tunçel ve Süt (2018) 319 kadınla yaptıkları çalışmada 1. trimester gebelerin %96,3'ünün, 2. trimester gebelerin %95,3'ünün ve 3. trimester gebelerin %93,4'ünün planlı gebelik olduğu saptamıştır. Çalışmamızda gebeliği planlı olmayan kadınların distres puanları planlı olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak bakıldığında ise gebeliğin planlı olup olmaması ile "PDÖ puan ortalamaları arasında fark" yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.8). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Dünder ve arkadaşlarının çalışmasında planlı gebelik ile prenatal distres puan ortalamaları arasındaki fark yüksek düzeyde anlamlıdır, plansız gebelik yaşayanların distres düzeyi yüksektir (Dünder ve ark., 2019). Yapılan bazı çalışmalarda istenmeyen ve/veya plansız gebeliklerin kadında anksiyete, depresyon ve kaygı puanlarını artırdığı bulunmuştur (Çakır ve Can, 2012; Çapık ve ark., 2015; Kapalan ve ark., 2007 ve Yüksel ve ark., 2013). Toplumumuzda gebelik genellikle eş ve aile tarafından istenen bir durum olmakla beraber istenmeyen yada plansız olan bir gebelik kadını olumsuz etkileyebilmektedir. Plansız ve istemeyen bir gebelikte aniden ortaya çıkan gebelik

durumunun kadının prenatal dönem ve postpartum dönemle ilgili endişelerin artmasına ve stres yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %15,7'sinin GHT hakkında hemşireden bilgi aldığı, %84,3'ü bilgi almadığı bulunmuştur. Hemşireden bilgi almayan kadınların distres puanları daha yüksektir. Hemşireden bilgi alma ve “PDÖ puan ortalaması arasında fark” yoktur ($p>0,05$; Çizelge 3.8). Aksakal ve Bilgili (2008) ‘nin çalışmasında hastaların yüzde 86,2’si hemşirelerden bilgi almak istemektedir. Yapılan bir çalışmada hemşire tarafından bilgilendirilen hastaların bakım kalitesini algılama düzeyleri yüksek bulunmuştur (Fındık ve Yeşilyurt, 2017). Kaplan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada doğum öncesi bilgi almayan gebelerin durumluluk kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Kaplan ve ark., 2007).

Hemşirelerin kadınları gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte destekleyicileri olmaları çok önemlidir. Gestasyonel hipertansiyonlu bir gebe hem kendi sağlığı hemde bebek sağlığı ile ilgili endişeler taşımakta, hastalığın sürecine dair bilinmezlik konusunda endişelenmekte ve stres olmaktadır. Bu nedenle gebenin bütüncül olarak değerlendirildiği, karşılaşılaştığı/karşılaşılabileceği stresörlerin ele alındığı ve yaşadığı stresi azaltmada gebeye uygun stresle baş etme yöntemlerinin planlandığı hemşirelik yaklaşımı olmalıdır (Bıyık ve ark., 2006 ve Ölçer ve Oskay, 2015).

Kadınların gestasyonel hipertansiyonla ilgili tehlike belirtilerini bilme durumuna bakıldığında %74,3'ünün tehlike belirtilerini bildiği (Çizelge 3.8), en çok bilinen tehlike belirtisinin ise “tansiyon yükselmesi” olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.3). Çalışmamızda kadınların GHT tehlike belirtilerini bilemeyenlerin (%25,7) prenatal distres puanları bilenlere göre yüksektir. GHT tehlike belirtilerini bilme ile “PDÖ puanları arasında anlamlı fark” tespit edilmedi ($p>0,05$; Çizelge 3.8). Bizim çalışmamızın sonucuna göre her dört kadından biri GHT ile ilgili tehlikeli belirtilerini bilmemektedir. Oysaki GHT süreci, hafif tansiyon yükselmesinden çoklu organ hasarına ve maternal-fetal ölüme neden olabilecek bir hastalıktır. GHT tehlike belirtilerinin kadın tarafından bilinmesi hem kendi sağlığı hem de bebeğin sağlığının korunmasında oldukça önemlidir. Prenatal dönemde hemşire tarafından gestasyonel

hipertansiyonun seyri, evde nelere dikkat etmesi gerektiği, hangi belirtilerin görülmesi halinde hastaneye başvurusu gerektiği konularında bilgi verilmesinin maternal-fetal sağlığı korumanın yanısıra gebenin distresinin azaltılmasına da yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların GHT tedavi şekli incelendiğinde, %81,4'ü diyet tedavisi, %18,6'sı hem diyet hem ilaç tedavisi almaktadır. GHT tedavi şekli ile "PDÖ puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark" bulunmamıştır, hem diyet hem ilaç tedavisi alanların distres puanları, sadece diyet tedavisi alanlardan biraz yüksektir. Zaman ve arkadaşları 2018 yılında yaptıkları çalışmalarında ilaç kullanımının anksiyete ve depresyon puanlarını etkilemediği bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada da ilaç kullanımı ile "prenatal distres puan ortalamaları arasında anlamlı fark" bulunmamıştır (Altınçelep, 2011). Çalışmamızda ilaç tedavisi alan kadınların distres puanlarının yüksek olmasının nedeninin annelerin ilacın bebeğe zararı olabileceği konusunda endişe duymaları, kendi sağlıklarının ilaç kullanmayı gerektirecek kadar bozulduğu endişesi ve doğumdan sonrada hipertansiyon hastalığının kalabileceği endişesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların evde tansiyon ölçme sıklığına bakıldığında günde 1 defa ölçenlerin oranı %12,9, günde 3 ve günde 4 ve üzeri ölçenlerin oranları eşit olup 25,7 ve günde 2 defa ölçenlerin oranı ise %35,7'dir (Çizelge 3.3). Akyüz ve Zengin yaptıkları çalışmada kadınların %24'ünün günde bir defa, %45'inin ise günde birkaç defa tansiyon ölçümü yaptıklarını bulmuşlardır (Akyüz ve Zengin, 2018). Kadınların tansiyon ölçme sıklığı ile prenatal distres puan ortlamalarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$; Çizelge 3.8). Günde 2 defa tansiyon ölçen kadınların oranının fazla olmasının nedeninin, prenatal kontrollere gelirken, evde sabah ve akşam ölçtüğü kan basıncı ölçüm değerleriyle doktora gelmesinin istenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda GHT hakkında kadınlar tarafından en çok bilinen tehlike belirtisi tansiyonun yükselmesi olarak bulunmuştur (Çizelge 3.3). Tansiyon ölçümü hastalığın evde takibinde kadınların kendi kendilerine sağlıklarını kontrol etmede, anlaşılır ve

uygulaması kolaydır. Kendi ve bebeğinin sağlığından endişe eden kadınların daha çok stres yaşadığı ve daha sık tansiyon ölçtüğü düşünülmektedir. Prenatal kontrollerde hemşire GHT'li kadınlara evde doğru tansiyon ölçümünü nasıl ve ne sıklıkla yapacakları, tansiyon ölçümünde kan basıncının hangi değerlerin üstünde/altında olduğunda zaman kaybetmeden hastaneye başvurması gerektiği konusunda bilgi vermelidir. Tansiyonu yükseldiğinde hangi belirtilerin olabileceğinin yanısıra tansiyon yükselmese bile bebek hareketlerinde değişim, görme problemleri gibi GHT ilgili diğer belirti ve bulgular hakkında da bilgi vermelidir. Hemşire tarafından doğru ve yeterli bilgilendirilen hastanın stres düzeyinin azalacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %18,6'sında GHT'ye ek bir sağlık sorunu vardır. GHT'ye ek sağlık sorunu olma ile "PDÖ puan ortalamaları arasında fark" tespit edilmemiştir ($p>0,05$; Çizelge 3.8). Yapılan bazı çalışmalarda gebeliğinde kronik hastalığı bulunan kadınlarla, kronik hastalığı bulunmayan kadınların anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Dağlar ve Nur, 2014 ve Zaman ve ark., 2018). Altınçep'in çalışmasında kronik hastalığı olan gebelerin distres puanları yüksektir ama istatistiksel olarak kronik hastalığı olan ve olmayan arasındaki farkın önemli olmadığı bulunmuştur (Altınçelep, 2011).

Çalışmamızda fetüste sorun varlığı ile "PDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark" tespit edilmiştir ($t=3,492$; $p=0,0001$; Çizelge 3.8). Fetüste sorun olanların prenatal distres ölçeği puanları (17,83 puan), fetüste sorun olmayanlara (12,96 puan) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Çizelge 3.8). Hediye ve Korkmaz yaptıkları çalışmada gebelerde en çok gerilim oluşturan etkenin bebeğin sağlığını düşünme olduğu bulunmuştur (Hediye ve Korkmaz, 2005). Şen ve Şirin preterm eylem riski olan kadınlarda yaptıkları çalışmada kaygı düzeylerini yüksek bulmuştur (Şen ve Şirin, 2013). Benzer bir çalışmada gebelerin depresyon puanları orta düzeyde, anksiyete puanları ise yüksek bulunmuştur (Yüksel ve ark., 2013).

Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğunun 35 yaş ve üzeri (%47,1) olması nedeniyle ileri yaş gebeliklere bağlı fetüste sağlık sorunu (IUGG, down sendromu gibi) olabileceğini düşünmenin stresi artırdığı düşünülmektedir. Ayrıca gestasyonel

hipertansiyonda bebeğin iyilik durumunu düşünmenin de stresi artırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %78,6'sının doğum tercihi normal, 21,4'ünün doğum tercihi ise sezaryen doğumdur. Gebenin doğum tercihi ve "PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark" tespit edilmemiştir ($p>0,05$; Çizelge 3.8). Normal doğumu tercih eden kadınların prenatal distres puanları sezaryen isteyenlerden yüksek bulunmuştur. Karabulutlu'nın çalışmasında kadınların %78.8'inin vajinal doğumu tercih ettiği ve tercih nedenlerinde ilk sırada anne sağlığını düşünme olduğu bulunmuştur (Karabulutlu, 2012). Yapılan başka bir çalışmada kadınların annenin ve bebeğin sağlığı için güvenli/sağlıklı olduğunu düşündükleri için normal doğumu tercih ettikleri bulunmuştur. Çalışmamızdaki kadınların çoğunun normal doğum tercih etmelerinin nedeninin, kadınların çoğunun multipar olması, bunlardan doğum yapanların %70,2'sinin normal yapmış olmasından kaynaklığı düşünülmektedir. Normal doğumu tercih eden kadınların doğum sırasında bebeğin sağlığını düşünme, doğumda tansiyonun yükseleceğinden endişe duydukları için streslerinin arttığı düşünülmektedir.

Son olarak GHT'li kadınların PDÖ aldıkları puan ortalaması $13,80\pm4,74$ 'dir (Çizelge 3.5). Bu bağlamda kadınların distresinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Altınçelep'in çalışmasında kadınlarda distres düzeyinin hafif düzeyde ve PDÖ puan ortalamaları $9,88\pm4,79$ 'dur (Altınçelep, 2011). Yali ve Lobel'in (1999) riskli gebelerle yaptıkları çalışmada prenatal distreslerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (PDÖ puan ortalaması $14,9\pm7,2$). Paşalak (2016) ise yüksek riskli gebelerle yaptığı çalışmasında gebelerin prenatal distres düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuştur (PDÖ puan ortalamaları $18,76\pm5,04$). Çağlar (2017)'in çalışmasında gestasyonel diyabet tanısı olan kadınların PDÖ puanları sağlıklı gebelerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada da sağlıklı gebelere göre yüksek riskli gebelerde stres oranının yüksek olduğu bulunmuştur (Gümüüşdaş ve ark., 2014). Benzer şekilde Dağlar ve Nur'un çalışmasında (2014) yüksek riskli gebelerin anksiyete düzeyleri sağlıklı gebelerden daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamız ve yapılan çalışmalar yüksek riskli gebelerin distres yaşadıklarını göstermektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar;

Gestasyonel hipertansiyonlu kadınların prenatal distres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar:

Kadınların “Prenatal Distres Ölçeği puan ortalaması” $13,80 \pm 4,74$ ’tür (Çizelge 3.5). Kadınların prenatal distres puanlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Kadınların %47,1’i 35 yaş ve üzeridir. Eşlerinin %50’si lise mezunu, %90’ı çekirdek aile tipinde ve %14,3’ü sigara kullanmaktadır (Çizelge 3.1).

Kadın yaş grupları ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” bulunmamıştır ($p > 0,05$; Çizelge 3.6). Çalışmamızda yaş arttıkça PDÖ puanlarının arttığı belirlenmiştir. 18-26 yaş grubunun PDÖ puanı $11,93 \pm 5,37$, 27-34 yaş grubunun $13,70 \pm 4,38$, 35 ve üzerinin puanı $14,67 \pm 4,60$ ’dır (Çizelge 3.6).

Kadınların eşlerinin eğitim düzeyi ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır ($p > 0,05$; Çizelge 3.6). Eşin eğitim düzeyi arttıkça kadınların prenatal distres puanlarının da düştüğü belirlenmiştir (Çizelge 3.6). Eşi yüksekokul/üniversite mezunu olanların PDÖ puanı $12,72 \pm 4,23$, lise mezunu olanların puanı $13,43 \pm 5,04$, ilköğretim mezunu olanların puanı $15,71 \pm 4,28$ ’dir (Çizelge 3.6).

Kadınların aile tipi ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır ($p > 0,05$; Çizelge 3.6). Geniş ailede yaşayanların PDÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($17,00 \pm 5,71$; Çizelge 3.6). Kadınların sigara kullanma durumu ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” bulunmamıştır ($p > 0,05$; Çizelge 3.6). Sigara kullananların PDÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($15,70 \pm 4,24$; Çizelge 3.6).

Kadınlarının %44,2'sinin yaşayan 1 çocuğu vardır. Kadınların önceki gebeliklerinde %40,4'ünde düşük öyküsü, %9,6'sında ölü doğum öyküsü ve %17,3'ünde GHT öyküsü vardır (Çizelge 3.2).

Yaşayan çocuk sayısı ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” bulunmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.3). Yaşayan çocuk sayısı arttıkça prenatal distres puanların da arttığı görülmüştür. Yaşayan çocuğu olmayanların PDÖ puanı $10,63\pm4,50$, 1 yaşayan çocuğu olanın PDÖ puanı $13,92\pm4,56$, 2 yaşayan çocuğu olanın PDÖ puanı $14,38\pm5,21$, 3 ve üzeri yaşayan çocuğu olanın PDÖ puanı $15,00\pm5,00$ 'dir (Çizelge 3.3).

Düşük yapma ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” bulunmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.3). Düşük yapmayanların prenatal distres puanları daha yüksektir ($14,03\pm5,20$). Ölü doğum ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” bulunmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.3). Ölü doğum yapanların prenatal distres puanları ölü doğum yapmayanlara göre daha yüksektir ($15,40\pm4,04$).

Önceki gebelikte GHT durumu ile “PDÖ puan ortalamaları arasında fark” bulunmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.3). Önceki gebeliğinde GHT tanısı alan kadınların prenatal distres puanları daha yüksektir ($14,00\pm4,77$).

Kadınların %74,3'ü multigravida, %51,4'ünün gebeliği plansız gebeliktir (Çizelge 3.3). Kadınların %84,3'ü GHT hakkında hemşireden bilgi almamış ve hemşireden bilgi alınması istenen konular sırasıyla bebek sağlığı (%45,7), tedavi süreci (%30,7), anne sağlığı (%12,6) ve GHT gelişme nedenleridir (%11,0; Çizelge 3.3).

Kadınların gravidaları ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” saptanmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.6). Primigravidaların PDÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($14,39\pm4,42$). Planlı gebelik ile “PDÖ puan ortalaması

arasında anlamlı fark” bulunmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.6). Gebeliği planlı olmayan kadınların distres puanları daha yüksektir ($14,64\pm4,77$).

GHT hakkında hemşireden bilgi alma durumu ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” bulunmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.6). Hemşireden bilgi almayan kadınların distres puanları yüksek bulunmuştur ($14,17\pm4,76$).

Kadınların %74,3’ü GHT ile ilgili tehlike belirtilerini bilmekte ve en çok bilinen ilk üç belirti sırasıyla tansiyonun yükselmesi, görme bozuklukları ve baş ağrısıdır (Çizelge 3.3). Kadınların %61,4’ü hemşireye rahatlıkla ulaşabilirken, %38,6’sı hemşireye ulaşamamıştır (Çizelge 3.3). GHT tehlike belirtilerini bilme ile “PDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark” bulunmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.6). GHT tehlike belirtilerini bilemeyenlerin prenatal distres puanları bilenlere göre yüksektir ($14,56\pm4,73$; $13,54\pm4,76$).

Kadınların %17,1’nin fetüste sağlık sorunu vardır (Çizelge 3.3). Fetüste sorun varlığına göre “prenatal distres ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark” bulunmuştur ($t=3,492$; $p=0,001$). Fetüste sorun olanların prenatal distres ölçeği puanları, fetüste sorun olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Fetüste sorun olan gebelerin algıladıkları prenatal distres düzeyinin, fetüste sorun olmayanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.8).

Öneriler ;

Gestasyonel hipertansiyonlu kadınların prenatal distres düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler:

- Bulgular, gebelerin bir kısmının hemşireye rahat ulaşamadığını, GHT’nin nedenleri, anne ve bebek sağlığına etkileri ve tedavi süreci konularında bilgi almak istediklerini göstermektedir. Hemşireler kadınlara bu konular hakkında yeterli ve doğru bilgi verilmelidir.

- Bulgular, kadınların tamamına yakınının eşinden destek aldığını göstermektedir. Hemşireler, GHT ile ilgili eğitim programlarına gebelerin eşlerinin katılımını teşvik etmelidir.
- Bulgular, GHT’de kadınlar tarafından en çok bilinen tehlike belirtisinin tansiyonun yükselmesi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle hemşireler kadınlara evde kendi kendilerine tansiyon takiplerini nasıl yapacaklarını ve hangi durumlarda acil hastaneye başvurmaları gerektiğini anlatmalıdırlar.
- Bulgular, kadınların yaklaşık yarısının gebelik öncesi obez/fazla kilolu olduğunu, yaklaşık yarısının 35 yaş ve üstünde olduğunu, dörtte bire yakınının önceki gebeliğinde GHT tanısı aldığını göstermektedir. Hemşireler tarafından prenatal takiplerde kadınların yaşı, BKİ ve geçmiş obstetrik öyküleri dikkatle izlenmeli, gestasyonel hipertansiyon için riskli grupta olanlar dikkatle takip edilmelidir.
- Bulgular, aile ve arkadaş desteği alan kadınların distres puanlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hemşireler, gebelik sürecinde kadının prenatal distres yaşamasına neden olabilecek fiziksel ve psikolojik stresörleri belirlemeli, gebenin kullandığı olumlu/olumsuz başetme yöntemlerini belirlemeli, olumsuz başetme yöntemlerinin yerine olumlu başetme yöntemlerini desteklemelidir.

ÖZET

Gestasyonel Hipertansiyonlu Kadınların Prenatal Distres Düzeylerinin Belirlenmesi

Bu araştırma gestasyonel hipertansiyonlu kadınların prenatal distres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma 15/04/2019-24/05/2019 tarihleri arasında Ankara ilinde bulunan bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı gebe polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırma gestasyonel hipertansiyon tanısı olan 70 gebe ile yürütülmüştür.

Verilerin toplanmasında Kişisel Veri Toplama Formu ve Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)-Revize versiyonu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ölçek puanı kullanılmıştır. Bağımlı değişken (ölçek) ortalama ve standart sapma kullanılarak, bağımsız değişkenler ise frekans ve yüzde değerleri kullanılarak sunulmuştur. Normal dağılıma sahip olan verilerde iki grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında “Independent Sample-t test” ; üç veya üzeri grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında “ANOVA test” kullanılmıştır. Normal dağılmayan verilerde iki grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U test” ; üç veya üzeri grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H test” kullanılmıştır. İstatistiksel analizde “ $p<0.05$ ” değeri önemlilik düzeyi olarak kabul edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların prenatal distres ölçeği puan ortalaması $13,80\pm 4,74$ 'tür. Gebelerin distres puanlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Kadınların %47,1'i 35 yaş ve üzeri, eşlerinin %50'si lise mezunu, %90'ı çekirdek aile tipinde ve %14,3'ü sigara kullanmaktadır. Kadınlarının %44,2'sinin yaşayan 1 çocuğu vardır. Kadınların %17,3'ünün önceki gebeliklerinde gestasyonel hipertansiyon öyküsü vardır. Kadınların yaşı arttıkça prenatal distres puanlarının arttığı, eşin eğitim düzeyi arttıkça PDÖ puanlarının azaldığı bulunmuştur ($p>0,05$). Yaşayan çocuk sayısı arttıkça distres puanlarının arttığı bulunmuştur ($p>0,05$). Kadınların %74,3'ü multigravida, %51,4'ünün gebeliği plansız gebeliktir. Primigravidaların distres puanlarının multigravidalardan, plansız gebeliklerin stres puanının planlı gebeliklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Kadınların %74,3'ü gestasyonel hipertansiyon ile ilgili tehlike belirtilerini bilmektedir. En çok bilinen ilk üç belirti sırasıyla tansiyonun yükselmesi, görme bozuklukları ve baş ağrısıdır. Kadınların %84,3'ü gestasyonel hakkında hemşireden bilgi almamıştır. Hemşireden bilgi alınması istenen konular sırasıyla bebek sağlığı (%45,7), tedavi süreci (%30,7), anne sağlığı (%12,6) ve gestasyonel hipertansiyon gelişme nedenleridir. Fetüste sağlık sorunu olanların prenatal distres ölçeği puanları, sağlık sorunu olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t=3,492$; $p=0,001$). Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin gebeleri yaş, beden kitle indeksi ve geçmiş obstetrik öyküleri yönünden dikkatle değerlendirmeleri, gestasyonel hipertansiyon tanısı alanlara yönelik eğitim programları geliştirmeleri, bu eğitimlerde stresle etkili başetme yöntemlerini ele almaları ve bu eğitimlere eş katılımını teşvik etmeleri önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler : Gebelik, gestasyonel hipertansiyon, hemşirelik, prenatal distres

SUMMARY

Determination Of Prenatal Distress Levels Of Women With Gestational Hypertension

This study was conducted with the aim of determining the prenatal distress level of women with gestational hypertension . The research was carried out in the pregnant outpatient clinic of gynecology and obstetrics department of a university hospital in Ankara between the dates of 15/04/2019 - 24/05/2019. Data were collected from 70 women with gestational hypertension.

Socio-demographic Data Collection Form and Prenatal Distress Questionnaire-Revized Version for data collection was used. It was used number, percentage and scale score to complete the data. Dependent variables (scale) were presented using mean and standard deviation, while independent variables were presented using frequency and percentage values. In the data with normal distribution, "Sample Independent Sample-t test "; "ANOVA test "was used to compare the measured values of three or more groups. In the non-normally distributed data, "Mann-Whitney U test"; "Kruskal-Wallis H test "was used to compare the measured values of three or more groups. In the statistical analysis, " $p < 0,05$ " was accepted as the significance level. The mean score of prenatal distress scale was $13,80 \pm 4,74$. It can be said that distress level of pregnant women are moderate.

The 47,1% of women are aged 35 and older , 50% of their husbands are high school graduates, 90% of them are from elementary family type and 14,3% are smokers. The 44,2% of women have one child. The 17,3% of woman have gestational hypertension stories. It was found that as the women get older the prenatal distress score increases and as the educational level of their husbands increases, the prenatal distress scores decreases ($p > 0,05$). In addition, it was found that the number of children living now increased distress ($p > 0,05$). The 74,3% of the women are multigravida and 51.4% of them have unplanned pregnancies. It was also found that distress score of unplanned pregnancy is more than higher planned pregnancy ($p > 0,05$). The 74,3% of women know the signs of danger related to gestational hypertension. The top three signs are blood pressure increas, headaches and visual disturbances respectively. The 84.3% of the women did not receive information about gestational hypertension from the nurse. The topics learned from the nurse are respectively infant health (45,7%), treatment process (30,7%), maternal health (12,6%) and gestational hypertension. The scores of prenatal distress scale of the women who have fetus with health problems is significantly more than the ones who do not have fetus with health problems ($t = 3,492$; $p = 0,001$). In line with these results, it was suggested that nurses should carefully evaluate pregnant women in terms of age, body mass index and past obstetric histories, develop training programs for those diagnosed with gestational hypertension, address effective methods of coping with stress in these trainings and encourage husband participation in these trainings.

Keywords: Gestational hypertension, nursing, pregnancy, prenatal distress

KAYNAKLAR

- ACARTÜRK E, DEMİR M (2005). Gebelikte hipertansiyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, **1**(33), 58-64.
- ACOG (2012). The american collage of obstetrics and gynecologists hypertension in pregnancy. Erişim Adresi: <https://www.acog.org/~media/Task%20Force%20and%20Work%20Group%20Reports/public/HypertensioninPregnancy.pdf> Erişim Tarihi:02.04.2019
- AKBAŞ E, VIRİT O, KALENDEROĞLU A, SAVAŞ HA, SERTBAŞ G (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **45**(3):85-91.
- AKIN Ö (2018). Gebelik stresini değerlendirme ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ordu.
- AKSAKAL T, BİLGİLİ N (2008). Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi: jinekoloji servisi örneği. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi*, **30**(4).
- AKSOY SD, DUTUCU N, ÖZDİLEK R, BEKTAŞ HA, KEÇECİ A (2019). Gebelik stresi değerlendirme ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması ve faktör analizi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **5**(1), 10-14.
- AKYÜZ P, ZENGİN N (2018). Hipertansiyonlu gebelerde tuzdan kısıtlı diyetle uyum: yarar ve engel algısı. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3**(2), 87-100.
- AL RA (2012). Kronik hipertansiyon ve gebelik. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **5**(4):95-102.
- ALTINÇELEP F (2011)Gebelerdeki prenatal distres düzeyinin belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- API O, API M (2013). Gebelik ve hipertansiyon. *Türkiye Klinikleri - Journal of Endocrinology Special Topics*, **6**(3), 79-91.
- ARSLAN B, ARSLAN A, KARA S, ÖNGEL K, MÜNGAN M (2011). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, **21**(2):79-84.
- ATASEVER İ, ÇELİK, AS (2018). Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **21**(1), 60-68.
- AVŞAR AF, TAŞ EE (2012). Eklampsinin yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **5**(4):69-75.
- AYDEMİR H, HAZAR HU (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeinin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3**(2): 815-833.

- BALKAYA NA, VURAL G, EROĞLU K (2014). Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **1**(1).
- BEJİ NK (2015). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- BIYIK, A, ÖZSOY, SA, ARDAHAN, M, ÖZKAHRAMAN, Ş, İZ, FB (2006). Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **9**(2), 1-12.
- CUNNINGHAM FG, LEVENO KJ, BLOOM SL, HAUTH JC, ROUSE DJ, SPONG CY(2010). Williams obstetrik.(Çev. CEYLAN Y, YILDIRIM G, GEDİKBAŞI A, ASLAN H, GÜL A.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- ÇAĞLAR M (2017). Gestasyonel diyabetli kadınlarda prenatal distres ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- ÇAKIR L, CAN H (2012). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *The Journal of Turkish Family Physician*,**3**(2):35–42.
- ÇALIK YK, AKTAŞ S (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, **3**(1): 142-162.
- ÇAPIK A, APAY SE, SAKAR T (2015). Gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **18**(3):196-203.
- ÇORUMLU E, ULUPINAR E (2016). Prenatal stres maruziyetinin nörobiyolojik etkileri. *Osmangazi Tıp Dergisi*, **38**(1):89-98.
- ÇULHA G, OCAKTAN ME, ÇÖL M (2010). Ankara üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerde hipertansiyon araştırması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, **30**(2), 639-649.
- DAĞLAR G, NUR N (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **36**(4):429–41.
- DEĞİRMENCİ H (2018). Gebelerde hipertansiyona güncel yaklaşım. *Erzincan Tıp Dergisi*, **1**(1):20-26.
- DEMİR İ, ZORLU G (2002). Gebelikte hipertansiyon ve tedavi yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, **12**(1), 8-13.
- DEMİR N, CANDA MT (2012). Preeklampsinin maternal ve fetal riskleri *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **5**(4):48-58.
- DURMAZOĞLU G, OKTAY AK, TOKSOY S, SERTTAŞ M, GÖÇMEN F, BEZİRGAN S, TATARLAR A (2016). Postpartum depresyonun hemşire ve ebeler tarafından öngörülebilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **19**: 33-37.
- DURSUN M, DAL NA (2017). Gebelikte Hipertansiyon. *Bilim Ve Gençlik Dergisi*, **5**(2):28-43.
- DÜNDAR T, ÖZSOY S, AKSU H, TOPTAŞ B (2019). Obstetrik özelliklerin gebelikte distres üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **22**(1): 17-24.

- ECDER T (2008). Böbrek hastalıkları ve gebelik. Onuncu İç Hastalıkları Kongresi, Antalya. <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/10/10.17.pdf> Erişim Tarihi: 14.11.2018.
- ERSOY H, SARI O, AYDOĞAN Ü, AKBULUT H, ÖNGEL K, YENEN MC, SAĞLAM K (2011). Tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerde hipertansiyon sıklığı. *Turk Neph Dial Transpl*, **20**(2), 187-191.
- ERTEKİN Ş , ARSLAN Ş , POLAT K , ÇİFTÇİ D , CESUR B , DAĞLAR G (2014). Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **7**(3), 171-177.
- ERTUĞRUL M (2013). Tilburg gebelik distress ölçeği' nin türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- FINDIK ÜY, YEŞİLYURT DS (2017). Cerrahi Hastalarının Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakım Kalitesi Algısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **20**(3), 195-200.
- GİLBERT ES, HARMON JS (2002). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. (Çev: Taşkın L). Ankara: Palme Yayıncılık.
- GÜMÜŞDAŞ M, APAY SE, ÖZORHAN EY (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **1**:32-42.
- HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ, ICON-INSTITUT PUBLIC SECTOR GMBH VE BNB DANIŞMANLIK (2006). *Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005*. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara. Erişim Adresi : http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf Erişim Tarihi : 04.04.2019.
- HAMILTON JG, LOBEL M (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **29**: 97-104.
- HEDİYE A, KORKMAZ N (2005). Kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar. *Perinatoloji Dergisi*, **13**(2):1-11.
- JAMES KD, STEER PJ, WEİNER PC, GONİK B (2008). Yüksek riskli gebelikler yönetim seçenekleri.(Çev. Güner H). Ankara: Öncü Basımevi.
- KAPLAN S, BAHAR A, SERTBAŞ G (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **10**(1), 113-121.
- KARABULUTLU, Ö (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **20**(3), 210-218.
- KARAÇAM Z, ANÇEL G (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a turkish population. *Midwifery*, **25**(4): 344-356.

- KARANİSOĞLU H (2015). Riskli gebeliklerde ruhsal durum ve hemşirelik yaklaşımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 5: 47-52.
- KOÇAK V (2014). Prenatal tarama testi için başvuran gebelerde kaygı düzeyi ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- KOÇER H, KARACAOĞLU MÜ, KARACAN T, SAĞLAM D, DAYAN H, NAKİ MM (2013). Gebeliğin indüklediği hipertansif olgularda yoğun bakım sonuçları. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(3): 107-109.
- KUĞU N, AKYÜZ G (2001). Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 23(1): 61-64.
- KÜÇÜKKAYA B, DİNDAR İ, ERÇEL Ö, YILMAZ E (2018). Gebelik dönemlerine göre gebelerin doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeleri. *JAREN*: 4(1):28-36.
- MADAZLI R. (2005). Gebelik ve stres. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 47:61-62.
- MADAZLI R. (2012). Preeklampside Etiyopatogenez. *Türkiye Klinikleri Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 12(1), 5-12.
- MAGEE LA , PELS A , HELEWA M, REY E , VON DADELSZEN P, AUDİBERT F, FİROZ, T (2014). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(5), 416-438.
- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Prenancy Report (2000). Erişim adresi : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2104525> Erişim Tarihi : 02.04.2019
- NAZİK, F, OĞUZÖNCÜL, AF (2017). Depression and influencing factor in pregnancy: a community-based study. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 6(11), 1635-1640.
- NICHD (2019). Eunice kennedy shriver national institute of child health and human development. Erişim Adresi : <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preeclampsia> Erişim Tarihi: 02.04.2019.
- NOYAN V (2012). Gebelikte preeklampsi ve diğer hipertansif hastalıkların tanısı ve sınıflandırması. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 5(4):1-4.
- OSKAY ÜY (2004). Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi*, 12(1) : 11-16.
- OZAN YD, ERTUĞRUL M, OKUMUŞ, H (2012). Preeklampsi tanılama, değerlendirme ve hemşirelik yönetimi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2:59-65.
- ÖLÇER Z, OSKAY ÜY (2015). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 12(2), 85-92.
- ÖZCAN İT, AKÇAY B, SEYİS S (2007). Gebelikte hipertansiyon ve antihipertansif tedavi. *Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences*, 19(1), 56-67.

- ÖZTÜRK N, AYDIN N (2018). Maternal Prenatal Stresin Gelişmekte Olan Fetüse Etkileri. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, **11**(2), 16-21.
- PAMUK, S, ARSLAN, H (2009). Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2**(2), 37.
- PAŞALAK Şİ (2016). Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- SAVAŞ HG (2011). Hipertansiyon riski taşıyan gebelerde yürüyüş ve solunum egzersizinin anksiyete ve tansiyon üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- SMFM (2019). Society for maternal-fetal medicine. Erişim Adresi: <https://www.smfm.org/publications/166-hypertension-in-pregnancy> Erişim Tarihi: 02.04.2018.
- SÖYLEMEZ F, TAŞKIN S (2012). Kronik hipertansiyonlu ve renal hastalıklı kadınlarda preeklampsi, *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **5**(4):103-7.
- ŞAHİN EM, KILIÇARSLAN S (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **27**(1):51-58.
- ŞEN E, ŞİRİN A (2013). Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Medical Journal*, **19**(3), 159-163.
- TALLEY L (2013). Stress management in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, **28**: 43-5.
- TAŞKIN L (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı. Ankara: Sistem Ofset Matbaası.
- TNSA (2008). Erişim Adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>. Erişim Tarihi: 03/05/2019.
- TNSA (2013). Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013_sonuc_sunum_2122014.pdf. Erişim Tarihi: 03/05/2019.
- TULMAÇ ÖB (2012). Gebelikte Hipertansif Bozukluklar; Tanım, Sınıflandırma ve Patofizyoloji. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **14**(2), 17-23.
- TUNÇ S, YENİCESU O, ÇAKAR, E, ÖZCAN, H, PEKÇETİN, S, DANIŞMAN, N (2012). Antenatal dönemde anksiyete ve depresyonun görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **9**(35).
- TUNÇEL NT, SÜT HK (2019). Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **16**(1): 9-17.

- TÜİK (2019). *İstatistiklerle Aile 2018*. Erişim Adresi: <http://tuik.gov.tr/OncekiHBArama.do> Erişim Tarihi: 03.03.2019
- ULUDAĞLI NP (2017). Prenatal Dönemden Yaşlılığa Stres ve Sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **9**(2), 189-208.
- USTA MG, BALIKÇI A (2012). Prenatal stresin nörogelişimsel etkileri. *Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, **4**(11):99-11.
- ÜLKÜMEN BA, PALA HG, AKTENK F, BAYTUR YB (2014). Preeklamps ve HELLP olgularında feto-maternal sonuçların değerlendirilmesi. *Perinatal Journal/Perinatoloji Dergisi*, **22**(2):65-68.
- ÜST Z , PASİNLİOĞLU T , ÖZKAN H (2013). Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **16**(2), 110-115.
- YALI AM, LOBEL M (1999). Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **20**(1), 39-52.
- YAMAÇ K, GÜRİSOY R, ÇAKIR N (2002). Gebelik ve sistemik hastalıklar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- YANIK FF, GÜLÜMSER Ç(2012). Gestasyonel hipertansiyon. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **5**(4):90-4.
- YILDIZ H (2011). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **4**(11):63-74.
- YILMAZ SD, BEJİ NK (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, **20**(3).
- YÜCEL A (2012). Preeklampsinin önlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **5**(4):43-7.
- YÜKSEL F, AKIN S, DURNA Z (2011). Prenatal distress ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması ve faktör analizi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **8** (3): 43-51.
- YÜKSEL F, AKIN S, DURNA Z (2014). Prenatal distress in Turkish pregnant women and factors associated with maternal prenatal distress. *Journal Of Clinical Nursing*, **23**: 4–64.
- ZAMAN FK, ÖZKAN N, TOPRAK D (2018).Gebelikte depreyon ve anksiyete. *Konuralp Tıp Dergisi*, **10**(1): 20 – 25.

EKLER

EK 1- Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmanın Adı : *Gestasyonel Hipertansiyonlu Kadınların Prenatal Distres Düzeylerinin Belirlenmesi*

Araştırmacılar : Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ HİÇYILMAZ (Tez Danışmanı)
Hemşire Hatice Nur ÖZGEN (Yüksek Lisans Öğrencisi)

Sayın gönüllü,

Bu araştırmanın amacı; Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğinde gestasyonel hipertansiyon (gebelik hipertansiyonu) tanısıyla takip edilen kadınların stres düzeylerinin belirlenmesidir. Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Rektörlük Etik Kurulu'ndan ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esastır ve araştırmada 150 kişi yer alacaktır. Araştırmaya katılmama hakkına sahip olup herhangi bir aşamada mazeret bildirmeden araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırma için siz bir ücret ödemeyeceksiniz ve size ücret ödenmeyecektir. Bu çalışmaya katılmayı reddetmeniz veya ayrılmanız durumunda bu hastaneden hizmet almaya devam edeceksiniz, mağdur olmayacaksınız. Araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size stres düzeyinizi belirlemeye yönelik 17 soruluk **“Prenatal Distres Ölçeği – Revize Versiyonu”** ve **“43 maddelik Kişisel Veri Toplama Formu”** doldurtulacaktır. Prenatal Distres Ölçeği'nde hastalığınız, bebeğiniz ve kendinizle ilgili duygu ve düşüncelerinize yönelik sorular “Hiç”, “Biraz” ve “Çok Fazla” şeklinde yanıtlanmaktadır. Kişisel veri toplama formunda demografik özellikleriniz, şimdiki gebeliğiniz, varsa önceki gebelik deneyim/leriniz hakkında ve gestasyonel hipertansiyon hakkında bilginizi ölçmeye yönelik sorular bulunmaktadır. Bu formların uygulama süresi yaklaşık 30 dakika sürecektir. Araştırmadan elde edilen veriler Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yürütmekte olduğum yüksek lisans tezi için kullanılacaktır.

Araştırmanın gönüllü olur-onam formunu okudum/sözlü olarak dinledim. Araştırma ile ilgili istediğim tüm açıklamalar yeterli yapılmıştır ve tüm sorularıma tatmin edici cevaplar verilmiştir. Araştırmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı

İmzası

Tarih:

Bu araştırma ile ilgili yukarıda yer alan ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmıştır ve yazılı onamını alınmıştır.

Araştırmacının Adı-Soyadı

İmzası

Tarih:

EK – 2 Kişisel Veri Toplama Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma gestasyonel hipertansiyonu (gebelik tansiyonu) olan kadınların stres düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen verilerle gebeliğinde stres yaşayan kadınların erken dönemde tespit edilerek, gebeliğin sağlıklı gebe ve yenidoğanla sonuçlanması için gerekli hemşirelik bakımının planlaması ve gerektiğinde planlamaya uygun girişimlerin yapılmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Çalışmada stres düzeyinizi belirlemeye yönelik 17 soruluk “*Prenatal Distres Ölçeği – Revize Versiyonu*” ve “*43 maddelik Kişisel Veri Toplama Formu*” doldurtulacaktır. Prenatal Distres Ölçeği’nde hastalığınız, bebeğiniz ve kendinizle ilgili duygu ve düşüncelerinize yönelik sorular “Hiç”, “Biraz” ve “Çok Fazla” şeklinde yanıtlanmaktadır. Kişisel Veri Toplama Formunda demografik özellikleriniz, şimdiki gebeliğiniz, varsa önceki gebelik deneyim/leriniz hakkında ve gestasyonel hipertansiyon hakkında bilginizi ölçmeye yönelik açık uçlu ve çoktan seçmeli sorular bulunmaktadır. Bu formların uygulama süresi yaklaşık 30 dakika sürecektir.

Ankete katılımda gönüllülük esastır. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak, yalnızca araştırma için kullanılacak, bireysel bilgileriniz kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu nedenle anket formuna adınızı, soyadınızı ve adresinizi yazmayınız. Uygun görmemeniz halinde ankete katılmayabilir ya da anketi cevaplandırmayı sonlandırabilirsiniz. Soruların gerçeğe uygun cevaplandırılması çalışmanın bilimsel ve güvenilir olması bakımından önemlidir. Zaman ayırdığınız ve çalışmamıza katkı verdiğiniz için teşekkür ederim.

Hatice Nur ÖZGEN

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

A)SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız.....

2. Medeni durumunuz

- 1) Evli ()
- 2) Bekar ()
- 3) Dul/Boşanmış ()
- 4) Diğer(Açıklayınız).....

3. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) İlköğretim ()
- 2) Lise ()
- 3) Üniversite/ Yüksekokul ()
- 4) Diğer(Açıklayınız).....

4. Çalışma durumunuz:

- 1) Çalışıyor ()
- 2) Çalışmıyor (örn. Ev hanımı) ()
- 3) Emekli ()
- 4) Diğer(Açıklayınız).....

5.Çalışıyor iseniz ne iş yapıyorsunuz?.....

6. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- 1) İlköğretim ()
- 2) Lise ()
- 3) Üniversite/ Yüksekokul()
- 4) Diğer(Açıklayınız).....

7. Eşiniz gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor mu ?

- 1)Çalışıyor ()
- 2)Çalışmıyor()
- 3) Emekli()
- 4). Diğer(Açıklayınız).....

8. Sosyal Güvenceniz var mı ?

- 1)Evet()
- 2) Hayır()

9. Gelir düzeyinizi gideriniz ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Düşük (Gelir giderden düşük) ()
- 2) Orta (Gelir gidere denk) ()
- 3) Yüksek (Gelir giderden yüksek) ()

10.Aile tipiniz nedir?

- 1)Geniş aile ()
- 2)Çekirdek aile ()

11. Aşağıdaki maddelerden kullandığınız varsa işaretleyiniz ?

- 1) Sigara () Ne sıklıkla ?.....
- 2) Alkol () Ne sıklıkla ?.....
- 3) Madde () Ne sıklıkla ?.....

12. “Sigara, alkol veya madde” kullanıyorsanız gestasyonel hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kullanma miktarınızda bir değişim oldu mu?

- 1) Sigara/Alkol/Madde kullanma sıklığım arttı ()
- 2) Sigara/Alkol/Madde kullanma sıklığım azaldı ()
- 3) Sigara/Alkol/Madde kullanma sıklığım değişmedi ()
- 4) Sigara/Alkol/Madde kullanmayı bıraktım ()
- 5) Sigara/Alkol/Madde kullanmıyorum ()

B)ÖNCEKİ GEBELİK ve DOĞUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

13. Toplam gebelik sayınız :.....

14. Yaşayan çocuk sayınız :.....

15. Daha önce düşük yaptınız mı?

- 1)Evet ise (sayısı ve nedeni.....) 2)
Hayır ()

16. Daha önce kürtaj oldunuz mu?

- 1) Evet ise (sayısı ve nedeni.....) 2)
Hayır ()

17. Daha önce ölü doğum yaptınız mı ?

- 1) Evet () (sayısı ve nedeni.....) 2)
Hayır ()

18. Gebe kalmadan önce herhangi bir aile planlaması yöntemi (prezervatif, mini hap, aylık iğne vb.) kullanıyor muydunuz?

- 1)Evet () (Hangisi.....) 2)
Hayır ()

19. Şimdiye kadarki doğum/doğumlarınızın şekli (normal doğum/sezaryen) ve nedeni?

- 1.Doğum..... Nedeni.....
2.Doğum..... Nedeni.....
3.Doğum..... Nedeni.....
4.Doğum..... Nedeni.....
5. Diğer.....Nedeni.....

20. Önceki gebeliklerinizde gestasyonel hipertansiyon tanısı aldınız mı ?

- 1)Evet () 2) Hayır ()

C)ŞİMDİKİ GEBELİK VE GESTASYONEL HİPERTANSİYON İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

21. Gebelik Haftanız :

22. Gebe kalmadan önceki kilonuz.....kg

23. Şimdiki kilonuz.....kg

24. Boy uzunluğunuz.....cm

25. Şimdiki gebeliğinizdeki bebek sayısı (tek bebek, ikiz vb.).....

26. Şuandaki gebeliğiniz İsteyerek/Planlı mı ?

- 1)Evet () 2) Hayır ()

27. '26. Soruya' yanıtınız "Hayır" ise düşük/kürtaj yapmayı düşündünüz mü?

- 1)Evet () 2) Hayır ()

38. Bu gebeliğinizde bebeğinizle ilgili herhangi bir sağlık sorunu var mı?

1.Evet (Nedir?.....)

2.Hayır ()

39. Doktorun sizin için önerdiği doğum şekli nedir ?

1) Normal doğum()

2) Sezaryen doğum ()

3) Doktorun bir önerisi olmadı ()

40. Sizin doğum tercihiniz nedir ?

1) Normal doğum (ise nedeni.....)

2) Sezaryen doğum (ise nedeni.....)

D) EVLİLİK VE SOSYAL DESTEK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

41. Eşinizle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1.İyi ()

2. Orta ()

3.Kötü ()

42. Bu gebeliğinizde evliliğinizle ilgili bir sorun yaşıyor musunuz ?

1.Evet (Nedir ?.....)

2.Hayır ()

43. Bu gebeliğinizde kim/kimler size destek oluyor ?

1) Kimse destek olmuyor.

2) Eşim ()

3) Ailem(anne, baba, kızkardeş vb.) ()

4) Arkadaşlarım()

5) Diğer (Açıklayınız)

EK – 3 Prenatal Distres Ölçeği – Revize Versiyonu

PRENATAL DİSTRES ÖLÇEĞİ (REVİZE VERSİYON)

[REVISED PRENATAL DISTRESS QUESTIONNAIRE (NUPDQ) 17-ITEM VERSION]

Gebelikte bir takım durumlar bazı kadınlar için rahatsızlık verici veya tedirgin edici olabilir. Ancak, aynı şeyler başka kadınlar için rahatsız edici olmayabilir. Biz, bu gebeliğiniz süresince endişelendiğiniz ya da rahatsız olduğunuz şeyleri öğrenmek istiyoruz.

Gebeliğinizin bu döneminde kendinizi rahatsız, endişeli ya da üzgün hissettiğiniz durumları belirtiniz. Yanıt verirken lütfen aşağıda yer alan ifadelerden birisini seçiniz.

0	1	2
HİÇ	BİRAZ	ÇOK FAZLA

1. Gebeliğinizin bu döneminde yeni doğan bebeğin bakımı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?

0	1	2
HİÇ	BİRAZ	ÇOK FAZLA

2. Gebeliğinizin bu döneminde yüksek tansiyon veya şeker hastalığı gibi devam eden sağlık sorunlarınızın gebeliğunuza etkisi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?

0	1	2
HİÇ	BİRAZ	ÇOK FAZLA

3. Gebeliğinizin bu döneminde enerjinizin düşük olması ve kendinizi yorgun hissetmeniz konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?

0	1	2
HİÇ	BİRAZ	ÇOK FAZLA

4. Gebeliğinizin bu döneminde doğum sırasında hissedeceğiniz ağrı/sancı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?

0	1	2
HİÇ	BİRAZ	ÇOK FAZLA

5. Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız sağlık bakım hizmetleri için yaptığınız harcamalar konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

6. Gebeliğinizin bu döneminde kilonuzda ve vücudunuzun görünümünde oluşan değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

7. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin beklenenden çok erken doğma olasılığı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

8. Gebeliğinizin bu döneminde gebelikte ortaya çıkan kusma, ayaklarda şişlik veya bel ağrısı gibi bedensel şikayetler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? (Evet ise; hangi şikayetler? _____)

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

9. Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız tıbbi bakımın kalitesi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

10. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumu nedeniyle diğer insanlarla olan ilişkilerinizde yaşayacağınız değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? (Evet ise; özellikle kim? _____)

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

11. Gebeliğinizin bu döneminde **sağlıksız bir bebeğiniz olabileceği** konusunda kendinizi **rahatsız, üzgün ya da endişeli** hissediyor musunuz?

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

12. Gebeliğinizin bu döneminde **doğum sırasında neler olacağı** konusunda kendinizi **rahatsız, üzgün ya da endişeli** hissediyor musunuz?

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

13. Gebeliğinizin bu döneminde **çalışma yaşamınız veya ailenizin bakımı** konusunda kendinizi **rahatsız, üzgün ya da endişeli** hissediyor musunuz?

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

14. Gebeliğinizin bu döneminde **bebeğin giysileri, beslenmesi ve sağlık bakımı için yapacağınız harcamalar** konusunda kendinizi **rahatsız, üzgün ya da endişeli** hissediyor musunuz?

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

15. Gebeliğinizin bu döneminde **bebeğin doğumundan sonra bir işte çalışmak durumunda olmanız** konusunda kendinizi **rahatsız, üzgün ya da endişeli** hissediyor musunuz?

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

16. Gebeliğinizin bu döneminde **bebeğin doğumundan sonra bebeğin günlük bakımı, diğer bakım konuları ve bebek bakımında destek alınan kişiler** konusunda kendinizi **rahatsız, üzgün ya da endişeli** hissediyor musunuz?

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

17. Gebeliğinizin bu döneminde **kullandığınız sigara, alkol ya da ilaçlardan bebeğin etkilenmiş olup olmadığı** konusunda kendinizi **rahatsız, üzgün ya da endişeli** hissediyor musunuz?

0
HİÇ

1
BİRAZ

2
ÇOK FAZLA

18. Gebeliğiniz, doğum veya bebeğiniz ile ilgili sizi rahatsız eden, endişelendiren ya da üzen başka şeyler var mı?

0
HAYIR

1
EVET

(Cevabınız Evet ise); bunların neler olduğunu söyleyebilir misiniz?

EK- 4 Etik Kurul Kararı



GİZLİ

T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 56786525-050.04.04 / 12452
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

25 Şubat 2019

Sayın Hatice Nur ÖZGEN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü

İlgi: 12/12/2018 tarihli başvurunuz.

"Gestasyonel Hipertansiyonlu Kadınların Prenatal Distres Düzeylerinin Belirlenmesi"
başlıklı tez çalışması ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 13/02/2019 tarihli
toplantısında alınan 04/70 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. Sibel A.ÖZKAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

GİZLİ

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 06100 - Tandoğan/ANKARA
Telefon : 0 (312) 60 40 / 2101
Faks : 0 (312) 212 60 49

Ayrıntılı Bilgi İçin

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi :13/02/2019

Toplantı Sayısı :04

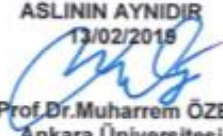
Karar Sayısı :70

70-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencilerinden **Hatice Nur Özgen**'in "Gestasyonel Hipertansiyonlu Kadınların Prenatal Distres Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili 12/12/2018 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Hatice Nur Özgen**'in "Gestasyonel Hipertansiyonlu Kadınların Prenatal Distres Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasının, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIĞI

13/02/2019


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

EK – 5 Kurum İzni



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



Sayı : 12405952-044-E.20166

12.04.2019

Konu : Hatice Nur Özgen'in Tez Çalışma İzni

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : Tıp Fakültesi Dekanlığı (Sekreterlik Şubesi (Yazı İşleri))'nın 29.03.2019 tarihli ve 93984376-044-E.16897 sayılı yazısı.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Hatice Nur ÖZGEN'in "Gestasyonel Hipertansiyonlu Kadınların Prenatal Distres Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı tez projesine ilişkin anket çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



e-imzalıdır

Prof. Dr. Faik Acar KOÇ
Anabilim Dalı Başkanı

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Balkıraz Mahallesi 06620 Mamak/ANKARA
Telefon No: 0312 320 35 50 Belgegeçer No: 0312 320 35 53

Bilgi için:Derya ALHAN
MEMUR

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı: Hatice Nur

Soyadı: ÖZGEN

Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara 06/06/1994

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Bekar

İletişim Bilgiler(e-posta adresi/telefon): ozgenhnur6@gmail.com

Cep Tel: 0505 494 40 88

II. Eğitim

Hasanoğlu Atatürk Anadolu Öğretmen Lisesi(2008-2012)

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- Hemşirelik Bölümü (2012-2016)

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans (2016-halen)

III. Ünvanı

Hemşire

IV. Mesleki Deneyimi

Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı (25/09/2017-28/03/2018)

Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (28/03/2018-31/12/2018)

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (24/01/2019-Halen)

V. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI. Bilimsel İlgi Alanları

VII. Bilimsel Etkinlikleri

Uluslararası kongreler

14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 22-26 Nisan 2015, Kayseri

15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 27-29 Nisan 2016, Eskişehir

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

Özgen H.N., Özbek B., Göğüş F.(2015). Ankara Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Mesleki Örgütlenme Bilincinin Değerlendirilmesi. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 22-26 Nisan, Kayseri.(Sözel Sunum)

Özbek B., **Özgen H.N.,** Göğüş F.(2015). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencileriyle Akademisyenleri Arasındaki İletişimin Değerlendirilmesi. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 22-26 Nisan, Kayseri.(Sözel Sunum)

VIII- Diğer Bilgiler

Ebelik ve Doğum Sempozyumu, Ankara (3 Nisan 2019)