

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PREEKLAMPSİNİN EMZİRME ÖZYETERLİLİĞİ ve POSTPARTUM
DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ**

TUĞBA ÖZKARDEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

(DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI)

Danışman

DR.ÖĞR.ÜYESİ NURAY EGELİOĞLU CETİŞLİ

İZMİR 2019

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PREEKLAMPSİNİN EMZİRME ÖZYETERLİLİĞİ ve POSTPARTUM
DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ**

TUĞBA ÖZKARDEŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

(DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI)

Danışman

DR.ÖĞR.ÜYESİ NURAY EGELİOĞLU CETİŞLİ

İZMİR 2019

KABUL ve ONAY

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu
çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27 /06/2019

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ (İKÇÜ)



Üye: Prof. Dr. Oya KAVLAK (Ege Üniversitesi)



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Özlem DEMİREL BOZKURT (Ege Üniversitesi)



ONAY : Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri
üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet KOYU

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

o Tezimin/Raporumun 27/06/2021 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

o Tezimin/Raporumun 27/06/2021 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

27/06/2019

İmza

Tuğba ÖZKARDEŞ




ETİK BEYAN SAYFASI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığımı beyan ederim.

27/06/2019

İmza

Tuğba ÖZKARDEŞ



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca tecrübesi ve bilgisini bana en iyi şekilde yansıtan, her zaman özveride bulunan, hoşgörülü, sabırlı ve değerli katkılarıyla bana rehber olan ve güç veren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'ye,

Bu sürece başlamamda ve tamamlamamda bana her zaman destek olan, cesaretlendiren, hiçbir zaman maddi/ manevi desteğini esirgemeyen bu hayattaki en büyük şansım olan aileme,

Bu yolda bana sürekli güç veren manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen çok kıymetli eşim Burak ÖZKARDEŞ'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni her zaman destekleyen çok kıymetli çalışma arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimine beraber başladığım, sorunlarımızı, sıkıntılarımızı, mutluluklarımızı paylaştığım, her zaman yanımda ve yanımda olduğum arkadaşım Duygu AKSOY'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tuğba ÖZKARDEŞ

PREEKLAMPSİNİN EMZİRME ÖZYETERLİLİĞİ VE POSTPARTUM DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Giriş- Amaç: Bu çalışmanın amacı preeklampsinin emzirme öz-yeterliliği ve postpartum depresyon üzerine etkisini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma, Ocak 2018- Mayıs 2019 tarihleri arasında İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sezaryen ile doğum yapmış örneklem kriterlerine uyan 73 preeklampsili anne ile yapılmıştır. Veriler, Birey Tanıtım Formu, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ) kullanılarak ve iki izlem yapılarak toplanmıştır. Birinci izlem doğum sonrası 24 saatini doldurmuş annelere yüzyüze görüşülerek hasta odasında, ikinci izlem doğumdan sonra ikinci ayda telefon ile görüşülerek yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi, Wilcoxon testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Doğum sonrası 24. saatte preeklampsili annelerin depresyon riski %16,4 iken, ikinci ayda bu oran %9,6'dur. Çalışmada gebelik sayısı dört ve üzeri, gebeliği plansız, ikinci gün emzirmeye başlayan ve emzirme için desteği olmayan annelerin 24. saat depresyon riski daha yüksek iken emzirmeye ilişkin gebelik sürecinde eğitim alan annelerin ikinci ay depresyon riski daha düşüktür. Gebeliği planlı olan emzirmeye ilişkin bilgi alan ve desteği olan, anne sütü dışında başka gıda vermeyen annelerin hem 24. saat hem de ikinci ay emzirme öz yeterlilikleri daha yüksektir. Annelerin doğum sonrası 24. saat EÖYÖ puan ortalaması ile ikinci ay EÖYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır.

Sonuç: Araştırmadan elde edilen bulgulara göre preeklampsili annelerin emzirme öz-yeterliliği düşüktür ve gebeliğin planlı olması, emzirmeye ilişkin bilgi alma durumu, destek olabilecek kişiye sahip olması ve anne sütü dışında başka gıda verme durumundan etkilenmektedir. Preeklampsili annelerin postpartum depresyon riski ikinci ayda, 24.saate göre azalmış olmasına rağmen halen risk devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Preeklampsi, gebelik, emzirme öz-yeterliliği, postpartum depresyon, hemşirelik.

THE EFFECT OF PREECLAMPSIA ON BREASTFEEDING SELF EFFICACY AND POSTPARTUM DEPRESSION

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to determine the effect of preeclampsia on breast feeding self-efficacy and post partum depression.

Method: Descriptive and cross-sectional study was conducted between January 2018- May 2019 in Tepecik Research and Training Hospital of Izmir Health Sciences University. 73 mothers that comply with acceptance criteria, gave birth with caesarean surgery and has preeclampsia were accepted in the study. Data were collected with Personal Identity Form, Edinburg Postpartum Depression Scale (EPDS) and Breastfeeding Self Efficacy Scale (BSES) in two monitoring sessions. The first follow-up was conducted in patient room with face-to-face interview together with mothers that completed their 24 hours after the birth. The second follow-up was conducted by telephone conversation in the 2nd month after the birth. Descriptive statistics (number, percentage, average), Mann Whitney U, Kruskal Wallis Test, Wilcoxon Test and Correlation analysis were used in data evaluation.

Results: The depression risk of mothers that had preeclampsia was 16,4% in the 24th hour of birth, while it was 9,6% in the second month. In this study it was found that depression risk of mothers in their 24th hour was higher for mothers that gave birth four or more, had unplanned pregnancy, started breastfeeding in the second day and did not have any support for breastfeeding. It was found that second month depression risk was less for mothers that had training in their pregnancy. Self efficacy were found higher for both 24th hour and 2nd month of mothers that had a planned pregnancy, had a support and training about breastfeeding and didn't give anything else but breast milk. In the study, a positive strong relationship was found between BSES score average of 24th hour and 2nd month of mothers after the birth.

Conclusion: According to results found in the study, self efficacy of mothers that had preeclampsia was low and it was effected by the planned pregnancy, getting training about breastfeeding, having a supporting person and not giving anything else than breast milk. However, postpartum depression risk of mothers that had preeclampsia were lower in their second month, risk was still in progress.

Keywords: Preeclampsia, breastfeeding self efficacy, postpartum depression, pregnancy, nursing

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------------|
| KABUL ve ONAY | i |
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI | ii |
| ETİK BEYAN SAYFASI | iii |
| TEŞEKKÜR | iv |
| ÖZET | v |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | ix |
| TABLolar | x |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları | 3 |
| 1.3. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi..... | 4 |
| 1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 4 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 5 |
| 2. 1. Preeklampsinin Tanımı ve İnsidansı | 5 |
| 2.2. Preeklampsinin Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması..... | 6 |
| 2. 3. Preeklampsi Fizyopatolojisi | 9 |
| 2.4. Preeklampsi Belirti ve Bulguları..... | 11 |
| 2.5. Preeklampsinin Maternal, Fetal ve Neonatal Etkileri | 12 |
| 2.5.1. Preeklampsinin Maternal Etkileri | 13 |
| 2.5.2. Preeklampsinin Fetal ve Neonatal Etkileri..... | 15 |
| 2. 6. Preeklampsi Tedavisi | 15 |
| 2.7. Preeklampside Korunma Yöntemleri: Kanıta Dayalı Uygulamalar..... | 23 |
| 2.8. Preeklampsi ve Postpartum Depresyon..... | 25 |
| 2.9. Preeklampsi ve Emzirme Öz-yeterliliği..... | 26 |
| 2.10. Preeklampsi ve Hemşirelik Bakımı..... | 28 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 30 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 30 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri..... | 30 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi | 30 |
| 3.4. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri | 31 |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 3.6. Veri Toplama Araçları | 31 |
| 3.6.1. Birey Tanıtım Formu (EK 1) | 31 |
| 3.6.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EK 2)..... | 32 |
| 3.6.3. Emzirme Öz- Yeterlilik Ölçeği (EK 3) | 32 |
| 3.7. Verilerin Toplanması | 33 |
| 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi | 33 |
| 3.9. Araştırma Etiği..... | 33 |
| 4. BULGULAR..... | 35 |
| 4.1. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri | 35 |
| 4.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri..... | 36 |
| 4.3. Annelerin ve Bebeklerin Postpartum Dönem Özellikleri | 38 |
| 4.4. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları ve Depresyon Risk Dağılımları..... | 41 |
| 4.5. Annelerin Postpartum Depresyon ve Emzirme Öz-Yeterliliklerini Etkileyen Faktörler | 42 |
| 4.6. Annelerin Postpartum Depresyon ve Emzirme Öz-Yeterlilikleri Arasındaki İlişki.... | 51 |
| 5. TARTIŞMA..... | 52 |
| 5.1. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları ve Depresyon Risk Dağılımlarının İncelenmesi | 52 |
| 5.2. Annelerin Postpartum Depresyon ve Emzirme Öz-Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi | 55 |
| 5.3. Annelerin Postpartum Depresyon ve Emzirme Öz-Yeterlilikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi | 57 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER | 59 |
| 6.1. Sonuçlar | 59 |
| 6.2. Öneriler | 60 |
| KAYNAKLAR | 61 |
| EKLER | 68 |
| EK 1. BİREY TANITIM FORMU | 68 |
| EK 2. EDINBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ | 70 |
| EK 3. EMZİRME ÖZ- YETERLİLİK ÖLÇEĞİ | 72 |
| EK 4. ETİK KURUL ONAYI | 73 |
| EK 5. KURUM İZİNİ | 74 |
| EK 6. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU..... | 76 |
| EK 7. ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ..... | 77 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 78 |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|-------------------|---|
| ACE | : Angiotensin Converting Enzim |
| ACOG | : American College of Obstetricians and Gynecologists |
| ALT | : Alanin Aminotransferaz |
| AST | : Aspartat Aminotransferaz |
| BUN | : Kan Üre Nitrojen |
| DIC | : Dissemine İnvasküler Koagülopati |
| EÖYÖ | : Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği |
| EPDÖ | : Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği |
| HELLP | : Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets |
| IUGR | : İntrauterin Gelişme Geriliği |
| KB | : Kan Basıncı |
| MgSO ₄ | : Magnezyum Sülfat |
| NICE | : National Institute for Health and Care Excellence |
| PGI ₂ | : Prostoglandin |
| TXA ₂ | : Tromboksan |

TABLULAR

- Tablo 1** : Preeklampsi Tanı Kriterleri (ACOG, 2013)
- Tablo 2** : ACOG' a Göre Şiddetli Preeklampsi Kriterleri
- Tablo 3** : Annelerin Soyodemografik Özellikleri
- Tablo 4** : Annelerin Obstetrik Özellikleri
- Tablo 5** : Annelere Gebelik Süresince Preeklampsi Nedeniyle Uygulanan Tedaviler
- Tablo 6** : Annelerin Bebeklerine İlişkin Özellikler
- Tablo 7** : Annelerin Doğum Sonrası 24. Saatte Emzirmeye İlişkin Durumları
- Tablo 8** : Annelerin İkinci Ayda Emzirmeye İlişkin Durumları
- Tablo 9** : Annelerin Doğum Sonrası 24. Saat ve İkinci Aydaki Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları
- Tablo 10** : Annelerin Doğum Sonrası 24. Saat ve İkinci Ayda Depresyon Riski
- Tablo 11** : Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları
- Tablo 12** : Annelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları
- Tablo 13** : Annelerin ve Bebeklerin Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları
- Tablo 14** : Annelerin Emzirmeye İlişkin Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları
- Tablo 15** : Annelerin Doğum Sonrası 24. Saat ve İkinci Aydaki Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelikteki patolojik süreçlerden biri olan preeklampsi, tüm gebeliklerde %3-10 arasında görülmek ile birlikte, maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin en önemli sebeplerinden birisidir (1). Ülkemizde 2016 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından yayınlanan rapora göre gebeliğe bağlı hipertansiyon anne ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (2). Ülkemizde farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda ise, gebeliğe bağlı hipertansiyon sıklığının %8,3, preeklampsiye bağlı antenatal, perinatal ve neonatal mortalite oranlarının sırasıyla %13,4, %17,9, %5,1 olduğu bildirilmiştir (3, 4).

Preeklampsi geçmiş yıllarda, gebeliğin 20.haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyon ve proteinüri ile karakterize bir tablo şeklinde tanımlanırken, son yıllarda yayınlanan kılavuzlara göre hastalığın tanısının artık proteinüriye bağlı olmadığıdır (1, 5). Proteinüri olmasa bile, hipertansiyon ile birlikte trombositopeni ($Plt < 100.000/\mu\text{m}^3$), bozulmuş karaciğer fonksiyon testleri (karaciğer transaminazlarının kan değerlerinin normal konsantrasyonun iki katına yükselmesi), yeni başlayan böbrek yetmezliğinin (serum kreatinin değerlerinin $> 1,1 \text{ mg/dL}$ olması ya da başka bir renal hastalık yokluğunda serum kreatinin değerlerinin iki kat artması), akciğer ödeminin veya yeni başlayan serebral ve görme bozukluklarının olması durumunda preeklampsi tanısı konulmaktadır (1).

Preeklampside hem anne hem de fetüs birlikte etkilenmektedir (6). Preeklampsi maternal ve perinatal morbidite ve mortalite artışı, intrauterin gelişme geriliği, ablasyo plasenta, sezaryen doğum, preterm doğum ve maternal- fetal ölüm gibi olumsuz doğum sonuçlarına neden olmaktadır (7, 8, 9, 10). Birleşik Krallık perinatal mortalite raporunda, konjenital preeklamptik hastaların %5'inde ölü doğum gerçekleştiği bilinmektedir. Preeklampsinin preterm doğum oranına katkısı büyüktür; ilk gebeliklerinde 250 kadından biri (%0,4) preeklampsiden dolayı 34. haftadan önce doğum yaparken, preterm doğumların %8-10'u hipertansif hastalıklardan

kaynaklanmaktadır ve ağır eklampsi hastalarının da yarısı, preterm doğum yapmaktadır (5).

Preklampsi gebelik sürecinde maternal ve fetal sağlık üzerinde neden olduğu olumsuzlukların yanı sıra doğum sonrası dönemde de hem annenin hem bebeğin sağlık durumunu etkilemektedir. Gebelikte hipertansif bozukluğu olan annelerin sonraki yaşamında artmış hipertansiyon, diabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalık riski vardır (11). Preeklampsi kadınlarda komplikasyonsuz gebeliklerdeki kadınlara göre kaygı ve duyu durum bozukluğu olasılığı, prenatal ve postnatal depresyon sıklıkları daha yüksektir (12). Ayrıca gebelikte ortaya çıkan hipertansif hastalıklar hem sütün içeriğinde değişime hem de prolaktin dengesini bozarak olumsuz emzirme sonuçlarına neden olmaktadır. Preeklampsinin hipogalaksi (memede süt sekresyonunun azalması) ve agalaksi (doğumdan sonra süt salgısının bulunmaması) oluşturma riski vardır. Ayrıca maternal ya da fetal komplikasyonlara bağlı yenidoğanın anneden ayrı kalması ve anne- bebek etkileşiminin azalması gibi faktörler emzirmeye başlama ve emzirmenin süresi ile ilgili sorunlar ortaya çıkarmaktadır (13). Light et al. (14) tarafından yüksek oksitosin seviyesine sahip olan annelerin daha düşük kan basıncına ve daha düşük stres seviyelerine sahip olduğunu belirtmiştir. Emzirmenin hem postpartum dönemde hem de sonraki yaşamda maternal hipertansiyonu azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (11). Fakat preeklampsi annelerde emzirmeyi etkileyen pek çok faktör vardır. Cordoro et al. (15) tarafından 200'ü preterm, 81'i termde doğum yapan toplam 281 ağır preeklampsi anne ile yapılan çalışmada, annelerin emzirmeye başlamalarında en önemli faktörün emzirme niyeti olduğu, emzirme başarısızlığı ile ilişkili faktörlerin de genç yaş, düşük eğitim düzeyi, multiparite, sigara ve obezite olduğu bildirilmiştir.

Anne sütünün, bebeğin büyümesinde ve gelişiminde önemli rol oynayan hormonlar, büyüme faktörleri, sitokinler, immünolojik ve bağışıklık düzenleyici faktörler ve yağ asitleri gibi bileşenlerden oluştuğu bilinmektedir. Mehendale et al. (16) tarafından yapılan preeklampsi anneler ile normotansif annelerin postpartum dönemde anne sütü içeriklerinin karşılaştırıldığı çalışmada preeklampsi annelerin sütündeki yağ asiti ve büyüme faktörü düzeylerinin farklı olduğu ve bu durumda çocukların büyüme parametrelerini etkilediği bildirilmiştir. Dangat et al. (17) tarafından yapılan bir çalışmada preeklampsi (n=29) ve normotansif (n=31) annelerin

sütünün doğumdan sonraki üçüncü gün ve altıncı aydaki metabolik profili ve yenidoğanın büyüme parametreleri üzerine etkisi araştırılmış, preeklampsili annelerin sütünde metabolitlerin değişiklik gösterdiği, bebeklerinin hem doğumdaki hem de altıncı aydaki kilosunun ve boyunun normotansif annelere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur.

Doğum sonrası maternal sağlık, maternal fonksiyonel durumu, gelecekteki gebelik sonuçlarını, maternal kronik hastalık gelişimini ve bebek sağlığını etkilemektedir. Bununla birlikte, gebelikten sonra birçok anne, sağlık ve bakım verme rolleriyle ilgili bakımda boşluklarla karşı karşıya olduğunu görebilir (17). Annelerin doğum sonrası dönemde fiziksel ve duygusal semptomlar, bebek bakımı, emzirme kaygıları ve yaşam tarzı düzenlemeleri ile ilgili bilgi ve destek ihtiyacının erken dönemde belirlenmesi ve müdahale edilmesi kadın ve çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Riskli gebeliklerden biri olarak bilinen preeklampsi, gebelik ve postpartum dönemde annelerin depresyona daha yatkın hale gelmelerine neden olabilmektedir. Depresyon postpartum dönemde emzirmeyi de olumsuz etkileyerek daha şiddetli hale gelebilir. Literatürde preeklampsili annelerin postpartum depresyon düzeyleri ve emzirme özyeterliliğini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Hemşireler preeklampsili annelerin antepartum dönemde olduğu kadar postpartum dönemde de bakım gereksinimlerini belirlemeli, ortaya çıkabilecek sorunları bilmeli ve erken dönemde tanılayıp, uygun girişimleri planlayabilmelidir.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları

Bu çalışmanın amacı; preeklampsinin emzirme öz-yeterliliği ve postpartum depresyon üzerine etkisini ve etkileyen faktörleri incelemektir.

- 1.** Preeklampsili annelerin doğum sonrası 24. saatte ve ikinci ayda emzirme öz-yeterliliğinde fark var mıdır?
- 2.** Preeklampsili annelerin doğum sonrası 24. saatte ve ikinci ayda depresyon puanlarında fark var mıdır?
- 3.** Preeklampsili annelerin doğum sonrası depresyonunu etkileyen faktörler nelerdir?

4. Preeklampsili annelerin doğum sonrası emzirme öz-yeterliliğini etkileyen faktörler nelerdir?

5. Preeklampsili annelerin doğum sonrası 24. saatte ve ikinci ayda emzirme öz-yeterliliği ve postpartum depresyon puanları arasında ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Topluma Katkısı

Preeklampsinin maternal, fetal ve postpartum dönem üzerine birçok olumsuz etkisi vardır. Yapılacak çalışmada preeklampsinin emzirme öz-yeterliliği ve postpartum depresyon üzerine olan etkilerinin ortaya çıkartılması ile bu komplikasyonları önlemeye yönelik uygulamaların yapılmasını sağlanacaktır.

Ulusal Ekonomiye Katkısı

Postpartum dönemde yoğun bakım şartlarında tedavisini alan annenin emzirme sürecine geç başlaması sonucunda bebek beslenmesi dışarıdan takviye şeklinde olacaktır. Bu durumun da hem aile ekonomisine hem de ülke ekonomisine zararları olabilmektedir. Perinatal ve maternal dönemde kadına uygulanan koruyucu sağlık uygulamaları ile hem aile hem de ülke ekonomisine olumlu etkisi sağlanabilir.

Bilimsel/ Akademik Alana Katkısı

Yapılan literatür taraması sonucunda preeklampsinin, anne ve bebek sağlığına etkisinin birlikte incelendiği çalışmalara az rastlanılmıştır. Preeklampsisi ile ilgili yapılan çalışmaların genellikle preeklampsinin görülme sıklığı ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu çalışma ile preeklampsinin emzirme öz-yeterliliği ve postpartum depresyon üzerine etkileri incelenerek literatüre konu ile ilgili katkı sağlanması düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evreni sadece İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne gelen preeklampsili anne ve sağlıklı anneleri temsil etmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Preeklampsinin Tanımı ve İnsidansı

Preeklampsi, daha önce normotansif bir kadında 20. gebelik haftasından sonra, hipertansiyon ve proteinüri veya hipertansiyonun yeni başlangıcı, proteinüri ile veya proteinürisiz olarak ortaya çıkan ve organ fonksiyon bozukluğu ile karakterize bir hastalık tablosudur (18). Preeklampsi semptomlarının 34. gebelik haftasından önce meydana gelmesi erken preeklampsi, bulguların 34. gebelik haftasından sonra ortaya çıkması ise geç başlangıçlı preeklampsi olarak ifade edilmektedir (19).

Hipertansiyon gebeliğe en sık eşlik eden sistemik hastalıklardandır ve klinik tablo tansiyon yüksekliğinden multiple organ disfonksiyonuna kadar değişen bir dağılım göstermektedir. Dünya genelinde gebelikte ortaya çıkan hipertansiyon tüm gebeliklerin yaklaşık %10'unda görülmektedir ve maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin en büyük sebeplerinden birini oluşturmaktadır (1, 20). Say et al. (21) tarafından yapılan sistematik analizde anne ölümleri nedenleri arasında preeklampsinin ilk üç sırada yer aldığı görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki anne ölümlerini inceleyen dokuz komitenin raporunda preeklampside kaynaklanan anne ölüm oranının %7,4 olduğu bildirilmiştir (22). Hnat et al. (23) tarafından Amerika'nın Ohio eyaletinde yapılan çalışmada, gebelikte hipertansiyon oranının nullipar kadınlarda %6 ile %17 arasında, multipar kadınlarda %2 ile %4 arasında değişmekte olduğu görülmektedir. Afrika'daki, gebeliklerin ise %10'unda preeklampsi görülmektedir (24).

Türkiye'de ise preeklampsi gebenin ve bebeğinin yaşamını tehdit eden ve anne ölümlerinden en fazla sorumlu olan durumdur. Ülkemizde yapılan çalışmalar sonucunda perinatal dönemde preeklampside kaynaklanan anne ölüm oranının %1,88 olduğu görülmektedir (2). Çulha ve arkadaşları (3) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada, gebeliğe bağlı hipertansiyon sıklığının %8,3 olduğu saptanmıştır. Kavak ve arkadaşları (26) tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise, anne ölümlerinin en sık görülen nedeninin gebelikte hipertansif bozukluklar olduğu (%41,7) belirtilmiştir.

2.2. Preeklampsinin Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması

Gebelikte hipertansif hastalıkların sınıflandırılmasında ilk kez 1972 yılında ACOG tarafından önerilen ve 1990 ve 2000 yılında Amerika'da Ulusal Yüksek Tansiyon Eğitim Programı Çalışma Grubu (National High Blood Pressure Education Program, NHBPEP 2000) tarafından değiştirilen sınıflama kullanılmaktadır;

- 1) Preeklampsi
- 2) Şiddetli Preeklampsi (1).



Tablo 1. Preeklampsi Tanı Kriterleri (1)

| | |
|--|---|
| KAN BASINCI | <ul style="list-style-type: none">• Daha önce normal kan basıncı olan bir gebede, 20.gebelik haftasından sonra en az dört saat ara ile yapılan iki ölçümde sistolik KB \geq 140 mmHg ya da diyastolik KB \geq 90 mmHg olması;• Sistolik KB \geq 160 mmHg ya da diyastolik KB \geq 110 mmHg olması durumunda antihipertansif tedaviye zamanında başlamak için kısa süre içerisinde (dakikalar) hipertansiyon tanısı doğrulanabilir. |
| Ve | |
| PROTEİNÜRİ | <ul style="list-style-type: none">• 24 saatlik idrarda \geq 300 mg proteinüri olması VEYA• Protein/Kreatinin Oranı \geq 0,3 olması (her biri mg/dL cinsinden olmalı)• İdrar Çubuğu ile yapılan ölçümde 1+ proteinüri olması (diğer kantitatif ölçümlerin yapılamadığı durumlarda) |
| veya proteinüri yoksa yeni başlayan hipertansiyon ile birlikte aşağıdakilerden birinin yeni başlaması durumunda | |
| Trombositopeni | Trombosit sayısı $<$ 100.000/mikrolitre |
| Böbrek Yetmezliği | Serum kreatinin konsantrasyonu $>$ 1,1 mg/dL ya da başka bir böbrek hastalığının yokluğunda serum kreatinin konsantrasyonunun iki kat artması |
| Bozulmuş Karaciğer Enzimleri | Karaciğer transaminazlarının normal konsantrasyonun iki katına kadar artması |
| Serebral ve Görme ile ilgili Belirtiler | |

Tablo 2. Şiddetli Preeklampsi Tanı Kriterleri (1)

-
- Antihipertansif tedavinin başlanmadığı durumda, gebe yatak istirahatinde iken 4 saat ara ile yapılan iki ölçümde sistolik kan basıncının ≥ 160 mmHg ya da diyastolik kan basıncının ≥ 110 mmHg olması durumu;
 - Trombositopeni olması (Trombosit sayısı < 100.000 /mikrolitre);
 - Karaciğer fonksiyonlarının bozulması (Karaciğer enzimlerinin kan düzeylerinin normal sınırların iki kat üzerine çıkması), Başka bir tanı ile açıklanamayan süregelen şiddetli sağ üst kadrın ağrısının varlığı ya da tedaviye yanıt vermeyen epigastrik ağrının olması veya her ikisinin birlikte olması;
 - Progressif Böbrek Yetmezliğinin olması (Serum kreatinin konsantrasyonunun $>1,1$ mg/dL olması ya da başka bir böbrek hastalığının yokluğunda serum kreatinin konsantrasyonunun iki kat artması);
 - Pulmoner Ödem
 - Yeni başlayan serebral ve görme bozukluklarının olması
-

Geçmiş yıllarda preeklampsi tanısı ödem, hipertansiyon ve proteinüri varlığında konulmaktaydı (27). Proteinüri, preeklampside önemli bir tanı kriteri iken, son yıllarda yayınlanan NICE ve ACOG Kılavuzlarına göre hastalığın tanısı artık proteinüriye bağlı değildir (1, 5). Proteinüri olmasa bile, hipertansiyon ile birlikte trombositopeni ($Plt < 100.000$ /microlite), bozulmuş karaciğer fonksiyon testleri (karaciğer transaminazlarının kan değerlerinin normal konsantrasyonun iki katına yükselmesi), yeni başlayan böbrek yetmezliğinin olması (serum kreatinin değerlerinin $>1,1$ mg/dL olması ya da başka bir renal hastalık yokluğunda serum kreatinin değerlerinin iki kat artması), akciğer ödemi olması veya yeni başlayan serebral ve görme bozukluklarının olması durumunda preeklampsi tanısı konulmaktadır (1).

ACOG dışındaki kuruluşların preeklampsiyi sınıflandırmada farklı görüşleri olduğu görülmektedir. International Society for The Study of Hypertension in Pregnancy kılavuzunda; idrar çubuğu ile yapılan ölçümde +2 ve üzeri proteinüri olması, trombositopeni durumunun <150.000 /dl olması, uteroplazental disfonksiyon;

fetal büyüme kısıtlılığı (IUGR) olmasının preeklampsi tanısının konulmasında uygun olduğunu savunmaktadır (28). Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand klavuzuna bakıldığında ise; renal (spot idrar protein/kreatinin>0.3, serum kreatinin>1.1mg/dl, oligüri <880 ml/4 saat), hematolojik (Disemine Intravasküler Koagülopati- DIC, hemoliz), nörolojik (hiperrefleksi, persistan başağrısı, görme bozuklukları, eklampsi) tutulum, pulmoner ödem ve IUGR bulgularının olması tanı koyma kriterleri arasında yer almaktadır (29). The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada kılavuzunda ise; proteinüri (şart değil), karaciğer fonksiyon bozukluğu (transaminazlarda artış, düşük serum albümin düzeyi, bulantı veya kusma, sağ üst kadranda veya epigastrik ağrı), hematolojik sorunlar (yüksek INR veya aPTT, trombositopeni), renal yetmezlik (serum kreatinin veya ürik asitte artış), kardiyopulmoner problemler (dispne, göğüs ağrısı, oksijen saturasyonunun<%97 olması) baş ağrısı veya görme bozuklukları, fetoplasental sorunlar (anormal NST, IUGR, oligohidroamnios, anormal doppler) preeklampsi tanı kriterleridir (30).

2. 3. Preeklampsi Fizyopatolojisi

Geleneksel olarak, preeklampsiye ait etiyopatogenezde, bozulmuş prostasiklin-tromboksan dengesi, oksijen serbest radikalleri, nitrik oksit metabolizması, homosistein ve trombofilinin muhtemel tetikleyici etkisi ve kalsiyum metabolizmasındaki dengesizliklerin bir sonucu olan maternal vasküler endotelial disfonksiyon suçlanmaktadır (31).

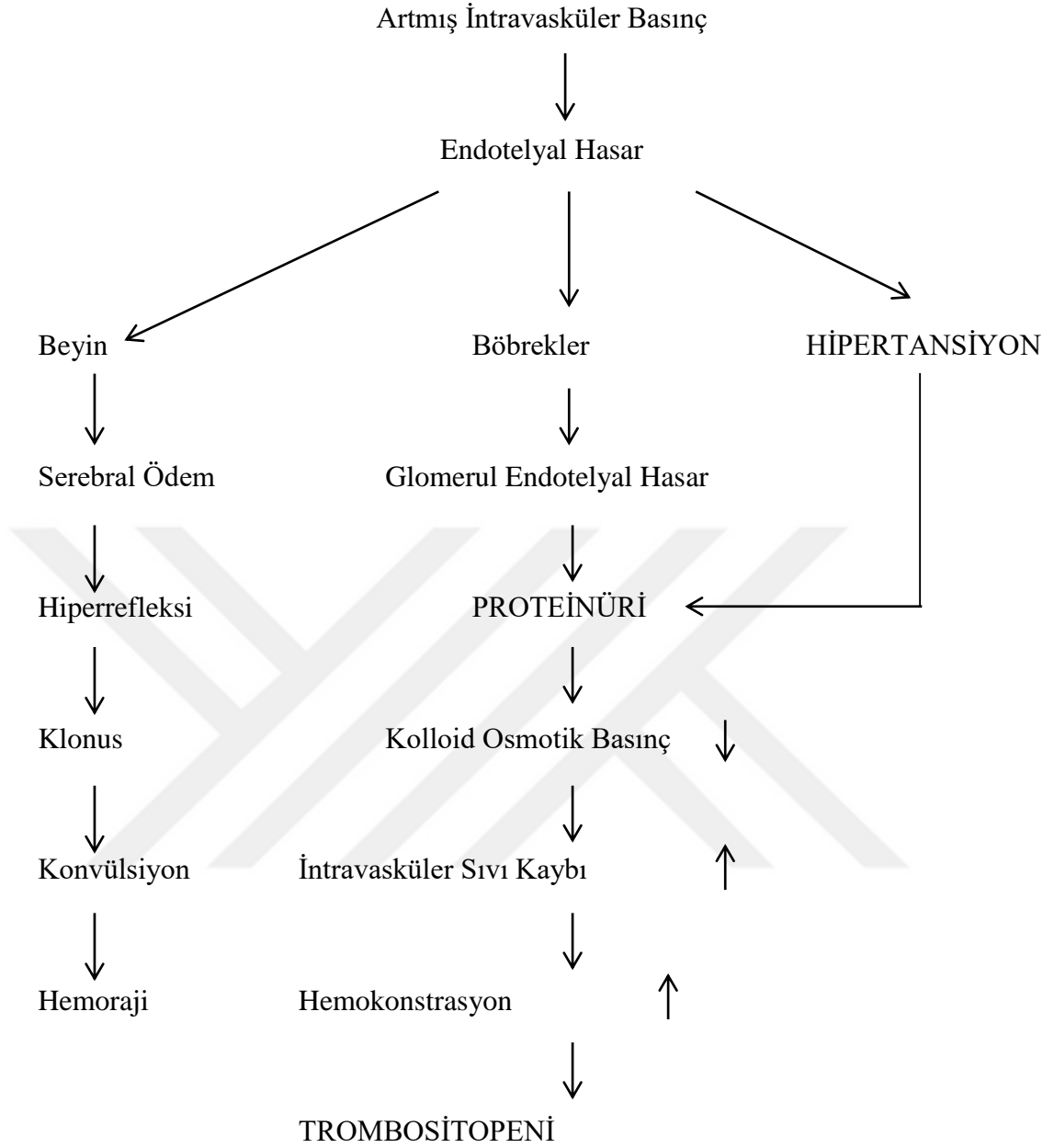
Endotelial disfonksiyon sonucu prostoglandin (PGI₂) salınımı azalır ve subendotelial kollagenin açığa çıkması tromboksanın (TXA₂) salınmasına ve platelet kümelenmesine neden olur. TXA₂ lehine bozulmuş PGI₂/ TXA₂ dengesi preeklampsideki patofizyolojik mekanizmanın merkezinde bulunan vazokonstriksiyona ve hipertansiyon gelişimine katkıda bulunmaktadır (32).

Artmış intravasküler basınç ve endotel hasarının birlikteliği beyin, retina, akciğer, karaciğer ve subkutanöz dokularda ödemle sonuçlanan, sıvının intravasküler aralıktan ekstravasküler alana geçişine sebep olmaktadır. Hipertansiyon ve glomerüler endotelial hasar proteinüriye neden olmaktadır. Azalmış intravasküler ozmotik kolloid basınç intravasküler sıvı kaybını artırır. Tüm bunların sonucunda hematokrit yükselmesiyle kendini gösteren hemokonsantrasyon, endotelial bölgelerde aşırı

platelet kaybı ile trombositopeni ve koagülasyon mekanizması aktivasyonu ile dissemine intravasküler koagülopati (DIC) ve mikrovasküler sahalarda koagülasyon düzeylerinde artış görülebilmektedir. Serebral ödem, vazokontrüksiyon ve kapiller endotelial hasar, hiperrefleksi, klonus, konvulsiyon ya da hemorajiye sebep olabilmektedir. Hepatik ödem veya iskemi serum transaminazlarının yükselmesine, glisson kapsülünün gerilmesine ve buna bağlı sağ üst kadran ağrısına neden olabilmektedir (33). Makuyana et al. (34) tarafından yapılan çalışmada, hemoglobin, trombosit sayısı, BUN ve kreatin değerlerinin preeklampatik olgularda anlamlı derecede yüksek tespit edildiği görülmektedir. Taşın ve arkadaşlarının (35) yapmış olduğu çalışmada ise, ağır preeklampsi olgularında kontrol ve hafif preeklampsi olguları ile karşılaştırıldığında ALT ve AST değerlerinde farklılık olmadığı, BUN ve kreatin düzeylerinin ise anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir.

Genel olarak preeklampsi patogenezinde plasentasyonda maternal vasküler cevapta yetersizlik suçlanmaktadır. Plasentasyonda maternal vasküler cevap spiral arterlerin trofoblastik dokular tarafından endovasküler invazyonu ile oluşmaktadır. Böylelikle spiral arterler uteroplazental artere dönüşür ve bu dönüşüm iki evrede gerçekleşmektedir. Birinci evre ilk trimesterde görülür ve spiral arterlerin desidual segmentteki 1/3'lük kısım, ikinci trimesterde gerçekleşen ikinci evrede ise iç myometriyal segmentteki spiral arterlerde trofoblastik invazyon oluşmaktadır. Bu durum vasküler basıncın düşmesine ve yüksek kan akımına neden olur. Normal gebelikte görülen bu trofoblastik invazyon preeklampside yetersizdir ve bu yetersizlik hem myometriyal hem de spiral arterlerin modifikasyonunda kendini göstermektedir. Tüm bunlara bağlı olarak uteroplazental arterlerin lümeni daralır, intimada aterosiz ve vazospazmın bir sonucu olarak intervillöz perfüzyon azalır (36).

Erken preeklampsi genellikle intrauterin gelişme geriliği ve plasental iskemik lezyonların varlığı ile karakterize bir tablodur. Kardiyak output azalmıştır, sistemik vasküler rezistans artmıştır ve gebeliğin ileri haftalarında intrauterin gelişme geriliği ve komplike hipertansiyon oluşumu meydana gelmektedir. Oysaki geç başlangıçlı preeklampside durum tam tersidir. Kardiyak output yükselir ve sistemik vasküler rezistans düşük ya da normal seyirlerde seyretmektedir (37).



Şekil 1. Preeklampsi Fiziopatolojisi

2.4. Preeklampsi Belirti ve Bulguları

Preeklampsi gebelikte birçok sistemi olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır.

- Santral Sinir Sistemi
 - Hiperrefleksi
 - Baş ağrısı

- Görme bozuklukları
- Solunum Sistemi
 - Faringolaringeal ödem
 - Pulmoner ödem riskinde artma
- Kardiyovasküler Sistem
 - İnvasküler volümde azalma
 - Vasküler dirençte yükselme
- Hematolojik Sistem
 - Hiperkoagulabite
 - Fibronolitik sistem aktivasyonu
- Renal Sistem
 - Glomerular filtrasyon hızında azalma
 - Proteinüride artma
 - Ürik asitte azalma
 - İdrarda protein ve kreatin oranında artma
 - Oligüri
- Uteroplesantal Sistem
 - Plasentaya giden kan akımında azalma
 - Oligohidroamnios
 - İntrauterin gelişme geriliği (38).

Literatürde idrardaki protein miktarı ile preeklampsideki gebelik sonuçları arasında minimal bir ilişki olduğunu gösterilmektedir. Bu nedenle massif proteinüri (5g'dan daha fazla) şiddetli preeklampsi kriterleri arasından çıkarılmıştır (18).

2.5. Preeklampsinin Maternal, Fetal ve Neonatal Etkileri

Preeklampsinin maternal etkileri olduğu gibi fetal etkileri de mevcuttur. Şimşek ve arkadaşları (4) tarafından yapılan bir çalışmada preeklampsi olgularında antenatal, perinatal ve neonatal mortalite oranlarının sırasıyla %13,4, %17,9, %5,1 olduğu bildirilmiştir.

2.5.1. Preeklampsinin Maternal Etkileri

Preeklampsinin maternal komplikasyonları genellikle akut dönemde görülmektedir. Bu komplikasyonlar;

- Eklamptik konvülsiyonlar ve buna bağlı nörolojik sekeller
- Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets sendromu (HELPP)
- İntraserebral hemoraji
- Kalp yetersizliği
- Pulmoner ödem
- Akut tubuler ve kortikal nekroz
- Akut ve kronik böbrek yetmezliği
- DIC
- Ölüm (39).

Preeklampsinin böbrek yetmezliği, inme, kardiyak arrest, solunum sıkıntısı sendromu, koagülopati ve karaciğer yetmezliği ciddi gibi maternal komplikasyonlara yol açabileceği (40) ve oluşan vasküler hasar nedeniyle daha sonraki kardiyovasküler hastalık riskini de arttırmasının mümkün olduğu bilinmektedir (41). Oostward et al. (42) tarafından 2008-2014 yılları arasında Hollanda'daki bir perinatal bakım merkezine 22-26. gebelik haftaları arasında şiddetli preeklampsi şikayeti ile başvuran 133 vakanın maternal ve neonatal sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada, vakaların %48'inde HELLP (hemolysis, elevated liver enzyme levels, and low platelet levels) sendromu, %7,5'inde pulmoner ödem, %3,8'inde ablasyo plasenta, %3'ünde eklampsi, %0,8'inde hepatik kempüler rüptür, %0,8'inde renal yetmezlik ve %5,3'ünde diğer komplikasyonlar (postpartum hemoraji, enfeksiyon, kardiyak dekompanzasyon) meydana gelmiştir. Kale ve arkadaşları (43) tarafından yapılan çalışmada minör myokardiyal hasarın göstergesi olan serum troponin I seviyesinin preeklamptik gebelerde normotensif gebelere göre troponin I seviyesini anlamlı ölçüde yüksek buldukları görülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada ise preeklampsili gebeler ve troponin I seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür (44). Wu et al. (45) tarafından preeklampsili kadınların gelecekteki kardiyovasküler hastalık riskinin incelendiği meta analiz çalışmasında preeklampsili kadınların koroner kalp hastalığı riskinin iki kat, kalp yetmezliği riskinin de dört kat arttığı saptanmıştır.

Bushnell et al. (46) yaptığı çalışmada preeklampsi öyküsü olan kadınların yaklaşık %18'inin, normotansif gebeliği olanların %1,7'sinin doğumdan sonraki on yıl içinde kardiyovasküler rahatsızlıklar yaşadığı bildirilmiştir. Christensen et al. (47) tarafından yapılan epidemiyolojik çalışmada, preeklamptik kadınların gebelikten on yıl sonrasında arteriyel sertlik, ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalık riskinde artış olduğu görülmüştür. Visser et al. (48) preeklampsi ve kalp damar hastalıkları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında hipertansif gebelik bozukluğu yaşayan 187 kadından 75'inde doğum sonrası altı hafta boyunca hipertansiyon durumunun devam ettiğini ve bunların 46'sında doğumdan 2,5 yıl sonra da hipertansiyonun devam ettiği belirlenmiştir.

Preeklamptik kadınların komplikasyonsuz gebeliklerdeki kadınlara göre kaygı ve duygu durum bozukluklarının komplikasyonları daha olasıdır. Bu nedenle preeklamptik kadınlarda prenatal ve postnatal depresyon sıklıkları artmaktadır (12). Black et al. (49) tarafından yapılan bir çalışmada, psikolojik stresin şiddetli preeklamptik hastalarda hafif preeklamptik hastalara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erer ve Akan (50) tarafından yapılan bir çalışmada preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce durumluluk anksiyete puanı ile eğitimden sonraki değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, verilen eğitim sonucunda gebelerin bilgi puanlarının arttığı ve anksiyete durumlarının da azaldığı görülmektedir.

Preeklampside ilk değerlendirme anneye yönelik olmalıdır, ancak bazen fetüs tehlikeye girebilir ve indüksiyona ihtiyaç duyulabilmektedir. Gebeliğe bağlı hipertansiyon veya hafif preeklampsisi olan kadınlarda doğum indüksiyonunu ve beklenen tedaviyi karşılaştıran bir çalışmada, doğum eylemi indüksiyonunun, neonatal sonuçları etkilemeden ciddi maternal hipertansiyonlu kadın sayısını azalttığı görülmektedir (51). Gebeliğin 34. haftasından 37. haftasına kadar şiddetli olmayan hipertansif hastalığı olan kadınlar için indüksiyon yoluyla ya da elektif sezaryen ile derhal doğumun, beklenen monitörizasyona kıyasla istenmeyen maternal sonuç riskini azalttığı görülmektedir (52).

2.5.2. Preeklampsinin Fetal ve Neonatal Etkileri

Hipertansif rahatsızlıklar hem fetüs hem de yenidoğan için risk oluşturmaktadır. Preeklampsinin fetal etkileri intrauterin gelişme geriliği, fetal distress, fetal ölüm ve erken doğumdur (6). Preeklampsinin preterm doğum oranına katkısı büyüktür. İlk gebeliklerinde preeklampsideen dolayı 250 kadından biri (%0,4) 34. haftadan önce doğum yapmakta, preterm doğumların %8-10'u hipertansif hastalıklardan kaynaklanmakta ve ağır eklampsi hastalarının yarısı, preterm doğum yapmaktadır (5). Braham et al. (53) tarafından yapılan meta- analiz çalışmasında preeklampsinin erken doğumun en sık nedenlerinden biri olduğu ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %25'inden sorumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Başol ve arkadaşları (54) tarafından yapılan çalışmada, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacının erken başlangıçlı preeklampsi olgularında %38,5, geç başlangıçlı preeklampsi olgularında %4,8 oranında olduğu bildirilmiştir. Oostward et al. (42) tarafından yapılan 22- 26. gebelik haftaları arasında şiddetli preeklampsi şikâyeti ile başvuran 133 anne ve 140 yenidoğanın değerlendirildiği çalışmada, neonatal mortalite oranının %81 olduğu (%16'sının intrauterin fetal ölüm, %49'u intrapartum ölüm, %8,5'i <7 gün neonatal ölüm ve >7 gün neonatal ölüm) bildirilmiştir. McKenzie ve Trotman (55) tarafından yapılan retrospektif çalışmada da preeklampsili ve normotansif annelerin maternal ve neonatal sonuçları karşılaştırıldığında, preeklampsili annelerden doğan yenidoğanların %47'si prematüre, %58'i düşük doğum ağırlıklı, %25'i çok düşük doğum ağırlıklı ve %28'i ölüm ile sonuçlanırken, normotansif annelerin yenidoğanlarının %4'ü prematüre, %6'sı düşük doğum ağırlıklı %1'i çok düşük doğum ağırlıklıdır ve ölüm gerçekleşmemiştir.

Preeklampside fetal değerlendirmenin günlük olarak nonstress test ile yapılması gerekmektedir ve ayrıca haftada iki kez amniotik sıvı miktarı ultrasonografi ile takip edilmelidir. İki hafta ara ile de fetal büyüme hızı ultrasonografi ile bakılmalıdır (56).

2. 6. Preeklampsi Tedavisi

Preeklampsi tedavisinde bazı konulara özellikle dikkat edilmesi gereklidir. Preeklampsi dinamik bir süreçtir ve zaman içerisinde doğası gereği ilerleme

gösterebilir. En uygun tedavi için belirti ve erken ortaya çıkan bulguların yakından gözlenmesi, ardından tanının kesinleştirilmesi ve doğumun anne ve bebek sağlığı için en uygun zamanda gerçekleştirilmesi gerekir. Kliniklerde hipertansif durum ile başvuran hastalara ivedilikle ilaç başlanmasını sağlayan mekanizmalar bulunmalıdır. Hipertansiyonun acil tedavisinden sonra maternal ve fetal iyilik halinin tam ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gereklidir. Farmakolojik tedavi gereksinimi ve uygun doğum zamanlaması planlanmalıdır. Preeklampsi ve eklampsi yönetiminde standart kanıta dayalı klinik rehberlerin olumsuz maternal sonuçları azalttığı gösterilmiştir. Birleşik Krallık'ta gebelikte hipertansiyon rehberlerinin kullanılması, preeklampşik ve eklampşik hastaların bakımını önemli derecede iyileştirmiştir ve serebral ve solunumsal komplikasyonların azalmasına bağlı olarak maternal mortalite oranı düşmüştür (1).

Gebelikte artan hipertansif hastalık insidansı ile daha fazla gebe ve emziren kadın potansiyel olarak antihipertansif ilaçlara maruz kalmaktadırlar. İlgili ilaçların çoğunun hamilelikte kullanımı için lisans verilmemiştir (5). Çalışmalar, ilacı kullanan kadınlarda anne sütündeki ilgili ilaçların metabolitlerinin konsantrasyonunu ve ilaç farmakokinetiğini (zirve seviyeleri ve eliminasyonu) dikkate alarak yenidoğan davranışlarına ve fizyolojik değişkenleri üzerine etkilerine odaklanmalıdır (5).

Postnatal dönemde antihipertansif tedaviye hala ihtiyaç duyan emziren kadınlarda, diüretik ilaçlardan kaçınılmalıdır. Doğum sonrası dönemde emziren kadınlarda kullanılan labetalol, nifedipin, enalapril, kaptopril, atenolol, metoprolol gibi antihipertansif ilaçların bilinen herhangi bir advers etkisi bulunmamaktadır. Doğum sonrası dönemde antihipertansif tedaviye hala ihtiyaç duyan ve emziren kadınların amlodipin ve Enalapril dışındaki Angiotensin-Converting-Enzim Inhibitör (ACE) anne sütü alan bebeklerin emniyeti konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır (5).

İlk basamak tedavi

İntravenöz labetalol ve hidralazin uzun yıllardır gebelerde ve lohusalarda ani başlangıçlı şiddetli hipertansiyonun yönetiminde ilk basamak tedavi olarak önerilmiştir. Kalsiyum kanal blokerlerinin bu klinik endikasyonla kullanımı hakkındaki bilgiler yetersiz olsa da, mevcut kanıtlar oral nifedipinin ilk basamak tedavi olarak göz önünde bulundurulabileceğini göstermektedir. Nifedipin alan kadınlarda

kan basıncı intravenöz labetalol ve hidralazine göre daha hızlı düşmekte ve idrar çıkışı artmaktadır. Nifedipin ve magnezyum sülfatın beraber kullanımı ile nöromüsküler blokaj ve ciddi hipotansiyon geliştiğine ilişkin kanıtlar yetersizdir. Bununla beraber, her iki ilaç da kalsiyum antagonisti olduğundan yakın takip önerilmektedir. Magnezyum sülfat antihipertansif olarak önerilmez ancak ağır preeklampside konvülziyon profilaksisinde ve eklampside konvülziyonların kontrol edilmesinde tercih edilen ilaçtır (18).

Gebelikte hipertansif acillerin tedavisinde kullanılmasına rağmen, üç ilacın da yan etkileri olabilir. Parenteral hidralazin maternal hipotansiyon (sistolik kan basıncı (KB)≤90 mmHg) riskini artırabilir. Parenteral labetalol neonatal bradikardiye neden olabilir ve astım, kalp hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği olan kadınlarda kullanımından kaçınılmalıdır. Nifedipin, maternal kalp hızında artış ve hipotansiyon ile ilişkilidir. Labetalol ve hidralazin kullanımı ile umbilikal kan akımında önemli değişiklikler gözlemlenmemiştir. Maternal ve perinatal sonuçlar her iki ilaç için de benzerdir. Gebeliğin indüklediği ağır hipertansiyonda nifedipin kullanıldığında fetal kalp atımı veya uteroplasental kan akımında anlamlı değişiklik olmamaktadır (18).

Damar yolu henüz açılmadıysa ve ani başlangıçlı şiddetli hipertansiyonun acil tedavisi gerekiyorsa 200 mg labetalol ağızdan verilebilir ve düzelme olmazsa 30 dakikada bir tekrarlanır. Bu durumda nifedipin algoritmasına da başlanabilir (18).

İkinci basamak tedavi

İkinci basamak tedavi seçenekleri arasında infüzyon pompası ile verilen labetalol ya da nikardipin bulunmaktadır. Sodyum nitroprussid, anne, fetüs ya da yenidoğanda yol açabileceği siyanid ve tiosiyanat toksisitesi nedeniyle ve annede kafa içi basıncı artırarak serebral ödemi kötüleştirme olasılığından dolayı mümkün olan en az süre boyunca kullanılmalıdır. Hipertansiyonun acil tedavisinden sonra anne ve fetüsün iyilik halinin tam ve ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi gereklidir. Farmakolojik tedavi gereksinimi ve uygun doğum zamanlaması planlanmalıdır (18).

İntrapartum veya postpartum şiddetli hipertansiyonun ilk basamak yönetiminde LABETALOL kullanımı:

- Sistolik kan basıncı ≥ 160 mm Hg veya diyastolik KB ≥ 110 mm Hg ise doktora haber verilmelidir.

- Fetüs canlı ve doğum eylemi başlamamış ise fetal izlem başlatılmalıdır.
- 15 dakika sonra ölçülen kan basıncı hala yüksekse Labetalol yapılmalıdır (20 mg intravenöz 2 dakikayı aşan sürede).
- Kan basıncı ölçümü 10 dakika sonra tekrarlanmalı ve ölçüm sonucu kaydedilmelidir.
- Kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise Labetalol yapılmalı (40 mg IV 2 dakikayı aşan sürede), kan basıncı sınırın altındaysa tansiyon takibi yapılmalıdır.
- Kan basıncı ölçümü 10 dakika sonra tekrarlanmalı ve ölçüm sonucu kaydedilmelidir.
- Kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise Labetalol yapılmalı (80 mg IV 2 dakikayı aşan sürede), kan basıncı sınırın altındaysa tansiyon takibi yapılmalıdır.
- Kan basıncı ölçümü 10 dakika sonra tekrarlanmalı ve ölçüm sonucu kaydedilmelidir.
- Kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise Hidralazin yapılmalı (10 mg IV 2 dakikayı aşan sürede), kan basıncı sınırın altındaysa tansiyon takibi yapılmalıdır.
- Kan basıncı ölçümü 20 dakika sonra tekrarlanmalı ve ölçüm sonucu kaydedilmelidir.
- Gerekli durumlarda hastaya özel olarak ek antihipertansif tedavi verilebilmektedir.
- Kan basıncı sınırın altına düştükten sonra, birinci saatte 10 dakikada bir, ikinci saatte 15 dakikada bir, üçüncü saatte 30 dakikada bir, sonra 4 saat boyunca saate bir kan basıncı ölçümleri tekrarlanmalıdır.
- Gerekli durumlarda hastaya özel olarak ek kan basıncı takibi planlanmalıdır (18).

İntrapartum veya postpartum şiddetli hipertansiyonun ilk basamak yönetiminde HİDRALAZİN kullanımı:

- Sistolik kan basıncı (KB) \geq 160 mm Hg veya diyastolik KB \geq 110 mm Hg ise doktora haber verilmelidir.
- Fetüs canlı ve doğum eylemi başlamamış ise fetal izlem başlatılmalıdır.

- 15 dakika sonra ölçülen kan basıncı hala yüksekse Hidralazin yapılmalıdır(5 veya 10 mg intravenöz 2 dakikayı aşan sürede).
- Kan basıncı ölçümü 20 dakika sonra tekrarlanmalı ve ölçüm sonucu kaydedilmelidir.
- Kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise Hidralazin yapılmalı(10 mg iv 2 dakikayı aşan sürede), kan basıncı sınırın altındaysa tansiyon takibi yapılmalıdır.
- Kan basıncı ölçümü 20 dakika sonra tekrarlanmalı ve ölçüm sonucu kaydedilmelidir.
- Kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise Hidralazin yapılmalı(20 mg iv 2 dakikayı aşan sürede), kan basıncı sınırın altındaysa tansiyon takibi yapılmalıdır.
- Kan basıncı ölçümü 10 dakika sonra tekrarlanmalı ve ölçüm sonucu kaydedilmelidir.
- Kan basıncı sınırın altına düştükten sonra, birinci saatte 10 dakikada bir, ikinci saatte 15 dakikada bir, üçüncü saatte 30 dakikada bir, sonra 4 saat boyunca saate bir kan basıncı ölçümleri tekrarlanmalıdır (18).

İntrapartum veya postpartum şiddetli hipertansiyonun ilk basamak yönetiminde oral NİFEDİPİN kullanımı:

- Sistolik kan basıncı ≥ 160 mm Hg veya diyastolik KB ≥ 110 mm Hg ise doktora haber verilmelidir.
- Fetüs canlı ve doğum eylemi başlamamış ise fetal izlem başlatılmalıdır.
- 15 dakika sonra ölçülen kan basıncı hala yüksekse Nifedipin verilmelidir (10 mg oral).
- Kan basıncı ölçümü 20 dakika sonra tekrarlanmalı ve ölçüm sonucu kaydedilmelidir.
- Kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise Nifedipin verilmeli (20 mg oral), kan basıncı sınırın altındaysa tansiyon takibi yapılmalıdır.
- Kan basıncı ölçümü 20 dakika sonra tekrarlanmalı ve ölçüm sonucu kaydedilmelidir.

- Kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise Nifedipin verilmeli (20 mg oral), kan basıncı sınırın altındaysa tansiyon takibi yapılmalıdır.
- Kan basıncı ölçümü 20 dakika sonra tekrarlanmalı ve ölçüm sonucu kaydedilmelidir.
- Kan basıncı sınırın altına düştükten sonra, birinci saatte 10 dakikada bir, ikinci saatte 15 dakikada bir, üçüncü saatte 30 dakikada bir, sonra 4 saat boyunca saate bir kan basıncı ölçümlerini tekrarlanmalıdır.
- Gerekli durumlarda hastaya özel olarak ek kan basıncı takibi planlanmalıdır (18).

ACOG' a göre kanıt düzeylerine bakıldığında; hafif gestasyonel hipertansiyonu ya da preeklampsisi olan yani sistolik kan basıncı<160 mmHg ve diastolik kan basıncı<110 mmHg olan gebelere antihipertansif ilaç uygulanmamalıdır (Kanıt kalitesi: Orta; Öneri Derecesi: Şartları taşıyan gebelerin çoğu için uygun olmasına karşılık bazı gebeler için en uygun öneri olmayabilir) (1).

Antepartum ve Postpartum Gözlem, İzlem ve Tedavi

Kan Basıncı

Antihipertansif tedavisi alan, doğum yapacak preeklampsi hastası kadınlarda tansiyon ölçümü:

- Hastanede yatan kadınlarda günde en az 4 kez
- Kadının tedavisi tamamlanıp hipertansiyonu geçene kadar, toplumsal bakıma geçtikten sonra iki hafta kadar bir-iki günde bir takip edilmelidir.

Antihipertansif tedavisi alan, doğum yapacak preeklampsi hastası kadınlarda antenatal antihipertansiyon tedavisine devam edilmeli, eğer hastanın tansiyonu 140/90 mm/Hg'nın altına düşerse, antihipertansiyon tedavisini azaltma düşünülmelidir. Eğer kadın preeklampsi tedavisi alırken Methyldopa alıyorsa, doğumdan iki gün önce bırakılmalıdır. Preeklampsi hastası doğum yapacak kadınlar, eğer aşağıdaki kriterler mevcutsa toplumsal bakıma geçirilmelidir:

- Preeklampsi semptomları yoksa
- Tansiyon tedaviyle ya da tedavi olmadan 149/99 mm/Hg ya da altındaysa
- Kan testleri sabit ya da ilerlemekteyse (5).

Preeklampsi hastası doğum yapacak ve toplumsal bakıma geçen kadına alttaki içeren bakım planlanır:

- Bakım takibini sağlayacak kişiye ihtiyaç halinde tıbbi değerlendirme
- Tansiyon takip etme sıklığı
- Tedaviyi azaltma ya da sonlandırma eşiği (5).

Pre-eklampsi hastalarında antihipertansif tedavi almayan ve doğum yapmış kadınlarda kan basıncı ölçümü:

- Hastanede yatan kadınlarda günde en az dört kez ölçüm,
- Doğumdan sonra üçüncü ve beşinci günler arasında en az bir kez,
- Üçüncü ve beşinci günlerde kan basıncı normal saptanmayan hastalarda gün aşırı takip (5).

Doğum yapmış preeklampsi hastaları herhangi bir antihipertansif tedavi almıyor ve kan basıncı 150/100 mmHg ve üzerinde ise antihipertansif tedavi başlatılmalıdır. Doğum yapmış preeklampsi hastalarında kan basıncı ölçülürken her seferinde şiddetli baş ağrısı ve epigastrik ağrı sorgulanmalıdır (5).

Şiddetli Hipertansiyon veya Şiddetli Preeklampsinin Tıbbi Tedavisinde Kritik Bakım Ortamı

Antikonvülsanlar

Şiddetli preeklampsi olgularında kritik bakım ortamında eklampitik uyuma sahip kadınlara magnezyum sülfat ($MgSO_4$) tedavisi başlanmalıdır. Doğum 24 saat içinde planlanıyorsa kritik bir bakım ortamında olan şiddetli preeklampşik kadınlara intravenöz $MgSO_4$ verilmesi düşünülmelidir (5).

Şiddetli preeklampside $MgSO_4$ tedavisi düşünülüyorsa;

- Şiddetli hipertansiyon ve proteinüri veya
- Hafif veya orta derecede hipertansiyon ve proteinüri aşağıdakilerden bir veya daha fazlası olursa $MgSO_4$ tedavisine başlanılmalıdır;
- Şiddetli baş ağrısı semptomları
- Görmede bulanıklaşma veya yanıp sönme gibi görme ile ilgili sorunlar
- Kaburgaların hemen altında şiddetli ağrı veya kusma

- Papil ödem
- Klonus bulguları (≥ 3 atım)
- Karaciğer hassasiyeti
- HELLP sendromu
- Trombosit sayısı 100×10^9 'un altı
- Anormal karaciğer enzimleri (ALT veya AST, 70 iu/litre'nin üzerinde ise) (5).

MgSO₄'ın preeklampsi tedavisindeki yönetiminde 5 dakika içinde 4 gr yükleme dozu intravenöz olarak verilmeli, bunu takiben 1 gr/h infüzyon 24 saat boyunca devam edilmelidir. Tekrarlayan nöbetlerde 5 dakika boyunca verilen 2-4 gr'lık başka bir doz ile araya girilebilir (5).

MgSO₄ esas olarak böbreklerden atılır ve renal fonksiyonu bozuk hastalarda toksisite riski artar. MgSO₄'ın 3,5- 7 mEq/ L (4-8 mg/ dl) düzeyi terapötiktir. 8- 12 mg/dL düzeylerinde patella refleksi kaybı, 15-17 mg/dL'da musküler paralizi ve solunum arresti, 30-35 mg/dl'de kardiyak arrest gelişebilmektedir. MgSO₄ infüzyonu sırasında idrar çıkışı, pulmoner ödem belirtileri ve patella refleksi yakından izlenmelidir. MgSO₄ toksitesinin ilk belirtisi patella refleksinin kaybıdır (39). MgSO₄ infüzyonu yapılan bir hastanın yakınında mutlaka diazem, fenobarbital, sodyum amitol (NA) amobarbital gibi ikinci bir antikonvülsan ajan ve %10'luk kalsiyum glukonat hazır olarak bulundurulmalıdır (39).

ACOG'a göre kanıt düzeylerine bakıldığında;

- Sistolik basıncı <160 mmHg ve diastolik basıncı <110 mmHg olan preeklampsi olgularında maternal bulgular yoksa eklampsiden korunmak amacı ile rutin olarak MgSO₄ uygulanması önerilmemektedir (Kanıt kalitesi: Düşük; Öneri Derecesi: Şartları taşıyan gebelerin çoğu için uygun olmasına karşılık bazı gebeler için en uygun öneri olmayabilir).
- Eklampsi tanısı alan gebelerde parenteral MgSO₄ başlanması önerilir (Kanıt kalitesi: Yüksek; Öneri Derecesi: Güçlü).
- Şiddetli preeklampsisi olan gebelere eklampsi gelişimini önlemek amacı ile intrapartum-postpartum MgSO₄ uygulanması önerilir (Kanıt kalitesi: Yüksek; Öneri Derecesi: Güçlü) (1).

Annelere uygulanan MgSO₄'ın serebral felç riskini önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir (57). Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Konseyi, Avustralya ulusal kılavuzlarında, 30 haftadan önce preterm doğum riski taşıyan tüm kadınlara MgSO₄ verilmesini önermektedir (58).

Preeklampsisi riski taşıyan kadınlarda preeklampsinin önlenmesinde profilaktik heparinin potansiyel rolüne büyük ilgi duyulmaktadır. Rey et al. (59) çalışmasında, günlük dalteparin enjeksiyonu (5000IU) alan non-trombofilik kadınlarda tekrarlayıcı preeklampsisi ve fetal büyüme kısıtlamasında belirgin bir düşüş olduğu bildirilmiştir (59).

2.7. Preeklampsiden Korunma Yöntemleri: Kanıt Dayalı Uygulamalar

Preeklampsisi riski taşıdığı düşünülen kadınlar için preeklampsinin önlenmesinde hem düşük doz aspirin hem de kalsiyumun önerilmesi düşünülmektedir (60). Aspirin günde 75 ila 150 mg arasında bir dozda verilmeli, tercihen 16 haftadan önce başlanmalı, mümkünse geceleri alınmalı ve doğuma kadar devam edilmelidir (61). Kalsiyum kullanımının, özellikle yüksek riskli kadınlarda ve düşük diyet kalsiyum alımı olanlarda, preeklampsisi ve preterm doğum riskini önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Orta ve yüksek preeklampsisi riski olan kadınlara ve özellikle diyetle düşük kalsiyum alımı olan kadınlara kalsiyum takviyesi (1,5g/gün) önerilmektedir (62).

ACOG'a (1) göre preeklampsiden korunma yöntemlerinin kanıt düzeylerine bakıldığında;

- Preeklampsiden korunmak için C ve E vitaminin kullanılması önerilmemektedir (Kanıt kalitesi: Yüksek; Öneri derecesi: Güçlü olarak ele alınmıştır).
- Preeklampsiden korunmak için diyetle tuz kısıtlanmasına gidilmesi önerilmemektedir (Kanıt kalitesi: Düşük; Öneri Derecesi: Şartları taşıyan gebelerin çoğu için uygun olmasına karşılık bazı gebeler için en uygun öneri olmayabilir).
- Preeklampsisi ve komplikasyonlarından primer olarak korunmak amacı ile yatak istirahati veya diğer fiziksel aktivitelerin kısıtlanması kullanılmamaktadır

(Kanıt kalitesi: Düşük; Öneri Derecesi: Şartları taşıyan gebelerin çoğu için uygun olmasına karşılık bazı gebeler için en uygun öneri olmayabilir).

- Gestasyonel hipertansiyonu olan ya da şiddetli özellikler taşımayan preeklampsi olguları, maternal semptomların ve fetal hareketlerin (anne tarafından günlük takibi), kan basıncının seri ölçümü (haftada 2 kez) ve trombosit sayılarının ve karaciğer enzimlerinin (haftada 1 kez) seri olarak değerlendirilmesi ile yakından izlenmelidir (Kanıt kalitesi: Orta; Öneri Derecesi: Şartları taşıyan gebelerin çoğu için uygun olmasına karşılık bazı gebeler için en uygun öneri olmayabilir).
- Preeklampsi olan kadınlarda fetal büyüme kısıtlılığı bulguları varsa, ek antenatal test olarak umbilikal arter doppler akımlarının incelenmesini içeren fetoplasental değerlendirme yapılması önerilir (Kanıt kalitesi: Orta; Öneri Derecesi: Güçlü).
- Prekelampsi olan kadınlarda doğum şeklinin sezaryen olması gerekli değildir. Doğum şekline karar verirken gebelik haftası, fetüsünprezentasyonu, serviksin durumu, maternal ve fetal şartlar göz önüne alınmalıdır (Kanıt kalitesi: Orta; Öneri Derecesi: Şartları taşıyan gebelerin çoğu için uygun olmasına karşılık bazı gebeler için en uygun öneri olmayabilir).
- Daha önceki gebeliğinde preeklampsi geçiren kadınlar, sonraki gebeliklerinden önce danışmanlık almalı ve değerlendirilmelidirler. Konsepsiyon öncesi görüşmede önceki gebelik gözden geçirilmeli ve oluşacak olan gebeliğin prognozu tartışılmalıdır. Öncelikle kilo vermek ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi değiştirilebilecek yaşam tarzı aktiviteleri hakkında anne adayını cesaretlendirilmelidir. Hipertansiyon ve diyabet gibi tıbbi sorunlar olabildiğince iyi kontrol edilmelidir. Eğer daha önce preeklamptik gebeliğinde erken doğum yaptı ise, ya da daha önceki birden fazla gebeliğinde preeklampsi geçirdi ise, yeni oluşacak gebeliğinde düşük doz aspirin kullanması önerilmelidir. Önceki gebeliklerinde preeklampsi geçiren kadınlara konsepsiyon öncesi danışmanlık ve değerlendirme önerilmelidir (Kanıt kalitesi: Düşük; Öneri Derecesi: Şartları taşıyan gebelerin çoğu için uygun olmasına karşılık bazı gebeler için en uygun öneri olmayabilir).

2.8. Preeklampsi ve Postpartum Depresyon

Doğum; depresyon, mani ve psikoz gibi ciddi psikiyatrik atakların başlaması için herhangi bir kırılganlık faktörünün en yüksek riskine sahiptir (63). Doğum, kadınların postpartum psikiyatrik ataklara karşı savunmasız kalmasına neden olabilecek bazı nörobiyolojik durumları tetikleyici hale getirebilmektedir. Doğum sonrası psikiyatrik atak riski yalnızca hormonların mutlak seviyelerine değil, hormon seviyelerinin hızlı değişmesine karşı daha duyarlı olabilir (64). Doğumdan sonra steroid ve stres hormonlarında değişiklikler meydana gelir. Bununla birlikte, doğum sonrası psikiyatrik atakların başlangıcında steroid hormonlarının nedensel etkisinin kanıtı sınırlı kalmaktadır ve doğum sonrası ruh hali bozukluklarında stres hormonu eksenindeki bulgular hem artan hem de azalmış aktivite bildirdiği için yetersiz kalmıştır (65). Postpartum depresyon; hafif, orta ve ağır olabilen çeşitli semptomları olan bir duygu durum bozukluğudur. Birçok psiko-sosyal stresör postpartum depresyonun gelişiminde etkili olmaktadır (66). Duygusal, bilişsel, davranışsal ve fiziksel değişimlere neden olur ve doğumdan sonraki ilk haftalarda kadınların %10-15'ni ve ilk yıl içinde %22'sini etkileyebilir (67). Postpartum depresyonun en güçlü belirleyicileri doğum öncesi depresyon ve kaygı, doğum korkusu, kişisel ve/veya aile içi depresyon öyküsü, düşük sosyoekonomik durum, fiziksel ve psikososyal faktörler postnatal duygudurum bozukluklarının insidansında iyi bilinen unsurlardır (68).

Preeklampsinin bilinen advers olaylarına ek olarak psikolojik durum ile preeklampsi arasında bir ilişki olabilir, bu da fizyolojik inflamatuvar süreçteki değişikliklere, otonomik süreçlere ve hipotalamus- hipofiz adrenal aksın aktivitesine yol açar (69). Baecke et al. (70) tarafından yapılan çalışmada hafif veya şiddetli preeklampsi tanısı alan kadınların postpartum yüksek depresif davranışlar gösterdiği saptanmıştır. Marcia et al. (71) tarafından Brezilya'da yapılan tanımlayıcı prospektif kesitsel çalışmada MgSO₄ tedavisi ve diyastolik kan basıncının depresif semptomlarla pozitif korelasyon gösterdiği belirlenmiş ve preeklampsili kadınlarda postpartum depresyonun normotansif kadınlara göre daha fazla geliştiği sonucuna varılmıştır. Hoedjes et al. (72) tarafından yapılan çalışmada ise preeklampsi ve postpartum depresyon arasındaki ilişkinin yenidoğanın neonatal yoğun bakım ünitesinde tedavi/bakım alması ya da anne ölümleri gibi ciddi komplikasyonları ortaya çıkarttığı sonucuna varılmıştır. Postpartum psikiyatrik atakların akut başlangıcı; maternal intihar

riski, bilişsel, duygusal ve sosyal sonuçlar üzerinde uzun süreli etkilerinin olduğu ciddi bir olaydır (73). Porcel et al. (74) tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada preeklampsi öyküsü olan kadınların normotansif gebelik öyküsü olduğunu bildiren kadınlara göre travma sonrası stres bozukluğu görülme olasılıklarının dört kattan fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

2.9. Preeklampsi ve Emzirme Öz-yeterliliği

Laktasyon, annelerin ve bebeklerin sağlığı için faydalıdır (75). Laktogenez II, tipik olarak doğum sonrası 48 ile 72 saat arasında meydana gelen çok miktarda süt üretiminin başlangıcı olarak tanımlanır; 72 saat sonra başlayan gecikmeli laktogenezis olarak kabul edilir ve emzirmeyi azaltma ve bırakma ile ilişkilidir (76). Emzirmeye başlamayı etkileyen geleneksel engeller arasında düşük sosyo ekonomik durum, obezite, sigara kullanımı, düşük eğitim düzeyi, anne yaşı, gebeliği isteme durumu, annenin ve bebeğin sağlık durumu, emzirme niyeti ve emzirme özyeterliliği sayılabilir (77).

Öz- yeterlilik kavramı ilk kez 1989 yılında Albert Bandura tarafından ele alınmıştır. Bandura, bireyin bir davranışı başarılı bir şekilde ortaya koyabilmesinde bilişsel ve çevresel faktörlerin etkili olduğunu belirtmiştir. Öz yeterlilik algısı da bilişsel faktörler içerisinde (78). Bandura' ya göre öz- yeterlilik algısı dört durumdan etkilenmektedir. Bu durumlar; yapılan davranışla ilgili kişinin önceki deneyimleri, davranışla ilgili diğer bireylerin deneyimleri, davranışın çevre tarafından destek görmesi ve kişinin bu davranışla ilgili psikolojik durumudur (79, 89).

Dennis, Bandura'nın özyeterlilik kavramından yola çıkarak 1999 yılında Emzirme Öz- Yeterlilik Kuramını ortaya çıkartmıştır. Emzirme öz-yeterliliği Dennis'e göre annelerin emzirmeye ilişkin kendilerini ne kadar yeterli hissettiklerini, emzirme sürecinin devam edip etmeyeceğini, emzirmek için çaba sarf etmesini, emzirme sırasında karşılaştığı sorunlar ile annenin nasıl baş edebileceğini göstermektedir. Emzirme öz-yeterliliği yüksek olan anneler karşılaştıkları zorluklarda kendilerini cesaretlendirmekte ve pozitif düşünerek sorunları çözmektedirler. Emzirmeye yönelik annenin psikolojisi oldukça önemlidir ve var olan bir anksiyete süt salgılama refleksini ve süt üretimini etkileyerek kişi de olumsuz emzirme durumlarına yol açmakta, kişinin kendine ve emzirmeye olan inancını azaltmaktadır (81). Haga et al. (82) tarafından

postpartum dönemde altıncı hafta, üçüncü ve altıncı ayda yapılan anket çalışmalarının sonucunda emzirme öz- yeterliliği yüksek olanların postpartum depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Zubaran ve Foresti tarafından (83) Brezilya’da emzirme öz- yeterliliği ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan kesitsel çalışmada emzirme öz- yeterliliği ve postpartum depresyon arasında negatif ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Gebelikte ortaya çıkan hipertansif hastalıklar hem sütün içeriğinde değişime hem de prolaktin dengesini bozarak olumsuz emzirme sonuçlarına neden olmaktadır. Preeklampsinin hipogalaksi (memede süt sekresyonunun azalması) ve agalaksi (doğumdan sonra süt salgısının bulunmaması) oluşturma riski vardır. Ayrıca maternal ya da fetal komplikasyonlara bağlı yenidoğanın anneden ayrı kalması ve anne- bebek etkileşiminin azalması gibi faktörler emzirmeye başlama ve emzirmenin süresi ile ilgili sorunlar ortaya çıkarmaktadır (13). Birleşik Devletler’deki hastanelerde emzirmeye başlamanın tüm canlı doğumların %75’ine yaklaştığı bildirilmekle birlikte, şiddetli preeklampsiden etkilenen anneler de dahil olmak üzere, özel gebelikler için veriler azdır, bu durum tüm gebeliklerin %6-8’ini etkilemektedir (84). Anne sütünün, bebeğin büyümesinde ve gelişiminde önemli rol oynayan hormonlar, büyüme faktörleri, sitokinler, immünolojik ve bağışıklık düzenleyici faktörler ve yağ asitleri gibi bileşenlerden oluştuğu bilinmektedir. Mehendale et al. (16) tarafından yapılan preeklampsili anneler ile normotansif annelerin postpartum dönemde anne sütü içeriklerinin karşılaştırıldığı çalışmada preeklampsili annelerin sütündeki yağ asiti ve büyüme faktörü düzeylerinin farklı olduğu ve bu durumda çocukların büyüme parametrelerini etkilediği bildirilmiştir. Dangat et al. (17) tarafından yapılan bir çalışmada preeklampsili (n=29) ve normotansif (n=31) annelerin sütünün doğumdan sonraki üçüncü gün ve altıncı aydaki metabolik profili ve yenidoğanın büyüme parametreleri üzerine etkisi araştırılmış, preeklampsili annelerin sütünde metabolitlerin değişiklik gösterdiği, bebeklerinin hem doğumdaki hem de altıncı aydaki kilosunun ve boyunun normotansif annelere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur.

Preeklampsili annelerde emzirmeyi etkileyen pek çok faktör vardır. Cordoro et al. (15) tarafından 200’ü preterm, 81’i termde doğum yapan toplam 281 ağır preeklampsili anne ile yapılan çalışmada, annelerin emzirmeye başlamalarında en

önemli faktörün emzirme niyeti olduğu, emzirme başarısızlığı ile ilişkili faktörlerin de genç yaş, düşük eğitim düzeyi, multiparite, sigara ve obezite olduğu bildirilmiştir. Çalışmada hastaneye kabulü sırasında emzirmeyi düşünen 149 kadının 113'ü, kararsız olan 59 kadının 27'si, emzirmek istemeyen 73 kadının 4'ü doğum sonrası dönemde emzirmeye başlamıştır. Strapasson et al. (85) tarafından yapılan çalışmada kadınların postpartum ilk altı aydaki beslenme uygulamaları araştırılmış, preeklampsili kadınların normotansif kadınlara göre, yenidoğanın beslenme uygulamaları ve etkin emzirmeyi sürdürmede daha fazla zorluk çektikleri, preeklampsili annelerin daha fazla formül süt kullandıkları ve emzirme devamlılığının daha kısa sürede bittiğinin sonucuna ulaşılmıştır.

Emzirmenin hem postpartum dönemde hem de sonraki yaşamda maternal hipertansiyonu azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (11). Çalışmalar yüksek oksitosin seviyesine sahip olan annelerin daha düşük kan basıncına ve daha düşük stres seviyelerine sahip olduğunu göstermektedir (14). Emzirme preeklampsi ile ilişkili negatif kardiyovasküler sekelleri önlemede etkili bir yöntem olabilir (86). Kadınlarda artan laktasyon süresi, hipertansiyon, tip II diyabet, hiperlipidemi, metabolik sendrom, subklinik ve klinik kardiyovasküler hastalık ve kardiyovasküler mortalite gibi yaşam risklerinin azaltılması ile ilişkilidir (87). Emzirilen çocukların, çocuklukta obezite ve diyabet riski azalır (88). Bununla birlikte, paradoksal olarak, preeklampsi gelişen kadınlar, daha önce tarif edilmeyen nedenlerden dolayı erken emzirmenin kesilmesi ve erken formül kullanımı için risk altında görünmektedir (15).

2.10. Preeklampsi ve Hemşirelik Bakımı

Preeklampsi hastasının hemşirelik bakımı, annenin obstetrik hikayesinin alınmasından, tıbbi müdahale, tedaviyi uygulama ve sonrasında değerlendirmeyi içeren uzun bir süreçtir (89). Preeklampsi tedavi, izlem, bakım ve danışmanlığında hemşirelerin üzerine düşen roller oldukça fazladır. Hemşireler, preeklampsinin yönetimindeki en son kanıtları ayrıntılı bir şekilde anlayarak, hastalarına en iyi savunuculuk ve bakım sağlayabilirler (89). Hemşireler preeklampside gebeye sabah ve öğleden sonraları istirahat etmesi ve yeterli uyuması gerektiğini söylemelidir. Anne ve fetüsün ihtiyacı olan enerjinin korunması, metabolik hızın düşürülmesi ve böylelikle vücudun oksijene olan ihtiyacının azaltılması sağlanmış olur. Şiddetli

preeklampside hastaneye yatan preeklampsili gebede hemşirenin değerlendirmesi gereken durumlar vardır. Bu durumlar; kan basıncı, vücut ısısı, fetal kalp hızı, idrar miktarı, idrarda protein, ödem, ağırlık (anne her gün aynı saatte aynı kıyafetler ile tartılmalı), pulmoner ödem, derin tendon reflesi, plasental ayrılma (saatte bir vajinal kanama değerlendirmesi), baş ağrısı, görme bozukluğu ve epigastrik ağrı olup olmadığını değerlendirmelidir. Sıvı elektrolit dengesini korumalı ve damar yolunu açık tutmalıdır (90). Ferreira et al. (91), preeklampsisi ve/veya eklampsili kadınlarda spesifik hemşirelik bakımının temel olarak kapsamlı fizik muayene, preeklampsisi/ eklampsisi belirtilerinin erken saptanması, laboratuvar testlerinin izlenmesi, fetal değerlendirme, kan basıncı ölçümü gibi girişimleri kapsadığını ve sürekli eğitim ile mesleki bilginin güncellenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Doğum sonrası maternal sağlık, maternal fonksiyonel durumu, gelecekteki gebelik sonuçlarını, maternal kronik hastalık gelişimini ve bebek sağlığını etkilemektedir. Bununla birlikte, gebelikten sonra birçok anne, sağlık ve bakım verme rolleriyle ilgili bakımda boşluklarla karşı karşıya olduğunu görebilir (17). Annelerin doğum sonrası dönemde fiziksel ve duygusal semptomlar, bebek bakımı, emzirme kaygıları ve yaşam tarzı düzenlemeleri ile ilgili bilgi ve destek ihtiyacının erken dönemde belirlenmesi ve müdahale edilmesi kadın ve çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Riskli gebeliklerden biri olarak bilinen preeklampsisi, gebelik ve postpartum dönemde annelerin depresyona daha yatkın hale gelmelerine neden olabilmektedir. Depresyon postpartum dönemde emzirmeyi de olumsuz etkileyerek daha şiddetli hale gelebilir. Literatürde preeklampsili annelerin postpartum depresyon düzeyleri ve emzirme özyeterliliğini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Hemşireler preeklampsili annelerin antepartum dönemde olduğu kadar postpartum dönemde de bakım gereksinimlerini belirlemeli, ortaya çıkabilecek sorunları bilmeli ve erken dönemde tanılayıp, uygun girişimleri planlayabilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel araştırma türüne uygun olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Çalışma Ocak 2018- Mayıs 2019 tarihleri arasında İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sezaryen ile doğum yapmış örneklem kriterlerine uygun preeklampsili anneler ile kadın hastalıkları ve doğum servislerinde yürütülmüştür. Preeklampsisi ile doğum yapan anneler yoğun bakım şartlarında en az 24 saat takip edilmektedir ve bu süreç içerisinde anne ile bebek arasında emzirme süreci etkin bir şekilde yapılamamaktadır. Bu süreçte yeni doğan refakatçiye teslim edilerek kliniklerde takip edilmektedir. Pediatri hekiminin önerdiği şekilde yeni doğana formül mama takviyesi yapılmaktadır. En az 24 saat yoğun bakımda takibi yapılan anne kliniğe döndüğünde emzirmeye başlayabilmektedir.

Çalışma, araştırmacı açısından ulaşılabilir olması ve İzmir'de doğum sayısının en yüksek oranlarda olduğu hastane olmasından dolayı İzmir SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak Ocak 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde sezaryen ile doğum yapan preeklampsisi ile izlenen anneler oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü önsel (prior) güç analizi GPower3.1 paket programı ile hesaplanmıştır. Chen et al. (92) "Development of postpartum depression in pregnant women with preeclampsia: A retrospective study" başlıklı çalışmasında Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kullanılarak preeklampsili annelerin postpartum depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışmada preeklampsili annelerin EPDÖ puan ortalaması $7,27\pm 3,13$ olarak bulunmuştur. Etki büyüklüğü (d) 0,31,

örneklem büyüklüğü ise 71 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemini ise, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak Ocak 2018- Mayıs 2019 tarihleri arasında örneklem kriterlerine uyan 73 preeklampsili anne oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

- 18 yaş üzeri,
- Türkçe okuma yazma bilen,
- Postpartum dönemde olan,
- Preeklampsi dışında (Gestasyonel diyabetes mellitus, çoğul gebelik gibi) herhangi bir gebelik komplikasyonu olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Sezaryen ile doğum yapan,
- İzmir ilinde ikamet eden,
- Postpartum dönemde anne ve bebekte komplikasyon gelişmemiş olan anneler.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Postpartum depresyon ve emzirme öz-yeterliliği

Bağımsız Değişkenler: Annelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verileri toplamak amacı ile Birey Tanılama Formu, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. Birey Tanıtım Formu (EK 1)

Araştırmaya katılan kadınların antenatal ve postpartum dönemine ilişkin bilgi edinebilmek amacıyla literatür (93, 94) doğrultusunda araştırmacı tarafından düzenlenen Birey Tanıtım Formu, katılımcıların sosyo demografik özelliklerine, obstetrik özelliklerine, emzirme durumlarına ve preeklampsiye ilişkin toplam 22 soru içermektedir.

3.6.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EK 2)

Cox et al. (95) tarafından gerçekleştirilen ölçek, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla tarama amaçlı hazırlanmıştır. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) 10 sorudan oluşan 4' lü likert biçimde kendini değerlendirme ölçeğidir. Her biri dört seçenekten oluşan yanıtlar 0- 3 arasında puanlanmakta olup, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Soruların puanlaması birbirinden farklıdır; 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10., sorular 3-2-1-0 şeklinde puanlandırılırken, 1., 2., 4. sorular ise 0-1-2-3 biçimde puanlandırılırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliliği 1996 yılında Engindeniz tarafından yapılmış, Aydın ve ark. tarafından da 2004 yılında tekrarlanmıştır. Türkiye' de iki ayrı araştırmada yapılan geçerlilik çalışmasında kesme puanının 12-13 olduğu gösterilmiş, 12 puan ve üzeri puan alan kişiler risk grubu olarak değerlendirilir. Engindeniz' in yaptığı geçerlilik güvenirlilik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, Aydın ve arkadaşlarının çalışmasında 0.76 (96). Bu çalışmada ise postpartum 24. saatte 0,91, postpartum ikinci ayda 0,88 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Emzirme Öz- Yeterlilik Ölçeği (EK 3)

Emzirme Öz-Yeterliliği Ölçeği (EÖYÖ) ilk olarak Dennis and Faux tarafından 33 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek, annelerin emzirmeye ilişkin kendilerini ne kadar yeterli hissettiklerini değerlendirmektedir. Ölçekte yer alan tüm maddeler pozitif anlam taşımaktadır. Yapılan pilot çalışmada Cronbach alfa değeri 0.96 bulunmuştur. İç tutarlık analizine göre madde fazlalığı olduğu saptanmış ve analizler sonucunda madde-toplam korelasyonu 0.60'ın altında olan maddeler çıkarılarak 14 maddelik yeni EÖYÖ'nin kısa şekli oluşturulmuştur. Bu ölçeğe ait kısa formun Cronbach alfa değeri 0.94 bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliği için faktör analizi, bilinen grup karşılaştırılması, öz-saygı ve annelik ruh hali ile korelasyon analizi yapılmıştır. Tahmini geçerlilik için ise annenin emzirme öz-yeterliliği ile postpartum 4. ve 8. haftadaki emzirme durumu değerlendirilmiştir. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa Formu emzirme öz-yeterliliğini değerlendiren toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipte bir ölçek olup, hiç emin değilim (1

puan) ve her zaman eminim (5 puan) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten minimum alınabilecek puan 14, maksimum puan 70'tir. Ölçeğin kesme noktası yoktur ve puanın artması emzirme öz yeterliliğin yüksek olması anlamına gelmektedir. Dennis bu ölçeğin postpartum dönemde uygulanmasının uygun olduğunu belirtmiştir. Fakat ölçek maddelerinde "gelecek zaman" ifadesi kullanılarak bu ölçeğin gebelik döneminde de kullanımının mümkün olduğunu belirtmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Aluş-Tokat ve Okumuş tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.86 (97) bu çalışmada ise postpartum 24. saatte 0,88 ve postpartum ikinci ayda 0,80 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, örnekleme alınan annelere iki izlem yapılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Birinci izlem doğum sonrası 24 saatini doldurmuş annelere, ikinci izlem doğumdan sonra ikinci ayda yapılmıştır. Birinci izlemde annelere hastanede Birey Tanıtım Formu, EPDÖ ve EÖYÖ, ikinci izlemde ise anneler ile telefonla iletişime geçilmiş, EPDÖ ve EÖYÖ Formları doldurulmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin sosyo-demografik özellikleri sayı ve yüzde dağılımları olarak verilmiştir. Annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre, EPDÖ ve EÖYÖ'nün puan ortalamalarını incelemek amacıyla normal dağılıma uygunluk analizi yapılarak nonparametrik testler (Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve Wilcoxon testi) kullanılmıştır. Preeklampsili annelerin doğum sonrası 24. saat ve ikinci ay depresyon ve emzirme öz-yeterlilikleri arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi temel alınmıştır.

3.9. Araştırma Etiği

Veriler İzmir SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan izin alındıktan sonra (Tarih: 10/01/2018, Karar No:23) (EK 4), araştırmanın

yürütüleceği kurumlardan (EK 5), araştırmaya katılan bireylerden sözlü ve yazılı onam (EK 6) alınarak toplanmıştır. EÖYÖ'nün kullanımı için Türkçe geçerlik güvenirliliğini yapan yazardan yazılı izin alınmıştır (EK 7).



4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular altı başlık altında incelenmiştir. Bu başlıklar şunlardır:

- Annelerin sosyodemografik özellikleri,
- Annelerin obstetrik özellikleri,
- Annelerin ve bebeklerin postpartum dönem özellikleri,
- Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ve depresyon risk dağılımları
- Annelerin postpartum depresyon ve emzirme öz-yeterliliklerini etkileyen faktörler
- Annelerin postpartum depresyon ve emzirme öz-yeterlilikleri arasındaki ilişki

4.1. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan preeklampsili annelerin yaş ortalaması $30,63 \pm 6,54$ yıl, aylık gelir ortalaması $2736,30 \pm 875,88$ Türk Lirası olup, %46,6'sı ortaöğretim ve üzeri mezun, %91,8'i çalışmıyor ve %75,3'ü çekirdek aile tipine sahiptir (Tablo 3).

Tablo 3. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=73)

| Değişkenler | Ort±SS | |
|---|-----------------|------------------|
| Yaş Ortalaması (yıl) | 30,63±6,54 | |
| (Min-Max) | (18-46) | |
| Aylık Gelir Ortalaması (Türk Lirası) | 2736,30±875,88 | |
| (Min-Max) | (2000-5000) | |
| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Eğitim Durumu | | |
| Okur-yazar | 15 | 20,5 |
| İlköğretim Mezunu | 24 | 32,9 |
| Ortaöğretim ve üzeri mezunu | 34 | 46,6 |
| Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyor | 6 | 8,2 |
| Çalışmıyor | 67 | 91,8 |
| Aile Tipi | | |
| Çekirdek Aile | 55 | 75,3 |
| Geniş Aile | 18 | 24,7 |
| TOPLAM | 73 | 100 |

4.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri

Preeklampsili annelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4’ de yer almaktadır. Annelerin %32,9’unun bir gebeliği varken, %28,8’i daha önce düşük yapmış, düşük yapanların %61,9’u bir kez düşük yapmış, %46,9’unun önceki gebeliği sezaryen doğum ile sonuçlanmış, %74’ünün gebeliği planlı ve %27,4’ü gebeliği sırasında hastanede yatmış, hastanede yatan annelerin hastanede yatma süresi ortalaması 9,25±7,10 gündür (Tablo 4).

Tablo 4. Annelerin Obstetrik Özellikleri (n=73)

| Değişkenler | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|--|-----------------|------------------|
| Gebelik Sayısı | | |
| Bir | 24 | 32,9 |
| İki | 13 | 17,8 |
| Üç | 12 | 16,4 |
| Dört ve Üzeri | 24 | 32,9 |
| Daha Önce Düşük Yapma Durumu | | |
| Yapmış | 21 | 28,8 |
| Yapmamış | 52 | 71,2 |
| Düşük sayısı (n=21) | | |
| Bir | 13 | 61,9 |
| İki ve Üzeri | 8 | 38,1 |
| Önceki Gebeliğin Sonlanma Şekli (n=49) | | |
| Sezaryen Doğum | 23 | 46,9 |
| Vajinal Doğum | 14 | 28,6 |
| Düşük | 8 | 16,3 |
| Küretaj | 4 | 8,2 |
| Gebeliğin Planlı Olma Durumu | | |
| Planlı | 54 | 74,0 |
| Plansız | 19 | 26,0 |
| Gebeliği Boyunca Hastanede Yatma Durumu | | |
| Evet | 20 | 27,4 |
| Hayır | 53 | 72,6 |
| | | Ort±SS |
| Hastanede Yatma Süresi Ortalaması (gün) | 9,25±7,10 | |
| (Min-Max) | (3-30) | |

Çalışma kapsamına alınan annelerin preeklampsi nedeniyle gebelikleri boyunca kullanmış oldukları tedavilere ilişkin bilgiler Tablo 5’ de yer almaktadır. Annelerin %53,2’si preeklampsi nedeniyle diyet tedavisi, %19,4’ü diyet+egzersiz+ilaç tedavisi, %17,7’si diyet+egzersiz ve %9,7’si ilaç tedavisi almıştır. İlaç tedavisi alan annelerin %77,8’ine alfamet tedavisi uygulanırken %22,2’sine alfamet+adalat tedavisi uygulanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Annelere Gebelik Süresince Preeklampsi Nedeniyle Uygulanan Tedaviler

| Değişkenler | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---------------------------------------|----------|-----------|
| Uygulanan Tedavi Şekli (n=62) | | |
| Diyet | 33 | 53,2 |
| Diyet+Egzersiz+ İlaç Tedavisi | 12 | 19,4 |
| Diyet+Egzersiz | 11 | 17,7 |
| İlaç Tedavisi | 6 | 9,7 |
| Uygulanan İlaç Tedavisi (n=18) | | |
| Alfamet | 14 | 77,8 |
| Alfamet+ Adalat | 4 | 22,2 |

4.3. Annelerin ve Bebeklerin Postpartum Dönem Özellikleri

Preeklampsili annelerin %68,5’inin gebeliği miadında %31,5’inin preterm sonlanmıştı. Bebeklerin %54,8’inin cinsiyeti kız iken, doğum kilosu ortalaması 2951,31±517,03 gram, doğum sonrası ikinci aydaki vücut ağırlığı ortalaması 4726,42±677,98 gramdır (Tablo 6).

Tablo 6. Annelerin Bebeklerine İlişkin Özellikler (n=73)

| Değişkenler | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|-----------------|------------------|
| Gebelik Haftası | | |
| Term (>37. Gebelik haftası) | 50 | 68,5 |
| Preterm (<37. Gebelik haftası) | 23 | 31,5 |
| Bebeğin Cinsiyeti | | |
| Kız | 40 | 54,8 |
| Erkek | 33 | 45,2 |
| Ort±SS | | |
| Bebeğin Doğum Kilosu Ortalaması (gram) | 2951,31 ±517,03 | |
| (Min-Max) | (1900-4130) | |
| Bebeğin İkinci Ayda Vücut Ağırlığı Ortalaması (gram) | 4726,42±677,98 | |
| (Min-Max) | (3520-6800) | |

Çalışma kapsamına alınan annelerin doğum sonrası 24. saatteki emzirmeye ilişkin durumları Tablo 7’de verilmiştir. Annelerin %54,8’i gebelikleri sırasında emzirmeye ilişkin bilgi aldıklarını, %81,6’sı bir önceki bebeğini emzirdiğini, %74’ü emzirme için kendisine destek olabilecek kişilerin olduğunu belirtmiştir. Annelerin %16,4’ü ilk bir saat içerisinde %69,9’ u ilk gün, %13,7’ si ise ikinci gün emzirmeye başlamıştır. Doğum sonrası ilk 24 saat içerisinde bebeklerin %78,1’ine anne sütü dışında başka bir gıda verilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Annelerin Doğum Sonrası 24. Saatte Emzirmeye İlişkin Durumları (n=73)

| Değişkenler | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|--|-----------------|------------------|
| Emzirmeye İlişkin Bilgi Alma Durumu | | |
| Evet | 40 | 54,8 |
| Hayır | 33 | 45,2 |
| Bir Önceki Bebeğini Emzirme Durumu (n=49) | | |
| Evet | 40 | 81,6 |
| Hayır | 9 | 18,4 |
| Emzirme İçin Destekleyen Kişi Varlığı | | |
| Var | 54 | 74,0 |
| Yok | 19 | 26,0 |
| Bebekini İlk Emzirme Zamanı | | |
| İlk bir saat | 12 | 16,4 |
| İlk gün | 51 | 69,9 |
| İkinci gün | 10 | 13,7 |
| Anne Sütü Dışında Başka Gıda Verme Durumu | | |
| Evet | 57 | 78,1 |
| Hayır | 16 | 21,9 |

Preeklampsili annelerin tamamı doğum sonrası ikinci ayda emzirmeye devam etmektedir. Bebeklerin %43,8'ine anne sütü dışında başka gıda verilmektedir. Annelerin %71,2'si 1-3 saatte bir emzirirken, %23,3'ü her ağladığında %5,5'i 4-6 saatte bir emzirmektedir. Annelerin %41,1'i üç yaşına kadar, %31,5'i iki yaşına kadar, %23,3'ü bebek emdiği sürece, %4,1'i ise bir yaşına kadar emzirmeyi planlanmaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. Annelerin İkinci Ayda Emzirmeye İlişkin Durumları (n=73)

| Değişkenler | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|--|----------|-----------|
| İkinci Ayda Anne Sütü Dışında Başka Gıda Verme Durumu | | |
| Evet | 32 | 43,8 |
| Hayır | 41 | 56,2 |
| Emzirme Sıklığı | | |
| Her ağladığında | 17 | 23,3 |
| 1-3 saatte bir | 52 | 71,2 |
| 4-6 saatte bir | 4 | 5,5 |
| Ne zamana kadar emzirmeyi planlıyor? | | |
| Bebek emdiği sürece | 17 | 23,3 |
| Bir yaşına kadar | 3 | 4,1 |
| İki yaşına kadar | 23 | 31,5 |
| Üç yaşına kadar | 30 | 41,1 |

4.4. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları ve Depresyon Risk Dağılımları

Çalışma kapsamına alınan annelerin doğum sonrası 24. saatteki ve ikinci aydaki EPDÖ ve EÖYÖ Toplam Puan Ortalamaları Tablo 9’da verilmektedir. Annelerin EPDÖ toplam puan ortalaması doğum sonrası 24. saatte $5,90 \pm 5,04$, ikinci ayda $5,32 \pm 4,40$ olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($z=-0,336$; $p=0,737$). Emzirme Özyeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması doğum sonrası 24. saatte $52,42 \pm 8,61$, ikinci ayda $62,12 \pm 4,85$ ’dir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($z=-7,188$; $p=0,000$) (Tablo 9).

Tablo 9. Annelerin Doğum Sonrası 24. Saat ve İkinci Aydaki Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

| Değişkenler | Doğum Sonrası | İkinci Ay | z/ p |
|------------------------------------|---------------|------------|-------------------------------|
| | 24. saat | | |
| | Ort±SS | Ort±SS | |
| EPDÖ Toplam Puan Ortalaması | 5,90±5,04 | 5,32±4,40 | -0,336 0,737 |
| EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması | 52,42±8,61 | 62,12±4,85 | -7,188 0,000 |

Preeklampsili annelerin postpartum 24. saat ve ikinci aydaki depresyon risk dağılımları Tablo 10’da verilmiştir. Yapılan çalışmada EPDÖ puanının 12 ve üzerinde olması bireylerde depresyon riski olduğunu göstermektedir. Doğum sonrası 24. saatte preeklampsili annelerin depresyon riski %16,4 iken, ikinci ayda bu oran %9,6 olarak belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Annelerin Doğum Sonrası 24. Saat ve İkinci Ayda Depresyon Riski (n=73)

| Depresyon Riski | Doğum Sonrası 24. Saat | İkinci Ay |
|-----------------|------------------------|-----------|
| | n (%) | n (%) |
| Var | 12 (16,4) | 7 (9,6) |
| Yok | 61 (83,6) | 66 (90,4) |

4.5. Annelerin Postpartum Depresyon ve Emzirme Öz-Yeterliliklerini Etkileyen Faktörler

Çalışma kapsamına alınan preeklampsili annelerin sosyodemografik özelliklerine göre EPDÖ ve EÖYÖ puan ortalamaları Tablo 11’de verilmiştir. Annelerin yaş ortalamaları, aylık gelir ortalamaları, eğitim ve çalışma durumlarına göre doğum sonu 24. saat ve ikinci ay EPDÖ puan ortalamaları arasında fark yoktur

($p>0,05$). Aile tipine göre doğum sonrası 24. saatte EPDÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ($U=344,00$; $p=0,052$), ikinci ayda çekirdek aile yapısına sahip annelerin EPDÖ puan ortalamasının $4,41\pm 3,67$; geniş aile yapısına sahip annelerin EPDÖ puan ortalamasının ise $8,11\pm 5,31$ olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($U=291,00$; $p=0,008$) (Tablo 11).

Preeklampsili annelerin yaş ortalaması ile doğum sonrası 24. Saatte EÖYÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu ($r=0,257$; $p=0,028$), aylık gelir ortlaması ile negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,288$; $0,018$). Çalışmada okur-yazar olan annelerin EÖYÖ puan ortalamasının $57,33\pm 7,21$, ilköğretim mezunu olanların $53,25\pm 7,64$ ve ortaöğretim ve üzeri mezunu annelerin $49,67\pm 8,92$ olduğu ve aralarındaki puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($\chi^2=8,584$; $p=0,014$) ve bu farkın okur-yazar olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Aile tipine göre de annelerin doğum sonrası 24. saat EÖYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu, geniş aile yapısına sahip annelerin emzirme öz-yeterliliğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($U=318,00$; $p=0,023$). Çalışmada annelerin yaş ortalaması, aylık gelir ortalaması, eğitim durumu, çalışma durumu ve aile tipine göre ikinci ay EÖYÖ puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

| Değişkenler | İstatistiksel Analiz | EPDÖ Toplam Puan Ortalaması | | EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması | |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| | | Doğum sonrası | İkinci ay | Doğum sonrası | İkinci ay |
| | | 24. saat | | 24. saat | |
| Yaş Ortalaması | r | 0,219 | -0,050 | 0,257 | 0,210 |
| | p | 0,063 | 0,677 | 0,028 | 0,074 |
| Aylık Gelir Ortalaması | r | -0,146 | 0,044 | -0,288 | r=-0,084 |
| | p | 0,217 | 0,715 | 0,018 | p=0,481 |
| Eğitim Durumu | | | | | |
| Okur-yazar | | 6,26±5,15 | 5,93±4,46 | 57,33±7,21* | 63,86±3,11 |
| İlköğretim mezunu | | 6,58±4,69 | 4,29±3,38 | 53,25±7,64 | 62,75±5,87 |
| Ortaöğretim ve üzeri mezunu | | 5,26±4,82 | 5,79±3,52 | 49,67±8,92 | 60,91±4,46 |
| | x ² | 1,236 | 4,297 | 8,584 | 5,787 |
| | p | 0,539 | 0,117 | 0,014 | 0,055 |
| Çalışma Durumu | | | | | |
| Çalışıyor | | 4,16±2,13 | 4,66±3,66 | 47,50±10,07 | 61,33±6,83 |
| Çalışmıyor | | 6,05±5,21 | 5,38±4,47 | 52,86±8,41 | 62,19±4,69 |
| | U | 174,00 | 184,00 | 129,50 | 190,50 |
| | p | 0,586 | 0,731 | 0,151 | 0,832 |
| Aile Tipi | | | | | |
| Çekirdek Aile | | 5,27±4,89 | 4,41±3,67 | 51,00±8,64 | 61,70±4,77 |
| Geniş Aile | | 7,83±5,15 | 8,11±5,31 | 56,77±7,05 | 63,38±4,98 |
| | U | 344,00 | 291,00 | 318,00 | 375,50 |
| | p | 0,052 | 0,008 | 0,023 | 0,125 |

*İstatistiksel fark bu gruptan kaynaklanmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan annelerin gebelik sayısına göre doğum sonrası 24. saat EPDÖ puan ortalamaları ($x^2=13,0832$; $p=0,004$) arasında istatistiksel olarak fark olduğu bu farkın dört ve üzeri doğum yapan annelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Ayrıca gebelik sayısına göre doğum sonrası 24. saat EÖYÖ ($x^2=35,458$; $p=0,000$) ve ikinci ay EÖYÖ ($x^2=25,336$; $p=0,000$) puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak fark olduğu ve bu farkın da bir kez doğum yapan annelerden kaynaklandığı saptanmıştır. Annelerin gebelik sayısına göre doğum sonrası ikinci ay EPDÖ puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 12).

Preeklampsili annelerin daha önce düşük yapma ve gebelik sırasında hastaneden yatma durumlarına göre doğum sonrası 24. saat ve ikinci ay EPDÖ ve EÖYÖ puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 12).

Çalışmada gebeliği planlı olan annelerin doğum sonrası 24. saat EPDÖ puan ortalamalarının plansız olanlara göre daha düşük ($U=253,50$; $p=0,001$), doğum sonrası 24. Saat ($U=141,50$; $p=0,000$) ve ikinci ay EÖYÖ ($U=220,00$; $p=0,000$) puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebeliğin planlı olma durumuna göre annelerin doğum sonrası ikinci ay EPDÖ puan ortalamaları arasında ise fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Annelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları

| Değişkenler | İstatistiksel Analiz | EPDÖ Toplam Puan Ortalaması | | EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması | |
|---|----------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|---------------|
| | | Doğum sonrası 24. saat | İkinci ay | Doğum sonrası 24. Saat | İkinci ay |
| | | | | | |
| Gebelik Sayısı | | | | | |
| Bir | | 4,77±4,33 | 5,04±3,96 | 44,50±6,23* | 58,87±4,43* |
| İki | | 4,76±4,69 | 5,69±3,59 | 52,38±6,72 | 60,69±4,85 |
| Üç | | 4,25±3,93 | 4,16±3,66 | 57,58±6,45 | 65,33±2,80 |
| Dört ve Üzeri | | 8,95±4,99* | 6,00±5,51 | 57,79±6,33 | 64,54±3,77 |
| | x ² | 13,082 | 1,097 | 35,458 | 25,336 |
| | p | 0,004 | 0,778 | 0,000 | 0,000 |
| Daha Önce Düşük Yapma Durumu | | | | | |
| Yapmış | | 7,23±5,14 | 5,61±4,88 | 54,33±6,43 | 63,52±4,11 |
| Yapmamış | | 5,36±4,95 | 5,21±4,23 | 51,65±9,29 | 61,55±5,04 |
| | U | 420,00 | 542,00 | 462,50 | 420,50 |
| | p | 0,123 | 0,961 | 0,308 | 0,125 |
| Gebeliğin Planlı Olma Durumu | | | | | |
| Planlı | | 4,77±4,63 | 4,88±3,97 | 60,10±5,31 | 65,52±2,61 |
| Plansız | | 9,10±4,90 | 6,57±5,37 | 49,72±7,90 | 60,92±4,90 |
| | U | 253,50 | 431,50 | 141,50 | 220,00 |
| | p | 0,001 | 0,302 | 0,000 | 0,000 |
| Gebelik Sırasında Hastanede Yatma Durumu | | | | | |
| Evet | | 6,25±3,82 | 5,00±3,98 | 51,80±8,73 | 61,20±5,80 |
| Hayır | | 5,77±5,46 | 5,45±4,57 | 52,66±8,63 | 62,47±4,44 |
| | U | 452,50 | 518,00 | 502,50 | 472,00 |
| | p | 0,335 | 0,881 | 0,734 | 0,472 |

*İstatistiksel farkın bu gruptan kaynaklanmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan preeklampsili annelerin doğum zamanı, bebeğin cinsiyeti, bebeğin doğum kilosu ve ikinci aydaki vücut ağırlığı ortalamasına göre doğum sonrası 24. Saat ve ikinci ay EPDÖ ve EÖYÖ puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Annelerin ve Bebeklerin Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları

| Değişkenler | İstatistiksel Analiz | EPDÖ Toplam Puan Ortalaması | | EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması | |
|--|----------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|------------|
| | | Doğum sonrası 24. Saat | İkinci ay | Doğum sonrası 24. saat | İkinci ay |
| | | | | | |
| Doğum Zamanı | | | | | |
| Term | | 5,84±4,84 | 5,44±4,76 | 52,66±8,74 | 62,16±4,98 |
| Preterm | | 6,04±5,57 | 5,08±3,55 | 51,91±8,48 | 62,04±4,65 |
| | U | 557,50 | 564,50 | 527,50 | 553,50 |
| | p | 0,834 | 0,900 | 0,572 | 0,798 |
| Bebeğin Cinsiyeti | | | | | |
| Kız | | 5,85±4,78 | 5,20±4,57 | 51,65±8,59 | 61,32±4,84 |
| Erkek | | 5,96±5,42 | 5,48±4,24 | 53,36±8,67 | 63,09±4,74 |
| | U | 649,50 | 594,00 | 611,50 | 515,50 |
| | p | 0,907 | 0,461 | 0,591 | 0,108 |
| Bebeğin Doğum Kilosu Ortalaması | r | -0,073 | -0,140 | 0,113 | 0,073 |
| | p | 0,541 | 0,238 | 0,339 | 0,542 |
| Bebeğin İkinci Ayda Vücut Ağırlığı Ortalaması | r | 0,041 | -0,149 | 0,125 | -0,060 |
| | p | 0,731 | 0,207 | 0,292 | 0,613 |

Preeklampsili annelerin emzirmeye ilişkin özelliklerine göre EPDÖ ve EÖYÖ puan ortalamaları Tablo 14’de verilmiştir. Annelerin emzirmeye ilişkin bilgi alma durumu, bir önceki bebeğini emzirme durumu ve anne sütü dışında başka gıda verme durumlarına göre doğum sonu 24. saat EPDÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ($p>0,05$), emzirme için destek kişi varlığına ($U=291,00$; $p=0,005$) ve emzirmeye başlama zamanına göre ($x^2= 9,320$; $p=0,009$) doğum sonu 24. saat EPDÖ puan ortalamaları arasında fark vardır. Ayrıca çalışmada emzirmeye ilişkin bilgi alan annelerin ikinci ay EPDÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde bilgi almayan annelere göre daha düşük bulunmuştur ($U=438,00$; $p=0,013$). Preeklampsili annelerin bir önceki bebeğini emzirme durumu, emzirme için destek kişi varlığı, bebeğini ilk emzirme zamanı ve anne sütü dışında başka gıda verme durumuna göre ikinci ay EPDÖ puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 14).

Çalışmada emzirmeye ilişkin bilgi alan annelerin almayanlara ve emzirme konusunda destek olabilecek kişilere sahip annelerin desteğe sahip olmayan annelere göre doğum sonu 24. saat ($U=467,50$, $p=0,033$; $U=200,50$ $p=0,000$) ve ikinci ay ($U=466,00$, $p=0,031$; $U=339,50$, $p=0,029$) EÖYÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Anne sütü dışında başka gıda veren annelerin vermeyen annelere göre hem doğum sonu 24. saatte ($U=269,00$, $p=0,013$; $U=251,00$, $p=0,000$) hem de ikinci ayda ($U=223,50$, $p=0,046$; $U=172,00$ $p=0,000$) EÖYÖ puan ortalamaları ise istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Annelerin bir önceki bebeğini emzirme durumu ve emzirmeye başlama zamanına göre doğum sonu 24. saat ve ikinci ay EÖYÖ puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Annelerin Emzirmeye İlişkin Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları

| Değişkenler | EPDÖ Toplam Puan Ortalaması | | EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması | |
|--|-----------------------------|---------------|-----------------------------|---------------|
| | Doğum sonrası 24. saat | İkinci ay | Doğum sonrası 24. Saat | İkinci ay |
| Emzirmeye İlişkin Bilgi Alma Durumu | | | | |
| Evet | 5,05±4,78 | 4,33±4,15 | 54,69±8,51 | 63,21±5,15 |
| Hayır | 6,93±5,23 | 6,15±3,33 | 50,55±8,33 | 61,22±4,45 |
| U | 512,50 | 438,00 | 467,50 | 466,50 |
| p | 0,100 | 0,013 | 0,033 | 0,031 |
| Bir Önceki Bebeği Emzirme Durumu | | | | |
| Evet | 5,97±4,39 | 5,67±4,59 | 56,55±6,30 | 63,97±4,12 |
| Hayır | 9,77±7,10 | 4,97±4,55 | 55,22±8,89 | 62,55±4,79 |
| U | 125,00 | 152,50 | -169,50 | 148,50 |
| p | 0,153 | 0,475 | 0,786 | 0,413 |
| Emzirme İçin Destekleyen Kişi Varlığı | | | | |
| Var | 4,92±4,63 | 4,75±3,90 | 58,89±6,54 | 63,89±4,60 |
| Yok | 8,68±5,26 | 6,94±5,36 | 50,14±8,11 | 61,50±4,80 |
| U | 291,00 | 397,00 | 200,50 | 339,50 |
| p | 0,005 | 0,142 | 0,000 | 0,029 |
| Bebegini İlk Emzirme Zamanı | | | | |
| İlk bir saat | 4,65±3,66 | 6,41±4,64 | 56,50±9,88 | 64,33±3,62 |
| Birinci gün | 5,62±4,75 | 5,41±4,50 | 52,07±8,07 | 62,01±4,95 |
| İkinci gün | 10,00±5,09* | 3,60±3,27 | 49,30±8,81 | 60,00±4,92 |
| x ² | 9,320 | 2,224 | 4,140 | 4,991 |
| p | 0,009 | 0,329 | 0,126 | 0,082 |
| Doğum sonu 24. Saatte Anne Sütü Dışında Başka Gıda Verme Durumu | | | | |
| Evet | 6,07±5,18 | 4,84±4,14 | 51,12±8,32 | 61,66±4,90 |
| Hayır | 5,31±4,62 | 7,06±4,97 | 57,06±8,22 | 63,75±4,40 |
| U | 423,50 | 343,50 | 269,00 | 223,50 |
| p | 0,663 | 0,130 | 0,013 | 0,046 |
| İkinci Ayda Anne Sütü Dışında Başka Gıda Verme Durumu | | | | |
| Evet | 5,56±4,68 | 4,84±3,48 | 47,18±7,59 | 58,87±4,21 |
| Hayır | 6,17±5,35 | 5,70±5,01 | 56,51±7,05 | 64,65±3,68 |
| U | 633,00 | 618,50 | 251,00 | 172,00 |
| p | 0,797 | 0,674 | 0,000 | 0,000 |

4.6. Annelerin Postpartum Depresyon ve Emzirme Öz-Yeterlilikleri Arasındaki İlişki

Çalışma kapsamına alınan preeklampsili annelerin doğum sonrası 24. saatteki EPDÖ puan ortalamaları ile doğum sonrası 24. saat EÖYÖ puan ortalamaları ($r=0,055$; $p=0,644$), ikinci ay EPDÖ ($r=0,142$; $p=0,232$) ve EÖYÖ puan ortalamaları ($r=-0,041$; $p=0,731$) arasında ilişki yoktur. Doğum sonrası ikinci ay EPDÖ puan ortalamaları ile EÖYÖ puan ortalamaları arasında ilişki bulunmazken ($r=-0,043$; $p=0,718$), doğum sonrası 24. saat EÖYÖ puan ortalaması ile ikinci ay EÖYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır ($r=0,714$; $p=0,000$) (Tablo 15).

Tablo 15. Annelerin Doğum Sonrası 24. Saat ve İkinci Aydaki Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

| Değişkenler | İkinci Ay EPDÖ | Doğum | İkinci Ay EÖYÖ |
|--|------------------------|--|-------------------------|
| | Toplam Puan Ortalaması | Sonrası 24. Saat EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması | Toplam Puan Ortalaması |
| Doğum Sonrası 24. Saat EPDÖ Toplam Puan Ortalaması | $r=0,142$ $p=0,232$ | $r=0,055$ $p=0,644$ | $r=-0,041$ $p=0,731$ |
| İkinci Ay EPDÖ Toplam Puan Ortalaması | | $r=0,135$ $p=0,255$ | $r=-0,043$ $p=0,718$ |
| Doğum Sonrası 24. Saat EÖYÖ Toplam Puan Ortalaması | | | $r=0,714$ $p=0,000$ |

5. TARTIŞMA

Preeklampsinin doğum sonrası depresyon ve emzirme öz-yeterliliği üzerine etkisi ve etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmadan elde edilen bulgulara göre tartışma üç başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar şunlardır:

- Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ve depresyon risk dağılımlarının incelenmesi,
- Annelerin postpartum depresyon ve emzirme öz-yeterliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi
- Annelerin postpartum depresyon ve emzirme öz-yeterlilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

5.1. Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları ve Depresyon Risk Dağılımlarının İncelenmesi

Çalışma kapsamına alınan preeklampsili annelerin doğum sonrası 24. saatte ve ikinci aydaki postpartum depresyon düzeyleri arasında fark olmadığı, doğum sonrası 24. saatte preeklampsili annelerin depresyon riski %16,4 iken, ikinci ayda bu oran %9,6 olarak belirlenmiştir. Katon et al. (98) tarafından Washington'da postpartum depresyona neden olan faktörlerin incelenmesi amacıyla 1423 kadın ile yapılan çalışmada, postpartum depresyon riski %5,8 olarak bulunmuş ve depresyon riski yüksek olan kadınların %28,9'unun gebelikleri sırasında preeklampsi tanısı ile izlendiği bildirilmiştir. Berning et al. (99) tarafından yapılan kohort çalışmada doğum sonrası üç aylık dönemde preeklampsili annelerin %39,8'nin psikiyatrik atak geçirdikleri bildirilmiştir. Liu et al. (100) tarafından Çin'deki anneler arasında doğum sonrası dördüncü haftadaki postpartum depresyon oranı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada gebelikte hipertansif hastalığa sahip olan annelerin postpartum depresyon oranları %6,8, sağlıklı gebelerin ise %0,07 bulunmuştur. Hoedjes et al. (72) tarafından hafif ve şiddetli preeklampsili kadınların doğum sonrası 6. 12. ve 26. haftalardaki postpartum depresyon risklerini belirlemek için EPDÖ kullanarak yaptıkları çalışmada depresyon riskini sırasıyla %17,5; %10,6

ve %8,5 olarak bildirmişlerdir. Meltzer-Brody et al (101) tarafından Danimarka'daki anneler arasında postpartum depresyon ve postpartum psikoza neden olan prediktif faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada postpartum depresyon riskinin gebelikte hipertansif hastalıklara sahip olan annelerde 1,84 kat, preeklampsili annelerde ise 1,45 kat arttığı bildirilmiştir. Chen et al. (92) tarafından yapılan, preeklampsili annelerin postpartum depresyon risklerinin incelendiği retrospektif çalışmada sağlıklı annelerin doğum sonrası altıncı haftadaki EPDÖ puan ortalamaları $4,42 \pm 3,32$, preeklampsili annelerin $7,27 \pm 3,13$ ve şiddetli preeklampsili annelerin ise $8,65 \pm 3,61$ olarak bulunmuştur. Annelerin depresyon riski ise sırasıyla %12,2; %26,67 ve %28,85'dir. Strapasson et al. (71) tarafından Brezilya'da gestasyonel hipertansif hastalıklar ve postpartum depresyon ilişkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, gestasyonel hipertansiyonu olan annelerde postpartum depresyon riski %35,7 normotansif annelerde ise %19,8 olarak bildirilmiştir. Preeklampsili erken doğum, zayıf yenidoğan sonuçları gibi komplikasyonlarla ilişkilidir. Bu olumsuz olayların stres ve keder duygularına yol açması, kadınların postpartum depresyona karşı savunmasız bırakabilir. Preeklampsili ciddi bir durumdur ve postpartum dönemde maternal depresyona katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Çalışmada örnekleme alınan annelerin preeklampsili dışında eşlik eden herhangi bir gebelik komplikasyonunun olmaması ve doğum sonrası hem anne hem de bebekte sorunun olmaması, annelerde doğum sonrası dönemde hipertansiyona ilişkin bulguların gerilemiş olması preeklampsinin yarattığı/yaratacağı risklerin de ortadan kalkmasına neden olmuştur. Bu çalışmada literatürden farklı olarak preeklampsili annelerde postpartum depresyon riskinin daha düşük çıkmasının örneklem kriterleri ve EPDÖ'nün kabul edilen kesme noktası ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada preeklampsili annelerin ikinci aydaki emzirme öz-yeterliliklerinin, doğum sonrası 24. saatteki özyeterliliklerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fakat literatürde sağlıklı anneler ile yapılan çalışmalar ile karşılaştırıldığında preeklampsili annelerin emzirme öz-yeterlilikleri daha düşüktür (83,93,94,105,106). Öz-yeterlilik algısı, bir kişinin yapacağı veya sakınacağı aktiviteleri saptamada önemli bir rol oynar. Dennis, emzirme öz-yeterlilik algısını "annenin emzirmeye ilişkin hissettiği yeterlilik" olarak tanımlamıştır (102). Yapılan çalışmalarda emzirme öz-yeterliliği düşük olan annelerin bebeklerini doğumdan sonra tavsiye edilen süreden

çok daha kısa sürede süttten kestiği, buna karşın emzirme öz yeterliliği yüksek olan annelerin emzirmeyi başlatma ve sürdürme konusunda daha az sorun yaşadıkları belirlenmiştir (85, 103). Preeklampsinin hipogalaksi (memede süt sekresyonunun azalması) ve agalaksi (doğumdan sonra süt salgısının bulunmaması) oluşturma riskinin yanı sıra hem süttün içeriğinde değişim hem de prolaktin dengesinde bozulmaya neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca maternal ya da fetal komplikasyonlara bağlı yenidoğanın anneden ayrı kalması ve anne- bebek etkileşiminin azalması gibi faktörler de preeklampsili annelerde emzirmeye başlama ve emzirmenin süresi ile ilgili sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (13). Bu zorluklar karşısında anne eğer desteklenmezse emzirme özyeterlilik düzeyi de düşmektedir. Literatürde preeklampsili annelerin emzirme öz-yeterliliklerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmadan elde edilen bulgular preeklampsili annelerin emzirmeye başlama ve sürdürme ile ilgili çalışma sonuçları ile tartışılacaktır. Strapasson et al. (85) tarafından ilk altı ay bebek beslenmesi üzerine gestasyonel hipertansiyonun etkisini incelemek amacıyla yürütülen çalışmada, gestasyonel hipertansiyonlu annelerin normotansif annelere göre emzirme sürelerinin daha kısa olduğu ve anne sütü dışında başka gıda verme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Leeners et al. (103) tarafından gebeliğinde hipertansif hastalıklara sahip annelerin emzirme durumlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada, preeklampsili annelerin %76,1'inin emzirme niyetinin olduğu, %42'sinin birinci ayda %39,9'unun ise üçüncü ayda emzirmeye devam ettiği bulunmuştur. Literatürde yer alan preeklampsili anneler ile yapılan çalışmalarda genellikle emzirmeyi etkileyen en önemli faktörlerin bebeğin prematüre oluşu ve doğum sonrası tedavi ve takip amacıyla yenidoğan yoğun bakıma alınması olarak belirtilmektedir. Bu çalışmada ise termde doğan bebeklerin oranının yüksek oluşu (%68,5), doğum kilosu ortalamalarının normal sınırdan olması ($2951,31 \pm 517,03$ gram) ve annelerin büyük çoğunluğunun emzirme eğitimi almasının (54,8), emzirme sırasında destek olacak kişilere sahip olmaları (%74) ve hepsinin emzirmeye devam etmek istemesinin emzirme öz-yeterliliğini etkilediği düşünülmektedir.

5.2. Annelerin Postpartum Depresyon ve Emzirme Öz-Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan birden daha fazla doğum yapan preeklampsili annelerin, bir kez doğum yapan annelere göre, gebeliği planlı olanların olmayanlara göre, emzirmeye ilişkin bilgi alanların almayanlara ve emzirme konusunda destek olabilecek kişilere sahip annelerin desteğe sahip olmayan annelere göre doğum sonu 24. saat ve ikinci ay EÖYÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Ayrıca anne sütü dışında başka gıda veren annelerin vermeyen annelere göre hem doğum sonu 24. saatte hem de ikinci ayda EÖYÖ puan ortalamaları ise istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Literatürde farklı örneklem grupları ile emzirme özyeterliliğini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (104-109). Yapılan bir çalışmada genç anne yaşı, düşük eğitim seviyesi, düşük gelir, tam zamanlı çalışma, sezaryen doğum, postpartum depresyon ve kaygı, emzirme ile ilgili erken sorunlar (mastit vb.) emzirme özyeterliliğini azaltabilecek faktörler olarak bildirilmiştir (104). Faridvand et al. (105) tarafından 2015 yılında İran'da yapılan çalışmada sosyal desteğin emzirme özyeterliliğinin belirleyicilerinden biri olduğu, sosyal desteğin kişisel bakımı ve kendine güveni artırabildiği ve kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal koşulları ile emzirme uygulamalarını iyileştirme üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabildiği sonucuna ulaşılmıştır. Ngo et al. (106) tarafından 2018 yılında yapılan çalışmada da sosyal desteğin emzirme özyeterliliğini etkileyebilecek faktörlerden biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bich et al. (107) tarafından 2014 yılında Vietnam'da yapılan çalışmada kadınların eşlerinden destek almalarının ve babaların bebek bakımına dahil olmasının emzirme özyeterliliğini arttıran faktörler olduğu bildirilmiştir. Cordero et al. (15) tarafından preeklampsili annelerde emzirmeyi etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada sezaryen doğumun gecikmiş anne-bebek etkileşimine neden olduğu ve emzirme sürecini etkilediği, bunun sonucunda annelerin emzirme öz-yeterliliğinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Strapasson et al. (85) preeklampsili kadınların normotansif kadınlara göre, yenidoğanın beslenme uygulamaları ve etkin emzirmeyi sürdürmede daha fazla zorluk çektikleri, preeklampsili annelerin daha fazla formül süt kullandıkları ve emzirme süresinin daha kısa olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Postpartum depresyon için bilinen risk faktörleri gebelikten önce veya gebelik sırasında depresyon öyküsü, kaygı ve gebelikte algılanan stress, gebelik sırasında olumsuz yaşam olayları, düşük sosyal destek ve düşük sosyoekonomik durum, genç yaş, formül besleme, düşük doğum ağırlıklı bebekler, postpartum dönemde yüksek hastalık semptomları olan bebekler ve obstetrik komplikasyonlardır (110, 111, 112, 113, 114). Ay ve ark. (115) tarafından yapılan sistematik literatür incelemesinde postpartum depresyonu etkileyen birçok faktörün olduğunu fakat bunlardan ilk üçünün annenin ailesinde veya kendisinde depresyon öyküsünün varlığı (%56,4), annenin eğitim durumu (%46,2) ve istenmeyen gebeliktir (%35,9). Literatürde daha önce kendisinde depresyon öyküsü olan annelerde postpartum depresyon görülme oranının önemli ölçüde yüksek olduğu bildirilmiştir (116, 117). Öztora ve ark. (119) tarafından 2019 yılında Edirne ilinde yapılan bir çalışmada ise genç anne yaşı, düşük gelir düzeyi, yenidoğandaki sağlık sorunlarının postpartum depresyona neden olduğu görülmektedir. Tahaoğlu ve ark. (116) tarafından yapılan çalışma sonucunda postpartum depresyonun özellikle adölesan döneminde riskli olduğu ve postpartum depresyonu etkileyen en önemli faktörün eş, akran yani sosyal desteğin olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Çin’ de annelerin postpartum depresyon risk faktörlerini incelemek için yapılan kesitsel bir çalışmada anne yaşı, parite, erken doğum, emzirmeye başlama zamanı, bebeği besleme şekli ve gebelikteki hipertansif hastalıkların postpartum depresyon üzerinde hem dolaylı hem de doğrudan etkili oldukları sonucuna ulaşmışlardır (120).

Araştırma kapsamına alınan preeklampsili annelerin emzirme için destek kişi varlığına ve emzirmeye başlama zamanına göre doğum sonu 24. saat EPDÖ puan ortalamaları arasında fark vardır. Ayrıca çalışmada emzirmeye ilişkin bilgi alan annelerin ikinci ay EPDÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde bilgi almayan annelere göre daha düşük bulunmuştur. Abuchaim et al. (118) tarafından 2016 yılında Brezilya’ da yapılan çalışma sonucunda postpartum depresyonu etkileyen faktörlerin; yetersiz veya var olmayan aile ve sosyal destek, kadınların psikiyatrik öyküsü, yoğun kaygı, önceki depresif dönemler, kısırlık, gebelik kaybı öyküsü ve gebelik veya bebekle ilgili olumsuz duyguların olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Soltani et al. (108) tarafından yapılan bir çalışmada; preeklampsi tanısı almış olan annelerin postpartum dönemde aile desteği alanların postpartum depresyon riski oranının

azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Aile ya da akran desteğinin olması anneler için oldukça önem taşımaktadır. Preeklampsi nedeniyle annelerin emzirme öz-yeterlilik algısı azalabilmektedir. Destekleyici kişilerin varlığının annelerin öz-yeterlilik algısını önemli ölçüde arttıracak ve böylelikle postpartum depresyonun önemli ölçüde azaltacağı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan annelerin gebelik sayısına göre doğum sonrası 24. saat EPDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu bu farkın dört ve üzeri doğum yapan annelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Strapasson et al. (85) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da preeklampsili annelerin %63,7'sinin iki ve üzeri gebelik sayısına sahip oldukları ve EPDÖ ile pozitif korelasyon gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır.

5.3. Annelerin Postpartum Depresyon ve Emzirme Öz-Yeterlilikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışma kapsamına alınan preeklampsili annelerin doğum sonrası 24. saatte ve ikinci ayda EPDÖ puan ortalamaları ile EÖYÖ puan ortalamaları arasında ilişki yoktur. Literatürde preeklampsili annelerin emzirme öz-yeterliliği ve postpartum depresyon ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Farklı örneklem gruplarında postpartum depresyon ve emzirme öz-yeterliliği ilişkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Küçükoğlu ve arkadaşları (121) tarafından yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada (n=110) annelerin emzirme özyeterlilik düzeyi ile doğum sonu depresyon belirtileri arasında ilişki saptanmamıştır. Işık'ın (122) gestasyonel diyabetin gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon ve emzirme öz-yeterliliği üzerine etkisini incelediği çalışmasında doğum sonrası dönemde depresyon düzeyi artan annelerin emzirme öz-yeterliliğinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Haga et al. (82) tarafından postpartum dönemde yapılan çalışma sonucunda emzirme öz-yeterliliği yüksek olanların postpartum depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Zubaran ve Foresti (83) tarafından Brezilya'da emzirme öz-yeterliliği ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla sağlıklı anneler ile yapılan kesitsel çalışmada emzirme öz-

yeterliliği ve postpartum depresyon arasında negatif ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Aslan ve Ege (123) tarafından annelerin emzirme özyeterliliği ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan tanımlayıcı çalışmada sağlıklı annelerin emzirme özyeterliliği ve postpartum depresyon belirtileri arasında bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşmışlardır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmada preeklampsinin emzirme öz-yeterliliği ve postpartum depresyon üzerine etkisi ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Yapılan çalışmada elde edilen bulgulara göre;

- Preeklampsili annelerin EPDÖ toplam puan ortalaması doğum sonrası 24. saatte $5,90 \pm 5,04$, ikinci ayda $5,32 \pm 4,40$ olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.
- Preeklampsili annelerin EÖYÖ toplam puan ortalaması doğum sonrası 24. saatte $52,42 \pm 8,61$, ikinci ayda $62,12 \pm 4,85$ 'dir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Preeklampsili annelerin doğum sonrası 24. saatte depresyon riski %16,4 iken, ikinci ayda bu oran %9,6'dır.
- Dört ve üzeri gebeliği olanların, gebeliği planlı olmayanların ve emzirme için destek kişiye sahip olmayan annelerin doğum sonrası 24. saatte depresyon riskleri yüksektir.
- Geniş aile yapısına sahip preeklampsili annelerin ve emzirmeye ilişkin bilgi almayan annelerin ikinci ayda depresyon riskleri yüksektir.
- Okur-yazar ve geniş aile yapısına sahip olan annelerin 24. saat emzirme öz-yeterlilikleri daha yüksek iken, gebelik sayısı bir olan, gebeliği planlı olmayan, emzirme için destek kişiye sahip olmayan, emzirmeye ilişkin bilgi almayan ve anne sütü dışında başka bir gıda veren annelerin emzirme öz-yeterlilikleri düşüktür.
- Gebelik sayısı bir olan, gebeliği planlı olmayan, emzirme için destek kişiye sahip olmayan, emzirmeye ilişkin bilgi almayan ve anne sütü dışında başka bir gıda veren annelerin ikinci aydaki emzirme öz-yeterlilikleri de düşüktür.

- Preeklampsili annelerin doğum sonrası depresyon riskleri düşük olduğu için, 24. saat ve ikinci aydaki depresyon riskleri ile emzirme öz-yeterlilikleri arasında ilişki yoktur.

6.2. Öneriler

Preeklampsinin emzirme öz-yeterliliği ve postpartum depresyon üzerine etkisi ve etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda;

Klinisyenlerin;

- Postpartum depresyon için uygun ölçme araçları ile annenin depresyon riskini değerlendirmeleri ve risk grubundaki anneleri yönlendirmeleri,
- Doğum sonrası taburcu olmadan önce annelerin emzirme öz-yeterliliklerinin değerlendirilmesi,
- Özellikle ilk doğumunu yapan, planlı gebeliği olmayan, emzirme konusunda destek kişi varlığı olmayan ve bebeklerine mama takviyesi yapılan kadınların emzirme konusunda desteklenmesi,
- Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası döneminde emzirme eğitimlerinin yapılması,

Araştırmacıların;

- Postpartum depresyon tanısı almış kadınlarda emzirme öz-yeterliliğine yönelik çalışmaların yürütülmesi ve
- Konu ile ilgili daha geniş örneklemeler ile çalışmalar yürütmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Developed by the Task Force on Hypertension in Pregnancy 2013.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2017. Erişim: 13 Mart 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf>.
3. Çulha G, Ocaktan E, Çöl M. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerde hipertansiyon araştırması. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010; 30(2): 639- 649.
4. Şimşek A, Uludağ S, Tüten A, Uludağ S. Preeklampsi ve süperimpoze preeklampsi olgularında obstetrik sonuçlar. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2017; 27(1): 14- 9.
5. National Institute for Health and Care Excellence NICE. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management, Clinical Guideline Published: 25 August 2010.
6. Madazlı R. Preeclampsia. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst- Special Topics 2010; 3(1): 45- 52.
7. Rodriguez- Lopez M, Wagner P, Perez-Vicente R, Crispi F, Merlo J. Revisiting the discriminatory accuracy of traditional risk factors in preeclampsia screening. Plos One 2017; 12(5): 0178528.
8. Roberts JM, CooperDW. Pathogenesis and genetics of preeclampsia. Lancet 2011; 357: 53- 6.
9. Hernández-Díaz S, Toh S, Cnattingius S. Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: prospective cohort study. BMJ 2009; 338, b2255.
10. Shen M, Simith G, Rodger M, White R, Walker M.C, Wu When S. Comparison of risk factors and outcomes of gestational hypertension and pre-eclampsia. Plos One 2017; 12(4): e0175914.
11. Countouris M. E, Schwarz E. B, Rossiter B. C, Althouse A. D, Berlacher K. L, Jeyabalan A, Catov J. M. Effects of lactation on postpartum blood pressure among women with gestational hypertension and preeclampsia. American journal of obstetrics and gynecology 2016; 215(2), 241-e1.
12. Thiagayson P, Krishnaswamy G, Lim ML, Sung SC, Haley CL, Fung DS, et al. Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies - prevalence and screening. Gen Hosp Psychiatry 2013; 35: 112–16.
13. Krupakar S. The association between hypertensive disorders in pregnancy and breastfeeding initiation and duration: Results from 2007-2009 North Carolina Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Charlotte) 2014.
14. Light KC, Smith TE, Johns JM, Brownley KA, Hofheimer JA, Amico JA. Oxytocin responsivity in mothers of infants: A preliminary study of relationships with blood pressure during laboratory stress and normal ambulatory activity. Health Psychology 2000;19(6): 560- 567.
15. Cordero L, Valentine C. J, Samuels P, Giannone P. J, Nankervis C.A. Breastfeeding in women with severe preeclampsia. Breastfeeding Medicine 2012; 7(6): 457-463.
16. Mehendale S, Kilari A, Taralekar V, Mahadik S, Joshi S. Fatty acids, antioxidants, and oxidative stress in pre- eclampsia. Int J Gynaecol Obstet. 2008; 100(3): 234- 8.
17. Dangat K, Kilari A, Mehendale S, Lalwan S, Joshi S. Preeclampsia alters milk neurotrophins and long chain polyunsaturated fatty acids. Int. J. Devl Neuroscience 2014; 33: 115– 121.
18. Walker LO, Murphey CL, Nichols F. The broken thread of health promotion and disease prevention for women during the postpartum period. The Journal of Perinatal Education 2015; 24(2): 81- 92.

19. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved 2019; 133(1): e1-e25.
20. Von Dadelszen P, Magee LA, Roberts JM. Subclassification of preeclampsia. *Hypertens Pregnancy* 2003; 22(2): 143- 8.
21. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Seminars in Perinatology* 2009; 33(3): 130–137.
22. Say L, Chou D, Gemmill A. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2: e323.
23. Report from Nine Maternal Mortality Review Committees. 2018;16.
24. Hnat MD, Sibai BM, Caritis S, Hauth J, Lindheimer MD, MacPherson C. Perinatal outcome in women with recurrent preeclampsia compared with women who develop preeclampsia as nulliparas. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 422– 426.
25. Nakimuli A, Chazara O, Byamugisha J, Elliott AM, Kaleebu P, Mirembe F, Moffett A. Pregnancy, parturition and preeclampsia in women of African ancestry. *Am J Obstet Gynecol* 2013;210(6):510-520.
26. Kavak SB, Kavak-Çelik E, Demirel İ, Türkoğlu A, Akkuş İ, İlhan R, Kaplan S. Evaluation of maternal mortality cases in the province of Elazığ, Turkey, 2007-2013: A retrospective study. *Glob J Health Sci.* 2015; 7(1): 188–193.
27. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı, Genişletilmiş 2.Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, 2015; 336- 339.
28. International Society For The Study Of Hpertension in Pregnancy. <http://www.isshp.org/product/a-history-of-isshp/>.
29. Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand. <https://www.somanz.org/>
30. The Society Of Obstetricians And Gynaecologists Of Canada. <https://www.sogc.org/>
31. Dekker GA, Sibai BM. Etiology and pathogenesis of preeclampsia: Current concepts. *Am. J Obstet Gynecol* 1998; 179: 1359- 751.
32. Ylikorkala O, Viinikka L. The role at prostaglandins in obstetrical disorders. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1992; 6: 809- 27.
33. Miller DA. Hypertension in Pregnancy. In: Mishell DR, Goodwin M, Brenner PF eds. *Management of common problems in obstetrics and gynecology.* Fourth edition, Blackweel Publishing, Los Angeles 2002; 112-119.
34. Makuyana D, Mahomed K, Shukusho FD, Majoko F. Liver and kidney function tests in normal and preeclamptic gestational comparison with nongestational reference values. *Cent Afr J Med* 2002; 48(5-6): 55- 9.
35. Taşın C, Yıldız Y, Ünlü S, Energin H, Ceylan N. Hafif ve şiddetli preeklampsi olgularında maternal ve perinatal bulguların değerlendirilmesi. 2012.
36. Kaya E. Gebelik Hipertansiyonu preeklampsi- eklampsi. *Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Çalışma Grubu.* (Ed) / Bektaş MS, Demir N, Koç A (koordinatörler). *Obstetrik; Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji.* Ankara: Medical Network 2001: 661- 675.
37. Sibai BM. Maternal and uteroplacental hemodynamics for the classification and prediction of preeclampsia. *Hypertension* 2008; 52; 805- 806.
38. Turner JA. Diagnosis and management of pre- eclampsia: An update. *Int J Womens Health* 2010; 30(2): 327-337.
39. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1.Cilt, baskı 3, Atlas Kitapçılık 2012: 523-542.
40. Mattar F, Sibai BM: Eclampsia. VIII. Risk factors for maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 307- 312.
41. Williams D. Pregnancy: A stress test for life. *Curr Opin Obstet Gynaecol* 2003; 15: 1- 7.

42. Oostwaard MF, Eerden L, Laat MW, Duvekot JJ, Erwich JJHM, Bloemenkamp KWM, Bolte AC, Bosma JP, Koenen SV, Kornelisse RF, Rethans B, Heimeel R, Scheepers HCJ, Ganzevoort W, Mol BWJ, Groot CJ, Gaugler-Sendeno IPM. Maternal and neonatal outcomes in women with severe early onset pre-eclampsia before 26 weeks of gestation, a case series. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2017; 124(9): 1440-1447.
43. Kale A, Ecer S, Kale E. Preeklampside kardiyak troponin I, CK-MB ve myoglobin değerleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2005; 32: 09- 112.
44. Sak S, Erdemoğlu M, Ağağayak E, Yalınkaya A, Gül T. Preeklampside serum troponin I düzeyinin değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi* 2015; 42(2): 186-191.
45. Wu P, Haththotuwa R, Kwok CS, Babu A, Kotronias RA, Rushton C, Zaman A, Fryer AA, Kadam U, Chew-Graham CA, Mamas MA. Preeclampsia and future cardiovascular health: A systematic review and meta- analysis. *Circ Cardiovas Qual Outcomes* 2017; 10(2).
46. Bushnell C, McCullough LD, Awad IA, Chireau MV, Fedder WN, Furie KL, Howard VJ, Lichtman JH, Lisabeth LD, Piņa IL, Reeves MJ, Rexrode KM, Saposnik G, Singh V, Towfighi A, Vaccarino V, Walters MR. Guidelines for the prevention of stroke in women: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke* 2014; 45(5): 1545-1588.
47. Christensen M, Kronborg S.C, Eldrup N, Rossen B.N, Knudsen B.U. Preeclampsia and cardiovascular disease risk assessment- Do arterial stiffness and atherosclerosis uncover increased risk ten years after delivery? *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health* 2016; 6(2): 110-114.
48. Visser VS, Hermes W, Fronx A, Koopmans CM, Van Pampus MG, Mol BW, de Groot CJ. High blood pressure six weeks postpartum after hypertensive pregnancy disorders at term is associated with chronic hypertension. *Pregnancy Hypertens* 2013; 3(4): 242- 7.
49. Black KD. Stress, symptoms, self- monitoring confidence, well- being, and social support in the progression of preeclampsia/ gestational hypertension. University College of health professions Philadelphia. 2007; 36: 419-29.
50. Erer MT, Akan N. Effect of Pregnant womens's knowledge about care and information about preeclampsia on their level of state anxiety. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11: 3.
51. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, Vijgen SM, Aarnoudse JG, Bekedam DJ, Van den Berg PP, De Boer K, Burggraaff JM, Bloemenkamp KW, Drougtrop AP, Franx A, Groot CJ, Huisjes AJ, Kwee A, Van Loon AJ, Lub A, Papatsonis DN, Van Der Post JA, Roumen FJ, Scheepers HC, Willekes C, Mol BW, Van Pampus MG, HYPITAT study group. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): A multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 374: 979-88.
52. Broekhuijsen K, Van Baaren GJ, Van Pampus MG, et al, and the HYPITAT-II study group. Immediate delivery versus expectant monitoring for hypertensive disorders of pregnancy between 34 and 37 weeks of gestation (HYPITAT-II): A multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2015; 385: 2492-501.
53. Braham K, Parnell B, Nelson- Piercy C, Seed PT, Poston L, Chappell LC. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: Systematic review and meta- analysis. *BMJ* 2014; 348: g2301.
54. Başol G, Uzun D.N, Uzun F, Kale A, Terzi H. Kliniğimizde 2013-2017 yılları arasında doğum yapmış olan preeklampsi olgularının retrospektif olarak incelenmesi. *Perinatoloji Dergisi* 2018; 26(3): 135-140.

55. MC Kenzi K, Trotman H. A Retrospective Study of Neonatal Outcome in Preeclampsia at the University Hospital of the West Indies: A Resource-limited Setting. *Journal of Tropical Pediatrics* 2019; 65: 78– 83.
56. Sibai BM, Barton JR. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment and delivery indications. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196(6): 514.e1-9.
57. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; (1): CD004661.
58. The Antenatal Magnesium Sulphate for Neuroprotection Guideline Development Panel. Antenatal magnesium sulphate prior to preterm birth for neuroprotection of the fetus, infant and child: National clinical practice guidelines. The University of Adelaide 2010 (<http://www.adelaide.edu.au/arch/MagnesiumSulphate2010.pdf>).
59. Rey E, Garneau P, David M, Gauthier R, Leduc L, Michon N. Dalteparin for the prevention of recurrence of placental-mediated complications of pregnancy in women without thrombophilia: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Thrombosis & Haemostasis* 2009; 7(1): 58- 64.
60. Duley LH-SD, Meher S, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2007: p2.
61. Rumbold A DL, Crowther CA, Haslam RR. Antioxidants for preventing pre-eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1.
62. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 8(CD001059).
63. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis and schizophrenia in pregnancy and the postpartum period. *Lancet* 2014; 384: 1789-1799.
64. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry* 2003; 44:234-246.
65. Klier CM, Muzik M, Dervic K, Mossaheb N, Benesch T, Ulm B, Zeller M. The role of estrogen and progesterone in depression after birth. *Journal of Psychiatric Research* 2007; 41: 273- 279.
66. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. *J Health Care Poor Underserved* 2012; 23(2): 534– 42.
67. Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *RevSaúde Pública* 2006; 40: 65–70.
68. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the woman at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016;19: 62– 77.
69. Carney RM, Freedland KE, Miller GE, Jaffe AS. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: A review of potential mechanisms. *J Psychosom Res.* 2002; 53: 897–902.
70. Baecke M, Spaanderman MEA, Van Der Werf SP. Cognitive function after pre-eclampsia: An explorative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2009; 30: 58–64.
71. Strapasson MR, Ferreira CF, Ramos JGL. Associations between postpartum depression and hypertensive disorders of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018; 143(3):367-373.
72. Hoedjes M, Berks D, Vogel I, et al. Postpartum depression after mild and severe preeclampsia. *J Womens Health* 2011; 20: 1535– 1542.
73. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM, Pariante CM. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384: 1800-1819.

74. Porcel J, Feigal C, Poye L, Postma IR, Zeeman GG, Olowoyeye A, Tsigas E, Wilson M. Hypertensive disorders of pregnancy and risk of screening positive for Posttraumatic Stress Disorder: A cross-sectional study. *Pregnancy Hypertens*. 2013; 3(4): 254- 60.
75. Walker A. Breast milk as the gold standard for protective nutrients. *J Pediatr* 2010; 156(2 Suppl) : 3–7.
76. Brownell E, Howard CR, Lawrence RA, Dozier AM. Delayed onset lactogenesis II predicts the cessation of any or exclusive breastfeeding. *J Pediatr* 2012; 161(4): 608–14.
77. Nommsen- Rivers LA, Chantry CJ, Cohen RJ. Comfort with the idea of formula feeding helps explain ethnic disparity in breastfeeding intentions among expectant first-time mothers. *Breastfeed Med* 2010; 5: 25– 33.
78. Bandura A. Social cognitive theory. In: Barnouw E, editor. *International encyclopedia of communications*. New York: Oxford University Press; 1989: p92–96.
79. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of Human Behavior*. 1994: p71–81.
80. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychol Health*. 1998; 13(4): 623–49.
81. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breast-feeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation* 1999; 15 (3): 195- 201.
82. Haga SM, Ulleberg P, Slinning K, Kraft P, Steen TB, Staff A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: Multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Womens Ment Health* 2012; 15(3): 175–84.
83. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Healthc* 2013; 4(1): 9– 15.
84. Diaz Rozett H, Garcia Fragoso L. Prenatal breastfeeding intentions in a group of women with high-risk pregnancies. *Bull Assoc Med Puerto Rico* 2010; 102: 21–23.
85. Strapasson R.M, Ferreira F.C, Ramos L.G.J. Feeding practices in the first 6 months after delivery: Effects of gestational hypertension. *Pregnancy Hypertension* 2018; 13: 254- 259.
86. Gunderson EP, Quesenberry CP Jr, Ning X, Jacobs DR Jr, Gross M, Goff DC Jr. Lactation duration and midlife atherosclerosis. *Obstet Gynecol* 2015; 126(2): 381–90.
87. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol*. 2009; 113(5): 974–82.
88. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387(10017): 475– 90.
89. Peters RM, Flack JM. Hypertensive disorders of pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004; 33(2): 209–220.
90. Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, baskı 13, Özyurt Matbaacılık, 2016; 288- 296.
91. Ferreira MB, Silveira CF, Silva SR, Souza DJ. Nursing care for women with preeclampsia and/or eclampsia: Integrative review. *Rev Esc Enferm USP* 2016; 50: 324-34.
92. Chen L, Wang X, Ding Q, Shan N, Qi H. Development of postpartum depression in pregnant women with preeclampsia: A retrospective study. *Hindawi BioMed Research International* 2019.

93. Aslan Y. Annelerin emzirme öz- yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2016.
94. Akyüz Y. Doğum yapan kadınların maternal bağlanma ve emzirme öz- yeterliliği ilişkisi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2017.
95. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150: 782–786.
96. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenirlik çalışması. 1996.
97. Aluş Tokat M, Okumuş H. Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013; 10(1): 21-29
98. Katon W, Russo J, Gavin A. Predictors of postpartum depression. *Journal of Women's Health* 2014; 23(9):753-759.
99. Bergink V, Laursen T.M, Johannsen B.M.W, Kushner S.A, Meltzer-Brody S, Munk-Olsen T. Preeclampsia and first- onset postpartum psychiatric episodes: A Danish population- based cohort study. *HHS Public Access. Psychol Med.* 2015; 45(16):3481-3489.
100. Liu S, Yan Y, Gao X, Xiang S, Sha T, Zeng G, He Q. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; 17: 133.
101. Meltzer-Brody S, Maegbaek ML, Medland SE, Miller WC, Sullivan P, Munk-Olsen T. Obstetrical, pregnancy and socio-economic predictors for newonset severe postpartum psychiatric disorders in primiparous women. *Psychol Med.* 2017; 47(8): 1427–1441.
102. Dennis CL, Faux, S. Development and Psychometric Testing of the Breastfeeding Self Efficacy Scale. *Res Nurs Health* 1999; 22(5): 399-409.
103. Leeners B, Rath W, Kuse S, & Neumaier-Wagner P. Breast-feeding in women with hypertensive disorders in pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine* 2005; 33(6):553-560.
104. Saied H, Mohamed A, Suliman A, Al Anazi W. Breastfeeding knowledge, attitude and barriers among Saudi Women in Riyadh. *Journal of Natural Sciences Research* 2013; 3(12): 6–13.
105. Faridvand F, Mirghafourvand M, Malakouti J, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S. Relationship between social support and breastfeeding self-efficacy among women in Tabriz, Iran. *British Journal of Midwifery* 2017; 25 (2): 103–109.
106. Ngo LTH, Chou H, Gau M, Liu C. Breastfeeding self-efficacy and related factors in postpartum Vietnamese women. *Midwifery* 2019; 70: 84–91.
107. Bich TH, Hoa DT, Malqvist M. Fathers as supports for improved exclusive breastfeeding in Vietnam. *Maternal and Child Health Journal* 2014; 18: 1444-1453.
108. Soltani N, Abedian Z, Mokhber N, Esmaily H. The Association of Family Support After Childbirth With Posttraumatic Stress Disorder in Women With Preeclampsia. *Iran Red Crescent Med J* 2015; 17(10): e17865.
109. Aksu A, Yılmaz Vefikulucay D. The relationship of postpartum sleep quality and breastfeeding self-efficacy of Turkish mothers. *Scand J Caring Sci* 2019.
110. McCoy SJB, Beal JM, Shipma SBM, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *Journal of the American Osteopathic Association* 2006;106: 193–198.
111. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders* 2008; 108 (1–2): 147–157.

112. O' Hara MV, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 9: 379–407.
113. Dagher RK, Shenassa ED. Prenatal health behaviors and postpartum depression: is there an association? *Arch Womens Ment Health* 2012; 15: 31–7.
114. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015; 175: 34– 52.
115. Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2018; 9(3): 147-152.
116. Tahaoğlu AE, Toğrul C, Külahçioğlu Mİ, Aydın Öztürk B, Balsak D, Bademkiran H, Gül E, Görkem Ü, Güngör T. Factors affecting postpartum depression in Diyarbakır. *Perinatal Journal* 2015; 23(1): 26–29.
117. Kirpınar I, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, sociodemographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs* 2010; 19: 422–31.
118. Abuchaim EDSV, Calderia N.T, Lucca MMD, Varela M, Silva IA. Postpartum depression and maternal self-efficacy for breastfeeding: prevalence and association. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(6): 664-70.
119. Öztora S, Arslan A, Çaylan A, Dağdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2019; 22: 85-91.
120. Liu S, Yan Y, Gao X, Xiang S, Sha T, Zeng G, He Q. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; 17: 133.
121. Küçüköğlü S, Çelebioğlu A, Coşkun D. Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(3):921-932.
122. Işık G. Gestasyonel diyabetin gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon ve emzirme öz-yeterliliğine etkisi. *Izmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2017.
123. Aslan Y, Ege E. Annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences* 2016; 13(2).

EKLER

EK 1. BİREY TANITIM FORMU

Anket No:

Tarih:

Rumuz/ Protokol No:

Tel:.....

Doğum Sonrası 24. saatte

1. Yaşınız:.....
2. Eğitim durumunuz:
3. Okur-yazar b. İlköğretim mezunu c. Ortaöğretim ve üzeri mezunu
4. Çalışma durumunuz:
 - a. Çalışıyorum (Meslek:.....) b. Çalışmıyorum
5. Aylık geliriniz:.....
6. Aile Tipi:
 - a. Çekirdek aile b. Geniş aile
7. Obstetrik öykü:
 - a. Gebelik sayısı:..... b. Canlı doğum sayısı:..... c. Düşük sayısı:.....
7. Bir önceki gebeliğiniz nasıl sonlandı?
 - a. Normal doğum b. Sezaryan doğum c. Düşük d. Küretaj
8. Gebeliğiniz planlı mı?
 - a. Evet b. Hayır
9. Gebeliğinizde yüksek tansiyon sorunuz için hangi tedaviyi kullandınız?
 - a. Diyet b. Egzersiz c. İlaç tedavisi(.....)
10. Gebeliğiniz boyunca hastanede yattınız mı?
 - a. Evet (Süre:.....) b. Hayır
11. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?
 - a. Erkek b. Kız
12. Bebeğinizin doğum kilosu:.....
13. Gebelikte ya da doğum sonu dönemde emzirmeye ilişkin bilgi aldınız mı?
 - a. Evet b. Hayır
14. Bir önceki çocuğunuzu emzirdiniz mi?
 - a. Evet b. Hayır

15. Şimdiki çocuğunuzu doğumdan sonra ilk ne zaman emzirdiniz?.....

16. Emzirme için sizi destekleyen biri var mı?

a. Evet (Kim.....) b. Hayır

17. Anne sütü dışında başka bir gıda verdiniz mi?

a. Evet b. Hayır

Doğum Sonrası İkinci Ayda

18. Bebeğinizin 2.aydaki kilosu:

19. Emzirmeye devam ediyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

20. Emzirmeye ne kadar süre devam etmeyi düşünüyorsunuz?.....

21. Anne sütü dışında başka bir ek gıda verdiniz mi?

a. Evet b. Hayır

22. Ne sıklıkla emziriyorsunuz?

a. Her ağladığında b. Yarım saatte bir c. 1-3 saatte bir d. 4-6 saatte bir

EK 2. EDINBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Örnek: Kendimi mutlu hissediyorum.

- Evet, her zaman Hayır, çok sık değil
 Evet, çoğu zaman Hayır, hiçbir zaman

Bu, son hafta boyunca “Çoğu zaman kendimi mutlu hissediyorum” anlamına gelmektedir.

Lütfen aşağıdaki soruları örnekte gösterildiği biçimde yanıtlayınız.

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
 Artık pek o kadar değil
 Artık kesinlikle o kadar değil
 Artık hiç değil

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
 Her zamankinden biraz daha az
 Her zamankinden kesinlikle daha az
 Hemen hemen hiç

3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
 Evet, bazen
 Çok sık değil
 Hayır, hiç bir zaman

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiç bir zaman
 Çok seyrek
 Evet, bazen
 Evet, çoğu zaman

5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- Evet, çoğu zaman
 Evet, bazen
 Hayır, çok sık değil
 Hayır, hiç bir zaman

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
 Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
 Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
 Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla

EK 3. EMZİRME ÖZ- YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1= Hiç emin değilim

2= Çok emin değilim

3= Bazen eminim

4= Eminim

5=Çok eminim

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığımı her zaman anlayabilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayrabilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK 4. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 1
Tarih : 10 Ocak 2018
Karar No : 23

Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşiresi Tuğba KESTEL'in Yüksek Lisans tezi olarak yapılması planlanan "Preeklampsili Annelerde Emzirme Öz -Yeterliliği ve Postpartum Depresyonunun İncelenmesi" konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Hemşire Tuğba KESTEL tarafından İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr.Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER: Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER

Doç. Dr. Süheyla SERİN SENER

Doç. Dr. Ahmet KAYA

Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU

Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN

Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN

Doç. Dr. Emel Ebru PALA

Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY

Doç. Dr. Can ÖZTÜRK

Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK

Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN

Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon: 0 232 4696969 / 6128-6708

EK 5. KURUM İZNI



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ ARGE VE
SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ
18/04/2018 17:57 - 77597247 - 619 - E.116



00067344274

Sayı : 77597247-619
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba
KESTEL'in Araştırma İzni Hk.

S.B.Ü. İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'nin danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba KESTEL'in hazırlamış olduğu "**Preeklampsili Annelerde Emzirme Öz-Yeterliliği ve Postpartum Depresyonun İncelenmesi**" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın Kurumunuz, Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinikleri'nde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm. Dr. Bediha SALNUR
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

Araştırma izin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1 Sayfa)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
Faks No:0 232 483 3639

e-Posta:leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge ve Sağlık İnovasyon Birimi

Bilgi için:Leyla KARLIDAĞ
Unvan:Uzman

Telefon No:0 232 441 8111/325

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0274e6d9-db59-4b09-b20d-1c7418cae3e4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

| KARAR NO | BAŞVURU TARİH ve SAYISI | DEĞERLENDİRME TARİHİ | KARAR |
|----------|-------------------------|----------------------|-------|
| 2018/37 | 30.03.2018 65955594 | 10.04.2018 | UYGUN |

Açıklama:

Yürütücü/ Sorumlu Araştırmacı "Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba KESTEL tarafından kurulumuza sunulan "Preeklampsili Annelerde Emzirme Öz- Yeterliliği Ve Postpartum Depresyonun İncelenmesi" adlı araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile "KABUL" kararı verilmiştir.

İlgili Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye
Adı Soyadı
Uzm.Dr. Songül NUHOĞLU

Üye
Adı Soyadı
Uzm.Dr.Leyla Sündüs
ARSLAN

Komisyon Başkanı
Adı Soyadı
Dr. Zeynep SOFUEOĞLU

Kurum Yöneticisi
Adı Soyadı
Uzm.Dr. Bediha SALNUR
Mühür İmza

İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 Konak/ İZMİR
Tel: (0232) 441 81 11 Faks : (0232) 483 36 39
E-posta adresi : izmir.arge@saglik.gov.tr

Bilgi :Uzman Leyla KARLIDAĞ
Dahili :325

EK 6. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

SAYIN KATILIMCI;

Bu çalışma preeklampsinin emzirme öz-yeterliliği ve postpartum depresyon üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma anket sorularından ve bireysel görüşmeden oluşmaktadır. Preeklampsi tanısı alan kadınlarla yüz yüze ve doğum sonrası ikinci ayda telefon yoluyla araştırmacı tarafından anket uygulanacaktır. Bu araştırma cerrahi girişim ve tıbbi işlem içermediği için herhangi bir risk faktörü de içermemektedir. Araştırma süresince katılımcının maddi gideri olmayacaktır ve katılımcıya da hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esası içermektedir. Katılımcı istediği zaman çalışmaya katılmaktan vazgeçebilir. Çalışma hakkında sormak istediğiniz bir konu olursa aşağıdaki kişiye ulaşabilirsiniz.

Hemşire Tuğba Özkardeş

Telefon: 05057366818

“Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

“Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazeçmiş olmayacağım. Bu koşullarda, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum”.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı Soyadı:

Yaş Ve Cinsiyet:

İmzası:

Adresi (varsa telefon numarası ve /veya fax numarası)

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı

Adı-Soyadı: Tuğba ÖZKARDEŞ

İmzası:

EK 7. ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

Re: Ā-İĀşek izni Gelen Kutusu x



merlinda.alus@deu.edu.tr

Alıcı: ben

27 Eki 2017 Cum 16:25 ★ ↶ ⋮

>Merhabalar Tuğba
>ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyanız
>İyi çalışmalar

Merhaba hocam nasĀlsĀnĀz?
> Katip Ātelebi Āoniversitesi SaĀYĀk Bilimleri EnstitĀsĀ KadĀn
> SaĀYĀgĀ
> bĀĀmĀnde Yard. DoĀŞ. Dr. Nuray EgeliĀyĀ Cetsli danĀĀymanĀĀĀnda
> yĀksek
> İisansĀmĀ yapmakĀyĀm. Tez ĀşalĀĀmamda izniniz olursa hocam emzirme
> Āz-
> yeterlilik ĀĀşek formunuzu kullanmak istiyorum.
> TeĀekkĀr ederim.
>
...

[İleti kısaltıldı] [Tüm iletiyi görüntüle](#)

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Ankara’ da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Ankara’da tamamladı. 2008 yılında Ankara Mustafa Kemal Atatürk Sağlık Meslek Lisesi’nden, 2014 yılında İzmir Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun oldu. 2014 yılında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin 3. Kadın Doğum Kliniğinde hemşire olarak göreve başladı ve halen görevini sürdürmektedir.

