

T.C
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**GEBELERDE HİPERTANSİYONUN PSİKOSOSYAL SAĞLIK
ÜZERİNE ETKİSİ**

ZÜLFİYE YILDIRIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ

KONYA 2019

Tez Onay Sayfası

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Zülfiye YILDIRIM 'ın " Gebelerde Hipertansiyonun Psikososyal Sağlık Üzerine Etkisi" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya/ 20.09.2019



Tez Danışmanı

Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

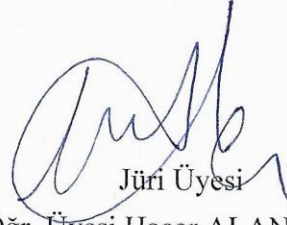


Jüri Üyesi

Prof. Dr. Ennel EGE

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALAN DİKMEN

Selçuk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 25/09/2019 tarih ve 19/21 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü




APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled ‘‘ Hypertension Prevalence and Psychosocial Health in Pregnant Women’’ by ‘‘Zülfiye KARAKUŞ’’ that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of ‘‘Nursing’’, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan Konya, Turkey/ 20.09.2019

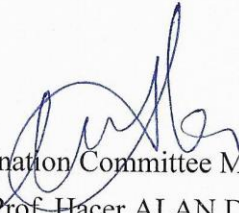


Principal Advisor

Assoc. Prof. Kamile ALTUNTUĞ
Necmettin Erbakan University
Faculty of Health Science



Examination Committee Member
Prof. Dr. Emel EGE
Necmettin Erbakan University
Faculty of Health Science



Examination Committee Member
Assist. Prof. Hacer ALAN DİKMEN
Selcuk University
Faculty of Health Science

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Director of Institute of Health Sciences



BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 20/09/2019

Zülfiye YILDIRIM



BENZERLİK RAPORU

17.09.2019

Turnitin

[Skip to Main Content](#)

[Çözümler](#)

[Öğrenciler](#)

[Not Defteri](#)

[Kütüphaneler](#)

[Takvim](#)

[Tartışma](#)

[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

zülfıye GEBELERDE HİPERTANSİYON SIKLIĞI VE PSİKOSO...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

[Sü](#) [İndir](#) [Şuraya taşı...](#)

<input type="checkbox"/>	Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
<input type="checkbox"/>	Zülfıye Karakuş	zülfıye GEBELERDE HİPERTANSİYON SIKLIĞI	%19	9%	5%	16%	-	-	ödev indir	1174341888	17-Eyl-2019

Danizman
Doç.Dr. Kamile Altıntıp
KAltıntıp

ÖNSÖZ

Tezimin planlanması ve geliştirilmesi sırasında bana yol gösteren, tezin bütün aşamalarında titizlikle ve sabırla destek olan, tezimin yürütülmesinde bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan danışman hocam Sayın Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, öneri ve desteklerinden dolayı, görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Sayın Prof. Dr. Emel EGE'ye, Sayın Dr.Öğr.Üyesi Dilek Cingil'e, ve tüm bölüm hocalarıma,

Araştırma verilerini toplama aşamasında gerekli hassasiyeti gösteren ve destek olan Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Riskli Gebe Polikliniği Doktoru Sayın Doç. Dr. Sibel Özler'e, Sayın Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Ümmügülsüm Kömürcüoğlu'na, çalışmaya katılmayı kabul eden değerli anne adaylarına,

Tüm hayatım boyunca fedakârlığın en büyüğünü gösteren, benden hiçbir zaman vazgeçmeyen, her daim beni destekleyen ve yanımda olan, bugünlere gelmemi sağlayan biricik annem Betül Erzurum'a, çalışmamın her aşamasında desteğini esirgemeyen yol göstericim ve meslektaşım canım kardeşim Özge Karakuş'a, moral motivasyon kaynağım eşim Muhammed Ali Yıldırım'a,

Araştırmanın tamamlanmasında bana destek olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zülfiye YILDIRIM

İÇİNDEKİLER

<i>İç Kapak</i>	<i>i</i>
<i>Tez Onay Sayfası</i>	<i>ii</i>
<i>Approval</i>	<i>iii</i>
<i>Tez Beyan Sayfası</i>	<i>iv</i>
<i>Benzerlik Raporu</i>	<i>v</i>
<i>Önsöz</i>	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i>	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar ve Simgeler</i>	<i>x</i>
<i>Tablolar Listesi</i>	<i>xi</i>
<i>Özet</i>	<i>xii</i>
<i>Abstract</i>	<i>xiii</i>
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
<i>2.1.Gebelikte Hipertansif Durumlar</i>	<i>4</i>
<i>2.1.1.Gebelikte Hipertansiyonun Fizyopatolojisi</i>	<i>4</i>
<i>2.2.Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Sınıflandırılması</i>	<i>5</i>
<i>2.2.1.Gestasyonel Hipertansiyon</i>	<i>5</i>
<i>2.2.2.Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon (PIH)</i>	<i>5</i>
<i>2.2.2.1.Preeklamsi:</i>	<i>6</i>
<i>2.2.2.1.1.Hafif Preeklamsi</i>	<i>6</i>
<i>2.2.2.1.2.Şiddetli Preeklamsi</i>	<i>6</i>
<i>2.2.2.2.Eklamsi</i>	<i>7</i>
<i>2.2.2.3.HELLP Sendromu</i>	<i>8</i>
<i>2.2.3.Kronik Hipertansiyon</i>	<i>8</i>
<i>2.2.4.Kronik Hipertansiyon Zemininde Süperempoze Preeklamsi</i>	<i>9</i>
<i>2.3. Gebelikte Hipertansif Bozukluklar ile İlgili Çalışmalar</i>	<i>9</i>
<i>2.3.1.Antenatal Bakım ve Tedavisi</i>	<i>11</i>
<i>2.3.2.İntrapartum Bakım ve Tedavisi</i>	<i>12</i>
<i>2.3.3.Postpartum Bakım ve Tedavisi</i>	<i>12</i>
<i>2.4.Gebelikte Kadının Psikososyal Tepkisi ve Uyumu</i>	<i>13</i>

2.5. Gebelikte Psikososyal Sağlık ve Hemşirelik Yaklaşımı	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evreni	17
3.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi.....	17
3.4.1. Örnek Seçim Kriterleri.....	17
3.4.1.1. Örnek Dahil Etme Kriterleri.....	17
3.4.1.2. Örnek Dışlama Kriterleri.....	18
3.5. Örnek Seçimi.....	18
3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	18
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-A).....	18
3.6.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) (EK-B).....	19
3.7. Verilerin Toplanması	21
3.8. Ön Uygulama.....	21
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.9.1. Bağımlı Değişkenler:	21
3.9.2. Bağımsız Değişkenler:	21
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	21
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.12. Araştırma Soruları.....	22
3.13. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi.....	22
4. BULGULAR.....	24
4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, obstetrik özellikleri, sağlıkla ilgili özellikleri ve ölçeklerin puan ortalamalarına ilişkin bulgular.....	24
4.2. Gebelerin GPSDÖ puan ortalamalarının sosyodemografik, obstetrik ve sağlıkla ilgili özelliklerine göre dağılımı ve hipertansiyon tanısına göre GPSDÖ puan ortalamasına ait bulgular.....	31
4.3. Gebelerin GPSDÖ puanına bağımsız değişkenlerin etkisine yönelik bulgular (çoklu regresyon analizi sonuçları)	38
5. TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	50
6.1. Sonuçlar.....	50
6.2. Öneriler.....	52
7. KAYNAKLAR	54
8. EKLER.....	63
Ek-A: Gebelerin Tanıtıcı Bilgi Formu.....	63
Ek-B: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)	66

<i>Ek-C: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı</i>	70
<i>Ek-D: Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni</i>	71
<i>Ek-E: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği İzin Belgesi</i>	72
9.ÖZGEÇMİŞ	73



KISALTMALAR VE SİMGELER

- ACOG** : American College of Obstetricians and Gynecologists Committee
- AFP** : Alfa-Feta Protein
- BKİ** : Beden Kitle İndeksi
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- FKS** : Fetus Kalp Sesleri
- GPSDÖ** : Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği
- HCG** : Human Koryonik Gonadotropin
- HELLP** : Hemoliz, Karaciğer Enzimlerinde Yükselme ve Trombositopeni
- NST** : Nonstres Test
- PIH** : Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon
- PKDÖ** : Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği
- SPSS** : Statistical and Power Analysis Size Software
- SS** : Standart Sapma
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Ölçek Alt Boyutları ve Maddeleri.....	20
Tablo 2. Ölçek Alt Boyutları ve Alfa Değerleri.....	20
Tablo 4.1.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.1.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.1.3. Gebelerin Sağlıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.1.4. Gebelerin Hipertansiyon Sıklığı İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.1.5. Gebelerin Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4.2.1. Gebelikte Hipertansiyon Görülme Durumunun Psikososyal Sağlık Değerlendirme Puanlarına Etkisine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.2.2. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılmasına Göre Dağılımı.....	32
Tablo 4.2.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılmasına Göre Dağılımı.....	35
Tablo 4.2.4. Gebelerin Sağlıkla İlgili Özelliklerine Göre Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4.3.1. Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği Puanına Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	39

ÖZET

T.C
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Gebelerde Hipertansiyonun Psikososyal Sağlık Üzerine Etkisi

Zülfiye YILDIRIM

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2019

Kadın hayatının önemli evrelerinden olan gebelik, normal seyredemediği gibi gebelikle birlikte oluşan bazı hastalıklar hem gebede hem de fetusta olumsuz etkiler oluşturabilir. Yüksek riskli gebelik fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan büyük bir sağlık sorunudur. Riskli gebelikler, anne, fetus veya yeni doğanın doğum öncesi veya sonrası artmış morbidite ve mortalite riski bulundurma durumudur. Gebelikte en fazla görülen tıbbi komplikasyon hipertansif bozukluklardır. Hipertansif bozukluklar maternal ve perinatal mortaliteyi oldukça arttırmaktadır. Bu araştırma, gebelik nedeniyle polikliniğe başvuran kadınlarda gebeliğe bağlı hipertansiyon sıklığını ve gebelerin psikososyal sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma örneklemini on sekiz yaş üzerinde olan 306 gebe oluşturmuştur ve tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak örnek seçimi yapılmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan 35 soruluk anket formu ve “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği” (GPSDÖ) kullanılarak ve yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veriler toplanmıştır. Sayı, yüzde, ortalama, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Spearman korelasyon analizi verileri analiz etmede kullanılmıştır.

Gebelerin GPSDÖ puan ortalamasının 3.97 ± 0.43 , hipertansiyon sıklık oranı % 10,5 olduğu bulunmuştur. Hipertansiyon tanısı olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlık puanları incelendiğinde, hipertansiyonu olmayan gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalamasının (3.98 ± 0.43) hipertansiyonu olanlara (3.86 ± 0.47) göre anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > .05$). Gebelerin eşlerinin yaşı ve eşlerinin eğitim durumu, gebelik sayısı, gebelik haftası, çoğul gebelik durumları ile GPSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .05$). Gebelerin BKİ ve gebelerde çoğul gebelik ile GPSDÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü, ailenin aylık geliri, gebeliğin planlı olma durumu ve evlilik süresi ile negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < .05$).

Sonuç olarak, gebelikte hipertansiyonun psikososyal sağlık ile doğrudan bağlantısının olmadığı saptanmıştır. Ancak gebelikte psikososyal sağlığın değerlendirilmesi ve sağlık profesyonellerinin konuya dikkatlerinin çekilmesi sağlanarak bu dönemlerde gebelerin fiziksel ihtiyaçlarıyla birlikte psikososyal ihtiyaçlarını da değerlendirmeleri gerekmektedir. Bu tür ihtiyaçların fark edilebilmesi için gebelerin gebelik esnasında psikososyal sağlık durumlarının bilinmesi gerekir. Riskli gebelik geçiren ve gebeliği normal seyreden gebeler psikososyal yönden değerlendirilip ilgili merkezlere yönlendirilerek profesyonel destek almalarının sağlanması önerilir.

Anahtar sözcükler: Gebelik; Hipertansiyon Sıklığı; Psikososyal Sağlık

ABSTRACT

REPUBLIC of TURKEY
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Hypertension Prevalence and Psychosocial Health in Pregnant Women

Zülfiye YILDIRIM

Department of Nursing

MASTER'S THESIS /KONYA-2019

Pregnancy, which is an important period in a woman's life, may cause adverse effects on both mother and fetus because of some diseases arising with pregnancy while it is usually normal. High-risk pregnancy is an important health problem with its physiological, psychological, social and economical aspects. High-risk pregnancies are the conditions when the mother, fetus or newborn has an increased morbidity or mortality risk before or after the birth. Hypertensive disorders is the most common medical complication in pregnancy. It increases the maternal and perinatal mortality significantly. This research has been conducted to evaluate the prevalence of the pregnancy associated with hypertension and psychosocial health of the pregnant women coming to the outpatient clinic.

The sample of the research which is planned as a descriptive type research consists of 306 pregnant over 18 years old. Accidental sampling method of the improbable sampling methods is used. In data collection, a questionnaire with 35 questions prepared by the researcher and "Psychosocial Health Rating Scale in Pregnancy" (PHRSP) are used. The data is collected by the researcher with the face-to-face interview method. In the analysis of the data; number, percentage, average, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Variation Analysis and Spearman correlation analysis are utilized.

PHRSP point average and the rate of hypertension prevalence of pregnant women are respectively $3.97 \pm .43$ and %10,5. When the pregnant women's psychosocial health points are analyzed, PHRSP total point average of pregnant women without hypertension diagnosis ($3.98 \pm .43$) are observed to be insignificant compared to the ones with hypertension diagnosis ($3.86 \pm .47$) ($p > .05$). The difference between PHRSP point average and the age of the pregnant woman's husband, educational background of the husband, the number of the previous pregnancies, the week of the pregnancy, multiple pregnancy condition is found to be statistically significant ($p < .05$). There is a statistically positive correlation between PHRSP point average and BMI of pregnant women, multiple pregnancy. Also, there is a statistically negative correlation between PHRSP point average and monthly income of the family, whether it is a planned pregnancy, duration of the marriage ($p < .05$).

In conclusion, it is determined that there is no direct correlation between hypertension in pregnancy and psychosocial health. However, psychosocial needs of pregnant women as well as their physical needs during these periods should be evaluated by evaluating their psychosocial health and by directing the attention of healthcare professionals. Psychosocial health conditions of pregnant women should be known during pregnancy so as to recognize such needs. Risky and normal pregnant women should be evaluated in terms of psychosocial health and be advised to receive professional support by being directed to the related centers.

Key vocabulary: Pregnancy; Hypertension Prevalence; Psychosocial Health

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik hipertansiyonu en sık görülen sorunlardan biridir (Ersoy ve ark. 2011). Dünyada günlük yaklaşık 810 kadın gebelik ve doğumla alakalı önüne geçilebilir sebepler yüzünden ölmekte ve bu kayıpların %94'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (DSÖ 2017). 2017 yılında tahmin edilen küresel anne ölümlerinin yaklaşık %86'sının (254.000) Sahra altı Afrika ve Güney Asya'da meydana geldiği, anne ölümünün yaklaşık üçte ikisinin (196.000) tek başına Sahra altı Afrika'da meydana geldiği, neredeyse beşte birinin de (58.000) Güney Asya'da meydana geldiği belirtilmektedir (DSÖ 2017). Anne ölüm oranı 2015 yılında her 100.000 canlı doğumda oranı Dünyada 216, orta üst gelir grubu ülkelerde 55, üst gelir grubu ülkelerde 17, DSÖ Avrupa Bölgesinde 16 ve ülkemizde 14.6'dır (Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2017). Anne ölüm nedenlerinin doğrudan sebepleri arasında öne çıkan en önemli neden kanama iken ikinci önemli neden, ödem, proteinüri, hipertansiyon ve konvülsiyon ile desteklenen gebelik hipertansif bozuklukları anne ölümlerinin %14'ünü oluşturduğu tespit edilmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2017). Ülkemizde gebelikte görülen hipertansif bozukluklarla alakalı çalışmalarda, gebelikte hipertansif bozuklukların tüm doğumlar içindeki oranı %3,9- %15,1 arasında olduğu belirtilmiştir (Çulha ve ark. 2010; Api ve ark. 2013; Nemli 2014; Ersoy ve ark. 2011). Gelişmiş ülkelerde, anne ölümlerinin %16'sı hipertansif bozukluklara bağlı olup bu oran diğer önemli anne ölüm sebeplerinden fazladır (kanama %13, düşük %8 ve sepsis %2'dir) (Cunningham ve ark. 2015). Yapılan bir çalışmada Birleşik Devletlerde 1998'den 2005'e kadar 4693 anne ölümünün %12,3'ünün preeklamsi ya da eklamsi nedeniyle olduğu bildirilmiştir (Berg ve ark. 2010). Bu oran Fransa'da benzer olup, 2003 ile 2007 arasındaki anne ölümlerinin %10'unu gebelik hipertansiyonu nedeniyledir (Saucedo 2013). Literatürde gebelikteki ruh sağlığını, psikososyal sağlığı, gebelerde hipertansiyon sıklığını değerlendiren araştırmalar bulunmaktadır (Vırit ve ark. 2008; Kuğu ve Akyüz 2001; Mermer ve ark. 2010; Marcus ve ark. 2003; Kurki ve ark. 2000; Ersoy ve ark. 2011).

“Gebelikte hipertansiyon ya tansiyon değeri (>140 mmHg sistolik, >90 mmHg diyastolik) ya da gebelikten önce veya birinci trimester değerlerine göre tansiyon değerlerinin sistolik >25 mmHg ve/veya diyastolik >15 mmHg yükselmesi” şeklinde tanımlanır (Nalbantgil ve Nalbantgil 2000). Gebelikte hipertansiyon tanısı koyulurken en çok kullanılan görüş ise, 6 saat ara ile ölçülen en az iki tansiyon değerinin 140/90 mmHg ya da üzeri olmasıdır (Özcan ve ark. 2007). Toksemi kelimesi gebelikte hipertansiyonun varlığı durumunda sıklıkla kullanılan, gebelik zehirlenmesi anlamına gelen terimdir. Gebelikte görülen hipertansiyon anne fizyolojisinin gebeliğe adaptasyon sağlayamamasından kaynaklanır (Taşkın 2016). Hipertansif

bozukluklar maternal ve perinatal mortaliteyi oldukça arttırmaktadır (Ersoy ve ark. 2011). Ortaya çıkışı fetusla değil, trofoblastik dokularla ilişkilidir. Çünkü trofoblastik dokuların hiperaktivitesi ile ilişkili ve fetusun bulunmadığı bir durum olan mole'de gebeliğin erken dönemlerinde sıklıkla ortaya çıkar. Gebeliğin 20. haftasından sonra, genellikle üçüncü trimesterde görülen bir bozukluktur. Otuz beş yaş üzerinde ve hiç doğum yapmamış genç kadınlarda görülme sıklığı fazladır. Çoğul gebelik ve polihidroamnioz gibi uterusun fazla gerilmesine neden olan durumlar, dördüncü gebelik gibi fazla doğurganlık durumları, kronik hastalık varlığı (kronik böbrek yetmezliği, diyabet, ve kronik hipertansiyon), beslenmenin yetersiz olduğu durumlar (sosyo-ekonomik düzeyi düşük toplumlarda), sıklıkla Güney ülkelerinde yaşama, daha önce gebelikte hipertansiyonu geçirmek risk faktörleridir (Taşkın 2016).

Gebelikte anne ve fetus sağlığı için ruh sağlığının iyi olması önemlidir (Yıldız 2011; Bernard 2018). Gebenin ruh sağlığı psikososyal sorunları etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuzluklar oluşturabileceği ve tedavi olmayanlarda maternal morbidite ve mortalite hızını arttırdığı bilinmektedir (Boybay ve Dereli 2015). Gebelik, doğum ve postpartum komplikasyonları artıran depresyon ve kaygının bebeğin de sağlığını olumsuz etkilediği (preterm eylem, preeklampsi, zor doğum, doğumda daha fazla cerrahi müdahaleye gereksinim duyma, gebelik haftasına göre küçük fetüs, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu yenidoğan vb.) bazı çalışmalarda belirtilmiştir (Yıldız 2011; Bernard 2018).

Gebelikteki psikososyal sorunların tespiti, engellenmesi, ana çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, fizyolojik riskleri önlemek kadar önemlidir. Bu yüzden gebelerin tıbbi izlemi yapılırken, fiziksel değerlendirme ile birlikte psikososyal değerlendirme de yapıp neden olabilecek risk faktörleri belirlenerek bütüncül bir yaklaşım sağlanmalıdır (Marakoğlu ve Şahsıvar 2008). Gebelikte ruh sağlığı anne ve fetus sağlığı açısından önem arz eden bir konudur (Matthey 2005). Gebelikle birlikte oluşan psikolojik değişikliklere bazı kadınlar kolay adapte olurken, bazı kadınlarda farklı düzeyde psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (Karaçam ve Ançel 2009). Özellikle riskli gebelikler, gebelerin stres düzeyini arttırmaktadır (Murray ve Mckinney 2006). Bu nedenle antenatal bakım sağlayan ebe/hemşirelerin gebelikte risk faktörlerinden biri olan hipertansif bozukluklara ait risk faktörlerini saptayarak erken dönemde uygun girişimleri planlayabilmeleri önemlidir. Ebeler/hemşireler gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gebenin en yakınındaki sağlık profesyonelleridir. Bu yüzden ebeler/hemşireler bu dönemlerde gebeleri fiziksel açıdan değerlendirirken; psikososyal gereksinimlerini de göz önünde bulundurmalıdır. Sağlık

profesyonellerinin yaptığı prenatal izlemlerle psikososyal sağlık sorunlarının tespit edilmesi gebelikle ilgili endiŒe ve korkularının azaltılmasına katkı sağlayabilir (Marakoğlu ve Œahsıvar 2008).

Bu alıŒmanın amacı ise gebeliğe bağlı hipertansiyonun gebelerin psikososyal sağlık durumuna etkisini değerlendirmektir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.GEBELİKTE HİPERTANSİF DURUMLAR

2.1.1.Gebelikte Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Preeklamsi fizyopatolojisinde şaşırtıcı birçok faktörler vardır. Bilinen en önemli değişiklik; gebeliğin en erken 14'ncü haftasında görülen kan damarlarının reaktivite ve morfolojisindeki değişikliklerdir ve spazmdir. Vasküler reaktivitedeki değişiklikler, anjiyotensine duyarlılığın artmasıdır. Kan damarları spazm nedeniyle vücuttaki dokulara giden kan miktarı azalır. Bu yüzden vücuttaki diğer fizyolojik değişiklikleri meydana getirir (Sağkan 1996). Özetle;

-Vazospazm, vücut dokularına ve uterusu giden kan akımını azaltır.

-Renin-anjiyotensin sistemini vasküler bölümde azalan kan volümü etkileyerek kan basıncını yükseltir.

-Kan basıncı yükselince mayi, vasküler yataktan intrasellüler aralığa geçer. Elektrolitler ve protein de bu aralığa geçerler. Sodyumun geçişi oldukça önemlidir.

-Kan koyulaşır, bunun sebebi mayinin damar dışına akmasıdır. Tüm organlara kan akımını azaltan intravasküler kaogülasyon, uterus, plasenta, ve fetüse olan kan akımını da azaltır. Bu kan akımındaki azalma nedeniyle periferel rezistans artar. Bunlara adapte olmak için kalp daha fazla çalışır. Oluşan kan akımındaki azalma kalbin iş gücündeki artmaya neden olarak kalp yetmezliğini meydana getirir.

-Dolaşımdaki kan miktarının azalması, böbrek bütünlüğünü bozarak proteinüri ve oliguriaya neden olur.

-Plasental ve uterin kan akımındaki azalma, intrauterin gelişme geriliğine, fetal hipoksiye ve hatta fetal ölüme yol açabilmektedir. Preeklamsinin perinatal mortalite hızı %10'dur.

-Serebral vazokonstriksiyon, hipoksi, serebral ve retinal ödeme, ve serebral korteksin irritabilitesine neden olur. Hastalığın ilerlemesinin belirtileri; baş ağrısı, görmede bozukluk ve kör nokta gibi serebral belirtilerdir.

-Potasyum düzeyinin azalması ve intrasellüler sodyum düzeyinin artmasına bağlı olarak reflekslerde artma görülebilir. Ölüm nedenlerinin en önemlilerinden biri serebral hemorajidir (Taşkın 2016).

2.2.GEBELİKTE HİPERTANSİF BOZUKLUKLARIN SINIFLANDIRILMASI

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği tarafından dört tip hipertansif hastalık tanımlanmıştır (ACOG 2002):

- 1.Gestasyonel Hipertansiyon
2. Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon (PIH)
- 3.Herhangi Bir Etiyolojiye Bağlı Kronik Hipertansiyon
- 4.Kronik Hipertansiyon Zemininde Süperempoze Preeklemsi.

2.2.1.Gestasyonel Hipertansiyon (Geçici Hipertansiyon)

Gestasyonel hipertansiyon tanısı, gebeliğin ikinci yarısından sonra ilk kez ölçülen tansiyon değerinin 140/90 mmHg veya daha fazla olduğu, fakat proteinürinin saptanmadığı gebelere koyulur. Bu gebelerin yaklaşık yarısında, proteinüri ve trombositopeni gibi bulgular veya baş ağrısı ya da epigastrik ağrı gibi belirtileri içeren preeklemsi sendromu gelişir. Böyle olsa bile, tansiyon değeri anlamlı şekilde arttığında, proteinüri gelişmediği için bu artışı önemsemek hem anne, hem de fetus için tehlikelidir. Preeklemsi gelişmez ve tansiyon postpartum 12 hafta içinde normale dönerse, gestasyonel hipertansiyon “geçici hipertansiyon” olarak da sınıflandırılmaktadır (Cunningham ve ark. 2015).

2.2.2.Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon (PIH)

PIH, bütün organları etkileyen sistemik bir hastalıktır. Gebelikte en çok görülen hipertansif bozukluklardır ve 20. gebelik haftasından sonra görülür. Gebelikteki hipertansiyon görülme sıklığı %5-10'dur. Anne ölüm nedenlerinden kanama ve enfeksiyonla birlikte, ikinci sırada yer alır. Mekanizmanın altında yatan olay, kan damarlarındaki spazmdir. Bu spazmın nedeni açıklanamamaktadır. Vücut dokularına daha az kan gitmesinin nedeni kan damarlarındaki spazmdir. Bu ana sorun diğer fizyolojik değişikliklere de neden olmaktadır (Taşkın 2016; Şirin ve Kavlak 2008).

Hastalığın erken evrelerinde sadece hipertansiyon görülür, daha sonra ödem ve/veya proteinüri de dahil olur. Ancak tanısı için bu üç bulgunun bir arada bulunması gerekmez. Hipertansiyon ve proteinüri hastalığın en önemli göstergesidir. Ödem daha sonra gelişebilir. Gebelikte en sık ortaya çıkan sorun hipertansif rahatsızlıktır. Gebelikteki hipertansif hastalıklar değerlendirildiğinde, tüm hipertansif hastalıkların %70 kadarı preeklemsi-eklemsi olarak görülmekteyken, %30 olguda kronik hipertansif hastalık zemini rol oynamaktadır (Taşkın 2016).

2.2.2.1.Preeklamsi: Hipertansiyon 20. Gebelik haftasından sonra görülür ve idrarda protein görülmesi ile karakterizedir (Taşkın 2016). Daha önce normal sınırlarda olan tansiyon değerinin 20. gebelik haftasından sonra sistolik kan basıncının 140 mmHg ve/veya diastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde tespit edilmesi hipertansiyon olarak, 300 mg ve üzeri proteinin 24 saatlik idrarda atılımı ise proteinüri olarak tanımlanmaktadır (American Collage of Obstetrician and Gynecologists 2002).

Preklamsi Belirtileri:

-Ödem: Bacaklarda, elde, yüzde, sakral ve abdominal alanda gode bırakan ödem oldukça dikkatli değerlendirilmelidir. Preeklamsi olmadan yaygın ödemin bulunması veya ödemsiz preeklamsi görülmesi de mümkündür. Gebeliğin son aylarında bacaklarda görülen ve dinlenmekle geçen ödem normaldir. (Taşkın 2016).

-Proteinüri: 300 mg ve üzeri proteinin 24 saatlik idrarda atılımıdır. İdrarda protein: kreatin oranının 0,3'ten büyük ya da rastgele alınan bir idrar örneğinde persistan 30 mg/dl protein olmasıdır (Lindheimer 2008).

-Hipertansiyon: Gebeliğin erken evrelerinde sistolik kan basıncının 30 mmHg ve üzerinde, diastolik kan basıncının 15 mmHg ve üzerinde olması ya da gebelik boyunca sürekli yükselmesi gebelikte hipertansiyonu akla getirmelidir. Hipertansiyon preeklamsi olan gebelerde özellikle gece uyku saatlerinde ortaya çıkar. Hipertansiyonu kontrol etmek amacı ile antihipertansif ilaçlar kullanılır. (Propranolol, apresoline reserpine, gibi). Bu ilaçlar vazodilatasyon oluşturur. Böylelikle vazokonstruksiyon nedeniyle ortaya çıkan vasküler problemler azalır. Serebral, uterin ve renal kan akımı hızlanır ve kardiyak out-put artar. Tedavinin sonucunda sistolik kan basıncındaki düşme diastolik kan basıncından çoğunlukla daha azdır. Diastolik kan basıncının 90 mmHg'de kalması sağlanmalıdır. Çünkü kan basıncındaki ani düşüşler anne ve fetus için oldukça tehlikelidir. Plasental kan akımı ani azalarak fetal hipoksiye neden olabilir. Bu yüzden hipertansiyon tedavisi esnasında fetus kalp sesleri (FKS) izlemi önemlidir (Taşkın 2016).

2.2.2.1.1.Hafif Preeklamsi: Tansiyonun 140/90 mm Hg üzerinde olması, idrarda protein kaybı olması (5 gramın altında) olarak tanımlanır ve dinlenmekle geçmeyen ödem vardır (Taşkın 2016).

2.2.2.1.2.Şiddetli Preeklamsi:

- Ölçümlerin en az 6 saat arayla yapılarak her ölçümde sistolik kan basıncının 160 mmHg, diastolik kan basıncının 110 mmHg ve üzeri olması,

- Protein kaybının 24 saatlik idrarda 5 gr üzerinde (+++) olması,
- İdrar miktarının saatlik 20 ml'den daha az olması ve 24 saatlik idrar çıkışının 400 ml veya daha az olması (oligüri)
- Nörolojik belirtiler (görme bozukluğu, endişe, baş ağrısı, hiperaktif refleksler),
- Ödem (+++) görülmesi,
- Intra Uterin Gelişme Geriliği, Hemokonsantrasyon,
- Karaciğer enzimlerinin ve kreatinin yükselmesidir (Taşkın 2016).

2.2.2.2.Eklemsi: Preeklemsi erken dönemde fark edilip tedavi edilmezse ilerler. Merkezi sinir sistemi belirtileri preeklemsinin ilerlediğini gösterir. Bu belirtiler; baş ağrısı ve baş dönmesi, bulantı, kusma, görme bozuklukları, genel huzursuzluk ve endişe hissidir. Bu belirtilerin asıl sebebi, vazokonstrüksiyondan dolayı gelişen beyin ödeminin ve hipoksinin serebral irritabilite oluşturmasıdır. Retinal spazm sonucu görme bozukluğu oluşur. Bu bulgulara ilave olarak preeklemsinin seyrinin ilerlediğini gösteren belirtilerden biri de hemotokritte artışıdır (Taşkın 2016). Dekolman plasenta (%10), nörolojik defekt (%7), aspirasyon pnömonisi (%7), pulmoner ödem (%5), kardiovasküler arrest (%4), akut böbrek yetmezliği (%4) ve maternal ölüm (%1) eklemsinin major komplikasyonlarıdır. (Simai 2011). Ağır preeklemsi bulgularına ek olarak eklemside koma ve konvüzyon görülmektedir. Konvüzyonu gösteren belirtiler; epigastrik ağrı, oligüri, anüri, ve konvülsiyonlardır (Taşkın 2016). Konvülsiyonların doğum eyleminden önce, sonra ve sırasında gelişmesine bağlı olarak eklemsi antepartum, intrapartum ve postpartum olarak tanımlanır. Eklemsi en çok son trimesterde görülür ve miada yaklaştıkça sıklığı artar. Son yıllarda, eklemsinin postpartum dönemde görülme sıklığı artmaktadır. Bu muhtemelen doğum öncesi bakımın artması, preeklemsinin erken tanısı ve magnezyum sülfat tedavisinin erken başlamasıyla ilişkilidir (Chames 2002).

Konvülsiyonların Kontrolünde Magnezyum Sülfat Tedavisi

Ağır preeklemsi ve eklemsi olgularında, parenteral olarak verilen magnezyum sülfat bebek veya annede merkezi sinir sistemi depresyonu yapmayan, etkili bir antikonvüldür. Sürekli infüzyon şeklinde intravenöz ya da aralıklı enjeksiyonlar şeklinde intramüsküler olarak uygulanabilir. Doğum eylemi ve doğum sırasında konvülsiyon gelişme olasılığı fazla olduğu için, preeklamptik-eklamptik gebelerde genellikle doğum eylemi sırasında ve postpartum 24

saat süresince magnezyum sülfat verilir. Magnezyum sülfat hipertansiyonu tedavi etmek için kullanılmaz (Cunningham ve ark.2015). Magnezyum Sülfat tedavisinde izlem şu şekildedir:

-Tansiyon, nabız ve solunum, magnezyum sülfat uygulanmadan önce ve sonra bakılır. Magnezyum sülfat uygulandıktan sonra 15 dakikada bir tansiyon, nabız ve solunum ölçülür. Tansiyon değerinde düşme ve solunumun 14'ün altında olması toksisite göstergesidir.

-Patella refleksi kontrol edilir çünkü refleksin olmaması yine toksisite göstergesidir.

-Magnezyum sülfat idrarla atıldığı için idrar miktarı saatte 30 ml altında olmamalıdır. Çünkü idrar çıkışı saatte 30 ml altında olması toksisite göstergesidir.

-Toksisite görüldüğünde Magnezyum sülfat antidotu olan kalsiyum glukonat uygulanır (%10'luk solüsyonda 20 ml). Yavaş intravenöz uygulama olması önemlidir. Tedaviye başlangıç dozu belirtiler kayboluncaya kadar tekrarlanabilir (24 saatte maksimum 8 doz) (Taşkın 2016).

2.2.2.3.HELLP Sendromu: Ciddi preeklamsi ve eklamsinin bir komplikasyonudur. Hemoliz, Karaciğer enzimlerinde yükselme (Elevated Liver enzymes) ve Trombositopenisi (Low Platelets) olan hastaları tanımlar. Gebelik komplikasyonu gelişmiş olgulardaki sıklığı %10'dur. Bu sendrom termden uzak (örneğin 31. haftada) ve tansiyon yüksekliği olmadan da görülebilir (Taşkın 2016). HELLP sendromunun belirtileri; epigastrik ağrı veya sağ üst kadranda hassasiyet, bulantı ve kusma, baş ağrısı, halsizlik, sarılık, hematüri, hastaların yaklaşık %10-20'sinde tansiyon değeri normal bulunmaktadır (Taşkın 2016; Şirin ve Kavlak 2008).

2.2.3.Kronik Hipertansiyon

a)Gebelik öncesi de tansiyonun 140/90 mmHg üzerinde ölçülmesi,

b)Tansiyonun 20. gebelik haftasından önce de 140/90 mmHg üzerinde olması (gestasyonel trofoblastik hastalık yokluğunda),

c)Doğumdan 12. hafta sonrasında da tansiyonun 140/90 mmHg üzerinde seyretmesi kronik hipertansiyon tanısının konulabilmesi için gerekmektedir (Cunningham ve ark. 2015).

Kronik hipertansiyon önemli bir morbidite nedenidir ve ventriküler hipertrofiye neden olarak, buna bağlı kardiovasküler yetersizlik, serebrovasküler olay ve böbrek hasarı oluşturur. Dekolman plasenta, intra uterin gelişme geriliği, superimpoze preeklamsi, ve prematürite riski artışı gebelikte kronik hipertansiyonu olan hastalarda saptanmıştır (Cunningham ve ark. 2015).

2.2.4.Kronik Hipertansiyon Zemininde Süperempoze Preeklamsi

Tüm kronik hipertansif hastalıklar, nedenine bakılmaksızın, preeklamsi ve eklamsi gelişimi için uygun bir zemin oluşturur. Kronik hipertansiyonun tanısı kan basıncının gebelik öncesi ya da 20. gebelik haftasından önce 140/90 mm Hg'den yüksek olması ile koyulur. Bu hastalıklar, gebeliğin ikinci yarısından sonrasına kadar tıbbi kontrole gitmemiş gebelerin tanı ve tedavisinde, sorunlar ortaya çıkabilir. Bunun nedeni, hem normotansif, hem de kronik hipertansiyonu olan gebelerde ikinci ve üçüncü trimesterin erken dönemlerinde normalde kan basıncının azalmasıdır. Böylece, ilk kez 20.haftadan önce görülen, daha önce tanı koyulmamış kronik vasküler hastalığı olan bir kadının, kan basıncı sıklıkla normal sınırlar içerisinde. Ancak, üçüncü trimesterde, kan basıncı eski hipertansif düzeylerine döndüğü için, hipertansiyonun kronik mi, yoksa gebeliğe bağlı mı geliştiğini belirlemek zor olabilir. Önceden var olan son organ hasarını kanıtlamak için yapılan dikkatli bir araştırma bile, bu gebelerin birçoğunun hafif hastalığa sahip olması nedeniyle sonuçsuz kalabilir, ventriküler hipertrofi, kronik retinal vasküler değişiklikler veya hafif böbrek fonksiyon bozukluğu saptanabilir. Kronik hipertansiyonu olan bazı kadınlarda, kan basıncı belirgin bir biçimde anormal düzeylere yükselir ve bu, tipik olarak 24.haftadan sonra meydana gelir. Yeni başlangıçlı ya da artış gösteren hipertansiyona proteinüri ya da diğer bulgular eşlik ederse, bu durumda süperempoze preeklamsi tanısı koyulur. Süperempoze preeklamsi, genellikle saf preeklamsiye göre gebeliğin daha erken dönemlerinde gelişir. Süperempoze preeklamsi daha ağır olma eğilimindedir (Cunningham ve ark. 2015).

2.3. Gebelikte Hipertansif Bozukluklar İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Preeklamsi patofizyolojisiyle ilişkili olduğu düşünülen çeşitli biyolojik, biyokimyasal ve biyofizik belirteçlerin erken gebelikte veya gebelik boyunca ölçümünün, preeklamsi gelişimini gösterebileceği öngörülmektedir (Kleinrouweler 2014). Günümüzde güvenilir, geçerli ve ekonomik tarama testi yoktur (Kleinrouweler 2014). Ancak gelecek vadeden, henüz yeterince değerlendirilmeyen bazı testlerin kombinasyonları vardır (Dugoff 2013; Kuc 2011; Navaratnam 2013; Olsen 2012). Son 30 yıldır değerlendirilen öngörü faktörlerinin listesi oldukça kalabalıktır (Cunningham ve ark. 2015). Çoğu gebeliğin ilk yarısında yapılırsa da, son trimesterde hastalığın ağırlığını belirlemede kullanılanlar da vardır (Chaiwaropongsa 2013; Mosimann 2013; Rana 2012). Bazı testlerde tekrarlama olasılığının öngörüsünde kullanılmaktadır (Demers 2014). Tümünü kapsamasa da bazı preeklamsi sendromu gelişimi öngörü testleri şunlardır;

-Plasental Perfüzyon Damar Direnci: Roll-over testi, izometrik kavrama veya soğuk uyarı testi, anjiyotensin-II infüzyon, 2.trimester ortalama arter basıncı, trombosit anjiyotensin-II bağlama, renin, 24-saatlik ayaktan kan basıncı monitörizasyonu, uterin arter veya fetal orta serebral arter Doppler velosimetri.

-Fetal Plasental Ünitelerde Endokrin Disfonksiyon: İnsan koryonik gonadotropin (hCG), alfa-fetoprotein (AFP), Östriol, gebelikle ilişkili protein 13, kortikotropin releasing hormone, A disintegrin, ADAM-12, kisspeptin.

-Böbrek Fonksiyon Bozukluğu: Serum ürik asit, mikroalbüminüri, idrar kalsiyum veya kallikrein, mikrotransferrinüri, N-asetil-Beta-glukozaminidaz, sistatin C, podositüri.

-Endotel Fonksiyon Bozukluğu / Oksidatif Stres: Trombosit sayısı ve aktivasyonu, fibronektin, endotel adezyon molekülleri, prostaglandinler, prostasiklin, MMP-9, tromboksan, C-reaktif protein, sitokinler, endotelin, nörokinin B, homosistein, lipitler, insulin direnci, antifosfolipid antikoları, plazminojen aktivatör-inhibitörü, leptin, p-selektin, plasenta büyüme faktörü, vasküler endotelial büyüme faktörü, fms-benzeri tirozin kinaz reseptör-1, endokrin gibi anjiogenik faktörler.

-Diğerleri: Antitrombin-III, atrial natriüretik peptid, beta 2-mikroglobulin, haptoglobin, transferrin, ferritin, 25-hidroksi vitamin D, genetik belirteçler, serbest fetal DNA, serum proteomik ve metabolomik belirteçler, hepatik aminotransferazlar (Conde ve Agudelo 2014).

Randomize kontrollü bir çalışmada değerlendirilen preeklamsiyi önleme yöntemlerinin bazıları şunlardır:

-Diyet değişiklikleri: Tuz kısıtlı diyet, kalsiyum ya da balık yağı desteği.

-Egzersiz: Fiziksel aktivite, germe egzersizleri.

-Kardiyovasküler ilaçlar: Diüretikler, antihipertansif ilaçlar.

-Antioksidanlar: C vitamini, E vitamini, D vitamini.

-Antitrombik ilaçlar: Düşük doz aspirin, aspirin/dipiridamol, aspirin+heparin, aspirin+ketanserin (Staff 2014).

Gebeliği normal seyreden gebelere yapılan öneriler (iş yükünü azaltma, gebelikte fazla kilo alınımından uzak durma, üçüncü trimesterde evde istirahat zamanını arttırma gibi) preeklampsili gebelere de önerilmektedir (Magee ve ark. 2008; NICE 2010). İki gebelik arasının 2 yıldan az, 10 yıldan daha uzun sürmemesi preeklampsii öyküsü bulunan kadınlara önerilmelidir (Magee ve ark. 2008).

2.3.1. Antenatal Bakım ve Tedavi

Preeklampsinin erken tanınması, doğum öncesi hemşirelik temelli bakımda özellikle de sağlık personeli yetersizliği problemi yaşayan yerlerdeki düşük risk grubundaki sağlıklı kadınlar için oldukça önem kazanmaktadır. Anamnez alan hemşirelerin potansiyel risk faktörlerini belirlerken, beden kitle indeksi, yaş ve tansiyon gibi özellikleri doğru bir şekilde kayıt etmeleri gerekmektedir. Anamnez ile elde edilen bilgilerin doğruluğu, hemşirelerin uygun bireyselleştirilmiş multidisipliner bakımı verebilmesi ve anne-bebek bakımını da aynı zamanda sürdürebilmesi için oldukça gereklidir (Peters ve Flack 2004). Dikkatli izlemi ve erken müdahalesi sayesinde hemşirenin, preeklampsinin yönetimi sağlanır.

Gebelerin evinde veya poliklinikte yapılan ilk izleminde hemşireler;

- Anamnez almalı,
- Gebeyi fiziksel değerlendirmeli,
- Risk faktörlerini belirleyerek değerlendirmeli,
- Tansiyonu ölçüp kayıt etmeli,
- Ve preeklampsi bulguları açısından gebenin değerlendirilmesi gerekmektedir (Perez-Cuevas ve ark. 2003).

Preeklampsinin şiddetine göre hemşirenin uygulayacağı bakım ve girişimler değişmektedir.

Orta düzey preeklampsi yönetimi doğum anına kadar destek tedaviyi kapsar. Destek tedavi yönetimi, tansiyon kontrolünü, fetal hareketlerin sık izlemini, tam veya kısmı yatak istirahatini, idrarda protein izlemini kapsamaktadır (Turner 2010).

Şiddetli preeklampsinin tedavisinde tansiyonu kontrol altında tutarak eklampsiyi önlemek asıl amaçtır (Magee ve ark. 2008; Turner 2010). Anamnezi alınan hastanın fiziksel muayenesi ve laboratuvar testleri yapılmalıdır. Sonrasında fetüsün izlemi NST ve/veya biyofizik profille değerlendirilmelidir (Townsend ve Drummond 2011). National High Blood Pressure Education Program Working Group'un gebelikte hipertansif bozuklukların izlemindeki önerilerine dayalı ACOG (2002) bazı önerilerde bulunmuştur. Bunlar;

- ✓ Fetüs hareketlerinin günlük izlenip değerlendirilmesi,
- ✓ NST veya biyofizik profil veya her ikisinin haftada bir beraber yapılması,
- ✓ Ultrasonun 3-4 haftada bir yapılarak fetüsün gelişiminin ve amniotik sıvının izlenmesi,

- ✓ Tansiyon kontrolü, idrarda 12–24 saatlik protein kontrolü, kan testleri (trombosit sayımı, hemotokrit, renal fonksiyon testleri, karaciğer enzimleri) kontrolünün en az haftada bir kez yapılması,
- ✓ Doppler ile fetüsün durumunun değerlendirilmesi yapılabilir.

Hastalığın ilerleyişini erken dönemde saptamak ve komplikasyonları önlemek bu hastalarda izlemin amacıdır. Gebenin hastanede yatırılması yakın izlem ve preeklampsinin yönetimi için önerilmektedir. Kortikosteroid kullanımı 34. gebeliğin haftasından önce fetüsün akciğerlerinin gelişimini tamamlaması için önerilmektedir. Antitrombolitik tedavi ise yatak istirahatinin olduğu durumlarda önerilebilir (Leeman ve Fontaine 2008; Magee ve ark. 2008). Ülkemizde gebe izlem protokolünde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan doğum öncesi bakım yönetim rehberi ve risk değerlendirme formunda preeklampsiye özel bir izlem protokolü bulunmamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2014).

2.3.2. İntrapartum Bakım ve Tedavi

Gebeliğin 34. haftaya kadar sürdürülmesi preeklampside riskli durumlar olmadığı sürece önerilmektedir. Doğuma karar verilme süreci fetüsün ve hafif/orta düzeyde preeklampsisi olan annenin durumuna göre gebeliğin 34–36. haftaları arasında gerçekleşir. Değerlendirme yapılırken doğum için risk faktörlerinde yeni doğanın yoğun bakım gereksinimi de göz önünde bulundurulmalıdır (Magee ve ark. 2008; NICE 2010).

Doğumun şekli hastalığın şiddetine göre değişmektedir. Fakat doğumun gerçekleştirilmesi kesin tedavidir (Turner 2010). Vajinal doğum anne ve fetüsün durumu stabilse tıbbi gözetim ile gerçekleştirilebilir (Magee ve ark. 2008; Rath ve Fischer 2009; Turner 2010). Saatlik tansiyon ölçümü ve antihipertansif tedavi doğum sürecinde sürdürülmelidir. Anne sağlığını izlemi ile beraber hemşire fetal sağlığı da dikkatli değerlendirmelidir. Fetal kalp sesleri ve fetal aktivite değerlendirilerek fetal distres erken dönemde belirlenebilir (Magee ve ark. 2008; NICE 2010).

2.3.3. Postpartum Yönetim

Postpartum dönemde preeklampsisi olan kadınlar 6–8 hafta kadar izlenmelidir. Antihipertansif tedavisi devam eden kadınlara bu dönemde emzirme üzerine etkili olmayan antihipertansifler önerilmeli ya da emzirdikleri için diüretik içeren antihipertansifler önerilmemelidir (NICE 2010; Magee ve ark. 2008).

Postpartum erken dönemdeki izleminde preeklampsili kadının, antihipertansif tedavi almamış, hospitalizasyon sürecindeki hastanın en az günde 4 kez tansiyon değeri ölçülmeli,

postpartum dönemdeki 3–5. günlerde en az bir kez ölçülmeli ve tansiyon değeri anormal ise normale seyredene dek her gün izlenmelidir (NICE 2010). Postpartum antihipertansif tedavi görmemiş preeklampsisi olan kadının tansiyonu 150/100 mmHg ise hipertansiyonu düşürücü tedaviye başlanmalıdır (NICE 2010).

Postpartum geç dönemde, preeklampsisi belirtileri devam etmeyen, kan testleri stabil olan, tedavi ile veya tedavisiz tansiyon değeri 149/90 mmHg ya da daha düşük olan kadınların izlemi evde devam edebilir. İlaç tedavisi alıp evde izlenen kadınların tedavisi sonlanana kadar ve tansiyon değeri normale dönene kadar iki hafta boyunca bir ya da iki günde bir tansiyonu ölçülerek izlemi sağlanmalıdır (NICE 2010). Hemşirelerin taburcu olan kadınlara verecekleri eğitim, kendi kendine izlem, tansiyon ölçme sıklığı, ilaç tedavisi hakkında olmalıdır. Postpartum ikinci haftada antihipertansif tedavi alan kadınlara doğum yaptıkları kuruma ya da kendi aile hekimlerine başvurmaları önerilmelidir (NICE 2010; Townsend ve Drummond 2011).

2.4. Gebelikte Kadının Psikososyal Tepkisi ve Uyumu

Bir kriz dönemi olarak algılanan gebelik dönemi kadının yaşamında farklı ve alışık olmadığı rollere adaptasyonu beraberinde getirir. Bu kriz dönemi uyumu zorlaştıran bir sorun olabileceği gibi gelişimi de sağlayabilir. Gebeler gebeliğe psikolojik adapte olamazlarsa, öz bakımını sürdürememe, gebeliği reddetme, gebelikteki sorunlarla başa çıkamama, gebelik kontrollerini yaptırmama gibi problemlerle karşılaşmaktadır. Birey yeni rolleri gerçekleştirmek zorunda kalmakta, toplum içindeki statüsünü gebelik ve doğum ile olumlu ya da olumsuz yönde değiştirmekte ve yeni sorumlulukları üstlenmektedir. Bazı kişilerde zorunlu olarak yerine getirilmesi gereken bu roller ve sorumluluklar adaptasyon sorunları doğurmaktadır Bu yüzden günümüzde insanlar için gebelik ve doğum, kişisel ve sosyal adaptasyon gerektiren stresli bir durumdur. (Doyurgan 2009). Her trimesterde gebenin, gebeliğe psikososyal tepkisi ve uyumu, başarı sağlaması gereken değişik gelişimsel görevleri ve bazı genel tepkileri bulunur. Bunlar şu şekildedir;

1. TRİMESTERDE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER: Gebenin başarması gereken gelişimsel görevi bu dönemde gebeliğin kabulüdür. Gebe ‘‘Ben gebeyim ‘‘ diyebilmelidir. Gebenin bu dönemde var olan davranışsal ve duygusal değişimleri şu şekildedir (Biol 2005):

- ‘‘Belirsizlik’’: Kadın ilk haftalarda gebeliğin varlığını anlamak ve teyit etmek için çabalar. Ailesiyle gebelik ihtimali üzerine konuşur. Kadının yaşadığı bu duyguya karşı tepkisi bireysel olup ya gebelik belirtilerini doğrulamayı ister ya da gebelik ihtimali nedeniyle endişe duyar.

- “Ambivalan duygular”: Hemen hemen tüm kadınlar gebelik tanısı kesinleştikten sonra ambivalan (çelişkili) duygular yaşar. Beraber yaşamın oluşturacağı büyük değişiklikler, çocuk büyütme ve doğumun getireceği ekonomik zorluklar, ev sorunları, iş yaşamına getireceği etkiler, kendini hazır hissetmeme duygusu ve yaşanan fiziksel rahatsızlıklar bu ambivalan duyguların sebebidir.
- “Primer odak olarak ‘benlik’”: Duygusal dalgalanmalara neden olabilen hormon seviyesi ve fiziksel değişimlere gebenin eşi ve ailesi önceden hazırlanmalıdır. Birinci trimesterde kadının ilgisi kendi üzerindedir.

2. TRİMESTERDE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER: İlk trimesterde gerçek olmayan fetüsü gebe, kendinden farklı bir varlık olarak algılayarak kabullenmesi gebenin başarması gereken bu dönemdeki gelişimsel görevidir. Gebenin bu dönemde var olan davranışsal ve duygusal değişimleri şu şekildedir (Biol 2005):

- “Gebeliğin fiziksel olarak doğrulanması”: Uterus içinde bir hayatın geliştiğini doğrulayan bebeğin hareketlerini gebe bu dönemde hisseder. Gebe artık bebeği ona bağımlı olsa da kendisinden ayrı bir varlık olarak algılar ve bebeği vücudunun bir parçası olarak görmez.
- “Primer odak olarak ‘bebek’”: Gebenin ilgisi artık bebektir. Yaratıcı bir enerji ile beraber memnuniyet hissi vardır. Genellikle iyi hissedip dünyaya sağlıklı bebek getirebilmek için yapacaklarına odaklanır.
- “Narsizm ve içe dönme”: Gebenin giysileri, tükettiği besinler ve yaşam sürdüğü çevre artık daha önemlidir, çevresinde gelişen olayları bebeğin sağlığı üzerine etkisi durumuna göre değerlendirirerek, bazı kadınlar çevresindeki diğer kişilere ve işlerine daha az ilgi gösterirler. Bebeği koruma becerileri için endişe duyarlar. Bu endişe ise narsizm ve içe dönme olarak ortaya çıkar.
- “Beden imajı”: Bebeğin büyüdüğünün belirtisi olarak bazı gebeler vücutlarında meydana gelen hızlı ve yoğun değişimi kendisinde ve eşinde gurur yarattığı için çoğunlukla olumlu karşılarken bazı gebelerde ise bu hızlı ve yoğun değişimler olumsuz bir beden imgesi oluşturabilir.

3. TRİMESTİRDE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER: Gebenin bu trimestirdeki gelişimsel görevleri, “anne olacağım” cümlesini rahatlıkla kurarak annelik rolünü algılamaktır. Doğumdan sonra da annelik rolünü kazanım devam eden bir süreçtir. Gebenin bu dönemde var olan davranışsal ve duygusal değişimleri şu şekildedir (Biol 2005):

- “Duyarlılık”: Gebe daha duyarlı hale gelerek bebeğine zarar vereceği ya da bebeğini kaybedeceği duygusunu yaşar ve bu yüzden kendine oldukça dikkat eder.
- “Bağımlılığın artması”: Gebeliğin son dönemlerinde emosyonel ve fizyolojik destek için kadın özellikle eşi olmak üzere başka kişilere de bağımlı olmaya başlar. Bağımlılık göstergeleri bireyden bireye farklılık gösterebilir. Gebe kendisi ifade etmese de eşinin duygularını anlamasını ister ve eşini sık sık arayarak ona her an ulaşabileceğinden emin olmak ister.
- “Doğum korkuları”: Gebelerin birçoğunun hastaneye yetişememe, doğum anını belirleyememe ve doğum sürecinde yaşayacaklarına dair endişeleri vardır.
- Primiparlarda bilinmeyen korkusu olurken, multiparlarda ise bir şeylerin yanlış gideceği korkusu vardır. Gebe doğum esnasında doğum ağrılarından dolayı bebeğin ve kendisinin hayatının bitmesinden veya emosyonel ve fizyolojik olarak kontrolü yitirmekten korkabilir.

Kadınlar görüldüğü üzere gebelik şüphelerinin başladığı dönemden itibaren gebeliğin tüm gelişim evrelerinde bebekleri veya kendileri ile ilgili bilinmez durumlara karşı karışık duygular, kaygı ve doğacak bebekleri ile ilgili mutluluk verici duygular yaşayabilmektedirler (Biol 2005).

2.5. Gebelikte Psikososyal Sağlık ve Hemşirelik Yaklaşımı

Doğum öncesi dönemde gebe bireye yönelik olan psikososyal taramalar kadın sağlığını ve doğumun sonuçlarını olumlu etkilemektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Daş 2014). Prenatal bakımda amaçlanan, mümkün oldukça gebelik komplikasyonlarının önlenerek canlı ve sağlıklı bir bebeğin doğumudur. Doğum öncesi bakım ile gebe birey ve bebek daha az komplikasyonlarla karşılaşmaktadır. Prenatal bakım; sağlık için teşvik, psikososyal girişimler ve izlem, erken ve devamlılık içinde risk değerlendirmesini kapsayan üç ana öğeden oluşmaktadır (Erdoğan ve Candansayar 2010).

Kadın, eşi ve ailesinin hayatında gebelik, doğum ve ebeveynlik evreleri önemli değişimlerin olduğu evrelerdir. Bu sebeple veriler toplanırken ve girişimler planlanıp uygulanırken aile merkezli bakış açısı esas alınmalıdır. Gebelik boyunca fizyolojik komplikasyonların gelişmesinde rol oynayan potansiyel bir risk faktörü strestir. Aile ilişkilerinde bozukluk, çocuk istismarı, gebe bireye şiddet veya psikosomatik hastalıklar diğer bir risk olarak algılanıp araştırılması gereken semptomlardır (Daş 2014).

Bir gelişimsel kriz olarak da görülen gebeliğin, görüldüğü gibi kadın yaşamındaki yeri oldukça önemlidir. Sağlık çalışanlarına özellikle de ebelere, doktorlara ve hemşirelere riskli gebeliklerde önemli sorumluluklar düşmektedir. Gebelerin ve sağlık çalışanlarının bu dönemde farkındalıklarının artırılması gebelikteki psikososyal sorunların erken dönemde tanınarak önlenmesini ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesini sağlayacaktır. Bu yüzden gebelerin tıbbi değerlendirmesi yapılırken, izlemlerinde fiziksel değerlendirmeyle beraber psikososyal değerlendirmenin de yapılması yaklaşımı bütünleştirmek açısından önem taşımaktadır. Gebe izlemleri boyunca yapılabilecek değerlendirmeler ile erken dönemde belirlenen psikososyal sağlıkla ilgili olan mevcut risk faktörleri tedavi edilmeli ve mevcut riski olan gebeler sağlık kuruluşlarına yönlendirilerek düzenli takipler yapılmalıdır (Gümüşdaş ve ark. 2014).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya ili kent merkezinde bulunan Konya Eğitim ve Araştırma hastanesinin riskli gebe polikliniğinde yapılmıştır. Riskli gebe polikliniğinde ultrason ve NST (Nonstres Test) hizmetleri verilmektedir. Polikliniğe ortalama 30 riskli gebe başvurmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Konya ili kent merkezinde yer alan Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinin riskli gebe polikliniğine başvuran ve örnek seçim kriterlerini taşıyan tüm gebe kadınlar oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde “bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukla tahmininde” önerilen (Lemeshow ve ark. 2000) bir tablodan yararlanılmıştır. İncelenen olayın (gebelerde hipertansiyon görülme oranı) toplumdaki yaygınlığına ilişkin bir bulgu olarak bir çalışmanın (Çulha ve ark. 2010) bildirdiği orandan (%3,9-15,1) yararlanılmıştır. Bildirilen oran tabloda %15 olarak değerlendirilmiş ve %4 rölatif kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 306 olduğu bulunmuştur (Lemeshow ve ark. 2000).

Gebelerin psikolojik sağlığı değerlendirme puanı üzerine üç bağımsız değişkenin etkili olduğu bulunan regresyon analizinde elde edilen R^2 : .11 değerine göre G*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü f^2 : .12 (etki) ve güç 1.00 (%100) olarak bulunmuş ve çalışmadaki örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

3.4.1. Örnek Seçim Kriterleri

3.4.1.1. Örnek Dahil Etme Kriterleri

- Okur-yazar olan,
- 18 ve üzeri yaş grubunda olan,
- Sağlıklı tek fetüse sahip olan,
- Spontan (kendiliğinden) gebe kalmış olan,

-Evli ve eşi ile beraber yaşıyor olan gebeler.

3.4.1.2. Örnek Dışlama Kriterleri

-Kronik hastalığı olan (öz bildirim ve klinik tanı durumuna dayalı),

-Mevcut psikiyatrik ve sistemik hastalık öyküsü olan (öz bildirim ve klinik tanı durumuna dayalı) gebeler.

3.5. Örnek Seçimi

Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra hesaplanan örneklem sayısına ulaşana kadar belirlenen hastanenin riskli gebe polikliniğine başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun gebeler örnekleme dahil edilmiştir. Hipertansiyon kriteri olarak; gebelikte hipertansiyon tanısı ve tipleri (kronik hipertansiyon, gestasyonel hipertansiyon ve preeklamsi) ile ilgili bilgiye poliklinik defterindeki tanı dikkate alınarak ulaşılmıştır.

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen tanıtıcı bilgi formu (Akbaş ve ark. 2008; Vırit ve ark. 2008; Silva ve ark. 2010; Demirbaş ve Kadioğlu 2014; Yılmaz ve Beji 2010; Mohamad Yusuff ve ark. 2016; Waldie ve ark. 2015; Rwakarema ve ark. 2015) ve Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) (Yıldız 2011) kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-A)

Veri toplama formu sosyo-demografik özelliklerle ilgili 14, obstetrik özelliklerle ilgili 11, sağlıkla ilgili 10 olmak üzere toplam 35 sorudan oluşmaktadır.

Sosyo-demografik özellikler olarak; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, evlenme yaşı, evlilik süresi, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, ailenin aylık geliri, aylık gelir algısı, aile tipi ve gebelik süresince yardım/destek alma durumu, desteği kimden aldığı, gebelik öncesinde yaşanan sağlık problemi varlığına dair sorulardan oluşmaktadır.

Obstetrik özellikler ile ilgili olarak; yaşama kapasitesine erişmiş gebelik sayısı, şu anki gebelik haftası, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük, kürtaj öyküsü, çoğul gebelik öyküsü, ölü doğum öyküsü, gebelikte kontrole gitme durumu, şu ana kadar gidilen kontrol sayısı, gebeliğin planlı/plansız olma durumu, sorularından oluşmaktadır.

Sağlıkla ilgili özellikler olarak; gebelik öncesi sigara kullanımı, gebelikte sigara kullanımı, gebe kalmadan önceki kilo durumu, şu andaki kilo durumu, boy uzunluğu, şimdiki gebelikte hipertansiyon öyküsü durumu, önceki gebelikte hipertansiyon öyküsü durumu, ailede hipertansiyon öyküsü durumu, ailede gebeliğe bağlı hipertansiyon öyküsü durumu sorularından oluşmaktadır.

3.6.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) (EK-B)

Yıldız (2011) tarafından geliştirilen ve geçerlilik güvenirliği yapılan ölçek, gebelikte psikososyal sağlığı bütün olarak değerlendirmektedir. GPSDÖ'ü toplam 46 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt grupları (faktörler), psikososyal sağlığı etkileyen durumlar bakımından problem olup olmadığını göstermektedir. GPSDÖ 5'li likert tipinde bir ölçektir. Bu ölçekte totalde alınabilecek en yüksek puan 230 dur. Ölçekte 29 maddede 1=Çok fazla, 2=Fazla, 3=Orta, 4=Az, 5=Hiç şeklinde puanlandırılmakta, 17 madde de ise (1, 2, 3, 5, 6, 8, 16, 17, 18, 19, 20, 31, 32, 33, 34, 35, 42) 5=Çok fazla, 4=Fazla, 3=Orta, 2=Az, 1=Hiç şeklinde puanlandırılarak kodlanmaktadır. Ölçekte belirlenen toplam puanın madde sayısına bölünmesi sonucu ortalama değer saptanır ve 1 ile 5 arasında puan bulunur. "1" psikososyal sağlığın çok kötü olduğunu "5" de çok iyi olduğunu göstermekte ve puanlar hangi yöne yaklaşırsa değerlendirme o bağlamda yorumlanmaktadır. Temelde düşük psikososyal sağlık "1", psikososyal sağlığın çok iyi olması "5" ile ifade edilmektedir. Bu puanlama ölçeğinin totali ve de alt grupları açısından da aynıdır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.93 olarak belirtilmiştir (Yıldız 2011). Bu çalışmada Gebelikte Psikolojik Değerlendirme Ölçeğinin Cronbach alfa değeri .88, alt boyutların Cronbach alfa değeri ise .70 ile .84 arasında bulunmuştur.

GPSDÖ değerlendirmesinde puan aralıkları (Yıldız 2011):

- ≤ 1.79 → Çok düşük (çok kötü)
- $1.80 \cong 2.59$ → Düşük (kötü)
- $2.80 \cong 3.39$ → Orta
- $3.40 \cong 4.19$ → İyi
- $\geq 4.20 \cong 5$ → Çok iyi

GPSDÖ Alt boyutları ve Maddeleri

Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği alt boyutları ve maddeleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. GPSDÖ Alt boyutları ve Maddeleri

Alt Boyutlar	Maddeler
Gebelik ve Eş İlişisine Ait Özellikler	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 18, 19, 20, 32 ve 34.
Kaygı ve Strese Ait Özellikler	9, 10, 11, 12, 36, 37, 38 ve 40.
Aile İçi Şiddete Ait Özellikler	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 43.
Psikososyal Destek Gereksinimine Ait Özellikler	16, 17, 28, 29, 30, 41 ve 45.
Ailesel Özellikler	31, 33, 35 ve 42.
Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişikliklere Ait Özellikler	13, 14, 15, 39, 44 ve 46.

GPSDÖ Alt boyutları ve Alfa değeri

GPSDÖ alt boyutları ve alfa değeri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. GPSDÖ Alt boyutları ve Alfa değeri

Ölçek ve Alt Boyutları	Alfa değeri
GPSDÖ Toplam Puan	.88
<i>Alt Boyutlar</i>	
1. Gebelik ve Eş İlişisine Ait Özellikler	.84
2. Kaygı ve Strese Ait Özellikler	.73
3. Aile İçi Şiddete Ait Özellikler	.73
4. Psikososyal Destek Gereksinimine Ait Özellikler	.70
5. Ailesel Özellikler	.72
6. Gebeliğe İlişkin Fiziksel Psikososyal Değişiklikler	.70

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından 2 Temmuz-6 Eylül 2018 tarihleri arasında mesai saatleri içinde örneklem sayısına ulaşana kadar riskli gebe polikliniğine başvuran gebelerle yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.8. Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü hastanenin riskli gebe polikliniğine başvuran 10 gebeye araştırmacı tarafından görüşülerek uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulama esnasında veri toplanan gebeler araştırmanın örneğine dahil edilmemiştir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımlı değişkenler:

- Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği (GPSDÖ) puan ortalaması.

3.9.2. Bağımsız değişkenler:

- Gebelerin ve eşlerin tanıtıcı özellikleri
- Gebelerin obstetrik özellikleri
- Sağlıkla ilgili özellikler
- Gebelerde hipertansiyon sıklığına ilişkin özellikler.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

- Araştırmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 11.05.2018 tarihli ve 2018/1331 sayılı etik kurul izni (EK-C) alınmıştır.
- Araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 07.06.2018 tarihli ve 16-08 sayılı yazılı izin (EK-D) alınmıştır.
- Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Doç. Dr. Hatice Yıldız'dan yazılı izin (EK-E) alınmıştır.
- Araştırmaya katılan gebelere araştırmayla ilgili açıklama yapılmış ve sözel onam alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir, topluma genellenemez.
- Araştırmaya okur-yazar olmayanların dahil edilmemesi sınırlılık oluşturmaktadır.
- Araştırma bilgi ölçme araçları ile sınırlıdır.

3.12. Araştırma Soruları

1. Gebelerde hipertansiyon sıklığı düzeyi nedir?
2. Gebelerde psikososyal sağlık düzeyi nedir?
3. Hipertansiyona ilişkin özellikler psikososyal sağlık düzeyini etkiler mi?
4. Gebelerin sosyo-demografik özellikleri psikososyal sağlığı etkiler mi?
5. Gebelerin obstetrik özellikleri psikososyal sağlığı etkiler mi?
6. Gebelerin sağlıkla ilgili özellikleri, psikososyal sağlığı etkiler mi?

3.13. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmıştır ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS programında yapılmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılım analizi, Skewness ve Kurtosis testi ile saptanmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin analizinde nonparametrik testler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla; Man Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma sahip olma durumu Skewness ve Kurtosis ile değerlendirilmiş, Skewness (-.64 ile .24) ve Kurtosis (-.75 ile .54) değerlerine göre normal dağılıma sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelerin tanımlayıcı, sağlık durumu ve obstetrik özelliklerine göre GPSDÖ puan ortalamasının karşılaştırılmasında iki gruplu değişkenlerde gruplardaki örneklem sayısına göre bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi ($n < 30$ ise), üç ve daha fazla grubu olan değişkenlerde gruplardaki örneklem sayısına göre bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ileri analizi Tukey HSD) ve Kruskal Wallis testi (ileri analizi

Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ve Tukey testi) kullanılmıştır. Gebelerin GPSDÖ puanları üzerine primer analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenler çoklu regresyon (bacward yöntemi) analizi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p<.05$ olarak kabul edilmiştir.



4.BULGULAR

Gebelerde hipertansiyon sıklığı ve psikososyal sağlık durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada araştırma grubuna ait tanıtıcı bulgular ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular dört ayrı başlık altında sunulmuştur. Bu bölümde;

4.1. Gebelerin sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, sağlıkla ilgili özellikleri, hipertansiyon sıklığı ve ölçeklerin puan ortalamalarına ilişkin bulgular.

4.2. Gebelerin GPSDÖ puan ortalamalarının sosyodemografik, obstetrik, hipertansiyon sıklığı ve sağlıkla ilgili özelliklerine göre dağılımına ait bulgular.

4.3. Gebelerin GPSDÖ puanına bağımsız değişkenlerin etkisine yönelik bulgular (Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları).

4.1. Gebelerin sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, hipertansiyon sıklığı, sağlıkla ilgili özellikleri ve ölçeklerin puan ortalamalarına ilişkin bulgular

Bu bölümde gebelerin ve eşlerin sosyodemografik özellikleri, gebelerin obstetrik özellikleri, sağlıkla ilgili özellikler ve ölçeklerin puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri (n: 306)

Özellikler	n	%
Yaş		
18-34 yaş	245	80.1
≥ 35 yaş	61	19.9
Eğitim düzeyi		
Okuryazar/ilköğretim	185	60.5
Lise	62	20.2
Üniversite ve üzeri	59	19.3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	33	10.8
Çalışmıyor	273	89.2
Eş yaş		
18-34 yaş	198	64.7
≥ 35 yaş	108	35.3
Eşin eğitim düzeyi		
Okuryazar/ilköğretim	160	52.3
Lise	64	20.9
Üniversite ve üzeri	82	26.8
Eşin çalışma durumu		
Çalışıyor	295	96.4
Çalışmıyor	11	3.6
Gelir durumu		
Asgari ücret ve altı	199	65.0
Asgari ücretten fazla	107	35.0
Algılanan gelir durumu		
Düşük gelir	63	20.6
Orta gelir	210	68.6
İyi gelir	33	10.8
Aile tipi		
Çekirdek aile	254	83.0
Geniş aile	52	17.0
Evlilik yaşı		
≤ 18 yaş	69	22.5
≥ 19 yaş	237	77.5
Evlilik süresi		
≤ 5 yıl	141	46.1
≥ 6 yıl	165	53.9

Araştırma kapsamına dahil edilen gebelerin ve eşlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1’de gösterilmiştir. Gebelerin %80.1’i 18-34 yaş arasında olduğu, %60.5’i okuryazar/ilköğretim mezunu olduğu, %89.2’sinin çalışmadığı, %68.6’sı aylık gelirini orta olarak algıladığı, %83.0’ının çekirdek ailede yaşadığı, %77.5’i 19 yaş ve üzerinde evlendiği, %53.9’unun evlilik süresinin 6 yıl ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).



Tablo 4.1.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri (n: 306)

Özellikler	n	%
Yaşama kapasitesine erişen gebelik		
İlk gebelik	91	29.7
İki ve üzeri gebelik	215	70.3
Gebelik haftası		
1.trimester: 1-13 hafta	25	8.2
2.trimester: 14-26 hafta	160	52.3
3.trimester: 27-41 hafta	121	39.5
Yaşayan çocuk		
Var	215	70.3
Yok	91	29.7
Düşük		
Var	95	31.0
Yok	211	69.0
Kürtaj		
Var	67	21.9
Yok	239	78.1
Önceki çoğul gebelik		
Var	15	4.9
Yok	291	95.1
Önceki ölü doğum		
Var	35	11.4
Yok	271	88.6
Kontrollere düzenli gitme		
Evet	293	95.8
Hayır	13	4.2
Gebelik haftasına göre kontrol sıklığı		
Yeterli	303	99.0
Yetersiz	3	1.0
Planlı gebelik olması		
Evet	216	70.6
Hayır	90	29.4

Araştırma kapsamına dahil edilen gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.2’de verilmiştir. Gebelerin %44.1’inin 2-3 gebelik geçirdiği, %52.3’ünün 2. trimesterde olduğu saptanmıştır. Gebelerin %70.3’ü yaşayan çocuğu olduğunu, %95.8’i gebelik kontrollerine düzenli gittiğini, %70.6’sının gebeliğin planlı olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3. Gebelerin Sağlıkla İlgili Özellikleri (n: 306)

Özellikler	n	%
Gebelikten önce BKİ		
Düşük Kilolu : < 18,5 kg/m ²	25	8.2
Normal Kilolu: 18,5-24,9 kg/m ²	119	38.9
Fazla Kilolu: 25-29,9 kg/m ²	93	30.4
Obez : ≥ 30 kg/m ²	69	22.5
Gebelikten sonra BKİ		
Düşük Kilolu : <18,5 kg/m ²	6	2.0
Normal Kilolu: 18,5-24,9 kg/m ²	82	26.8
Fazla Kilolu: 25-29,9 kg/m ²	104	34.0
Obez : ≥30 kg/m ²	114	37.2
Gebelik öncesi sigara kullanımı		
Var	32	10.5
Yok	274	89.5
Gebelikte sigara kullanımı		
Var	18	5.9
Yok	288	94.1
Gebelik öncesi sağlık problemi		
Var	74	24.2
Yok	232	75.8
Gebelikte yardım/destek alma		
Evet	234	76.5
Hayır	72	23.5
Yardım/destek veren (n: 234)		
Eş, anne	205	87.6
Arkadaş	29	12.4

Araştırma kapsamına dahil edilen gebelerin sağlıkla ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.3'de verilmiştir. Gebelerin %38.9'unun normal kiloda olduğu, %22.5'inin obez olduğu saptanmıştır. Gebelerin %89.5'inin gebelik öncesi sigara kullanımının olmadığını, %94.1'inin de gebelikte sigara kullanımının olmadığı saptanmıştır. Gebelerin %75.8'inin gebelik öncesi sağlık probleminin olmadığını, %76.5'i gebelikte destek aldığını belirtmiştir ve yardım/destek verenlerin %87.6'sının eş, anne olduğu görülmektedir. (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4. Gebelerin Hipertansiyon Sıklığı ile İlgili Özellikleri (n: 306)

Özellikler	n	%
Ailede hipertansiyon öyküsü		
Evet	73	23.9
Hayır	233	76.1
Ailede gebeliğe bağlı hipertansiyon öyküsü		
Evet	17	5.6
Hayır	289	94.4
Önceki gebelikte hipertansiyon tanısı		
Var	18	5.9
Yok	288	94.1
Şu an ki gebelikte hipertansiyon tanısı		
Var	32	10.5
Yok	274	89.5
Gebelikte alınan tanı (n: 32)		
Kronik hipertansiyon	3	9.4
Gestasyonel hipertansiyon	6	18.8
Preeklamsi	23	71.9

Araştırma kapsamına dahil edilen gebelerin hipertansiyon sıklığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.4’de verilmiştir. Gebelerin %23.9’unun ailesinde hipertansiyon öyküsü olduğu ve %5.6’sının ailede gebeliğe bağlı hipertansiyon öyküsü olduğu görülmektedir. Gebelerin %5.9’unun önceki gebeliğinde hipertansiyon tanısı aldığı, şu an ki gebeliğinde %10.5’inin hipertansiyon tanısı aldığı, %89.5’inin şu an ki gebeliğinde hipertansiyon tanısı almadığı saptanmıştır. Hipertansiyon tanısı alan gebelerin %9.4’ü kronik hipertansiyon, %18.8 gestasyonel hipertansiyon, %71.9’u preeklamsi olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.5. Gebelerin Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Puanlar (n: 306)

Ölçek ve Alt Boyutları	En az-en çok	$\bar{x} \pm SS$
GPSDÖ Toplam Puan	2.28-4.87	3.97 \pm .43
Alt Boyutlar		
1. Gebelik ve Eş İlişisine Ait Özellikler	1.38-5.00	4.08 \pm .63
2. Kaygı ve Strese Ait Özellikler	1.38-5.00	3.15 \pm .80
3. Aile İçi Şiddete Ait Özellikler	2.38-5.00	4.69 \pm .44
4. Psikososyal Destek Gereksinimine Ait Özellikler	1.57-5.00	3.84 \pm .70
5. Ailesel Özellikler	1.00-5.00	4.13 \pm .80
6. Gebeliğe İlişkin Fiziksel Psikososyal Değişiklikler	1.67-5.00	3.92 \pm .70

Gebelerin GPSDÖ'den aldıkları aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.1.5'de verilmiştir. Gebelerin GPSDÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının 3.97 \pm .43 olduğu saptanmıştır.

Araştırmada gebelerin GPSDÖ'nün alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; gebelik ve eş ilişkisi alt boyutu puan ortalaması 4.08 \pm .63, kaygı ve stres alt boyutu puan ortalaması 3.15 \pm .80, aile içi şiddet alt boyutu puan ortalaması 4.69 \pm .44, psikososyal destek gereksinimi alt boyutu puan ortalaması 3.84 \pm .70, ailesel özellikler alt boyutu puan ortalaması 4.13 \pm .80, gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler alt boyutu puan ortalaması 3.92 \pm .70 olarak saptanmıştır. Gebelerin GPSDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde psikososyal sağlık durumlarının iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.5).

4.2. Gebelerin GPSDÖ puan ortalamalarının hipertansiyon tanısı, sosyodemografik, obstetrik ve sağlıkla ilgili özelliklerine göre dağılımı ve göre GPSDÖ puan ortalamasına ait bulgular

Bu bölümde gebelikte hipertansiyon görülme durumunun psikososyal sağlık değerlendirme puanlarına etkisi, gebelerin sosyodemografik özelliklerinin psikososyal sağlık değerlendirme puanlarına etkisi, gebelerin obstetrik özelliklerinin psikososyal sağlık değerlendirme puanlarına etkisi ve gebelerin sağlıkla ilgili özelliklerinin psikososyal sağlık değerlendirme puanlarına etkisine yer verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Gebelikte Hipertansiyon Görülme Durumunun Psikososyal Sağlık Değerlendirme Puanlarına Etkisi

Özellikler	n	GPSDÖ		Test	p
		\bar{X}	$\pm SS$		
Ailede hipertansiyon öyküsü					
Var	73	3.97	± 43	t: .031	.975
Yok	233	3.97	± 43		
Ailede gebeliğe bağlı hipertansiyon öyküsü					
Var	17	3.75	± 54		.114
Yok	289	3.98	± 42	Z: 1.580	
Gebelikte Hipertansiyon Tanısı					
Var	32	3.86	± 47	1.540	.125
Yok	274	3.98	± 43		

Z: Mann Whitney U testi

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 304

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelikte hipertansiyon görülme durumunun psikososyal sağlık değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılmasına ilişkin bulgular puanlarına etkisi Tablo 4.2.1’de yer almaktadır. Ailede hipertansiyon bulunma öyküsüne göre gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p > .05$, Tablo 4.2.1). Ailede gebeliğe bağlı hipertansiyon öyküsü bulunma durumuna göre gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p > .05$, Tablo 4.2.1). Hipertansiyon tanısı olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlık puanları incelendiğinde, hipertansiyonu olmayan gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalamasının

(3.98±.43) hipertansiyonu olanlara (3.86±.47) göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir (p> .05, Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n: 306)

Özellikler	S	GPSDÖ $\bar{X} \pm SS$	Test	p
Yaş				
18-34 yaş	245	3.99±.44	t: 1.600	.111
≥ 35 yaş	61	3.89±.39		
Eğitim düzeyi				
Okuryazar/ilköğretim	185	3.94±.42	t: 1.546	.123
Lise ve üzeri	121	4.02±.45		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	33	4.04±.33	t: 1.241	.221
Çalışmıyor	273	3.96±.44		
Evlilik yaşı				
≤ 18 yaş	69	3.92±.41	t: 1.039	.300
≥ 19 yaş	237	3.99±.44		
Evlilik süresi (r=-.19 p: .001)				
≤ 5 yıl	141	4.05±.43	t: 3.072	.002
≥ 6 yıl	165	3.90±.42		
Eşin yaşı				
18-34 yaş	198	4.01±.45	t: 2.386	.018
≥ 35 yaş	108	3.89±.38		
Eşin eğitim düzeyi				
Okuryazar/ilköğretim	160	3.92±.45	t: 2.448	.015
Lise ve üzeri	145	4.04±.38		
Eşin çalışma durumu				
Çalışıyor	295	3.98±.43		.275
Çalışmıyor	11	3.88±.36	Z: 1.100	
Gelir durumu				
Asgari ücret ve altı	199	3.94±.42	t: 1.663	.097
Asgari ücretin üzerinde	107	4.03±.44		
Algılanan gelir durumu				
Düşük gelir ^a	63	3.81±.39	F: 9.469	.000
Orta gelir ^b	210	3.99±.43		a<b<c
İyi gelir ^c	33	4.19±.38		
Aile tipi				
Çekirdek aile	254	3.99±.43	t: 1.375	.170
Geniş aile	52	3.90±.41		

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 304

Z: Mann Whitney U testi

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/303/305

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre GPSDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.2.2’de verilmiştir.

Gebelerin yaş grubuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, yaş grupları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.2).

Gebelerin eğitim düzeyine göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, eğitim düzeyi grupları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.2).

Gebelerin çalışma durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.2).

Evlilik yaşına göre gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.2).

Evlilik süresine göre gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, evlilik süresi beş yıl ve daha az olan gebelerin puan ortalamasının evlilik süresi beş yıldan fazla olanlara göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.01$, Tablo 4.2.2).

Eşinin yaşına göre gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, eşinin yaşı 18-34 yaş arasında olanların puan ortalamasının eşinin yaşı 35 ve daha büyük olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 4.2.2).

Gebelerin eşinin eğitim düzeyine göre gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, eşinin eğitimi lise ve üzerinde olan gebelerin puan ortalamasının eşinin eğitimi OY/ilköğretim olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 4.2.2).

Gebelerin eşinin çalışma durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.2).

Gelir durumuna göre gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.2).

Algılanan gelir durumuna göre gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.2.2). Farkın hangi gelir grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, tüm ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p<.05$), gelirini düşük olarak algılayanların psikososyal sağlık değerlendirme puan ortalamasının gelirini orta ve iyi

olarak algılayanlara göre düşük olduğu, gelirini orta düzeyde algılayanların da gelirini iyi olarak algılayanlara göre düşük olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin aile tipine göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.2).



Tablo 4.2.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n: 306)

Özellikler	n	GPSDÖ $\bar{X} \pm SS$	Test	p
Yaşama kapasitesine erişen kaçınıcı gebelik				
İlk gebelik	91	4.10±.40	t: 3.369	.001
İki ve üzeri gebelik	215	3.92±.43		
Gebelik haftası				
1.trimester: 1-13 hafta ^a	25	3.88±.35	KW: 6.392 (sd: 2)	.041
2.trimester: 14-26 hafta ^b	160	4.02±.44		a<b
3.trimester: 27-41 hafta	121	3.92±.43		p: .063
Düşük				
Var	95	3.92±.40	t: 1.376	.170
Yok	211	3.99±.44		
Kürtaj				
Var	67	3.90±.42	t: 1.504	.134
Yok	239	3.99±.43		
Önceki Çoğul gebelik				
Var	15	3.78±.37	Z: 2.050	.040
Yok	291	3.98±.43		
Ölü doğum öyküsü				
Var	35	3.84±.36	t: 1.903	.058
Yok	271	3.99±.44		
Kontrollere düzenli gitme				
Evet	293	3.98±.43	Z: 1.743	.081
Hayır	13	3.80±.41		
Planlı gebelik				
Evet	216	4.03±.40	t: 3.932	.000
Hayır	90	3.82±.48		

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 304

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/303/305

KW: Kruskal Wallis testi, sd: 2

Z: Mann Whitney U testi

Gebelerin GPSDÖ puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.3'de yer almaktadır. Yaşama kapasitesine erişen gebelik durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, yaşam kapasitesine erişen ilk gebeliği olan kadınların puan ortalamasının iki ve üzerinde olanlara göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.01$, Tablo 4.2.3). İleri analizde, ilk gebeliği olan kadınların psikososyal sağlık değerlendirme puan ortalamasının iki ve üçüncü gebeliği olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$), diğer ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p>.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).

Gebelik haftasına göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<.05$, Tablo 4.2.3). İleri analizde, gebeliği 14-26 hafta arasında olan kadınların psikososyal sağlık değerlendirme puan ortalamasının gebeliği 1-13 hafta arasında olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$), diğer ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p>.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).

Gebelerin düşük öyküsüne göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.3).

Gebelerin kürtaj öyküsüne göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.3).

Çoğul gebelik görülme durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, çoğul gebeliği olmayan kadınların puan ortalamasının çoğul gebeliği olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 4.2.3).

Gebelerin ölü doğum yapma öyküsüne göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 4.2.3).

Gebelerin sağlık kontrollerine düzenli gitme durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 4.2.3).

Gebeliğin planlı olmasına göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gebeliği planlı olan kadınların puan ortalamasının gebeliği planlı olmayanlara göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4. Gebelerin Sağlıkla İlgili Özelliklerine Göre Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n: 306)

Özellikler	n	GPSDÖ $\bar{X} \pm SS$	Test	p
Gebelikte sigara kullanımı				
Var	18	3.80±.53	Z: 1.294	.196
Yok	288	3.98±.42		
Gebelik öncesi sağlık problemi				
Var	74	3.94±.41	t: .821	.412
Yok	232	3.98±.44		
Gebelikte yardım/destek alma				
Evet	234	3.96±.41	t: .593	.554
Hayır	72	4.00±.49		
Yardım/destek veren (n: 234)				
Eş, anne	205	3.95±.42	t: 1.013	.312
Arkadaş	29	4.04±.32	(sd: 232)	

Z: Mann Whitney U testi

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 304

Araştırma kapsamına alınan gebelerin GPSDÖ puan ortalamalarının sağlıkla ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.4’de yer almaktadır.

Gebelerin sigara içme durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 4.2.4). Sigara içmeyen gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalamasının sigara içenlere göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur ($p>.05$, Tablo 4.2.4).

Gebelik öncesi sağlık problemi bulunma durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.4).

Gebelikte yardım/destek alma durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.4).

Gebelikte yardım/destek veren kişiye göre gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.4).

4.3. Gebelerin GPSDÖ puanına bağımsız değişkenlerin etkisine yönelik bulgular (Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları)

Bu bölümde gebelerin psikososyal sağlık değerlendirme puanları üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen 10 bağımsız değişkenin etkisi bir arada değerlendirilmek üzere çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) yapılmıştır. Bağımsız değişkenlerden gebelik sayısı ile yaşama kapasitesine ulaşan gebelik sayısı arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu ($r: .73$, $p<.001$, gebelik sayısı Tolerans: $.358$, VIF: 2.858) için otokorelasyon sorunu nedeniyle gebelik sayısı regresyon modelinden çıkarılmış, primer analizlerde etkisi daha güçlü olan yaşama kapasitesine ulaşan gebelik sayısı değişkeni modelde bırakılmıştır. Dokuz bağımsız değişken ile yapılan çoklu regresyon analizinde eşin yaşı, gebelik haftası, eşin eğitimi, yaşam kapasitesine ulaşan gebelik sayısı, çoğul gebelik ve gebelikte BKİ değişkenleri olmak üzere altı bağımsız değişken yeterli etkiye sahip olmadığı için sırayla regresyon modelinden çıkarılmış ($p>.05$), modelde kalan beş değişkenin etkisini gösteren regresyon sonuçları Tablo 4.3.1'de verilmiştir. Modelden çıkarılan bağımsız değişkenlerden çoğul gebelik ve gebelikte BKİ'nin gebelerde GPSDÖ puanına etkisi sınırda bulunmuştur (Alfa hata payı %5-10 arasında, Alfa güvenilirlik düzeyi %90-95 arasında).

Tablo 4.3.1. Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği Puanına Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n: 306)

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	β	t	p	B için 95% Güven Aralığı		Collinearity İstatistikleri	
						Tolerans	VIF		
(Sabit)	3.55	.15		24.460	.000	3.26	3.83		
Gelir algısı (1: düşük, 2: orta, 3: iyi)	.17	.04	.22	3.987	.000	.86	.25	.988	1.012
Planlı gebelik (1: hayır, 2: evet)	.17	.05	.18	3.202	.002	.06	.27	.967	1.034
Evlilik süresi (1: ≤5 yıl, 2: >5 yıl)	-.12	.05	-.14	2.502	.013	-.21	.03	.976	1.024
Gebelikte BKİ (1: normal, 2: fazla kilolu)	-.10	.05	-.11	1.919	.056	-.20	.00	.955	1.047
Çoğul gebelik (1: yok, 2: var)	.19	.11	.10	1.776	.077	-.02	.41	.978	1.022
R: .34 Adjusted R²: .11 F: 13.10 p: .000 Durbin Watson: 1.81									
R: .37 Adjusted R²: .12 F: 9.36 p: .000 Durbin Watson: 1.81 (5 değişkenli model için)									

Gebelerin GPSDÖ puanına bağımsız değişkenlerin etkisi: Çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 4.3.1’de verilmiştir.

Gebelerin GPSDÖ puanına anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler β katsayısına göre en çok önemliden en az önemliye doğru; gelir algısı ($p < .001$), planlı gebelik olması ($p = 0.002$) ve evlilik süresi ($p = 0,013$) şeklindedir. Üç bağımsız değişken gebelerde psikososyal sağlık değerlendirme puanına ait değişimi (varyansı) %11 oranında açıklamaktadır.

Gebelerin gelir algısı düşük, orta ve iyi olarak sıralandığında, grupların psikolojik sağlık değerlendirme puanı giderek .17 puan artmaktadır. Gebeliği planlı olan gebelerin psikolojik sağlık değerlendirme puanı gebeliği planlı olmayanlara göre .17 puan artmaktadır. Evlilik süresi beş yıldan fazla olan gebelerin psikolojik sağlık değerlendirme puanı evlilik süresi beş yıl ve altında olanlara göre -.12 puan azalmaktadır.

Sınırdaki etkili bulunan değişkenlerin önem sırası ise Gebelikte BKİ ve çoğul gebelik olması şeklindedir. Gebelikte BKİ değerine göre fazla kilolu olanların psikolojik sağlık değerlendirme puanı zayıf ve normal olanlara göre .10 puan azalmaktadır. Çoğul gebeliği

olmayan gebelerin psikolojik sağlık değerlendirme puanı çoğul gebeliği olanlara gore .19 puan artmaktadır (Tablo 4.3.1).



5.TARTIŞMA

Yüksek riskli gebelikler, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yükü fazla olan bir durumdur. Gebelikte hipertansif hastalıklar yüksek riskli gebelikler içinde maternal ve fetal mortalite açısından risk oluşturan önemli bir sorundur. Bu durum gebelerde fiziksel sağlığı olumsuz etkilerken, psikososyal sağlığında bozulmasına neden olabilmektedir. Bu çalışma ile gebelikte hipertansiyon sıklığı ve psikososyal sağlık durumunun tartışılması planlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen kadınların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; Tablo 4.1.1’de gebelerin %80.1’i 18-34 yaş aralığında, %60.5’i okuryazar/ilköğretim mezunu olduğu, %89.2’sinin çalışmadığı tespit edilmiştir. Gebelerin gelirlerini nasıl algıladıkları sorulduğunda gebelerin %68.6’sı orta düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir. Gebelerin %83.0’ı çekirdek aile yapısına sahiptir. Gebelerin %77.5’inin 19 yaş ve üzerinde evlendiği, %53.9’unun evlilik süresinin 6 yıl ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 25-29 yaş grubunda olduğu, kadınların %57.0’inin ilköğ/ortaokul mezunu, %31.0’inin halen çalışmakta olduğu tespit edilmiştir. Bektaş’ın (2008) yaptığı çalışmada 25-34 yaş grubu gebeler tüm çalışmanın %54.5’ini oluşturmaktadır. TNSA 2013 verileri ile çalışma kapsamına dahil edilen gebelerin eğitim durumu, aile tipi ve gebelik yaş ortalaması ile ilgili özelliklerinin dağılımına yönelik bulguların benzer olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.3’de araştırmaya dahil olan gebelerin %38.9’unun gebelikten önce BKİ’nin normal, %30.4’ünün BKİ’nin fazla kilolu aralığında olduğu görülmektedir. Ata ve Şahin’in (2015) çalışmasında gebelikten önceki beden kitle indeksine göre tüm gebeler içinde BKİ normal aralıkta olanların oranı %58,6; BKİ 25 ve üzerinde olan fazla kilolu oranı belirtilen çalışmada %24,3 olarak belirtilmiştir. Çalışma bulgusu Ata ve Şahin’in (2015) çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çalışma bulguları sonucunda gebelikteki BKİ değerlerine göre gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması düşük ve normal kilolu olan gebelerin puan ortalamasının fazla kilolu ve obez olanlara göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.1$, Tablo 4.1.3). BKİ arttıkça gebeliğe uyumun zorlaştığı söylenebilir. Gebelikle birlikte beden algısı değişmektedir. Normal gebelik sürecine uyumla ilgili sorun yaşayan gebe ilave olarak fazla kilo ile mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Bu durum kadın bedeninde hoşnutsuzluk yaşama ve gebeliğe uyum sürecine olumsuz etkisi ile açıklanabilir.

Tablo 4.1.2’de araştırmaya dahil olan kadınların gebelik sayısı ortalaması 2.88 ± 1.62 saptanmıştır. TNSA (2013) verilerine göre; kadınların istenen doğurganlık hızının 1.9, toplam

doğurganlık hızının 2.3 olduğu saptanmıştır. Çalışma bulguları ile TNSA 2013 verileri benzerlik göstermektedir. Gebelik sayısına göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$, Tablo 4.2.3). Pişirgen (2011) riskli gebeliği olan olguların gravida 4 ve üstü olma oranını, kontrol grubuna göre yüksek bulmuştur ($p=0.016$). Kılıç ve ark. (2007) gebelerin, gebelikteki risk durumlarını gebelik sayısına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p=0.51$). Sonuç değerlendirildiğinde çocuk sayısının 2 ve üzerinde olması yeni bir gebelik yükü ile birlikte gebenin kaygısını arttıran bir faktör olarak değerlendirilebilir. Gebe için evdeki iş yükünün fazla olması hem fiziksel sağlık hem de sosyal sağlık açısından bir sorundur. Çocuk sayısı fazla olan gebelerde psikososyal sağlık puanının düşük olması gebenin kişisel bakımına yeterli zaman ayıramama, sosyal roller, kaygı ve anksiyete ile açıklanabilir.

Gebelerin %95.8'i gebelik kontrollerine düzenli gittiğini belirtmiştir (Tablo 4.1.2). TNSA (2013) verilerinde, kadınların %89.0'ının gebelik kontrollerine düzenli gittiği görülmektedir. TNSA (2013) verileri çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Gebenin düzenli kontrole gitmesinin kendi ve bebek sağlığına verdiği önem açısından iyi bir sonuç olduğu ve tıbbi açıdan risklerin erken tanınmasına yardımcı olacağı söylenebilir.

Gebelikte en fazla görülen tıbbi komplikasyon hipertansif bozukluklardır. Hipertansif bozukluklar maternal ve perinatal mortaliteyi oldukça arttırmaktadır. Gebelikteki hipertansiyonun tanınması, etyolojisinin belirlenmesi, risk faktörleri, tipleri, hastalığın seyrinin belirlenmesi, önlenmesi ve tedavisi için sınıflandırma gereklidir (Ersoy ve ark. 2011). Yapılan çalışmada gebelikte hipertansiyon tanısı alan gebe oranının %10.5 olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon tanısı alan grup gebelikte hipertansiyon tiplerine göre gruplandırıldığında gebelerin %9.4'ü kronik hipertansiyon, %18.8 gestasyonel hipertansiyon, %71.9'u preeklamsi olarak saptanmıştır (Tablo 4.1.4). Gelişmiş ülkelerde, anne ölümlerinin %16'sı hipertansif bozukluklara bağlı olup, bu oran diğer önemli anne ölüm sebeplerinden fazladır (Cunningham ve ark. 2015). Ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oran %3,9-15,1 arasında olduğu bildirilmiştir (Çulha ve ark. 2010; Açı ve ark. 2013; Nemli 2014; Ersoy ve ark. 2011). Ersoy ve ark. (2011) yaptıkları bir çalışmada araştırmaya dahil olan gebelerin %7,22'sinde gebelikte hipertansiyon bildirmişlerdir. Çalışmada saptanan hipertansiyon prevalansı literatür ile uyumludur.

Gebelikte hipertansiyon görülme durumunun GPSDÖ puan ortalamalarına göre dağılımı Tablo 4.2.1'de yer almaktadır. Çalışmamızda gebelikte hipertansiyon tanısı olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlık puanları incelendiğinde, hipertansiyonu olmayan gebelerin

GPSDÖ toplam puan ortalamasının ($3.98 \pm .43$) hipertansiyonu olanlara ($3.86 \pm .47$) göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > .05$, Tablo 4.2.1). Gümüşdaş ve ark. (2014) yaptığı çalışmada risk saptanan ve saptanmayan gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir ($p < 0.05$). Aynı çalışmada risk saptanmayan gebelerin GPSDÖ ölçek toplam puan ortalamaları 4.08 ± 0.67 , risk saptanan gebelerin ise 4.31 ± 0.45 olduğu saptanmıştır. Uçar (2014) yapmış olduğu çalışmada risk saptanmayan gebelerin ölçek toplam puan ortalamalarının 4.25 ± 0.67 olduğunu bildirmiştir. Yıldız (2011) yapmış olduğu çalışmada gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalamasını 3.84 ± 0.51 olarak ifade etmiştir ve bu araştırmadaki risk saptanmayan gebelerin puan ortalamasıyla (4.08 ± 0.67) karşılaştırıldığında daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak gebeliği risk altında olan gebe riski olmayan gebeye oranla psikososyal uyumu zorlaşmaktadır. Ayrıca örneklem büyüklüklerinin farklı olması bu farklılığın kaynağı olabilir.

Gebelerin GPSDÖ puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.2’de yer almaktadır. Okuryazar/ilköğretim mezunu olan gebelerin GPSDÖ puan ortalaması daha düşük bulunmuş olup ($3.94 \pm .42$), ancak gebelerin eğitim durumu ile GPSDÖ puan ortalaması arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p > .05$, Tablo 4.2.2). Çalışma bulguları ile benzer olarak Kılıç ve ark. (2007) Türkiye’de toplam 200 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, gebelerin gebelikteki risk durumları eğitim düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p = 0.34$). Çalışmamızın aksine Shawky ve Milaat (2000), Güler (2013), Yılmaz ve Pasinlioğlu (2014), Demirbaş (2014) ve Pehlivanoğlu (2015) tarafından yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ile gebeliğe uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek kadınlar doğum, ebeveynlik, bebek bakımı ve doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerine ilişkin konuları içeren prenatal eğitimlere daha fazla katılmaktadırlar (Goodman ve ark, 2004; Stoll ve Hall, 2012). Prenatal eğitim alan gebelerin sosyokültürel düzeyleri ile eğitim ve ekonomik düzeylerinin artması, poliklinikte gebelere uygulanan eğitim olanaklarının artması ve izlem sıklıklarına özen gösterilmesi ile gebelikte hipertansiyona bağlı morbidite ve mortalite oranlarının azaltılabileceği düşünülmektedir.

Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyine göre gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, eşinin eğitimi lise ve üzerinde olan gebelerin puan ortalamasının eşinin eğitimi okuryazar/ilköğretim olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 4.2.2). Kılıç ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada, gebelerin gebelikteki risk durumları eşlerinin eğitim

düzeylelerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p=0.49$). Pişirgen (2011) çalışmasında da gebe eşlerinin eğitim düzeyleri açısından bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=0.254$). Eğitim seviyesi yüksek eşe sahip gebelerin psikososyal destek yönünden avantajlı oldukları ve eşlerin gebelik sürecine daha aktif katıldıkları düşünülmüştür.

Gebelerin yaşadıkları aile tipi ile GPSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiş olup ($p>.05$), çekirdek ailede yaşayan gebelerin GPSDÖ puan ortalamasının geniş ailede yaşayan gebelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulguları ile benzer olarak Pişirgen (2011) ($p=0.843$) ve Şahsıvar (2007) ($p=0.474$) çalışmalarında evde yaşayan birey sayı ortalamaları yerine çekirdek aile-geniş aile veya birlikte yaşadıkları kişiler açısından gruplandırıldıktan sonra karşılaştırılmış ve benzer şekilde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Burada yazılan aile tipinden çok çekirdek aile ve geniş aile içinde bireyler arasındaki ilişki kalitesinin önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Gebelerin gelir durumu algısı ile GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.2.2). Farkın hangi gelir grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, tüm ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p<.05$), gelirini düşük olarak algılayanların psikososyal sağlık değerlendirme puan ortalamasının gelirini orta ve iyi olarak algılayanlara göre düşük olduğu, gelirini orta düzeyde algılayanların da gelirini iyi olarak algılayanlara göre düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Şahsıvar (2007) yaptığı çalışmada da aylık gelir ortalaması risk taşımayan gebelerde 1479.12 ± 1293.22 YTL iken, risk taşıyan gebelerde 876.26 ± 760.37 YTL olarak bildirilmiş ve iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ifade edilmiştir ($p<0.001$). Pişirgen (2011) çalışmasında da benzer şekilde yüksek riskli gebelik tanısı alan olguların gelir düzeyi, kontrol grubuna göre düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0.027$). Çalışma bulgusundan farklı olarak Kılıç ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada ise gebelerin gebelikteki risk durumları toplam aylık gelir düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p=0.28$). Bulgular bizim bulgularımızdan farklılık göstermektedir. Bir ailenin geliri yaşam standartlarının sürdürülmesi ve sosyal güvence açısından oldukça önemlidir. Gebelik aileye yeni bireyin katılımı, ekstra masraflar anlamına gelen bir durumdur ve gebenin gelecekle ilgili kaygısını arttırabilir. Çalışma sonuçları da gelir durumu ile ilgili kaygı yaşamayan gebelerin psikososyal sağlık durumunun iyi olduğunu göstermektedir.

Gebelerin GPSDÖ puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.3'de yer almaktadır. Yaşama kapasitesine erişen gebelik durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, yaşama kapasitesine erişen ilk gebeliği olan kadınların puan ortalamasının iki ve üzerinde olanlara göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<.01$, Tablo 4.2.3). Gebelerin gebelik sayısı ile GPSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup ($p<.05$, Tablo 4.2.3), ilk gebeliği olan kadınların GPSDÖ puan ortalamasının iki ve üçüncü gebeliği olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Çalışmada iki ve üzeri gebelik sayısı olan gebelerin GPSDÖ puan ortalamasının düşük olmasının sebebi, gebelerin daha önce deneyimledikleri doğum ve doğum sonu döneme ait tecrübeler ile açıklanabilir. Çalışma bulguları ile benzer olarak Zar ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada multiparlarda önceki doğum deneyimlerine bağlı daha yüksek oranda doğum korkusunun yaşandığı saptanmıştır. Nieminen ve ark.(2009) doğum korkusu açısından primipar ve multiparlar arasında anlamlı farklılık saptamamıştır. Çalışmamızın aksine Takeda ve Kobayashi, (2013) yaptığı çalışmada multigravidalar anne olma rolünü daha önce deneyimlediklerinden kendilerini bebeğe bakım verme konusunda yeterli hissetmektedirler. Tecrübe, yaş ve diğer özelliklerden etkilenebilmesi nedeniyle bulgularda farklılık düşünülmektedir.

Çalışmada trimesterler ile GPSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$, Tablo 4.2.3). İkinci trimesterde olan gebelerin GPSDÖ puan ortalaması, birinci trimesterde olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.3). Çalışma bulguları ile benzer olarak Lee ve ark. (2007) gebelerin %54'de kaygı, %37.1 sinde depresyon ve her iki durumunda birinci ve üçüncü trimesterlerde daha yaygın ve şiddetli olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışma bulgularının aksine Demirbaş ve Kadioğlu (2014) çalışmalarında kadınların gebelik trimesteri ile gebelik uyumu puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirtilmiştir. Dietz ve ark. (2007) sistematik derlemede gebelikte depresyon yaygınlığı birinci, ikinci ve üçüncü trimesterlerde sırasıyla, % 7.4, %12.8 ve % 12 olarak tespit edilmiştir. Çalışma sonucuna göre birinci ve üçüncü trimesterde gebelerin psikososyal sağlık puanları ikinci trimestere göre düşük saptanmıştır. Birinci trimester ambivalan duyguların yoğun yaşandığı, gebeliği kabul, beden imajı değişikliklerinin yaşandığı bir dönemdir. Üçüncü trimester ise doğum eyleminin yaklaşması ile eyleme ilişkin kaygıları açığa çıkarabilir. İkinci trimester değerlendirildiğinde kadın kendi ve gebeliği ile en barışık olduğu dönemdedir. Riskli gebelik ile ilgili sorunların birinci trimesterde tanılama, üçüncü trimesterde müdahale ile ilgili

olduğu düşünülürken, ikinci trimester gebe için stabil seyreden bir dönem olarak değerlendirilebilir.

Düşük ve kürtaj öyküsü olan gebelerin depresyona daha yatkın olduğunu belirten çalışmalar literatürde mevcuttur (Bisetegn ve ark. 2016; Kapan ve Yanikkerem 2016; Silva ve ark. 2010). Fakat yapılan çalışmada gebelerin düşük ve kürtaj öyküsü ile GPSDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.3). Bu farklılık çalışmanın yapıldığı bölgelerin kültürel yapısının kürtaj ve düşüğe bakış açısı ile açıklanabilir.

Çoğul gebelik görülme durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde, çoğul gebeliği olmayan kadınların puan ortalamasının çoğul gebeliği olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 4.2.3). Çalışma bulguları ile benzer olarak Fidan (2015) yapmış olduğu çalışmada çoğul gebeliği olan bireylerin tekil gebeliği olan bireylere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve çoğul gebeliği olan bireylerin tekil gebeliği olan bireylere oranla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Çoğul gebelikler gebe ve ailesi için ekstra stres kaynağıdır. Aile anne ve bebeklerin sağlığı açısından endişelenirken, gebede çoğul gebeliğin getirdiği metabolik yükü baş etmeye çalışırken, bir yandan da doğum eylemi ve sonrasına ilişkin kaygılı olabilir.

Doğum öncesi bakım sayesinde anne ve fetus açısından sağlıklı bir gebelik sağlanır. Doğum öncesi bakım gebelikte oluşan komplikasyonları engeller veya erken dönemde tespitini sağlar (Terzioğlu 2014). Çalışmada düzenli kontrole gitme durumu ile GPSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmamakla birlikte düzenli kontrole giden gebelerin puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.3). Çalışma bulguları ile benzer olarak Doğan (2018) yaptığı çalışmada riskli gebelerin gebelikleri boyunca düzenli kontrole gitme durumları ile Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak fark saptamamıştır. Ulaşılabilen uluslararası literatürde ise Lederman ve Weis (2009) tarafından yapılan çalışmada prenatal bakım alma ile PKDÖ'nün "Eşi ile İlişkisinin Durumu" ve "Annelik Rolünün Kabulü" alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmaların farklı kültürlerde yapılması ve farklı ölçme araçlarının kullanılması sonuçlarda farklılık oluşturacağını düşündürmüştür. Ancak yapılan çalışmada kontrollere düzenli giden gebelerin psikososyal sağlık puanlarının daha yüksek olması gebelerin sağlık sistemi içinde kendilerini güvende hissettiğini düşündürmüştür.

Gebelerin gebeliğinin planlı olması durumu ile GPSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup ($p<.001$, Tablo 4.2.3), gebeliği planlı olan gebelerin puan ortalamasının gebeliği planlı olmayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Benzer çalışmalarda Akbaş ve ark. (2008) araştırmasında gebelerin planlı gebe kalma oranları %75, Gözüyeşil ve ark. (2013) %77,9 olarak bulunmuştur. Güler'in (2013) yaptığı çalışmada gebelerin %69.3'ünün gebeliği planladığı, %30.2'sinin planlamadığı bulunmuştur. Çiftlerin gebeliğe bir plan doğrultusunda başlaması, ayrıca bu gebeliğin istenmesi anlamına da gelmektedir. Gebelik toplumumuzda ailenin devamı açısından kabul gören ve desteklenen bir durumdur. Evli çiftlerin mutlu bir yuvanın devamı açısından çocuk sahibi olma hedefleri vardır. Bu amaca ulaşılması ve bu sürecin planlanmış olması gebenin psikososyal sağlığını yükselten bir durum olarak değerlendirilebilir.

Gebelerin GPSDÖ puan ortalamalarının sağlıkla ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.4'de yer almaktadır. Gebelerin sigara içme durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$). Çalışma bulguları ile benzer olarak Doğan (2018) yaptığı çalışmada riskli gebelerin zararlı alışkanlığa sahip olma durumlarına göre PKDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Lederman ve Weis (2009) tarafından yapılan çalışmada gebelerin sigara içme durumu ile PKDÖ'nün "Gebeliği Kabul Etme", "Annelik Rolünü Kabul Etme" ve "Eşi ile İlişkisi Durumu" alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu alt ölçeklerin puan ortalamaları sigara içen gebelerde daha yüksek bulunmuştur. Bir toplumda sigara kullanımının artması sigaradan kaynaklanan gebelik ile ilgili risklerin artmasına sebep olabilir. Gebelik ve gebelik sonrası dönemde sigara kullanımı fetus, yenidoğan ve çocukta önemli riskler oluşturmaktadır. Gebelikte sigara kullanımı veya havadaki sigara dumanına maruz kalmanın etkileri, fetüsün gelişimi, gebeliğin her dönemi, doğum, bebek sağlığı ve gelişimi üzerinde görülmektedir (Kılıçaslan 2008). Toplumumuzda gebelikte sigara kullanım oranının düşük olması sevindirici bir bulgudur. Yapılan çalışmada anlamlı fark olmamakla birlikte sigara kullanmayan gebelerin psikososyal sağlık düzeyinin daha iyi olduğu görülmektedir.

Gebenin aile bireyleri ve eşten aldığı sosyal destek anne bebek arasındaki bağlanmayı geliştirmede önemli bir yere sahiptir. (Mercer, 2004; Mermer ve ark. 2010). Yeterli sosyal destek alan gebeler, gebelikte meydana gelen olumsuzluklara ve risklere daha kolay adapte olmaktadır (Okanlı ve ark. 2003). Çalışmada gebelerin gebelikte destek alma durumu ile GPSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>.05$). Çalışma bulgumuzun aksine Metin'in (2014) çalışmasında PBE ve Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği kullanmış, gebelerde sosyal destek arttıkça prenatal bağlanmanın

arttığını saptamıştır. Çalışma sonucunda anlamlılık çıkmamakla birlikte gebelik boyunca sosyal destek kaynakları özellikle riskli gebeliklerle baş etmede önemli faktördür.

Gebelerin GPSDÖ puanına bağımsız değişkenlerin etkisi Tablo 4.3.1’de yer verilmiştir. Gebelerin GPSDÖ puanına anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler en çok önemliden en az önemliye doğru; gelir algısı ($p<.001$), planlı gebelik olması ($p<.01$) ve evlilik süresi ($p<.05$) şeklinde bulunmuştur. Bağımsız değişkenlerden çoğul gebelik ve gebelikte BKİ’nin gebelerde GPSDÖ puanına etkisi sınırdadır bulunmuştur. Çalışmamızda gebelerin gelir algısı yükseldikçe, psikolojik sağlık değerlendirme puanı artmaktadır. Çalışma bulguları ile benzer olarak Demirbaş ve Kadioğlu (2014) çalışmasında yüksek veya iyi gelir durumuna sahip gebelerin gebeliğe ve anneliğe uyumun daha iyi olduğunu saptamışlardır ($p<0,05$). Riskli gebelik ile hastaneye yatış, gebeliğin beraberinde gelen masraflar, doğum sonrası dönemde bebek ile annenin yaşamının değişmesi gibi durumlar gelir durumunun gebeliğe uyumda etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda gebeliği planlı olan gebelerin psikolojik sağlık değerlendirme puanı artmaktadır. Çalışma bulguları ile benzer olarak Güler’in (2013) çalışmasında gebelerin %69.3’ünün gebeliği planladığı, %30.2’sinin planlamadığı bulunmuştur ve alt boyutları arasında yapılan analiz sonucunda gebeliğin planlanması ile tüm alt ölçekler ve PKDÖ ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Demirbaş ve Kadioğlu (2014) çalışmalarında gebeliği isteme/planlama durumu ile gebeliğe uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yılmaz ve Pasinoğlu (2014) çalışmalarında, gebeliği planlama ile gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulü arasında istatistiksel olarak fark saptamıştır ($p<0.05$). Çalışma bulguları ve literatürde ki araştırmalara dayanarak gebeliği planlamanın riskleri azalttığını ve kontrole gitme sıklığını arttırdığını dolayısı ile de bu durumun gebeliğe uyumu olumlu etkilediği söylenebilir.

Evlilik süresi beş yıldan fazla olan gebelerin psikolojik sağlık değerlendirme puanı, evlilik süresi beş yıl ve altında olanlara göre daha azdır. Çalışma bulguları ile benzer olarak Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş’ın (2011) çalışmalarındaki bulgulara dayanarak evlilik süresinin dolaylı yoldan gebeliğe uyumu etkilediği söylenebilir. Çalışma bulgularının aksine Demirbaş ve Kadioğlu (2014) çalışmalarında evlilik süresinin gebeliğe uyumunu etkilemediğini saptamıştır ($p>0.05$). Çalışma sonucu değerlendirildiğinde gelir düzeyi yüksek ve gebeliğini planlayan gebelerde psikososyal sağlığın pozitif yönde etkilendiği, evlilik süresi uzun, beden kitle indeksi yüksek ve çoğul gebeliği olanların psikososyal sağlık puanlarının negatif yönde

etkilendiği grlmŖtr. Bu sonuçlar doğrultusunda gebeliğin sosyal, psikolojik, ekonomik ve fiziksel açıdan güven içerisinde geçirilmesi gereken bir dönem olduğu söylenebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Gebelerin yaş ortalamasının 28.95 ± 5.90 , ailenin aylık gelir ortalamasının 2380.92 ± 1384.33 Türk lirası olduğu, evlenme yaş ortalamasının 21.22 ± 3.52 , evlilik süresi (yıl) ortalamasının 7.72 ± 6.16 olduğu,
- Gebelerin %60.5'inin okuryazar/ilköğretim mezunu olduğu, %89.2'sinin çalışmadığı, %68.6'sının aylık gelirini orta olarak algıladığı ve %83.0'ının çekirdek ailede yaşadığı,
- Gebelerin gebelik sayısı ortalamasının 2.88 ± 1.62 , gebelikte düzenli kontrole gitme durumunun ortalaması 6.60 ± 3.73 olduğu,
- Gebelerin %23.5'inin ilk gebeliği olduğu, %31.0'nun düşük öyküsü, %21.90'unun kürtaj öyküsü olduğu,
- Gebelerin %26.8'inin gebelikte BKI'nın normal düzeyde olduğu, %95.8'i gebelik kontrollerine düzenli gittiği, %70.6'sı planlı gebelik olduğu, %76.5'inin gebelikte destek aldığı,
- Gebelerin gebelikte hipertansiyon tanısı almalarına göre GPSDÖ puan ortalaması 3.86 ± 0.47 olduğu,
- Gebelerin %10.5'i gebelik öncesi sigara kullanırken, %5.9'unun gebelikte sigara kullandığı ve %71.9'una gebelikte preeklamsi tanısı aldığı,
- Gebelerin GPSDÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının 3.97 ± 0.43 olduğu belirlenmiştir. Trimesterlere göre GPSDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; birinci trimesterde GPSDÖ toplam puan ortalamasının 3.88 ± 0.35 , ikinci trimesterde 4.02 ± 0.44 , üçüncü trimesterde 3.92 ± 0.43 olduğu,
- Gebelerin GPSDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; gebelik ve eş ilişkisi alt boyutu puan ortalaması 4.08 ± 0.63 , kaygı ve stres alt boyutu puan ortalaması 4.69 ± 0.44 , psikososyal destek gereksinimi alt boyutu puan ortalaması 3.84 ± 0.70 , ailesel özellikler alt boyutu puan ortalaması 4.13 ± 0.80 , gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler alt boyutu puan ortalaması 3.92 ± 0.70 olduğu,
- Gelir durumu algısı orta/iyi olan, eşlerinin eğitim durumu lise ve üzeri olan gebelerin GPSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p < .05$),

- Gebelerin gebelik sayısı, çoğul gebelik durumları ile GPSDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<.05$), ilk gebeliği olan ve çoğul gebeliği olmayan gebelerin GPSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Gebelerin GPSDÖ puanına anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler en çok önemliden en az önemliye doğru; algılanan gelir durumu ($p<.001$), planlı gebelik olması ($p<.01$) ve evlilik süresi ($p<.05$) şeklinde olduğu, bağımsız değişkenlerden çoğul gebelik ve gebelikte BKİ'nin gebelerde GPSDÖ puanına etkisi sınırdaki olduğu bulunmuştur.



6.2. Öneriler

1. Sağlık çalışanlarına yönelik öneriler:

- Hemşire ve ebeler, gebelerde riskli durumları saptayarak, erken dönemde teşhis ve tedavi odaklı olmalı, kadına psikolojik destek vermeli, sağlık eğitimi ve danışmanlığı yapmalıdır.
- Gebelikteki olumsuz psikososyal reaksiyonlar önlenmeli, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri geliştirilmeli ve anne-çocuk sağlığına olumsuz etkileri azaltılmalıdır.
- Antenatal dönemde gebeliğe uyumu etkileyen faktörler belirlenip, doğum öncesi ve doğum sonrası döneme uyumu arttırmak için çalışmalar yapılmalı ve bu çalışmalar doğrultusunda hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesi sağlanmalıdır.
- Birinci, ikinci, üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin farkındalıkları artırılarak ve bilgilendirilerek gebeye verilecek hemşirelik bakımı ve uygulamalarında geleneksel uygulamaların yerini kanıt temelli uygulamaların alması sağlanmalıdır.
- Antepartum, intrapartum ve postpartum dönemde hipertansiyonun etkilerini önlemek, hemşirelerin konuya ilişkin duyarlılığını artırmak için hizmet içi eğitimlerin yapılması, kanıta dayalı rehberlerin kullanılması, risk grubundaki gebelerin izlenmesi ve bunun için kayıt sistemlerinin oluşturulması önerilmektedir.
- Gebe ve ailesi bir bütün olarak ele alınarak gebeliğe uyum sağlayabilmesi için bakım ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak, hipertansif gebelerde hemşirelik yaklaşımı olmalıdır.

2. Çalışma yapılan gruba yönelik öneriler:

- Kendi isteği ile gebe kalan kadınların gebeliğe daha uyumlu oldukları görülmüştür. Bu yüzden kadınlar aile planlaması yöntemleri ve olumlu sağlık davranışları geliştirme ile ilgili eğitimler alarak planlı gebeliklerin yaşanması amaçlanmalıdır.
- Gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde olumlu sağlık davranışları kazanmak için verilen eğitimlere katılarak uygulamaya geçirmeleri amaçlanmalıdır.

3. Çalışma yapacak kişilere yönelik öneriler

- Hipertansiyon tanısı alan gebelerin psikososyal sağlık düzeyini araştıran çalışmalar artırılmalıdır.
- Hipertansif gebelerle yapılan multidisipliner çalışmalar artırılmalıdır.

- Araştırmada hipertansiyon ile psikososyal sağlık arasında ilişki bulunamadı. Ancak literatürde hipertansiyonun psikososyal sağlığı etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Daha büyük bir örneklem sayısı ile araştırmanın tekrar yapılması önerilir.



KAYNAKLAR

- Akbař A, Vırt O, Kalenderođlu A, Savař H, Sertbař G. Gebelikte sosyo-demografik deđiřkenlerin kayđı ve depresyon dűzeyiyle iliřkisi. Nűropsikiyatri Arřivi. 2008; 45: 85-91.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin no.33. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol*, 2002; 99:159-167.
- Api O, Api M. Gebelik ve Hipertansiyon. *Tűrkiye Klinikleri J Endocrin- Special Topics*. 2013; 6(3).
- Ata KK, şahin NK. Gebelik ncesi Beden Kitle İndeksinin Perinatal ve Neonatal Sonuçlara Etkisi. İ.. Cerrahpařa Tıp Fakűltesi Kadın Hastalıkları ve Dođum AD, Sağlık Bakım Hizmetleri. 2015.
- Bektař E. Hastanemiz gebe polikliniğine başvuran gebelerde normal doğum ve tercihi ve nedenleri ile ilgili anket alışması. Uzmanlık Tezi Dr. Lűtfi Kırdar Kartal Eđitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliđi, İstanbul, 2008.
- Berg CJ, Callaghan WM, Swerson C. Pregnancy-related mortality in the United States, 1998 to 2006. *Obstet Gynecol*. 2010; 116(6):1302.
- Birol, Leman. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık. 2005.
- Bisetegn TA, Mihretie G, Muche T. Prevalence and predictors of depression among pregnant women in Debreabor Town, Northwest Ethiopia. *PLoS One*. 2016; 11(9): e0161108.
- Chaiworapongsa T, Robero R, Korzeniewski SJ. Maternal plasma concentrations of angiogenic/antiangiogenic factors in the third trimester of pregnancy to identify the patient at risk for stillbirth at or near term and severe late preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2013; 208(4):287.
- Chames MC, Livingston JC, Ivester TS. Late postpartum eclampsia: a preventable disease? *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186:1174.
- Conde-Agudelo A, Romero R, Roberts JM. Tests to predict preeclampsia. In Taylor RN, Roberts JM, Cunningham FG (eds): *Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy*, 4th ed. Amsterdam, Academic Press, 2014.

- Cunningham G, Bloom L, Leveno J, Spong Y, Dashe S, Hoffman L, Casey M, Sheffield S. Williams Obstetrics 2015. Twenty-fourth Edition. ISBN: 978-0-07-179863-8.
- Çulha G, Ocaktan E, Çöl M. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Hipertansiyon Araştırması. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010; 30(2): 639-649.
- Daş Z. Gebeliğin psikososyal ve kültürel boyutu. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Editör: Taşkın L. Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014, XII. Baskı, Ankara, ISBN 975-94661-0-4, p:217-225.
- Demers S, Bujold E, Arenas E. Prediction of recurrent preeclampsia using first-trimester uterine artery Doppler. Am J Perinatol. 2014; 31(2):99.
- Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014; 4(4): 200-206.
- Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, et al. Clinically Identified Maternal Depression Before, During, And After Pregnancies Ending In Live Births. Am J Psychiatry. 2007; 164: 1515-20.
- Doğan NG. Riskli Gebeliklerde Kadının Gebelik ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Türkiye, 2018.
- Doyurgan KT. Gebelik ve Gebelik Sonrası Dönemdeki Kadınların Uyum Düzeyleri. Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi 2009.
- Dugoff L, Cuckle H, Behrendt N. First-trimester prediction of preeclampsia using soluble P-selectin, follistatin-related protein 3, complement 3a, soluble TNF receptor type 1, PAPP-A, AFP, inhibin A, placental growth factor, urine artery Doppler and maternal characteristics. Abstract No 589, Am J Obstet Gynecol. 2013; 208 (1 Suppl):S252.
- Erdoğan S, Candansayar S. Obstetrik ve jinekolojinin yönleri. Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. Editör: Tıraş MB. Current Diagnosis and Treatment Serisi, De Cherney AH, Goodwin TM, Nathan L, Laufer N. Güneş Tıp Kitapevleri, 2010, 10. Baskı, Ankara, 187,193,1014-1024.

- Ersoy H, Sarı O, Aydoğan Ü, Akbulut H, Öngel K, Yenen MC, Sağlam K. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Hipertansiyon Sıklığı. Turk Nepli Dial Transpl 2011; 20(2):187-191.
- Fidan F. Tekli ve çoğul gebelik yaşayan kadınların, gebeliklerinin iki ve üçüncü trimesterinde depresyon, anksiyete ve benlik saygılarının karşılaştırılması . Beykent Üniversitesi. 2015.
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. Advance Nurs J 2004; 46: 212-9.
- Gözüyeşil Y. E, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008; 3(9):39-66.
- Güler A. Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Lisans Programı; 2013.
- Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan EY. Riskli olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlıklarının karşılaştırılması. HSP. 2014; 1(2):32-42.
- Kapan M, Yanikkerem E. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan gebelerin depresyon, yalnızlık ve şiddete maruz kalma durumları. TAF Prev Med Bull. 2016; 15(5): 431-439.
- Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. Midwifery 2009; 25:344-356.
- Karaçam Z, Şen E. Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012; 80-91.
- Kılıçaslan, S. Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi. 2008.
- Kılıç S, Uçar M, Temir P, Erten Ü, Şahin E, Karaca B, Yüksel S, Özkır F. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. Kor Hek. 2007;6: 91-7.
- Kleinrouweler CE, Wiegerinck MM, Ris-Stalpers C. Accuracy of circulating placental growth factor, vascular endothelial growth factor, soluble fms-like tyrosine kinase 1 and soluble endoglin in the prediction of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis 2014; BJOG 119(7):778.

- Kölgelier S, Demir Arslan H, Kataş B, Güler G. Gebelerde toxoplazma gondi seroprevalansı. *Dicle Tıp Dergisi*, 2009. Cilt 36, No:3 170-72.
- Kuc S, Wortelboer EJ, van Rijn BB. Evaluation of 7 serum biomarkers and uterine artery Doppler ultrasound for first-trimester prediction of preeclampsia: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2011; 66(4):225.
- Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2001; 23(2):4-61.
- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 487-490.
- Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, et al. Prevalence, Course, And Risk Factors For Antenatal Anxiety And Depression. *Obstet Gynecol*. 2007; 110: 1102-12.
- Lederman R, Weis K. Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development, 3 rd. Ed., New York, Springer Science Business Media. 2009;13-290.
- Leeman L. Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. *Am Fam Physician*. 2008; 78(1): 93-100.
- Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Sağlık araştırmalarında örneklem büyüklüğünün yeterliliği. *Çeviren: S. Oğuz Kayaalp*. 2000; p: 143.
- Lindheimer MD, Conrad K, Karumanchi SA: Renal physiology and disease in pregnancy. In Alpern RJ, Hebert SC (eds): *Seldin and Giebisch's The Kidney: Physiology and Pathophysiology*, 4th ed. New York, Elsevier. 2008a; p: 2339.
- Lindheimer MD, Taler SJ, Cunningham FG: Hypertension in pregnancy [Invited Am Soc Hypertension position paper]. *J Am Soc Hypertens*.2008b; 2:484.
- Magee LA, Helewa M, Moutquin JM et al. Prediction, prevention, and prognosis of preeclampsia. In: *Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy*. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008; 30(3): 16-23.
- Marakoğlu K, Şahsivar Ş. Gebelikte depresyon. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28:525-532.44.
- Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Women's Health (Larchmt)* 2003; 12:373-380.

- Matthey S. Assessing for psychosocial morbidity in pregnant women. *CMAJ* 2005; 173(3): 267-9.
- Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(3): 226–232.
- Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber I. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi (Journal Of Psychiatric Nursing)* 2010; 1(2):71-76
- Metin A. Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2014: 14-24.
- Mohamad Yusuff AS, Tang L, Binns CW, Lee AH. Prevalence of antenatal depressive symptoms among women in Sabah, Malaysia *J. Matern Fetal Neonatal Med.* 2016; 29(7): 1170-4.
- Mosimann B, Wagner M, Poon LC. Maternal serum cytokines at 30-33 weeks in the prediction of preeclampsia. *Prenar Diagn.* 2013; 33(9):823.
- Murray S.S, Mckinney E.S. Foundations Of Maternal-Newborn Nursing. In: *Psychosocial Adaptations To Pregnancy.* USA: Elsevier 4th Ed. 2006; p:150-171.
- Nalbantgil S, Nalbantgil İ: Gebelik ve hipertansiyon: Türkiye Klinikleri Kardiyoloji 2000; 13: 398-400.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. Hypertension in pregnancy, the management of hypertensive disorders during pregnancy. 2010.
- Navaratnam K, Alfirevic Z, Baker PN. A multi-centre phase Ila clinical study of predictive testing for preeclampsia: improved pregnancy outcomes via early detection (IMPROVED). *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2013; 13:226.
- Nemli S. Hipertansif gebeliklerde mevsimsel dağılım. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. 2014.
- Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009; 88: 807-13.

- Odibo AO, Rada CC, Cahill AG. First-trimester serum soluble fmslike tyrosine kinase-1, free vascular endothelial growth factor, placental growth factor and uterine artery Doppler in preeclampsia. *J Perinatol.* 2013; 33(9):670.
- Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2003; 4(2):98-105.
- Olsen RN, Woelkers D, Dunsmoor-Su R. Abnormal second-trimester serum analytes are more predictive of preterm eclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 207:228.
- Ozan YD, Ertuğrul M, Okumuş H. Preeklampsi tanılama, değerlendirme ve hemşirelik yönetimi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2012; 2:59-65.
- Özcan T, Akçay B, Seyis S: Gebelikte hipertansiyon ve antihipertansif tedavi. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci.* 2007; 19: 56-67.
- Özkan M, Kaçmaz N, Anuk D, İbrahimioğlu L. Yüksek Riskli Gebelerde Psikiyatrik Morbidite. *İstanbul Tıp Fakóltesi Mecmuası.* 2004;67(4):210-217.
- Pehlivanoğlu F. Riskli Gebelerde Gebeliğe Uyumun Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, 2015.
- Perez-Cuevas R, Fraser W, Reyes H. Critical pathways for the management of preeclampsia and severe preeclampsia in institutionalised health care settings. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2003; 3(6): 1471–2393.
- Peters RM, Flack JM Hypertensive disorders of pregnancy. *JOGNN.* 2004; 33(2): 209–20.
- Pişirgen T. Riskli gebeliklerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği, Eskişehir, 2011.
- Rana S, Hacker MR, Modest AM. Circulating angiogenic factors and risk of adverse maternal and perinatal outcomes in two pregnancies with suspected preeclampsia. *Hypertension.* 2012; 60(2):451.
- Rath W, Fischer T. The diagnosis and treatment of hypertensive disorders of pregnancy. *Dtsch Arztebl Int.* 2009; 106(45): 733–738.

Rwakarema M, Premjis S, Nyanza EC, Riziki P, Palacios-Derflinger L. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 2015; 15:68.

Sağkan O. Gebelik ve Hipertansiyon. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD. Samsun 1996.

Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. 2014.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017. Erişim Adresi: http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2017.pdf

Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. Ten years of confidential inquiries into maternal deaths in France, 1998-2007. *Obstet Gynecol*. 2013; 122(4):752.

Shawky S, Milaat W. Early teenage marriage and subsequent pregnancy outcome. *East Medit Health J*. 2000; 6: 46-54.

Stoll KH, Hall W. Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women: is there a connection *J. Perinat Educ*. 2012; 21(4): 229–237.

Silva RA, Jansen K, Mattos Souza DL, Moraes Silva IG, Tomasi E, Silva GD, Dias MS, Pinheiro RT. Depression during pregnancy in the Brazilian public health Care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010; 32(2): 139-44.

Simai B. Management of late preterm and early-term pregnancies complicated by mild gestational hypertension/pre-eclampsia. *Semin Peritanol*, 2011; 35(5):292-6.

Staff AC, Sibai BM, Cunningham FG. Prevention of preeclampsia and eclampsia. In: Taylor RN, Roberts JM, Cunningham FG. Eds: Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy. 2014. Amsterdam, Academic Press.

Stark MA. Relationship of Psychosocial Tasks of Pregnancy and Attentional Functioning in The Third Trimester. John Wiley & Sons, Inc. 2001; 24:194-202.

Şahsıvar M, Riskli gebeliklerde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.

S.Ü. Uzmanlık Tezi, Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, Konya, 2007.

Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. 2008; 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basım Yayıncılık. p:453-563.

- Takeda E, Kobayashi Y. The development of a maternal caregiving system: Based on changes in the attachment- caregiving balance scale up to 6-7 months postpartum. *J Jpn Acad Midwif* 2013; 27 (2): 237-246.
- Taşkın L. Gebelikte annenin fizyolojisi. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 2016; 13.Baskı. Ankara, ISBN 9759466104, p:247-255.
- Terzioğlu F. Doğum öncesi Bakım. *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Editör: Taşkın L. Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014, XII. Baskı, Ankara, ISBN 975-94661-0-4, p: 188.
- Townsend NS, Drummond SB. Preeclampsia pathophysiology and implications for care. *J. Perinat Neonat Nurs.* 2011; 25 (3): 245–252.
- Turner JA. Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. *Int J Womens Health.* 2010; 30 (2): 327–337.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: 2013.
- Türkmen S. Gebeliğin Son Trimesterinde Yaşanan Sağlık Sorunları ve Gebenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 2014.
- Uçar H. Gebelerin psiko-sosyal sağlık durumları ile annelik rolü arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Türkiye, 2014.
- Vırt O, Akbaş E, Savaş HA, Serbaş G, Kandemir H. Gebelikte Depresyon Ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2008; 45(1): 9-13.
- Yeşilçiçek Çalık, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2011; 3 (1): 142-162.
- Yıldız H. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2011; 4(1): 64-74.
- Yılmaz F, Pasinoğlu T. Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Gebeliğe Ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi.* 2014;1(1):14-24.
- Yılmaz S, Beji N.K. Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Dergisi.* 2010; 20(3):99-108.

Waldie KE, Peterson E, D'Souza S, Underwood LE, Pryor J, Carr PA, Grant C, Morton S.
Depression symptoms during pregnancy: evidence from growing up in New Zealand.
Journal of Affective Disorders. 2015; 186: 66-73.

Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Therapy* 2001; 30: 75-84.



8.EKLER

EK-A: GEBELERİN TANITICI BİLGİ FORMU

Gebelerde hipertansiyonun psikososyal sağlık durumu ile ilişkisini saptamak amacıyla yapılan bu tanıtıcı bilgi formunu içtenlikle doldurmanızı rica ediyorum. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğiniz ile ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasında önemli olduğunu hatırlatır vereceğiniz katkılar için teşekkür ederim.

Zülfiye Yıldırım

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:

2. Eğitim Durumunuz:

1.Okuryazar /İlköğretim() 2.Ortaöğretim () 3.Lise ()

4.Üniversite ve üzeri ()

3. Çalışma durumunuz:

1.Çalışıyor () 2.Çalışmıyor ()

4.Evlenme Yaşınız:

5.Evlilik Süreniz:

6. Eşinizin Yaşı:

7. Eşinizin Eğitim Durumu:

1.Okuryazar /İlköğretim() 2.Ortaöğretim () 3.Lise ()

4.Üniversite ve üzeri ()

8. Eşinizin Çalışma Durumu:

1.Çalışıyor () 2.Çalışmıyor ()

9. Ailenizin aylık gelir miktarı: TL

10. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz:

1.Düşük gelir () 2.Orta gelir () 3.İyi gelir ()

11. Aile tipiniz:

1.Çekirdek aile () 2.Geniş aile () 3.Diğer(yazınız)

12.Gebelik süresince ihtiyaç duyduğunuzda yardım/destek aldınız mı?

1.Evet () 2.Hayır () 14.soruya geçiniz.

13.Kimden destek aldınız?

1.Eş () 2.Anne () 3.Kayınvalide ()

4.Arkadaş () 5.Eş ve anne () 6.Diğer (.....)

14.Gebelik öncesinde yaşadığınız sağlık probleminiz var mı?

1.Evet (belirtiniz :.....) 2.Hayır ()

OBSTETRİK ÖZELLİKLER

15.Yaşama kapasitesine erişen kaç gebeliğiniz oldu?

1.İlk gebelik () 2.İki ve üzeri gebelik ()

16.Şu anki gebelik haftanız?:.....

17.Gebelik sayınız?:.....

18.Yaşayan çocuk sayınız?:.....

19.Düşük öykünüz var mı?

1.Var () 2.Yok ()

20.Kürtaj öykünüz var mı?

1.Var () 2.Yok ()

21.Önceki gebeliğinizde çoğul gebelik öykünüz var mı?

1.Var () 2.Yok ()

22.Önceki gebeliğinizde ölü doğum öykünüz var mı?

1.Var () 2.Yok ()

23. Gebelik kontrollerine düzenli gidiyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır ()

24. Şu ana kadar kaç kez kontrole gittiniz?

25. Gebelik planlı gebelik mi?

1. Evet () 2. Hayır ()

SAĞLIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

26. Gebelik öncesi sigara kullanımı var mı?

1. Var () 2. Yok ()

27. Gebelikte sigara kullanımı var mı?

1. Var () 2. Yok ()

28. Gebe kalmadan önceki kilonuz?kg

29. Şu an ki kilonuz?kg

30. Boy uzunluğunuz?cm

31. Şimdiki gebeliğinizde hipertansiyon tanısı aldınız mı?

1. Evet () 2. Hayır () 34. soruya geçiniz.

32. Şimdiki gebeliğinizde aldığınız tanı nedir?

1. Kronik hipertansiyon ()

2. Gestasyonel hipertansiyon ()

3. Preeklamsi ()

33. Önceki gebeliğinizde gebeliğe bağlı hipertansiyon öykünüz var mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

34. Ailenizde hipertansiyon öyküsü var mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

35. Ailede gebeliğe bağlı hipertansiyon öyküsü var mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

EK-B: GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GPSDÖ)

Bir bebeğe sahip olmak sizin ve ailenizin yaşamında genellikle önemli bir süreçtir ve bu süreç geçmişten bu güne kadar olan yaşamsal deneyimlerinizden ve şu anda var olan mevcut durumunuzdan etkilenecektir. Gebelik süreci ve buna bağlı değişikliklerden etkilenme düzeyi kadının kendi, eşi ya da ailesel faktörlerden dolayı bireysel farklılıklar gösterecektir.

Bu form gebe kadınların duygu ve düşüncelerini ifade edebilmelerine olanak sağlayarak içinde bulunduğu durumu ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıdaki soruları içinde bulunduğunuz bu süreçteki genel durumunuza, duygu, düşünce ve hissettiklerinize göre size en uygun olacak şekilde ve doğru olarak cevaplayınız. Yanıtlarınız gizli tutulacak olup, bilimsel amaçlı ve size destek sağlamak üzere sadece araştırmacı tarafından kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki maddeler “çok fazla” dan “hiç” ifadesine kadar derecelendirilmiştir. Lütfen her bir maddede sizin duygu, düşünce ve genel durumunuzu en iyi- en uygun olarak tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.					
	Çok Fazla	Fazla	Orta	Az	Hiç
1. Gebeliğinizin planlı/istenilen bir gebelik olduğuna ilişkin inancınız					
2. Gebe olduğunuzu öğrendiğinizdeki mutluluk düzeyiniz					
3. Gebeliğinize ilişkin şu andaki mutluluk düzeyiniz					
4. Gebeliğinizde yaşadığınız sorun/sıkıntılarınız					
5. Eşinizin gebeliğinizle ilgili mutluluk düzeyi					
6. Eşinizin gebeliğinizde size gösterdiği ilgi					
7. Ailelerinizin gebeliğinize yönelik davranışlarının sizi olumsuz etkilemesi					
8. Gebeliğinizde eşinizin sizi her yönden desteklediği/ destekleyeceği inancınız					
9. Gebeliğinizde duygusal destek ihtiyacınız					

10. Gebeliğinize yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
11. Anne olmaya yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
12. Gebeliğinize ya da anne olmanıza yönelik korku/panik duygusu					
13. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızdaki değişim düzeyi					
14. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızda yaptığınız değişikliklerden olumsuz etkilenme düzeyiniz					
15. Gebeliğinizde vücudunuzda oluşan değişikliklerin sizde yarattığı stres/kaygı düzeyi					
16. Doğumdan sonra bebeğinizin bakımında alabileceğiniz destek düzeyi					
17. Doğumdan sonra kendi bakım ve ihtiyaçlarınızda alabileceğiniz destek düzeyi					
18. Evlilik ilişkinizde kendinizi mutlu hissetme düzeyiniz					
19. Bebeğin doğumuyla birlikte evlilik ilişkinizin daha iyi olacağına inancınız					
20. Eşinizin size değer vermesi/ saygı göstermesi					
21. Evliliğinizin devamına ilişkin kaygı/korku düzeyiniz					
22. Eşinizden çekinme, korkma düzeyiniz					
23. Eşinizden fiziksel şiddet (itme, vurma vb.) görme					
24. Eşinizden sözel, psikolojik şiddet (aşağılama, hakaret, küçük düşürme vb.) görme					
25. Eşinizden cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki, zarar verme vb.) görme					

26. Eşinizin aile, akraba, arkadaş vb. ile görüşmelerinizi kısıtlaması					
27. Eşinizin sizi rahatsız eden/kaygılandırıcı zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, kumar vb.)					
28. Şu anda yaşamınızdaki stres, sıkıntı düzeyi					
29. Şu anda maddi/ekonomik sorun yaşama durumunuz					
30. Gebelik öncesi veya şu anda tedavi gerektirecek düzeyde yaşadığınız psikolojik (ruhsal) sorunlar					
31. Kendi ailenizle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
32. Eşinizin ailesiyle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
33. Aileniz tarafından sevdiğiniz inancı					
34. Eşiniz tarafında sevdiğiniz inancı					
35. Ailenizin size her konuda destek olduğu/olacağı düşüncesi					
36. Çocuğunuza iyi bir bakım verebilme kaygısı					
37. Çocuğunuza iyi bir gelecek sağlama kaygısı					
38. Eşinizin iyi bir baba (ilgili, sorumluluk sahibi vb.) olacağına yönelik kaygınız					
39. Doğumdan sonra sosyal yaşantınızın olumsuz etkileneceği endişesi					
40. Her şeyin kötü gittiği/gideceği düşüncesi (inancı)					
41. Nedenini bilemediğiniz sıkıntı, endişe, üzüntü, mutsuzluk hissi					
42. Gebeliğinizde rahat ve güvende olma hissiniz					

43. Gebeliğinizde sorunlarla baş etme yolu olarak (sigara, alkol vb.) madde kullanmanız					
44. Gebeliğiniz nedeniyle iş yaşamınızda olumsuz değişikliklerin (işinizi ya da işinizdeki statüyü kaybetme vb.) olduğuna/ olacağına ilişkin endişeniz					
45. Eşinizin iş değiştirme, bırakma ya da iş kaybı yaşamasına yönelik endişeniz					
46. Gebeliğiniz nedeniyle sosyal yaşamınızın (arkadaşlık, eğlence, gezi, tatil vb.)olumsuz etkileneceği/ etkilendiği inancınız					

**EK-C: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İLAÇ
VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:68

Toplantı Tarihi: 11.05.2018

Karar Sayısı:2018/1331:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Kamile ALTUNTUĞ' un "Gebelerde Hipertansiyon Sıklığı Psikososyal Sağlık" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 27.04.2018 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Zülfiye KARAKUŞ' un yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Kamile ALTUNTUĞ' un sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Kamile ALTUNTUĞ

Yardımcı Araştırmacı: Zülfiye KARAKUŞ

ASLI GİBİDİR
11.05.2018

Prof. Dr. Ayşe S. ŞAHİN

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkan Yardımcısı

**EK-D: SAĞLIK BAKANLIĞI ÜNİVERSİTESİ KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ KURUM İZİNİ**



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

S.B. Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 48929119/ 774

07.06.2018

Konu : Haziran Ayı TUEK Toplantısı

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)

NEÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı' nda Dr. Öğretim Üyesi Kamile ALTUNTUĞ' un proje sorumlusu olduğu, "Gebelerde Hipertansiyon Sıklığı ve Psikososyal Sağlık" başlıklı hastanemizden Hemşire Zülfiye KARAKUŞ' un yüksek lisans tez çalışmasının hastanemiz de yapılmasının uygun olduğuna (07.06.2018 tarih ve 16-08 nolu karar gereği) oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Mehmet Ali ERYILMAZ
Hastane Başhekimisi

Adres: Hacı Şaban Mah. Yeni Meram Cd. No:97 Meram/KONYA . Eğitim Ar-Ge Birimi. Hemşire: Meral TAŞKIN Telefon:03323236709-13/1815 Faks:03323236723 eposta:konyaeah.egitim@saglik.gov.tr

EK-E: GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ

Sayın Hatice YILDIZ Hocam,

Ben Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezim olarak "Gebelik Hipertansiyonu tanısı alan gebelerde Psikososyal Sağlık Durumu: Karşılaştırmalı Çalışma" adlı konuyu planlamaktayım.Araştırmamda sizin geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği" ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.Şimdiden teşekkür ediyorum.İyi çalışmalar.

Hemşire Zülfiye KARAKUŞ
Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı

Sayın Zülfiye Karakuş,

Geliştirmiş olduğum "Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği" ni YL tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve değerlendirmesi ektedir. Ölçeğe ilişkin herhangi bir sorunuz olduğunda danışabilirsiniz.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

--

Assoc. Prof. Hatice YILDIZ
Marmara University, Faculty of Health sciences,
Nursing Department, Division of Obstetrics and
Gynecology Nursing
Istanbul – Turkey

9.ÖZGEÇMİŞ

08.10.1993 yılında Konya Selçuklu 'da doğdu. İlköğretimi Ahmet Haşhaş İlkokulu'nda ve liseyi Erbil Kuru Anadolu Lisesi'nde tamamladı. 2011 yılında Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ne başladı ve 2015 yılında mezun oldu. Ağustos 2015'te Konya Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde göreve başladı ve kadın doğum servisinde hemşire olarak çalışmaktadır.

İletişim Bilgileri

e-mail: zuluf93@gmail.com

tel: 05438103930

