

**156329**

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANABİLİM DALI

**GEBELERİN PREEKLAMPSİ VE BAKIMI İLE İLGİLİ  
BİLGİ DÜZEYLERİNİN  
DURUMLUK ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ**

MERYEM TÜRKAN ERER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
YRD. DOÇ. DR. NAZİFE AKAN

TEZ NO:..34

MERSİN-2004

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan **Gebelerin Preeklampsi ve Bakımı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Durumluk Anksiyete Üzerine Etkisi** adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez savunma Tarihi 28/10/2004

İmza

Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Başkanı

İmza

Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

İmza

Yrd. Doç. Dr. Arzu KANIK  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

Yukarıdaki tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 09.12.2004 tarih ve 311.. sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Canan ERDOĞAN  
Enstitü Müdürü



## TEŞEKKÜR

Bu çalışma süresince değerli yardım ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Sn. Yrd.Doç. Dr. Nazife AKAN'a çok teşekkür ederim.

Tezimin istatistiksel değerlendirmelerindeki yardımlarından dolayı ME.Ü. Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Başkanı Sn. Yrd. Doç. Dr. Arzu KANIK' a ve Sn. Arş. Gör. Seval ERDOĞAN'a teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince beni destekleyen ME. Ü. Sağlık Yüksekokulu Müdürü Sn. Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN'a, ME.Ü. Sağlık Yüksekokulu Ebelik Ana Bilim Dalı Başkanı Sn.Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL' a, Sn. Yrd. Doç. Dr. Sabire YURTSEVER' e teşekkür ederim.

Çalışmama destek ve katkıda bulunan mesai arkadaşlarıma, araştırmanın yapılmasına ortam hazırlayan ME.Ü. Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Mersin Devlet ve SSK Hastaneleri yöneticilerine ve ebe/hemşirelerine, her konuda olduğu gibi bu çalışmam sırasında manevi desteğini hiç eksik etmeyen aileme, özellikle ablalarım Sn. Tülin ÖZ'e, Sn. Tülay YAPAR'a, abim Sn. M.Yüksel IŞIK'a ve değerli eşim Sn. İ. Refik ERER'e teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	xi
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Hemşirelik / Ebelikle İlişkisi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Gebelikte Hipertansif Durumlar.....	3
2.1.1. Gebelikte Görülen Hipertansif Durumların Sınıflandırılması.....	3
2.1.2. Preeklampsiyi Hazırlayan Faktörler.....	5
2.1.3. Gebelik Hipertansiyonunun Fizyopatolojisi.....	6
2.1.4. Klinik Belirti ve Bulguları.....	9
2.1.5. Hellp Sendromu.....	11
2.1.6. Eklampsi.....	11
2.2. Preeklampsinin Gebe Organizması Üzerinde Oluşturduğu Değişiklikler.....	12
2.2.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri:.....	12
2.2.2. Utero- Plasental Dolaşım Değişiklikleri:.....	13
2.2.3. Hematolojik Etki.....	13
2.2.4. Endokrin ve Metabolik Değişiklikler.....	14
2.2.5. Sıvı Elektrolit Dengesindeki Değişiklikler.....	14
2.2.6. Böbrek Fonksiyon Değişiklikleri.....	14
2.2.7. Karaciğer Fonksiyon Değişiklikleri.....	14
2.2.8. Akciğer Fonksiyon Değişiklikleri.....	14
2.2.9. Nörolojik Değişiklikler.....	15
2.2.10. Preeklampsinin Fetusa Etkileri.....	15
2.3. Preeklampsinin Erken Tanısında ve Takibinde Yardımcı Yöntemler.....	15
2.3.1. Klinik Muayenede Kullanılan Yöntemler.....	16
2.3.2. Biyokimyasal ve Hematolojik Belirleyiciler.....	16

2.3.3. Doppler Çalışmaları.....	16
2.3.4. Preeklampsili Gebelerin Antenatal Bakımında Ebe/Hemşirenin Rolü.....	16
2.4. Preeklampsili Gebede Anksiyete.....	20
2.4.1. Anksiyete –Kaygı.....	20
2.4.2. Anksiyete Düzeyleri.....	22
2.4.2.1. Dinlenme Evresi.....	22
2.4.2.2. Hafif Anksiyete (+).....	23
2.4.2.3. Orta Anksiyete(++).....	23
2.4.2.4. Ağır Anksiyete(+++).....	23
2.4.2.5. Panik(++++).....	24
2.4.2.6. Anksiyete Gelişiminde Basamaklar .....	24
2.5. Riskli Gebelikte Oluşan Psikolojik Tepkiler.....	25
2.5.1. Anksiyete.....	26
2.5.2. Benlik Saygısına Tehdit.....	26
2.5.3. Kendini Suçlama.....	26
2.5.4. Engellenme.....	26
2.5.5. Çatışma.....	26
2.5.6. Kriz.....	26
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>28</b>
3.1. Araştırmanın Şekli.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni.....	29
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	29
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
3.6. Verilerin Toplanması.....	30
3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	30
3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	31
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>33</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>43</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>50</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>52</b>

<b>EKLER.....</b>	<b>59</b>
<b>EK-1.....</b>	<b>59</b>
<b>EK-2.....</b>	<b>65</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>66</b>



## ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1: Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Çizelge 2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Çizelge 3: Gebelerin Hastaneye Yatışları İle ilgili Özelliklerinin Dağılımı .....	36
Çizelge 4: Gebelerin Hastalık ve Bakım Bilgisi Eğitiminden Önce Aldıkları Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
Çizelge 5: Gebelerin Eğitimden Sonra Hastalık ve Bakım Bilgisinden Aldıkları Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
Çizelge 6: Gebelerin Hastalık ve Bakım Bilgisi Sorularından Önce ve Sonra Alınan Puanın Ortalama Dağılımı .....	38
Çizelge 7 : Preeklampsili Gebelerin Hastalık ve Bakım Bilgisi Eğitiminden Önce ve Sonra Aldıkları SDAÖ Puanın Ortalama Dağılımı.....	38
Çizelge 8: Gebelerin Yattıkları Hastanelere Göre SDAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Çizelge 9: Gebelerin, Eğitim Durumlarına Göre SDAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Çizelge 10: Gebelerin Eş İle Sorun Yaşama Durumlarının SDAÖ Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	40
Çizelge 11: Gebelerin, Gebeliği İsteme Durumlarına Göre SDAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	41
Çizelge 12: Gebelerin Doktordan Doğum Şekli Hakkında Bilgi Alma Durumlarına Göre SDAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Çizelge 13: : Gebelerin Hastaneye Yatış Nedenini Bilme Durumlarına Göre SDAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42

## KISALTMALAR DİZİNİ

- MEÜTFAHKDK** : Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği
- SSKMHDÇBK** : Sosyal Sigortalar Kurumu Mersin Hastanesi Doğum ve Çocuk Bakım Kliniği
- MDHD** : Mersin Devlet Hastanesi Doğumevi
- SDAÖ** : Spielberger'in Durumluk Anksiyete Ölçeği
- BKİ** : Beden Kitle İndeksi ( kilo kg / boy<sup>2</sup> m<sup>2</sup> )
- X** : Ortalama
- SS** : Standart Sapma





## ÖZET

Bu araştırma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisi, Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin SSK Hastanesi Doğumevinde preeklampsi tanısı konulmuş gebelerde hastalık ve bakım bilgisinin durumluk anksiyeteyi azaltmada etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini 01.10.2002 tarihinden itibaren bir yıl içinde preeklampsi tanısıyla servise yatan 45 preeklampsili gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların sosyo-demografik özelliklerini, hastalık ve bakım bilgisini saptamaya yönelik sorulardan oluşturulmuş veri toplama formu ve durumluk anksiyetesini saptamak amacıyla Spielberger'in Durumluk Anksiyete Ölçeği (State Anxiety Inventory) kullanılmıştır.

Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS for 10.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, paired samples t-test ve student t-testi kullanılmıştır.

Preeklampsili gebeler hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce durumluk anksiyete ölçeğinden aldığı puan değerinin ortalaması 53.7 (orta düzey), standart sapması 12.2 ve eğitimden sonraki anksiyete ölçeğinden aldığı puan değerinin ortalaması 37.6 (hafif düzey), standart sapması 9.5'dir. Preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce anksiyete puan değeri ile sonraki anksiyete puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitimden önce aldıkları puan ortalamalarının dağılımına göre; preeklampsili gebelerin hastalığa yönelik bakım puanının minimum değeri 0, maksimum değeri 17, ortalaması 6.3'dir. Hastalık bilgi puanının minimum değeri 3, maksimum değeri 42, ortalaması 14.1'dir. Toplam bilgi puanına bakıldığında ise minimum değer 3, maksimum değer 53, ortalama 12'dir.

Preeklampsili gebelerin eğitimden sonra hastalık bilgisi hakkında aldıkları puan ortalamalarının dağılımına göre; preeklampsili gebelerin eğitimden sonra hastalığa yönelik bakım puanının minimum değeri 20, maksimum değeri 20, ortalaması 20'dir. Hastalık bilgi puanının minimum değeri 45, maksimum değeri 50, ortalaması 47.1'dir. Toplam bilgi puanına bakıldığında ise minimum değer 65, maksimum değer 70, ortalama 67.1'dir.

Preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce ve sonra aldıkları puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Yapılan eğitim sonucunda preeklampsili gebelerin bilgi puanı artmış, durumluk anksiyetesi azalmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Preeklampsi, eğitim, anksiyete, durumluk anksiyete .



## ABSTRACT

This study was made, as a experimental, in risky pregnancies diagnosed as preeclampsia in Mersin University Hospital Gynecology Department, Mersin State Hospital and Social Insurance Institution Hospital Gynecology Department, in order to evaluate the effects of the illness and treatment information on alleviating the state anxiety.

The sample group of the research was consist of 45 pregnant women who were hospitalized with preeclampsia diagnosis between 1 October 2002 and 1 October 2003. In collecting the data, the researcher used a questionnaire by which it was aimed to determine the patients' socio-demographic characteristics and information about the illness & its treatment and additionally, Spielberger's "State Anxiety Inventory" was used to determine the state anxiety.

The collected data was evaluated by using the computer program "SPSS for 10.0". In analyzing the data, distributive percentage, paired samples t-test, student t-test were used.

Before the sample patients were informed about the illness and its treatment, the mean value of Spielberger's "State Anxiety Inventory" was 53.7 (middle level) and standart deviation was 12.2. However, after they were informed about the illness and its treatment the mean value changed to 37.6 (low level) and the standart deviation was 9.5. The difference is statistically remarkable ( $p < 0.05$ ).

The patients with preeclampsia pregnancies who were informed about the illness and educated about practicing the treatment in the illness between the before and after state, anxiety inventory value difference is statistically remarkable ( $p < 0.05$ ).

According to the distribution of the averages of the points which the patients with preeclampsia pregnancies had before being informed of the illness and before they were taught about practicing the treatment, the minimum value of the points in practicing the treatment in the illness was 0, maximum 17 and mean 6.3. The minimum value of the points in the knowledge of the illness was minimum 3, maximum 42 and mean 14.1. Total knowledge score was minimum 3, maximum 53 and means 12.

According to the distribution of the averages of the points which the patients with preeclampsia pregnancies had, after being informed of the illness, the minimum value of the points in practicing the treatment in the illness was 20, maximum 20 and mean 20. The

minimum score in the knowledge of the illness was 45, maximum 50 and mean 47.1. Total knowledge score was minimum 65, maximum 70 and mean 67.1.

The scores were found statistically remarkable ( $p < 0.05$ ) between the before and the after stages of informing the patients about the illness and practice of the treatment.

After having diagnosed the preeclampsia, the state anxiety scores, in both before and after stages of informing the patients of the illness and educating them in practicing the treatment were found statistically remarkable with illness and treatment knowledge education. After the education, the knowledge score became higher and the state anxiety became lower in the patients with preeclampsia pregnancies.

**Key words:** preeclampsia, education, anxiety, state anxiety.



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Ebelik/Hemşirelikle İlişkisi

Gebelik kadın için normal fizyolojik bir olay, doğal bir yaşam krizidir(1,2,3,4). Ancak anne adayının gebelik öncesi dönemde sahip olduğu ve gebelikte ortaya çıkan hastalıklar, beslenme bozuklukları, radyasyon, çevre kirliliği gibi olumsuz çevre koşulları anne ve fetusun sağlığını etkileyebilir. Bu güne kadar yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar gebeliklerin ortalama %10-20'sinin riskli olduğunu ortaya koymuştur (1, 2, 3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, her yıl 585 binden fazla kadın gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonları nedeniyle ölmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde anne ölümleri yüzbinde 4-10 arasında değişirken gelişmekte olan ülkelerde bu oran yüzbinde 140'a çıkmaktadır. Ülkemizde ise anne ölüm hızı yüzbinde 49'dür (5). Ülkemizdeki bu ölümlerin %23.6'sı gebelik, % 47.5'i doğum ve %28.9'u lohusalığa bağlı nedenlerle meydana gelmektedir(6).

Türkiye'de anne ölümleri kanama (%33), gebelik ve lohusalık toksemileri (%20), enfeksiyon (%14), emboli (%14) ve diğer obstetrik nedenler (%6) sonucunda oluşmaktadır (5). Çeşitli araştırmalardan elde edilen veriler ülkemizde toksemi nedeniyle meydana gelen anne ölümlerinin %7-43 arasında olduğunu göstermektedir (7, 9,10,11). Genel olarak gebelik toksemisi olarak adlandırılan preeklampsi ve eklampsi gebelikte ortaya çıkan hipertansif hastalıkların %70'ini oluşturmaktadır. Gebelik toksemileri anne, fetus ve yenidoğan morbidite ve mortalite nedenlerinin başında yer almaktadır (9, 10,12) .

Preeklampsinin tanınmasında ve tedavisinde antenatal bakımın önemi oldukça büyüktür. Yeterli izlem ve danışmanlık, uygun bir diyet, kaygıdan uzak olmayı kapsayan antenatal bakımla anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkileyen gebelik toksemilerinin görülme sıklığı %1-2.5' e kadar düşürülebileceği bildirilmiştir. Bu konuda sağlık personelinin önemli bir görevi vardır (13, 14).

Ülkemizde antenatal bakım hizmeti çok çeşitli sağlık kuruluşlarında verilmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda bu kuruluşlarda hizmet veren ebe ve hemşirelerin gebelikte riskli durumlar konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıkları saptanmıştır (15,16).

Türkiye’de gebelerin %62’sinin en az bir kez doğum öncesi bakım aldıkları saptanmıştır (17). Yeterli antenatal bakım verilememesi sonucunda riskli durumların erken dönemde saptanamadığı ve bu nedenle daha sonraki dönemlerde gebelerin geri dönüşü zor bulgularla kliniğe geldikleri gözlenmiştir (18). Girişkin ve ark. (2001) yaptıkları araştırmada riskli gebelik oranının yüksekliği (%96.3) dikkati çekmektedir (19).

Gebelik sürecince gebenin psikolojik iyiliğinin sağlanmasında sosyal destek faktörlerinin varlığı çok önemlidir. Gebe; eşi, ailesi, arkadaşları ve yakın çevresiyle sürekli etkileşim içindedir. Bu kişiler gebenin anneliğe uyum sağlamasında çok önemli rol oynar. Hastanede ise gebenin en sık birlikte olduğu sağlık ekibi üyeleri ebe/hemşirelerdir (20). Ebe/hemşire, preeklampsili gebenin kendi hastalığı hakkında bilgi sahibi olmasının onun durumluk anksiyetesi üzerinde etkili olacağını bilmelidir. Buna göre hastanın bakımında bilgi gereksinimlerini karşılayacak girişimleri belirlemeli ve uygulamalıdır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, preeklampsi tanısıyla hastaneye yatan gebelerin eksik ve yanlış bilgileri tamamlandıktan sonra sahip oldukları hastalık ve bakım bilgisinin durumluk anksiyete üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.GEBELİKTE HİPERTANSİF DURUMLAR

Preeklampsi genellikle gebeliğin 20. haftasından sonrası ortaya çıkan proteinüri, ödem veya her ikisinin de birlikte olduğu hipertansiyon bulgularıyla (kan basıncının: 140/90üzerinde olması) karakterizedir (2, 10, 11, 21, 22, 23). Preeklampsi ve eklemisi gebelikte ortaya çıkan bir hipertansif hastalık grubudur ve genel olarak gebelik toksemisi olarak adlandırılmaktadır. Preeklampsi gebelikte ortaya çıkan hipertansif hastalıkların %70'ini oluşturmaktadır (2,9,12) .

Gebeliğin neden olduğu hipertansiyon (PIH, pregnancy induced hypertension), gebeliğin 20. haftasından sonra başlar, kronik hipertansiyon ise gebeliğin 20. haftasından önce gelişen hipertansiyon olarak tanımlanır. PIH gelişmesinin ardından organ tutulumu veya fetal büyüme geriliği olması halinde hastalık şiddetli olarak kabul edilir. Bu kadınlarda, bazen fetal immatüriteye rağmen erken doğum eylemi gerçekleştirilmektedir (9,24).

#### 2.1.1.Gebelikte Görülen Hipertansif Durumların Sınıflandırılması

Gebelikte ortaya çıkan hipertansiyon etiyolojik olarak farklı iki gruba ayrılır. Birincisi gebeliğin neden olduğu ve gebelikte ortaya çıkıp doğumdan sonra geriye dönen “gebelik hipertansiyonu”, ikincisi ise herhangi bir nedene bağlı olarak gebelikten önce de mevcut olan ve gebeliğe eşlik eden “kronik hipertansiyon” dur (9,25) .

Gebelik toksemisi olarak da adlandırılan gebelik hipertansiyonu, genellikle ödem, proteniüri, hipertansiyon (EPH sendromu) bulgularıyla kendini gösteren ve gözlenen semptomlara bağlı olarak çok değişik şekillerde sınıflandırılan risk durumudur (9,25,26).

1972'de American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) tarafından ortaya konulan sınıflandırma yaygın olarak kabul görmüştür.

ACOG sınıflandırmasına göre gebelikte görülen hipertansiyon ve preeklampsi sınıflaması şöyledir:

- I. Geçici hipertansiyon: Gebeliğin ikinci yarısında veya post partum ilk 24 saat içinde ortaya çıkan proteinüri ve ödemin eşlik ettiği doğum sonrası 10 gün içinde normale dönen hipertansiyon
  - A- Preeklampsi: Geçici hipertansiyona proteinüri ve/veya ödemin eşlik ettiği olgular
  - B- Eklampsi: Preeklampsiye konvülsiyon veya komanın eklendiği olgular
- II. Kronik hipertansiyon: Gebelikten veya 20. gebelik haftasından önce hipertansiyonun var olduğu ve pospartum 6 haftadan daha uzun süre devam eden olgulardır.
  - A- Süperempoze: Preeklampsi kronik hipertansiyon olgularına preeklampsinin eklenmesidir (9, 25, 26, 27).

Çelik (2001), kronik hipertansiyonlu gebelerin %1-5'inde preeklampsi tablosu geliştiğini öne sürmüştür(28).

Yaygın kullanım alanı bulunan bu sınıflama basit ve anlaşılır olmasına karşın gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon kavramını içermemesi, gebelik öncesi kan basıncının bilinmediği hastalarda yardımcı olmaması, hafif ve ağır preeklampsiyi ayırmaması ve hastalığın (prognozu) ilerleyici belirtileri yönünden grupları belirlememesi açısından eksik olduğu anlaşılmıştır.

ACOG 1986 yılında gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon tanımına ilaveler yaparak ikinci bir sınıflama yapmıştır.

I- Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon ( Pregnancy Induced Hypertension)

A- Preeklampsi

a) Hafif

b) Ağır

B- Eklampsi

II- Kronik hipertansiyon

III- Kronik hipertansiyon üzerine eklenmiş gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon

A- Süperempoze preeklampsi

B- Süperempoze eklampsi (9,25, 26, 27)



## 2.1.2. Preeklampsiyi Hazırlayan Faktörler

Literatürde aşağıda belirtilen durumların preeklampsinin oluşumunda etkili olduğu belirtilmektedir.

- İlk gebelikler; bütün preeklampsi olgularının %65'i ilk gebeliklerde görülmüştür (29, 30).

- Gebelik yaşı; 18 yaşın altı ve 35 yaşından büyük ise preeklampsi görülme sıklığı artmaktadır (12, 31, 16, 27). Göl ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada 40 yaş ve üstü gebelerde anemi, kronik hipertansif hastalıklar ve preeklampsi insidansının daha sık izlendiğini saptamışlardır.

- Gebede vasküler hastalıklar; önceden var olan hipertansiyon, böbrek hastalığı öyküsü, diabetes mellitus gibi hastalık durumlarında hipertansif hastalıklar ve preeklampsi insidansının arttığı görülmüştür (9, 12, 27, 31).

- Önceki gebeliklerinde ve ailesinde preeklampsi hikayesi olan gebelerde preeklampsi görülme sıklığı diğer popülasyondan daha fazladır (29).

- Uterus duvarının aşırı gerilmesine neden olan durumlar; çoğul gebelikler, mol hidatiform, büyük fetus, polihidroamniyos (12, 16, 27, 31).

- Anksiyete ve depresyon (3, 32, 33, 34).

- Sık ve fazla sayıda gebelik; beş ve daha sonraki gebelikler (12, 16, 27, 31)

- Irk; siyah ırkta daha fazladır (12, 16, 27, 31).

- Genetik faktörler (12, 16,25, 27, 31).

- Yetersiz prenatal bakım (12, 16, 25, 27, 31).

- Gebelik ağırlığı; zayıf ya da şişman beden yapısında olanlarda daha fazladır (30).

- Düşük sosyo-ekonomik durum (16, 21, 27, 31).

- Beslenme bozukluğu; özellikle karbonhidrat ağırlıklı beslenme (12, 16,27,31).

- Vitamin eksikliği özellikle (B12 vitamini ve folik asit) (35).

Patrick ve ark.(2004) preeklampsilili zenci gebelerin plazma homosisteini (homocysteine) ve folikasit değeri düştükçe preeklampsi görülme sıklığının artmış olduğunu saptanmışlardır (35).

- Trisomi-13 (27,36).

- Hidrops fetalis (9, 36)

Preeklampsinin gelişmesi ve ilerlemesinde anksiyete ve depresyonun önemli rolü olduğu bilinmektedir. Anksiyete gebelikte sıklıkla fiziksel rahatsızlıklar, hormonal değişiklikler ve değişik psikososyal faktörler nedeniyle ortaya çıkar. Anksiyete ile baş edemediği durumlarda bireyde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye, değersizlik, suçluluk, umutsuzluk duygularının yaşandığı depresyon ortaya çıkar (1, 37). Kurki ve ark. (2000) gebelik döneminde anksiyete ve depresyonun preeklampsiyi artırdığını göstermişlerdir (21). Anksiyete vücutta sempatik sistem aracılığı ile vazokonstrüksiyona neden olur. Bu durumda preeklampsi daha da ağırlaşabilir (3, 27).

### **2.1.3. Gebelik Hipertansiyonunun Fizyopatolojisi**

Anne ve fetüsün sağlığını önemli ölçüde bozan bir gebelik komplikasyonu olan preeklampsinin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, bugün üzerinde durulan teoriler; immunolojik bozukluklar, genetik faktörler, anormal prezentasyon, endojen hormonlar ve beslenme. Birbiri içine girmiş bu faktörler açıklanamayan bir şekilde damarlarda endotel hasarına neden olmakta ve böylece preeklampsinin geliştiği kabul edilmektedir (9, 15, 21, 32).

İlk olarak 1902'de immunolojik ajanların preeklampsi ve eklampsi hastalığını ortaya çıkarttığı görüşü ortaya atılmıştır. Birinci trimesterde gebe ile fetüs arasında organ reddine benzer şekilde, vücudun plasenta ve fetüse karşı geliştirdiği immun cevabın etkisi sonucunda gelişmektedir. Bu reaksiyonun invaziv genişleyen trofoblastlara karşı immun koruma için B ve T lenfosit üretiminin yetersizliği ya da antikor atması sonucu oluştuğu bilinmektedir (25, 26).

Gebelik sırasında fetal antijenler annenin dolaşımına karışır. Annenin antikor cevabı yeterli ise immun kompleksler retikuloendotelial sistem ile temizlenir ve hiçbir hasar olmaz. Antikor cevabı veya klirens mekanizması yeterli değilse oluşan patolojik immun kompleks vasküler, glomerüler ve koagülasyon sisteminde hasarlara neden olacaktır. Preeklampsinin sık görüldüğü trofoblastik dokunun da arttığı ikiz gebelik ve mol hidatiformda fetal antijenin arttığı annenin daha fazla antijene maruz kaldığı kabul edilir. Preeklampsinin ortaya çıkmasında bloke edici antikorların yokluğu, hücresel yanıtının azalması, nötrofillerin aktivasyonu gibi faktörler de söz konusudur (9, 25, 26).

Preeklampsiyi yaşayan gebenin anne, kız ve kız kardeşlerde bu durumun daha sık görülmesi etiyolojide genetik faktörlerin de etkili olduğunun göstergesidir.

Preeklampsili kadınların kız kardeşlerinde de preeklampsi görülme sıklığı %37'dir. Preeklampsili kadınların anneleri de gebeliklerinde %15 oranında preeklampsi geçirmiştir. Preeklampsi birden fazla sorumlu genin bulunduğu heterojen bir durum olabilir (9, 28, 36).

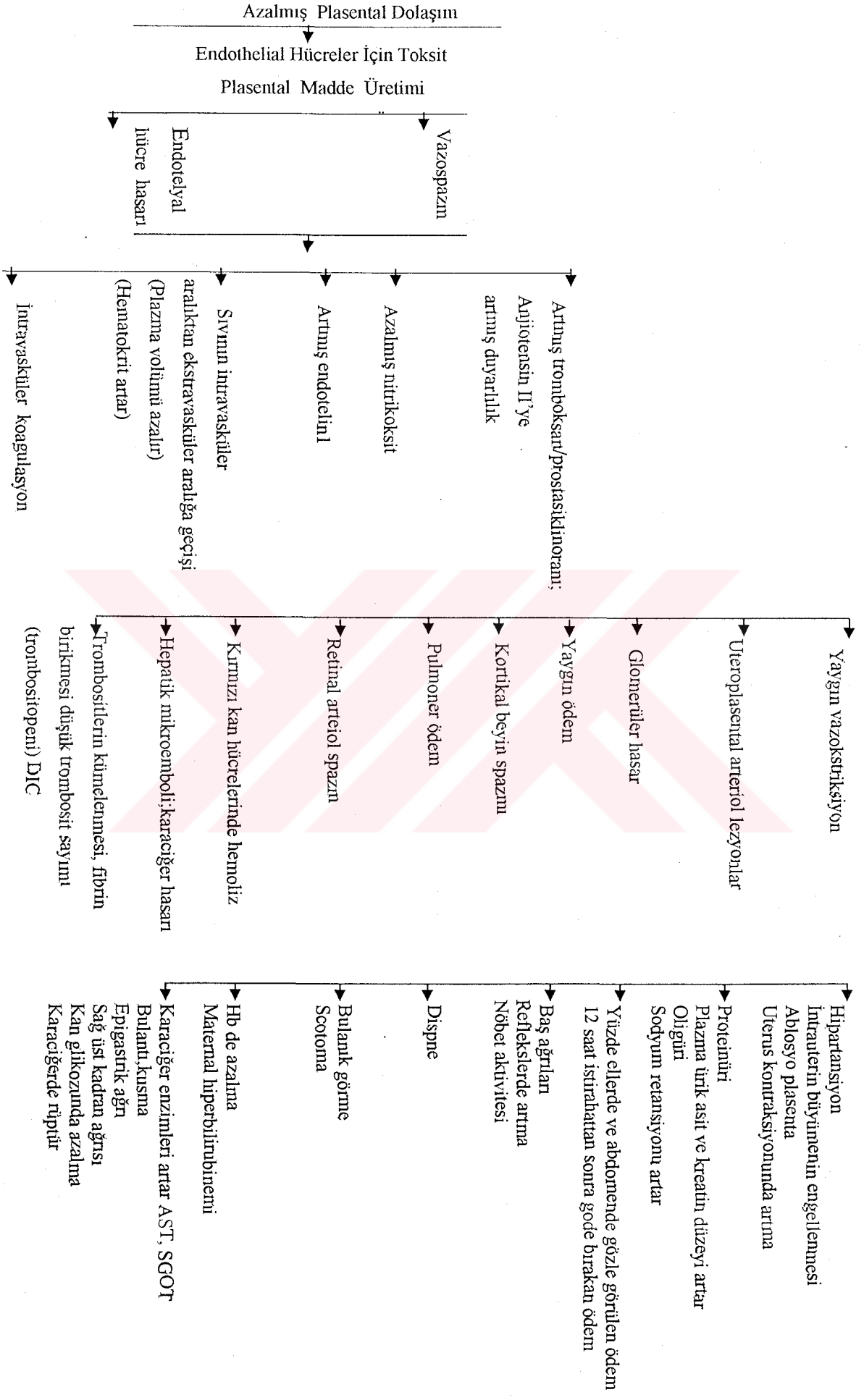
Arngrimsson ve ark. (1997) yaptıkları çalışmada ailesel preeklampsi yatkınlığında endotelial hücre disfonksiyonuna yol açan ve 7. kromozomun 7q36 lokusunda yer alan endotelial hücre nitrikoksit sentez (eNOS) geninin rol aldığını öne sürmüşlerdir. Lade (1999) ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada eNOS geni eksikliğinin preeklampsiden bağımsız olarak daha çok hipertansiyonu hazırlayıcı bir faktör olduğunu savunmuşlardır (38, 39).

Preeklampside temel anormallik pressor hormonlara karşı oluşan genel arterial konstrüksiyon ve vasküler duyarlılık artışıdır. Bu vasküler reaktivite değişikliklerinin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Prostosiklin (PGI<sub>2</sub>) damar epitelinde yapılır ve vazodilatör etkiye sahiptir. Tromboksan A<sub>2</sub> (TxA<sub>2</sub>) ise trombositler tarafından üretilir. TxA<sub>2</sub> güçlü bir trombosit aktivatörü ve vasküler düz kas konstrüktörüdür. TxA<sub>2</sub> umbilikal arterlerde konstrüksiyona yol açarak, plasental perfüzyon basıncını artırır. Bunun sonucunda bozuklukların başlangıcından meydana çıkan artmış trombosit yapımından ve azalmış kan akımından TxA<sub>2</sub> sorumludur. Preeklampside plasentadan prostosiklin (PGI<sub>2</sub>) yapımı azalmış, PGI<sub>2</sub>/TxA<sub>2</sub> oranı bozulmuştur. Güçlü bir vazokonstrüktör olan TxA<sub>2</sub> düzeyinde belirgin bir artış saptanmıştır (9, 25, 26, 36, 40).

Damar tonüsü ve kan basıncının kontrolünde önemli olan diğer bir etken de renin - anjiyotensin - aldosteron sistemidir. Böbreklerde glomerül hücrelerinde yapılan ve salgılanan renin, anjiotensinojen'den anjiotensin I'i uyarır. Bu da ACE (Anjiotensin convertic enzim) aracılığı ile anjiotensin I'i anjiotensin II'ye dönüştürür. Anjiotensin II bu etkisi ile vazokonstrüksiyon yaparak, arter basıncını yükseltir ve adrenal korteks'i uyarır. Bunun sonucunda aldosteron yapımı uyarılır. Bu da sodyum geri emilimini önemli ölçüde artırır (9, 41).

Normal bir gebelikte renin-anjiotensin- aldosteron düzeylerinde artış vardır. Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyonda ise bu hormonların oranlarında düşüş gözlenir (9, 27).

Tablo 1: Preeklampsinin Fizyopatolojisi



#### **2.1.4. Klinik Belirti ve Bulguları**

Preeklampsi kontrol altına alınmadığında çok kısa bir süre içinde ağır preeklampsi ve eklampsiye dönüşerek anne ve bebek ölümlerine neden olan bir tablo haline gelebilir. Bu belirtiler; 160/110 mmHg'nin üzerinde kan basıncı, 24 saatlik idrarda 5 gr üzerinde protein kaybı, 24 saatlik idrarın 400 ml ya da daha az olması, baş ağrısı, görme bozukluğu gibi serabral ödeme bağlı olan semptomlardır. Hiperaktif refleksler, endişe ve hemokonsantrasyon diğer belirleyici özelliklerindedir (2, 15, 16, 25).

Risk altındaki gebeler yakın gözlem altına alınarak ve preeklampsi tanısı konularına istendik düzeyde bakım verilerek tablonun ağırlaşması önlenir. Preeklampsi doğumu izleyen 10 gün içinde kaybolur (2, 15, 16, 25).



**Tablo 2: Hafif ve Ağır Preeklampsinin Belirtileri**

ANORMALLIK	HAFİF	AĞIR
Diastolik kan basıncı	90 mmHg'nin üzerinde 110 mmHg'nin altında	110mmHg'nin üzerinde ve daha yüksek
Sistolik kan basıncı	140-160mmHg arasında	160mmHg veya daha yüksek
Proteinüri	5gr/24 saat'ten az	5gr/24 saat veya daha fazla
İdrar	500ml/24 saat'ten fazla	500ml/24saat'ten az
Ödem	Genel ama pulmoner ödem değil	Genel veya pulmoner olabilir
Baş ağrısı	Yok	Var
Görme Bozukluğu	Yok	Var
Epigastrik Ağrı	Yok	Var
Serum Kreatinin	Normal	Artmış
Trombositopeni	Yok	Var
Hiperbilirubinemi	Yok	Var
SGOT, SGPT	Normal veya azalmış	Belirgin artmış
Fetal Gelişme Geriliği	Yok	Var
Hiperbilirubinemi	Yok	Var
Hiperreflexi	Yok	Var

(25, 26, 42)

Preeklampsi belirti ve bulgular yönünden ağır ve hafif preeklampsi olmak üzere tabloda görülen belirtilere göre iki gruba ayrılabilir. Bu ayırım hastaya yaklaşım açısından büyük önem taşır. Bu tabloda bulunan belirti ve bulgulardan bir veya daha fazlasının olması gebenin ağır preeklampsi tablosuna girdiğini gösterir (25, 26, 42).

Sibai (2004) ağır preeklampsi tanısı konulmasında karaciğer enzimlerinde artış, periferik yaymada hemoliz,  $100000/mm^3$ 'ün altındaki trombositopeni değerlerinin dikkate alınmasını önermektedir (43).

Gürbüz ve ark. (2004) yaptıkları araştırmada preeklampsi gebenin kliniği kötüleştikçe, hCG düzeyinin arttığı saptanmıştır (44).

### **2.1.5. Hellp Sendromu**

Ağır preeklampsi gebede hemoliz, karaciğer enzimlerinde artış ve trombositopeninin bir arada görülmesi HELLP sendromu olarak tanımlanmaktadır (9, 36, 24).

Laboratuvar incelemesi yapılmayan olgularda HELLP sendromu, komplike sepsis, erişkin respiratuvar distress sendromu, renal yetersizlik ve DIC (Dissimine Intravascular Coagulation- Yaygın damar içi pıhtılaşma) ile kendini göstermektedir. Uzmanların çoğu HELLP sendromunu DIC çeşidi olarak ele almaktadır. DIC'in varlığına karşı, temel koagülasyon ölçütleri (protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı, serum fibrinojeni) normal bulunabilmektedir (9, 36, 24).

Demir ve ark. 2004 yılında yaptıkları çalışmada preeklampsi oranını %20.1, şiddetli preeklampsi, eklampsi ve HELLP sendromu oranını ise %6.4 olarak bulmuşlardır. Aynı çalışmada şiddetli preeklampsi olgularda komplikasyon gelişme oranı %38'dir. Maternal mortalite ile ilişkili en önemli biyokimyasal belirtecin bilirubin olduğu belirlenmiştir (45).

### **2.1.6. Eklampsi:**

Eklampsi, preeklampsi semptomları gösteren bir gebede doğum öncesinde, doğum sırasında veya doğum sonrasında tonik, klonik kasılmalar, siyanoz, bilinç bozukluğu, dil ısırma ve sonunda kusma olarak tanımlanmaktadır. Doğum sonrası yedi gün içinde de konvülsiyon gelişebilmektedir. Klinik bulguları kötü olan eklampsi gebelerde %5 ve fetüste %20-25 ölüm saptanmıştır (9, 25, 26, 36, 46).

Eklampsinin önemli bulgularından olan konvülsiyon ani olarak başlar. Konvülsiyonun başlayacağını gösteren ilk belirti başı bir yana çevirip bakışları bir noktaya fiske etmektir. Daha sonra pupillalar genişler, genellikle ağız başta olmak üzere yüz kasları seğirmeye başlar. Birkaç dakika sonra bütün vücut kontraksiyonlarla sertleşir (2, 19, 47, 48).

Yüz kaslarındaki kasılmanın sonucunda ağız çekilir, gözler dışarı çıkar, kollar kıvrılır, eller ve bacaklar içeri döner. Bu durumda vücudun bütün kasları tonik klonik kasılmalar halindedir. Bu durum 15-30 sn sürer. Preeklampsili gebe idrar ve gaita kaçırabilir. Birden alt çene kapanıp açılmaya, göz kapakları hareket etmeye başlar. Sonra bütün vücut kasları kasılıp gevşer, gebenin kasılmaları o kadar güçlüdür ki gebe yataktan düşebilir. Önlem alınmaz ise çenenin kilitlenmesi sırasında dili ısırabilir. Bunların sonucunda gebe komaya girebilir. Sonra giderek kas kasılmaları daha küçük ve seyrek olmaya başlar. Gebe konvülsiyon sonrasında bir şey hatırlamaz. Çok şiddetli vakalarda gebenin konvülsiyonu bitmeden başka bir konvülsiyon daha başlayabilir. Bu sık konvülsiyonlar sonucunda gebe ölebilir (2, 19, 47, 48).

## **2.2. PREEKLAMPSİNİN GEBE ORGANİZMASI ÜZERİNDE OLUŞTURDUĞU DEĞİŞİKLİKLER**

### **2.2.1. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri:**

Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon ve preeklampsinin hemodinamiği tartışma konusudur. Normal gebelikte, plazma volümündeki artışa bağlı olarak kalp debisi % 50 artar. Buna rağmen kan basıncında artış olmaz (9, 24).

Preeklampsili gebelerde plazma volümü azalmıştır. Volüm azalmasının nedeni genel vazokontrüksiyon, kapiller kaçak veya başka faktörler olabilir. Kan basıncını, sistemik vasküler direnç ve kardiyak out-put belirler. Preeklampsinin fizyopatolojisinde esas olan, vazospazm nedeni ile periferik direncin artması ve bunun sonucunda arterial hipertansiyonun gelişmesidir. Preeklampside kalp yetmezliği anne ölüm nedenlerinden biridir (27, 47, 48).

Kalp yetmezliği gelişimi ile kan basıncı 70mmHg'nin altına düşer ve kollaps gelişir. Kollaps gelişen gebelik hipertansiyonunda anne ölümleri % 10'dur (27, 47, 48).



Kollaps sıklıkla doğumdan sonra kan kaybına bağlı olarak, sodyum kısıtlaması ve diüretik tedavisi yapılan hastalarda görülür.

Preeklampsili hastalarda sistemik vasküler direnç ve kardiyak out-putun artması hipertansiyona katkıda bulunur. Vazospazma eğilim, bu hastalığın temel sebeplerinden biri olarak gösterilmiş ve hastalığın organlara etkilerinin aydınlatılmasına katkıda bulunmuştur (9, 27, 47, 48).

### **2.2.2 Utero- Plasental Dolaşım Değişiklikleri:**

Preeklampside trofoblastik gelişim yetersizdir. Ayrıca preeklampsili gebelerde desidual spiral arteriollerin lümenlerinin daraldığı görülmüştür. Vazospazm villüsler arası perfüzyonu azaltmıştır. Bu durum preeklampsie ilişkin perinatal morbidite ve mortalitenin esas nedenidir. Placenta yeterince büyüyemeyebilir, anormal derecede küçük kalabilir veya normal gelişmiş bir plasentada kan akımının azalması ve fonksiyon yetersizliği görülebilir. Hastalığın şiddetine bağlı olarak plasentanın erken ayrılma riski artar (14, 27, 47).

### **2.2.3. Hematolojik Etki**

Hematolojik anomaliler içinde en sık karşılaşılan bulgu trombositopenidir. Hastaların %15-20'sinde trombosit sayısı  $150\ 000/mm^3$ 'ün altındadır (27, 47). Trombosit sayısı düştükçe (özellikle  $< 100\ 000/mm^3$ ) maternal ve fetal mortalite ve morbidite riski artmaktadır. Trombositopeninin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte endotel hasarı ve immünolojik faktörler etken olarak düşünülmektedir (27, 48, 50, 51).

Fibrinojen seviyesi preeklampside genellikle yükselmiştir. Düşük fibrinojen seviyesi ablosyo plasenta ve fetal ölümün olabileceğini akla getirmektedir (47).

Yaygın damar içi pıhtılaşması (DIC; dissemine intravasküler koagülopati) preeklampside %5 oranında görülmektedir. Ablasyo plasentada bu oran %10'a yükselmektedir (47, 52)

Hematolojik anomalilerin çoğu doğumdan 2-3 gün sonra geri döner, trombositopeni bir hafta kadar devam edebilir (9, 26, 47, 52, 53).

#### **2.2.4. Endokrin ve Metabolik Değişiklikler:**

Renin, Anjiotensin II ve Aldosteron düzeyleri normal gebelikte yükselmiştir. Sodyum retansiyonu ve renin salınımı artmıştır. Böylece anjiotensin II düzeyi düşer. Bu da aldosteron salınımında düşüşe neden olur (46). Preeklampside plazma koryonik gonadotropin (hCG) seviyesi artarken, plasental laktojen seviyesi azalmıştır. Özellikle ikinci trimesterdeki yüksek maternal hCG düzeyi artmış intrauterin gelişme ile birlikte (54).

#### **2.2.5. Sıvı Elektrolit Dengesindeki Değişiklikler:**

Ağır preeklampsi ve eklampside prostoglandinler ve cinsiyet hormonları ve aldosteron'un etkisi ile hücre dışı sıvı miktarı artar ve yaygın ödeme neden olur (9, 36, 47).

#### **2.2.6. Böbrek Fonksiyon Değişiklikleri:**

Normal gebelik sırasında renal kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızı artmaktadır. Preeklampsinin gelişmesi ile renal perfüzyon ve dolayısıyla glomerüler filtrasyon hızı azalır. Plazma ürik asit konsantrasyonları tipik olarak yükselir. Proteinüri geç dönemde gelişir. Normalde protein molekülleri glomerülden filtre olmaz. İdrarda protein görülmesi önemli bir glomerüler yetersizliği gösterir(47,55).

#### **2.2.7. Karaciğer Fonksiyon Değişiklikleri:**

Preeklampside oluşabilecek karaciğer bozuklukları hastalığın şiddetine, komplikasyonların oluşmasına ve karaciğerde ortaya çıkan hasarın derecesine göre farklılık gösterir. Özellikle ağır preeklampsi ve eklampside karaciğer dokusunda nekroz ve rüptür gösteren HELLP sendromu gelişmesi ciddi bir komplikasyondur (9, 25, 26, 36, 47).

#### **2.2.8. Akciğer Fonksiyon Değişiklikleri:**

Ağır preeklampside ve eklampside akciğer ödemi görülebilir. Akciğer ödemi kardiyojenik veya başka nedenlere bağlı olabilir. Genellikle postpartum dönemde karşımıza çıkabilir. Bazı vakalarda aşırı sıvı yüklenmesi ile ilgili de olabilir(9, 36, 47).

### **2.2.9. Nörolojik Değişiklikler:**

Santral sinir sistemi dokularında bir otonöregülasyon söz konusudur. Bu otonöregülasyon sayesinde serebral perfüzyon, kan basıncı değişmesine rağmen sabit tutulmaktadır. Ancak kan basıncı otonöregülasyonun yetersiz kalacağı bir düzeye çıkarsa endotel gerilir, eritrositler ve plazma damar dışı alana sızar. Bu peteşial hemoraji veya büyük intrakranial hemoroji ile sonuçlanabilir. Gözlerde retinal tabakada ayrılma ve körlük görülebilir. Renal disfonksiyon sonucunda ürik asitin plazma seviyesinin artması santral sinir sistemi üzerinde kalıcı hasara neden olur (9, 27, 36, 47, 56).

### **2.2.10. Preeklampsinin Fetusa Etkileri**

Preeklampsi ve eklampsi %15-25 oranında fetus üzerinde oluşabilecek riski artırır. Utero-plasental dolaşımın yetersizliğine bağlı olarak preeklampsili gebelerin bebeklerinde intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlıklı, preterm eylem, ölü doğum gibi komplikasyonlar görülebilir (26, 27, 56, 57).

Acunaş ve ark.(2002) yaptıkları araştırmada preeklampsili annelerin prematüre yenidoğanlarında respiratuar distres sendromu, polisitemi, trombositopeni, nekrozitan enterokolitis vakalarının preeklampsili olmayan annelerin yenidoğanlarına göre daha sık geliştiğini saptamıştır. Bununla birlikte preeklampsili gebelerin fetuslarında daha sık gelişme geriliği ve sezaryenle doğum olduğu belirlenmiştir (58).

## **2.3. PREEKLAMPSİNİN ERKEN TANISINDA VE TAKİBİNDE YARDIMCI YÖNTEMLER**

Preeklampsinin belirti ve bulguları, genellikle üçüncü trimester gibi geç bir dönemde ortaya çıkmakta, tedavisinde ise doğum dışında başka bir seçenek kalmamaktadır. Preeklampsinin önceden belirlenmesi ve önlenmesi için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (25, 27).

Bu çalışmalar üç grupta toplayabiliriz:

1. Klinik muayene
2. Biyokimyasal ve hematolojik belirleyiciler
3. Doppler çalışmaları (9, 42).

### **2.3.1. Klinik Muayenede Kullanılan Yöntemler**

1. Kan basıncı kontrolü
2. Roll-Over testi
3. İzometrik egzersiz testi
4. Soğuk basınç testi
5. Ödem ve kilo kontrolü (9, 42).

### **2.3.2. Biyokimyasal ve Hematolojik Belirleyiciler**

Biyokimyasal laboratuvar değerlerinde ürik asit, kreatinin, kreatinin klirensi, proteinüri, idrarda kalsiyum atılımı, serum demir konsantrasyonu, plazma koryonik gonadotropin (hCG) gibi değerleri tanılamada yardımcı olmaktadır (44).

Hematolojik belirleyicilerle endotel hasar sırasında faktör VIII'in kan seviyesinin arttığı saptanmıştır (59).

Trombosit kalsiyum mekanizması: bazı çalışmalarda preeklampsili gebelerde intraselüler trombosit kalsiyum konsantrasyonunun arttığı ve bunun erken tanı olabileceği öne sürülmektedir(15).

### **2.3.3. Doppler Çalışmaları**

Uterin arterdeki kan akımı uteroplental dolaşım rezistansını yansıtır ve inceleme subplental ve direk uterin arterlerin incelenmesi şeklinde yapılabilmektedir(60).

### **2.3.4. Preeklampsili Gebelerin Antenatal Bakımında Ebe/Hemşirenin Rolü**

Preeklampsinin tanılanmasında ve tedavisinde antenatal bakımın önemi oldukça büyüktür. Yukarıda da bahsedildiği gibi uygun bir antenatal bakımla gebelik toksemisi görülme sıklığı %1-2.5'e kadar düşürülebilmektedir. Ebe/hemşirenin gebelikteki riskli durumları saptamak ve uygun müdahalelerde bulunabilmek için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir.

Risk taşıyan gebeleri preeklampsinin temel bulguları yönünden izlemek, preeklampsi ön tanısı konulan gebeleri uzman hekime sevk etmek, tedavi altına alınanlara evde veya hastanede bakım vermek, gebe ve ailesinin sağlık ekibi ile iletişim kurmasını desteklemek, hastalığın seyri ve bakım uygulamaları hakkında gebe, eşi ve

ailesine bilgi vermek ve hastanın savunuculuğunu yapmak, anne-çocuk sağlığı hizmeti veren ebe/hemşirenin temel görevleri arasındadır(2, 31).

Preeklampsi tanısı ile hastaneye yatan gebeye verilmesi gereken ebelik/hemşirelik bakımı şunları içermelidir:

- Kan basıncı, nabız, solunum ,vücut ısı takibi; 1-4 saatte bir gerekiyorsa daha sık izlenmelidir. Kan basıncında hipertansif değişiklikler kaydedilmelidir. Hipertansiyon, kan basıncının sürekli olarak 140mmHg sistolik veya 90 mmHg diastolik seviyesine yükselmesi olarak tanımlanır(25, 46).

- İdrar miktarı; her miksiyonda ölçülür veya kalıcı sonda takılır, idrar 24 saatte 700 ml'den ya da saatte 30 ml'den daha az olmamalıdır.

- İdrarda protein; saatte bir bakılır. 3+, 4+ olması, 24 saatte 5gr. ya da daha çok protein kaybına işaret eder.

- Ödem takibi; yüz, parmaklar, el bilekleri, kollar, ayaklar, bacaklar ve sakral bölge ödem açısından palpasyon ve inspeksiyonla değerlendirilmelidir.

- Ağırlık takibi; gebe her gün aynı saatte ( sabah saatlerinde, kahvaltıdan önce ) aynı giysilerle tartılmalıdır. Günde 1.5-2 kg ve fazlasında önlemler alınmalıdır. Diğer taraftan obesitenin preeklampsiye yatkınlığı arttırdığı bilinmektedir.

- Pulmoner ödem; gebe; öksürük, solunum sıkıntısı ve solunum sesleri yönünden izlenir.

- Derin tendon refleksi; artış olup olmadığını değerlendirmek için brakial veya patellar reflekse bakılır.

- Baş ağrısı gelişip gelişmediği ve lokalizasyonu sorulur.

- Görme bozuklukları; görmede bulanıklık ya da değişiklik ve kör nokta açısından değerlendirilir.

- Epigastrik ağrı olup olmadığı öğrenilir

- Bilinç düzeyi; dikkat ve emosyonel durumunda değişiklikler, konvülsiyon, komaya işaret eder.

- Plasental ayrılma yönünden, saatte bir vajinal kanama ve abdominal rijidite değerlendirilir.

- Laboratuvar testleri; günlük hemokonsantrasyonu değerlendirmek için hemotokrit; böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek için kanda ürik asit, nitrojen ve kreatinin düzeyleri; DIC için trombositopeni ve peteşi izlemi yapılır.

- Sıvı elektrolit dengesi korunur ve damar yolu açık tutulur.
- Annenin anksiyetesi ve endişesi önlenir.
- Sessiz ve loş bir odada mümkünse tek kişilik odada yatak istirahati sağlanır, doktor istemine göre sedatifler uygulanır.
- Beslenme yönünden, ödemi önlemek için proteinden zengin (1.5 gr/gün) tuzdan kısıtlı (6 gr/gün) diyet önerilir. Sıvı alımı serbest bırakılır.

Fetal sağlığı değerlendirmek için yapılacak testler ise şöyledir:

- Fetal kalp hızı takibi: mümkün olduğu ölçüde elektronik monitörle sürekli izlenmelidir ya da gebenin yaşam bulguları ile eş zamanlı olarak veya gerektiğinde daha sık olarak fetoskop ile değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir.
- Fetal hareketleri kayıt etmek.
- Nonstress testi yapmak.
- 3-4 haftada bir ultrason çekmek.
- Biyofiziksel profilini değerlendirmek.
- Fetal akciğer olgunluğunu saptamak için amniyosentez yapmak (2, 16, 25, 26).

Doğum öncesi bakımda görev alan kişiler ülkeden ülkeye değişmekle birlikte ebeler gebe bakımının temelini oluşturan kişiler olarak kabul edilir. Ebe ve hemşire, gebeyi kendi ortamında izlemek durumunda olduğundan gebeliğin seyrini daha iyi değerlendirebilir. Ebenin temel görevi anne ve fetus sağlığını sürdürmek, normalden saptığı durumlarda anne ve fetus sağlığını korumaya yönelik girişimleri planlamak ve uygulamaktır(31).

Preeklampsili gebenin bakımında görev alacak ebe /hemşirenin:

- Preeklampsinin fizyopatolojisini, erken belirtilerini düzenli antenatal bakımın önemini bilmesi, bilgilerini uygulamaya aktarabilmesi gerekmektedir (31).
- Ebe/hemşire gebenin bilgi, danışmanlık, psiko-sosyal destek ve tedaviyi kapsayan bakım gereksinimlerini karşılamalı, preeklampsi tanısı almış gebenin ihtiyacını belirlemeli, hastalığı, yapması gerekenler ve gebeliğinin devamı hakkında bilgi vermelidir. Günlük aktivitelerini hastalığını aktive etmeyecek şekilde kısıtlamasını ve yüksek riskli gebe olmayı kabullenmesini desteklemelidir. Gebe bebeğinin sağlığı

konusunda endişeli olabilir. Anneye hastalığın etkisiyle bebeğin sıkıntıya girebileceği, bu nedenle erken doğum şartlarının oluşabileceği anne ve yenidoğanın yoğun bakım ünitesinde bakım altına alınabileceği söylenmelidir (25, 26, 29).

- Ebe/ hemşire preeklampsili gebenin gereksinimi doğrultusunda tedavi ve bakım seçeneklerini değerlendirmesini desteklemelidir. Bakımın sürekliliği için öncelikle eşi olmak üzere tüm aile bireylerinin desteğini sağlamalıdır (25, 26, 31).

- Ebe/hemşire hastanenin fizik koşullarının (gürültü, kirlilik, ışık) hasta üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirebilmeli, hastane ortamının gebenin ruhsal durumu üzerindeki olumsuz etkilerini aza indirmek için gerekli girişimlerde bulunmalıdır. Gebenin benlik saygısını artırmalı, bakımla ilgili kararlarda pasif kalmaması için kendi çevresinin kontrolünü sağlamasını desteklemeli, günlük aktivitelerini yapması konusunda cesaretlendirmelidir Hastane ortamını tanımaması hastanın anksiyetesini artırabilir (31,25,23, 61).

Semptomların erken fark edilmesi durumunda hastalığın kötüye gitmesi önlenir. Bu nedenle sağlık personeli kadar hasta ve ailesinin de preeklampsi belirtileri ve bakımı konusunda bilgilendirilmesi hayati önem taşımaktadır (15, 16, 25, 26).

Preeklampsili hastanın bakımında anksiyetenin azaltılması büyük önem taşımaktadır Preeklampsi tanısı konulan gebenin, “bebeğim ve ben tehlikedeyim” sinyalini alması, gebelik süresince kendisine ve ailesine anksiyete duygusu yaşatır. İçinde bulunduğu durumla ilgili bilgi eksikliği karşısında bireyin anksiyete düzeyinin yükseldiği bilinmektedir (2, 25, 26, 37).

Hastalıkları hakkında bilgilendirilmesi, hastaların bakıma katılmalarını sağlayacağı gibi anksiyete düzeylerini de azaltacağı düşünülmektedir. Gebelerin kendi kendilerine yeterli bakım verebilmeleri için preeklampsinin ve bulgularının ne olduğu, tablonun ilerlememesi için neler yapmaları gerektiğini bilmeleri gerekir. Etkili bir bakım için gebelerin hastalık oluşmadan önce ve tanı konulduktan sonra eğitilmesi gerekir. Bu da gebelere en yakın sağlık personeli olan ebe/hemşirelerin sorumluluğudur. Yapılan çalışmalarda ülkemizdeki ebe/hemşirelerin, gebeleri içinde buldukları hastalık durumu ve bakımları konusunda bilgilendirmedikleri ve bunun önemine inanmadıkları ortaya çıkmıştır (2, 16, 37).



## 2.4. PREEKLAMPSİLİ GEBEDE ANKSİYETE

Anne adayı gebeliğin güvenli geçmesini ister. Gebelik durumsal bir stresördür. Bilişsel süreç açısından ele alındığında gebelik bir sorgulama ve belirsizlik dönemidir. Yüksek riskli gebelikte, gebe ya da fetusda hastalık ya da ölüm riski varsa aile büyük bir durumsal krizle yüz yüze gelir. Aile aynı zamanda gelişimsel stresörlerle yıpranır. Yüksek riskli bir durumun gelişimi gebenin sağlığı ile ilgili korkulara, gebeliği ile ilgili abartılı karmaşık duygulara yol açar. Gebeliğini kabullenmesini zorlaştırabilir. Doğum öncesi hastaneye yatma yüksek riskli gebenin ailesi için yeni stresörler ortaya çıkarabilir. Bu stresörler yalnızlık duygusunun artmasına neden olan evden, aileden ve destek veren diğer insanlardan ayrı kalmayı ifade eden durumlardır. Diğer stresörler ise kontrol ve güç kaybı, ailenin fonksiyonundaki değişiklikler ve evdeki aile bireyleri ile ilgili endişelerdir. Genellikle bu durum anne adayının anne olabilme konusunda özgüvenini ve benlik saygısını (self-esteem) sarsar, bunun sonucunda sıkıntı ve yorgunluk gelişir (62, 63).

### 2.4.1. Anksiyete –Kaygı

Gerçek bir tehlikenin var olmadığı ama olası bir tehlikenin yaklaştığı sezildiğinde insanda oluşan duygu anksiyetedir (64).

Anksiyete (kaygı) sözcüğünün kökü eski yunanca *anxietas*; endişe, korku, merak, anlamına gelir (65).

Türkçe sözlükte anksiyete (kaygı): üzüntü, tasa karşılığıdır. Yabancı dillerde kaygı ile eş anlamlı olarak “distress” ve “stres” terimleri de kullanılmaktadır. Aşırı acı çekme, germe anlamına gelen bu sözcük tıp alanında hastalık sonucu ortaya çıkan aşırı acı, ağrı ve elemler anlatmak için kullanılmıştır(65).

Freud (1856-1939) anksiyetenin içgüdülerden ve dürtülerden kaynaklanan gücün bastırılması sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Önce kendiliğinden ortaya çıkan kaygı olarak tanımlanmıştır. Freud’a göre gerçek kaygı insanın dışında bulunan ortamın yarattığı tehdit ve tehlikeden kaynaklanır(66).

Ruh bilim sözlüğünde anksiyete (kaygının), güçlü bir istek ya da dürtünün amacına ulaşamayacak gibi görüldüğünde, birey kötü bir şey olacaktı gibi içinde nedeni belirsiz tedirgin edici bir sıkıntı, bir endişe duygusu hissetmesi olarak



belirtilmiştir. Ruh hekimleri arasında bunaltı, sıkıntı sözcükleriyle bir tutulduğu görülmektedir (63, 67).

Anksiyete psikoanalitik açıdan dört grupta incelenir:

1. Üstbenlik kaygısı: katı, sert, baskıcı, denetleyici, engelleyici, erteleyici üstbenliğin yol açtığı kaygı olup günahkarlık, suçluluk duygu ve düşünceleriyle birlikte bulunur.

2. Kastrasyon kaygısı: Bedene gelecek bir zarardan ya da bedensel veya psikişik kapasitenin azalmasından korkmak şeklinde kendini gösteren çeşitli anksiyeteleri içerir.

3. Ayrılma kaygısı: ilgi duyulan sayılan sevilen bir kişiyi yitirmek ya da ondan uzak kalmak korkusuyla birlikte bulunan kaygıdır.

4. Altbenlik kaygısı: kaygıyla birlikte benlik denetiminin gücünün azalması sonucu altbende bulunan içgüdülere bağlı davranışların ve eylemlerin su üstüne çıkacağından korkmaktır (62).

Anksiyete (kaygı) ve korku kavramlarının kesin sınırlarla birbirinden ayıramadığı görülmektedir. Kimine göre kaygı temel duyguların durumudur. Korku bunun üzerine eklenir.

Korku ve anksiyete günlük dilimizde çoğu kez eş anlamlı kullanılmaktadır. Ancak eş anlamlı değildirler. Anksiyetenin korkudan ayrı bir psikolojik olay olarak ele alınışını psikoanalitik teorilerde görmekteyiz. Psikanalistler korkuyu, kişiyi dışarıdan tehdit eden gerçek bir tehlikeye karşı gösterilen tepki olarak ele alırken, anksiyeteyi kontrolden kaçmak üzere olan yasaklanmış bir içgüdüsel dürtü şeklinde ve kişiyi içerden tehdit eden bir tehlikeye karşı gösterilen bir tepki olarak ele alınmaktadır(65, 69).

Erol N, ve ark.(1999) yapmış olduğu çalışmada anksiyete kişinin dikkatini, algısını, bilişsel işlemlerini, belleğini olumsuz şekilde etkiler. Bu nedenle anne, baba, çocuk ve gençlerin sağlık personelleri tarafından iyi değerlendirilmesi için bu noktaların göz önünde tutulması gerektiğini vurgulamıştır (70).

Kum N. kitabında belirttiğine göre David V. Sheehan, oldukça sık rastlanan anksiyete bozukluklarının yaşam boyunca görülme riskinin %51 olduğunu belirtmektedir. Sheehan normal anksiyetenin, sevilen birinden ayrılma ve hastalık gibi yaşanan stresli durumlara karşı tipik tepki şeklini oluşturduğunu, bu tepkinin patolojik kabul edilmediğini ifade etmektedir. Optimal düzeydeki anksiyete bireyin gelişmesini,

olgunlaşmasını ve bir amaca doğru çaba göstermesini sağlar. Anksiyete belli bir düzeyin üzerine çıkarsa, bireyin duygu durumunu ve ruhsal yapısını bozup paniğe yol açabilir (71, 72).

Korkuda ortaya çıkan bedensel belirtilerle, anksiyete bozuklukları dediğimiz panik bozukluk, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarda ortaya çıkan belirtilerle benzerlik göstermektedir(69).

Bu belirtiler:

- Kalp hızının artması
- Çarpıntı
- Terleme
- Sıcak-soğuk basmaları ve ürperme
- El ve ayaklar yanı sıra bütün vücutta titreme
- Nefes almada güçlük
- Boğuluyormuş gibi hissetme
- Baş dönmesi
- Dengesizlik hissidir(67,73)

#### **2.4.2. Anksiyete Düzeyleri**

Ebe/hemşirenin anksiyetenin düzeylerini ve özelliklerini bilmesi hastanın anksiyete düzeyini azaltmak için yapacağı ebelik/hemşirelik girişimlerini planlamasına ve uygulamasına yardımcı olabilir.

##### **2.4.2.1. Dinlenme Evresi**

Dinlenme evresinde kişi daha az anksiyete hisseder. İyi olmak ve rahat bir duygu hisseder. Bu evre güzel bir müzik dinlerken, lezzetli bir yemekten sonra, orta dereceli hoş bir egzersizden sonra ya da doyurucu seksüel bir deneyimden sonra oluşabilir. Bu evre sıklıkla uykudan önce gelir ve kişi özellikle yeni bir öğrenmeyi kabul etmez.. Dinlenme evresi ilaçlarla ya da hipnoz ile uyarılabilir (73).

#### 2.4.2.2. Hafif Anksiyete (+)

Bireyin algılama alanı genişler. Daha uyanıktır ve kendi davranışlarını daha iyi gözlemleyebilir. Hafif anksiyetede kişi tetikte ve dikkatlidir. Bu evrede bireyin algıları fazlalaştığından problem çözme kolaylaşır. Çünkü, birey bir çok değişkeni göz önüne alabilir ve çabuk bir şekilde karara ulaşabilir. Bu aynı zamanda öğrenmenin oluşması için iyi bir evredir. Bu düzeyde birey yeni deneyler ve güdülenme için açıktır (68, 73).

#### 2.4.2.3. Orta Anksiyete(++)

Algılama alanı kısıtlıdır. Daha az duyma, görme, kavramayla beraber bir şeye yöneldiği zaman daha dikkatli olabilir. İşile ilgisi olmayan konuları dışarıda bırakabilir. İlgili konuya konsantre olur ve yaşadığı olaylar arasındaki bağlantıyı görebilir. Bu evrede kişi diğer evrelerden daha az rahat görünür. Hastanın davranışında anksiyetenin bazı bulguları heyecan, hareketsiz kalamama, çok konuşma gibi dikkate değer derecede farklı davranışlar sergileyebilir. Daha gizli bulgular sık idrara çıkma, diare, gerginlik, baş ağrısını içerir. Bu evre iyi bir haber alındıktan sonra ya da süprizden sonra oluşabilir. Bu evrede kişi daha çok kendini sinirli ve heyecanlı hisseder (68, 73).

#### 2.4.2.4. Ağır Anksiyete(+++)

Bireyin algılama alanı fazlasıyla daralmıştır. Birey küçük detaylarda odaklanmıştır. Dikkatini ayrıntılar üzerinde toplayabildiği halde olaylar arasında bağ kuramaz (68, 73, 74).

Bireyin el ve ayak hareketleri ritmik şekilde tekrarlayıcıdır. Gizli bulgular, anoreksia, uykusuzluk, disfonksiyon bozuklukları içerir. Algısal alan daraldığından detaylar üzerine odaklaştığı küçük bir alan dışında çevresindekilerin farkında değildir.

Bu evrede birey gergin bir durumda ne yapacağını bilemez problem çözemez ve öğrenme olanaksızdır. Bu evre ciddi bir problemin öğrenilmesinden sonra ya da yıkıcı bir haberdan sonra oluşabilir (68, 73).

#### 2.4.2.5. Panik(++++)

Panik nadiren görülür. Çoğu zaman kişinin sonunun geldiği duygusunun eşlik ettiği, yoğun endişe, korku ya da dehşete düşme duygularının birlikte yaşandığı bir evredir. Bu evrede nefes darlığı, çarpıntı, göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi, soluğun kesilmesi, boğuluyormuş gibi hissetme, ve çıldıracağı ya da kontrolünü kaybedeceği korkusu gibi semptomlar bulunur. Panikte olan birey psikotik andadır. Paniği önlemek için birey özellikle kendisine yönelmiş olayları görmezlikten gelir. Kontrolünü kaybeder ve bitkin düşünceye kadar kaçır veya hareketsiz oturur. Bu evre birkaç dakikadan fazla sürmez (68, 73).

#### 2.4.2.6. Anksiyete Gelişiminde Basamaklar

Benlik kavramına yönelik bir tehlike geliştiğinde;

1. Tehlikeye karşı zihinsel ve algısal bir duyarlılık
2. Fizyolojik reaksiyonlar (otonom sinir sistemi etkisiyle)
3. Gerginlik, sinirlilik, endişe duyguları
4. Tehdidi kontrol altına almada başarılı veya başarısız davranış ile sonuçlanır (75).

Kaygı preeklampsili gebede vücutta oluşan fizyolojik reaksiyon sonucunda preeklampsi tablosunu daha da ağırlaştıracaktır. Bunu önlemek için ebe ve hemşirenin yapması gereken en iyi şey hastayı destekler ya da karşıt nitelikte konuşma yapmadan ve hastanın ifadesini engelleyecek tepkiler vermeden sadece dinlemek olmalıdır (76).

Ekşi (1999), I. trimesterde bebeğini kaybeden ve kaybetme riski olan kadınların kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında, kayıp riski olan hamile kadınların, duygu ve düşüncelerini eşi ile paylaşma durumları ile durumluk kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Diğer taraftan hiç doğum yapmamış hamile kadınların durumluk anksiyete düzeyleri 1 ve 2 doğum yapmış kadınların anksiyete düzeylerinden daha yüksek bulunmuştur (77, 78).

Daha önce normal doğum yapan gebelerin durumluk anksiyeleri sezaryen yoluyla doğum yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur. I trimesterdeki gebelerin, III trimesterdeki gebelere göre durumluk anksiyetelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (77).

Kurki (2000), ilk gebeliği olan, sağlıklı kadınlar üzerinde yapmış olduğu araştırmada, gebeliğin erken döneminde anksiyete hisseden ve depresyonu yaşayan kadınların, gebelik boyunca preeklampsi yaşama risklerinin anksiyete ve depresyon yaşamayan gebelere göre beş kat daha yüksek olduğunu saptamıştır (33).

Depresyon ve anksiyetenin preeklampi riskini nasıl arttırdığı bilinmemekte fakat kan basıncını etkileyen hormonların salgısını etkileyeceği tahmin edilmektedir (33, 34).

Kaygı preeklampsili gebede vücutta oluşan fizyolojik reaksiyon sonucunda preeklampsi tablosunu daha da ağırlaşacaktır. Bunu önlemek için ebe ve hemşirenin yapması gereken en iyi davranış hastayı destekler ya da karşıt nitelikte konuşma yapmadan ve hastanın ifadesini engelleyecek tepkiler vermeden sadece dinlemek olmalıdır (76).

Preeklampsili gebeye, hastalığı hakkında bilmediği ve öğrenmek istediği konular doğrultusunda açıklayıcı bilgiler vererek hastalığı, hastane ortamı, ailesel faktörler gibi nedenlerden dolayı yaşadığı kaygıları ifade etmesi sağlanarak ve bireysel bakımına katılımı desteklenerek kaygı en az düzeye indirilebilir.

## **2.5. RİSKLİ GEBELİKTE OLUŞAN PSİKOLOJİK TEPKİLER**

Gebe, yüksek riskli gebelik tanısına değişik tepkiler verilebilir. Bu tepkiler gebenin etkili problem çözüme yetenekleri, problemle baş etme deneyimleri, ailenin bu duruma verdiği önem ve uygun durumsal destek faktörleriyle yakından ilgilidir.

Gebe; yatak istirahati, monitörler ve yüksek tekniklerden oluşan bir ortamda bir yandan kendi sağlığını zedelemek ve acıya katlanmak durumunda kalırken bebeğinin sağlığında düşünmek zorundadır. Bağımlılık gereksinimi ikilemli duygular yaratır. Bu aşamada hastanede yatış zorunluluğu gebeyi diğer gebeler ve bebeklerle birlikte olmaya götürür. Normal gebelik ve sağlıklı bebekler böyle bir gebelikte kızgınlık, suçluluk, yetersizlik duygularını arttırır. Gebeyle hemşire/ebe arasında bağlar oluşturularak gerginlik azaltılır (63).

### **2.5.1. Anksiyete**

Gebenin gereksinimleri karşılanamaz ise anksiyete yükselebilir. Preeklampsili gebelerde gebeliğin normal bir şekilde sonuçlanması ve sağlıklı bir bebeğin doğması tehdit altındadır. Karşılanmamış gereksinimlerin sonucunda bireyin anksiyetesi yükselebilir (62).

### **2.5.2. Benlik Saygısına Tehdit**

Preeklampsi teşhis edildikten sonra gebe başarısızlık duygusu yaşayacağından kendine olan güveni azalabilir ve buna bağlı olarak düşük benlik saygısı gelişebilir. Bu durum sağlıklı gebeliğin kaybı ve sağlıklı bir bebeği kaybetme korkusu gibi olumsuz duygular hissetmesine yol açabilir(62).

### **2.5.3. Kendini Suçlama**

Gebe gerçek veya hayali bir nedenle kendisini ya da eşler birbirini suçlayabilir (62, 63)

### **2.5.4. Engellenme**

Engellenme durumu bir amaca ulaşmada engelle karşılaşıyorsa ortaya çıkar. Gebelikte engellenme hastalık, ayrılık, kuralların zorla kabul ettirilmeye çalışılması gibi durumlarla sağlıklı bir gebelik, sağlıklı bir bebeğe sahip olmak ya da sağlıklı bir doğumun gerçekleşmesi engellendiği zaman ortaya çıkar (62).

### **2.5.5. Çatışma**

Çatışma; eşit güçte zıt amaçların aynı anda bulunması sonucu ortaya çıkar. Gebelikte fiziksel kısıtlılık ekonomik güçlük getiriyorsa ya da diğer çocukların bakımı ile ilgili annelik görevlerinde güçlük yaşıyorsa çatışma ortaya çıkabilir. Bu kaygılar ise riskli gebelikte doğumu güçleştirecektir (62).

### **2.5.6. Kriz**

Çok önemli bir yaşam amacı tehdit altında ise ve görünürde acil bir çözüm yoksa kriz oluşur. Kriz döneminde fonksiyonlarda yetersizlik ve denge durumunda bozulma ortaya çıkar.

Yüksek riskli duruma uyumda dengenin yeniden kurulması üç denge faktörüne bağlıdır. Birincisi bireyin olayı gerçekçi olarak algılaması, ikincisi kendisi için önemli olan kişilerden, yakınlarından uygun destek alması, üçüncüsü bireyin baş etme mekanizmaları ve problem çözme yeterliliğini geliştirmesidir (63, 74).

Krize müdahalenin amacı durumu yeniden yapılandırmaya yardımcı olmaktır. Ebe, gebenin geçmişte kullandığı baş etme mekanizmalarını belirlemeli ve mevcut problemin çözümünde işe yarar yöntemleri kullanmaya cesaretlendirmelidir. Gebenin yüz yüze olduğu durumla ya da hastalıkla ilgili bilgi tekrarlanarak verilmelidir. Bilgilendirme olaylara gerçekçi yaklaşmayı kolaylaştırarak, bireyi ve aileyi gelecekteki potansiyel olaylara hazırlayacaktır. Bilgi verilirken gebe kendisi için önemli olan insanlarla, özellikle eşi ile bir araya getirilmelidir. Gebelik normalden saptığı durumlarda aile bütünlüğünü sürdürmek, sorunların paylaşımını ve çözümünü kolaylaştırmak açısından önemlidir. Böylece ebe/hemşire gebe ve ailesinin enerjisinin negatif kullanımını engellemiş ve pozitif davranışları desteklemiş olur (62).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, preeklampsi tanısıyla hastanede yatan gebelerin hastalık ve bakıma ilişkin eğitim öncesi ve sonrası bilgilerinin durumluk anksiyete üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış deneysel bir çalışmasıdır.

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Mersin İli belediye sınırları içinde bulunan, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde (MEÜTFAHKDK), Mersin Devlet Hastanesi Doğumevi'nde (MDHD) ve Sosyal Sigortalar Kurumu Mersin Hastanesi Doğum ve Çocuk Bakım Kliniğinde (SSKMHDÇBK) yapılmıştır.

MEÜTFAHKHDK'i kadın hastalıkları ve doğum servisi ve doğum salonu olmak üzere iki kattan oluşmaktadır. Birinci katta; 3 yataklı doğum salonu, riskli yenidoğan ünitesi, ameliyathane, ikinci katta ise 15 yataklı jinekoloji servisi ve 3 yataklı bir agoni odası bulunmaktadır. MEÜTFAHKHDK'de toplam 21 yatak bulunmaktadır.

MEÜTFAHKHDK' de 18 hemşire , 2 ebe, 24 doktor ve 6 yardımcı personel, görev yapmaktadır. Hemşireler 8.00-16.00, 16.00-08.00 olmak üzere iki vardiya şeklinde çalışmaktadırlar. 08.00-16.00 vardiyasında birinci katta 5, ikinci katta 4 olmak üzere toplam 9 hemşire/ebe, 16.00-08.00 vardiyasında her katta 2' şer olmak üzere toplam 4 hemşire /ebe görev yapmaktadır. Hemşire ve ebelerin 10'u lisans, 6'sı ön lisans, 4'ü sağlık meslek lisesi mezunudur.

MDHD'de jinekoloji, gebe ve aile planlaması poliklinikleri, doğum salonu, jinekoloji ve doğum sonu servisleri, riskli yenidoğan odası ve ameliyathane bulunmaktadır. Doğumevinde 32 hemşire, 18 ebe, 14 doktor ve 16 yardımcı personel görev yapmaktadır.

Jinekoloji servisi ve doğum salonu toplam 65 yataklı, iki kattan oluşmaktadır. Birinci katta doğum salonu ve postpartum servisi bulunmakta ve toplam yatak sayısı



35'dir. İkinci katta agoni odası ve jinekoloji servisi bulunmaktadır. Bu katta 24 yatak bulunmaktadır. Her iki serviste ve doğum salonunda biri bebek hemşiresi olmak üzere 11 hemşire ve biri aile planlaması eğitiminden sorumlu olmak üzere 7 ebe çalışmaktadır. 08.00-16.00 vardiyasında her katta 6'şar olmak üzere toplam 12 hemşire/ebe, 16.00-08.00 vardiyasında ise her katta 2'şer olmak üzere toplam 4 hemşire /ebe görev yapmaktadır. Hemşire ve ebelerin 4'ü sağlık meslek lisesi 14'ü açık öğretim ön lisans mezunudur.

SSKMHDÇBK'nde 87 yataklıdır. Doğum salonu 7 yatak, pospartum servisi 48 yatak, riskli gebe ve jinekoloji servisi 22 yatak bulunmaktadır. Bu servislerde 26 hemşire, 18 ebe, 19 doktor ve 18 yardımcı personel görev yapmaktadır. 08.00-16.00 vardiyasında her katta 5, 16.00-08.00 vardiyasında ise her katta bir ebe/hemşire görev yapmaktadır. Jinekoloji ve doğum sonu servislerindeki ebe/ hemşirelerin 12'ü sağlık meslek lisesi, 14'ü açık öğretim ön lisans mezunudur.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evreni, MEÜTFAHKDK, MDHD, SSKMHDÇBK'nde 01.01.2001-30.12.2001 tarihleri arasında preeklampsi tanısıyla hastaneye yatan gebeler oluşturmuştur. Hastane kayıtlarına göre 2001 yılı içinde Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Servisi'nde 13, Mersin Devlet Hastanesi Doğumevi'nde 60, SSKMHDÇBK 45, olmak üzere toplam 118 preeklampsili gebe tedavi görmüştür.

### **3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın örneklemini 01.10.2002 tarihinden itibaren bir yıl içinde hafif ve ağır preeklampsi tanısı ile MEÜTFAHKDK, MDHD, SSKMHDÇBK'nde yatırılan gebeler oluşturmuştur. MEÜTFAHKDK'de 14, MDHD'de 17, SSKMHDÇBK'de 14 olmak üzere toplam 45 preeklampsili gebe araştırma kapsamına alınmıştır.

### 3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kapsamına, hafif ve ağır preeklampsi tanısı alan, okur-yazar olan, Türkçe konuşabilen, en az 24 saat hastanede yatan ve araştırmayı kabul eden gebeler alınmıştır.

### 3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

#### 3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ve Spielberger'in Durumluk Anksiyete Ölçeği (State anxiety Inventory) aracılığı ile toplanmıştır.

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde (1-31. sorular); gebelerin yaşı, eğitimi, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gebelik ve doğum öyküsü gibi tanımlayıcı bilgileri ile hastaneye başvurma nedenleri, hastaneye yatış sayısı ve doğum şekli hakkında bilgi alma durumlarına ilişkin sorular yer almaktadır.

İkinci bölümünde ise (32-64. sorular); preeklampsili gebenin bilgi düzeyini ölçmek için hastalık ve bakım bilgisine yönelik sorular bulunmaktadır.

Gebelerin kaygı düzeylerini saptamak için Spielberger'in Durumluk Anksiyete Ölçeği (State anxiety Inventory); durumluk anksiyete düzeyini yansıtmakta kullanılan herbiri 20'şer maddeden oluşan iki ölçekten oluşmaktadır. Her madde kişinin kendisini değerlendirmesi amacıyla geliştirilen kısa ifadelerden meydana gelmiştir. Spielberger (1970) kuramına göre anksiyete, gerçek bir tehlike ya da bir tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan, bireyin bireysel karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı olan bir kişilik özelliğidir. Spielberger bu tanıma uygun bir şekilde, kişinin anksiyete tipini ve düzeyini saptamaya çalışmıştır. Bu amaçla "Durumluk Anksiyete Ölçeği" adında bir anket geliştirmiştir. Anket 1976'da Necla Öner ve Ayhan Lecompte tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır (79).

Bu araştırmada kullanılan "Durumluk Anksiyete Ölçeği" bireyin içinde bulunduğu durumda kendini nasıl hissettiğini ortaya koymaktadır. Bireyden ölçeğin maddelerini okurken o andaki duygusunun şiddetine göre; (1) hiç, (2) biraz, (3) oldukça, (4) tamamen gibi seçeneklerden birini işaretlemesi istenmiştir.

Ölçek 20 ifadeden oluştuğundan ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Ölçekte kişilerin anksiyete durumu ölçüt yönergesine göre uygun biçimde; 0-19 puan “yok” , 20-39 puan “hafif” , 40-59 puan “orta” , 60-79 puan “ağır”, 80 puan ise çok şiddetli olarak değerlendirilmektedir.

### **3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırmanın yapılacağı kurumlardan izin alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı servisteki ebe/hemşirelerle iletişim kurularak preeklamsili tanısıyla yatan gebelere ulaşılmıştır.

Verileri toplamak amacıyla kullanılan anket formu gebelerle yüz yüze görüşülerek “Durumluk Anksiyete Ölçeği” ise hastalar tarafından doldurulmuştur.

Hastane ortamına bağlı stresörlere ve hastalığa uyumlarının sağlanması için hastalara 24 saatlik süre tanınmıştır. Bu sürenin sonucunda, hastalarla tanışılıp araştırma için onay alındıktan sonra, anksiyetenin artmasına neden olabileceği düşünülen diğer uygulamalardan önce ilk durumluk anksiyete ölçeği hastalar tarafından doldurulmuştur. Anksiyete düzeyini etkileyebilecek diğer faktörlerin etkisini engellemek amacıyla ölçeğin 5-10 dakika içerisinde uygulanması sağlanmıştır. Daha sonra hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve bilgi düzeyini saptamak amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Anket formu uygulandıktan sonra, hastaların preeklampsi hakkındaki eksik bilgileri ve yanlış kişisel uygulamaları düzeltilmiş, hastalık ve bakıma yönelik bilgi verme gebelerin öncelikle merak ettikleri konular doğrultusunda yapılmıştır. Anket formunu uygulama ve hastaları bilgilendirme ortalama 1.5-2 saat sürmüştür.

İlk görüşmeden 24 saat sonra ikinci görüşme yapılmıştır. Hastanın gereksinimi doğrultusunda eksik olan bilgi ve bakım gereksinimlerinin karşılanması sağlanmıştır. Bunlar yapıldıktan sonra hastadan ikinci durumluk anksiyete ölçeğini doldurması istenmiştir. Bu uygulama yaklaşık 45-60 dakika sürmüştür.

**Hipotez 1:** Verilen hastalık ve bakıma yönelik eğitim preeklampsili gebelerin durumluk anksiyetesini azaltır.

**Hipotez 2:** Hastalık ve bakıma yönelik eğitimden önce ve sonra durumluk anksiyete puanları arasındaki farkın önemli olması beklenmektedir.

### 3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anketin bilgi sorularını içeren bölümünün puanlaması şu şekilde yapılmıştır: Hastalık bilgisi soruları 1 puan, risk bilgisini içeren sorular 2 puan, bakım bilgisini ölçen sorular 3 puan, ilerleme bulgularını ölçen ve anahtar olarak kabul edilen 60-61. sorulara 4 puan verilerek toplam 70 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS for 10.0 ® (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, paired samples t-test, student t-testi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Çizelge 1: Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Hastaneler</b>		
Mersin Üniversitesi Tıp Fak. Arş. Hst. Kad. Doğ. Kl.	14	31.1
Mersin Devlet Hastanesi Doğumevi	17	37.8
SSK Mersin Hastanesi Doğum Kl.	14	31.1
<b>Yaş</b>		
15 – 19	4	8.9
20 – 24	3	6.7
25 – 29	13	28.9
30-34	15	33.3
35 ve üstü	10	22.2
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okuryazar/ilkokul	34	75.6
Ortaokul	4	8.9
Lise ve Yüksekokul	7	15.5
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	14	31.1
Çalışmayan	31	68.9
<b>Eşin Eğitim Düzeyi</b>		
İlkokul	19	42.2
Ortaokul	12	26.7
Lise ve Yüksekokul	14	31.1
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	40	88.9
Çalışmayan	5	11.1
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	37	82.2
Yok	8	17.8
<b>Ekonomik Durum</b>		
Gelir-Gidere Denk ve Fazla	27	60
Gelir-Giderden Az	18	40
<b>İkamet Yeri</b>		
İl	29	64.4
İlçe ve köy	16	35.6
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile	36	80
Geniş Aile	9	20
<b>Eş ile Akrabalık Durumu</b>		
Var	12	26.6
Yok	33	77.3

Çizelge 1'in devamı

<b>Gebeliği İsteme Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
İsteyen	26	57.8
İstemeyen	19	42.2
<b>Eşle Sorun Yaşama Durumu</b>		
Yaşıyor	12	26.6
Yaşamıyor	33	83.4
<b>Hastaneye Gitmesine Karar Veren Kişi</b>		
Gebe	26	57.8
Eş	4	8.9
Diğer	15	33.3
<b>Gebe Olmadan Önce BKİ Dağılımı</b>		
Zayıf ( 19 ve ↓ )	4	8.9
Normal ( 20-25 )	26	57.8
Obes ( 26 ve ↑ )	15	33.3
<b>Gebe Olduktan Sonraki BKİ Dağılımı</b>		
Zayıf ( 19 ve ↓ )	0	0
Normal ( 20-25 )	8	17.8
Obes ( 26 ve ↑ )	37	82.2

Çizelge 1'de gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çizelgede görüldüğü gibi preeklampsili gebelerin %31.1'inin Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, %37.8'inin Mersin Devlet Hastanesi Doğumevinde, %31.1'inin SSK Mersin Hastanesi Doğum Kliniğinde yattığı belirlenmiştir. Gebelerin %33.3'nün 30-34 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Gebelerin eğitim durumu incelendiğinde okuryazar/ilkokul mezunu (%75.6) çoğunluğu oluşturmaktadır. Ayrıca grubun %8.9'u ortaokul mezunu ve sadece %15.6'sını lise ve yüksekokul mezunu durumundadır. Gebelerin % 31.1'nin çalıştığı ve % 68.9'nun çalışmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi ve çalışma durumu incelendiğinde çoğunluğunun (%42.2) ilkokul mezunu olduğu ve % 88.9'nun çalıştığı saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen gebelerin %82.2'nin sosyal güvencesinin olduğu, %60'nın ekonomik durumunun gelir-gidere denk ve fazla olduğu saptanmıştır.

Gebelerin % 64.4 'nün Mersin il merkezinde ve %35.6'sının Mersin'in ilçe ve köylerinde oturduğu tespit edilmiştir. Gebelerin % 75.6'sı önceden güney ve iç

Anadolu bölgesinde, %24.4'nün güneydoğu ve doğu Anadolu bölgesinde yaşadıkları fakat 5 yıldan fazla süredir Mersin ili merkez, ilçe ve köylerinde buldukları belirlenmiştir.

Gebelerin %80'nin çekirdek aile tipine sahip olduğu ve %26.6'nın eşiyle akrabalık bağının olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %42.2'sinin bu gebeliği istemediği, % 26.6'sı eşiyle ilişkilerinde fiziksel şiddet, değersizlik, psikolojik baskı gibi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Gebelikte herhangi bir rahatsızlık yaşandığında gebelerin hastaneye gitmelerine karar vermede % 57.8 oranında kendilerinin, %8.9'unda eşlerinin, % 33.3 oranında çocukların ve diğer yakınlarının etkili olduğu görülmektedir.

Kadınların gebe olmadan önce %57.8'inin BKİ'e göre normal, gebeliğin son trimesterinde ise %82.2'sinin obez oldukları saptanmıştır.

**Çizelge 2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Gebelik Sayısı	Sayı	%
1	18	40
2	11	24.4
3	6	13.3
4 ve ↑	10	22.3
<b>Gebelik Süresi</b>		
II. Trimester	3	6.6
III. Trimester	42	94.4
<b>Preeklampsi Derecesi</b>		
Hafif Preeklampsi	27	60
Ağır Preeklampsi	18	40
<b>Önceki Gebeliklerinde Risk Durumu*</b>		
Var	7	25.9
Yok	20	74.1
<b>Çocuklarda Doğuştan Sakatlık Durumu**</b>		
Var	3	11.1
Yok	24	88.9

\*Daha önce gebelik yaşayan gebeler (n: 27) üzerinden hesaplanmıştır.

\*\*Daha önce çocuk sahibi olan gebeler üzerinden (n:27) üzerinden % hesaplanmıştır.

Çizelge 2'de gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin % 40'nun birinci gebeliği, %37.7'sinin 2-3., %22.3'nün 4 ve daha fazla gebelik yaşadığı ve %94.4'ünün üçüncü trimesterde olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin %60'nın hafif preeklampsi (proteinüri, ödem ve hipertansiyon) bulgularıyla hastaneye başvurdukları belirlenmiştir.

Gebelerin önceki gebeliklerinde sorun yaşama durumu incelendiğinde; %25.9'unda bir sorun olduğu belirlenmiştir. En çok görülen sorunların; inatçı bulantı-kusma, hipertansiyon, anemi, astım, nedeni açıklanmamış anne karnında fetus ölümü olduğu saptanmıştır.

Daha önce doğum yapan gebelerin %11.1'i çocuklarında doğuştan kalp defekti veya zeka geriliği gibi sakatlıkların olduğunu belirtmişlerdir.

**Çizelge 3: Gebelerin Hastaneye Yatışları İle ilgili Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Hastaneye Yatış Sayısı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
İlk Yatışı	42	93.3
İki ve daha fazla	3	6.7
<b>Hastaneye Yatış Nedeni</b>		
Bilen	36	80
Bilmeyen	9	20
<b>Doktordan Doğum Şekli Hakkında Bilgi Alma</b>		
Evet	21	46.7
Hayır	24	53.3
<b>Sevk Edilme Durumu</b>		
Edilen	38	84.5
Edilmeyen	7	15.6
<b>Hastaneye Sevk Eden Sağlık Personeli</b>		
Doktor	34	89,5
Hemşire ve ebe	4	10.5

Çizelge 3'te gebelerin hastaneden sağlık hizmeti alma durumlarının dağılımı verilmiştir. Preeklampsili gebelerin, % 93.3'nün ilk defa preeklampsi nedeniyle hastaneye yatırıldığı, çoğunluğunun (%80) hastaneye yatırılma sebebini bilmediği ve yarısına yakınının (% 46.7) doktorundan doğum şekli hakkında bilgi almadığı belirlenmiştir. Gebelerde hafif ve ağır preeklampsi belirtilerini belirleyip hastaneye yönlendirilenlerin %84.5'i sağlık personeli olduğu anlaşılmaktadır.. Hastaların %89.5'i doktorun, %10.5'i hemşire ve ebenin önerisi üzerine hastaneye gitmeye karar verdiklerini belirtmişlerdir.



**Çizelge 4: Gebelerin Hastalık ve Bakım Bilgisi Eğitiminden Önce Aldıkları Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

İlk Bilgi	Alınan Değerler				Alnabilecek Değerler	
	$\bar{X}$	SS	Max	Min	Max	Min
Sorularından Alınan Puan						
Hastalık Bilgisi	14.1	9.2	42	3	50	0
Bakım Bilgisi	6.3	3.6	17	0	20	0
Toplam	20.8	12	53	3	70	0

Çizelge 4’de gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitimden önce aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Buna göre; preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce bilgi düzeyini ölçmek için araştırmacı tarafından geliştirilmiş anket sorularından aldıkları hastalık ve bakım bilgisinin ortalama puan değerlerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre preeklampsili gebelerin hastalığa yönelik bakım puanının minimum değeri 0, maksimum değeri 17, ortalaması 6.3’dir. Hastalık bilgi puanının minimum değeri 3, maksimum değeri 42, ortalaması 14.1’dür. Toplam bilgi puanına bakıldığında ise minimum değer 3, maksimum değer 53, ortalama 12’dir.

**Çizelge 5: Gebelerin Eğitimden Sonra Hastalık ve Bakım Bilgisinden Aldıkları Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Son Bilgi	Alınan Değerler				Alnabilecek	
	$\bar{X}$	SS	Max	Min	Max	Min
Sorularından Alınan Puan						
Hastalık Bilgisi	47.1	1.8	50	45	50	0
Bakım Bilgisi	20	0	20	20	20	0
Toplam	67.1	1.8	70	65	70	0

Çizelge 5’de gebelerin eğitimden sonra hastalık bilgisi hakkında aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre; preeklampsili gebelerin eğitimden sonra hastalığa yönelik uygulama puanının minimum değeri 20, maksimum değeri 20, ortalaması 20’dir. Hastalık bilgi puanının minimum değeri 45, maksimum değeri 50,

ortalaması 47.1'dir. Toplam bilgi puanına bakıldığında ise minimum değer 65, maksimum değer 70, ortalama 67.1'dir.

**Çizelge 6: Gebelerin Hastalık ve Bakım Bilgisi Sorularından Önce ve Sonra Alınan Puanın Ortalama Dağılımı**

Hastalık ve Bakım Bilgi Sorularından Alınan Puan	n	$\bar{X}$	SS	Alınan Değerler	
				Max	Min
Önce	45	7.8	6.9	9.8	5.6
Sonra	45	27.0	1.8	27.6	26.5
		t= 7.4	p<0.05		

Çizelge 6'da gebelerin hastalık ve bakım bilgisi sorularından önce ve sonra alınan puanın ortalama dağılımı yer almaktadır. Hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden aldığı ilk puan değerinin ortalaması 7.8, standart sapması 6.9 ve hastalık ve uygulama bilgisi eğitimden sonraki aldığı puan değerinin ortalaması 27.0, standart sapması 1.8'dir. Gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce aldıkları hastalık ve bakım puan değeri ile hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden sonra aldıkları puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan eğitim etkili olmuş preeklampsili gebelerin bilgi puanı artmıştır.

**Çizelge 7: Preeklampsili Gebelerin Hastalık ve Bakım Bilgisi Eğitiminden Önce ve Sonra Aldıkları SDAÖ Puanın Ortalama Dağılımı**

SDAÖ'den Alınan Puan	n	$\bar{X}$	SS	Alınan Değerler	
				Min	Max
Önce	44	53.7	12.2	26	75
Sonra	44	37.6	9.5	20	69
		t=13.194	p<0.05		

Çizelge 7'de preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce ve sonra aldıkları SDAÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce anksiyete ölçeğinden aldığı puan değerinin ortalaması

gebelerin SDAÖ'den aldıkları puan değeri, okur-yazar/ilkokul/ortaokul eğitim durumundaki gebelerin SDAÖ'den aldıkları puan değerinden daha düşük bulunmuştur. Preekampsili gebelerin eğitim düzeylerine göre SDAÖ'den önce ve sonra aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Çizelge 10: Gebelerin Eş İle Sorun Yaşama Durumlarının SDAÖ Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı**

Eş ile Sorun Yaşama Durumu	n	Anksiyete Puanları			
		$\bar{\chi}_{\text{önce}}$	$\bar{\chi}_{\text{sonra}}$	$SS_{\text{önce}}$	$SS_{\text{sonra}}$
Yaşayan	12	64.00	46.87	11.86	8.52
Yaşamayan	33	51.45	35.65	8.28	8.57
		t: 2.832	p< 0,05	t: 3.373	p< 0,05

Çizelge 10'da gebelerin eş ile sorun yaşamaları ile SDAÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Eşiyle sorunları yaşıyan ve yaşamayanın gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitimi verilmeden önce ve sonra elde edilen anksiyete puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Eşi ile sorun yaşayan gebelerin ilk anksiyete ortalaması ile eşiyle sorun yaşamayan gebelerin ilk anksiyete ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ayrıca eşiyle sorun yaşayanların ilk anksiyete değeri, eşiyle sorun yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Çizelge 11 : Gebelerin, Gebeliği İsteme Durumlarına Göre SDAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Gebeliğin İstenme Durumu	n	Anksiyete Puanları			
		$\bar{\chi}_{\text{önce}}$	$\bar{\chi}_{\text{sonra}}$	$SS_{\text{önce}}$	$SS_{\text{sonra}}$
İstenen	26	50.73	35.88	13.34	10.02
İstenmeyen	19	57.73	40.05	9.40	8.36
		t: -1,958	p<0,05	t: -1,475	p>0,05

Çizelge 11’de gebelerin, gebeliği isteme durumlarına göre SDAÖ’den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Gebeliği isteyen ve gebeliği istemeyen preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önceki ve sonraki anksiyete puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gebeliği istemeyen preeklampsili gebelerin ilk anksiyete ortalaması ile gebeliği isteyen preeklampsili gebelerin ilk anksiyete ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Gebeliği isteyen preeklampsili gebelerin ilk anksiyete değerinin gebeliği istemeyen preeklampsili gebelerin ilk anksiyete değerlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Çizelge 12: Gebelerin Doktordan Doğum Şekli Hakkında Bilgi Alma Durumlarına Göre SDAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Bilgi Alma	n	Anksiyete Puanları			
		$X_{\text{önce}}$	$X_{\text{sonra}}$	$SS_{\text{önce}}$	$SS_{\text{sonra}}$
Alan	21	51.7	36.4	13.8	10.6
Almayan	24	55.4	38.7	10.6	8.5
		t: -1,014	p>0,05	t: -0,801	p>0,05

Çizelge 12’de gebelerin doktordan doğum şekli hakkında bilgi alma durumlarına göre SDAÖ’den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre doktordan doğum şekli hakkında bilgi alan preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce SDAÖ’den aldıkları ortalama puan değerinin, doktordan doğum şekli hakkında bilgi almayan gebelerin ilk SDAÖ’den aldıkları ortalama puan değerine göre daha düşük olduğu görülmüştür. Fakat doktordan doğum

şekli hakkında bilgi alan gebelerin ve almayan gebelerin ilk SDAÖ'den aldıkları puan değeri ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Çizelge 13: Gebelerin Hastaneye Yatış Nedenini Bilme Durumlarına Göre SDAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Yatış Nedenini	Anksiyete Puanları				
	n	$\bar{X}_{\text{önce}}$	$\bar{X}_{\text{sonra}}$	$SS_{\text{önce}}$	$SS_{\text{sonra}}$
Bilen	36	54.3	38.1	13.1	10.1
Bilmeyen	9	51.1	35.9	7.8	6.4
	t: 0,173	p< 0,05		t: 0,616	p> 0,05

Çizelge 13'de gebelerin hastaneye yatış nedenini bilme durumlarına göre SDAÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hastanede yatırılma nedenini bilen ve bilmeyen gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce SDAÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaneye yatış nedenini bilen ve bilmeyen tüm gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitimi sonrasında SDAÖ'ü puanları düşmüştür. Ancak gebelerin hastaneye yatış nedenini bilenlerle ve bilmeyenler arasında hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden sonra SDAÖ' den aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Kliniği, Mersin Devlet Hastanesi Doğumevi, SSK Mersin Hastanesi Doğum Kliniği'nde preeklampsili gebelerin, hastalığı hakkında bilgisinin durumluk anksiyetesi üzerinde etkisine yönelik bulgular tartışılmıştır.

Preeklampsili gebelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde (Çizelge1) çoğunluğunun (% 64.4) sağlıklı gebelik için en uygun yaş grubu olan 20-30 yaş arasında olduğu görülmektedir. Fakat gebelikte risk faktörlerinin başında yer alan 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzeri gebelerin oranının da önemli düzeyde (%35.5) olduğu dikkati çekmektedir. Anne ve bebek morbidite ve mortalite riskinin 20 yaşın altında, 35 yaşın üzerinde olan gebeliklerde arttığı, 20-29 yaşlarında doğum yapan annelerin çocuklarında ölüm hızının diğer yaşlara göre daha düşük olduğu bilinmektedir (2, 17). Göl ve ark.(2003) yaptıkları çalışmada 40 yaş ve üstü gebelerde anemi, kronik hipertansif hastalıklar ve preeklampsili sıklığının daha sık görüldüğünü saptamışlardır(80). Adölesan gebeliklerin %90'nının az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştiği ve bu gebeliklerde anne ve bebek ölüm oranının oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir. Adölesan gebelerden doğan bebeklerin %50'sinin ölüm riski ile karşı karşıya olduğu, yaklaşık yedi yenidoğandan birinin bir yaşına gelmeden hayatını kaybettiği ve anne ölüm riskinin yaşı 20'nin üzerinde olanlara göre beş kat daha fazla arttığı saptanmıştır (81).

Kadının eğitimi, çalışma ve sosyal güvenceye sahip olma durumu toplumsal konumunu belirleyen temel faktörlerdendir. Türkiye'de kadının eğitimi henüz istendik düzeyde değildir (2) . TNSA(Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) verilerine göre ülkemizde okur-yazar olmayan kadınların oranı %16.7 iken ortaokul ve üzeri eğitilmiş kadın oranı da %18.1'dir (17). Bu araştırmada Spielberger'in Durumluk Anksiyete Ölçeği'ni preeklampsili gebeler tarafından doldurulacağı için okuryazar olmayanlar alınmamıştır. Bu nedenle okuryazar/ilkokul mezunu kadınların oranı %75.6 TNSA 1998 verilerine göre daha yüksek; ortaokul ve üzeri eğitim almış kadınların oranı (%24.4) ise daha yüksek çıkmıştır.

TNSA verilerine göre ülkemizde %6.6 okuryazar, %42.8'i ilkököl mezunu ve %26 ortaokul ve üzeri eğitim almıştır. Bu araştırmada preeklampsili gebelerin eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde okuryazar olmayan erkeğin olmadığı, ilkököl mezunu erkeklerin oranı % 42.2'i dir. Bu oran da TNSA verileriyle paralellik göstermekte, ortaokul ve üzeri eğitim almış erkekler %57.8'i oluşturmakta TNSA verilerine göre de çok daha yüksek oranda bulunmuştur.

Preeklampsili gebelerin eşlerinin çalışma durumu incelendiğinde çoğunluğunun (88.9) herhangi bir işte çalıştığı saptanmıştır.

Ekonomik durumun iyi olması, sosyal güvencenin olması gibi faktörler sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca düşük sosyo-ekonomik durum preeklampsisi riskini artırmaktadır. Araştırmada preeklampsili gebelerin çoğunluğunun (%68.9) her hangi bir işte çalışmadığı, eşlerin çoğunluğunun (%88.9) çalıştığı, büyük bir kısmının sosyal güvencesinin olduğu (%82.2), % 60'nın gelir-giderinin eşit ve fazla olduğu saptanmıştır. Buna göre preeklampsili gebelerin sağlık hizmetlerinden yararlanma fırsatının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Gebelerin % 40'ının ise ekonomik durumunun gelir- giderden az olduğu belirlenmiştir. Bu da preeklampsisi riskini bu grupta artırmaktadır (12, 16, 17, 27, 21,31 ).

Preeklampsili gebelerin ikamet yerleri incelendiğinde %64.4Ü Mersin il merkezinde, %35.6'sının Mersin'in ilçe ve köyde oturmakta olduğu saptanmıştır. Preeklampsili gebelerin yarısından fazlası tam donanımlı bir hastaneye daha kolay ulaşırken; yarısından azı Mersin il merkezine uzaklık nedeniyle ulaşım sorunu yaşamaktadır. TNSA verilerine göre kadınların; %66.5'i kentte yaşarken, % 33.5'i kırsal alanda yaşamakta bu araştırmada bu verilerle paralellik göstermektedir.

Preeklampsili gebelerin çoğunlukla (%80) çekirdek aile tipine sahip oldukları saptanmıştır. Eş ile akrabalık gebelikte fetusta anomali risk oranını artırmaktadır ( 27, 36). Bu araştırmaya katılan preeklampsili gebelerin %26.6'sının eşleri ile akrabalık bağlarının olduğu saptanmıştır. Bu bulgu da azımsanmayacak bir orandır. Akriba evliliklerinde trisomi13, hidrops fetalis , gibi anomalilerin görülme riski yüksektir. Bu anomalilerin preeklampsiyi hazırlayıcı faktörler arasında yer aldığı öne sürülmektedir (9, 27, 36).

Preeklampsili gebelerin yarısından fazlası (%57) gebeliği istemediklerini belirtmişlerdir. Psikososyal faktörlerin preeklampsinin gelişmesi ve ilerlemesinde



önemli rolü olduğu bilinmektedir. Preeklampsili gebe bu durumla baş edemediğinde, preeklampsili belirtileri daha da artarak anne ve fetus üzerinde hayati risk yaratmaktadır (1, 37).

Gebelerin %82.2'sinin BKİ'ye göre obez oldukları belirlenmiştir. Obezite preeklampsiyeye yatkınlığı artırmaktadır. Üstün ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada maternal obezitenin preeklampsisi üzerine etkisi araştırılmış ve BKİ preeklampsi grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (82).

Doğum sayısı 4'den fazla ve gebelik aralıklarının iki yıldan daha kısa olması, kadın ve çocuk sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Bu durum gebelerde anemi, vücut direncinin düşük olması, zor ve uzun doğum eylemi, doğum sonu kanamalar ve preeklampsili riskini artırmaktadır (2,9). Türkiye'de kadınların doğurganlık çağının sonunda ortalama 2.6 çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir (17). Bu çalışmada preeklampsili gebelerin, %37.7'si 2-3.gebelik yaşadığı belirlenmiştir. Bu da TNSA verilerine göre daha düşük bir orandır (Çizelge 2).

Litaratürde preeklampsili olgularının %65'i ilk gebeliklerde görülmektedir (29,30). Araştırmamızda ise preeklampsili gebelerin % 40'ının ilk, %37.7'sinin 2-3., %22.3'nün 4 ve daha fazla gebelik yaşadığı ve %94.4'ünün üçüncü trimesterde olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin önceki gebeliklerinde sorun yaşama durumu incelendiğinde; %25.9'unda inatçı bulantı-kusma, hipertansiyon, anemi, astım, nedeni açıklanmamış fetus ölümü, %11.1'inin çocuğunda doğuştan kalp defekti ve zeka geriliği gibi bir sakatlık olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 2).

Bu çalışmada preeklampsili gebelerin sağlık hizmeti alma durumları değerlendirildiğinde gebelerin, % 93.3'nün ilk defa preeklampsili nedeniyle hastaneye yatırıldığı, çoğunluğunun (%80) hastaneye yatırılma sebebini bilmediği ve yarısına yakınının (% 46.7) doktorundan doğum şekli hakkında bilgi almadığı belirlenmiştir (Çizelge 3). Gebelerin büyük çoğunluğunun, sağlık personellerinden bilgi talep edemedikleri, sağlık durumları hakkında bilgi almak istediklerini fakat kendilerini ifade etmektен çekindiklerini belirtmişlerdir. Hastanın özerkliğine saygı göstermesinin en önemli boyutlarından biri aydınlatılmış onamdır (83). Sağlık personelinin aydınlatılmış onamı yani hasta iznini almadan hastaya yönelik hiçbir müdahalenin yapılmaması felsefesinin benimsemediği görülmüştür.



Araştırmaya katılan gebelerin preeklampsi belirtileri tespit edildikten sonra doktorlar (%89.5) tarafından hastaneye yönlendirildikleri anlaşılmıştır (Çizelge 3). Bu sonuca göre birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe/hemşirelerinin antenatal izlemde yetersiz oldukları düşünülebilir. Koçak'ın çalışmasında da sağlık ocağında çalışan ebe/hemşirelerin riskli gebelikler konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır (84).

TNSA 1998 verilerine göre gebelerin %32'sinin antenatal bakım almadığı saptanmıştır. Girişkin ve arkadaşları (2001) yaptıkları araştırmada da antenatal takip oranının düşük olduğu (%83) belirlenmiştir. Yetersiz antenatal takip gebelikte risk durumunun saptanmasını engelleyecektir (18).

Preeklampsili gebelerin hastalık ve uygulama bilgisi eğitimden önce aldıkları uygulama puan ortalaması 6.3, hastalık bilgi puanının ortalaması 14.1, toplam bilgi puanına ortalaması 12'dir (Çizelge 4).

Preeklampsili gebelerin eğitimden sonra hastalık bilgisi hakkında uygulama puan ortalaması 20, hastalık bilgi puanının ortalaması 47.1, toplam bilgi puanı ortalaması 67.1'dir (Çizelge 5).

İlk hastalık ve bakım bilgi puanlarının çok düşük olması gebelere preeklampsi hastalığı ve bakım uygulaması hakkında yeterli bilginin verilmediğini ve ebe/hemşirelerin temel görevlerinden biri olan "anne ve çocuk sağlığını korumak ve yükseltmek" bilincinde olmadıklarını düşündürmektedir.

Preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisinden eğitimden önce ve sonra aldıkları puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 6). Araştırmacı tarafından, uygun iletişim teknikleri ile gebelerin duygularını ifade etmeleri sağlanarak ve gereksinim duydukları konularda hastalık ve bakım konusunda açıklayıcı bilgiler verilerek hastanın toplam bilgi puanı artırılmıştır.

Yapılan çalışmalarda sağlık eğitimi ile hastalarda komplikasyonların ve anksiyete düzeylerinin önemli düzeyde azaldığı saptanmıştır (85,86).

Ebe/hemşire hastaneye yatan preeklampsili hastanın hastane ortamına alışmasını, ailesi ile iletişim kurmasını ve durumu ile ilgili bilgi sağlayacak kişilere ulaşmasını kolaylaştıracak anahtar kişi rolündedir (11, 31).

Preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce ve sonra aldıkları durumluk anksiyete ölçek puan ortalamalarının dağılımına göre ,önceki durumluk anksiyete puan değerinin ortalaması 53.7, sonraki durumluk anksiyete puan değerinin ortalaması 37.6'dır. Preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce anksiyete puan değeri ile sonraki anksiyete puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge7). Preeklampsili gebeye durumu hakkında bilgi vermek, yatak istirahatinin kendisine ve bebeğine iyi geleceğini anlatmak, diyetinde nelere özen göstermesi gerektiğini açıklamak, fetusun durumu, doğum ve gebenin merak ettiği konular üzerinde açıklayıcı bilgi vermenin anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Atıcı, doğum sonu erken taburculukta lohusalara verilecek sağlık eğitimi ve evde bakımın postpartum komplikasyonları ve anksiyete düzeylerini araştırdığı çalışmada eğitim verilen grubun anksiyetesinin eğitim verilmeyen gruba göre önemli derecede azaldığını saptamıştır(85).

Karayurt çalışmasında, ameliyat öncesi dönemde rutin eğitim programlarından çok hastanın ihtiyaç duyduğu konularda uygun sağlık personeli tarafından verilecek eğitimin hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerinde anlamlı bir azalma sağladığını ortaya koymuştur(86).

Preeklampsili gebelerin buldukları hastanelere göre hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce ve sonra aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Çizelge 8). Böylece preeklampsili gebelerin durumluk anksiyete puanı değerini azaltmada, buldukları hastanelerin etkili olmadığını söyleyebilir. Araştırma hastanesinde gebelerin anksiyelerinin yüksek olmasının bu hastanede yapılan işlemlerin yoğunluğundan ve hastaya bakan hastane personelinin yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Preeklampsisi konusunda hastalık ve bakım bilgisi eğitimi verilen gebelerin, eğitim düzeyleri ile eğitimden önce ve sonraki durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Çizelge 9). Bu da preeklampsili gebelerin durumluk anksiyete ölçek puan değerlerinin eğitim düzeyinden etkilemediğini göstermektedir. Yazıcı ve ark. yapmış olduğu çalışmada hastaların eğitim durumlarının, HAD(depresyon ve anksiyete ölçeği) depresyon ve anksiyete

puanlarını etkilemediği saptanmıştır (87). Özatalay'ın (1990) yapmış olduğu çalışmada da eğitim düzeyinin anksiyeteyi azaltmada etkili olmadığı ortaya çıkmıştır (88).

Gebelerin % 26.6'sının eşiyle sorun yaşadıkları tespit edilmiştir (Çizelge 1). Peedicayil ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada da gebelerin % 13'ünün fiziksel şiddet gördükleri belirlenmiştir (89).

Çalışmamızda eşi ile sorun yaşayan gebelerin ilk anksiyete ortalaması ile eşiyle sorun yaşamayan gebelerin ilk anksiyete ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Çizelge 10). Ekşi (1999)'nin araştırmasına göre de riski olan gebelerin, duygu ve düşüncelerini eşi ile paylaşma durumları ile durumluk kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (78). Ayrıca gebede durumluk anksiyete puanının yüksek çıkmasında; eşlerin gebelere verdiği yetersiz destek ya da kadına uyguladığı, psikolojik baskı, fiziksel şiddet, değer vermemesi gibi sebeplerin anksiyeteyi artırıcı etkisi olduğu söylenebilir.

Bu gebeliği isteyen preeklampsili gebelerin ilk anksiyete değerleri gebeliği istemeyen preeklampsili gebelerin ilk anksiyete değerlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Çizelge 11). Keleş ve ark. (2000) yaptıkları araştırma sonucunda istenmeyen gebeliklerin, kadınlarda fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik sorunlara neden olduğu, istemeden gebe kalmış ve gebeliği süren kadınların sosyal yaşamdaki başarısızlık, yetersizlik, çaresizlik, suçluluk ve kızgınlık duygularından dolayı özgüvenini yitirdiği belirlenmiştir. Bunun sonucunda nörotik kişilik özelliğinin, anksiyeteyi anlamlı ölçüde artırdığı saptanmıştır (90).

Hastaneye yattıktan sonra doktordan doğum şekli hakkında bilgi alan ve bilgi almayan preeklampsili gebelerin önceki ve sonraki durumluk anksiyete ortalama puanları arasında istatistiksel olarak fark olamadığı görülmüştür (Çizelge 12). Sadece doğum şekli ile ilgili bilgi almanın anksiyeteyi azaltmada yeterli olmadığı ortaya çıkmıştır. Oskay ve Şahin'in yaptıkları vaka çalışmasında riskli gebelik tanısıyla hastaneye yatırılan bir gebenin "Benim ve bebeğimin hayatı doktor ve hemşirelerin kontrolü altında, her şeye onlar karar veriyorlar, ben ise sadece yatıyorum ve kendimi çok çaresiz hissediyorum " şeklindeki ifadesi hastanın hastalığı ile ilgili yapılacak işlemler konusunda bilgilendirmenin ve karar aşamasında onun da onayını almanın önemini anlamlı bir şekilde ortaya koymaktadır (91). Preeklampsili gebenin

anksiyetesini azaltmada ebe/hemşire ve doktorun ekip iş birliği içinde çalışması gerektiği söylenebilir (77, 78, 84).

Ancak gebenin tedavisi ve doğum şekli, uygulanacak bakım konusunda bilgi alması durumluk anksiyete düzeyini azaltacağı düşünülmektedir. Hastanede yatırılma nedenini bilen ve bilmeyen preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce ve sonra durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 13). Ayrıca neden yatırıldığını bilen ve bilmeyen preeklampsili gebelerin ilk durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan değeri ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Preeklampsili gebelerin hastalık ve yatırılış nedeni hakkında bilgilendirilmemesi gebenin anksiyetesini artırmaktadır. Hasta haklarını yeterli düzeyde bilmemeleri gebelerin bu konularla ilgili sağlık personelinden bilgi talep edememelerine neden olmaktadır. Ebe/ hemşirenin görevlerinden biri hasta hakları savunuculuğunu yapmaktır (31, 83).

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar şöyledir:

Çalışma kapsamına alınan preeklampsili gebelerin hastaneden sağlık hizmeti alma durumları değerlendirildiğinde, çoğunluğunun (%80) hastaneye yatırılma sebebini bilmediği, preeklampsi belirtileri tespit edildikten sonra %89.5'inin doktorlar tarafından hastaneye yönlendirildikleri saptanmıştır (Çizelge 3).

Hastaneye yatırılma nedenini bilen ve bilmeyen preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce ve sonra durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge13). Ayrıca neden yatırıldığını bilen ve bilmeyen preeklampsili gebelerin ilk durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan değeri ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızda gebelerin % 26.6'sının eşiyile sorun yaşadığı tespit edilmiştir (Çizelge 1). Eşi ile sorun yaşayan ve yaşamayan gebelerin ilk anksiyete ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Çizelge10).

Preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce ve sonra aldıkları durumluk anksiyete ölçek puan ortalamalarının dağılımına göre önceki durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan değeri ortalaması 53.7 (orta düzey anksiyete), sonraki durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan değerinin ortalaması 37.6 ( hafif düzey anksiyete )'dır. Preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce anksiyete puan değeri ile sonraki anksiyete puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur (Çizelge7).

Preeklampsili gebelerin hastalığa yönelik bakım puanının ortalaması 6.3, hastalık ve bakım bilgi puanının ortalaması 14.1'dür. Toplam bilgi puanına bakıldığında ise minimum değer 3, maksimum değer 53, ortalama 12'dir(Çizelge 4). Preeklampsili gebelerin eğitimden sonra hastalık bilgisi hakkında bakım puan ortalaması 20, hastalık bilgi puanının ortalaması 47.1, toplam bilgi puanı ortalaması 67.1'dir (Çizelge 5). İlk toplam puan değerlerin çok düşük olması ile gebelere hastalık ve bakımlarına yönelik yeterli bilginin verilmediği ortaya çıkmıştır.

Preeklampsili gebelerin hastalık ve bakım bilgisi eğitiminden önce ve sonra aldıkları puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 6).

**Bu sonuçlar doğrultusunda;**

1. Gebeliğin planlı ve sağlıklı olabilmesi için eşlere; aile planlaması, gebelik süreci hakkında genel eğitim programları hazırlanması,
2. Preeklampsinin erken teşhisini sağlamak için ebe/hemşirelerin antenatal takiplerinin yeterli ve düzenli yapmaları,
3. Riskli gebelere; gebelik ve sorunları, bu sorunlarla başa çıkma yolları konusunda uygun eğitim verilmesi,
4. Gebelerin hakları konusunda bilgilendirilmesi,
5. Uygun iletişim becerilerini geliştirmeleri amacıyla ebe/hemşirelerin hizmet içi eğitim programı hazırlanması önerilmektedir.

**Araştırmacılar için öneriler;**

1. Farklı riskli gebelik gruplarında eğitimin durumluk anksiyete üzerine etkisinin incelenmesi,
2. Daha önceki gebeliğinde risk yaşayan ve yaşamayan normal gebelerin, durumluk anksiyete üzerine etkisinin incelenmesi önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. **Buldukoğlu K, Terakye G**, Fiziksel Yönden Riskli Gebelerin Ruhsal Yönden Risk Durumlarının Belirlenmesi. II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir, 12-14 Eylül 1990: 707-716.
2. **Taşkın L**, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 4. Basım, Ankara, 2000.
3. **Karanisoğlu H**. Riskli gebeliklerde hemşirelik yaklaşımı, *Hemşirelik Bülteni Dergisi*, cilt:V. Sayı:18, 1991: 47-51.
4. **Tatar N**. Gebelikte hipertansiyon. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1990: (6:1): 41-49.
5. *Üçüncü Bin Yıla Başlarken Anne Ve Çocukların Durumu*, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
6. **Mırçioğur S, Akın A**. Dünyada ve Türkiye'de anne ölümleri. *Sağlık ve Toplum*,1998:3-4:37-44.
7. **Metin B, Akın A, Güngör İ**, Dünya Sağlık Raporu 1998, T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, Ankara, 1998.
8. **İnanç N, Hatipoğlu S**, Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aile. Damla Matbaacılık, Ankara, 1995.
9. **Taner M Z**, Gebelik Ve Hipertansiyon. Gebelik ve Sistemik Hastalıklar. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002.
10. **Özderen M, Osmanağaoğlu MA, Uğur H, Kadioğlu S**. Hipertansif gebeliklerdeki perinatal sonuçlarımız. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*. 2002:16:31-35.
11. **Ingalls AJ, Salerno MC**, Maternal and Child Health Nursing. Second ed., 1971.
12. **Queman JT, Hobbins JC**. Çeviri Ed: Güner H. Yüksek Riskli Gebelerde Tanı ve Tedavi Protokolleri. 3. Baskı, Ankara, 1998.
13. **Ünal O, Osmanoğlu T, Cengizoğlu A, Ünsal B, Varol S**. Gebelik ve hipertansiyonda perinatal mortalite ve morbidite, *Perinatoloji Dergisi*. İstanbul,1994,2:10-62, 147-150.
14. **Pernoll M**, Çağdaş Obstetrik & Jinekoloji Çeviri: Saraçoğlu F., Cilt1, Barış Kitabevi, İstanbul, 1994.



15. **Gülcan G.** Gebeliğin Oluşturduğu Hipertansiyon Riskinin Belirlenmesinde Roll –Over, İzometrik Egzersiz ve Soğuk Basınç Testlerinin Kullanılması. Hemşirelik Programı Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999.
16. **Kukulu K.** Ebe ve Hemşirenin Gebelik Toksemisi Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Bilim uzmanlığı tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Ankara, 1991.
17. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998*, Ankara, 1998.
18. **Şirin A.** Toksemi (preeklampsi ve eklampsi) ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*.1991;7:2, s:59-67
19. **Girişkin Ü, Çelik Ç, Acar A, Çiçek N, Görkemli H, Çapar M, Akyürek C.** İki yıllık dönemde perinatal mortalite ve morbidite oranları ve risk faktörleri. *MN-Klinik Bilimler&Doktor* 2001;7(6):821-832
20. **Ladewig PW, London M, L, Olds, S.B.** Essentials of Maternal Newborn Nursing., A Division of Benjamin/ Cumming Publishing Company, 1990.
21. **Kurki T, Hulesmaa V, Raitasalo R, Mattila H.** Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2000: April Vol.(95),No.4:487-489.
22. **Gabbe GS, Niebly JR, Simpson JL.** Obstetrics Normal & Problem Pregnancies. Third Ed., 1996.
23. **Hatipoğlu İ, Avcı Y, Öztürk A.** Hemşirelik Esasları. Damla Matbaacılık, Ankara, 1996.
24. **Reynolds C, Mabie WC, Sibai BM.** Hipertensive Sattes of Pregnancy. Current Obstetric&Gynecologic, Diagnosis & Treatment. 9th, USA: McGraw-Hill Companies, 2003:338-353.
25. **Vural G,** Hipertansif Hastalıklar Gebelik ve Hemşirelik Bakımı. Ankara, 1998.
26. **Vural G,** Hipertansif Bozukluklar, Yüksek Riskli gebelik ve Doğum El Kitabı., Palme Yayıncılık, İkinci Baskı, 2002.
27. **Stott JR, Disaia PJ, Hammond CB,** Çeviri; Erez, S., Erez, R, Danfort Obsteterik ve Jinekolojik. Yedinci Edisyon, Yüce Yayın, İstanbul, 1994.
28. **Çelik H.** Gebelik ve kronik hipertansiyon; *MN-Klinik Bilimler&Doktor*, 2001;7(3):420-425.
29. **Dinçer HÇ.** Pre-eklemsi ve Eklamsi Olgularının Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi , Adana, 1992.



30. **Tatar N.** Gebelikte hipertansiyon. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1990; (6:1): 41-49.
31. **Cheyne H, Mcqueen J.** Care of The women with Hypertension İn Pregnancy: The Viewpoint Of The Midwife. *Balilliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 1999; (Vol.13,No.1): 107-113
32. **Hibbard UJ.** Hipertensive diseasa and pregnancy. *Journal of Hypertension*, 2002; (20 (suppl 2): 29-33.
33. **Kurki T.** Depression, anxiety associated with increased risk for preeclampsia. *Obstetrics&Gynecology*. 2000;95(4):487-490.
34. **Kurki T.** Depression raises risk of preeklampsia. Erişim:<http://www.personelmd.com/new/n0403110319.shtml> Erişim tarihi:12.3.2003.
35. **Patrick TE, Powers RW, Daftary AR, Ness RB, Roberts JM.** Homocysteine and folic acid are inversely related in black women with preeclampsia: *Hypertension*, 2004; Jun; (43:6), 1279-82.
36. **Kaya E.** Gebelik Hipertansiyonu Preeklampsia ve Eklampsia Obstetrik Maternal ve Fetal Tıp & Perinatoloji, Nobel Kitapevi, 1. Basım, 2001.
37. **Baltaş A, Baltaş Z,** Stresle Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitapevi, Özel Basım, İstanbul, 1997;117-123.
38. **Arngrimsson R, Hayward C, Nadaud S, Baldursdottir A, Walker JJ, Liston WA, Bjarnadottir RI, Brock DJ, Geirsson RT, Connor JM, Soubrier F.** Evidence for a familial pregnancy-induced hypertension locus in the eNOS-gene region: *Am J Hum Genet*, 1997;Aug;61(2):354-62.
39. **Lade JA, Moses EK, Guo G, Wilton AN, Grehan M, Cooper DW, Brennecke SP.,** The eNOS gene: a candidate for the preeclampsia susceptibility locus? : *Hypertens Pregnancy*, 1999;18(1):81-93.
40. **Avşar F, Ersan F.** Preeklampsia profilaksisinde düşük doz aspirin etkili mi? *Yeni Tıp Dergisi*.1995;12(4),s:314-315.
41. **Birol L, Akdemir N, Bedük T,** İç Hastalıkları Hemşireliği,6. Baskı, Vehbi Koç Yayınları, Ankara, 1997.
42. **Durukan T,** Gebelikte Hipertansiyon Preeklampsia- Eklampsia. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. İstanbul: Melisa Matbaacılık, 1996:1647-1651.

43. **Sibai BM.** Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. *Obstet Gynecol.* 2004; May; 103 (5Pt 1): 91-91.
44. **Gurbuz A, Karateke A, Mengulluoglu M, Gedikbasi A, Ozturkmen M, Kabaca C, Sahinoglu Z.** Can serum hcg values be used in the differential diagnosis of pregnancy complicated by hypertension? *HypertensPregnancy*, 2004;23(1):1-12.
45. **Demir SC, Candan E, Evrúke C, Özgüven FT, Ürünsak İF, Kadayıfçı O.** Şiddetli preeklampsi, eklampsi ve hellp sendromunda morbidite ve mortaliteyi etkileyen faktörler. *Mn-Klinik Bilimler&Doktor*, 2004;10(1):96-100.
46. **Önder R, Akıllı A,** Hipertansiyon, 1.Basım, Ladin Matbaacılık, İzmir, 1998.
47. **Cunningham FG, Mac Donald PC. Gant NF,** et al: Willams Obstetries 20 th ed. Appleton& Lange, 1997.
48. **Arısan K,** Doğum: Bilgisi. Çeltük Matbaacılık Koll. Şti. 594-618, İstanbul, 1993.
49. **Coşkun A, Karanisoğlu H,** Doğum ve Kadın Hastalığı Hemşireliği. Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 1992.
50. **Aras Z.** 19997-1999 yıllarında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde Gebelikte hipertansiyon Saptanan Olguların Değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, Dicle Üniversitesi , Diyarbakır, 2000.
51. **.Neyzi O,** Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler, Nobel tıp Kitapevi, İstanbul, 1994.
52. **Leduc L, Wheeler J M, Kishon B,**et al: Coalugation profil in severe preeclampsia: *Obstet Gynecol* 79:14-18,1992.
53. **Higgins J R, Brenneecks SP,** Pre-eclampsia still a disease of theories? : *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 10:129-133,1998.
54. **Muller F. Savey L, Le Fiblec B.** Maternal serum human chorionic gonadotropin lever at fifteen weeks is a predictor for preeclampsia, *Am. D. Obstet Gynecol*, 1996:175:37-40.
55. **Kearney K.** Emergency preeclampsia syptoms may be mistaken for those of third-trimester pregnancy. *AJN*, 2000: August, (100:8).
56. **Cowles T, Saleh A, Cotton DB,** Hypertensive Disorders of Pregnancy. High Risk Pregnancy. 6th, London, England Management Options, 1997.
57. **Walker, James J.** Preeclampsia. *Lancet*, 2000,vol:356, p:1260-6.

58. Acunaş B, Varol F, Vatansever Ü, Soyuçen E, Karasalihoğlu S. Preeklampik anne prematüre yenidoğanlarında sonuçlar. *MN-Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine* 2002;8(1):14-16.
59. Dekar GA. Prediction of preeclampsia : *Perinatoloji Dergisi* 2:1,15-8.1994
60. Yang JM. And Wang KG. Relationship between acute fetal distress and maternal-plecental-fetal circulations in severe preeclampsia. *Acta Obstet Gyne col Scand*, 1995;74:419-424.)
61. Birol L, Akdemir N, Bedük T, İç Hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Yayınları, 4. Basım, Ankara, 1997.
62. Buldukoğlu K, Psikolojik Uyum, Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. 2. Baskı, PalmeYayıncılık , Ankara, 2002.
63. Özkan S, Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. Roche Yayıncılık, İstanbul, 1993.
64. Köknel Ö, Kaygının Doğuşu. I Anksiyete Sempozyumu 5-7 Haziran, 1993:165-199.
65. Köknel Ö, Genel ve Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1989.
66. Freud S, A General introduction to Psychoanalysis. New York: Simson & Schuster, 1969:341.
67. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları, Remzi Kitabevi, 7. Baskı, 1997.
68. Öztürk O, Pisikanaliz ve Psikoterapi. Bilimsel Tıp Yayınevi, 3. Baskı, Ankara, 1997.
69. Kara N, Şahinler İH, Anksiyete, *Actual Medicine*, Temmuz 2002:34-36.
70. Erol N, Öner Ö. Anksiyeteye yeni bakışlar: *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1999: 6(1).
71. Başak Yücel, "Anksiyete", s.1.  
Erişim: (www.kadınlar.com.) Erişim tarihi: 05.04.2004.
72. Kum N, Pektekin Ç, Özcan A, Terakye G, Özalın G, Yurt V, Öz F, Doğan S, Buldukoğlu K, Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Yayınları, İstanbul, 1996, s:132.
73. Simon HA. Motivation and emotional controls of cognition. *Psychological Review*, 1967:74,29-30.

74. **Aguilera D**, Crisis intervention: theory and methodology, St Louis, Mosby, 1990.
75. **Görgülü S**. Hemşirelerin Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Hemşireleri İş Ortamında Etkileyen Stresörlerin Tanımlanması, Doktora tezi, Ankara, 1988, s.23.
76. **Bağ B**. Hasta Psikolojisi. *Hemşire Dergisi*, 1998; Tem- Agu.,48:4.
77. **Genez D**. Hamile Kadınlara Kaygı Düzeyleri, Yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi ,Samsun, 2002.
78. **Ekşi Z. I**. Trimesterde Bebeğini Kaybeden Ve Kaybetme Riski Olan Kadınların Kaygı Düzeyleri, Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 1999.
79. **Öner N, LeCompte A**, Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 2. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1985.
80. **Göl M, Aydın Ç, Güven CM, Yensel U, Karıcı L, Baloğlu A**. 40 yaş ve üzeri kadınlarda gebelik sonuçları. *MN-Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 2003;9(3):176-179.
81. **Mayor S**. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries, *BMJ*, 15 May 2004;328:1152 .
82. **Üstün Y, Üstün Y. E, Zeteroğlu Ş, Şahin G, Kamacı M**. Fetal cinsiyet ve maternal obesitenin preeklampsi ile ilişkisi. *Jinekoloji Ve Obstetrik Dergisi(Logos)*, 2003;17(4):224-226.
83. **Aydın E**, Tıp Etiğine Giriş, Pegem A Yayınevi, 1. Basım, 2001.
84. **Koçak F**. Ebe ve Hemşirelerin Gebelikte Riskli Durumlara İlişkin Bilgilerinin İncelenmesi, Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1992.
85. **Atıcı İ**. Doğum Sonu erken Taburculukta Lohusalara Verilecek Sağlık Eğitiminin ve Evde Bakımın Postpartum Komplikasyonlar ve Anksiyeteye Etkisi, Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2000.
86. **Karayurt Ö**. Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine etkisinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 1997.
87. **Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Kanık A, Erdem, Buturak V, Okyay Y, Şimşek Y**. Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. *Yeni Symposium*, 2003;41(3):120-124.

88. **Özatalay E.** Kronik Hemodiyaliz Programındaki Hastalarda Anksiyete, Uzmanlık tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 1990.
89. **Peedicayil A, Sadowski LS, Jeyaseelan L, Shankar V, Jain D, Suresh S.** Spousal physical violence against women during pregnancy. *BJOG*, 2004, Jul; 111(7): 682-7.
90. **Keleş M Ö, Serin A, Üner A, Semiz M, Erginbaş M.** İstenmeyen gebeliklerde anksiyete. *Haseki Tıp Bülteni*, 2000;38(3):221-225.
91. **Oskay Ü Y, Şahin N H.** Hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan stresörler. *Hemşirelik Formu Dergisi*, 2003 :(6:3) 33-39.



## EKLER

### EK-1 ANKET FORMU

1. Hastanenin adı:
2. Oturduğunuz mahalle:
3. Yaşınız:
4. Doğum yeriniz:
5. Kaçınıcı gebeliğiniz?
6. Boyunuz:
7. Medeni Durumunuz ?
  - a) Evli
  - b) Bekar
  - c) Diğer
8. Öğrenim durumunuz?
  - a) Okur yazar
  - b) İlkokul
  - c) Orta
  - d) Lise
  - e) Üniversite
9. Mesleğiniz?
  - a) Ev hanımı
  - b) Memur
  - c) İşçi
  - d) Esnaf
  - e) Diğer
10. Eşinizin yaşı:..... Eğitim durumu:.....
11. Eşinizle aranızda sorunu veya sorunlar yaşıyor musunuz?
  - a) Evet (Açıklayınız.....)
  - b) Hayır
12. Ailenizin diğer bireyleriyle sorun veya sorunlar yaşıyor musunuz?
  - a) Evet (Açıklayınız.....)
  - b) Hayır

13. Eşinizin mesleği:

- a) İşsiz
- b) İşçi
- c) Memur
- d) Emekli
- e) Esnaf
- f) Diğer

14. Ailenizin sağlık güvencesi:

- a) Emekli sandığı
- b) Sigorta
- c) Bağ-kur
- d) Yeşil kart
- e) Yok

15. Gelir durumunuz:

- a) Gelir gidere denk
- b) Gelir giderden fazla
- c) Gelir giderden az

16. Kaç yaşında evlendiniz:

17. Aile tipiniz:

- a) Çekirdek aile
- b) Geniş aile
- c) Diğer

18. Eşinizle akrabalık bağınız var mı?

- a) Var
- b) Yok

19. Ailenizde sağlık sorunu ortaya çıktığında etkili olan ( sözü geçen ) kişiler kimlerdir?

- a) Eşim
- b) Çocuklarım
- c) Eşimin akrabaları ( kaynana, kayınbaba ..vs)
- d) Diğerleri

20. Şimdiki Gebelik Haftanız veya son adet tarihiniz:.....

21. Gebeliğiniz süresince kaç kilo aldınız? (.....)

Gebe olmadan önceki kilonuz: .....kğ. Şimdiki kilonuz:.....kğ.

22. Önceki gebeliklerinizde risk ya da hastalık yaşadınız mı?

- a) Evet (Açıklayınız: 1. gebelik..... 2. gebelik..... 3. gebelik..... )
- b) Hayır

23. Çocuklarınızda doğuştan bir sakatlık var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

24. Bu gebelik planlanmış mıydı?

- a) Evet
- b) Hayır

25. Hastaneye neden yatırıldığınızı biliyor musunuz?

.....

26. Şu anda başka bir hastalığınız var mı?

.....

27. Bu hastaneye bu hastalık nedeniyle kaçınıcı yatırılışınız?

.....

28. Hastaneye gelmenize neden olan bulgular (rahatsızlıklar) nelerdir?

29. Hastaneye geldiğinizdeki kan basıncınız kaçtı?.....mmHg Şimdi:.....mmHg

30. Hastaneye gitmeniz gerektiğini ilk kim söyledi?

- a) Doktor
- b) Sağlık ocağı hemşiresi
- c) Sağlık ocağı ebesi
- d) Diğer

31. Doğum şekliniz hakkında doktorunuz size bir açıklamada bulundu mu?

- a) Evet ( Açıklayınız.....)
- b) Hayır

32. Preeklampsi veya gebelik zehirlenmesi nedir? (1)

.....

33. Preeklampsi belirtileri nelerdir? (4)

34. Ödem nedir? (1)

- a) Vücudun şişmesi veya vücudun su toplamasıdır.
- b) Vücutta morarmasıdır.
- c) Vücutta kızarmasıdır.
- d) Bilmiyorum

35. Ödem (şişliklerin) olmasının anlamı sizce nedir? (2)

.....

36. Vücudunuzun hangi bölgelerindeki ödem sizce tehlike işaretidir? (2)

.....



37. Günün hangi saatlerinde ödem tehlike işaretidir? (2)

- a) Sabah saatleri
- b) Öğlen saatleri
- c) Akşam saatleri
- d) Diğer

38. Ödem olduğunda nasıl bir önlem alabilirsiniz? (3)

.....

39. Vücuttaki ödemi önlemek için nasıl beslenmelisiniz? (3)

- a) Proteinden zengin (1.5 gr/gün) tuzdan kısıtlı( 6 gr/ gün )diyet
- b) Sıvı alımı kısıtlanması yapılmalı
- c) Karbonhidrattan (ekmek, pilav, makarna türü beslenme) zengin
- d) Mineral ve vitaminden fakir beslenme

40. Kilo takibi neden yapılır? (1)

.....

41. Kilo takibi kaç günde bir yapılmalıdır? (1)

- a) Her gün
- b) 2 günde bir
- c) Haftada bir
- d) Ayda bir

42. Kilo ölçümü günün hangi zaman diliminde yapılmalıdır? (1)

- a) Her akşam
- b) Her sabah
- c) Her öğlen
- d) Herhangi bir saat

43. Günlük ne kadar ağırlık artışı tehlike işaretidir? (2)

.....

44. Kilo takibi yapılırken nelere dikkat etmelisiniz? (3)

45. Kilo artışını kontrol altına almak için ne yapmalısınız? (3)

46. Kan basıncı, nabız, solunum ,vücut ısısı takibi en az ne kadar arayla yapılmalıdır? (1)

- a) 12 saat
- b) 8 saat
- c) 6 saat
- d) 4 saat

47. Aşağıdakilerden hangisi sizce hastalığınızın izleminde en önemli bulgudur?(1)

- a) Kan basıncı( Neden?.....)
- b) Nabız
- c) Ateş
- d) Diğer

48. Kan basıncı değişikliğini nasıl anlarsınız? (2)

.....

49. Kan basıncınız yükseldiğinde neler yaşarsınız? (2)

50. Kan basıncının yükselmesi ne zaman tehlike işaretidir? (2)

.....

51. Kan basıncı yükselmesini önlemek için ne yaparsınız? (3)

.....

52. İdrara miktarında azalma neyin belirtisi olabilir? (1)

- a) Soğuk algınlığının
- b) Pre-eklamsi hastalığının
- c) Diğer
- d) Bilmiyorum

53. Pre-eklamsi kimlerde daha çok görülür? (2)

- a) 18'in altı ve 35 yaşın üstünde olan (0.33)
- b) Şeker ve kalp hastalığı olan(0.33)
- c) 5'den fazla doğum yapan (0.33)
- d) Yeterli beslenemeyen(0.33)
- e) Önceki gebeliğinde bu hastalığı geçirmiş olan(0.33)
- f) Kronik hipertansiyonu olmak(0.33)

54. Pre-eklamside vücudun nerelerinde ağrı olması beklenir? (2)

- a) Mide civarı
- b) Göğüste
- c) Başta
- d) Bilmiyorum

55. Pre-eklamside istirahatın önemi nedir? (1)

.....

56. İstirahat ortamınızın nasıl olması gerektiğini biliyor musunuz? (3)

- a) Evet( Açıklayınız.....)
- b) Hayır

57. Pre-eklamsinin gebeliğinizi nasıl etkilediğini biliyor musunuz? (2)

- a) Evet (Açıklayınız. Anne üzerinde:.....Fetus üzerinde:.....)  
b) Hayır

58. Bebeğinizin sağlığını değerlendirmek için yapılacak testler nelerdir? Açıklayınız.(1)

- a).....  
b).....  
c).....

59. Bebeğinizin sağlığını değerlendirmek için sizin yapabileceğiniz bir şey var mı?(3)

- a) Evet (Açıklayınız.....)  
b) Hayır

60. Bebeğinizin sağlığının tehlikede olduğunu gösteren işaretler neler olabilir? (4)

- a) Hareketlerinin azalması  
b) Hareketlerin çoğalması  
c) Vajinal kanamanın olması  
d) Karın alt bölgesinde (rahimde) sertleşme

61. Pre-eklamsinin ilerlemesini gösteren belirtiler hangileridir?(4)

- a) Dikkatte azalma  
b) Emosyonel durumunda değişiklikler  
c) Bayılma ve kasılmalar  
d) Görme bulanıklığı  
e) Mide üzerinde ağrı  
f) Solunum sıkıntısı veya hırıltılı solunum  
g) Ödem artması  
h) Kilonun artması

62. Günlük işlerinizi kısıtlamanız (planlayarak azaltmanız) gerekir mi? (2)

- a) Evet( Neden.....)  
b) Hayır

63. Size uygulanan ilaç tedavisi var mı? (1)

- a) Evet (Niçin uygulandığını biliyor musunuz.....)  
b) Hayır

64. Aşağıdakilerden hangisi pre-eklamsi hastalığının ağırlaşmasına neden olan sebepler arasındadır? (2)

- a) Kaygı ve stres  
b) İstirahat  
c) Tuzdan kısıtlı proteinden zengin diyet  
d) Loş ve sesiz ortam

## EK-2

## STAI FORM TX – I

İsim: Cinsiyet: Yaş: Meslek: Tarih:

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

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

Puanlama:

Doğrudan ifadeler:

Tersine dönmüş ifadeler:

Sabit puan(50)

Durumluk Kaygı Puanı:

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1977 yılında Gülnar'da doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini Mersin'de tamamladıktan sonra 1996-2000 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda yüksek öğrenim görmüştür. 2001 yılında Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Dahiliye Servisi'nde klinik hemşiresi olarak göreve başlayan araştırmacı, aynı yıl içerisinde Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü kadrosunda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başlamış, Ebelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimini yapmıştır . Araştırmacı evli olup, ingilizce bilmektedir.

