



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**GEBELİK DÖNEMİNDE PREEKLAMPSİ TANISI ALAN  
KADINLARIN RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ:  
HASTANE TABANLI ARAŞTIRMA**

Rukiye DURSUN ALTIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN

İKİNCİ DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi İlknur Münevver GÖNENÇ

KARABÜK

2019

## TEZ ONAYI

**Rukiye DURSUN ALTIN**'ın hazırladığı “**Gebelik Döneminde Preeklampsi Tanısı Alan Kadınların Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Hastane Tabanlı Araştırma**” adlı bu çalışma 27/06/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından **EBELİK ANABİLİM DALI**'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı Adı SOYADI

**Tez Danışmanı** .....

Ünvanı Adı SOYADI

**Üye** .....

Ünvanı Adı SOYADI

**Üye** .....

Ünvanı Adı SOYADI

**Üye** .....

Ünvanı Adı SOYADI

**Üye** .....

Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN

**Enstitü Müdürü V.**

## BEYAN FORMU

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Rukiye DURSUN ALTIN

27/06/2019

## TEŞEKKÜR

Her zaman örnek aldığım, bana ilham veren değerli Hocam Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN'a,

Bana tezim süresince destek olan, mesleki açıdan örnek aldığım değerli Hocam Dr. Öğr. Üyesi İlknur M. GÖNENÇ'e,

Gelişmemi sağlayan tüm hocalarıma, ebe, hemşire arkadaşlarıma, araştırmaya katılan tüm kadınlara ve tez başvurumda yardımcı olan Sn. Selçuk KESKİN'e,

Yüksek lisans döneminde desteğini ve yardımını gördüğüm sevgili meslektaşlarım Meral GÖKTAŞ'a, Sebahat HÜSEYİNOĞLU'na, Ayşe AYDIN OKUŞ'a, Nezide TOPUZ'a, Huriye KAAN GÜVEN'e, Nilüfer ERCAN GÖKAY'a, Hülya GÜNER'e, Fatma DEMİR'e, Elif BİLGE'ye ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Gönül TOZLU'ya,

Hem öğrenciliğimizi hem de mesleğimizi birlikte geçirdiğimiz ve feyz aldığım değerli arkadaşım ve değerli Hocam Doç. Dr. Songül AKTAŞ'a,

Hiçbir zaman desteklerini ve dualarını esirgemeyen canım annem Sn. Hatice DURSUN'na, canım babam Sn. Ramazan DURSUN'na ve sevgili kardeşlerim Gülsüm, Abdullah, Seyfullah, Feyzullah, Nurcan, Gülcan ve Betül ve yeğenlerime, Beni destekleyip sürekli yanımda olan sevgili eşim Ahmet ALTIN'a ve varlığıyla hayatıma anlam, değer, huzur ve annelik katan biricik oğlum Süleyman Selim'e

İçtenlikle ve saygıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Rukiye DURSUN ALTIN

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY FORMU.....	ii
BEYAN FORMU.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Gebelikle İlişkili Hipertansif Bozuklukların Tanımı ve Sınıflandırılması.....	5
2.2. Preeklampsi.....	7
2.2.1. Preeklampsinin Etyolojisi.....	10
2.2.2. Preeklampsinin Patofizyolojisi.....	10
2.2.3. Preeklampsinin Risk Faktörleri.....	15
2.2.3.1.Sosyodemografik ve Obstetrik Risk Faktörleri.....	15
2.2.3.2.Davranışsal ve Çevreye Ait Risk Faktörleri.....	15
2.2.3.3.Maternal Hastalıklar.....	17
2.2.3.4.Preeklampsi Risk Faktörü Olarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	18
2.2.4. Preeklampside Tanı Kriterleri.....	20
2.2.5. Preeklampside Yönetim.....	21
2.2.6. Preeklampsinin Önlenmesi, Erken Tanınması ve Yönetiminde Ebenin Rolü.....	23

<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>27</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Tarihi ve Yeri.....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	29
3.5. Veri Toplama Araçları.....	29
3.6. Verilerin Toplanması.....	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar.....	32
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>33</b>
4.1.Sosyo-Demografik ve Obstetrik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	33
4.2.Davranışsal Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	39
4.3.Maternal Hastalıklar ve Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	42
4.4.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	46
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>49</b>
5.1.Sosyo-Demografik ve Obstetrik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	50
5.2. Davranışsal Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	55
5.3.Maternal Hastalıklar ve Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	56
5.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>62</b>

<b>6.1.Sonuç.....</b>	<b>62</b>
<b>6.1.1.Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Davranışsal Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar.....</b>	<b>62</b>
<b>6.1.2.Maternal Hastalıklar ve Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar.....</b>	<b>63</b>
<b>6.1.3.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar.....</b>	<b>64</b>
<b>6.2. Öneriler.....</b>	<b>65</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>66</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>73</b>
<b>EK.1. Preeklampsi Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Anket Formu.....</b>	<b>73</b>
<b>EK.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....</b>	<b>76</b>
<b>EK.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Yazar İzni.....</b>	<b>78</b>
<b>EK.4. Etik Kurul Onayı.....</b>	<b>79</b>
<b>EK.5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....</b>	<b>81</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>83</b>

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa

<b>Tablo 1.</b> Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Sosyo-Demografik Risklerin Karşılaştırılması.....	34
<b>Tablo 2.</b> Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Obstetrik Risklerin Karşılaştırılması.....	36
<b>Tablo 3.</b> Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Gebelikten Önceki BKİ'nin Karşılaştırılması.....	37
<b>Tablo 4.</b> Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Son Gebeliğe Ait Verilerin Karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 5.</b> Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Davranışsal Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 6.</b> Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Maternal Hastalıklar ve Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıkların Karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 7.</b> Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Kendisi ve Akrabalarına Ait Preeklampsi Öyküsünün Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 8.</b> Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Kadınlarda ve Ailelerinde Görülen Kronik Hastalıklar ile İlgili Dağılımlar.....	45
<b>Tablo 9.</b> Ölçek ve Alt Boyutların Puan Ortalamalarına Göre Kontrol Grubu ile Vaka Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	47



## EKLER DİZİNİ

### Sayfa

<b>EK.1</b> Preeklampsi Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Anket Formu.....	73
<b>EK.2</b> Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	76
<b>EK.3</b> Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Yazar İzni.....	78
<b>EK.4</b> Etik Kurul Onayı.....	79
<b>EK.6</b> Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	81

## KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	The American Congress of Obstetricians and Gynecologists)
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
ALT	Alenin Aminotransferaz
AST	Aspartat Aminotransferaz
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DIC	Dissemine İnvasküler Koagülasyon (Yaygın Damar İçi Pıhtılaşma)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HELLP	Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet
HÜNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
İUGG	İntra Uterin Gelişme Geriliği
M <sub>g</sub> SO <sub>4</sub>	Magnezyum Sülfat
mm/Hg	Milimetre Civa Basıncı
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PRECOG	The Pre-eclampsia Community Guideline
RIA	Rahim İçi Araç
SYBDÖ-II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
USG	Ultrasonografi

## ÖZET

### **Gebelik Döneminde Preeklampsi Tanısı Alan Kadınların Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Hastane Tabanlı Araştırma**

Bu araştırma gebelerde preeklampsi gelişimini etkileyen risk faktörlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmış bir çalışmadır. Araştırmanın verileri 01 Ağustos 2017–30 Nisan 2019 tarihleri arasında Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde toplanmıştır. Araştırmada gebeliğinde preeklampsi tanısı alan ve doğum sonrası 1. gün içinde olan 150 kadın preeklampsi tanısı almış grubu oluşturmuştur. Gebeliğinde preeklampsi tanısı almamış olan ve doğum sonrası 1. günde olan 150 lohusa preeklampsi tanısı almamış grubu oluşturmuştur. Veriler etik kurul onayı ve izinler alındıktan sonra, araştırmacı tarafından oluşturulan “Preeklampsi Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Anket Formu” ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımları, bağımsız örneklem t testi, ki-kare testi, fisher’s kesin (exact) ki-kare testi, freeman-halton fisher’s kesin (exact) ki-kare testi kullanıldı. Tüm analizler için  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Preeklampsi tanısı almış kadınlar ile preeklampsi tanısı almamış kadınlar arasında ileri yaş, kadının ve eşinin eğitim durumu, gebelikten önceki BKİ, gebelik sayısı, infertilite tedavisi almış olma, gebelik izleminde kan basıncı ölçülmesi, gebelikte düşük tehdidi yaşama, uyku süresi, horlama, uykudan dinlenmiş kalkma, birinci derece akrabasında preeklampsi öyküsü, eşinin annesinde preeklampsi öyküsü, kadında gebelikten önce ve gebelikte tiroit hastalığı varlığı, gebelikte diyabet varlığı, kadının annesinde kalp/damar hastalığı, hipertansiyon ve diyabet varlığı ve kadının babasında hipertansiyon varlığı ile ilgili verilerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin puan ortalaması açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Preeklampsinin erken tanılanması, risk faktörlerinin belirlenerek uygun eğitim ve danışmanlık verilmesi, maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditenin azaltılmasında önemlidir. Bu çalışmanın

sonuçları preeklampsinin risk faktörlerinin belirlenmesi açısından önemlidir. Kadınların gebelikten önce ve gebeliğın ilk kontrolünden başlamak üzere her izlemde preeklampsi risk faktörleri açısından ebeler tarafından değerlendirilmeleri ve bu konuda eğitilmeleri önerilebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Preeklampsi, preeklampsi risk faktörleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ebelik



## **ABSTRACT**

### **Determination of Risk Factors of Preeclampsia in Pregnancy: A Hospital Based Research**

This study is a descriptive study to determine the risk factors affecting the development of preeclampsia in pregnant women. The data of the study was performed between 01 August 2017-30 April 2019 in Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Women Health Training and Research Hospital. In the study, 150 women who were diagnosed with preeclampsia during pregnancy and who were in the first day after birth constituted the group diagnosed with preeclampsia. The group consisted of 150 puerperant women who were not diagnosed with preeclampsia during pregnancy and who were not diagnosed with preeclampsia on the first postnatal day. After obtaining the approval of the ethics committee and the institution, the data were collected by face to face interview method using “Questionnaire for Determining Preeclampsia Risk Factors” and Healthy Lifestyle Behavior Scale II. Frequency distributions, independent samples t test, chi-square test, fisher’s exact chi-square test, freeman-halton fisher’s exact chi-square test were used in the evaluation of the data. For all analyzes,  $p < 0.05$  was considered statically significant. Advanced age, educational status of the woman and her husband, BMI before pregnancy, number of pregnancies, having received infertility treatment, measurement of blood pressure in pregnancy follow-up, abortus imminens, sleep time, snoring, resting from sleep, Preeclampsia history of first degree relatives, Preeclamsia history of spouse’s mother, presence of thyroid disease before pregnancy and during pregnancy, presence of diabetes during pregnancy, cardiovascular disease in woman’s mother, presence of hypertension and diabetes and presence of hypertension in woman’s father ( $p < 0.05$ ). No statistically significant difference was found between the two groups in terms of the mean score of healthy lifestyle behaviors scale. Early diagnosis of preeclampsia, determining risk factors and providing appropriate training and counseling are important in reducing maternal, fetal and neonatal mortality and morbidity. The results of this study are important to determine the risk

factors of preeclampsia. It may be suggested that midwives should evaluate and educate women about preeclampsia risk factors before pregnancy and at every follow-up starting from the first control of pregnancy.

**Keywords:** Preeclampsia, preeclampsia risk factors, healthy lifestyle behaviors, midwifery



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Gebelik, fizyolojik değişimlerin yaşandığı doğal bir süreç olmanın yanında gebe ve fetus için bazı riskli durumları da beraberinde getirmektedir. Bu süreçte yapılacak olan takip ve bakım hem annenin hem de bebeğin sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde önemlidir. Temel görevlerinden biri gebelik takibi ve bakımı olan ebelik hizmetleri, gebelikte görülebilecek riskli durumların erken dönemde tanılanmasını sağlayarak maternal, perinatal morbidite ve mortalitenin azaltılmasına katkı sağlayabilmektedir (Şirin ve Kavlak 2008, Coşkun 2012). Kadın vücudu gebelikte meydana gelen değişimlere adaptasyon sağlasa da her gebelik potansiyel bir risk oluşturmaktadır. Bunun nedeni gebelikte sağlık ve hastalık arasındaki dengenin hassaslaşmasıdır (Coşkun 2012, Aydemir ve Hazar 2014).

Gebelikte en fazla gelişen riskli durumlardan biri hipertansiyondur ve %5-10 sıklığında görülmektedir (Purut 2018). Hipertansiyonun gebelikte görülmesi anne ve fütüste morbiditeyi ve mortaliteyi artırmaktadır. Gebelikte hipertansiyon belirlenen hastaların yaklaşık %70'ine gestasyonel hipertansiyon/preeklampsi tanısı konulmaktadır (Ghulmiyyah and Sibai 2014). Gebelikte hipertansiyon; gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi/eklampsi, kronik hipertansiyon ve süperimpoze preeklampsi şeklinde sınıflandırılmaktadır (Kavak, Çelik ve Çelik 2012, Ghulmiyyah and Sibai 2014). Preeklampsi postpartum dönemde de saptanmaktadır (Al-Safi et al 2011, Brichant and Bonhomme 2014).

Preeklampsinin gebelikte görülme sıklığı %4-5 olup gebelikte en sık görülen hipertansif bozukluktur (Purut 2018). Ayrıca anne, fetus ve yenidoğanda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (Magee et al 2014). Preeklampsinin insidansı tüm dünyada artış göstermektedir. Preeklampsi tedavisinde ilerlemeler sağlanmış

olmasına rağmen, mevcut kanıtlar henüz preeklampsiyi güvenilir şekilde öngörebilmek için uygun biyokimyasal veya tanısal görüntüleme belirteçleri sunmamaktadır (Folk 2018). Preeklampsi yönetiminde, risk gruplarının erken dönemde tanılanması önemlidir. Erken tanı, çoklu organ hasarlarının önlenmesi yoluyla maternal morbidite ve mortalitenin azaltılmasına, dolayısıyla perinatal sonuçların iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Ozan, Ertuğrul ve Okumuş 2012, Magee et. al 2014). Özellikle erken başlangıçlı preeklampsi gelişme riski olan gebelerin erken tespiti, ağır hastalık riskini azaltmak için daha yakın gözetim veya önleyici uygulamalara fırsat sağlamaktadır. Tanısı geciken preeklampsi gebelerin, erken tanı alarak tedavi edilen vakalara göre daha fazla olumsuz sonuçları vardır (Folk 2018). Risk faktörlerini değerlendirmek için iyi bir anamnez alınması günümüzde en uygun ve tek önerilen yaklaşımdır (ACOG 2015). Preeklampsi yönetiminde temel yaklaşımlardan biri, gebelikte koruyucu önlemler aracılığıyla gelişimini önlemeye çalışmaktır. Preeklampsiyi önlemek için gebe kadınlara egzersiz ve diyet gibi yaşam tarzı değişiklikleri konusunda danışmanlık yapılması önerilmektedir. Gebelikte sağlığın geliştirilmesine yönelik önlemler preeklampsi açısından oldukça önemlidir (Folk 2018).

Sağlığın geliştirilmesi, insanların bireysel sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırarak sorumluluk almalarını sağlama sürecidir. Sağlık davranışları ise, asıl veya algılanan sağlık durumundan bağımsız şekilde sağlığı teşvik etmek, korumak veya sürdürmek amacıyla, sadece bu amaç için etkili olup olmadığına bakılmaksızın, birey tarafından gerçekleştirilen herhangi bir faaliyet şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin gerçekleştirdiği her davranış ve faaliyetin sağlık durumu üzerinde etkili olduğu öne sürülmektedir (Sağlığı Geliştirilmesi ve Teşviki Sözlüğü DSÖ 1998 Çeviri: T.C Sağlık Bakanlığı 2011). Bireyin yaşam biçiminin değiştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi, teşviki, hastalıklardan korunma ve sağlığın sürdürülmesi açısından önemlidir (Esin 1997, İlhan, Batmaz ve Akhan 2010).

Sağlıklı yaşam davranışları hastalıklara karşı önlem alınmasında, erken tanı ve tedavinin sağlanmasında sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde temel bileşendir. Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen riskli eylemler de dahil olmak üzere tüm davranışların ve günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi olarak



tanımlanabilir (Walker, Sechrist and Pender 1987, Esin 1997, İlhan, Batmaz ve Akhan 2010, Şen 2011). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tüm ölümlere etkisinin incelendiği bir meta-analizde (21 çalışma n=531.804) ölümlerin sağlıklı yaşam faktörü ile orantılı olarak azaldığı bildirilmiş ve sağlıklı yaşam tarzına bağlılık, düşük ölüm riskiyle ilişkilendirilmiştir (Loef and Walach 2012).

Bu bağlamda gebelerin kendi sağlık sorumluluğunu almaları için teşvik edilmesi, anne ve bebek ölüm oranlarının azaltılması üzerinde etkili olabilecektir. Çünkü anne ölümüne sebep olan bazı durumlar önlenabilir faktörler sebebiyle oluşmaktadır (Elveren 2008, Yılmaz 2018). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sağlayabilen gebeler antenatal ve postpartum süreçte kendilerini ve bebeklerini pek çok riskten koruyabilmektedir (Sözeri vd. 2006, Yılmaz 2018).

Ebeler, doğum öncesi izlemde sorumlu olmaları sebebiyle gebelere sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasında danışmanlık sağlayabilecek sağlık profesyonelleridir (Sözeri vd. 2006). Bu nedenle ebelerin preeklampsi gelişimini önleyici yaşam tarzı konusunda eğitim ve danışmanlık vermesi, tüm gebelere preeklampsi açısından ayrıntılı bir anamnez ile tarama yapması oldukça önemlidir (Folk, 2018).

Bu perspektiften hareketle gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından değerlendirilip, eğitim verilerek danışmanlık yapılması ve preeklampsi riski taşıyan gebelerin erken dönemde belirlenebilmesi için ebelere rehber olabilecek araştırmalara gereksinim vardır. Literatürde preeklampsi risk faktörlerinin çalışmalarda ayrı ayrı incelendiği ve ülkemizde preeklampsi gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından değerlendirildiği çalışma bulunmaması sebebiyle bu çalışmanın literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, kadınlarda preeklampsi gelişimini etkileyen risk faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma sonucunda preeklampsi tanısı ile

hastaneye yatan kadınlarda sosyo-demografik, davranışsal ve obstetrik risk faktörlerinin belirlenmesi hedeflenmektedir.

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

1. Preeklampsi tanısı alan kadınların sosyo-demografik özellikleri preeklampsi tanısı almamış olan kadınlardan farklı mıdır?
2. Preeklampsi tanısı alan kadınların obstetrik özellikleri preeklampsi tanısı almamış olan kadınlardan farklı mıdır?
3. Preeklampsi tanısı alan kadınların davranışsal özellikleri preeklampsi tanısı almamış olan kadınlardan farklı mıdır?
4. Preeklampsi tanısı alan kadınların maternal hastalık ve gebelikte sık görülen rahatsızlık durumu preeklampsi tanısı almamış olan kadınlardan farklı mıdır?
5. Preeklampsi tanısı alan kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması ve ölçek alt boyutlarının puan ortalaması preeklampsi tanısı almamış olan kadınlardan farklı mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gebelikle İlişkili Hipertansif Bozuklukların Tanımı ve Sınıflandırılması

Gebelikle ilgili hipertansif bozukluklar dört ana başlık ile tanımlanmaktadır. Bunlar; preeklampsi/eklampsi, kronik hipertansiyon, süperempoze preeklampsi ve gestasyonel hipertansiyondur (Kavak, Çelik ve Çelik 2012, Ghulmiyyah and Sibai 2014).

#### **Preeklampsi/Eklampsi/HELLP**

Preeklampsi, gebelikten önce ve gebeliğin 20. haftasına kadar normotansif olan bir gebede, ilk olarak gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyon ve proteinüri olarak tanımlanmaktadır (Ghulmiyyah and Sibai 2014). İlerleyen kısımlarda detaylı olarak ele alınacaktır.

#### *Eklampsi*

Preeklampsi tanısı almış bir kadında nöbete sebep olabilecek herhangi bir nörolojik durumun olmaması halinde grand mal tipi nöbetlerin görülmesi olarak tanımlanmaktadır (Cunningham and Leveno 2010, ACOG 2013, Ghulmiyyah and Sibai 2014). Eklamptik gebelik geçiren kadınlarda sonraki yıllarda bilişsel fonksiyonlarda azalma gelişebilmektedir (Purut 2018).

#### *HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets-Hemoliz, Karaciğer Enzimlerinde Yükselme, Düşük Trombosit Sayısı) Sendromu*

Hipertansiyon, merkezi sinir sistemi veya böbrek fonksiyon bozukluğu yerine hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri ve trombositopeninin, baskın olduğu ciddi özelliklere sahip bir preeklampsi alt tipini temsil etmektedir. (Ghulmiyyah and Sibai 2014, ACOG 2013, Cunningham and Leveno 2010). Hastaların %82-88'inde

hipertansiyon ve/veya %86-100'sında proteinüri bulunduğu belirtilse de hipertansiyon ve/veya proteinüri bulunmayan hastalar da olabilmektedir. Hastaların bir kısmında eş zamanlı hipertansiyon veya proteinüri bulunmamasından dolayı, bazı uzmanlar tarafından HELLP sendromunun preeklampsiden ayrı bir bozukluk olduğu öne sürülmektedir (August, Sibai, Lockwood and Barss 2019).

HELLP sendromunda maternal ölüm riski %1'dir. Maternal morbidite oranları, %8 pulmoner ödem, %3 akut böbrek yetmezliği, %15 dissemine intravasküler koagülopati, %9 dekolman plasenta, %1 karaciğer hemorajisi ve yetmezliği, %1'den az kısmı ise erişkin respiratuvar distres sendromu, sepsis ve inme ile ilişkilidir. HELLP sendromlu gebelerin yaklaşık %90'ı epigastrik veya sağ üst kadranda ağrısı belirtisi ile kliniğe başvurur. Bu gebelerin yaklaşık yarısında bulantı veya kusma görülür. Diğerlerinde viral sendroma benzer semptomlar gözlenir. Hipertansiyon ve proteinüri olmayabilir veya hafif görülebilir. Bu nedenle bu belirtilerden herhangi birine sahip gebelerde tanıyı dışlayabilmek için mutlaka tam kan, trombosit sayısı ve karaciğer enzimlerine bakılması önerilmektedir. Tedavi doğum veya gebeliğin sonlandırılmasıdır. Gestasyonel haftası 34'ün altında olan, asemptomatik ve fetal durumu iyi olan gebelerde, doğum 24-48 saat kortikosteroid uygulaması için geciktirilebilir. Bu süreçte gebenin ve fetüsün yakından değerlendirilmesi gerekmektedir. Doğumdan sonra vital bulgular, aldığı-çıkardığı sıvı miktarı, laboratuvar değerleri en az 48 saat yakın izlenmelidir. En az 48 saat intravenöz magnezyum sülfat profilaksisi yapılmalıdır (Queenan, Spong and Lockwood 2014).

### **Kronik Hipertansiyon**

Gebelikte kronik hipertansiyon, gebelikten önce veya gebeliğin 20. haftasından önce, sistolik kan basıncının  $\geq 140$  mmHg ve/veya diastolik kan basıncının  $\geq 90$  mmHg olması ya da hipertansiyonun postpartum 12. haftadan daha uzun sürmesi olarak tanımlanır. Gebelerde bu süreçte primer bir hipertansiyon gelişebileceği gibi başka bir medikal probleme bağlı sekonder bir hipertansiyon da gelişebilir (Cunningham and Leveno 2010, Ghulmiyyah and Sibai 2014, August, Sibai, Lockwood, and Barss 2019).

## **Süperempoze Preeklampsi**

Kronik hipertansiyonu olan bir kadında, gebeliğin 20. haftasından sonra yeni başlayan proteinüri ve/veya multi organ hasarı olarak tanımlanmaktadır. Gebelik öncesinde veya gebeliğin erken döneminde proteinürisi olan hastalarda süperempoze preeklampsi, gebeliğin ikinci yarısında hipertansiyonun kötüleşmesi veya özellikle akut olarak dirençli hipertansiyon olması ya da hastalığın ağır formunun belirti ve bulgularının gelişmesi olarak tanımlanmaktadır (Cunningham and Leveno 2010, Ghulmiyyah and Sibai 2014).

## **Gestasyonel Hipertansiyon**

Gebelik hipertansiyonu, proteinüri ya da preeklampsi ile ilişkili diğer organ disfonksiyonu belirtileri olmadan 20. gebelik haftasından sonra hipertansiyon (sistolik  $\geq 140$  ve/veya diastolik  $\geq 90$ ) gelişmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Gestasyonel hipertansiyonu olan gebelerde proteinüri gelişmesi tanıyı preeklampsiye yükseltmektedir. Gestasyonel hipertansiyon, gebeliğin geçici hipertansiyonu olarak da adlandırılmakta ve postpartum 12. haftada düzelmesi beklenmektedir. Eğer bu süreçte düzelmezse, gebeliğin erken döneminde kan basıncında meydana gelen fizyolojik düşüşün kronik hipertansif durumunu gizlediği düşünülmeli ve hasta tanı açısından tekrar değerlendirilmelidir (Cunningham and Leveno 2010, Ghulmiyyah and Sibai 2014, August, Sibai, Lockwood, and Barss 2019).

## **2.2. Preeklampsi**

İlk olarak gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyon ve proteinüri veya yaşamsal organ disfonksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Preeklampsi, vazospazm ve endotelyal aktivasyona sekonder organ perfüzyonu ile ilgili vücudun tüm organlarını ve sistemlerini etkileyen insan gebeliğine özgü bir sendromdur (August, Sibai, Lockwood and Barss 2019). Kelime anlamına bakıldığında eklampsinin öncesi veya öncüsü olarak ifade edilmektedir (Arslan 2018). Gestasyonel hipertansiyona (sistolik kan basıncı  $\geq 140$  ve/veya diastolik kan basıncı

$\geq 90$ ) ek olarak gelişen proteinüri ve 24 saatlik idrarda 300 mg veya fazla konsantrasyonda protein ölçümü ile tespit edilmektedir. Fakat proteinürinin olmadığı durumlarda da preeklampsisi tanısı konulabilmektedir. Proteinüri olmadan gelişen gestasyonel hipertansiyon, serebral belirtiler, epigastrik veya sağ üst kadran ağrısı, bulantı veya kusma, trombositopeni veya anormal karaciğer enzim değerleri ile ilişkiliyse preeklampsisi olarak değerlendirilmektedir (Magee, Pels, Helewa, Rey and Dadelszen 2014, Ghulmiyyah and Sibai 2014).

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji (American Collage of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) 2013 yılında preeklampsisi tanısı için proteinüriyi temel bir kriter olmaktan çıkararak, hipertansiyon ve yaşamsal organlarda fonksiyon bozukluğu belirtilerinin tanı için yeterli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, masif proteinürinin (24 saatlik idrarda 5 gr. ve üzeri protein) ve fetal büyüme kısıtlamasının tanı kriterlerinden kaldırıldığını bildirmiştir. Masif proteinürinin hastalık sonuçlarıyla ilişkili bulunmaması tanı kriterlerinde bu yenilemeye neden olmuştur. Ayrıca fetal büyüme kısıtlamasının yönetiminin preeklampsisi tanısı olsun veya olmasın benzer şekilde olduğu belirtilmiştir. ACOG (2013) önerilerine göre oligüri de ağır preeklampsinin bir özelliği olmaktan çıkarılmıştır (ACOG 2013, August, Sibai, Lockwood and Barss 2019).

Ayrıca ACOG 2013 yılında preeklampsinin sınıflandırılması için yeni isimlendirmeler kullanmıştır.

Sınıflandırmadaki yenilikler aşağıda belirtilmiştir:

- a) ‘Hafif preeklampsisi’ ifadesi “Şiddetli Bulguların Olmadığı Preeklampsisi”
- b) Hastalığın ilerlemiş formu için kullanılan ‘Şiddetli preeklampsisi’ ifadesi ise “Şiddetli Bulguların Olduğu Preeklampsisi” şeklinde tekrar tanımlanmış ve tanı kriterlerinde değişiklik yapılmıştır (ACOG 2013, August, Sibai, Lockwood and Barss 2019).

Preeklampsisi, başta renal, hepatik, hematolojik, nörolojik olmak üzere çeşitli organ ve sistemleri etkileyen insan gebeliğine özgü progressif bir bozukluktur. Dünyada, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gebelikte en sık görülen tıbbi problem olup, anne, fetus ve yenidoğanda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (Duley 2009,

Sibai, Dekker and Kupfermenc 2005).

Preeklampsinin görülme sıklığı oldukça yaygındır. Genel olarak gebeliklerin %2-3'ünde görülürken, nulliplarlarda bu oran %5-7'ye yükselmektedir (Sibai, Dekker and Kupfermenc 2005, Lisonkova et al 2014).

Preeklampsinin maternal komplikasyonları; ağır preeklampsi sonucu eklampitik konvülsiyonlar ve buna bağlı gelişen nörolojik sekeller, inme, görme problemi, retina dekolmanı, HELLP sendromu, karaciğer rüptürü, intraserebral hemoraji, kalp yetmezliği, pulmoner ödem, akut tübüler ve kortikal nekroz, akut/kronik böbrek yetmezliği, dekolman plasenta, dissemine intravasküler koagülopati (DIC) ve maternal ölümdür. Fetal ve neonatal etkileri ise; utero-plasental yetmezlik sonucu oluşan intrauterin gelişme geriliği (IUGG), hipoksi/nörolojik hasar, dekolman plasenta, prematür doğum ve perinatal ölümdür (Sibai, Dekker and Kupfermenc 2005, Lisonkova et al 2014).

Anne ölümlerinin %10-15'inin preeklampsi ve eklampsi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Duley 2009). Preeklampsi, gebeliklerin %2-8'inde komplikasyonlara, %15'inde erken doğuma ve %9-26'sında ise maternal ölüme neden olmaktadır (Değirmenci 2018). Ülkemizde 2006 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'nda doğrudan anne ölümlerinin %18,4'ünün ve gebeliğe bağlı ölümlerin %13,7'sinin gebelikte hipertansif bozuklukların ilerlemesi ile oluşan eklampsi ile ilgili olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde anne ölümleri arasında hemorajiden sonra ikinci sırada preeklampsi yer almaktadır (Koç 2005). Şencan vd. tarafından ülkemizde 2014 yılı anne ölüm oranları ve nedenlerinin incelendiği çalışmada maternal mortalite oranı 100 bin canlı doğumda 15,2 olarak tespit edilmiştir. Maternal mortalite nedenlerine bakıldığında sırayla %20,7 ile kardiyovasküler hastalıklar, %19,2 ile kanama ve %13,6 oranı ile toksemi görülmektedir. Bu çalışma sonucu preeklampsiye bağlı anne ölümünün 3. sırada yer aldığını göstermektedir (Şencan ve ark. 2014).

### **2.2.1. Preeklampsinin Etyolojisi**

Preeklampsinin etyolojisi henüz kesin olarak bilinmemekle birlikte olası nedenlerle ilgili bazı teoriler ileri sürülmektedir (Önderoğlu 1993, Gilbert and Harmon 2002). İleri sürülen bu teorilerden bazıları, anormal plasenta gelişimi, immünolojik, genetik, çevresel faktörler, inflamasyon, anjiyotensin II'ye karşı artmış hassasiyet ve anormal anjiyogenezdir (Çiçek, Akyürek, Çelik ve Haberal 2012). Preeklampsiye yönelik çok fazla sayıda çalışma yapılmasına rağmen etyolojisinin tam olarak açıklanamamasının nedeni, insan gebeliğine özgü bir durum olması nedeniyle hayvan deneylerinin insandaki preeklampsiyi tam olarak açıklayamaması, yetersiz trofoblast invazyonunun bir göstergesi olarak ilk trimester doku materyalinin sağlanamaması, hangi gebede ne zaman ortaya çıkacağına bilinmemesi, temel patolojiye gebelerin verdiği cevapların her kadında farklı olmasıdır (Şen, Madazlı ve Ocak 1993, Önderoğlu 1993, Gilbert and Harmon 2002, Çiçek, Akyürek, Çelik ve Haberal 2012).

### **2.2.2. Preeklampsinin Patofizyolojisi**

Preeklampsi etyolojisi belirsizliğini korumaya devam etse de, patofizyolojinin anlaşılması hem tıbbi tedavi hem de bakım açısından yol gösterici olmaktadır (Taşkın 2016, Vural 1998). Preeklampsi yüksek kan kasıncı ve renal disfonksiyonun da ötesinde tüm organ ve sistemleri etkileyen progresif bir hastalıktır ve altta yatan ana faktörün plasenta olduğu varsayılmaktadır. Gebeliğin ilk trimesterinde trofoblast dokunun yoğun şekilde çoğalması ve fetüs varlığının olmadığı bir gebelik komplikasyonu olan mol hidatiform durumunda da preeklampsi oluşabilmesi, ayrıca plasentanın doğumu ile birlikte tablonun gerilemeye başlaması da bu düşüncüyü desteklemektedir (Akalin ve Şahin 2018).

Mevcut kanıtlar, preeklampsinin patogenezinin aşamalı olarak ilerlediğini göstermektedir. Gebeliğin erken evresindeki anormal plasental değişim, patogenezin de erken evresidir ve bu nedenle hastalığın başlangıcı ile ilgili herhangi bir klinik bulgu veya semptom bulunmamaktadır (Çiçek, Akyürek, Çelik ve Haberal 2012). Preeklampsi bulguları ve belirtileri gebeliğin ikinci yarısına kadar görülmemekle



birlikte, aslında plasentanın maternal perfüzyonunun bozulması gebeliğin ilk haftalarında ortaya çıkmaktadır (Önderoğlu 1993, Kathleen, et al. 2012, Akalın ve Şahin 2018).

Preeklampside plasentanın oluşum aşamasında trofoblastik doku maternal spiral arterlere doğru normal bir şekilde ilerleyemez ve bu arterlerin muskulo-elastik yapılarını etki altına alarak plasental perfüzyonu arttıracak kadar genişlemelerini engeller. Oluşan plasental iskemi sonucu tüm damar yapısı boyunca uzanan ve damar duvarının bütünlüğünü koruyan endotel hücreler için toksik maddelerin ya da faktörlerin salgılanmasını uyarır. Endotelial hasar ile birlikte prostasiklin ve nitrik oksit gibi vazodilatörler daha az üretilirken tromboksan, endotelinler (Endotelin I), oksijen serbest radikalleri ve lipit peroksitlerinin üretimi artar. Sonuçta trombosit kümelenmesi stimülanı ve vazokonstrüktör etkisi olan tromboksan düzeyi yedi kat artmış olur. Bu durumda tromboksan düzeyi, vazodilatör etkiye sahip ve trombosit kümelenmesi inhibitörü olan prostasiklin düzeyinin üzerine çıkmış olur. Başka bir ifadeyle tromboksan ve prostasiklin arasındaki denge bozulur. Buna karşılık anjiyotensine karşı vasküler duyarlılık artar ve plasental damar uçlarında nitrik oksit üretimi azalır. Artan tromboksan ile birlikte trombositler trofoblastların yüzeylerine yapışır ve fetal kan akımının azalmasına zemin hazırlar. Hasarlanmış olan endotelial hücrelerden endotelin-I artarak nitrik oksitin inaktive olmasına neden olur. Nitrik oksitin vazodilatör etkisi, oksijensiz radikaller ve lipit peroksidaz üretimindeki artma sonucu inaktive olur. Bu durum endotelial hasarı giderek artırır (Önderoğlu 1993, Şen, Madazlı ve Ocak 1993, Gilbert and Harmon 2002, Çiçek, Akyürek, Çelik ve Haberal 2012, Kathleen et al. 2012, Ghulmiyyah and Sibai 2014, August, Sibai, Lockwood and Barss 2019).

Tüm bu olayların sonucunda organlardaki endotelial hücreler üzerindeki hasar birbirini takip eder. Vücuttaki yaygın vazospazm sonucu doku perfüzyonu azalır, total periferik direnç artar. Vasküler yatakta kan volümünün azalması renin-anjiyotensin sistemini etkiler. Bu değişikliklere bağlı olarak kan basıncı yükselmeye başlar ve endotelial hücrelerde permeabilite artışı görülür, intravasküler protein ve sıvı kaybı gelişir. Ayrıca vasküler endotelial hücre hasarı sonucunda koagülasyon süreci de başlar (Taşkın 2016, Vural 1998, Gilbert and Harmon 2002, Çiçek,

Akyürek, Çelik and Haberal 2012). Eş zamanlı olarak sistemik endotel hücre hasarı interstisyel göllenmeyi başlatır, kan bileşenleri, trombosit ve fibrinojen endotel altına birikir, endotelial birleşim proteinleri bozulur, artan dirence bağlı olarak arterlerinin subendotelial bölgelerinde değişiklikler meydana gelir. Venöz dolaşımında da aynı süreç işler. Vazospazm ve interstisyel göllenmeye bağlı olarak, kan akımı giderek azalır, iskemi ve nekroz gelişir, yaşamsal organlarda doku perfüzyonu bozulmaya ve tüm vücut sistemleri etkilenmeye başlar (Purut 2018). Bu etkiler sırasıyla aşağıdaki gibidir:

**Uteroplasental dolaşımında bozulma;** Spiral arterlerdeki vazokonstriksiyon fetüse giden kan akımını azaltır. Bunun sonucunda fetüste IUGG, erken doğum, fetal hipoksi, hatta ilerleyen dönemde fetal ölüm gelişebilir (Taşkın 2016, Vural 1998, Gilbert and Harmon 2002).

**Kardiyovasküler sisteme etkileri;** Normal gebelikte kardiyak output artışına rağmen kan basıncı artmaz, aksine azalmış periferik direnç nedeniyle azalır. Hipertansif gebelerde kardiyak output genellikle azalmaz. Arterioller konstriksiyon periferik direnç artarken kardiyak output azalmadığından kan basıncı yükselir. Miyokardiyal kontraktilite azalabilir ve kalp hızı artar. İlerleyen durumlarda konjestif kalp yetmezliği görülebilir (Pritchard, MacDonald and Gant 1989). Preeklampsinin kardiyovasküler sisteme diğer etkileri ise, hipertansiyon nedeniyle kardiyak arka yükün artması, volüm genişlemesinin azalması ile kardiyak ön yük azalması ve intravasküler sıvının ekstraselüler alana özellikle akciğerlere ekstrasvazyonuna yol açan endotel aktivasyonudur (Purut 2018).

**Renal hasar;** Gebelikte renal kan akımı ve glomerüler filtrasyon artarken (Purut 2018), preeklampşik gebelerin %70'inde glomerüler endotelial hasar, fibrin birikmesi ve iskemi sonucunda bunun tam tersi bir durum ortaya çıkmaktadır (Gilbert and Harmon 2002). Preeklampşik gebelerde renal afferent rezistansı beş kata kadar çıkmaktadır (Purut 2018). Albüminin temel formu olan protein idrar ile atılmakta, ürik asit ve kreatinin klirensi azalmakta ve bu durum ilerlediğinde oligüri gelişmektedir (Gilbert and Harmon 2002).

**Sıvı elektrolit dengesizliği;** Preeklampitik gebelerde kapiller hasar sonucu serum proteinlerinin ekstraselüler aralığa ve idrara geçmesi sonucu serum albüminleri azalmaktadır. Serum albümininin azalması ise plazma kolloid ozmotik basıncının düşmesine neden olmaktadır (Gilbert and Harmon 2002). Bu durumda mayi vasküler bölümden intraselüler aralığa doğru yer değiştirmekte, protein ve elektrolitler (özellikle sodyum) intraselüler aralığa geçmektedir. Bunun sonucunda intraselüler ödem artmakta, intravasküler plazma volümü azalmaktadır (Şirin ve Kavlak 2008). Bu durumda renin, anjiyotensin ve aldosteron üretimi azalır ve tüm bunların bir sonucu olarak hematokrit artar (Gilbert and Harmon 2002). Bununla birlikte preeklampitik gebelerin elektrolit seviyeleri normal gebelerden farklı olmamaktadır (Purut 2018).

**Pulmoner belirtiler;** Preeklampitik gebelerde, kolloid ozmotik basıncın azalması veya endotelial zedelenme sonucunda pulmoner kapiller permeabilitenin artmasına bağlı olarak pulmoner ödem gelişmektedir. Ayrıca pulmoner belirtilerin bir başka nedeninin ise sol ventrikül yetmezliği olabileceği de belirtilmektedir. Pulmoner ödemi önlemek için tedavi sırasında aşırı sıvı infüzyonu yapılmasından kaçınılmalıdır (Gilbert and Harmon 2002, Taşkın 2016).

**Merkezi sinir sistemi belirtileri;** Preeklampitik gebelerde, beyin kortikal bölgesinde oluşan endotelial hasar fibrin birikmesine, ödeme ve serebral hemorajiye neden olmaktadır (Gilbert and Harmon 2002). Vücudun genelinde görülen vazospazm, beyinde hipoksiye, serebral kortekste irritabiliteye yol açmaktadır (Taşkın 2016). Bu durum sonucunda hastalığın ilerlemesinin bir belirtisi olarak baş ağrısı, vizüel semptomlar ve aşırı hiperaktif refleksler ortaya çıkmakta, konvülsiyonların tabloya eklenmesi ile ise eklampsi gelişmektedir (Purut 2018). Oluşan tabloda baş ağrısı serebrovasküler hiperperfüzyondan kaynaklanmakta, şiddeti hafiften ağıra, sıklığı aralıklıdan sürekliye değişebilmektedir. Ayrıca baş ağrısı geleneksel ağrı kesicilere yanıt vermemekte, magnezyum sülfat infüzyonu sonrasında hastalarda rahatlama gözlenmektedir (Purut 2018).

**Karaciğer fonksiyon bozuklukları;** Preeklampitik gebelerde mayinin damar dışına sızması ile gelişen intravasküler koagülasyon sonucunda karaciğere giden kan

akımı azalmaktadır. Ayrıca bu gebelerde meydana gelen vazokontrüksiyon ve ödem, karaciğer fonksiyonlarının bozulmasına neden olmaktadır (Akalin ve Şahin 2018). Preeklampitik gebelerde, karaciğer tutulumu üç şekilde kendini göstermektedir. Birincisi sağ üst kadranda ya da orta epigastrik ağrı ile ortaya çıkmaktadır. Bu durum şiddetli hastalığın bir göstergesidir. İkincisi serum Aspartat Aminotransferaz (AST) ve Alanin Aminotransferaz (ALT) yükselmeleridir. Bu durum da şiddetli preeklampsinin bir belirtisidir. Üçüncüsü ise hemorajik infarkt genişleyerek karaciğer hematomunun meydana gelmesidir (Purut 2018). Karaciğerde meydana gelen bu bulgular eklampsi gelişeceğinin bir işaretidir (Gilbert and Harmon 2002).

**Maternal trombositopeni;** Preeklampitik gebelerde trombositopeni gelişimi akut olarak indüklenebilmekte (Leveno et al. 2010), postpartum 3-5 gün içinde ise platelet sayısı normale dönmektedir (Leveno et al. 2010 Purut 2018). Platelet sayısının 100.000  $\mu$ /L. ve altında olması aşikar trombositopeni olarak tanımlanmakta ve şiddetli preeklampsinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Leveno et al. 2010). Belirgin trombositopeni gelişen çoğu vakada doğumun başlatılması gerekmektedir, çünkü trombositopeni zaman ilerledikçe daha kötüye gitmektedir. Plateletler ne kadar azsa maternal ve fetal morbidite ve mortalite de o kadar artmaktadır (Leveno et al. 2010, Purut 2018). Bu gebelerde karaciğer enzimlerinin artması ise prognozu daha da kötüleştirilmektedir. Şiddetli preeklampsiye hemoliz de eklendiğinde, bu durumun bir kombinasyonu olarak –HELLP (hemoliz (H) artmış karaciğer enzimleri (EL) ve düşük platelet sayısı (LP) sendromu– ortaya çıkmaktadır (Leveno, et al. 2010).

**Koagülasyon değişiklikleri;** Şiddetli preeklampsi-eklampsi gelişen gebelerde, dekolman plasenta veya hepatik infarktüse bağlı aşırı kanama gibi başka bir nedenden dolayı tüketim koagülopatisine öncülük eden bir durum ortaya çıkmadıkça, herhangi bir koagülasyon faktörünün şiddetli defektine genellikle rastlanmamaktadır (Leveno et al. 2010).

### **2.2.3. Preeklampsinin Risk Faktörleri**

Bu çalışmada preeklampsinin risk faktörleri, sosyo-demografik ve obstetrik faktörler, davranışsal ve çevresel faktörler, maternal hastalıklar ve preeklampsi risk faktörü olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları başlıkları altında sunulmuştur.

#### **2.2.3.1. Sosyodemografik ve Obstetrik Risk Faktörleri**

Preeklampsi ile ilişkili sosyodemografik risk faktörleri; maternal yaşın 35 yaş ve üzerinde olması (Duckitt and Harrington 2005, Çulha, Ocaktan ve Çöl 2010), adölesan gebelik, aile hikayesinde preeklampsi (Steeegers, Dadelszen, Duvekot, and Pijnenborg 2010), düşük sosyo-ekonomik düzey (Mostello et al 2002), siyah ırk, erkek eşin annesinde veya önceki eşinde preeklampsi öyküsü, eşle ilgili faktörler (nullipaternite, yeni partner) ve genetik yatkınlık olarak bildirilmektedir (Trogstad, Magnus and Stoltenberg 2011, Tulmaç 2012, Ozan, Ertuğrul ve Okumuş 2012, Norwitz, Lockwood and Barss 2016).

Preeklampsinin obstetrik risk faktörleri ise, nulliparite, grandmultiparite, daha önceki gebeliğinde preeklampsi öyküsü, iki gebelik arasının iki yıldan az, on yıldan fazla süre olması, çoğul gebelik, molhidatiform, fetüste hidrops fetalis olarak özetlenebilir (Steeegers, Dadelszen, Duvekot, and Pijnenborg 2010, Çulha, Ocaktan ve Çöl 2010, Trogstad, Magnus and Stoltenberg 2011, Norwitz, Lockwood and Barss 2016,)

#### **2.2.3.2. Davranışsal ve Çevreye Ait Risk Faktörleri**

Gebelikte kadının yaşam tarzına ait riskli davranışlar ve çevreye ait durumlar gebeliğe etki edebilir. Bu davranışlar, aşırı kafein tüketimi, sigara, alkol, sağlıksız beslenme, fazla kilolu olmak, yetersiz egzersiz ve teratojenlere maruziyet gibi değiştirilebilir veya önlenemez faktörlerdir (Onat ve Aba 2014). Gebelikten önce ve gebelikte yüksek beden kütle indeksi (BKİ) preeklampsi risk faktörlerinden biridir (Steeegers, Dadelszen, Duvekot, and Pijnenborg 2010). Daha önce bariyer

kontrasepsiyon yöntem kullanımı gibi nedenlerle spermle sınırlı maruziyet (Trogstad, Magnus and Stoltenberg 2011) ve oral kontraseptif/hormon kullanımı da (Çulha, Ocaktan ve Çöl 2010) risk faktörleri arasında belirtilmektedir.

Mostello vd (2002)'nin ikinci gebeliklerde preeklampsi risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları vaka kontrol çalışmasında, yetersiz doğum öncesi bakım almanın preeklampsi gelişimi için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada sigara kullanımı ve aynı eşin koruyucu olduğu saptanmıştır.

Literatürde preeklampsi ile beslenmenin ilişkisini inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Kale vd. (2006)'nin Diyarbakır'da, preeklampsi ve serum folik asit, B12 vitamini, plazmada B6 vitamini, homosistein düzeyleri arasındaki ilişkiyi karşılaştırdıkları vaka-kontrol çalışmasında, 100 preeklampsi tanısı alan gebeyle 74 sağlıklı gebe değerlendirilmiş ve gruplar arasında serumda B12 vitamini düzeyi benzer, vitamin B6 ve folik asit plazma düzeyi preeklampsi grubunda kontrol grubuna göre daha düşük, homosistein plazma düzeyi ise preeklampsi grubunda daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular preeklampsi gelişiminde beslenmenin etkileri olabileceğini düşündürmektedir.

Başka bir çalışmada ise preeklampsi ile D vitamini arasındaki ilişki araştırılmıştır. Pittsburgh'da yapılmış olan bu vaka-kontrol çalışmasında, 55 preeklampsi tanısı almış olan gebe ile 219 sağlıklı gebe karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak preeklampsi grubunda 25 (OH) D vitamini düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Bodnar et al. 2007). Bu nedenle preeklampsi riskinin azaltılmasında, gebeliğin erken döneminde D vitamini desteğinin yardımcı olabileceği sonucuna varılmıştır (Bodnar et al. 2007, Kabaran ve Ayaz 2013).

Dündar (2003)'ün gebelik toksikozu haritasını çıkarmak, rakım yüksekliğinin HELLP sendromu ve eklampsiye etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünde 1998-2002 yılları arasında preeklampsi-eklampsi-HELLP tanısıyla yatırılan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelenmiş, deniz seviyesinden yüksekliği 1500 metreden yüksek olan illerde HELLP sendromu ve eklampsi görülme oranı 1000 doğuma 1.4

olarak saptanmışken, 1500 m.'nin altında olan merkezlerde bu oran 0.96 olarak tespit edilmiştir. Çalışmada eklampsi görülme oranları incelendiğinde, en yüksek görülme sıklığının 10.000 doğum başına 36 ile Ardahan, en düşük ilin 9.9 ile Iğdır olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmanın sonuçları HELLP sendromu ve eklampsinin etyolojik faktörleri arasında yüksek rakımın da yer aldığını göstermektedir. Yüksek rakımın etkileri ile ilgili bir diğer çalışma da Latin Amerika'da yüksek irtifanın annede hematolojik etkisini araştırmak amacıyla yapılmış çapraz kesitsel olarak tasarlanmış araştırmadır. Bu çalışmada aynı etnisiteye sahip yüksek rakımda ve deniz seviyesinde yaşayan iki grup karşılaştırılmış, yüksek rakımda yaşayan 94 gebe, 24 gebe olmayan kadın ve deniz seviyesinde yaşayan 75 gebe, 17 gebe olmayan kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Yüksek irtifada yaşayan (4370 m) gebe kadınlarda deniz seviyesinde yaşayanlara kıyasla, daha yüksek hematokrit, kan viskozitesi, plazma viskozitesi, total protein ve fibrinojen (%25, %38, %7, %13,3, %25) ve %6 daha düşük albümin konsantrasyonu tespit edilmiş ve bu durum IUGG (İntra Uterin Gelişme Geriliği) ve hipertansiyon ile ilişkilendirilmiştir (Kametas et al 2004).

### **2.2.3.3. Maternal Hastalıklar**

Kronik hipertansiyon, kronik renal hastalık, antifosfolipit antikorları, diyabetes mellitus (pregestasyonel ve gestasyonel), otoimmün hastalıkların, vasküler veya bağ dokusu hastalıkları, kalıtsal trombofili, gebelikte diyastolik kan basıncının 80 mmHg ve üzerinde olması (Duckitt and Harrington 2005, gebelik sırasında AKŞ (Açlık Kan Şekeri) yüksekliği Çulha, Ocaktan ve Çöl 2010) tiroit hastalıkları özellikle hipotiroidi (Aktaş ve Pekkölçay 2016). Gebelikte kısa uyku süresi ve kötü uyku kalitesinin hipertansif bozukluklar ve preeklampsi oluşumunda etkili olabileceği yönünde çalışmalar mevcuttur (Okun, et al 2013, Palagini, et al 2014). Ayrıca literatürde periodontal hastalık ve preeklampsi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren kanıtlar da mevcuttur (Boggess et al. 2003, Crowther et al. 2005).

#### **2.2.3.4. Preeklampsi Risk Faktörü Olarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 1948 yılında sağlık kavramının tanımını şu şekilde yapmıştır: Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir refah durumudur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlık, soyut bir anlamın daha ötesinde fonksiyonel olarak açıklanabilen bir sonuca ulaşma aracıdır. Bu durumdan hareketle sağlık, insanların hem kişisel, hem toplumsal, hem de ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine olanak sağlayan bir kaynak olarak görülmektedir. Sağlık, bireyin kendi kaynaklarını, sosyal kaynaklarını ve fiziksel kapasitesini öne çıkararak bir kavramdır. DSÖ'nün 1986 yılında kabul edilen Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesinde huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir ekosistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren bazı ön koşulların sağlık kavramı için gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Bu koşullar, sosyal ve ekonomik durum, fiziksel çevre, bireysel yaşam tarzları ile sağlık kavramı arasındaki bağlantıları göstermektedir. Bu ilişki, bütüncül sağlık anlayışı ile sağlığın teşviki ve geliştirilmesi açısından temel bir dayanak sunar (Sağlığı Geliştirilmesi ve Teşviki Sözlüğü DSÖ 1998 Çeviri: T.C Sağlık Bakanlığı 2011).

Sağlığın geliştirilmesi, insanların bireysel sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırarak sorumluluk almalarını sağlama sürecidir. Sağlık davranışları ise, asıl veya algılanan sağlık durumundan bağımsız şekilde sağlığı teşvik etmek, korumak veya sürdürmek amacıyla, objektif olarak bu amaç için etkili olup olmadığına bakılmaksızın, birey tarafından gerçekleştirilen herhangi bir faaliyet şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin gerçekleştirdiği her davranış ve faaliyetin sağlık durumu üzerinde etkili olduğu öne sürülmektedir (Sağlığı Geliştirilmesi ve Teşviki Sözlüğü DSÖ 1998 Çeviri: T.C Sağlık Bakanlığı 2011). Bireyin yaşam biçiminin değiştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi, teşviki, hastalıklardan korunma ve sağlığın sürdürülmesi açısından önemlidir (Esin 1997, İlhan, Batmaz ve Akhan 2010).

Sağlıklı yaşam davranışları hastalıklara karşı önlem alınmasında, erken tanı ve tedavinin sağlanmasında sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde temel bileşendir.



Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen riskli eylemler de dahil olmak üzere tüm davranışların ve günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi olarak tanımlanabilir (Walker, Sechrist and Pender 1987, Esin 1997, Şen 2011). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tüm ölümlere etkisinin incelendiği bir meta-analizde (21 çalışma n=531.804) ölümlerin sağlıklı yaşam faktörü ile orantılı olarak azaldığı bildirilmiş ve sağlıklı bir yaşam tarzına bağlılık, düşük ölüm riskiyle ilişkilendirilmiştir (Loef and Walach 2012).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tüm ölümlere neden olan etkilerinin incelendiği 21 çalışma ile ortalama 13,24 yıl takip edilen 531.804 kişiyi kapsayan meta-analizde gösterildiği üzere ölüm oranları daha fazla sayıda sağlıklı yaşam faktörü ile orantılı olarak azalmıştır. Sonuç olarak sağlıklı bir yaşam tarzına bağlılık, düşük ölüm riskiyle ilişkilendirilmiştir (Loef and Walach 2012).

Yaşam biçimi ile sağlık arasındaki ilişki, yaşam biçimi davranışlarını küresel veya sağlığa özgü bir kavram olarak ölçebilecek geçerli ve güvenilir araçlar geliştirilmesi ihtiyacını doğurmuştur (Walker, Sechrist and Pender 1987). Bu çalışmalardan birisi, Pender'in sağlığı geliştirme modeli temel alınarak, Walker vd. (1987) tarafından bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek amacıyla oluşturulmuş olan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği"nin geliştirilmesidir (Bahar vd. 2008, Esin 1997, Şen 2011). Ölçek birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyon yönetimi gibi kronik durumlardan (Hacıhasanoğlu ve Gözüm 2011), üniversite öğrencilerine (Nacar ve ark. 2014), gebelerden (Onat ve Aba 2014), postpartum dönemdeki kadınların (Chen, Kuo, Chou and Chen 2007) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesine kadar dünya genelinde geniş bir yelpazede kullanılmaktadır (Bahar vd. 2008).

Gebelik çoğunlukla doğal bir süreç olarak görülse de her gebelikte anneyi, fetüsü ilgilendiren ve istenmeyen sonuçlar ortaya çıkarabilecek riskli bir durum olarak kabul edilir. Bu bağlamda gebelikte ortaya çıkan riskli durumların önlenmesinde sağlıklı yaşam davranışları önem kazanmaktadır (Beji 2017, Aksoy, Turfan ve Yılmaz 2017).

Konya’da 71 normal ve 71 riskli gebelik olan kadında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği tanımlayıcı araştırmada ölçeğin sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres yönetimi alt boyutlarından riskli gebelerin daha düşük puanlar aldığı belirlenmiştir (Aksoy, Turfan ve Yılmaz 2017).

Gebelikte sağlığı teşvik eden yaşam tarzları, sigara ve alkolden kaçınma, obeziteden korunma, erken ve geç yaşta gebelikten kaçınma, yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel olarak aktif bir yaşam sürme, teratojenlere maruziyetten kaçınma ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma gibi değiştirilebilir veya önlenemez faktörlerdir (Onat ve Aba 2014). Literatür incelendiğinde yaşam davranışlarının preeklampsi ile ilişkili risk faktörleri arasında yer aldığı görülmektedir (Duckitt and Harrington 2005, Mostello, Catlin, Roman, Holcomb and Leet 2002, Kale ve ark 2006, Steegers, Dadelszen, Duvekot, and Pijnenborg 2010, Trogstad, Magnus and Stoltenberg 2011, Tulmaç 2012, Ozan, Ertuğrul ve Okumuş 2012, Yanikkerem ve Mutlu 2012, Norwitz, Lockwood and Barsz 2016).

Sağlıklı bir gebelik süreci için danışmanlık ve bilgilendirme prekonsepsiyonel dönemde başlamalıdır. Bu şekilde mevcut sağlık durumu ve önceki gebelikler gözden geçirilerek gebeliğin planlanması sağlanmalıdır. Gebelik izlemlerinde ise ayrıntılı öykü alınarak preeklampsiye yönelik potansiyel risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve gebeler kilo kontrolü, fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam davranışları konusunda cesaretlendirilmelidir (Akalin ve Şahin 2018). Gebelikte yapılan egzersizin gebelikteki hipertansif bozukluklar üzerine etkisinin incelendiği bir meta analizde, yaklaşık 30-60 dakika süreyle haftada iki-yedi kez yapılan aerobik egzersizin, gebelikteki hipertansiyon bozuklukları, gebelik hipertansiyonu ve sezaryen doğum riskini önemli derecede azalttığı tespit edilmiştir (Magro-Malosso, et al. 2017).

#### **2.2.4. Preeklampside Tanı Kriterleri**

Preeklampsinin tanı kriterleri; gebelikten önce ve gebeliğin 20. haftasına kadar sistolik ve diyastolik kan basıncının normal olması koşuluyla, gebeliğin 20. haftasından sonra istirahat halinde en az 4 saat arayla yapılan 2 ölçümde; kan

basıncının 140 ve/veya 90 mmHg ve üzerinde olması ve 24 saatlik idrarda 300 mg ve üzeri protein ya da protein/kreatinin oranının 0.3 ve üzerinde olması veya diğer testler yapılamıyorsa dipstick testinde en az 1 (+) pozitif (rastgele idrar örneklemede persistan 30 mg/dL) proteinüri olmasıdır. Proteinüri derecesi şiddetli vakalarda bile 24 saatlik dönemde dalgalanmalar gösterebilir. Bu nedenle rastgele tek idrar örnekleme proteinüriyi yeterince göstermede başarısız olabilir (Leveno et al. 2010). Proteinürinin olmadığı durumlarda da preeklampsi tanısı konulabilmektedir. Hipertansiyon ile birlikte aşağıdaki semptomlardan herhangi birinin görülmesi preeklampsi tanısı için yeterli kriterdir.

1. Trombosit sayısının mikrolitrede <100.000 olması.
2. Bir renal hastalığa bağlı olmadan, serum kreatinin konsantrasyonunun 2 katına çıkması veya serum kreatinin konsantrasyonunun 1,1 mg/dL üzerinde olması.
3. Karaciğer enzim konsantrasyonlarının normalin 2 katına çıkması.
4. Pulmoner ödem.
5. Serebral veya görme ile ilgili semptomlar

Bu durum preeklampsi sınıflamasında “Şiddetli Bulguların Olmadığı Preeklampsi” şeklinde tanımlanır (ACOG 2013).

Şiddetli Bulguların Olduğu Preeklampsinin ACOG 2013 kılavuzuna göre tanı kriterleri ise şunlardır; İstirahat halinde en az 4 saat arayla alınan en az 2 ölçümde tespit edilen kan basıncının 160 ve/veya 110 mmHg ve üzerinde olması, şiddetli sağ üst kadranda ve epigastrik ağrı, serebral veya görme bozukluğuyla ilgili bulgular, pulmoner ödem, karaciğer enzimlerinin normalin 2 katına çıkması, platelet sayısının mikrolitrede <100000 olması ve progresif renal yetersizliktir.

### **2.2.5. Preeklampside Yönetim**

Preeklampsi yönetiminde, kanıta dayalı uygulamalar rehberliğinde risk gruplarının erken tanınması, çoklu organ hasarlarının önlenerek maternal morbidite ve mortalitenin azaltılması, perinatal sonuçların iyileştirilmesi ve doğum eyleminin etkili bir şekilde yönetilmesi ve müdahalelerin maliyet etkin olması amaçlanmaktadır

(Ozan, Ertuğrul ve Okumuş 2012, Magee et al 2014).

Gebeler preeklampsi açısından, çok yüksek, yüksek, orta risk faktörü olmak üzere 3 grup altında sınıflandırılmaktadır. Her bir grupta yer alan gebelerin yönetimi farklıdır. Özgeçmişinde; ciddi preeklampsi varlığı, 34 haftanın altında doğum gerektiren preeklampsi, preeklampsi tanısı alıp, 10. persentilin altında doğum ağırlığı olan bebek öyküsü, intrauterin ölüm ve plasental dekolman hikayesi olan gebeler çok yüksek risk grubunda kabul edilir. Bu gebelere 12. gestasyonel haftadan doğuma kadar 75 mg/gün aspirin başlanması ve ultrasonografide fetal büyüme, amniyonik sıvı indeksi ve umbilikal arter doppleri değerlendirilmesi önerilmektedir. Önceki gebelikte hipertansif hastalık, kronik böbrek hastalığı, sistemik lupus eritematozus veya antifosfolipid sendromu gibi otoimmün hastalık, tip I ve II diyabet varlığı ve kronik hipertansiyon olması preeklampsi için yüksek risk grubunu temsil eder. Orta risk grubu ise, ilk gebelik olması, 40 yaş üstünde olmak, iki gebelik arası sürenin 10 yıldan fazla olması, ilk vizitte BKİ'nin 35 kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde olması, ailede preeklampsi öyküsü ve çoğul gebelik durumudur. Preeklampsi için en az bir yüksek risk faktörü varsa veya 2 orta risk faktörü varsa 12. haftadan doğuma kadar 75 mg/gün aspirin başlanması, anormal fetal aktivite varsa kardiyotokografi önerilmektedir (Pundir and Coomarasamy 2018).

Preeklampside hipertansiyonun şiddetine göre tedavi ve takibe karar verilir (Redman 2011, Hezelgrave, Abbott and Shennan 2017, Pundir and Coomarasamy 2018).

- *Hafif Hipertansiyon (140/90–149/99 mm/Hg)*; Hastaneye yatırılır, antihipertansif tedavi verilmez, günde en az 4 kez kan basıncı ölçülür, proteinüri için tekrar ölçüm yapmaya gerek yoktur, kan testleri haftada 2 kez olmak üzere, böbrek fonksiyonları, elektrolitler, tam kan sayımı, transaminazlar, bilirübin ölçümü yapılır.
- *Orta Hipertansiyon (150/100–159/109 mm/Hg)*; Hastaneye yatırılır, antihipertansif tedavide ilk basamak oral labetalol tercih edilir. Amaç diyastolik kan basıncını 80-100 mm/Hg arasında, sistolik kan basıncını <150 mm/Hg altında tutmaktır. Günde en az 4 kez kan basıncı ölçümü

yapılır. Proteinürinin ölçümü tekrar edilmez. Kan testleri haftada 3 kez olmak üzere böbrek fonksiyonları, elektrolitler, tam kan sayımı, transaminazlar, bilirübin ölçümü yapılır.

- *Şiddetli Hipertansiyon (>160/110 mm/Hg)*; Orta hipertansiyonda olduğu gibi yönetilir. Gebe ikinci basamak bir merkeze gönderilmelidir

Labetolol dışındaki antihipertansifler anne, fetüs ve yenidoğan için yan etkileri değerlendirildikten sonra önerilir. Alternatifler metildopa ve nifedipindir. Atenolol fetal büyüme geriliği ile ilişkilidir. Anjiotensin reseptör blokerleri ve ACE inhibitörleri kabul edilemez fetal advers etkilerinden dolayı kontrendikedir. Diüretikler relatif kontrendikedir, sadece pulmoner ödem için kullanılması önerilmektedir (Redman 2011, Hezelgrave, Abbott and Shennan 2017, Pundir and Coomarasamy 2018).

*Fetal monitörizasyon*; Fetal büyüme ve amniotik sıvı değerlendirilmesi için tanı anında USG ve umbilikal arter dopplerin konservatif yaklaşım yapılacak ise iki haftada bir tekrarlanması önerilmektedir. İki haftadan daha sık aralıklarla USG rutin olarak uygulanması önerilmemektedir. Kardiyotokografi tanılama sırasında yapılır. Fetal monitörizasyon sonuçları normal ise rutin olarak haftada birden fazla tekrarlanması önerilmemektedir. Eğer fetal hareket değişikliği, vajinal kanama, abdominal ağrı maternal durumda kötüleşme olursa tekrarlanması önerilir (Pundir and Coomarasamy 2018, Redman 2011).

### **2.2.6. Preeklampsinin Önlenmesi, Erken Tanılanması ve Yönetiminde Ebeğin Rolü**

Antenatal dönemde gebenin ve fetüsün periyodik olarak takibi ile riskli gebeliklerin erken tespit edilmesi önemlidir. Bu sayede anne ve bebek sağlığında iyileştirmeler sağlanabilmektedir. Antenatal dönem kontrolleri, takibi, eğitimi ve bakımında ebelerin büyük sorumlulukları vardır. Bu dönemdeki takip ve izlemlerde ebelerin sorumlulukları, annenin ayrıntılı anemnezini, yaşam tarzı özelliklerini, beslenmesini, alışkanlıklarını belirleyerek risk oluşturabilecek durumları önceden tespit etmek, gebeliğin ve fetüsün gelişmesini izleyerek değerlendirmek, gebeye

genel vücut bakımı, beslenme, aktivite, aile planlaması, gebelikte tehlike belirtileri gibi annenin gereksinim duyabileceği konularla ilgili bilgi vermek, ortaya çıkabilecek sorunların erken tanılayarak uygun müdahalelerle bakımını sağlamak, sevk etmek, tedaviye destek olmak ve anneyi desteklemektir (Beji 2017, Çetin ve Çalık 2018, Aydemir ve Hazar 2014).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından gebelere hizmet veren sağlık profesyonellerinin standart, güvenilir, kaliteli, nitelikli hizmet sunması ve uygulamada ortaklığın sağlanması amacıyla Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi oluşturulmuştur. Bu rehber ile gebeliği normal seyreden her gebenin en az dört kez nitelikli bir izlemden geçmesi beklenmektedir. Rehberde göre ebe gebenin her izleminde risk değerlendirmesi yapmalı, öykü alma, fizik muayene, gerekli testler, ilaç desteği, tedaviler, bağışıklama, beslenme, uyku düzeni, genel hijyen, egzersiz, tehlike belirtileri gibi konularda bilgilendirme ve danışmanlık yapmalı, gerekli durumlarda gebeyi sevk etmeli, izlemele ilgili kayıtları tutarak elde ettiği verileri yorumlamalıdır. Gebelere doğum öncesi hizmet veren ebelerin bu basamakları dikkatle takip ederek gebe ile iş birliği içinde tespit etmesi halinde preeklampsi de dahil olmak üzere risk durumlarının önceden fark edilmesi, erken tanılama ve akın takip açısından önemlidir. Ebeler normalden sapma tespit ettiği durumlarda gebeye gerekli yönlendirmeyi yaparak sevk etmeli ve gebenin ilgili birimlere ulaştığından emin olmalıdır (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2018, Aydemir ve Hazar 2014).

Preeklampsi tanısı almış olan gebelerin tedavi ve bakımında da ebelerin önemli sorumlulukları vardır. Şiddetli preeklampsi belirtisi göstermeyen evde takip edilmesi planlanan gebeler, anemnez, muayene ve laboratuvar bulguları değerlendirildikten sonra belli aralıklarla yapılan prenatal kontrollerle dikkatle izlenmelidir. Gebeye ve aileye bilgi vererek, sessiz, sakin ortamda sol yan yatması, telefon ve ziyaretçileri kısıtlaması önerilir. Proteini yüksek diyet önerilir. Konstipasyonu önlemek ve yeterli hidrasyonu sürdürmek için uygun miktarda sıvı ve posalı besinler alması önerilir. Yüksek sodyum içeren yiyeceklerden kaçınması önerilir. Ödem kontrolü konusunda bilgi verilir. Her gün kan basıncını ölçtürmesi ve tartılması söylenir. Fetüs hareketlerini değerlendirmesi konusunda bilgilendirilir (Ozan, Ertuğrul ve Okumuş

2012, Taşkın L. 2016, Beji 2017).

Hastanede yatan gebe için, anamnez, muayene ve laboratuvar bulguları değerlendirilir. Hastaya uygun bakım planlanır. Sakin ve loş bir ortamda sol lateral pozisyonda yatak istirahati önerilir. Hayati bulgular 4 saat ara ile gerekirse daha sık bir şekilde takip edilir. Yüksek proteinli, posalı diyet verilir. Ödem, kilo kontrolü, aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapılır. Medikasyon yapılıyorsa etkileri ve yan etkileri takip edilir. Fetal sağlık durumu değerlendirilir. Şiddetli preeklampsi belirtileri baş ağrısı, sağ üst kadranda veya epigastrik ağrı, hiperaktif refleksler, dekolman plasenta ve vajinal kanama açısından izlenir. Genel vücut hijyeni sağlanır. Kadın ve ailesi hastalık ve süreci hakkında bilgilendirilir, tehlike işaretleri öğretilir. Gerektiğinde doğum eylemine hazırlanır (Gilbert and Harmon 2002, Ozan, Ertuğrul ve Okumuş 2012, Taşkın 2016, Beji 2017).

Eklampsi geliştirse kaliteli bir ebelik bakımı çok önemlidir. Hastada; tekrarlama olasılığı olan konvülsiyonlar konusunda dikkatli olmak, konvülsiyon haberci belirtilerini izlemek, konvülsiyon sırasında kadını yaralanmalardan korumak, sürekli oksijen sağlamak, ağız ve trakeadaki salgıları aspire ederek hava yolu açıklığını sürdürmek, vital bulguları ve idrar çıkışını kontrol etmek gereklidir (Oats and Abraham 2010).

Magnezyum Sülfat ( $MgSO_4$ ) tedavisi şiddetli preeklampsi tablosunda nöromusküler irritabiliteyi azaltarak eklampsi gelişmesini önlemek için kullanılmaktadır.  $MgSO_4$ 'ün konvülsiyon önleyici özelliği ile birlikte sistemik vasküler rezistansı düşürerek kan basıncı kontrolünde de etkili olmaktadır. Kan basıncı  $<160/110$  mmHg olan olgularda maternal bulgular yoksa rutin olarak  $MgSO_4$  uygulanması ise önerilmemektedir (Leveno et al. 2010, Purut 2018).

Magnezyum sülfat tedavisinde, yükleme dozu 4-6 gram olup 15-20 dakikada infüzyon olarak verilir, idame doz ise 1,5 gram/saat olacak şekilde düzenlenir. Terapotik kan düzeyi ise 4-8 mg/dl'dir. Serum magnezyum düzeyi 9 mg/dl'nin üzerinde olduğunda toksisite riski ortaya çıkmaktadır. Toksisite bulguları bulantı, sıcaklık, çift görme, uyku hali, güçsüzlük, derin tendon refleksi kaybıdır.

Magnezyum sülfat tedavisinde, kan basıncı ve solunum sayısının dakikada 14'ün altına düşmesi toksisite belirtisidir. İlaç böbrekler aracılığı ile atıldığı için, idrar çıkışının takibi önemlidir. Uygun böbrek fonksiyonu için idrar çıkışı saate en az 30 ml olmalıdır. İdrar çıkışında azalma toksisitenin belirtisidir (Taşkın 2016, Gilbert and Harmon 2002). Toksikite geliştiğinde hastaya müdahale edilmezse müsküler paralizisi, solunum depresyonu ve kardiyak arrest gelişebilir. Bu nedenle  $MgSO_4$  tedavisi yapılan hastalar toksisite belirti ve bulguları açısından yakından izlenmelidir. Toksikite belirtileri görüldüğünde tedavisi kesilmeli, oksijen desteği sağlanmalı ve serum magnezyum düzeyi ölçülmelidir. Eğer endikasyonu var ise hekim istemine göre magnezyum antagonisti olan %10'luk kalsiyum glukonat IV olarak yavaş verilmelidir (Leveno et al. 2010, Purut 2018, Taşkın 2016, Gilbert and Harmon 2002).

Görüldüğü gibi preeklampsinin erken tanınması, önlenmesi ve yönetiminde ebelerin önemli görevleri ve rolleri vardır (Aydemir ve Hazar 2014). Mevcut kanıtlar ebelerin yüksek kaliteli anne ve yenidoğan bebek bakımı açısından önemli katkısı olduğunu göstermektedir. Nitelikli ebelik bakımı ve takibi, maternal ve neonatal sağ kalım oranlarında artış, erken doğumun önlenmesi, olumsuz obstetrik sonuçların azalmasını sağlamakta etkilidir (Renfrew et al 2014).



## **2. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Araştırma, preeklampsi tanısı alan kadınlarda preeklampsi ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmış bir çalışmadır.

### **3.2. Araştırmanın Yapılma Tarihi ve Yeri**

Bu araştırma, Ankara İli Sağlık Müdürlüğüne bağlı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 01 Ağustos 2017 – 30 Nisan 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastane ayrıca Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlı bir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezidir. 2019 yılı itibari ile 501 yatak kapasitesine sahip olan hastanede preeklamptik gebeler Yüksek Riskli Gebelik Polikliniğinde, Perinatoloji Yoğun Bakım bölümü, Yüksek Riskli Gebelik Kliniği ve Perinatoloji Doğum Sonrası Kliniğinde takip edilmektedir. Yüksek riskli gebelik polikliniği 4 odalı olup, burada 2 uzman doktor, 1 asistan doktor ve 4 ebe çalışmaktadır. Perinatoloji Yoğun Bakım bölümü 20 yataklı yoğun bakım, 16 yataklı yakın bakım bölümlerinden oluşmaktadır. Bölümde 18 ebe, 20 hemşire, 3 eğitim görevlisi, 9 perinatoloji yan dal asistanı ve her ay değişmek üzere 20 kadın sağlığı ve doğum uzmanlığı asistanı görev yapmaktadır. Yüksek Riskli Gebelik Servisi 36 yatak kapasiteli olup 7 ebe, 5 hemşire görev yapmaktadır. Perinatoloji Doğum Sonrası Kliniğinde 27 yataklı olup, burada 9 ebe, 4 hemşire çalışmaktadır. Ebeler poliklinikte preeklampsi tanısı alan gebelerin takip ve izleminde perinatolog, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, hemşire, diyetisyen, psikolog ile birlikte multidisipliner çalışmaktadır. Servise yatan preeklamptik kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası takip, bakım, eğitim, tetkik materyali alma ve tedavi planının uygulanmasında ebeler görev almaktadır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Literatürde preeklampsinin postpartum dönemde de tanıldığı belirtilmektedir (Al-Safi et al 2011, Brichant and Bonhomme 2014). Bu nedenle araştırmanın evrenini ilgili hastanede doğum yapmış tüm kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü güç analizi yöntemiyle G\*Power paket programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmada örneklem büyüklüğünün belirlenebilmesi için, 2016 yılında preeklampsi tanısı alarak hastanede yatan gebe sayısı kullanılmıştır. Buna göre 2016 yılında preeklampsi tanısı alan gebe sayısı 203'tür. Preeklampsi ve preeklampsi tanısı almamış gruplar arasında sağlıklı yaşam davranışları açısından farklılıkları incelerken bağımsız örneklem t testi kullanılacağı öngörülerek güç hesaplaması yapılmıştır. Tip I hata %0.05 ve etki büyüklüğü  $f=0.50$  alınarak elde edilen güç analizinde preeklampsi tanısı alan 148 ve preeklampsi tanısı almayan 148 gebe ile tasarlanan çalışmanın gücü %99 olarak bulunmuştur. Çalışmaya örneklem dahil edilme kriterlerine uygun olan 300 kadın dahil edilmiştir. Preeklampsi tanısı alıp doğumun 1. gününde olan 150 kadın ve preeklampsi tanısı almadan doğum sonrası 1. gün içinde olan 150 kadın örnekleme alınmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriterleri;

- Herhangi bir iletişim problemi bulunmayan (konuşma, görme, işitme, mental problem, v.b),
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Doğum sonrası 1. gün içinde olan,
- Preeklampsi grubunda ilerlemiş preeklampsi ve eklampsi nedeniyle magnezyum sülfat tedavisi almamış olan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlar çalışma kapsamına alındı.

Araştırmanın preeklampsi tanısı almamış grupta yer alan 12 kadın veri toplama formunu eksik doldurduğu ya da formun tamamını doldurmak istemediğinden, çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Hedeflenen örneklem büyüklüğünü sağlamak için, kapsam dışında kalan 12 kadın yerine aynı sayıda gönüllü kadın çalışma kapsamına alınarak çalışma 300 kişi ile tamamlanmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni preeklampsi tanısı almış olmak ve preeklampsi tanısı almamış olmak, bağımsız değişkenleri yaş, eşin yaşı, eğitim durumu, eş eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi durumu, BKİ, obstetrik hikaye, sigara ve alkol kullanma, uyku süresi, horlama, düşük tehdidi yaşama, maternal hastalıklar, gebelikte yaşanan sorunlar, aileye ait hastalıklar, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Preeklampsi Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Anket Formu” (EK.1) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK.2) kullanılarak toplanmıştır.

*Preeklampsi Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Anket Formu*; literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen form, toplam 45 sorudan oluşmaktadır (Duckitt and Harrington 2005, Steegers et. al 2010, Trostad, Magnus and Stoltenberg 2011, ACOG 2015, Norwitz, Lockwood and Barss 2016). Formda, kadının demografik özelliklerini belirlemeye yönelik (yaş, eğitim durumu, aile tipi, en uzun yaşanan yer, çalışma durumu, v.b.) 13 soru, preeklampsiye ilişkin risk faktörlerini belirlemeye yönelik (gebelik yaşı, düşük tehdidi yaşama, bulantı kusma yaşama durumu, ailevi yatkınlık, v.b) 32 soru yer almaktadır

*Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD II)*; ölçeğinin ilk versiyonu, Walker, Sechrist ve Pender tarafından (1987) geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk hali 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçek 1996 yılında revize edilmiş ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” olarak adlandırılmıştır. Revize edilen ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve stres yönetimidir (5,11,17,23,29,35,41,47).

Ölçeğin derecelendirmesi, hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olmak üzere 4'lü likert şeklinde yapılmaktadır. Ölçeğin tamamı için alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanın artması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Esin (1997), Akça (1998) ve Bahar vd. (2008) tarafından yapılmıştır. Esin (1997) tarafından yapılan çalışmada 48 maddelik olan ölçeğin ilk versiyonu, Akça (1998) tarafından yapılan çalışmada (1998) ve Bahar vd. (2008) tarafından yapılan çalışmalarda ise 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmıştır. Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı, Esin'in (1997) çalışmasında 0.91, alt boyutların ise 0.55-0.84 arasında; Akça'nın (1998) çalışmasında 0.90, alt boyutların ise 0.52-0.81 arasında; Bahar vd (2008) çalışmasında ise 0.92, alt boyutların ise 0.64-0.80 arasında hesaplanmıştır (Walker, Sechrist and Pender 1987, Walker and Hill-Polerecky 1996, Esin 1997, Akça 1998, Bahar vd. 2008, Şen 2011). Çalışmamızda Bahar vd. (2008) tarafından (ölçeğin daha önceki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarından uzun zaman geçmesi nedeniyle tekrar uyarlanan) geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan 52 soruluk şekli kullanılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce mail ortamında ilgili yazardan izin alınmıştır (EK.3).

Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.930 olarak saptanmıştır. Alt boyutlarda ise; 9 maddeden oluşan "Sağlık Sorumluluğu" alt boyutunun oldukça güvenilir ( $\alpha=0,788$ ), 8 maddeden oluşan "Fiziksel Aktivite" alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ( $\alpha=0,834$ ), 9 maddeden oluşan "Beslenme" alt boyutunun oldukça güvenilir ( $\alpha=0,636$ ), 9 maddeden oluşan "Manevi Gelişim" alt boyutunun oldukça güvenilir ( $\alpha=0,764$ ), 9 maddeden oluşan "Kişilerarası İlişkiler" alt boyutunun oldukça güvenilir ( $\alpha=0,739$ ) ve 8 maddeden oluşan "Stres Yönetimi" alt boyutunun ise oldukça güvenilir ( $\alpha=0,758$ ) olduğu görülmüştür.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri, 01 Ağustos 2017 – 30 Nisan 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler preeklampsi tanısı alan kadınlar doğum yaptıktan sonra perinatoloji doğum sonrası servisinde doğum sonrası 1. günde ve preeklampsi tanısı

almamış kadınlar için normal doğum sonrası lohusa servisinde, kadınların kendini en rahat hissettiği zaman diliminde toplanmıştır. Veri toplanmaya başlanmadan önce kadınlara araştırmanın amacı ve önemi hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır. Kadınlardan sorulara bu gebeliğin başlangıcından itibaren yaptıkları davranış ve uygulamalara göre cevap vermeleri istenmiştir. Preeklampsi Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Anket Formu yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. SYBD II ölçeği ise kadınlara verilerek, kendilerinin doldurması sağlanmıştır. Okuma-yazması olmayan ya da okuduğunu anlamayan gebelere araştırmacı tarafından kesinlikle yorum yapılmadan sorular okunarak cevapları işaretlenmiştir. Araştırmada veri toplama formlarının doldurulma süresi ortalama 20-25 dakikadır.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışma verilerin analizinde istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ( $ort \pm ss$ ) verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin ölçek ve alt boyut puanları, ilgili maddelerin toplamı alınarak elde edilmiştir. Çalışmada uygulanacak analizlere karar verebilmek için Kolmogorov Smirnov normallik testi uygulanmış olup, verilerin normallik varsayımını sağladığı görüldüğünden kıyaslamalarda parametrik testler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığı Bağımsız İki Grupta T Testi ile incelenmiştir. Bağımsız iki kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığı Ki-Kare Testi ile incelenmiştir. Kategorik değişkenlerde Ki-Kare beklenen değer varsayımı sağlanamadığı durumlarda ise 2x2 tablolarda Fisher's Kesin (Exact) Ki-Kare Testi ve nxm tablolarda ise Freeman-Halton Fisher's Kesin (Exact) Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tüm analizler için  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yürütülmesi için, Karabük Üniversitesi Etik Kurul'undan etik onay (EK.4) ve gerekli izinler alınmıştır. Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından

her kadına araştırmanın önemi ve amacı hakkında bilgi verilerek kadınlardan yazılı onam (EK.5) alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin kullanım izni için ölçeğin en son Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışmasını yapan yazarlardan mail aracılığıyla izin (EK.3) alınmıştır.

Veri toplama formunun uygulaması sırasında kadınların tüm soruları araştırmacı tarafından cevaplanmıştır. Formun doldurulmasının ardından kadınlara eksik bilgileri, kişisel hijyenleri ve sağlıklı yaşam davranışları hakkında bilgi verilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar**

Literatürde preeklampsinin postpartum dönemde de ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Al-Safi et al 2011, Brichant and Bonhomme 2014). Bu nedenle çalışma kapsamına doğum sonrası 1. gün içinde olan kadınlar dahil edildi. Normal doğumların 24 saat, sezaryen doğumların 48 saatte taburcu olması sebebiyle postpartum sürecin ilerleyen günlerinde veri toplanması yapılamadı. Kadınlardan sorulara bu gebeliğin başlangıcından itibaren yaptıkları davranış ve uygulamalara göre cevap vermeleri istendi. Bu nedenle kadınların unutmama faktörü olabileceği düşünülmektedir. Hafızaya bağlı yanılma faktörünü ortadan kaldırmak için gebelerin prospektif olarak takip edilebildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## 4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtildiği gibi 4 ana başlık altında sunulacaktır.

4.1.Sosyo-Demografik ve Obstetrik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.2.Davranışsal Risk Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.3.Maternal Hastalıklar ve Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.4.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

### **4.1. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların yaşı, yaşadığı yer, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, ekonomik durumu, aile tipi, sosyal güvence durumu, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, ilk doğum yaşı, gebelik sayısı, düşük/kürtaj sayısı, son iki gebelik arasındaki süre, gebelikten önceki BKİ, son gebeliğe ait verilere (çoğul gebelik, infertilite tedavisi alma, gebeliği planlama, gebelik izleminde kan basıncı ölçülmesi, düşük tehdidi yaşama, hiperemesis yaşama durumu) ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 1. Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması**

Değişken	Preeklampsi Tanısı Alma Durumu				İstatistiksel Analiz	
	Almış (n=150)		Almamış (n=150)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş</b>						
18-24 yaş	31 <sub>a</sub>	20,7	51 <sub>b</sub>	34,0	$\chi^2= 40,033$ <b>p=0,000***</b>	
25-29 yaş	35 <sub>a</sub>	23,3	64 <sub>b</sub>	42,7		
30-34 yaş	44 <sub>a</sub>	29,3	25 <sub>b</sub>	16,7		
35 yaş ve üzeri	40 <sub>a</sub>	26,7	10 <sub>b</sub>	6,7		
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	146	97,3	150	100,0	<i>Analiz yapılamamıştır</i>	
Bekar	4	2,7	-	-		
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okuryazar değil/ Okuryazar	12 <sub>a</sub>	8,0	4 <sub>b</sub>	2,7	$\chi^2= 12,221$ <b>p=0,016*</b>	
İlkokul	29 <sub>a</sub>	19,3	15 <sub>b</sub>	10,0		
Ortaokul	32 <sub>a</sub>	21,3	44 <sub>a</sub>	29,3		
Lise	50 <sub>a</sub>	33,3	49 <sub>a</sub>	32,7		
Üniversite ve üzeri	38 <sub>a</sub>	25,3	27 <sub>a</sub>	18,0		
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışmıyor	122	81,3	124	83,2	$\chi^2= 0,183$ p=0,669	
Çalışıyor	28	18,7	25	16,8		
<b>Eş Çalışma Durumu</b>						
Çalışmıyor	2	1,4	1	0,7	fisher p=0,620	
Çalışıyor	144	98,6	148	99,3		
<b>Eş Eğitim Durumu</b>						
İlkokul	34 <sub>a</sub>	23,0	18 <sub>b</sub>	12,1	$\chi^2= 11,168$ <b>p=0,011*</b>	
Ortaokul	27 <sub>a</sub>	18,2	40 <sub>a</sub>	26,8		
Lise	59 <sub>a</sub>	39,9	49 <sub>a</sub>	32,9		
Üniversite ve üzeri	28 <sub>a</sub>	18,9	42 <sub>a</sub>	28,2		
<b>Ekonomik Durum</b>						
Gelir giderden az	38	25,7	31	20,9	$\chi^2= 1,082$ p=0,582	
Gelir gidere eşit	96	64,9	100	67,6		
Gelir giderden fazla	14	9,5	17	11,5		

\*:p<0,05 \*\*\*:p<0,001,  $\chi^2=$  Ki-Kare Testi p=Anlamlılık Düzeyi  
a-b=İki grup arasında farklılık var a-a= iki grup arasında farklılık yok

Araştırmaya katılan kadınların (n=300) sosyodemografik özellikleri ile ilgili risklerin karşılaştırılması Tablo 1’de sunulmuştur. Preeklampsi tanısı almış grupta kadınların %20,7’si, preeklampsi tanısı almamış grupta %34,0’ı 18-24 yaş aralığındadır. Preeklampsi tanısı almamış grupta yer alan kadınların %42,7’si 25-29



yaş aralığındadır. Preeklampsi grubunda 25-29 yaş aralığında olan kadınlar ise %23,3'dür. Preeklampsi grubunda, 30-34 yaş %29,3'u iken preeklampsi tanısı almamış grupta %16,7 olarak saptandı. Preeklampsi grubunda 35 yaş ve üzeri kadınlar %26,7 olup preeklampsi tanısı almamış grupta bu yaş aralığında olan kadınlar %6,7'dir. Kadınların yaş dağılımı açısından gruplar arası fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $\chi^2=40,033$ ,  $p<0,001$ ). Preeklampsi tanısı almamış grupta yer alan kadınların tamamı evli iken, preeklampsi grubundaki kadınların %2,7'si bekar olup, gruplar arasında karşılaştırma yapılamamıştır.

Çalışmada preeklampsi grubunda okur-yazar olmayan/okuryazar olan kadınlar %8,0 ve ilkokul mezunu olan kadınlar %19,3 olup tanı almamış grupta sırayla %2,7 ve %10,0 olup iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=12,221$ ,  $p=0,016$ ). Benzer şekilde preeklampsi grubunda eşin ilkokul mezunu olma durumu %23,0'dir ve tanı almamış gruba göre (%12,1) daha yüksek olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=11,168$ ,  $p=0,011$ ) (Tablo 1).

Preeklampsi tanısı almamış grupta yer alan kadınların %83,2'si, preeklampsi grubunda yer alan kadınların ise %81,3'ü çalışmamaktadır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=0,183$ ,  $p=0,669$ ). Preeklampsi tanısı almamış grupta yer alan kadınların eşlerinin %99,3'ü, preeklampsi grubundakilerin ise %98,6'sı çalışmakta olup gruplararası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=0,183$ ,  $p=0,620$ ). Preeklampsi tanısı almamış grupta yer alan kadınların %67,6'sı, preeklampsi grubunda yer alan kadınların ise %64,9'u gelirini giderine eşit olarak belirtmiştir. Gelirini giderinden az olarak ifade eden kadınlar preeklampsi tanısı almamış grupta %20,9, preeklampsi grubunda %25,7 olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=1,082$ ,  $p=0,582$ ) (Tablo 1).

Tablo 1'de verilmemekle birlikte, preeklampsi tanısı almamış grupta yer alan kadınların %76,0'ı, preeklampsi grubundakilerin ise %84,9'unun aile tipi çekirdek ailedir. Sağlık güvencesi ve aile tipi açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (sırasıyla  $p=0,271$  ve  $p=0,142$ ). Preeklampsi tanısı almamış grupta kadınların %93,3'nün, preeklampsi grubundaki kadınların %96'sının yaşadığı yer Ankara'dır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamli değildir ( $p=0,298$ ). Tabloda verilmemekle birlikte preeklampsi tanısı almamış grupta yer alan kadınların ortalama evlenme yaşı  $21,53\pm 3,694$  yıl (minimum:14, maksimum: 34), preeklampsi grubunda ise  $22,16\pm 4,715$  yıl (minimum:13, maksimum: 39) olup gruplar arası fark istatistiksel açıdan anlamli değildir ( $p=0,204$ ).

**Tablo 2. Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Obstetrik Risklerin Karşılaştırılması**

Obstetrik Öykü	Preeklampsi Tanısı Alma Durumu		İstatistiksel Analiz		
	Almış (n=150)	Almamış (n=150)	t*	df	p
	Ort±Ss	Ort±Ss			
İlk Gebelik Yaşı	23,52±5,06	22,62±3,92	-1,735	298	p=0,084
İlk Doğum Yaşı	23,91±4,93	22,97±3,90	-1,856	298	p=0,064
Gebelik Sayısı	2,58 ± 1,60	2,02±1,22	-3,402	298	<b>p=0,001</b>
Düşük/Kürtaj Sayısı	1,52±1,015	1,35±0,75	-0,781	79	p=0,437

\*student t testi

Tablo 2 incelendiğinde ilk gebelik yaşı ortalaması preeklampsi grubunda  $23,52\pm 5,06$  preeklampsi tanısı almamış grupta  $22,62\pm 3,92$  olup, gruplararası fark istatistiksel olarak anlamli değildir ( $p=0,084$ ). İlk doğum yaşı preeklampsi tanısı almamış grupta  $22,97\pm 3,90$  ve preeklampsi grubunda  $23,91\pm 4,93$  olup, gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamli değildir ( $p=0,064$ ). Kadınların düşük/kürtaj sayıları ortalaması, preeklampsi tanısı almamış grupta  $1,35\pm 0,755$  ve preeklampsi grubunda  $1,52\pm 1,015$  olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli değildir ( $p=0,437$ ). Son iki gebelik arasındaki süre açısından ise gruplar karşılaştırıldığında, preeklampsi tanısı almamış grupta  $42,69\pm 33,19$  ay olup preeklampsi grubunda ortalama  $64,26\pm 52,05$  aydır ve gruplararası fark istatistiksel olarak anlamli değildir ( $p=0,437$ ). Preeklampsi grubundaki kadınların ortalama gebelik sayısı  $2,02\pm 1,22$ , preeklampsi tanısı almamış gruptaki kadınların ise  $2,58\pm 1,60$  olup preeklampsi grubundaki kadınların gebelik sayısı preeklampsi tanısı almamış gruptakilere göre istatistiksel olarak anlamli derecede yüksektir ( $p=0,001$ ).

Tabloda verilmemekle birlikte nullipar oranı preeklampsi tanısı almamış grupta %42,0 olup tanı almış grupta %31,3 olarak saptanmıştır. Preeklampsi tanısı almamış grupta 4 ve üzeri gebelik %12,1 iken preeklampsi grubunda %27,4 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=12,337$ ,  $p=0,006$ ).

**Tablo 3. Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Gebelikten Önceki BKİ'nin Karşılaştırılması**

Preeklampsi Tanısı Alma Durumu	BKİ			Analiz		
	n	Ort.	Ss	t	sd	p
Almış	150	27,75	7,54	-5,722	241,599	0,001
Almamış	150	23,66	4,45			

Tablo 3'de preeklampsi tanısı almış ve preeklampsi tanısı almamış gruptaki kadınların gebelikten önceki BKİ ortalaması karşılaştırılmıştır. Preeklampsi tanısı almış grupta gebelikten önceki BKİ ortalaması  $27,75 \pm 7,54$  olup, preeklampsi tanısı almamış gruptan ( $23,66 \pm 4,45$ ) istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

**Tablo 4. Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Grupta Son Gebeliğe Ait Verilerin Karşılaştırılması**

Son Gebeliğe Ait Veriler	Preeklampsi Tanısı Alma Durumu				İstatistiksel Analiz $\chi^2$ ; p
	Almış		Almamış		
	n	%	n	%	
<b>Son İki Gebelik Arasındaki Süre (Ay) (n=185)</b>					
1-24 ay	24	24,2	33	38,4	$\chi^2= 5,208$ p=0,074
25-48 ay	29	29,3	25	29,1	
49 ay ve üzeri	46	46,5	28	32,6	
<b>Çoğul gebelik varlığı</b>					
Hayır	145	96,7	146	97,3	$\chi^2=0,115$
Evet	5	3,3	4	2,7	p=1,000**
<b>İnfertilite tedavisi görme durumu</b>					
Hayır	139 <sub>a</sub>	92,7	148 <sub>b</sub>	98,7	$\chi^2=6,513$
Evet	11 <sub>a</sub>	7,3	2 <sub>b</sub>	1,3	<b>p=0,02**</b>
<b>Gebeliği planlama durumu</b>					
Hayır	46	30,7	36	24,0	$\chi^2= 1,678$
Evet	104	69,3	114	76,0	p=0,195
<b>Gebelik takibinde kan basıncı ölçülme durumu</b>					
Hayır	22 <sub>a</sub>	14,1	9 <sub>b</sub>	6,0	$\chi^2=6,080$
Evet	128 <sub>a</sub>	85,9	141 <sub>b</sub>	94,0	<b>p=0,022*</b>
<b>Düşük tehdidi yaşama durumu</b>					
Hayır	109	72,7	125	83,3	$\chi^2= 4,973$
Evet	41	27,3	25	16,7	<b>p=0,026</b>
<b>Hiperemesis yaşama durumu</b>					
Hayır	74	49,3	78	52,0	$\chi^2= 0,213$
Evet	76	50,7	72	48,0	p=0,644
<b>Toplam</b>	150	100,0	150	100,0	

\*:p<0,05 \*\*Fisher's Exact test

$\chi^2=$  Ki-Kare Testi p=Anlamlılık Düzeyi

a-b=İki grup arasında farklılık var a-a= iki grup arasında farklılık yok

Tablo 4'te preeklampsi tanısı almış ve preeklampsi tanısı almamış grupta yer alan kadınların son gebeliklerine ait veriler karşılaştırılmıştır. Son iki gebelik arasındaki süreye bakıldığında 24 aydan kısa gebelik aralığı preeklampsi grubunda

%24,2 iken tanı almamış grupta %38,4, 25-48 ay arası preeklampsi grubunda %29,3 olup tanı almamış grupta %29,1'dir. Preeklampsi grubunda 49 ay ve üzeri aralık %46,5, tanı almamış grupta ise %32,6, olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=5,208$ ,  $p=0,074$ ). Preeklampsi grubunda yer alan kadınların son gebeliklerinde çoğul gebelik %3,3, tanı almamış grupta ise %2,7'dir ve gruplararası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=0,115$ ,  $p=1,000$ ). Preeklampsi grubunda yer alan kadınların %7,3'ü, tanı almamış grupta ise %1,3'ü son gebeliklerinde infertilite tedavisi almıştır. İnfertilite tedavisi alanlar tanı almış grupta tanı almayan gruba göre istatistiksel olarak önemli derecede yüksektir ( $\chi^2=6,513$ ,  $p=0,02$ ). Preeklampsi grubunda yer alan kadınların %69,3'ünün, tanı almamış grupta yer alan kadınların ise %76,0'nın son gebelikleri planlı olup gruplar arasında farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,195$ ). Preeklampsi grubunda yer alan kadınların %85,9'unun, tanı almamış grupta yer alan kadınların %94,0'ının son gebeliğinde kan basıncı ölçülmüş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemlidir ( $\chi^2=0,80$ ,  $p=0,022$ ). Son gebelikte düşük tehdidi yaşama açısından gruplar karşılaştırıldığında preeklampsi grubunda (%27,3) tanı almamış gruptan (%16,7) istatistiksel olarak önemli derecede yüksek olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=4,973$ ,  $p=0,026$ ). Son gebelikte hiperemesis yaşayanlar ise preeklampsi grubunda %50,7, tanı almamış grupta %48,0 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $\chi^2=213$ ,  $p=0,644$ ).

#### **4.2. Davranışsal Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bu bölümde kadınların fiziksel şiddet, duygusal şiddet görme durumu, gebelik öncesi ve gebelikte sigara, alkol kullanma ve kullanılan gebelikten korunma yöntemi ile ilgili bulgular yer almaktadır.

**Tablo 5. Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Grupta Davranışsal Risk Faktörlerin Karşılaştırılması**

Davranışsal Risk	Preeklampsi Tanısı Alma Durumu				İstatistiksel Analiz
	Almış		Almamış		
	n	%	n	%	
<b>Gebelik döneminde fiziksel şiddet görme durumu</b>					
Hayır	147	98,0	150	100,0	<i>Analiz yapılamamıştır</i>
Evet	3	2,0	-	-	
<b>Gebelik döneminde duygusal şiddet görme durumu</b>					
Hayır	139	92,7	145	96,7	$x^2=2,377$ $p=0,123$
Evet	11	7,3	5	3,3	
<b>Gebelik öncesinde sigara kullanma durumu</b>					
Hayır	120	80,0	122	81,3	$x^2= 2,026$ $p=0,567$
Günde 1-5 adet	10	6,7	14	9,3	
Günde yarım paket	11	7,3	9	6,0	
Günde 1 paket ve üzeri	9	6,0	5	3,3	
<b>Gebelikte sigara kullanma durumu</b>					
Hayır	130	86,7	135	90,0	$x^2= 1,689$ $p=0,731$
Günde 1-5 adet	15	10,0	10	6,7	
Günde yarım paket	3	2,0	4	2,7	
Günde 1 paket ve üzeri	2	1,3	1	0,7	
<b>Gebelik öncesinde alkol kullanma durumu</b>					
Hayır	145	96,7	145	96,7	<i>Analiz yapılamamıştır</i>
Sadece özel zamanlarda	3	2,0	5	3,3	
Ayda 1-2 kez	1	0,7	-	-	
Gün aşırı ya da her gün	1	0,7	-	-	
<b>Gebelik döneminde alkol kullanma durumu</b>					
Hayır	150	100,0	149	99,3	<i>Analiz yapılamamıştır</i>
Evet	0	0,0	1	0,7	
<b>Kullanılan gebelikten korunma yöntemi</b>					
Hiçbir yöntem kullanmama	76	50,6	77	51,3	$x^2= 2,300$ $p=0,681$
Geri çekme	27	18,0	24	16,0	
RİA	15	10,0	10	6,7	
Hap	8	5,4	12	8,0	
Kondom	24	16,0	27	18,0	
<b>Toplam</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>	

$x^2=$  Ki-Kare Testi,  $p=$ Anlamlılık Düzeyi, \*Fisher's Exact Test, \*\*: $p<0,001$

Tablo 5 incelendiğinde preeklampsi tanısı almamış gruptaki kadınlar gebelikte fiziksel şiddet yaşamadıklarını belirtirken preeklampsi grubunda bu oran %2,0 olup iki grup arasında istatistiksel analiz yapılamamıştır. Gebelik döneminde duygusal

şiddet görme durumu preeklampsi grubunda %7,3, tanı almamış grupta ise %3,3 olup gruplararası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $x^2=2,377$ ,  $p=0,123$ ).

Gebelik öncesinde sigara kullanmama durumu preeklampsi grubunda %80,0 iken tanı almamış grupta %81,3 olarak saptandı. Gebelik öncesinde preeklampsi grubundaki kadınların günlük sigara kullanma durumu sırayla 1-5 adet kullananlar %6,7, yarım paket kullananlar %7,3, bir paket ve üzeri sigara kullananlar ise %6,0'dır. Tanı almamış grupta ise sırayla %9,3, %6 ve %3,3 olarak bulunmuştur. Gebelik öncesinde sigara kullanma açısından gruplar arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $x^2=2,026$ ,  $p=0,567$ ). Gebelikte sigara kullanmayan kadınlar ise tanı almış grupta %86,7 tanı almamış grupta %90,0'dir. Tanı grubunda gebelikte günde 1-5 adet sigara kullanan kadınlar %10,0, günde yarım paket kullanan kadınlar %2,0, bir paket ve üzerinde sigara kullanan kadınlar %1,3'dir. Tanı almamış grupta ise sırayla %6,7, %2,7 ve %0,7 olup, gebelikte sigara kullanma durumu açısından gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $x^2=1,689$ ,  $p=0,731$ ) (Tablo 5).

Grupların gebelik öncesinde alkol kullanma durumu karşılaştırıldığında iki grupta da gebelik öncesinde alkol kullanmayanlar %96,7'dir. Preeklampsi tanısı almamış grupta sadece özel zamanlarda alkol kullanan kadınlar %3,3 olup, preeklampsi grubunda gebelik öncesinde alkol kullanan kadınlar sadece özel zamanlarda %2,0, ayda bir-iki kez kullanan kadınlar %0,7 gün aşırı ve hergün kullananlar ise %0,7 olup gruplar arasında istatistiksel analiz yapılamamıştır. Gebelikte alkol kullanma durumuna bakıldığında ise preeklampsi grubunda kullanmayanlar %100,0 iken preeklampsi tanısı almamış grupta bu oran %99,3 olup istatistiksel analiz yapılamamıştır (Tablo 5).

Kullanılan gebelikten korunma yöntemi açısından değerlendirildiğinde hiçbir yöntem kullanmayan kadınlar tanı grubunda %50,6, tanı almamış grupta %51,3, geri çekme yöntemi kullanan kadınlar tanı almış grupta %18,0, tanı almamış grupta %16,0'dır. Rahim içi araç (RİA) kullanma durumu tanı grubunda %10,0, tanı almamış grupta %6,7'dir. Oral kontraseptif kullanımı tanı grubunda %5,4, tanı almamış grupta %8,0 ve kondom kullanma durumu ise tanı grubunda %16,0 tanı

almamış grupta %18,0 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=2,300$ ,  $p=0681$ ) (Tablo 5).

#### 4.3. Maternal Hastalıklar ve Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, kadınların, gebelikte burun tıkanıklığı, günlük uyku süresi, horlama, uykudan dinlenmiş kalkma, varis, hemoroid, diş ve diş eti sorunu yaşama durumu, kendisi ve akrabalarına ait preeklampsi öyküsü, kendisinde ve ailelerinde kronik hastalıkların durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 6. Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Grupta Maternal Hastalıklar ve Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıkların Karşılaştırılması**

Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar	Preeklampsi Tanısı Alma Durumu				İstatistiksel Analiz
	Almış		Almamış		
	n	%	n	%	
<b>Burun tıkanıklığı</b>					
Hayır	65	43,3	82	54,7	$\chi^2= 3,855$
Evet	85	56,7	68	45,3	$p=0,050$
<b>Günlük uyku süresi</b>					
2-7 saat	61 <sub>a</sub>	40,6	38 <sub>b</sub>	25,3	$\chi^2= 6,221$ <b><math>p=0,045^*</math></b>
8 saat	41 <sub>a</sub>	27,4	53 <sub>a</sub>	35,4	
9 saat ve üstü	48 <sub>a</sub>	32,0	59 <sub>a</sub>	39,3	
<b>Uykudan dinlenmiş kalkma durumu</b>					
Hayır	66 <sub>a</sub>	44,0	48 <sub>b</sub>	32,0	$\chi^2= 4,584$
Evet	84 <sub>a</sub>	56,0	102 <sub>b</sub>	68,0	<b><math>p=0,032^*</math></b>
<b>Horlama</b>					
Hayır	93 <sub>a</sub>	62,0	118 <sub>b</sub>	78,7	$\chi^2= 9,985$
Evet	57 <sub>a</sub>	38,0	32 <sub>b</sub>	21,3	<b><math>p=0,002^{**}</math></b>
<b>Varis</b>					
Hayır	127	84,7	130	86,7	$\chi^2= 0,244$
Evet	23	15,3	20	13,4	$p=0,621$
<b>Hemoroid</b>					
Hayır	129	86,0	133	88,7	$\chi^2= 0,482$
Evet	21	14,0	17	11,4	$p=0,487$
<b>Diş/diş eti problemi</b>					
Hayır	89	59,3	94	62,7	$\chi^2= 0,350$
Evet	61	40,7	56	37,3	$p=0,554$
<b>Toplam</b>	150	100,0	150	100,0	

\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$   $\chi^2=$  Ki-Kare Testi  $p=$ Anlamlılık Düzeyi  
a-b=İki grup arasında farklılık var a-a= iki grup arasında farklılık yok



Tablo 6 incelendiğinde gebelikte burun tıkanıklığı yaşama durumu tanı grubunda %56,7, tanı almamış grupta %45,3 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=3,855$ ,  $p=0,050$ ). Grupların günlük uyku sürelerine bakıldığında 7 saat ve altında uyku süresi tanı grubunda %40,6, tanı almamış grupta %25,3'tür ve preeklampsi grubunda uyku süresi anlamı derecede düşük saptanmıştır. Tanı grubunda günlük 8 saat uyku %27,4, 9 saat ve üzeri uyku %32,0'dir. Tanı almamış grupta ise sırayla %35,4 ve %39,3'tür. Günlük 7 saat ve altında uyku süresi açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=6,221$ ,  $p=0,045$ ). Tanı grubunda horlama %38,0 iken tanı almamış grupta %21,3 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=9,985$ ,  $p=0,002$ ). Uykudan dinlenmiş kalkma durumu tanı grubunda %56,0, tanı almamış grupta %68,0 olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=4,584$ ,  $p=0,032$ ).

Varis görülme durumu tanı grubunda %15,3, tanı almamış grupta %13,4 olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=0,706$ ,  $p=0,621$ ). Hemoroid görülme durumu tanı grubunda %14,0 iken tanı almamış grupta %11,4'tür ve gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=0,482$ ,  $p=0,487$ ). Diş ve diş eti problemi yaşama durumu tanı grubunda %40,7 tanı almamış grupta %37,3 olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=0,350$ ,  $p=0,554$ ) (Tablo 6).

**Tablo 7. Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Gruplarda Kendisi ve Akrabalarına Ait Preeklampsi Öyküsünün Karşılaştırılması**

Preeklampsi Öyküsü	Preeklampsi Tanısı Alma Durumu				İstatistiksel Analiz $\chi^2$ ; p
	Almış		Almamış		
	n	%	n	%	
<b>Önceki gebelikte preeklampsi tanısı alma durumu (n=188*)</b>					
Hayır	82	81,2	87	100,0	<i>Analiz yapılamamıştır</i>
Evet	19	18,8	-	-	
<b>Birinci derece akrabaların (anne, kardeş) preeklampsi tanısı alma durumu (n=150)</b>					
Hayır	123 <sub>a</sub>	82,0	145 <sub>b</sub>	96,7	$\chi^2= 16,931$ <b>p=0,000***</b>
Evet	27 <sub>a</sub>	18,0	5 <sub>b</sub>	3,3	
<b>Eşin annesinin preeklampsi tanısı alma durumu (n=150)</b>					
Hayır	140 <sub>a</sub>	93,3	149 <sub>b</sub>	99,3	$\chi^2= 7,644$ <b>p=0,006**</b>
Evet	10 <sub>a</sub>	6,7	1 <sub>b</sub>	0,7	
<b>Eşin önceki eşinin preeklampsi tanısı alma durumu (n=38)</b>					
Hayır	11	84,6	25	100,0	<i>Analiz yapılamamıştır</i>
Evet	2	15,4	0	-	

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001  $\chi^2=$  Ki-Kare Testi p=Anlamlılık Düzeyi

a-b=İki grup arasında farklılık var a-a= iki grup arasında farklılık yok

\*\*Fisher's Exact test

Tablo 7'de kadının kendisi ve akrabalarına ait preeklampsi öyküsü karşılaştırılmıştır. Preeklampsi grubunda daha önceki gebeliğinde preeklampsi tanısı aldığını belirten kadınların %18,8 olmakla birlikte preeklampsi tanısı almamış grupta daha önce preeklampsi tanısı almış gebe bulunmamaktadır.

Birinci derece akrabalarında (anne, kardeş) preeklampsi tanısı alma durumu incelendiğinde tanı grubunda %18,0 iken, tanı almamış grupta %3,3 olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=16,931$ , p=0,000). Eşin annesinin preeklampsi tanısı alma durumu ise tanı grubunda %6,7 ve tanı almamış grupta %0,7 olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=7,644$ , p=0,006). Eşin önceki eşinin preeklampsi tanısı alma durumu preeklampsi grubunda %15,4 olup, tanı almamış grupta bu duruma evet yanıtı veren kadın olmaması nedeniyle iki grup arasında istatistiksel bir karşılaştırma yapılamamıştır (Tablo 7).

**Tablo 8. Preeklampsi Tanısı Almış ve Tanı Almamış Grupta Kadınlarda ve Ailelerinde Görülen Kronik Hastalıklar ile İlgili Dağılımlar**

Hastalık	PE* Tanısı Alma Durumu	Gebelikten önce				$\chi^2$ ; p	Şimdiki gebelikte				$\chi^2$ ; p	Anne				$\chi^2$ ; p	Baba				$\chi^2$ ; p
		Hayır		Evet			Hayır		Evet			Hayır		Evet			Hayır		Evet		
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
Kalp/Damar Hast.	Almış	147	98,0	3	2,0	$\chi^2=0,203$ $p=0,652$	148	98,7	2	1,3	Analiz yapılamamıştır	129 <sub>a</sub>	86,0	21 <sub>a</sub>	14,0	$\chi^2=5,333$ $p=0,021^*$	126	84,0	24	16,0	Analiz yapılamamıştır
	Almamış	148	98,7	2	1,3		150	100,0	-	-		141 <sub>b</sub>	94,0	9 <sub>b</sub>	6,0		137	91,3	-	-	
Hipertansiyon	Almış	143 <sub>a</sub>	95,3	7 <sub>a</sub>	4,7	Analiz yapılamamıştır	-	-	150 <sub>a</sub>	100,0	Analiz yapılamamıştır	101 <sub>a</sub>	67,3	49 <sub>a</sub>	32,7	$\chi^2=10,332$ $p=0,001^{**}$	123 <sub>a</sub>	82,0	27 <sub>a</sub>	18,0	$\chi^2=8,910$ $p=0,003^{**}$
	Almamış	150 <sub>b</sub>	100,0	-	-		137 <sub>b</sub>	91,3	13 <sub>b</sub>	8,7		125 <sub>b</sub>	83,3	25 <sub>b</sub>	16,7		140 <sub>b</sub>	93,3	10 <sub>b</sub>	6,7	
Diyabet	Almış	146	97,3	4	2,7	$\chi^2=1,831$ $p=0,176$	138 <sub>a</sub>	92,0	12 <sub>a</sub>	8,0	$\chi^2=7,493$ $p=0,006^{**}$	112 <sub>a</sub>	74,7	38 <sub>a</sub>	25,3	$\chi^2=4,630$ $p=0,031^*$	139	92,7	11	7,3	$\chi^2=1,559$ $p=0,212$
	Almamış	149	99,3	1	0,7		148 <sub>b</sub>	98,7	2 <sub>b</sub>	1,3		127 <sub>b</sub>	84,7	23 <sub>b</sub>	15,3		144	96,0	6	4,0	
Anemi	Almış	144	96,0	6	4,0	$\chi^2=0,300$ $p=0,584$	141	94,0	9	6,0	$\chi^2=1,177$ $p=0,278$	143	95,3	7	4,7	$\chi^2=0,849$ $p=0,357$	149	99,3	1	0,7	$\chi^2=0,337$ $p=1,000$
	Almamış	142	94,7	8	5,3		136	90,7	14	9,3		146	97,3	4	2,7		148	98,7	2	1,3	
Otoimmün Hast.	Almış	146	97,3	4	2,7	Analiz yapılamamıştır	148	98,7	2	1,3	Analiz yapılamamıştır	147	98,0	3	2,0	$\chi^2=0,203$ $p=1,000$	148	98,7	2	1,3	$\chi^2=0,337$ $p=1,000$
	Almamış	150	100,0	-	-		150	100,0	-	-		148	98,7	2	1,3		149	99,3	1	0,7	
Böbrek Hast.	Almış	150	100,0	-	-	Analiz yapılamamıştır	150	100,0	-	-	-	146	97,3	4	2,7	$\chi^2=0,115$ $p=1,000$	143	95,3	7	4,7	$\chi^2=4,623$ $p=0,067$
	Almamış	149	99,3	1	0,7		150	100,0	-	-		145	96,7	5	3,3		149	99,3	1	0,7	
Pıhtılaşma Bozukluğu	Almış	150	100,0	-	-	Analiz yapılamamıştır	147	98,0	3	2,0	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$	149	99,3	1	0,7	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$	149	99,3	1	0,7	Analiz yapılamamıştır
	Almamış	147	98,0	3	2,0		147	98,0	3	2,0		149	99,3	1	0,7		150	100,0	-	-	
Tiroit Hast.	Almış	141 <sub>a</sub>	94,0	9 <sub>a</sub>	6,0	$\chi^2=6,621$ $p=0,010^*$	134 <sub>a</sub>	89,3	16 <sub>a</sub>	10,7	$\chi^2=4,905$ $p=0,027^*$	135	90,0	15	10,0	$\chi^2=0,366$ $p=0,545$	149	99,3	1	0,7	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$
	Almamış	149 <sub>b</sub>	99,3	1 <sub>b</sub>	0,7		144 <sub>b</sub>	96,0	6 <sub>b</sub>	4,0		138	92,0	12	8,0		149	99,3	1	0,7	

\*:p<0,05    \*\*:p<0,01    \*\*\*:p<0,001     $\chi^2$ =Ki-Kare    Testi    p=Anlamlılık    Düzeyi    a-b=iki grup arasında farklılık var    a-a=iki grup arasında farklılık yok    \*PE: Preeklampsi

Tablo 8’de kadınlarda ve ailelerinde görülen kronik hastalıklar ile ilgili dağılımlar verilmiştir. Tanı grubunda gebelik öncesinde hipertansiyon görülme durumu %4,7 olup tanı almamış grupta gebelik öncesinde hipertansiyonu olan kadın bulunmamaktadır ve bu nedenle istatistiksel olarak analiz yapılamamıştır. Gebelikte hipertansiyon, preeklampsi tanısı almış grubun tamamında bulunmaktadır, tanı almamış grupta %8,7 olup istatistiksel olarak analiz yapılamamıştır. Gebelikten önce diyabet durumu, tanı almış grupta %2,7 ve tanı almamış grupta 0,7 olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $x^2=1,831$ ,  $p=0,176$ ). Gebelikte ise diyabet tanısı almış kadınlar, preeklampsi tanısı almış grupta %8,0 ve tanı almamış grupta ise %1,3 olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=7,493$ ,  $p=0,006$ ). Preeklampsi grubunda gebelikten önce tiroit hastalığı düzeyi %6,0, tanı almamış grupta ise %0,7 olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=6,621$ ,  $p=0,010$ ). Gebelikte tiroit hastalığı tanı grubunda %10,7 iken, tanısı almamış grupta %4,0 olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=4,905$ ,  $p=0,027$ ).

Kadınlara anne ve babalarındaki kronik hastalıkların karşılaştırması yapıldığında preeklampsi grubunun annelerinde kalp/damar hastalığı %14, tanı almamış grupta %6,0’dır, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=5,333$ ,  $p=0,021$ ). Preeklampsi grubunun annelerinde hipertansiyon görülme düzeyi %32,7 olup tanı almamış grupta %16,7’dir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=10,332$ ,  $p=0,001$ ). Ayrıca preeklampsi grubunun babalarında hipertansiyon %18,0 iken tanı almamış grupta %6,7’dir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=10,332$ ,  $p=0,003$ ). Preeklampsi grubunun annelerinde diyabet %25,3 ve tanı almamış grupta %15,3 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=4,630$ ,  $p=0,031$ ) (Tablo 8).

#### **4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bu bölümde araştırmaya katılan preeklampsi tanısı almış ve preeklampsi tanısı almamış gruptaki kadınların SYBD II Ölçeğine ilişkin aldıkları genel puan ve alt boyutlarının puanları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

**Tablo 9. Ölçek ve Alt Boyutların Puan Ortalamalarına Göre Preeklampsi Tanısı Almış Grup ile Tanı Almamış Grup Arasındaki Farklılığın İncelenmesi**

	Preeklampsi Tanısı Alma Durumu	n	Ort.	Ss	t	P
<b>SYBD II Toplam Puanı</b>	Almış	150	130,67	24,60	-1,835	0,067
	Almamış	150	125,74	21,85		
<b>Alt Boyutlar</b>						
Sağlık Sorumluluğu	Almış	150	22,75	5,33	-2,836	<b>0,005**</b>
	Almamış	150	21,05	5,03		
Fiziksel Aktivite	Almış	150	15,48	5,49	0,720	0,472
	Almamış	150	15,91	4,75		
Beslenme	Almış	150	23,72	4,60	-1,771	0,078
	Almamış	150	22,87	3,72		
Manevi Gelişim	Almış	150	24,78	5,43	-2,123	<b>0,035*</b>
	Almamış	150	23,57	4,34		
Kişilerarası İlişkiler	Almış	150	24,51	5,04	-2,173	<b>0,031*</b>
	Almamış	150	23,31	4,50		
Stres Yönetimi	Almış	150	19,43	4,73	-0,746	0,456
	Almamış	150	19,03	4,46		

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 Ort=Ortalama Ss=Standart Sapma  
t=Bağımsız Örneklem Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 9’da preeklampsi tanısı almış grup ve preeklampsi tanısı almamış grupta yer alan kadınların SYBD II ölçeği genel puan ortalaması ve ölçek alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tanı grubunda yer alan kadınların SYBD II ölçeği genel puan ortalaması 130,67±24,60, tanı almamış grupta ise 125,74±21,85 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,067). Ölçeğin alt boyutları açısından karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması tanı grubunda 22,75±5,33, tanı almamış grupta ise 21,05±5,03 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,005). Fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması tanı grubunda 15,48±5,49, tanı almamış grupta 15,91±4,75 olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,472). Beslenme alt boyutu puan ortalaması tanı grubunda 23,72±4,60, tanı almamış grupta 22,87±3,72 olup gruplararası fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=0,078). Manevi gelişim alt boyutunun puan ortalaması tanı grubunda 24,78±5,43 iken tanı almamış grupta 23,57±4,34 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,035). Kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması tanı grubunda 24,51±5,04, tanı almamış grupta ise 23,31±4,50 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamlıdır ( $p=0,031$ ). Ölçeğin stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması ise tanı grubunda  $19,43\pm 4,73$  ve tanı almamış grupta ise  $19,03\pm 4,46$  olup gruplararası fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p=0,456$ ).

Preeklampsi tanısı almış grup ile tanı almamış grup arasında sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyutlarının puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $p<0,05$ ). Buna göre, preeklampsi tanısı almış grupta sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamalarının, tanı almamış grubun puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 9).

## 5. TARTIŞMA

Preeklampsi, ilk olarak gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyon, proteinüri veya multi organ disfonksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Vazospazm ve endotelyal aktivasyona sekonder organ perfüzyonu ile ilgili vücudun tüm organlarını ve sistemlerini ilgilendiren insan gebeliğine özgü progressif bir sendromdur (August et. al 2019). Preeklampsinin görülme sıklığı %4-5'dir ve gebelikte en sık görülen hipertansif bozukluktur (Purut 2018). Anne, fetus ve yenidoğanda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (Magee et. al 2014). İnsidansı tüm dünyada artış göstermektedir. Bilinen kesin tedavisi ise doğum veya gebelik materyalinin çıkarılmasıdır. Preeklampsi yönetiminde, risk gruplarının erken dönemde tanınması, çoklu organ hasarlarının önlenmesi yoluyla maternal morbidite ve mortalitenin azaltılması dolayısıyla perinatal sonuçların iyileştirilmesi hedeflenmektedir (Ozan, Ertuğrul ve Okumuş 2012, Magee et al 2014). Temel görevlerinden biri gebelik takibi ve bakımı olan ebelik hizmetleri, gebelikte görülebilecek riskli durumların erken dönemde tanınmasını sağlayarak maternal, perinatal morbidite ve mortalitenin azaltılmasına katkı sağlayabilmektedir (Şirin ve Kavlak 2008, Coşkun 2012).

Bu araştırmada, gebelerde preeklampsi gelişimini etkileyen risk faktörlerini ve gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının preeklampsiye etkisinin belirlenmesine çalışılmıştır.

Bu bölümde, Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapmış 150 preeklampsi tanısı almış ve 150 preeklampsi tanısı almamış kadın ile, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve preeklampsiye etki eden risk faktörlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılan çalışmadan elde edilen bulguların tartışmaları;

### 5.1. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Davranışsal Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Maternal Hastalıklar ve Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıkların

Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

### **5.1. Sosyo-Demografik ve Obstetrik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, araştırmaya katılan kadınların yaşı, yaşadığı yer, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, ekonomik durumu, aile tipi, sosyal güvence durumu, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, ilk doğum yaşı, gebelik sayısı, düşük/kürtaj sayısı, son iki gebelik arasındaki süre, gebelikten önceki BKİ, son gebelikle ilgili verilere ait bulgular tartışılmıştır.

Yaş, preeklampsi için bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (August et. al 2019). Çalışmamızda preeklampsi grubunda yer alan gebelerde 30-34 yaş aralığında, 35-39 yaş aralığında ve 40-45 yaş aralığında olan gebelerin oranı preeklampsi tanısı almamış gruptan yüksektir ( $\chi^2=102,671$ ,  $p=0,000$ ). Benzer şekilde, Çulha vd. (2010) çalışmasında maternal yaşı 35 yaş ve üzerinde olması bir risk faktörü olarak bildirilmiştir. Duckitt ve Harrington (2005) doğum öncesi preeklampsi ile ilişkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları sistematik derlemede, PRECOG 2005 rehberinde ve NICE 2011 yılı rehberinde 40 ve üzeri yaş preeklampsi açısından bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir. August vd. (2019)'i preeklampsi açısından rölatif riskin 35 yaş ve üzeri için 1.2, 40 yaş ve üzeri için 1.5 olduğunu belirtmiştir. (August et. al 2019 UpToDate erişim tarihi:01.02.2019). Anne yaşının ileri olmasının preeklampsi risk faktörü olduğuna ilişkin çalışma bulgumuz literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Ülkemizde batı ülkelerindeki gibi sık görülmesine de özellikle büyük şehirlerde evlilik dışı gebelik sayısı artmaktadır (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu 2011). Evlilik dışı gebeliklerde duygusal stres ve sosyal destek eksikliği bu gebeliklerde risk oluşturabilir. Kadınların evlilik dışı gebe kalması, yaşamları için bir stres faktörüdür.



Gebelikte stres, birçok risk faktörü için hazırlayıcı etki yaratmaktadır (Raatikainen, Heiskanen and Heinonen 2005). Çalışmamızda preeklampsi tanısı almamış gruptaki kadınların tamamı evli iken, preeklampsi grubunda bekar kadınlar %2,7'dir. Literatürde medeni durum ile preeklampsi ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Eskenazi vd. (1991) çalışmasında maternal medeni durum preeklampsi riski ile ilişkili bulunmamıştır. Bulgumuz medeni durum ile preeklampsi arasındaki ilişkiye açıklık getirecek daha büyük örneklemlerle çalışmaların yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Kadınların eğitiminin hem kendi sağlıkları hem de çocuklarının sağlıkları üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Eğitimli kadınlar sağlık konusunda bilinçli ve duyarlı davrandıkça anne, bebek ölüm oranları azalmasını etkileyebilmektedir (Adıgüzel 2013, Gelişli 2014). Çalışmamızda okur-yazar olmayan/okuryazar olan (%8,0) ve ilkökul mezunu olan kadınlar (%19,3) preeklampsi grubunda yüksek olup eğitim durumu açısından gruplararası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,016$ ). Ayrıca kadınların eşleri açısından bakıldığında, ilkökul mezunlarının düzeyi preeklampsi grubunda yüksek olup gruplararası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,011$ ). Bulgumuzun aksine, yapılan bazı çalışmalarda maternal eğitim durumu ile preeklampsi arasında ilişki saptanmamıştır (Eskenazi vd. 1991, Çulha, Ocaktan ve Çöl 2010, Lisonkova and Joseph 2013). Literatürde kadınların eşlerinin eğitim durumu ile ilgili bir bilgiye rastlanmamıştır.

Literatürde sosyo-ekonomik düzeyin düşük olmasının preeklampsi açısından risk oluşturacağı belirtilmektedir (Coşkun 2012). Bu çalışmada preeklampsi tanısı almamış grupta yer alan kadınların %67,6'sı, preeklampsi grubunda yer alan kadınların ise %64,9'u gelirini giderine eşit olarak belirtmiştir. Gelirini giderinden az olarak ifade eden kadınlar preeklampsi tanısı almamış grupta %20,9, preeklampsi grubunda %25,7 olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=1,082$ ,  $p=0,582$ ). Benzer şekilde, Çulha vd. (2010) çalışmasında ekonomik durum ile preeklampsi arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışma bulgumuz literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Gebelere ait obstetrik bilgiler gebelikteki riskleri ön görebilmek açısından önemli olmaktadır (Taşkın 2016). Çalışmamızda ilk gebelik yaşı ortalaması preeklampsi grubunda  $23,52 \pm 5,06$ , preeklampsi tanısı almamış grupta  $22,62 \pm 3,92$  ( $p=0,084$ ) ve ilk doğum yaşı ortalaması preeklampsi tanısı almamış grupta  $22,97 \pm 3,90$ , preeklampsi grubunda  $23,91 \pm 4,93$  ( $p=0,064$ ) olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çulha v.d (2010) çalışmasında ilk gebelik yaşı ortalaması  $23,4 \pm 4,9$  olup etkili bulunmamıştır ve ilk doğum yaşı da belirtilmemiştir. Preeklampsi ile ilk gebelik yaşı ve ilk doğum yaşının birlikte değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Preeklampsi risk faktörleri ile ilgili çalışmalarda önceki düşük/küretaj öykülerinin incelendiği görülmektedir (Eskenazi et al 1991). Bu çalışmada kadınların düşük/küretaj sayıları ortalaması preeklampsi tanısı almamış grupta  $1,35 \pm 0,755$  ve preeklampsi grubunda  $1,52 \pm 1,015$  olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,437$ ). Eskenazi vd. (1991) çalışmasında preeklampsi grubunda kontrol grubuna göre iki kat daha fazla terapötik abortus öyküsü olmasına karşın düşük öyküsü yarısı kadar bulunmuştur. Bu çalışmada daha önce düşük öyküsü preeklampsi riski ile ilişkili bulunmamıştır (multipar gebelerde OR,% 0.09;% 95 CI, 0.02-0.48). Çulha v.d (2010) çalışmasında kendiliğinden düşük oranı %8,5 (n:384,  $p=1,000$ ) olup, düşük sayısı ile preeklampsi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda düşük/küretaj açısından risk durumu literatürle benzerlik göstermektedir.

Literatürde preeklampsi risk faktörleri arasında nulliparite ve grandmultiparite de yer almaktadır (Duckitt and Harrington 2005). Çalışmamızda preeklampsi grubundaki kadınların ortalama gebelik sayısı  $2,02 \pm 1,22$ , preeklampsi tanısı almamış gruptaki kadınların ise  $2,58 \pm 1,60$  olup preeklampsi grubundaki kadınların gebelik sayısı preeklampsi tanısı almamış gruptakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $p=0,001$ ). Çalışmamızda nullipar kadınlar preeklampsi tanısı almamış grupta %42,0 olup preeklampsi grubunda nullipar düzeyi %31,3 olarak saptanmıştır. Bezircioğlu vd. (2013) tarafından yapılan çalışmada grandmultipariteye sahip kadınlarda preeklampsi oranı yüksek olarak saptanmıştır. Gezginç vd. (2003) çalışmasında nullipar düzeyi %43,0 olup multipar düzeyi ise %57,0 olarak

saptanmıştır. Çalışma bulgumuz grandmultiparite açısından literatür ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Literatürde son iki gebelik arasındaki süre preeklampsi açısından risk faktörü olarak değerlendirmektedir (Steeegers, Dadelszen, Duvekot, and Pijnenborg 2010). Son iki gebelik arasındaki süreye bakıldığında 24 aydan kısa gebelik aralığı preeklampsi tanısı almamış grupta %38,4 iken preeklampsi grubunda %24,2, 25-48 ay arası preeklampsi tanısı almamış grupta %29,1, preeklampsi grubunda %29,3 olup, 49 ay ve üzeri aralık preeklampsi tanısı almamış grupta %32,6, preeklampsi grubunda %46,5 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=5,208$ ,  $p=0,074$ ). Literatürde iki gebelik arası sürenin iki yıldan az ve on yıldan fazla olmasının preeklampsi açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Duckitt and Harrington 2005, Trogstad, Magnus and Stoltenberg 2011, Nowitz, Lockwood and Barss 2016). Norveç'te toplum tabanlı bir çalışmada doğum arasındaki aralığın 10 yıl ve üzerinde preeklampsi riskini nullipar kadınların oranına çıkardığı ve doğumlar arası aralıkta her bir yıllık artış için preeklampsi oranı 1,12 bulunmuştur (Skjærven, Wilcox and Lie 2002). Çalışmamızda iki doğum arasındaki süre, bu çalışma grubu için anlamlı bulunmadı. Daha büyük gruplarla çalışma yapılması önerilebilir.

Tüm toplumlarda ve tüm yaşlarda fazla kiloluluk ve obezite dünya çapında artış göstermektedir. Dünya genelinde ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte gebelerde obezite prevalansının %1,8 ile %25,3 arasında değiştiği belirtilmektedir (Guelinckx, 2008). Literatürde gebelik öncesindeki ve gebelikteki yüksek BKİ'nin preeklampsi açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Duckitt and Harrington 2005, Vinter et al 2011, Trogstad, Magnus and Stoltenberg 2011, Nowitz, Lockwood and Barss 2016). Çalışmamızda preeklampsi grubundaki kadınların gebelikten önceki BKİ ortalaması  $27,75 \pm 7,54$  olup, preeklampsi tanısı almamış gruptan ( $23,66 \pm 4,45$ ) istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Bautista-Castano vd. (2013) gebeliğin başlangıcındaki maternal kilonun gebelik sonuçlarına etkisini değerlendirdikleri çalışmada normal BKİ'ne sahip kadınlara oranla fazla kilolu ve obez kadınlarda preeklampsi riskinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ekin vd. (2017) çalışmasında da BKİ yüksek olan kadınlarda

preeklampsi riski anlamlı şekilde yüksek ( $p=0,008$ ) bulunmuştur. Başka bir çalışmada kadınların %32,1'inin gebelik öncesi BKİ ortalamasına göre şişman veya obez olduğu saptanmış. Aynı çalışmada bu kadınlar arasında gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi gibi komplikasyonların oranı %53,3 olarak belirtilmiştir (Günaydın 2013). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak preeklampsi tanısı almış olan kadınların gebelikten önceki BKİ ortalaması preeklampsi tanısı almamış gruptaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Son yıllarda tedavi gebeliklerinin maternal komplikasyonlar açısından etkileri üzerinde durulmaktadır. Tedavi ile oluşan gebeliklerde diğer gebeliklere göre preeklampsi riskinin arttığı görülmektedir (August et. al 2019). Çalışmamızda preeklampsi grubunda infertilite tedavisi %7,3 iken preeklampsi tanısı almamış grupta %1,3 olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=6,513$ ,  $p=0,02$ ). Bartsch vd. (2016) tarafından yapılan bir meta-analizde yardımcı üreme tekniklerinin preeklampsi için risk faktörü olduğu belirtilmekte olup bulgumuzu desteklemektedir.

Kaliteli bir gebelik süreci için antenatal dönemde ilk izlemiden itibaren takip ve nitelikli bakım oldukça önemlidir. İlk prenatal kontrolde mutlaka kan basıncı ölçümü yapıp kayıt edilmeli ve her izlemede kan basıncı ölçümü dikkatle tekrarlanmalı bir önceki ölçüm ile aradaki farklar açısından değerlendirilmelidir (Arslan ve Yiğiter 2012). Çalışmamızda gebelikte kan basıncı ölçülme durumu preeklampsi tanısı almış grupta %85,9 iken preeklampsi tanısı almamış grupta %94,0 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $\chi^2=0,80$ ,  $p=0,022$ ). Mostello vd (2002) preeklampsi için risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada yetersiz doğum öncesi bakım almanın preeklampsi gelişimi için bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Çalışmada preeklampsi grubunda yetersiz prenatal bakım %21,1 olup preeklampsi tanısı almamış grupta %16,3 olarak saptanmıştır. Çalışmamızın bulguları literatüre benzerlik göstermektedir.

Gebelerin ilk trimesterde karşılaştığı riskli durumlardan biri kanama ile görülen abortus imminenstir (Taşkın 2016). Hastanede yatan riskli gebelerin incelendiği bir

çalışmada abortus imminens ile hastaneye yatma oranı %7,3 olarak saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bu oranın %10-15 olduğu görülmektedir (Soğukpınar vd. 2018). Çalışmamızda gebelikte düşük tehdidi yaşama durumu preeklampsi tanısı almış grupta (%27,3) iken tanı almamış gruptan (%16,7) istatistiksel olarak önemli derecede yüksek olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=4,973$ ,  $p=0,026$ ). Prospektif bir kohort çalışmasında gebeliğin erken döneminde uzun süreli vajinal kanama yaşayan kadınlarda preeklampsi riskinin iki kat arttığı belirtilmiştir (North et al. 2011). Gebelikte düşük tehdidi yaşamının gebeliğin ileri evrelerinde preeklampsi riski üzerine etkisi ve bu ilişkinin anlaşılır şekilde açıklığa kavuşturulabilmesi açısından daha fazla kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

## **5.2. Davranışsal Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde fiziksel şiddet, duygusal şiddet görme durumu, gebelik öncesi ve gebelikte sigara kullanma durumu ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Kadınların maruz kaldığı aile içi şiddet, kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı öncelikli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Gebelerin gebelik öncesine göre şiddete uğrama risklerinin arttığı belirtilmektedir. Gebelikte şiddetin anneye ve fetüse olumsuz etkileri olmaktadır (Atan 2005). Bu çalışmada preeklampsi grubunda fiziksel şiddet %2,0 olup preeklampsi tanısı almamış gruptaki kadınlar gebelikte fiziksel şiddet yaşamadıklarını belirtmiştir. Duygusal şiddet görme durumu ise preeklampsi tanısı almamış grupta %3,3 iken preeklampsi grubunda ise %7,3 olup gruplararası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=2,377$ ,  $p=0,123$ ). Gebelikte şiddet gören kadınlarda komplikasyon görülme oranı yükselmektedir. Görülen komplikasyonların arasında ise preterm eylem ve hemoraji ile gebelik hipertansiyonu ve bununla ilişkili durumlar da vardır (Christian 1995). Çalışmamızda preeklampsi açısından anlamlı bir ilişki bulunmamış olsa da preeklampsi grubunda fiziksel şiddetin %2,0 ve duygusal şiddetin %7,3 olarak belirlenmiş olması dikkat çekicidir.

Gebelikte kadınların kaçınması gereken davranışlardan biri sigara kullanımınıdır

(Çiçek, Akyürek, Çelik ve Haberal 2012). Çalışmamızda preeklampsi tanısı almamış grupta gebelik öncesinde sigara kullanmayanların %81,3 preeklampsi grubunda ise %80,0'dir. Gebelikte sigara kullanmayan kadınlar preeklampsi tanısı almamış grupta %90,0 preeklampsi grubunda %86,7'dir. Gebelik öncesi ve sonrası sigara kullanımı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $\chi^2=1,689$ ,  $p=0,731$ ). North vd. (2011) tarafından yapılan prospektif bir kohort çalışmasında kadınların sigara kullanma durumunun preeklampsi riskini ironik bir şekilde azalttığı sonucuna varılmıştır. Sigara kullanımının riski azalttığı farklı kaynaklarda da belirtilmektedir. Bir vaka-kontrol çalışmasında preeklampsi olmayan grupta sigara kullanımı oranı %19,2 olup, preeklampsi grubunda %14,0 bulunmuştur (Mostello, Catlin, Roman, Holcomb and Leet 2002). Çalışmamızda sigara kullanımı açısından literatürle benzerlik bulunmamasının nedeni, çalışmanın tek merkezde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu konu ile ilgili olarak çok merkezli daha büyük örneklem içeren çalışmalara gereksinim vardır.

### **5.3. Maternal Hastalıklar ve Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Gebelikte horlama, uykudan dinlenmiş kalkma, diş ve diş eti sorunu yaşama durumu, kendisi ve akrabalarına ait preeklampsi öyküsü, kadınlarda ve ailelerinde kronik hastalıkların durumu ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Gebelikte uyku süresinin kısa ve uyku kalitesinin kötü olmasının hipertansif bozukluklar ve preeklampsi oluşumunda etkili olabileceği belirtilmektedir (Okun, et al 2013, Palagini, et al 2014). Çalışmamıza katılan kadınların uyku ile ilgili durumlarına bakıldığında preeklampsi grubunda günlük uyku süresi 7 saat ve altında olan kadınların düzeyi %40,6, preeklampsi tanısı almamış grupta ise %25,3 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=6,221$ ,  $p=0,045$ ). Ayrıca preeklampsi tanısı almamış grupta horlama durumu %21,3 iken preeklampsi grubunda ise %38,0 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=9,985$ ,  $p=0,002$ ). Uykudan dinlenmiş kalkma durumu preeklampsi tanısı almamış grupta %68,0 ve preeklampsi grubunda ise %56,0 olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=4,584$ ,  $p=0,032$ ). Guilleminault vd.

(2000) çalışmasında, horlayan gebelerin %10'unda, horlamayan gebelerin ise sadece %4'ünde gestasyonel hipertansiyon saptanmış olup, horlamanın gebeliğe bağlı hipertansiyonu artırdığı belirtilmiştir. Edwards vd. (2002) uykuda horlama gibi solunum bozukluğu rahatsızlıklarının gebeliğin son döneminde arttığını belirtmektedir. Benzer şekilde Franklin vd. (2000) çalışmasında horlamanın gestasyonel tansiyonu artırdığı, fetüsün intrauterin büyümesini azalttığı saptanmıştır. Belirtilen bu çalışmaların bulguları, bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Artmış horlama ve yetersiz uykunun, kan basıncının artışı üzerindeki etkileri preeklampsi riskinin artmasına da neden olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu ilişkinin fetüse ve yenidoğana vereceği zararlı etkileri nedeniyle daha fazla çalışma ile ortaya konulması gerekmektedir.

Gebelikte artan östrojen ve progesteron hormonu vaskülarizasyonu artırarak diş eti kanamalarına eğilimi artırmaktadır. Gebenin ağız ve diş bakımı yetersizliği, diş eti kanamaları sonrası ağız ve diş hijyeninin yeterince sağlanamamış olması gibi durumlar gebenin sistemik durumunu olumsuz etkilemektedir (Tarannum and Faizuddin 2007). Literatürde periodontal hastalık ve preeklampsi arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (Bogges et al. 2003, Crowther et al. 2005). Çalışmamızda diş ve diş eti problemi yaşama durumu preeklampsi tanısı almamış grupta %37,3, preeklampsi grubunda %40,7 saptanmış olup gruplar arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $\chi^2=0,350$ ,  $p=0,554$ ). Diş eti hastalıklarına bağlı gebenin sistemik durumunun olumsuz etkilenmesiyle preeklampsi, fetusta erken doğum, düşük kilolu bebek gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Iheozor-Ejiofor et al, 2017). Wei vd. (2013) tarafından yapılan metaanalizde 1089 preeklampsi kadını içeren 13 vaka-kontrol ve 2 kohort çalışması incelenmiş, diş ve diş eti hastalıkları ile preeklampsi riski arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (OR=2,79, %95 CI, 2.01–3.01, P <0.0001). Çalışmamızda preeklampsi tanısı almış grup ile almamış grup arasında diş ve diş eti sağlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaması çalışmamızın sınırlılıklarında da belirttiğimiz üzere doğum sonrası kadınlardan geriye dönük olarak gebeliğin ilk aylarındaki mevcut durum hakkında yanıt vermelerini istemiş olmamız olabilir. Bu nedenle diş ve diş eti hastalıklarının preeklampsi üzerine olan etkisinin gebeliğin başından itibaren prospektif olarak inceleneceği daha geniş kapsamlı çalışmalarla ortaya

konulabilir.

Literatürde önceki gebeliklerde preeklampsi öyküsünün sonraki gebeliklerdeki riski artıracığı belirtilmektedir (Leveno, et al. 2010). Çalışmamızda preeklampsi grubunda daha önce preeklampsi tanısı almış kadınlar %18,8 olmakla birlikte preeklampsi tanısı almamış grupta daha önce preeklampsi tanısı almış gebe bulunmamaktadır. Geçmişteki preeklampsi tanısı sonraki gebelikte preeklampsi riskini diğer kadınlara göre 8 kat arttırmaktadır (Bartsch et al. 2016). Literatürde sonraki gebeliklerde preeklampsi görülmesinin en önemli nedenleri arasında önceki gebeliklerde preeklampsi görülmesi gösterilmektedir (Stegers, Dadelszen, Duvekot, and Pijnenborg 2010, Trostad, Magnus and Stoltenberg 2011, Norwitz, Lockwood and Barss 2016)

Preeklampsi risk faktörleri arasında eşe bağlı faktörler de bulunmaktadır (Trostad, Magnus and Stoltenberg 2011). Çalışmamızda eşin annesinin preeklampsi tanısı alma durumu ise, preeklampsi tanısı almamış grupta %0,7 olup preeklampsi grubunda %6,7'dir ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=7,644$ ,  $p=0,006$ ). Eşin önceki eşinin preeklampsi tanısı alma durumu preeklampsi grubunda %15,4 olup preeklampsi tanısı almamış grupta bu duruma evet yanıtı veren kadın olmaması nedeniyle iki grup arasında istatistiksel bir karşılaştırma yapılamamıştır. North vd. (2011) çalışmasında aynı eşe sahip kadınlarda preeklampsi riskinin düşük olduğu belirtilmektedir, eş değişikliği riski artırmaktadır. Literatürde meta-analizlerde erkek eşin annesinde veya önceki eşinde preeklampsi öyküsü, eşle ilgili faktörler (nullipaternite, yeni eş) preeklampsi açısından riski artırmaktadır (Norwitz, Lockwood and Barss 2016). Çalışma bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Preeklampsi riskini artıran durumlardan biri de kadına ait kronik hastalıklardır (Duckitt and Harrington 2005, Aktaş ve Pekkölçay 2016). Çalışmamızda preeklampsi grubunda gebelik öncesinde hipertansiyon görülme durumu %4,7 olup preeklampsi tanısı almamış grupta gebelik öncesinde hipertansiyonu olan kadın bulunmamaktadır ( $\chi^2=7,167$ ,  $p=0,007$ ). Gebelikte hipertansiyon preeklampsi tanısı almış grubun tamamında bulunmaktadır, preeklampsi tanısı almamış grupta %8,7 olup gruplar



arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=252,147$ ,  $p=0,000$ ). İki grup arasında gebelikten önce diyabet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $x^2=1,831$ ,  $p=0,176$ ). Gebelikte diyabet görülme durumu ise, preeklampsi tanısı almamış grupta %1,3 iken preeklampsi grubunda %8,0'dir ve gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=7,493$ ,  $p=0,006$ ). Preeklampsi grubunda gebelikten önce tiroit hastalığı %6,0, preeklampsi tanısı almamış grupta ise %0,7 olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=6,621$ ,  $p=0,010$ ). Preeklampsi grubunda gebelikte tiroit hastalığı %10,7 iken, preeklampsi tanısı almamış grupta %4,0 olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=4,905$ ,  $p=0,027$ ). Bir metaanalizde gebelik öncesi diyabetin rölatif riski 3,7, kronik hipertansiyonun rölatif riski 5,1 olarak belirtilmiştir (August et. al 2019). Tiroit hastalıklarında özellikle hipotiroidide preeklampsi oranı %16 olarak belirtilmiştir (Bostancı ve Taşkesen 2011, Aktaş ve Pekkolay 2016). Çalışmamızın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Preeklampsi açısından gebelerin ailesel öyküleri risk faktörleri arasındadır (Steeegers, Dadelszen, Duvekot, and Pijnenborg 2010). Birinci derece akrabalarında (anne, kardeş) preeklampsi tanısı alma durumuna incelendiğinde preeklampsi tanısı almamış grupta %3,3 iken preeklampsi grubunda bu oran neredeyse 6 kat daha fazla olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $x^2=16,931$ ,  $p=0,000$ ). Kadınların anne ve babalarındaki kronik hastalıkların karşılaştırması yapıldığında preeklampsi tanısı almış grubun annelerinde kalp/damar hastalığı (%14), preeklampsi tanısı almamış gruptan (%6,0) daha yüksektir ( $x^2=5,333$ ,  $p=0,021$ ). Yine tanı almış grubun annelerinde diyabet %25,3 iken preeklampsi tanısı almamış grupta %15,3 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2=4,630$ ,  $p=0,031$ ). Preeklampsi grubunda yer alan her on kadının yaklaşık üçünün annesinde hipertansiyon görülürken, preeklampsi tanısı almamış grupta yaklaşık on gebede ikidir ( $x^2=10,332$ ,  $p=0,001$ ). Preeklampsi tanısı almış grupta babalarda hipertansiyon %18,0 iken preeklampsi tanısı almamış grupta %6,7 ( $x^2=10,332$ ,  $p=0,003$ ) olarak saptanmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuçlar bize ailesinde kalp/damar hastalığı, hipertansiyon ve diyabet öyküsü olan kadınların preeklampsi açısından risk taşıdıklarını düşündürmektedir. Preeklampsi riskinin genetik faktörünün incelendiği çalışmalar riskin bu kadınların kız kardeşleri ve

kızları artığını göstermektedir (Trogstad, Magnus and Stoltenberg 2011, Ward, Taylor 2015). Bir kohort çalışmasında babasında kalp/damar hastalığı görülen kadınlarda preeklampsi riskinin 1,9 kat arttığı belirtilmiştir (North et al. 2011). Aileye ait preeklampsi ve kronik hastalık öyküsü açısından çalışma bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

#### **5.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde araştırmaya katılan preeklampsi grubu ve preeklampsi tanısı almamış gruptaki kadınların SYBD II Ölçeğine ilişkin aldıkları genel puan ve alt grup puanları ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Sağlık davranışı bireylerin sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek için gerçekleştirdikleri günlük yaşam faaliyetleridir (İlhan, Batmaz ve Akhan 2010). Araştırmada kadınların SYBD II ölçeğinden aldığı puanlar incelendiğinde; sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması preeklampsi grubunda  $22,75 \pm 5,334$ , preeklampsi tanısı almamış grupta ise  $21,05 \pm 5,039$  olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,005$ ). Ölçeğin fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyutu puan ortalamaları preeklampsi grubunda (sırasıyla  $15,48 \pm 5,493$ ;  $23,72 \pm 4,601$ ;  $19,43 \pm 4,739$ ) ve preeklampsi tanısı almamış grupta (sırasıyla  $15,91 \pm 4,756$ ;  $22,87 \pm 3,724$ ;  $19,03 \pm 4,461$ ) benzerdir (sırasıyla  $p=0,472$ ;  $p=0,078$ ;  $p=0,456$ ). Manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarının puan ortalaması preeklampsi grubunda (sırasıyla  $24,78 \pm 5,438$ ;  $24,51 \pm 5,043$ ) olup, preeklampsi tanısı almamış gruba göre (sırasıyla  $23,57 \pm 4,346$ ;  $23,31 \pm 4,508$ ) daha yüksektir (sırasıyla  $p=0,035$ ;  $p=0,031$ ). Literatürde gebelerin sağlıklı yaşam davranışları ile preeklampsi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Aksoy, Turfan ve Yılmaz (2017) Konya’da normal ve yüksek riskli gebeliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirdikleri çalışmada ölçek toplam puanları açısından normal ve riskli gebelerde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte iki grup arasında sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir.

Erken doğum tehdidi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada erken doğum tehdidi ile hastanede yatan gebelerin ölçek alt boyutlarından aldıkları toplam puan sağlıklı gebelere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Aydın 2018).

Araştırma sorularından biri preeklampsinin olumsuz yaşam davranışları ile ilişkili olup olmadığının araştırılmasıdır. Çünkü literatürde beslenme yetersizliği, fiziksel aktiviter, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu ile preeklampsi arasında ilişki saptayan çalışmalar mevcuttur (Walker et al. 1987, Aksoy, Turfan ve Yılmaz 2017). Çalışmamızda ölçek puanlarına göre preeklampsi tanısı almış kadınların sağlıklı kadınlara göre sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından daha yüksek puan almakla birlikte diğer alt boyutlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çalışma bulgumuz, preeklampsi tanısı alarak hastanede yatan kadınların yaşadıkları sağlık sorunları ve bebeklerini kaybetme olasılığı nedeniyle daha sağlıklı yaşam davranışları göstermeye dikkat ettiklerini düşündürmektedir. Bu nedenle preeklampsi ve yaşam davranışları arasındaki ilişkiyi ortaya koyacak çalışmaların, preeklampsi tanısı alınmadan önce yaşam davranışlarının değerlendirilerek gebelik ilerlediğinde tanı alma oranlarının kıyaslanması şeklinde planlandığında daha sağlıklı veri elde etmek olasıdır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapmış ve 150 preeklampsi tanısı almış ve 150 preeklampsi tanısı almamış kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve preeklampsiye etki eden risk faktörlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

#### 6.1.1. Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Davranışsal Risklerin Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

- Çalışmamızda preeklampsi grubunda yer alan gebelerde 30-34 yaş aralığında, 35-39 yaş aralığında ve 40-45 yaş aralığında olan gebelerin oranı preeklampsi tanısı almamış gruptan yüksektir ( $\chi^2=102,671$ ,  $p=0,000$ ).
- Okur-yazar olmayan/okuryazar olan ve ilkokul mezunu olan kadınların oranı preeklampsi grubunda yüksek olup eğitim durumu açısından gruplararası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,016$ ). Kadınların eşleri açısından bakıldığında, ilkokul mezunu olanların sayısı preeklampsi grubunda yüksektir ( $p=0,011$ ).
- Preeklampsi grubunda kadınların gebelikten önceki BKİ ortalaması tanı almamış gruptan ( $23,66\pm 4,45$ ) istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksektir.
- Preeklampsi grubunda infertilite tedavisi alma durumu istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $\chi^2=6,513$ ,  $p=0,02$ ).

- Gebelikte kan basıncı ölçülme durumunun preeklampsi grubunda daha düşük olduğu saptanmış olup, istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $\chi^2=0,80$ ,  $p=0,022$ ).
- Gebelikte düşük tehdidi yaşama durumu preeklampsi grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $\chi^2=4,973$ ,  $p=0,026$ ).
- Preeklampsi tanısı almış grup ve tanı almamış grup arasında sigara kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

### **6.1.2. Maternal Hastalıklar ve Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar**

- Preeklampsi grubunda günlük uyku süresi 7 saat ve altında olan kadınlar, tanı almamış gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $\chi^2=6,221$ ,  $p=0,045$ ). Ayrıca tanı almamış grupta horlama tanı alan gruba göre anlamlı derecede düşüktür ( $\chi^2=9,985$ ,  $p=0,002$ ). Uykudan dinlenmiş kalkma durumu tanı almış grupta anlamlı şekilde düşük saptanmıştır ( $\chi^2=4,584$ ,  $p=0,032$ ).
- Çalışmamızda preeklampsi grubunda daha önce preeklampsi tanısı almış kadınların %18,8 olmakla birlikte tanı almamış grupta daha önce preeklampsi öyküsü bulunmamaktadır.
- Eşin annesine ait preeklampsi öyküsü, preeklampsi tanısı almış grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $\chi^2=7,644$ ,  $p=0,006$ ).
- Gebelik öncesinde hipertansiyon görülme durumu, preeklampsi grubunda %4,7 olup tanı almamış grupta gebelik öncesinde hipertansiyonu olan kadın bulunmamaktadır. Gebelikte hipertansiyon preeklampsi tanısı almış grubun tamamında bulunmaktadır, tanı almamış grupta %8,7 olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=252,147$ ,  $p=0,000$ ).

- Gebelikte diyabet görülme durumu, preeklampsi tanısı almış grupta tanı almamış gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ( $x^2=7,493$ ,  $p=0,006$ ).
- Gebelikten önce ve gebelikte tiroit hastalığı görülme durumu, preeklampsi tanısı almış grupta preeklampsi tanısı almamış gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $x^2=4,905$ ,  $p=0,027$ ).
- Birinci derece akrabalarında (anne, kardeş) preeklampsi tanısı öyküsü preeklampsi tanısı almış grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $x^2=16,931$ ,  $p=0,000$ ).
- Kadınların anne ve babalarındaki kronik hastalıkların karşılaştırması yapıldığında, preeklampsi tanısı almış grubun annelerinde kalp/damar hastalığı, hipertansiyon ve diyabet görülme durumu, preeklampsi tanısı almamış gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı. Ayrıca preeklampsi tanısı almış grubun babalarında hipertansiyon görülme durumu tanısı almamış gruba göre yüksektir ( $x^2=10,332$ ,  $p=0,003$ ).

### **6.1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar**

- Araştırmada grupların SYBD II ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Ölçek alt boyutu puanlarında ise; sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamaları preeklampsi tanısı almış grupta tanı almamış gruba göre anlamlı şekilde yüksek saptandı.

## 6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Kadının yaşı, kendisinin ve eşinin eğitim durumu, gebelikten önceki BKİ, infertilite tedavisi olma durumu, gebeliğinde kan basıncının ölçülme durumu, gebelikte düşük tehdidi yaşaması, uyku süresi, horlama, uykudan dinlenmiş kalkmama durumu, preeklampsi öyküsü, kadının annesinin, kardeşinin, eşinin annesinin preeklampsi öyküsü, kadında gebelikten önce ve gebelikte hipertansiyon, diyabet, tiroit hastalığı varlığı, kadınların annesinde kalp/damar hastalığı, hipertansiyon ve diyabet bulunması, babalarında hipertansiyon bulunması gibi preeklampsi açısından risk oluşturabilecek durumların göz önünde bulundurularak, kadınlara gebelikten önce ve gebeliğin ilk izleminde kapsamlı öykü alarak, eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Antenatal dönemde tüm gebelerin preklampsi riski açısından değerlendirilmesi, her değerlendirmede kan basıncı ölçümü ve kilo takibinin yapılması,
- Gebelik planlayan tüm kadınlarda risk faktörleri ile ilgili bilgilendirme yapılması ve önceden belirlenip kontrol altına alınması,
- Çalışmanın gebelik öncesinden başlayarak, gebeliğin ilk izleminden başlayacak şekilde prospektif olarak çok merkezli şekilde tekrarlanması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2013). Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' task force on hypertension in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 122(5), 1122.
- ACOG (2015), First-trimester risk assessment for early-onset preeclampsia. Committee Opinion No.638. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 2015;126:25-27.
- Adıgüzel A. Kız Çocuklarının Okullulaşma Engelleri ve Çözüm Önerileri Şanlıurfa Örneği. *EKEV Akademi Dergisi*, 56(56), 325-344.
- Akça Aytan Ş. (1998). Üniversite Öğretim Elemenlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. A Bayık).
- Aktaş A, Pekkolay Z. (2016). Gebelikte Tiroit Hastalıkları ve Tedavisi. *Journal of Clinical & Experimental Investigations/Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 7(1): 119-123 doi: 10.5799/ahinjs.01.2016.01.0583.
- Aksoy YE, Turfan EÇ, Yılmaz SD. (2017). Normal ve riskli gebeliklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Perinatal Journal/Perinatoloji Dergisi*, 25(1).
- Al-Safi Z, Imudia AN, Filetti LC, Hobson, DT, Bahado-Singh RO, Awonuga AO. (2011). Delayed postpartum preeclampsia and eclampsia: demographics, clinical course, and complications. *Obstetrics & Gynecology*, 118(5), 1102-1107.
- August P, Sibai BM, Lockwood CJ, Barss VA. (2019). Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. *UpToDate* (erişim tarihi: 01.02.2019).
- Arslan G. (2018), 2015-2018 Yılları Arasında Kliniğimizde Doğum Yapmış Preeklampsi Hastalarının Retrospektif Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, KMSİÜ, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş. (Danışman: Doç. Dr. A. Özer)
- Atan ŞÜ. (2005). Şiddete maruz kalan gebe kadınların evde izlemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 8(8).
- Aydemir H, Hazar YU. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 815-833.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1): 1-13.
- Bankowski, BJ., Hearne, AE., Lamrou, NC., Fox, HE., Wallach, EE. (2005). *John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı*. Çeviri Editörleri: Akarsu, C., Işık, AZ., Vicdan, A.,



Vicdan, K. 2. Baskı, Atlas Kitapçılık, Ankara.

- Bartsch E, Medcalf KE., Park AL, Ray, JG. (2016). Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *Bmj*, 353, i1753.
- Bautista-Castaño I., Henriquez-Sanchez P, Alemán-Pérez N, Garcia-Salvador JJ, Gonzalez-Quesada A, García-Hernández JA, Serra-Majem L. (2013). Maternal obesity in early pregnancy and risk of adverse outcomes. *PloS one*, 8(11), e80410.
- Beji NK. (2017). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s:518-523.
- Bezircioğlu, İ., Göral, NY., Baloğlu, A., Baydar, Y. (2013). Grandmultiparitenin maternal, obstetrik, fetal ve neonatal sonuçlara etkisi. *Perinatoloji Dergisi*. 21(1):17-22.
- Bodnar, LM, Catov, JM, Simhan, HN, Holick, MF, Powers, RW, and Roberts, JM. (2007). Maternal vitamin D deficiency increases the risk of preeclampsia. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3517-3522.
- Brichant, JF., Bonhomme, V. (2014). Preeclampsia: an update. *Acta anaesthesiologica Belgica*, 65(4), 137-149.
- Bogges KA, Lieff S, Murtha AP, Moss K, Beck J, Offenbacher S. (2003). Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 101(2), 227-231.
- Bostancı, MS, Taşkesen, F. (2011). Gebelikte tiroit fonksiyon bozuklukları ve sonuçlarının değerlendirilmesi. *J Clin Exp Invest Vol*, 2(2).
- Chen CM, Kuo SF, Chou, YH, Chen HC. (2007). Postpartum Taiwanese women: their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1550–1560. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01837.x
- Christian, A. (1995). Home care of the battered pregnant woman: one battered woman's pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 24(9), 836-842.
- Coşkun, AM, (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları El Kitabı. 1. Baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Crowther CA, Thomas N, Middleton P, Chua MC, Esposito M. (2005). Treating periodontal disease for preventing pretermbirth in pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 2. Art. No.: CD005297. DOI: 10.1002/14651858.CD005297.
- Çulha G, Ocaktan ME, Çöl M. (2010). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Hipertansiyon Araştırması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 30(2), 639-649.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rause DJ, Spong CY. (2010). Williams Obstetrics. 23rd Eddition, McGraw Hill Medical, New York.
- Çetin, FC., Çalık, KY. (2018). Ebeler ve Ebelik Öğrencileri için Doğum Öncesi Dönem I., 1. Baskı, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti., İstanbul.

- Değirmenci, H . (2018). Gebelerde hipertansiyona güncel yaklaşım. *Erzincan Tıp Dergisi*, 1 (1), 20-27. Retrieved from <http://dergipark.org.tr/eutd/issue/36345/409209>
- “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No: 925, Ankara, 2018.
- Duckitt K, Harrington D. (2005). Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies . *BMJ*, 330(7491), 565.
- Duley L. (2009). The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *In Seminars in perinatology*, Vol. 33, No. 3, pp. 130-137.
- Dündar O. (2003). Bölgemiz İllerinde Preeklampsi-eklampsi İnsidansı, İllere Göre Dağılımı, Rakımın HELLP Sendromu ve Elampsi Üzerine Etkileri, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Y Kumtepe).
- Edwards N, Middleton PG, Blyton DM, Sullivan CE. (2002). Sleep disorder breathing and pregnancy. *Thorax*, (57):555-8.
- Ekin A, Gezer C, Taner, CE, Solmaz U, Özeren M. (2017). Gebelik Öncesi Vücut Kitle İndeksinin Perinatal Sonuçlara Etkisi. *Medical Journal of Bakirkoy*, 13(1).
- Elveren C. (2008). Aydın Doğumevinde Doğum Yapmış Olan Kadınların Doğum Öncesi Bakımları ve Gebelik Süresindeki Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Adnan Menderes Üniv. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, Uzmanlık Tezi, Aydın, (Danışman: Yard. Doç. A. Gemalmaz).
- Esin MN. (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. S Erdoğan).
- Folk DM. (2018). Hypertensive disorders of pregnancy: overview and current recommendations. *Journal of midwifery & women's health*, 63(3), 289-300.
- Franklin KA, Holmgren PÅ, Jönsson F, Poromaa N, Stenlund H, Svanborg E. (2000). Snoring, pregnancy-induced hypertension, and growth retardation of the fetus. *Chest*, 117(1), 137-141.
- Gelişli Y. (2014). Türkiye’de Kadın Eğitiminin Bugünkü Durumu. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (40) Ocak-Şubat 2014.
- Gezginç K, Acar A, Gezginç ST, Okur N, Akyürek C. (2009). Kliniğimizdeki Preeklampitik gebeliklerin değerlendirilmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(1).
- Ghulmiyyah, LM, Sibai, B. (2014). Gestasyonel Hipertansiyon, Preeklampsi ve Eklampsi. In JT. Queenan, CY. Spong, CJ. Lockwood, *Queenan's Yüksek Riskli Gebeliğin Yönetimi Kanıta Dayalı Yaklaşım* (pp. 280-288). Ankara: Modern Tıp Kitabevi.
- Gilbert, ES., Harmon, JS. (2002). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Çeviri Editörü: Taşkın, L. 2. Baskı, Palme Yayınevi, Ankara.
- Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K, Vansant G. (2008). Maternal obesity: pregnancy

- complications, gestational weight gain and nutrition. *Obesity reviews*, 9(2), 140-150.
- Guilleminault C, Querra-Salva M, Chowdhuri S, Poyares D. (2000). Normal pregnancy, daytime sleeping, snoring and blood pressure. *Sleep Med.* (1):289-7.
- Günaydın S. (2013). Maternal Obezitenin Anne ve Bebek Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Gülümser Dolgun).
- Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 20, 692-705 doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03534.x
- Hezelgrave N, Abbot D, Shennan AH. (2017). Obstetri ve Jinekolojide Tartışmalı Kavramlar. Çeviri Editörleri: Ayhan, A., Köse, MF., Sancı, M. Güneş Tıp Yayınevleri, Ankara.
- Iheozor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glennly AM. (2017). Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). (Erişim tarihi: 15.06.2019).
- İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. (2010). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(3): 34-44.
- Kabaran S, Ayaz A. (2013). Maternal ve fetal sağlık üzerinde B12, folik asit, A, D, E ve C vitaminlerinin etkileri. *Türk Hij Den Biyol Derg*, 70(2): 103-12.
- Kale A, Kale E, Akdeniz, N, Erdemoğlu M, Yalınkaya A, Yayla, M. (2006). Investigation of folic acid, vitamin B12, Vitamin B6 and homocysteine levels in preeclamptic pregnancies. *Perinatal Journal*, 14(1): 31-6.
- Kametas NA, Kramp E, McAuliffe F, Rampling, MW, Nicolaidis, KH. (2004). Pregnancy at high altitude: a hyperviscosity state. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 83(7), 627-633.
- Kavak SB, Çelik, H., Çelik, E. (2012). Gebelik ve Hipertansiyon. In N. Çiçek, C. Akyürek, Ç. Çelik, A. Haberal, *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* (pp. 523-542). Ankara: Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şirketi.
- Koç İS. (2005). *Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması*. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(1), 67-99.
- Lenevo, JK., Cunningham, FG., Alexander, JM., Bloom, SL., Casey, BM., Dashe, JS., Sheffield, JS., Roberts, SW. (2010). Williams Obstetrik El Kitabı Gebelik Komplikasyonları. Çeviri Editörü: Önderoğlu, LS., 22. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, s:149-157.
- Lisonkova S, Sabr Y, Mayer C, Young C, Skoll, A, Joseph KS. (2014). Maternal morbidity associated with early-onset and late-onset preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*,

2(2), 124(4), 771-781.

- Loef M, Walach H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 55 (3), 163-170. doi: 10.1016 / j.ypped.2012.06.017
- Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, Dadelszen, P. (2014). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *Reproductive Endocrinology*, (18), 74-85.
- Magro-Malosso, ER., Saccone, G, Di Tommaso, M., Roman, A., Berghella, V. (2017). Exercise during pregnancy and risk of gestational hypertensive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 96(8), 921-931.
- Milne F, Redman C, Walker J, Baker P, Bradley J, Cooper, C., Nelson-Piercy, C. (2005). The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. *Bmj*, 330(7491), 576-580.
- Mostello D, Catlin TK, Roman L, Holcomb WL, Leet T. (2002). Preeclampsia in the parous woman: who is at risk? *American journal of obstetrics and gynecology*, 187(2), 425-429.
- Nacar M, Baykan, Z, Çetinkaya, F, Arslantaş, D, Özer, A. Coşkun, Ö, Batı, H, Karaoğlu, N, Elmalı, F, Yılmazel, G. (2014). Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol (15), 8969-8974. DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.20.8969>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy*. NICE.
- North, RA, McCowan, LM, Dekker, GA, Poston L, Chan EH, Stewart, AW, Kenny LC. (2011). Clinical risk prediction for pre-eclampsia in nulliparous women: development of model in international prospective cohort. *Bmj*, 342, d1875.
- Norwitz, ER, Lockwood, CJ, Barss, VA. (2016). Prediction of preeclampsia. *Uptodate*.
- Oats, J. ,Abraham, S., (2010). Llewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology. 9th Edition, Elsevier, Sydney.
- Okun ML, Kline CE, Roberts JM, Wettlaufer B, Glover K, Hall M. (2013). Prevalence of sleep deficiency in early gestation and its associations with stress and depressive symptoms. *Journal of Women's Health*, 22(12), 1028-1037.
- Onat, G., Aba, YA. (2014). Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. *Turk J Public Health*, 12(2):69-79.
- Ozan, YD, Ertuğrul, M., ve Okumuş, H. (2012). Preeklampsi tanılama, değerlendirme ve hemşirelik yönetimi. *Cumhuriyet Hem Der*, 2:59-65.
- Palagini L, Gemignani A, Banti S, Manconi, M, Mauri M, Riemann D. (2014). Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome. *Sleep medicine*, 15(8), 853-859.

- Pennington, KA., Schlitt, JM., Jackson, DL., Schulz, LC., Schust, DJ. (2012). Preeclampsia: multiple approaches for a multifactorial disease. *Disease models & mechanisms*, 5(1), 9-18.
- Pundir, J., Coomarasamy, A. (2018). *Obstetrik: Kanıta Dayalı Algoritmalar*, Çeviri Editörü: Çağlar, GS. ModernTıp Kitabevi, Ankara, s:97-106.
- Purut, YE. (2018). *Kadın Doğum Board 2. Cilt. ModernTıp Yayınevi*, Ankara.
- Pritchard, JA., MacDonald, PC. and Gant, NF. (1989). *Williams Doğum Bilgisi 27. Baskı*. Çeviri Editörü: Dr. İsmail Yılmaz, Dr. Vedat Aydemir, Güneş Kitabevi, Ankara.
- Raatikainen, K., Heiskanen, N., Heinonen, S. (2005). Marriage still protects pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(10), 1411-1416.
- Redman, C.W.G. (2011). Hypertension in pregnancy: the NICE guidelines. *Heart*, 97(23), 1967-1969.
- Renfrew, MJ., McFadden, A., Bastos, MH., Campbell, J., Channon, AA., Cheung, NF., Silva, DRAD., Downe, S., Kennedy, HP., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948): 1129–1145. doi:10.1016/s0140-6736(14)60789-3.
- Salam, RA, Das, JK., Ali, A, Bhaumik S, Lassi, ZS. (2015). Diagnosis and management of preeclampsia in community settings in low and middle-income countries. *Journal of family medicine and primary care*, 4(4), 501–506. doi:10.4103/2249-4863.174265
- Sibai, B., Dekker, G, Kupferminc, M. (2005). Pre-eclampsia. *The Lancet*, 365(9461), 785-799.
- Sibai, BM, Gordon, T, Thom, E, Caritis, SN, Klebanoff, M, McNellis, D, Paul, RH. (1995). Risk factors for preeclampsia in healthy nulliparous women: a prospective multicenter study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 172(2), 642-648.
- Skjærven, R, Wilcox, AJ, Lie, RT. (2002). The interval between pregnancies and the risk of preeclampsia. *New England Journal of Medicine*, 346(1), 33-38.
- Soğukpınar, N, Baykal Akmeşe, Z, Hadımlı, A, Balçık, M, Akın, B. (2018). Doğumevlerinde Riskli Gebelik Profili: İzmir İli Örneği. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 4(1), 37-44.
- Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. (2006). Gebelerin Gebelik Süreci İle İlgili Bilgi ve Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2).
- Steegers, EA, Dadelszen, P., Duvekot, JJ, and Pijnenborg, R. (2010). Pre-eclampsia. *The Lancet*, 376 (9741): 631-644.
- Şen, E. (2011). Gestasyonel Diyabet Eğitiminin Maternal Sağlık Davranışları, Öz Yeterlilik Düzeyi ve Neonatal Sonuçlar Üzerindeki Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman:Prof. Dr. A Şirin).

- Şen C, Madazlı R, Ocak, V. (1993). Gebelikte hipertansiyon/tanım ve sınıflandırma. *Perinatoloji Dergisi*, 1, 7-10.
- Şencan İ, Üstün, YE, Sanisoğlu S, Özcan, A, Karaahmetoğlu S, Keskin HL, Uygur D, Kabasakal A, Esen M, Keskinçılıç B. (2016). 2014 Yılı Türkiye Ulusal Anne Ölümlerinin Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(2).
- Şirin A., Kavlak O. (2008). “Kadın Sağlığı” Bölüm Yazarı: Çoban, A. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul. s:541-549.
- Tarannum, F. and Faizuddin, M. (2007). Effect of periodontal therapy on pregnancy outcome in women affected by periodontitis. *Journal of Periodontology*. 78(11):2095–103.
- Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği . 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Trogstad L, Magnus P, Stoltenberg C. (2011). Pre-eclampsia: risk factors and causal models. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 25(3), 329-342.
- Tulmaç, ÖB. (2012). Gebelikte Hipertansif Bozukluklar; Tanım, Sınıflandırma ve Patofizyoloji. *KÜ Tıp Fak Derg*, 14(2);17-23.
- Vinter CA, Jensen DM, Ovesen P, Beck-Nielsen, H, Jørgensen JS. (2011). The LiP (Lifestyle in Pregnancy) study: a randomized controlled trial of lifestyle intervention in 360 obese pregnant women. *Diabetes care*, 34(12), 2502-2507.
- Vural G. (1998). Hipertansif Hastalıklar, Gebelik ve Hemşirelik Bakımı, Ankara.
- Walker SN, Sechrist, KR, Pender, NJ. (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*, 36(2):76-80.
- Walker, SN, Hill-Polerecky, DM. (1996). Psychometric Evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. *University of Nebraska Medical Center Unpublished manuscript*.
- Ward K., Taylor RN. (2015). Genetic factors in the etiology of preeclampsia/eclampsia. In Chesley's hypertensive disorders in pregnancy. *Academic Press*. (pp. 57-80). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407866-6.00004-3>
- Wei BJ, Chen, YJ, Yu L, Wu B. (2013). Periodontal disease and risk of preeclampsia: a meta-analysis of observational studies. *PLoS One*, 8(8), e70901.
- Yanikkerem E, Mutlu S. (2012). Maternal obezitenin sonuçları ve önleme stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 11(3):353-364.
- Yılmaz E. (2018). “Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği”nin Geliştirilmesi ve Geçerlik Güvenirliği. Karabük Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Karabük (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi N. Karahan).

## 8. EKLER

### EK. 1

#### GEBELİK DÖNEMİNDE PREEKLAMPSİ TANISI ALAN KADINLARIN RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ: HASTANE TABANLI ARAŞTIRMA

##### Preeklampsi Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Anket Formu

###### *Sayın katılımcı,*

*Bu araştırma, preeklampsi tanısı almış kadınlarda, risk faktörleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla planlanmış bir çalışmadır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Zekai Tahir Burak Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmadan elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak ve yalnızca akademik çalışma amacıyla kullanılacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamanızın tedavinize olumlu ya da olumsuz herhangi bir etkisi olmayacaktır. Araştırmanın güvenilirliği için sorulara vereceğiniz samimi ve doğru yanıtlar çok önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederiz.*

Rukiye DURSUN ALTIN

#### I. Bölüm

1. Grup
  - a) Preeklampsi Tanısı Almamış
  - b) Preeklampsi Tanısı Almış
2. Gebelik haftanız:
3. Yaşınız:
4. Medeni haliniz:
  - a) Evli
  - b) Bekar
5. Yaşadığımız bölge/şehir:.....
6. Eğitim durumunuz
  - a) Okur – yazar değil
  - b) Okur-yazar
  - c) İlkokul mezunu
  - d) Ortaokul mezunu
  - e) Lise mezunu
  - f) Üniversite veya üzeri
7. Çalışma durumunuz:
  - a) Çalışmıyor
  - b) Çalışıyor (Ne iş yaptığınızı belirtiniz).....
8. Eşinizin çalışma durumu:
  - a) Çalışmıyor
  - b) Çalışıyor (Ne iş yaptığınızı belirtiniz).....
9. Eşinizin eğitim durumu:
  - a) Okur – yazar değil
  - b) Okur-yazar
  - c) İlkokul mezunu
  - d) Ortaokul mezunu
  - e) Lise mezunu
  - f) Üniversite veya üzeri
10. Aşağıdaki ifadelerden hangisi sizin ekonomik durumunuzu en iyi tanımlıyor?
  - a) Gelirim giderimden az
  - b) Gelirim giderime denk
  - c) Gelirim giderimden fazla
11. Sağlık güvenceniz var mı?
  - a) Hayır
  - b) Evet
12. Aile biçiminiz nedir?
  - a) Çekirdek aile (eşim, ben, çocuğum)
  - b) Eşimin ailesi ile birlikte yaşıyoruz
  - c) Kendi ailemle birlikte yaşıyoruz
  - d) Diğer (Belirtiniz).....
13. Evlenme yaşıınız:
14. Boyunuz:
15. Gebelikten önceki kilonuz:
16. İlk gebelik yaşıınız:
17. İlk doğum yaşıınız:
18. Kaç gebelik geçirdiniz:
19. Düşük- kürtaj sayınız:
20. Son iki gebeliğiniz arasındaki süre ne kadardır? (Ay olarak):.....
21. Bu gebeliğiniz çoğul gebelik mi?
  - a) Hayır
  - b) Evet

22. Bu gebeliğinizde gebe kalmak için herhangi bir tedavi gördünüz mü?  
a) Hayır b) Evet (Belirtiniz).....
23. Bu gebeliğiniz planlı/isteyerek olan bir gebelik miydi?  
a) Hayır  
b) Planlı değildi fakat sonradan bebeği istedim.  
c) Planlı ve isteyerek gebe kaldım.
24. Gebe kalmadan önce hangi korunma yöntemini kullanıyordunuz?  
a) Hiçbir yöntem kullanmadım  
b) Geri çekme  
c) RİA (Rahim İçi Araç)  
d) Hap  
e) Kondom  
f) Diğer (belirtiniz).....
25. Her gebelik kontrolünde tansiyonunuz ölçüldü mü?  
a) Hayır b) Evet
26. Bu gebeliğinizde düşük tehlikesi yaşadınız mı?  
a) Hayır b) Evet
27. Bu gebeliğinizde şiddetli bulantı -kusma yaşadınız mı?  
a) Hayır b) Evet
28. Gebelik döneminde fiziksel şiddet gördünüz mü?  
a) Hayır b) Evet
29. Gebelik döneminde duygusal şiddet (hakaret, azarlama vb.) gördünüz mü?  
a) Hayır b) Evet
30. Gebelik öncesi dönemde sigara kullanıyor muydunuz?  
a) Hayır d) Günde 1 paket ve üzeri  
b) Günde 1-5 adet e) Diğer(belirtiniz).....  
c) Günde yarım paket
31. Gebelik süresince sigara içtiniz mi?  
a) Hayır d) Günde 1 paket ve üzeri  
b) Günde 1-5 adet e) Diğer(belirtiniz).....  
c) Günde yarım paket
32. Gebelik öncesi dönemde alkol alır mıydınız?  
a) Hayır  
b) Sadece özel zamanlarda (yemek, toplantı, eğlence vs)  
c) Ayda 1-2 kez  
d) Haftada 1-2 kez  
e) Gün aşırı ya da her gün
33. Gebelik döneminde alkol aldınız mı?  
a) Hayır b) Evet (Sıklığını belirtiniz).....



34. Gebelikte herhangi bir diş/diş eti problemi yaşadınız mı?  
a) Hayır b) Evet
35. Gebelikte burun tıkanıklığı yaşadınız mı?  
a) Hayır b) Evet
36. Günde kaç saat uyursunuz?.....
37. Uykudan dinlemiş kalker mısınız?  
a) Hayır b) Evet
38. Uyurken horlar mısınız?  
a) Hayır b) Evet
39. Varisiniz var mı? (Hekim tanısı olan)  
a) Hayır b) Evet
40. Hemoroidiniz var mı? (Hekim tanılı)  
a) Hayır b) Evet
41. Önceki gebeliklerinizde preeklampsi tanısı aldınız mı?  
a) Hayır b) Evet
42. Birinci derece akrabalarınız (anne, kardeş gibi) gebeliklerinde preeklampsi tanısı almış mı?  
a) Hayır b) Evet (belirtiniz).....
43. Eşinizin annesi gebeliğinde preeklampsi tanısı almış mı?  
a) Hayır b) Evet
44. Eşinizin önceki eşi gebeliğinde preeklampsi tanısı almış mı?  
a) Hayır b) Evet

45. Aşağıdaki hastalıklarla ilgili bir hekim tanısı siz veya aileniz aldı mı?

Hastalık	Gebelikten önce		Şimdiki gebelikte		Annenizde		Babanızda	
Kalp/Damar Hast.	H	E	H	E	H	E	H	E
Hipertansiyon	H	E	H	E	H	E	H	E
Diyabet	H	E	H	E	H	E	H	E
Anemi	H	E	H	E	H	E	H	E
Otoimmün Hast.	H	E	H	E	H	E	H	E
Böbrek Hast.	H	E	H	E	H	E	H	E
Pıhtılaşma Bozukluğu	H	E	H	E	H	E	H	E
Troid Hast.	H	E	H	E	H	E	H	E
Diğer (belirtiniz)	H	E	H	E	H	E	H	E

Anketin 1. Bölümü bitti, lütfen 2. Bölüme geçiniz.

## EK. 2

### II. Bölüm

#### Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği II

Bu anket şuan ki yaşam biçiminizi ve kişisel alışkanlıklarınızla ilgili soruları içermektedir.

H - Hiçbir zaman B - Bazen S - Sık Sık D - Düzenli olarak

	H	B	S	D
1. Bana yakın insanlarla sorunlarımı endişelerimi tartışırım	H	B	S	D
2. Katı yağlar, kolesterol ve yağdan fakir bir diyet seçerim	H	B	S	D
3. Alışılmamış bir belirtide doktor veya sağlık personeline danışırım	H	B	S	D
4. Planlı bir egzersiz programı izlerim	H	B	S	D
5. Uyku ihtiyacımı karşılarım	H	B	S	D
6. Olumlu bir şekilde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim	H	B	S	D
7. Başkalarının başarılarını överim	H	B	S	D
8. Şeker ve şeker içeren yiyecek(tatlı) kullanımını kısıtlarım	H	B	S	D
9. Sağlığı geliştirici makaleleri okur ve TV programını izlerim	H	B	S	D
10. Haftada en az üç kez olmak üzere 20 Dakika ve ya daha fazla süreetkin egzersiz uygularım(Örnek olarak; hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans, merdiven çıkma...).	H	B	S	D
11. Her gün gevşemeye zaman ayırırım	H	B	S	D
12. Hayatımın bir amacı olduğuna inanıyorum	H	B	S	D
13. Başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kuranım	H	B	S	D
14. Her gün 6-11 dilim ekmek, tahıl, pirinç yada makarna yerim	H	B	S	D
15. Önerilerini almak için sağlık personeline sorular yöneltirim	H	B	S	D
16. Hafif ve orta derecede fiziksel aktiviteye katılırım	H	B	S	D
17. Hayatımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim	H	B	S	D
18. Geleceğe umutla bakarım	H	B	S	D
19. Kendime yakın arkadaşlarımla geçirmek için zaman ayırırım	H	B	S	D
20. Her gün 2 ile 4 kere meyve yerim	H	B	S	D
21. Sağlık görevlisinin önerisi hakkında tereddütlerim olduğunda ikinci kimseye danışırım	H	B	S	D
22. Boş zamanlarımda eğlenceli fiziksel aktiviteye katılırım	H	B	S	D
23. Yatma zamanlarında hoş şeyler düşünürüm	H	B	S	D
24. Kendimi mutlu, kendimle barışık hissederim	H	B	S	D
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve sıcaklık göstermekte zorlanmam	H	B	S	D
26. Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim	H	B	S	D
27. Sağlık problemlerimi sağlık personeli ile tartışırım	H	B	S	D
28. Haftada üç kez gerilme hareketleri yaparım	H	B	S	D
29. Stresimi kontrol etmek için özel metotlar kullanırım	H	B	S	D
30. Hayatımda uzun dönemli hedefler çerçevesinde çalışırım	H	B	S	D

31. Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmaları fırsat veririm (Çocuğunuzu okşamak, sevdiklerinize sarılmak, karşılaştıklarınızla tokalaşmak gibi)	H	B	S	D
32. Her gün 2-3 porsiyon süt, yoğurt ya da peynir yerim	H	B	S	D
33. Vücudumu en az aylık periyotlarla fiziksel değişimi veya tehlike işaretlerini incelerim	H	B	S	D
34. Günlük alışkanlıklarım sırasında egzersiz yaparım (Öğlen yürümek, asansör yerine merdiven kullanmak.... gibi)	H	B	S	D
35. İş ve eğlence arasındaki zamanı dengelerim	H	B	S	D
36. Her günü enteresan ve zorlayıcı bulurum	H	B	S	D
37. Yanlız kalma ihtiyacımı karşılamak için yollar bulurum	H	B	S	D
38. Et, balık, bakliyat, çerez grubundan her gün sadece 2-3 porsiyon yerim	H	B	S	D
39. Sağlık uzmanlarına danışarak kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda bilgi alırım	H	B	S	D
40. Egzersiz sırasında nabzımı kontrol ederim	H	B	S	D
41. Her gün 15-20 dakika kendimi rahatlatacak bir şeyler yaparım	H	B	S	D
42. Hayatta benim için neyin önemli olduğunun farkındayım	H	B	S	D
43. Çevremdeki kişilerden destek görürüm	H	B	S	D
44. Paketlenmiş yiyeceklerin kutularındaki içerikler bölümünü gıda, yağ ve nitrat içeriğini belirlemek üzere okurum	H	B	S	D
45. Kendi kendine sağlık bakımı konulu eğitici programlara katılırım	H	B	S	D
46. Egzersiz sırasında hedef kalp atışı oranına ulaşırım	H	B	S	D
47. Yorgunluğumu önlemek için kendimi belli bir düzene göre ayarlarım (planlı hareket ederim)	H	B	S	D
48. Kendimi benden daha üstün bir güce bağımlı hissedirim	H	B	S	D
49. Başkaları ile fikir ayrılıklarımı tartışma ve uzlaşma yolu ile çözerim	H	B	S	D
50. Kahvaltı yaparım	H	B	S	D
51. Gerektiğinde yönlendirme veya danışmanlık ararım	H	B	S	D
52. Yeni deneyim ve mücadelelere kendimi açık tutarım	H	B	S	D

Anket bitti, ankete katıldığımız için teşekkür ederiz.....

## EK. 3

20.05.2018

Ölçek - Ölçek İzni Hak.



Rukiye Altın <rukiyed6n@gmail.com>

### Ölçek İzni Hak.

4 iletili

Rukiye Altın <rukiyed6n@gmail.com>  
Alıcı: zbahar@ku.edu.tr

22 Mart 2017 13:31

Sayın Bahar,  
Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Ebelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. "Preeklampsidedeki risk faktörlerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi" konulu tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II" ölçeğini kullanmak istiyorum, izinlerinizi arz ederim.  
Saygılar Hocam.

Ebe Rukiye DURSUN ALTIN  
Ankara 1. Bölge KHB Genel Sekreterliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH  
Eğitim Hemşiresi

Zuhal Bahar <zbahar@ku.edu.tr>  
Alıcı: Rukiye Altın <rukiyed6n@gmail.com>

22 Mart 2017 20:51

Sayın Altın  
Ölçeğimizi kullanabilirsiniz,  
Kolay gelsin  
Zuhal Bahar

iPhone'umdan gönderildi

Rukiye Altın <rukiyed6n@gmail.com> şunları yazdı (22 Mar 2017 14:31):

Sayın Bahar,  
Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Ebelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. "Preeklampsidedeki risk faktörlerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi" konulu tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II" ölçeğini kullanmak istiyorum, izinlerinizi arz ederim.  
Saygılar Hocam.

Ebe Rukiye DURSUN ALTIN  
Ankara 1. Bölge KHB Genel Sekreterliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=9e7294d4f8&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1562569378503828370&dsqt=1&simpl=msg-f%3A1...> 1/4

**EK. 4****KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Preeklampsi Tanısı Alan Kadınların Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışları Açısından Sağlıklı Kadınlarda Karşılaştırılması”			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADE/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 5/11		Tarih: 31.05.2017	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

<b>KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilimi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Didem SUNAY	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülhan ÜNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunmadı

## EK. 5

	<p style="text-align: center;"><b>KARABÜK ÜNİVERSİTESİ</b> <b>GİRİŞİMSEL OLMAYAN ETİK KURUL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b> <b>(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)</b></p>
---	---

Sizi Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN tarafından yürütülen *“Gebelik döneminde preeklampsi tanısı alan kadınların risk faktörlerinin belirlenmesi: Hastane tabanlı araştırma”* başlıklı anket ve araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 97 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 20-25 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu  
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)  
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN

**Araştırmanın Amacı:**

*(Anket çalışmasının amacı, çalışmaya katılmayı kabul edecek olan gönüllünün anlayacağı bir dille anlatılmalıdır)*  
*Bu araştırma, preeklampsi tanısı almış kadınlarda, risk faktörleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.*

**Araştırmanın Süresi:** Ağustos 2017 – Nisan 2019

**Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 150 preeklampsi tanısı almış grup ve 150 preeklampsi tanısı almamış grup olmak üzere toplam 300 kadın

**Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):** Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:** Yard. Doç. Dr. Nazan KARAHAN

Yard. Doç. Dr. İlknur M. GÖNENÇ

Rukiye DURSUN ALTIN



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ETİK KURUL

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU  
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen ebe tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı: Rukiye DURSUN ALTIN

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

*NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.*



## 9. ÖZGEÇMİŞ

Rukiye DURSUN ALTIN, 1977'de Ordu'da doğdu. İlk, orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı. 1994 yılında Ordu Sağlık Meslek Lisesinden mezun oldu. 1995 yılında Ordu Doğumevinde ebe olarak göreve başladı ve farklı bölümlerde çalıştı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ordu SHMYO Ebelik Ön Lisans programından 1997 yılında mezun oldu. Ebelik lisans eğitimini 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksek Okulunda tamamladı. Trabzon'da Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesinde fizik tedavi ve ortopedi kliniklerinde çalıştı. 2001 yılında Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH'de Yüksek Riskli Gebelik Yoğun Bakım bölümünde ebe olarak çalışmaya devam etti. Aynı hastanede 2002 yılından bu yana Hizmet İçi Eğitim Hemşireliği birimde ebe olarak çalışmaya devam etmektedir.

### **Adres Bilgileri**

Adres : Mustafa Kemal Mahallesi 2134. Sokak No:7/4  
Çankaya/ANKARA

Tel. No : 0505 457 72 99

e-posta : rukiye6n@gmail.com