

**T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**PREEKLAMPSİLİ GEBELERDE TROMBOFİLİ  
İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Nebahat YEGİN KARAKUZU**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK**

**ŞANLIURFA**

**2018**

**T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**PREEKLAMPSİLİGEBELERDE TROMBOFİLİ  
İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Nebahat YEGİN KARAKUZU**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK**

**"Bu çalışma herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir."**

**ŞANLIURFA  
2018**

T. C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Nebahat YEGİN KARAKUZUNUN'ın hazırladığı "Preeklampsili Gebelerde Trombofili ile İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı çalışması 16/10/2018 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek **Hemşirelik** Anabilim Dalında *Yüksek Lisans Tezi* olarak kabul edilmiştir.



BAŞKAN  
Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ  
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK (Danışman)  
Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü



ÜYE  
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL  
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik  
Fakültesi

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 23.11/2018 tarih ve 2018/17/07..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa DENİZ  
Enstitü Müdürü



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana yol gösteren, bilgi ve emeğini benden esirgemeyen, deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım **Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK'a**, tez konumun belirlenmesi, çalışmamın planlanması ve uygulama aşamasının tamamlanmasına kadar tez danışmanlığı yapan Toros Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Öğretim Üyesi **Prof. Dr Fügen ÖZCANARSLAN'a**, araştırmanın istatistiksel analiz aşamasında tezime değerli katkılarda bulunan, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi **Prof.Dr İbrahim KORUK'a**, hayatımın her döneminde ve her konuda bana her türlü desteği sağlayan ve sevgisini hiç esirgemeyen sevgili eşime, çalışmaya gönüllü katılan tüm gebe katılımcılara en içten duygularıyla teşekkür ederim.

**Nebahat YEGİN KARAKUZU**

**2018**

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	I
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	II
<b>TABLolar DİZİNİ.....</b>	IV
<b>KISALTMALAR.....</b>	V
<b>ÖZET.....</b>	VI
<b>ABSTRACT.....</b>	VII
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	4
2.1. Normal Gebelikte Kan Basıncı.....	4
2.2. Gebelikte Hipertansif Durumlar.....	4
2.2.1. Kronik Hipertansiyon.....	4
2.2.2. Preeklampsi ve Eklampsi.....	5
2.2.2.1. Preeklampsi.....	5
2.2.2.2. Eklampsi.....	5
2.2.2.3. Dünyada ve Türkiye’de Preeklampsi İnsidansı.....	5
2.2.2.4. Preeklampsinin Risk Faktörü.....	6
2.2.2.5. Preeklampsinin Komplikasyonları.....	7
2.2.2.6. Preeklampsinin Önlenmesi.....	7
2.3. Preeklampsili Gebelerde Trombofili .....	8
2.3.1. Preeklampsili Gebelerde Trombofili Taraması.....	9
2.3.2. Preeklampsili Gebelerde Trombofili Tedavisi.....	10
2.4. Preeklampsili Gebelerde Trombofili ile ilişkili Hemşirelik Bakımı.....	10
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	13
3.1. Araştırmanın Tipi.....	13
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih.....	13
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	13
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	13
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	13

3.6. Veri Toplanması ve Araçlar.....	14
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	14
3.6.2. Ön Uygulama.....	14
3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	15
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	15
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	15
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	16
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>17</b>
4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri .....	17
4.2. Gebelerin Trombofilik Görülme Durumunu Etkileyen Faktörler.....	21
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>26</b>
<b>6. SONUÇ.....</b>	<b>28</b>
<b>7. ÖNERİLER.....</b>	<b>29</b>
<b>8. KAYNAKLAR.....</b>	<b>30</b>
<b>9. EKLER</b>	
<b>EK.1:</b> Veri Toplama Formu	
<b>EK.2:</b> Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı	
<b>EK.3:</b> Tez Çalışması Orjinallik Raporu ve Beyan Belgesi	
<b>EK.4:</b> İntihal Raporu	
<b>EK.5:</b> Tez Veri Giriş Formu	
<b>EK.6:</b> Özgeçmiş	

## TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
<b>Tablo 1.</b> Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	17
<b>Tablo 2.</b> Gebelerin Önceki Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	18
<b>Tablo 3.</b> Gebelerin Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	19
<b>Tablo 4.</b> Gebelerin Önceki ve Şimdiki Gebeliklerine İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı .....	21
<b>Tablo 5.</b> Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Trombofili Testi Sonucu Dağılımı.....	22
<b>Tablo 6.</b> Gebelerin Önceki Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Trombofili Test Sonucunun Dağılımı.....	23
<b>Tablo 7.</b> Gebelerin Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özelliklerine Göre Trombofili Test Sonucunun Dağılımı.....	24
<b>Tablo 8.</b> Gebelerin Bazı Özelliklerine Göre Trombofili Test Sonucunun Dağılımı.....	25

## **KISALTMALAR:**

<b>APCR</b>	: Aktive Protein C Rezistansı
<b>ABD</b>	:Amerika Birleşik Devletleri
<b>aPTT</b>	:Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı
<b>AT</b>	:Antitrombin
<b>DMAH</b>	:Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin
<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>DÖB</b>	:Doğum Öncesi Bakım
<b>DVT</b>	:Derin Ven Trombozu
<b>FVL</b>	:Faktör V Leiden
<b>HELLP</b>	:Hemolysis, Elevated Liver Enzyme Levels ve a Low Platelet Count
<b>İUGG</b>	:İntra Uterin Gelişim Geriliği
<b>İUBK</b>	:İntra Uterin Büyüme Kısıtlılığı
<b>IVF</b>	:İn Vitro Fertilizasyon
<b>KB</b>	:Kan Basıncı
<b>NST</b>	:Nonstres Testi
<b>UFH</b>	:Unfraksiyone Heparin
<b>VT</b>	:Ventriküler Taşikardi
<b>VTE</b>	:Venöz Tromboemboli
<b>TGK</b>	:Tekrarlayan Gebelik Kaybı
<b>TNSA</b>	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması



**ÖZET**

**PREEKLAMPSİLİ GEBELERDE TROMBOFİLİ İLE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**Nebahat YEGİN KARAKUZU**

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Çalışma, preeklampsili gebelerde trombofili görülme sıklığı ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, 15 Mart 2015 -15 Mart 2016 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Hastaneleri Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran ve preeklampsisi tanısı almış 120 gebe oluşturmuştur. Evrenin tamamı örnekleme alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan, Veri Toplama Formu aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma için Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastaneleri Etik Kurulu'ndan yazılı, katılımcılardan ise sözlü izin alınmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortanca, standart sapma; tek değişkenli analizlerden Mann Whithney-U testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır. Bulgular % 95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır. Çalışmada gebelerin hafif preeklampsisi tanısı aldığı ve trombofili testi yapılan, gebelerin %28.3'ünün test sonucunun pozitif olduğu belirlenmiştir. Köy/kasabada yaşayan, daha önce düşük yapma öyküsü bulunan, önceki gebeliklerinde preeklampsisi tanısı alan, gebeliği süresince daha az sağlık kontrolüne giden gebelerde trombofili test sonucunun pozitiflik oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, preeklampsisi tanısı almış gebelerin, preeklampsinin şiddetine bakılmaksızın trombofili açısından riskli olarak değerlendirilmesi ve gerekli taramaların yapılması, preeklampsili gebelere verilen hemşirelik bakımı içerisinde trombofilinin önlenmesine yönelik girişimlerin yer alması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Riskli gebelik, preeklampsisi, trombofili, hemşirelik

## **ABSTRACT**

### **DETERMINATION OF THE FACTORS ASSOCIATED WITH THROMBOPHILIA PREECLAMPSIA PREGNANTIS**

**Nebahat YEGIN KARAKUZU**

**Nursing Department, Master Thesis**

The study has been carried out in Cross – Sectional type due to evaluate the frequency of thrombophilia incidence in Preeclampsia pregnant and the affecting factors. The universe of this study has been formed by 120 pregnant women who applied to Gynecology Polyclinics of Dicle University Hospitals in Diyarbakır between the dates of 15th March 2015 – 15 March, 2016 and diagnosed as preeclampsia. All the universe has been taken into the sample. The data were collected through face to face interviews via Data Collection Instrument prepared by the researcher. Written permission has been obtained from Diyarbakır Dicle University Ethics Committee and verbal permission has been obtained from the participants for the research. The data obtained from the research has been analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 statistical package program. For the analysis of the data, descriptive statistics such as percentage, median, standard deviation and univariate analysis such as Man Whithney-U test and Chi-square test have been used. The findings of the study interpreted by using 95% confidence interval and 0.05 level of significance degree. In the study, it was determined that all women have mild preeclampsia, thrombophilia test requested by doctor for the ones who needed and 28.3% were positive for the thrombophilia test result. It has been found that the thrombophilia positivity rate of test result is higher in women who live in village / small town, who had previous history of miscarriage, who had preeclampsia diagnosis in previous pregnancies and who scarcely went to health controls during pregnancy. In accordance with these results, it has been advised that the pregnant who were diagnosed as preeclampsia, regardless of looking how severe preeclampsia they have, should be evaluated as under risk and necessary health controls should be done, and to include

attempts for intercepting thrombophilia within nursing care given preeclampsia pregnant.

**Key words:** Risky pregnancy, preeclampsia, thrombophilia, nursing.



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelikte hipertansiyon, maternal ve perinatal mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir, gebelerin %8-15'inde görülmektedir (1). Gebelikte hipertansiyon, hafif kan basıncı (KB) yüksekliğinden, organ fonksiyon bozukluğuna kadar uzanan geniş bir hastalık grubunu içermektedir (2). Kronik süreçte ise maternal akut böbrek yetmezliği, plasental kanlanma bozuklukları, akciğer ödemi, erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibihayatikomplikasyonlarkarşımıza çıkmaktadır (3). Sağlık Bakanlığı'nın 2016 verilerine göre; ülkemizde anne ölümlerinin %14'ü gebelikte ortaya çıkan hipertansif bozukluklar nedeniyle %14 oranında anne ölümü gerçekleşmektedir (4).

Gebelerde hipertansiyon tablosu en sıkpreeklampsii olarak karşımıza çıkmaktadır (5). Bu nedenle preeklampsiiyi tanımlamak ve erken teşhis etmek, oluşabilecek ciddi komplikasyonlarının önlenmesi açısından son derece önemlidir. Preeklampsii, gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyon ( $\geq 140/90$  mmHg) ve proteinüri ( $\geq 300$ mg 24 saatlik idrarda) ile karakterize gebeliğe özgü bir hastalıktır (6). Dünya Sağlık Raporu 2015 yılı verilerine her gün yaklaşık 830 kadın gebelik veya doğum sırasında oluşan komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir. 2016 yılında bu nedenlerle ölen kadınların sayısı ise 303.000'dir. Ülkemizde ise 2005 yılı verilerine göre anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 28.5 iken 2016 yılı verilerine göre bu oran 14.7 olarak belirlenmiştir (7). Dünyada anne ölümlerinin %12.0'ı şiddetli preeklampsii-eklampsii nedeni ile olmakta ve anne ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Ülkemizde ise preeklampsii-eklampsiiye bağlı anne ölümleri doğrudan anne ölüm nedenleri arasında kanamadan sonra ikinci sırada yer almakta olup 2005 yılında bu oran %18.4, 2014 yılında %13.6 ve 2012-2015 yılları arasında ise %15.5'tir (8).

Preeklampsii için bilinen risk faktörlerinin (nulliparite, 20 yaşından küçük veya 35 yaşından büyük olması, çoğul gebelik, preeklampsii öyküsü, vasküler ve bağ doku hastalıkları, antifosfolipid sendromu, obezite ve afrika ırkı kökenli olma) yanında genetik faktörlerde preeklampsii oluşumunda etkili olabilmektedir (9,10). Gebelik sırasında meydana gelen hemostatik değişiklikler hiperkoagulabiliteye yol açmakta ve bu durum trombotik olaylara neden olabilmektedir (11). Preeklampsiiye bağlı bu görülebilecek sorunlar (derin ven trombozu, pulmoner embolizm, sagittal sinüs trombozu ve portal ven trombozu ) ve bu sorunlardan bir tanesinde trombofilidir (12).

Trombofili, kanda pıhtılaşma eğiliminin arttığı, dolayısı ile venöz tromboemboli (VTE) ile DVT riskinin yüksek olduğu durumları tanımlamak için kullanılan bir terimdir (13, 14). Trombofili gebelerin yaklaşık %20-50'sinde venöz tromboembolinin varlığı ile kendini gösterir. Trombofili sıklığı ırk ve etnik kökene göre değişkenlik göstermektedir (15,16). Preeklampsili gebelerde trombofili gelişimi ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır.

Preeklampsili ile trombofili arasındaki ilişki, ilk kez 1995 yılında Dekker ve ark.'ları tarafından araştırılmıştır (17). Bu çalışmada preeklampsili gebelerin ailesel trombofili öyküsüne sahip oldukları verilerine ulaşılmıştır (18,19). Kupferminc ve ark.'nın yaptıkları çalışmada preeklampside kalıtsal trombofili sıklığını %64.7 olarak, bildirmişlerdir (20).

Preeklampsili gebelerde trombofili varlığı durumunda, intrauterin gelişim geriliği ile ilgili çeşitli sonuçlar elde edilmiştir (21-25). Kupferminc ve ark.'nın yaptığı çalışmaya göre preeklampsili gebelerde kalıtsal trombofili taşıyıcılarında ablasyo plasenta riski 7.2 kat artırmaktadır (20). Preeklampsili gebelerde gebelik kaybı, plasenta damarlarının trombozu, plasenta infarktı ve plasental yetmezlik ile ilişkilidir (16,23). Bu hastalarda kötü obstetrik öykü sonucu, belirleyen en önemli etkidir. Araştırmalar, preeklampsili gebelerde kötü obstetrik öyküsü ile tromboz gelişimi yoksa, trombofiliye bağlı gebelik kaybı riskinin az olduğuna dair kanıtlarda mevcuttur (15).

Preeklampsili gebelerde trombofili testleri, rutin yapılan testlerden biri değildir. Öyküsünde veya ailesinde DVT bulunan, önceki gebeliklerinde tekrarlayan 2. trimester düşüklüğü veya diğer gebelik komplikasyonlarında gebelik öncesi trombofili nedenleri araştırılabilir (26,27). Bu nedenle maliyet etkin de olmayan trombofili testleri endike olduğu durumlarda yapılmaktadır. Bates ve ark.'nın yayınladığı kanıta dayalı trombofili ve antitrombotik tedavi rehberine göre tekrarlayan düşüklüklerde yada açıklanamayan geç gebelik kaybı varlığında, trombofili taraması önerilmektedir (28).

Preeklampsili gebelerde trombofili tedavisi, trombozu önlemeye ve plasental kan akımını düzeltmeye yöneliktir. Tedavi edilmeyen trombofilili gebelerde komplikasyonların tekrarlama olasılığı %66-83'tür (29). Günümüzde en uygun tedavi fraksiyone olmayan heparin (UFH) yada düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisidir (30). Her iki heparinde plasentaya geçmediği için gebelikte güvenlidir (29).

Preeklampsili gebelerde, ailesel DVT ile önceki gebeliklerinde düşük öyküsüne sahip olmaları, trombofili gelişimini tetiklemektedir (30). Trombofilili gebelerde preeklampsinin önlenmesi, erken dönemde tanınması, tanılama sürecinde fetal ve maternal sağlığın korunması, tedavi ve bakım giderlerinin azaltılması ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesinde hemşirelik bakımı ve eğitimi önemli yere sahiptir(31,32). Hemşirelerin antikoagülan tedavinin olası komplikasyonları olan kanama, trombositopeni ve lokal reaksiyonların (lokal iritasyon, ağrı, hematom, ekimoz) önlenmesi ve tedavinin etkinliğinin sürdürülmesinde önemli rolleri vardır (33). Ayrıca hemşireler bakım planı süreçlerinden olan fiziksel muayene yaparken gebelerde her iki alt ekstremitede ödem, ağrı, hassasiyet, venöz distansiyon, siyanoz, mental durum kontrolü yapmalıdır (34).

Bu nedenle, preeklampsili gebelerde trombofili açısından riskli grupların erken tanımlanması ve uygun hemşirelik bakımı ve tedavisinin sağlanmak için preeklampsili gebelerde, trombofili görülme sıklığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Normal Gebelikte Kan Basıncı**

Kan Basıncı, damar yatağındaki kanın akım sırasında damar duvarlarına yaptığı basınçtır (35). Kalp tarafından pompalanan kan miktarı, damarların bu akıma karşı oluşturduğu dirence bağlıdır (36). Gebelikte kan basıncı, gebeliğin ilk aylarında düşer ve diyastolik değer gebeliğin 2. trimesterinde gebelik öncesi değerlerin ortalama 10mmHg altınakadar inebilir. Kan basıncındaki bu düşme, vazodilatasyon sonucu olan periferikvasküler direncin düşmesiyle belirgin olarak ilişkilidir (37). Bunlara sebep olan mekanizmanın nedeni tam olarak belli değildir, prostasiklin ve nitrikoksit gibi lokal mekanizmalarında rolü olabilir. Gebelikte görülen hipertansif bozukluklar, tüm gebeliklerin %8 kadarını etkiler ve tüm dünyada maternal ve neonatal ve morbidite ve mortalitenin temel nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (38). Advers olayların çoğu, doğrudan gebelikte proteinüri ile birlikte yeni ortaya çıkan hipertansiyonla karakterize olan preeklampsi sendromu ile ilişkilidir. Ayrıca kronik hipertansiyonu olan kadınlarda da maternal ve neonatal morbidite ve mortalite görülebilir (39,40).

### **2.2.Gebelikte Hipertansif Durumlar**

#### **2.2.1. Kronik Hipertansiyon**

Gebe kadınlar arasında kronik hipertansiyon oranı % 1-5 arasında değişir (41). Kronik hipertansiyon gebeliğin 20. haftasından önce sistolik kan basıncı 140 mmHg, diastolik kan basıncı ise 90mmHg olduğu durumlarda, kronik hipertansiyon durumu gerçekleşir (42). Gestasyonel hipertansiyon preeklampsi (hipertansiyon ve proteinüri) ya da kronik hipertansiyon (ilk gebelik 20. haftadan önce tespit hipertansiyon) için kriterlere uymayan hipertansif hamile kadınlar için geçici bir tanıdır (43). Diğer yandan başlangıçta gestasyonel hipertansiyon tanısı alan kadınların %15-25'inin preeklampsi geliştirdiği ve preeklampsi gelişen kadınlarla proteinürisiz hipertansiyon ile devam edenlerin farklı özelliklere sahip olduğunu gösteren kanıtlarda bulunmaktadır (44).

## **2.2.2.Preeklampsi ve Eklampsi**

### **2.2.2.1. Preeklampsi**

Preeklampsi genellikle hamileliğin 20. haftasında görülmektedir. Gebeliğin ilk aylarında tansiyon problemi olmayan bir gebe kadında 20. gebelik haftasından sonra KB'nın 140/90 mm/Hg kadar yükselmesi durumudur. Tansiyon artışına ek olarak da 24 saatlik idrar örneğinde, 300 mg/dl daha fazla protein görülmektedir (45). Gebelik durumunda tansiyonu normal olan kadınların tansiyonu artabilir yada var olan hipertansiyonu kötüleştirebilir (46). Gebeliğin meydana getirdiği yada mevcut olan hipertansiyona ek olarak proteinüri ve ödem de gelişebilir (47). Ödem, yumuşak dokularda kan plazmasının fazla birikmesi sonucu oluşur. Proteinüri; toplanan 24 saatlik idrar örneğinde 300 mg veya daha fazla protein görülmesi durumudur (48).

### **2.2.2.2.Eklampsi**

Preeklampsi tablosuna konvüzyonların da eklenmesi durumunda eklampsi meydana gelir. Eklampsi insidansı 1/1000 ve 3/1000 arasında değişmekle beraber, preeklampsilerde görülme sıklığı %1.0'dır (49). Eklampsi tüm dünyada maternal mortalitenin en önemli sebepleri arasında yer almaktadır. Eklampsi oluşmasının sebebi hala bilinmemekle beraber patofizyolojik olayın serabro-vasküler ödem olduğu düşünülmektedir (5).

Eklampsi tanısında hipertansiyon, temel bulgudur (50,51). Hipertansiyon ağır, hafif veya göreceli olabilir (sistolik 140 ile 160 mmHg veya diastolik 90 ile 110 mmHg arasında) (52). Göreceli olduğu durumlarda (eklamptik hastaların % 20'si) sistolik KB 120 ile 140mm Hg, diastolik 80 ile 90 mmHg arasındadır (49).

### **2.2.2.3.Dünyada ve Türkiye' de Preeklampsi İnsidansı**

Dünyada hipertansiyon insidansı farklı toplumlarda farklı oranlarda görülmektedir (53). Amerika'daki siyah ırkında olan gebelerde prevalans daha sık görülmektedir. Eklampsi insidansı gelişmiş ülkelerde 1.2000, gelişmekte olan ülkelere de 1:100-1: 1700 olarak bildirilmiştir (54). Preeklampsi ve gebelikle ilişkili hipertansif



bozukluklar Amerika'daki tüm doğumların %5-8'ini etkilemektedir (51). Kanada ile Batı Avrupa'daki preeklampsisi insidansı %2-5 arasında değişmektedir. Gelişmekte olan dünyada, doğumların %4'ünden, Afrika'nın bazı bölgelerinde %15 gibi yüksek orana kadar çıkmaktadır. Bu bölgelerde preeklampsisi ile eklampsinin şiddetli formları daha da yaygındır (48). Ülkemizde yapılan araştırmalara göre doğrudan anne ölümleri arasında, preeklampsisi-eklampsi anne ölümlerinin % 15.0-18,4 oranlarında değişmektedir (4).

#### 2.2.2.4. Preeklampsisi Risk Faktörü

Yapılan literatür taramasında genel kabul görmüş 12 adet risk faktörü tespit edilmiştir. Preeklampsinin risk faktörlerini daha iyi anlaşılması için kısaca açıklanması faydalı olacaktır.

**Preeklampsisi öyküsü;** Daha önceki gebeliklerinde ve ailede preeklampsisi öyküsüne sahip olmak (55).

**İlk gebelik;** Yapılan araştırmalarda ilk gebeliklerde preeklampsisi görülme sıklığı daha fazla olduğu belirlenmiştir (56).

**Diğer sağlık problemleri;** Kronik hipertansiyon, migren, diyabet, böbrek hastalığı, romatoid artrit, lupus, idrar yolu enfeksiyonları, diş eti hastalıklarının varlığı, preeklampsisi riskini tetiklediğine dair bazı kanıtlar bulunmuştur (57,58).

**İdrarda ve kanda protein düzeylerinin yüksek oluşu;** Gebelerin kan ve idrarında bazı protein düzeylerinin yüksek oluşu plasentayı besleyen damarların gelişmesi ve işlevlerini bozarak preeklampsisi riskini artırdığı düşünülmektedir (59).

**Beslenme bozukluğu ve vitamin D yetmezliği;** Gebelikte diyet beslenmesi oldukça önemlidir. Gebelerde karbonhidrat ağırlıklı beslenme, vitamin eksikliği, B12 ve folik asit eksikliği de preeklampsisi riskini artırdığına dair kanıtlar bulunmuştur (2). Gebelerde vitamin D eksikliği preeklampsisi riskini artırdığı yönünde bazı veriler elde edilmiş olup gebelik süresince vitamin D desteğinin preeklampsisiyi önlemede etkili olduğu düşünülmektedir (60).

**Genetik faktörler;** Preeklampsisi risk faktörleri arasında, ailesel trombofililer genetik etkenler arasında ön plana çıkmaktadır.

**Gebenin yaşı;** Gebelerin 20 yaş altı ve 40 yaş üstü olması preeklampsisi gelişme riskini artırmaktadır (42).

**Obezite;** Gebelerde gebelik süresince alınan aşırı kilolar preeklampsi riskini artırdığı yönünde kanıtlar vardır (2).

**Çoğul gebelik;** Çoğul gebeliklerde preeklampsi görülme sıklığı artar (40).

**Gebelikler arası çok uzun aralık olması;** Gebelikler arası fark 5 yıl veya daha uzun olması durumunda preeklampsi görülme riski artar (56).

**Diyabet ve gestasyonel diyabet;** Gebelerde nefropati, kronik hipertansiyonla beraber olduğunda preeklampsi riski % 60 oranında artar (42).

#### **2.2.2.5. Preeklampsinin Komplikasyonları**

Preeklampsi karaciğer, böbrek, uterus başta olmak üzere solunum, kardiyovasküler ve serebrovasküler sistemlerde disfonksiyonlara neden olmaktadır (61). Preeklampsinin en önemli komplikasyonu eklampsi ve HELLP sendromu (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet Count) tablosu ve buna bağlı oluşan maternal-fetal morbidite ve mortalitedir. Şiddetli preeklampsi tablosunun eklampsiye dönüşmesi ile birlikte sistemik kapiller endotelial hasar sonucu hemoliz, karaciğer enzimlerinde artış ve trombositopeni tablosu HELLP sendromu olarak tanımlanmaktadır (17). Bu semptomların kadar şiddetli ise gebeliğin sonlandırılma gerekliliği o derece artmaktadır.

#### **2.2.2.6. Preeklampsinin Önlenmesi**

Preeklampsiyi önlemek ve insidansını düşürmek için birçok çalışma yapılmıştır (62). Ancak preeklampsi oluşumunu tetikleyen birçok hastalık mevcuttur. Bu nedenle, preeklampsi tedavisinde yapılan uygulamalar hastalığın gelişimini önleyememektedir. Gebeliğe uygun beslenme diyeti, aspirin tedavisi, diüretikler, kalsiyum, beta mimetikler ve antioksidanlar preeklampsiyi önlemek için yapılan tedavi şekillerinden bir kaçıdır (63). Preeklampsi tanısından sonra diğer önemli bir durumda erken tanıdır. İdeal bir erken tanı testi; gebelikte kolayca uygulanabilir, basit, tekrarlanabilir, yüksek sensitivite ve yüksek pozitif prediktif değere sahip ve noninvazif olmalıdır (51,64). Fakat preeklampsinin maternal ve fetal olumsuz etkilerine rağmen günümüzde bu kriterleri tam olarak karşılayan gebeliğin erken döneminde riskleri güvenilir şekilde saptayabilecek güvenilir, geçerli ve maliyet etkin bir tarama testi bulunmamaktadır (65-66).

### 2.3.Preeklampsili Gebelerde Trombofili

Preeklampsi endotelial hasar ve koagulasyon problemleriyle birlikte olabildiğinden, konjenital veya kazanılmış trombofili bu patolojide önemli bir rol oynamaktadır. Trombofilinin literatürde kabul görmüş genel bir tanımı yoktur (67). Trombofili terimi genel olarak genetik ve akkiz tromboza yatkınlık meydana getiren hemostaz hastalıkları tariflemektedir (68).

Trombofili, tromboza yatkınlığı ifade eder (28). Venöz veya arteriyel tromboza neden olabilen bozuklukları tanımlamaktadır ve edinsel veya kalıtsal olabilir (16). Trombofili, gebelikte tromboemboli riskinin artışı dışında; preeklampsi, intrauterin büyüme kısıtlılığı, ablasyo plasenta ve tekrarlayan gebelik kaybı gibi maternal ve fetal morbidite ve mortalite artışı ile de ilişkilidir (65).

Preeklampsi ile ailesel trombofililer arasındaki ilişki ilk olarak 1995 yılında Dekker ve ark.'ları, bir yıl sonrada (1956) Jordan ve Nandorff tarafından tarif edilmiştir (17). Tromboz riskini artıran hemostatik bozukluklar, gebe kadınların önceki gebeliklerinde ağır preeklampsi öyküsü olan hastaların % 40'ında rastlanmaktadır (69-71). Çeşitli çalışmalar arasındaki trombofili sıklığı ile ilgili farklılıklar, populasyon farklılıklarına, çalışma dizaynına ve preeklampsi tanımındaki farklılıklara bağlı olabilir. Tüm gebelerde trombofili sıklığı %15 iken, preeklampsili gebelerde trombofili sıklığı %64.7 olarak bildirilmiştir (15). Said ve arkadaşlarının yaptığı prospektif çalışmada da trombofili ile ablasyo plasenta ve ölü doğum arasında ilişki bulunmasına rağmen preeklampsi ile ilişki bulunmamıştır (72). Debeer ve arkadaşları şiddetli preeklampsi gelişen 50 hasta ve 50 sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada trombofili ile şiddetli preeklampsi arasında ilişki olabileceğini belirtmişlerdir (70). Kjelberg ve arkadaşlarının trombofilili olan 491 gebe ile 1055 sağlıklı gebeyi karşılaştırdıkları çalışmada kötü gebelik sonuçları ile trombofili arasında ilişki bulmuştur (73). Kupfermanc ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise şiddetli obstetrik komplikasyon gelişen 110 gebe kadında trombofili sıklığı % 65, 110 kişilik kontrol grubunda ise % 18 olarak bulmuştur (74). Bu araştırmalar sonucunda preeklampsili gebelerde trombofilinin rol oynayabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda gebe kadınların bir sonraki gebeliklerinde bu riskin tekrar gelişebileceği öngörüsü mevcuttur.

Gebelik fizyolojisi hiperkoagülabilité yatınlığını artırır. Gebelikte var olan trombofili ile gebelik komplikasyonu gerekleŒebilir (28). Bu komplikasyonlar arasında maternal ve fetal sonuçlar gibi olaylar yaŒanabilir. Hemostatik sistem sayesinde, implantasyon ve plasantasyon oranında etkili sonuçlar elde edilmesinde önemli rolü vardır (69). Placenta ve maternal dolaŒım arasındaki bu etkileŒim, gebelik süresince çok önemli bir faktördür. Protrombotik dengesindeki bozulmalar ve trombozun varlığı ile gebelik kayıpları gibi sonuçlara neden olabilir (5).

Tekrarlayan gebelik kaybı, Œiddetli preeklampsi, IUGG, abrupsiyo placenta, ölü doğum gibi durumların trombofili ile iliŒkili olduğuna dair birçok alıŒma yapılmıŒtır (16). Bu olguların tamamı anormal plasental vaskülarizasyonla bozulmuŒ hemostazın neden olduğu yetersiz maternofetal dolaŒımın etkili olduğu belirlenmiŒtir (47). Endotelial disfonksiyon, vazokonstriksiyon, ile artmıŒ koagülasyon, plasental iskemi gibi bulgular anormal plasental geliŒimi açısından önemli rol oynamaktadır (70,71). Bu sonuçlar plasental perfüzyonda azalmaya yol açar. Aynı zamanda, spiral arterlerin yetersizliği, plasental vasküler lezyonları, trombotik risk gibi gebelik komplikasyonları ile trombofil arasında çok anlamlı veriler elde edilmiŒtir (5). Yapılan alıŒmalarda fetüsün de etkin rolünün olduğu kanıtlanmıŒtır. Kupfermanc' in yaptığı alıŒma sonucunda anne ile fetüs arasındaki kalıtsal trombofili nedeniyle placental tromboz oranında artış olduğunu ve komplikasyonlara neden olduğunu belirtmiŒtir (20). Preeklampsili gebelerde komplikasyonların geliŒimini önlemek için gebelik taramaları yapılmaktadır. Yapılan taramalarla kötü gebelik sonuçları önlenmiŒ olacaktır. Preeklampsili gebelerde düşük öyküsü, tekrarlanmış gebelik kaybı, tromboza yatınlıklığı olan gebelerde trombofili taraması araŒtırılabilir.

### **2.3.1. Preeklampsili Gebelerde Trombofili Taraması**

Preeklampsili gebelerde trombofili testi, rutin yapılan bir tetkik değildir. Riskli gebeliklerde preeklampsi ve gebelik kaybı gibi komplikasyonlu gebeliklerde tarama yapılabilir. AraŒtırmalar ilk defa ventriküler taşikardi (VT) atağı geçiren her hastada kalıtsal trombofili etkenlerinin taranmasının klinik bir yararı olmadığı gösterilmiŒtir (75). Özellikle hastalarda bakılan kalıtsal trombofili testleri, antikoagülan

tedavinin kesilmesini takiben venöz tromboemboli (VTE) tekrarlama riski hakkında fikir verebilir. Ancak bu hastalarda kalıtsal trombofili taraması tedavi kararını etkileyecekse yapılmalıdır (76).

Gebelikte her kadına rutin trombofili taraması önerilmez, Ailesinde genç yaşta (<45) veya tekrarlayan VTE öyküsü olan ve gebelik planlayan kadınlarda trombofili taraması önerilir, 3 veya daha fazla <10 hf gebelik kaybı, 1 veya daha fazla morfolojik olarak normal >10 hf gebelik kaybı, 1 veya daha fazla  $\leq 34$  hf preeklampsi, plasental yetersizlik nedeni ile prematür doğumda trombofili testi önerilebilir (26,27,28). hPreeklampsili gebelerde trombofili varlığı durumunda, gebelik komplikasyonlarının gelişmemesi için uygun trombofili tedavisi yapılmalıdır.

### **2.3.3.Preeklampsili Gebelerde Trombofili Tedavisi**

Tedavi trombozu önlemeye ve plasental kan akımını düzeltmeye yöneliktir. Tedavi edilmeyen trombofilili gebelerde komplikasyonların tekrarlama olasılığı %66-83'tür (30). Günümüzde en uygun tedavi fraksiyone olmayan heparin (UFH) yada düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisidir. Her iki heparin de plasentaya geçmediği için gebelikte güvenilirdir (77). Yapılan çalışmalarda DMAH'ın biyo yararlılığının daha fazla, etkinliği ve güvenilirliğinde enaz UFH kadar olduğu gösterilmiştir. UFH, antitrombin III ile birleşerek trombin oluşumunu engellemektedir ve faktör Xa ve trombosit agregasyonunu da inhibe etmektedir aynı zamanda DMAH ise faktör Xa inhibisyonu yapmaktadır. Trombositopeni ve osteopeni riski DMAH kullanımında daha azdır (28).

### **2.4. Preeklampsili Gebelerde Trombofili ile İlgili Hemşirelik Yaklaşımı**

Preeklampsili gebeler, gebelik süresi boyunca yakın takip edilmesi ve değerlendirilmesi gereken riskli gebelerdendir (78-81). Preeklampsili gebelerde trombofili varlığı ile beraber gebelik komplikasyonları açısından daha da önem taşımaktadır. Hemşireler bu riskli grupların doğum öncesi izlem ve bakımında aktif rol alan önemli sağlık çalışanlarıdır (82). Anne, fetus ve yenidoğan sağlığını korumada ve geliştirmede önemli bir role sahip olan hemşirelerin perinatal süreçte risk taşıyan gebeleri belirleyerek koruyucu bakım sağlayabilmesi ve sağlığın normalden saptığı

durumlarda uygun girişimlerde bulunabilmesi önem taşımaktadır (83). Trombofilili gebelerde tedavi DMAH/UFH şeklindedir. Tedavi trombozu önlemeye ve plasenta kan akımını düzeltmeye yöneliktir. Bu bağlamda hemşirelere, riskli grupta yer alan preeklampsi ve trombofilili hastalığı olan gebelere, takip ve bakım alanında önemli görevler düşmektedir. Preeklampsilili gebelerde trombofilili de tedavi ve bakım, aşağıdaki gibi sıralanabilir

- Hemşireler kendi müdahale alanları içerisinde yer alan fiziksel aktivite, stresle baş etme, dinlenme ve benzeri yaşam biçimi değişiklikleri konularında gebelere eğitim ve danışmanlık vermelidirler (84,85).
- Hemşireler her izlemde gebenin kan basıncını dikkatli ve doğru bir şekilde ölçmeli, kilo takibi yapmalı ve idrarda protein açısından değerlendirmelidir (58).
- Hemşireler gebelere, maternal ve fetal semptomlarının takibi bu semptomların maternal ve fetal sağlık üzerine etkilerine yönelik bilgilendirmeli bu bağlamda fetal hareket, vajinal kanama ve preterm doğum tehdidi bulguları yönünde de gebelere eğitim vermelidir (86,87).
- Gebelere sağlık merkezinde en az haftada bir kez kan basıncı ölçümü, nonstres test (NST) ile fetal sağlığın değerlendirilmesi ve trombosit sayılarının ve karaciğer enzimlerinin takibi ve önemi konusunda eğitim vermelidir (58). Bu izlemlerde temel amaç hastalığın prognozunun erken dönemde tanımlanması ve komplikasyonların önlenmesidir (88-90).
- Gebeler UFH, DMAH ve warfarin alan hastalar rutin sırasıyla APTT, anti-Xa aktivitesi ve INR gibi tetkiklerle takip edilmelidir (91).
- Antikoagülan tedavi sırasında, DVT olasılığına karşı bacak elevasyonu ve varis çorabı giydirilmesi de ihmal edilmemelidir(92).
- Doğumdan 12-24 saat önce heparin kesilmeli, sezaryenden 12 saat, normal vajinal doğumdan ise altı saat sonra kanama yok ise heparin tekrar başlanmalıdır (93).
- Hemşirelerin, antikoagülan tedavinin olası komplikasyonları olan kanama, trombositopeni ve lokal reaksiyonların (lokal iritasyon, ağrı, hematoma, ekimoz) önlenmesi ve tedavinin etkinliğinin sürdürülmesinde önemli rolleri vardır (94).

- Lokal reaksiyonların önlenmesi için hemşire antikoagülanların uygulanması sırasında enjeksiyon bölgesinin seçimine, iğne ve enjektörün boyutuna, deri hazırlığına, enjektörün açısına, hava kilidi tekniğinin uygulanmasına, aspirasyon uygulama durumuna, enjeksiyonunun hızına ve enjeksiyon sonrası basınç ve masaj uygulanmamasına dikkat etmelidir (95).
- Yapılan çalışmalarda antikoagülan ilaç uygulamasının 30 sn sürmesi ve enjektörün 10 sn bekletilip uygulamaya son verilmesi gerekmektedir (96,97). Ayrıca aldığı tedavinin gebelikte ve doğum sonu dönemde gidişatı hakkında gebeler bilgilendirilmeli, tedavinin fetal sağlığa etkileri ve yan etkileri hakkında gebenin endişeleri giderilmelidir (98).
- Gebenin tedaviye uyumunun sağlanması için tedaviye aktif katılımı sağlanmalıdır. Ayrıca birey enjeksiyon uygulamasını evde devam ettireceği için uygulama yönteminin sözlü, yazılı, görsel materyal ve araçlarla destekli, uygulamalı eğitimler verilmelidir (92).
- Gebe ve ailesinin eğitiminde gebenin klinik durumu, DVT profilaksisi, antitrombolitik çoraplar, antikoagülan tedavi, yaşam biçimi değişiklikleri ve fiziksel egzersizin önemine değinilmelidir (99,100).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel tiptedir.

#### **3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih**

Araştırma 15 Mart 2015 - 15 Mart 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastaneleri Kadın Doğum Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Diyarbakır Dicle Üniversite Hastaneleri şehrin en büyük hastanesi olma özelliği taşımaktadır. 1218 yataklı olan hastane 3175 sağlık personeli ile hizmet vermektedir. Dicle Üniversite Hastaneleri ana binada yer alan Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde günlük yaklaşık 200 gebe kadın muayene olmaktadır. Polikliniklerde 2 uzman doktor 2 asistan doktor, 2 hemşire, 2 sekreter ve 2 temizlik personeli görev yapmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde preeklampsi tanısı konulmuş gebelere kan basıncıve kilo ölçümü, tam kan, biyokimya, idrar, USG takibi rutin olarak yaptırılmaktadır. Önceki gebeliklerinde; düşük tekrarı olan, preeklampsi tanısı konulan, DVT, VTE tanısı alan gebelere ise trombofili paneli testi yaptırılmaktadır.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, 15 Mart 2015 -15 Mart 2016 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Hastaneleri Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran ve preeklampsi tanısı almış 120 gebe oluşturmuştur. Evrenin tamamı örnekleme alınmıştır. Araştırmaya katılmayı reddeden olmamıştır.

#### **3.5. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılması için Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastaneleri Etik Kurulu'ndan (EK 2) yazılı izin ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden bilgilendirilmiş sözel onamları alınmıştır.



### **3.6. Veri Toplanması ve Araçlar**

#### **3.6.1. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak (58,82,101,110,) oluşturulmuş olan Veri Toplama Formu (Ek 1) kullanılarak toplanmıştır.

**Veri Toplama Formu:** Araştırmacı tarafından hazırlananbu form, sosyo-demografik, obstetrik ve preeklampsi ve trombofili ile ilişkili özelliklerini belirlemeye yönelik 3 bölüm ve toplam 40 sorudan oluşmaktadır.

Birinci bölüm; Sosyo-demografik özelliklerine ilişkin(yaş, eğitim durumu, en çok konuşulan dil, iş, sosyal güvence, ailenin ekonomik durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin gelir durumu, aile tipi, yaşanan yer, kronik hastalıklar ve aile hekimi tanıma) içeren 12 sorudan oluşmaktadır.

İkinci bölüm; Doğurganlık özelliklerine ilişkin(ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, ölü doğum sayısı, isteyerek gebelik sonlandırma, istemeden planlamadan gebe kalma durumu, doğum şekli, iki yıldan az doğum aralığı ) içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

Üçüncü bölüm; Preeklampsi ve trombofili, ile ilişkili özellikler (gebelik haftası, gebelik kontrolü yaptırma durumu, gebelik kontrol sayısı, sağlık kontrolünün nerede yapıldığı, gebe kalmadan önceki kilo, şimdiki kilo ve boy, gebelik süresince kanama olup olmadığı, kanama varsa kaçınıcı hafta olduğu, gebelik süresince, yüksek tansiyon varlığı, preeklampsi tanısı alınan gebelik haftası, preeklampsi şiddeti,preeklampsiye yönelik tedavi alma durumu, önceki gebeliklerde preeklampsi tanısı varlığı,varis oluşumu, kansızlık oluşumu, diyet,bebeğin gelişiminde tanı konulmuş bir hastalık durumu, trombofili paneli testi, trombofili testi sonucu) içeren 18 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.6.2.Ön Uygulama**

Veri Toplama Formunun anlaşılabilirliğinin ve uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi, uygulama planının belirlenmesi amacıyla 01.01.2015-01.03.2015 tarihleri arasında Diyarbakır Dicle Üniversite Hastaneleri Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran ve preeklampsi tanısı almış 15 gebe ile ön uygulama yapılmıştır.

Uygulama sonunda formun uygulanabilirliği, anlaşırılığı test edilmiştir. 50 sorudan oluşan Veri Toplama Formu'nda anlaşılmayan ve gereksiz bulunan sorular çıkarılmış ve soru sayısı 40'a soruya düşürülmüştür. Bu nedenle ön uygulamaya alınan gebeler araştırmaya dahiledilmemiştir.

### **3.6.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırmanın veri toplama aşaması 15 Mart 2015- 15 Mart 2016 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veriler, Veri Toplama Formu ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Araştırmacı hafta içi hergün 08:00 – 17:00 saatleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde bulunmuştur. Araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanarak gebelerin sözel onamları alınmış ve görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Preeklampsi tanısı alan gebelere doktor tarafından rutin olarak istenilen trombofili paneli test sonuçları araştırmacı tarafından Hematoloji bölümünden alınmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı değişken;** Trombofili paneli testi sonucudur.

**Bağımsız değişkenler;** Gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, preeklampsi ve trombofili ile ilişkili özelliklerdir.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences for Windows 16.0 istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortanca, standart sapma; tek değerşkenli analizlerden Man Whithney-U testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır. Bulgular % 95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastaneleri Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran preeklampsili gebelerle yapılmıştır, sonuçlar sadece örneklem grubuna genellenebilir.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Tablo 1.’e göre; gebelerin %27.5’i temel eğitimini tamamlayamamıştır. Evde en çok konuştukları dil Türkçe’ dir (%66.7). Gebelerin sadece %28.3’ü gelir getiren bir işte çalışmaktadır ve %53.3’ü ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmiştir. Gebelerin %1.7’sinin eşi temel eğitimini tamamlayamamıştır. Eşlerinin tamamı (%100.0) çalışmaktadır. Gebelerin %95.5’i çekirdek ailede yaşamaktadır ve en uzun yaşadıkları yer il merkezidir (%75.0) (Tablo 1).

**Tablo 1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	30	25.0
Okuryazar	3	2.5
İlköğretim	21	17.5
Lise	34	28.3
Üniversite ve üstü	32	26.7
<b>Evde en çok konuşulan dil</b>		
Türkçe	80	66.7
Kürtçe	40	33.3
<b>Gelir getiren bir işte çalışma durumu</b>		
Evet	34	28.3
Hayır	86	71.7
<b>Algılanan ekonomik durum</b>		
Çok iyi	2	1.7
İyi	53	44.2
Orta	64	53.3
Kötü	1	.8
<b>Eşin eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	2	1.7
İlköğretim	27	22.5
Lise	57	47.5
Üniversite	34	28.3

**Tablo 1. (devam) Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b>Eşin çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	120	100.0
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	115	95.8
Geniş aile	5	4.2
<b>En uzun yaşanılan yer</b>		
İl merkezi	90	75.0
Köy kasaba	26	21.7
İlçe merkezi	4	3.3
<b>Toplam</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Gebelerin önceki gebeliklerine ilişkin bilgiler Tablo 2’ de verilmiştir. Tabloya göre; gebelerin %17.5’i en az bir düşük, %3.3’ü ölü doğum, %2.5’i isteyerek gebelik sonlandırma, %3.3’ü iki yıldan daha kısa süre ile doğum yapmıştır. Gebeliklerin tamamı (%100.0) planlı gebeliktir. Gebelerin %5.0’i daha önceki gebeliklerinde de preeklampsi tanısı almıştır. Gebelerin %45.8’i vajinal, %47.5 sezaryanla doğumu gerçekleştirmiştir (Tablo 2 ).

**Tablo 2. Gebelerin Önceki Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b>Düşük sayısı</b>		
0	91	75.8
1	21	17.5
2	8	6.7
<b>Ölü doğum yapma durumu</b>		
Yaptı	4	3.3
Yapmadı	116	96.7
<b>İsteyerek gebelik sonlandırma</b>		
Evet	3	2.5
Hayır	117	97.5
<b>İki yıldan daha kısa süre ile doğum yapma durumu</b>		
Evet	4	3.3
Hayır	116	96.7

**Tablo 2. (devam) Gebelerin Önceki Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b>Preeklampsi tanısı alma durumu</b>		
Evet	6	5.0
Hayır	114	95.0
<b>Son doğumların gerçekleşme şekli</b>		
Vajinal doğum	55	45.8
Sezaryan doğum	57	47.5
<b>Toplam</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Gebelerin şimdiki gebeliğe ilişkin bilgiler Tablo 3’de verilmiştir. Gebelerin tamamı (%100.0) gebelik izlemi yaptırmış ve %75.8’i bu izlemleri Üniversite Hastanesinde yaptırmıştır. Gebelik sürecinde gebelerin %15.8’inde kanama, %95.8’inde hipertansiyon sorunu olmuştur. Gebelerin varis (%6.7) ve kansızlık (%52.5) şikayeti olmuştur. Gebelerin tamamı (%100.0) hafif preeklampsi tanısı almış, %39.2’sine ilaç tedavisi verilmiştir. Gebelerin %40’ına doktor tarafından diyet uygulanmıştır. Gebelerin bebekleriyle ilgili tanı konulmuş bir sorun olup olmadığı incelendiğinde; %7.5’inin tanı konulmuş bir sorunu olduğu ve bunların tamamının down sendromu tanısı konulmuş bebekler olduğu belirlenmiştir. Gebelerin tamamının (%100.0) trombofili paneli testi yaptırdıkları belirlenmiş olup, %28.3’ünün trombofili test sonucunun pozitif olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Gebelerin Şimdiki Gebeliğine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı**

Gebeliğe İlişkin Özellikler	Sayı	%
<b>Antenatal bakımın alındığı yer</b>		
Devlet hastanesi	23	19.2
Üniversite hastanesi	91	75.8
Özel hastane poliklinik	6	5.0
<b>Gebelik sırasında görülen komplikasyonlar</b>		
Kanama	19	15.8
Hipertansiyon	115	95.8

**Tablo 3. (devam) Gebelerin Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Varis	8	6.7
Kansızlık	63	52.5
<b>Preeklampsinin şiddeti</b>		
Hafif preeklampsi	120	100.0
<b>Preeklampsiye yönelik tedavi alma durumu</b>		
Tedavi almadı	73	60.8
<b>Tedavi aldı</b>		
İlaç	47	39.2
<b>Diyet</b>		
Evet	48	40.0
Hayır	72	60.0
<b>Verilen diyet şekli</b>		
Tam tuzsuz diyet	48	40.0
<b>Fetal gelişim bozukluğu</b>		
Var	9	7.5
Yok	111	92.5
<b>Fetal anamoli görülme durumu</b>		
Down sendromu	9	7.5
<b>Trombofili test sonucu</b>		
Pozitif (hastalık var)	34	28.3
Negatif (hastalık yok)	86	71.7
<b>Toplam</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Gebelerin önceki ve şimdiki gebeliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde gebelerin yaş ortalamasının  $33.0\pm 33.9$  yıl olduğu, ilk evlenme yaş ortalaması  $23.0\pm 24.9$  yıl ve ilk gebelik yaş ortalamasının  $24.5\pm 26.1$  yıl olduğu belirlenmiştir. Çalışmada yer alan gebelerin ortalama  $35.0\pm 33.7$  gebelik haftasında oldukları ve toplamda ortalama  $3.0\pm 3.5$  gebelik sayısına sahip oldukları belirlenmiştir. Bu gebelerin gebelik süresince ortalama  $8\pm 8$  kez sağlık kuruluşuna kontrole gittikleri ve ortalama  $28.0\pm 27.6$  haftasında preeklampsi tanısı aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4. Gebelerin Önceki ve Şimdiki Gebeliklerine İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı**

Özellikler	Ortalama±SS	Ortanca (Min-Max)
Yaş	33.0±33.9	26.0( 20.0-45.0)
İlk evlenme yaşı	23.0±24.9	23.0( 18.0-38.0)
İlk gebelik yaşı	24.5±26.1	24.0(19.0-39.0)
Toplam gebelik sayısı	3.0±3.5	3.0(1.0-9.0)
Gebelik haftası	35.0±33.7	35.0(22.0-40.0)
Gebelik kontrolü için sağlık kuruluşuna başvurma sayısı	8.0±8.0	8.0(3.0-5.0)
Preeklampsi tanısı konulan hafta	28.0±27.6	28.0(22.0-36.0)

#### **4.2. Gebelerin Trombofili Görülme Durumunu Etkileyen Faktörler**

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre trombofili test sonucunun dağılımı Tablo 5.'de verilmiştir. Tabloya göre; evde en çok kürtçe konuşanların (%35.0), ekonomik durumun iyi olarak değerlendirenlerin (%30.2), okur-yazar olmayanların (%100.0), geniş ailede yaşayanların (%40.0) gelir getiren bir işte çalışanların (%30.2), eşi ilköğretim mezunu olanların (%44.4), ve köy/kasabada yaşayanların (%57.7) trombofili test sonucu pozitiflik oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; gebelerin trombofili test sonucu pozitiflik durumu ile evde en çok konuşulan dil, gelir getiren bir işte çalışma durumu, aile tipi, kadın eğitim düzeyi, aile ekonomik durumu, eş eğitim düzeyi açısından gruplar arasındaki fark anlamsız ( $p>0.05$ ) bulunurken en uzun yaşanan yer, gruplar arasındaki fark ( $p<0.001$ ) anlamlı bulunmuştur (Tablo 5 ).



**Tablo 5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Trombofili Test Sonucunun Dağılımı**

	Trombofili Testi Sonucu				X <sup>2</sup>	p
	Pozitif		Negatif			
	Sayı	%*	Sayı	%*		
<b>Evde en çok konuşulan dil</b>						
Türkçe	20	25.0	60	75.0	0.867	0.352
Kürtçe	14	35.0	26	65.0		
<b>Algılanan ekonomik durum</b>						
Çok iyi	0	0.0	2	100.0		
İyi	16	30.2	37	69.8	1.277	0.735
Orta	18	28.1	46	71.9		
Kötü	0	0.0	2	100.0		
Çok kötü	0	0.0	0	0.0		
<b>Eğitim durumu</b>						
Okuryazar değil	9	30.0	21	70.0		
Okuryazar	3	100.0	0	0.0		
İlköğretim	6	28.6	15	71.4	8.191	0.085
Lise	8	23.5	26	76.5		
Üniversite ve üstü	8	25.0	24	75.0		
<b>Aile tipi</b>						
Çekirdek aile	32	27.8	83	72.2	***	0.621
Geniş aile	2	40.0	3	60.0		
<b>Gelir getiren bir işte çalışma</b>						
Evet	26	30.2	60	69.8	0.26	0.610
Hayır	8	23.5	26	76.5		
<b>Eşin eğitim durumu</b>						
Okuryazar değil	0	0.0	2	100.0		
İlköğretim	12	44.4	15	55.6		
Lise	14	24.6	43	75.4		
Üniversite	8	23.5	26	76.5		
<b>En uzun yaşanılan yer</b>						
İl merkezi**	15	16.7	75	83.3		
Köy kasaba	15	57.7	11	42.3	14.09	p<0.001
İlçe merkezi	4	100.0	0	0.0		

\*Satır yüzdesi

\*\*Fark yaratan grup

\*\*\*Fisher's Exact test yapılmıştır.

Gebelerin önceki gebeliklerine ilişkin özelliklerine göre trombofili testsonucunun dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Gebe kadınların tanı konmuş hastalığı olanların %22.2'sinin, aile hekimini tanımayanların tamamının, düşük yapanların %48.3'ünün isteyerek gebelik sonlandıranların hiç birisinin, hiç çocuk doğurmayanların hiç birisinin ve iki yıldan daha kısa süre ile doğum yapanların yarısının trombofili test sonucu pozitifdir. Gebe kadınların tanı konmuş kronik hastalık, ölü doğum yapma,

isteyerek gebelik sonlandırma, doğum şekli ve iki yıldan daha kısa süre ile doğum yapma durumunun trombofili test sonucu üzerinde istatistiksel anlamlı düzeyde etkisinin olmadığı görülmüştür ( $p<0.005$ ). Aile hekimini tanımayanların, düşük yapanların, daha önceki gebeliklerinde preeklampsi tanısı alanların, trombofili test sonucu pozitif olma oranı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Ancak daha önceki gebeliklerinde preeklampsi tanısı alanların trombofili testi pozitif olma oranı diğer gruplar açısından ( $p<0.05$ ) fark anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 6. Gebe Kadınların Önceki Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Trombofili Test Sonucunun Dağılımı**

	Trombofili Testi Sonucu				X <sup>2</sup>	P
	Pozitif		Negatif			
	Sayı	%*	Sayı	%*		
<b>Tanı konmuş herhangi bir kronik hastalık</b>						
Evet	14	22.2	49	77.8	1.847	0.174
Hayır	20	35.1	37	64.9		
<b>Daha önceki gebeliklerinde preeklampsi tanısı alma durumu</b>						
Evet**	4	66.7	2	33.3	***	p<0.005
Hayır	30	26.3	84	73.7		
<b>Aile hekimini tanıma durumu</b>						
Evet	30	25.9	86	74.1		
Hayır**	4	100.0	0	0.0		
<b>Düşük yapma durumu</b>						
Evet	14	48.3	15	51.7	***	p<0.005
Hayır**	20	22.0	71	78.0		
<b>Ölü doğum yapma durumu</b>						
Evet	2	50.0	2	50.0	***	0.318
Hayır	32	27.6	84	72.4		
<b>İsteyerek gebelik sonlandırma sorunu</b>						
Evet	0	0.0	3	100.0	***	0.558
Hayır	34	29.1	83	70.9		
<b>Doğum şekli</b>						
Sezaryan doğum	15	26.3	42	73.7		
Vajinal doğum	19	34.5	36	65.5		

Gebelerin şimdiki gebeliğe ilişkin özelliklerine göre trombofili test sonucu dağılımı Tablo 7’de verilmiştir. Tabloya göre; tansiyonu yükselenlerin (%29.6), varis şikayeti olanların (%37.5), kansızlık şikayeti olanların (%31.7), preeklampsiye yönelik tedavi alanların (%27.7), diyet alanların (%18.8), fetal gelişim bozukluğu olanların (%22.2), trombofili test sonucu pozitiflik oranlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebeliktetansiyon yükselme durumunun, preeklampsi tedavisi alanların, varis ve kansızlık şikayetiolanların, diyet tedavisi alanların, fetal bozukluğu olanların, gruplar arasındaki fark anlamsız olduğu tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). (Tablo 7).

**Tablo 7. Gebelerin Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özelliklerine Göre Trombofili test Sonucunun Dağılımı**

	Trombofili Testi Sonucu				X <sup>2</sup>	p
	Pozitif		Negatif			
	Sayı	%*	Sayı	%*		
<b>Gebelik sırasında görülen komplikasyonlar</b>						
Hipertansiyon	34	29.6	81	70.4	***	0.320
Varis	3	37.5	5	62.5	***	0.686
Anemi	20	31.7	43	68.3	0.448	0.503
<b>Preeklampsiye yönelik herhangi bir tedavi alma durumu</b>						
Aldı	13	27.7	34	72.3	0	1
Almadı	21	28.8	52	71.2	21	
<b>Diyet alma durumu</b>						
Evet	9	18.8	39	81.3	2.74	0.090
Hayır	25	34.7	47	65.3		
<b>Fetal gelişim bozukluğu</b>						
Evet	2	22.2	7	77.8	***	1.000
Hayır	32	28.8	79	71.2		

\*Satır yüzdesi      \*\*\*Fisher’s Exact test yapılmıştır.

Gebelerin bazı özelliklerine göre trombofili testi sonucunun dağılımı Tablo 8’de verilmiştir. Trombofili testi sonucu pozitif olanların ortanca yaşı 31.5, ilk evlenme yaşı 23, ilk gebelik yaşı 25, toplam gebelik sayısı 3, gebelik haftası ortancası ise 35’tir. Gebelik kontrolü için sağlık kuruluşuna başvurma sayısı ortanca değeri 6, (Tablo

8). Trombofili testi sonucu negatif ve pozitif olanların, yaş, ilk evlenme yaşı, toplam gebelik sayısı, gebelik haftası, gebelik kontrolü için sağlık kuruluşuna başvurma sayısı ve preeklampsi tanısının ilk alınan zamanı, trombofili testi sonucu pozitif olanlarda daha küçük olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

**Tablo 8. Gebelerin Bazı Özelliklerine Göre Trombofili Testi Sonucunun Dağılımı**

	Trombofili Testi Sonucu		M-W-U	p
	Pozitif	Negatif		
	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)		
Yaş	31.5 (25.0-44.0)	33.5 (20.0-45.0)	1317.5	0.399
İlk evlenme yaşı	23.0 (18.0-37.0)	23.0 (18.0-38.0)	1283.5	0.296
İlk gebelik yaşı	25.0 (19.0-38.0)	24.0 (19.0-39.0)	1368.0	0.580
Toplam gebelik sayısı	3.0 (2.0-6.0)	3.0 (1.0-9.0)	1426.0	0.828
Gebelik haftası	35.0 (24.0-37.0)	35.0 (22.0-40.0)	1251.0	0.214
Gebelik kontrolü için sağlık kuruluşuna başvurma sayısı	6.0 (4.0-15.0)	8.0 (3.0-15.0)	1105.0	0.036*
Preeklampsi tanısını alma zamanı	26.0 (24.0-33.0)	28.0 (22.0-36.0)	1118.5	0.043*

## 5. TARTIŞMA

Trombofili, arteryel ve venöz tromboz oluşumuna yatkınlığın artmasıdır. Gebelik, trombojenik aktivitenin arttığı edinsel bir durumdur. Gebeliğe bağlı pıhtılaşma sistemindeki değişiklikler, kalıtsal trombofili nedeni ile sahip olunan trombojenik eğilimi arttırarak klinik hastalık oluşumuna neden olabilmektedir (9).

Çalışmada preeklampsili gebelerin %28.3'nün trombofili test sonucunun pozitif olduğu belirlenmiştir. Bu oranı literatürle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Yapılan pek çok araştırmada preeklampsili gebelerde trombofili görülme oranısının daha fazla olduğu belirtilmektedir (101,102,20). Kireçi'nin (101) yapmış olduğu çalışmada bu oranı %44.0, Arias ve arkadaşlarının (102) yaptığı çalışmada %77.0, Kupfermenc ve arkadaşlarının (20) yaptığı çalışmada ise %65.0 olarak belirtilmektedir. Bu sonucun nedeni, çalışmaya dahil edilen gebelerin tamamının hafif preeklampsili olmalarından kaynaklanmış olabilir. Nitekim çalışmalarda şiddetli preeklampsi tanısı alan gebelerde trombofili oranlarının, hafif preeklampsi tanısı alanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmektedir (103,20,104). Linj ve ark.'nın (103) yapmış olduğu 31 çalışma ve 7522 hastayı kapsayan bir metaanalizde, hafif preeklampsili olan gebelerde ağır preeklampsili gebelere oranla daha az trombofili görüldüğü belirtilmiştir. Kuphermenc ve ark.'nın (20) yapmış oldukları çalışmada, ağır preeklampitik hastaların % 67'sinde trombofili varlığı tespit edilmiştir. Osmanağaoğlu ve ark.'nın (104) çalışmasında ise bu çalışmalara zıt olarak preeklampsinin şiddeti ile trombofili arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir.

Çalışmada il merkezinde yaşayan, aile hekimini tanıyan ve doğum öncesi gebelik izlem sayısı daha fazla olan gebelerde trombofili test sonucu pozitiflik görülme sıklığının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum, gebelerin sağlık kuruluşuna daha kolay ulaşmalarından, riskli durumların erken dönemde belirlenerek uygun müdahalelerin yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir(4,8,20,101).

Çalışmada, trombofili test sonucu pozitif olan gebelerin yaklaşık yarısının, daha önceki gebeliklerinde preeklampsi ve düşük öykülerinin olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, çalışma sonuçlarıyla benzer şekilde, kötü obstetrik öyküsü olan gebelerde trombofili görülme oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (105). Kuphermenc ve ark.'nın (20) yaptıkları çalışmada önceki gebeliklerinde preeklampsi ve

düşük öyküsü olan gebelerde %13 oranında trombofili belirlenmiştir. Rey ve ark, (22) Many ve ark,(106) ve Haliloğlu (107) fetal ölüm olgularında, trombofili oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (20,22,106,107).İsrailde yapılan başka bir çalışmada ise, düşük yapmış preeklampsili gebelerin %30 oranında trombofili testi pozitif olduğu belirlenmiştir (108). Prochazka ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada benzer şekilde açıklanamayan tekrarlayan fetus kaybı, plasenta dekolmanı, intrauterin gelişme geriliği gibi komplikasyonlu gebelikler ile trombofili arasında anlamlı ilişki bulmuştur (109).

Çalışmada sosyo-demografik özellikleri (yaş, gebelik sayısı, gebelik haftası, doğum şekli) ile trombofili ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. Kireççi ve ark.'nın(101) yapmış olduğu çalışmada gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile anlamlı ilişki bulunmuştur (101). Kupfermanc'ın 2000 yılında yayınlanan çalışmasında, yaş ve etnik orjine göre karşılaştırılmış ve trombofili pozitif oranı daha yüksek bulunmuştur (20) Bizim çalışmamıza benzer şekilde Ezler İşler F. ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada da sosyo-demografik özellikler ile trombofili arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (110). Gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile trombofili ilişkisi literatürler incelendiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin farklı olması ve değişkenlik göstermesi trombofili testi sonucunda etkileyebilmektedir.

Preeklampsili gebelerde trombofili varlığı ile beraber birçok gebelik komplikasyonları gelişmektedir. Komplikasyonların gelişimini etkileyen ve faktörleri inceleyen, araştıran daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

## 6. SONUÇLAR

Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Gebelerin tamamı hafif preeklampsi tanısı alan gebelerdir.
- Gebelerin%28.3' ünün trombofili testi sonucu pozitifdir.
- İl merkezinde yaşayan, aile hekimini tanıyan ve doğum öncesi izlem sayısı daha fazla olan gebelerde trombofili test sonucu pozitiflik oranısı daha düşüktür.
- Daha önceki gebeliklerinde preeklampsi ve düşük öyküsü olan gebelerde trombofili test sonucu pozitiflik oranısı daha yüksektir.



## 7.ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara yönelik aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Preeklampsi tanısı almış gebeler, preeklampsinin şiddetine bakılmaksızın trombofili açısından riskli olarak değerlendirilmeli ve gerekli taramalar yapılmalıdır.
- Birinci basamakta gebe izlemlerini yapan sağlık personeli, preeklampsili gebelerde trombofili görülme riskine yönelik bilgilendirmeli ve duyarlılık kazandırılmalıdır.
- Sağlık hizmetine ulaşımı zor olan ya da doğum öncesi izlemleri düzenli yaptırmayan gebeler preeklampsi ve trombofili açısından riskli grup olarak değerlendirilmeli, sağlık hizmetine ulaşmalarını kolaylaştıracak ve doğum öncesi izlemlerini sağlayacak önlemler geliştirilmelidir.
- Daha önceki gebeliklerinde düşük yapma, preeklampsi tanısı alma gibi kötü obstetrik öyküye sahip olan gebeler preeklampsi ve trombofili açısından riskli grup olarak değerlendirilmeli ve gerekli taramalar yapılmalıdır.
- Preeklampsi ve trombofili tanısı almış gebeler, gebelikleri süresince yakından izlenmeli, gerekli tedavi protokolünün uygulanması sağlanarak komplikasyonlar önlenmelidir.



## 8. KAYNAKLAR

- 1- Centre for Maternal and Child Enquiries. Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–08. The eighth report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *BJOG* 2011;118(Suppl 1):1–203
- 2- Hypertension in pregnancy: Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; 122:1122
- 3- Mouthon L, Berezne A, Bussone G, Noel LH, Villiger PM, Guillevin L. Scleroderma renal crisis: a rare but severe complication of systemic sclerosis. *Clin Rev Allergy Immunol* 2011;40:84–91
- 4- T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2017.
- 5- Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, Von Dadelszen P; Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertens* 2014.
- 6- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2002) Practice bulletin: Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol*, 99(1):159–167.
- 7- Keskinlik B, Engin-Üstün Y, Sanisoğlu S, Uygur DŞ, et al. Maternal mortality due to hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium between 2012 and 2015 in Turkey: A nation-based study. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2017; 18: 20-5
- 8- Şencan İ, Engin-Üstün Y, Sanisoğlu S, Özcan A, et al. 2014 yılı Türkiye ulusal anne ölümlerinin demografik verilere göre değerlendirilmesi. *J Gynecol Obstet Neonatal* 2016; 13: 45-7.
- 9- Duley L (2009) The global impact of preeclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol*, 33(3): 130-37.).

- 10- Preston FE, Rosendaal FR, Walker ID. Increased fetal loss in women with heritable thrombophilia. *Lancet* 1996; 348: 913-6. 25) .
- 11- Şen C, Madazlı R, Ocak V. Gebelikte Hipertansiyon/ Tanım ve Sınıflandırma. *Perinatoloji Dergisi* 1993;1(1):7-10.
- 12- Onbaşıoğlu M. Fetal trombofilinin preeklampsi ve intrauterin büyüme olgularında etkisi. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2009.
- 13- Pabinger I. Thrombophilia and its impact on pregnancy. *Thromb Res* 2009;123 Suppl 3:S16-21.
- 14- Griffin JH, Evatt B, Zimmerman TS, et al. Deficiency of protein C in congenital thrombotic disease. *J Clin Invest* 1981;68:1370-1373.
- 15- Dizon-Townson D, Miller C, Sibai B, Spong CY, Thom E, Wendel G, Jr. et al. The relationship of the factor V Leiden mutation and pregnancy outcomes for mother and fetus. *Obstetrics and gynecology* 2005;106(3):517.
- 16- Lockwood C. Inherited thrombophilias in pregnant patients: Detection and treatment paradigm. *Obstet Gynecol* 2002;1999:333-341.
- 17- Dekker GA, de Vries JI, Doelitzsch PM, et al. Underlying disorders associated with severe early-onset preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(4):1042-8
- 18- Greer IA. Thrombophilia: implications for pregnancy outcome. *Thromb Res* 2003;109(2- 3):73- 81.
- 19- Lykke JA, Bare LA, Olsen J, et al. Thrombophilias and adverse pregnancy outcomes: results from the Danish National Birth Cohort. *J Thromb Haemost* 2012;10(7):1320-5.
- 20- Kupferminc MJ, Eldor A, Steinman N, Many A, Bar-Am A, Jaffa A, et al. Increased frequency of genetic thrombophilia in women with complications of pregnancy. *The New England journal of medicine* 1999;340(1):9-13.
- 21- Lindqvist PG, Svensson PJ, Marsaal K, Grenner Luterkort M, Dahlback B. Activated protein C resistance (FV:Q506) and pregnancy. *Thrombosis and haemostasis* 1999;81(4): 532-7.
- 22- Rey E, Kahn SR, David M, Shrier I. Thrombophilic disorders and fetal loss: a meta-analysis. *Lancet* 2003;361(9361):901-8.
- 23- Kujovich JL. Thrombophilia and pregnancy complications. *American journal of obstetrics and gynecology* 2004;191(2):412-24.

- 24- Mc Cowan LM, Craigie S, Taylor RS, Ward C, Mc Lintock C, North RA. Inherited thrombophilia associated in increased in "idiopathic" small-for-gestational-age pregnancies. *American journal of obstetrics and gynecology* 2003; 188(4):981-5.
- 25- Infante Rivard C, Rivard GE, Yotov WV, Genin E, Guiguet M, Weinberg C, et al. Absence of association of thrombophilia polymorphisms with intrauterine growth restriction. *The New England journal of medicine* 2002;347(1):19-25.
- 26- Wu O, Robertson L, Twaddle S, Lowe GD, Clark P, Greaves M, et al. Screening for thrombophilia in high-risk situations: systematic review and cost-effectiveness analysis. The Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) study. *Health technology assessment (Winchester, England)* 2006;10(11):1-110.
- 27- Silver RM, Warren JE. Preconception counseling for women with thrombophilia. *Clinical obstetrics and gynecology* 2006;49(4):906-19.
- 28- Bates SM, Greer IA, Pabinger I, Sofaer S, Hirsh J. Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008;133(6 Suppl):844S-886S.
- 29- Spracklen CN, Smith CJ, Saftlas AF, Robinson JG, Ryckman KK. Maternal hyperlipidemia and the risk of preeclampsia: a meta-analysis. *American journal of epidemiology* 2014; 180(4), 346-358
- 30- Paidas MJ, Ku DH, Arkel YS: Screening and management of inherited thrombophilia in the setting of adverse pregnancy outcome. *Clinics in perinatology* 2004;31(4):783-805, vii.
- 31- Lepercq J, Conard J, Borel-Derlon A, Darmon JY, Boudignat O, Francoual C, et al: Venous thromboembolism during pregnancy: retrospective study of 624 pregnancies. *BJOG* 2001;108(11):1134-40.
- 32- Beck DM. Venous thromboembolism (VTE) prophylaxis: implications for medical surgical nurses. *Med Surg Nurs* 2006;15:282-87.

- 33- Büyükyılmaz F, Şendir M. Ameliyat sonrası bakımda göz ardı edilen bir sorun: derin ven trombozu (dvt) riskinin tanınması ve hemşirelik bakımı. Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;23(1):48-54.
- 34- Kuzu N. Subkütan heparin enjeksiyonu: ekimoz, hematoma ve ağrı gelişimi nasıl önlenir? C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;3(2):40.
- 35- Preeklampsili Gebelerde Hipertansiyon. Hipertansiyon 2017.2017;17:1
- 36- Alkalın N. Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim ve Anjiyotensin Tip 1 Reseptör Gen Polimorfizimlerin Türk Kadınların Görülen Preeklampsisi İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. 207.
- 37- Report of the National High Blood Pressure Education Program. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 183:S1, 2000.
- 38- Preeklampsili Gebelerde Hipertansiyon. Hipertansiyon 2017.2017;17:1
- 39- Hayırlıoğlu N. Hipertansif Gebelerde Sublingual Nifedipin'in Umbilikal Arter ve Fetal Orta Serebral Arter Doppleri Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2004.
- 40- Roberts JM, Taylor RN, Musci TJ, Rodgers GM, McLaughlin MK. Preeclampsia: An endothelial cell disorder. Am J Obstet Gynecol 1989; 161:
- 41- Blank SG, Heleth G, Pickering TG et al: How should diastolic blood pressure be defined during pregnancy. Hypertension 1994; 24:234
- 42- Cunningham FG: Diabetes. İn: Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, et al: Eds. Williams Obstetrics. 21'th ed. Appleton & Lange:567-618,2001
- 43- Kılıç T. ve ark, Hipertansiyon İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması. Ankara Medical Journal 2012; 12(4):205-213.
- 44- Davis GK, Mackenzie C, Brown MA, Homer CS, Holt J, McHugh L, et al. Predicting transformation from gestational hypertension to preeclampsia in clinical practice: a possible role for 24 hour ambulatory blood pressure monitoring. Hypertens Pregnancy 2007;26(1): 77-87.
- 45- Simavlı S. ve ark, Trombofili ve Şiddetli Preeklampsisi; Vaka Sunumu ve Literatür İncelemesi, Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal 2014; 15(2):184-7.

- 46- Saftlas AF, Olson DR, Franks AC. Epidemiology of pre-eclampsia in United States 1979-1986. Am J Obstet Gynecol 1990; 163:460-5.
- 47- Courtney Reynolds, William C. Mabie, Baha M. Sibai. Hypertensive States of Pregnancy. Alan H. DeCherney, Lauren Nathan. Current Obstetric and Gynecology Diagnosis and Treatment. Ninth Edition. Lange/ McGraw Publishing. 2003; 19:338-339.
- 48- Gezginç ve ark. Gebeliğin Hipertansif Hastalıkları, Tıp Araştırmaları Dergisi; 2013;11 (Ek 2/ Kadın Hastalıkları ve Doğum)1-9.
- 49- Güler O. Preeklampsinin Şiddetini ve Perinatal Sonuçlara Etkisini Öngörmeye Tiroid Fonksiyon Testlerinin Yeri, Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2005.
- 50- Sibai BM, McCubbin JH, Anderson GD, Lipshitz J: Eclampsia I. Observations from 67 recent cases. Obstet Gynecol 58:609,1981.
- 51- Sibai BM: Eclampsia VI Maternal- perinatal outcome in 254 consecutive cases. Am J Obstet Gynecol 163: 1049-55, 1990
- 52- Sibai BM, Fairlie FM: Eclampsia. In Gleisher N (ed) Principles and Practice of Medical Therap in Pregnancy. New-York Appleton and Lange 1992;880-887.
- 53- Ökten F.ve ark, Gebelikte Hipertansif Hastalıklar, Preeklampsi, Eklampsi ve Hellp Sendromu'nda Obstetrik Anestezi, 1999;25(5):455-62.
- 54- ACOG Committee on Practice Bulletins Obstetrics. Diagnosis and Manegement of Preeclampsia and Eclampsia. Obstet Gynecol 2002; 99:159.
- 55- Caritis S, Sibai BM, Hauth J, et al: Low dose aspirin to prevent preeclampsia in woman et high risk. N Eng J Med 1998; 338:701.
- 56- Steegers EAP. Textbook of perinatal medicine London 1998; 1889
- 57- Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007;(1):CD002252.
- 58- Taşkın L. Riskli gebelikler Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Akademisyen Yayınevi, 13. Baskı, Ankara, 2016: 243-50.
- 59- Phillips C, Boyd M. Assessment, management, and health implications of early-onset preeclampsia. Nurs Womens Health 2016; 20: 400-14.

- 60- Kolialexi A, Mavreli D, Papantoniou N. Proteomics for early prenatal screening of pregnancy complications: A 2017 perspective. *Expert Rev Proteomics* 2017; 14: 113-15.
- 61- Sava I, Keith L. March, Carl J. Hypertension in pregnancy: Taking cues from pathophysiology for clinical practice Pepine. *Clinical Cardiology* 2018; 41: 220-27.
- 62- Dekker G, Sibai B. Primary, secondary, and tertiary prevention of preeclampsia. *Lancet* 2001 Jan 20;357(9251):209-15
- 63- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2017) Screening for Preeclampsia: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force 2017 Report No: 14-05211-EF-1.
- 64- Coomarasamy A, Honest H, Papaioannou S, Gee H, Khan KS. Aspirin for prevention of preeclampsia in women with historical risk factors:a systematic review. *Obstet Gynecol* 2003;101(6):1319-32.
- 65- Villar J, Abdel-Aleem H, Merialdi M, Mathai M, Ali MM, Zavaleta N, et al. World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(3): 639-49.
- 66- Poston L, Briley AL, Seed PT, Kelly FJ, Shennan AH. Vitamin C and vitamin E in pregnant women at risk for pre-eclampsia (VIP trial): randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2006;367(9517):1145-54.
- 67- Ozanne P, Linderkamp O, Miller F, et al: Erythrocyte aggregation during normal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147: 576.
- 68- Bauer KA, Lip GYH. Evaluation of the patient with established venous thrombosis. UpToDate version 15.1, 2007.
- 69- Rutherford SE, Phelan JP. Thromboembolic disease in pregnancy. *Clin. Perinatol* 1986;13: 719-739.
- 70- Deveer R, Engin-Ustun Y, Akbaba E, et al. Association between Pre-eclampsia and inherited thrombophilias. *Fetal Pediatr Pathol* 2013;32(3):213-7.
- 71- Lindoff C, Ingermarsson I, Martinsson G, Segelmark M, Thysell H, Astedt B. Preeclampsia is associated with a reduced response to activated protein C. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176(2):457-60.

- 72- Said JM, Higgins JR, Moses EK, Walker SP, Monagle PT, Brennecke SP. Inherited thrombophilias and adverse pregnancy outcomes: a case-control study in an Australian population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91(2):250-5.).
- 73- Kjellberg U, van Rooijen M, Bremme K, Hellgren M. Factor V Leiden mutation and pregnancy-related complications. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(5):469.e1-8.
- 74- Kupferminc MJ, Peri H, Zwang E, Yaron Y, Wolman I, Eldor A. High prevalence of the prothrombin gene mutation in women with intrauterine growth retardation, abruptio placentae and second trimester loss. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2000;79(11):963-7
- 75- Poort SR, Rosendaal FR, Reitsma PH, et al. A common genetic variation in the 3' untranslated region of the prothrombin gene is associated with elevated plasma prothrombin levels and an increase in venous thrombosis. *Blood* 1996; 88: 3698-3703.
- 76- Kearon C, Gent M, Hirsh J, et al. A comparison of three months of anticoagulation with extended anticoagulation for a first episode of idiopathic venous thromboembolism. *N Engl J Med* 1999;340: 901-907.
- 77- Pickering W, Marriott K, Regan L. G20210A prothrombin gene mutation: prevalence in a recurrent miscarriage population. *Clin Appl Thromb Hemost* 2001;7:25-28.
- 78- Practice Committee of the ASRM. *Fertil Steril*. 2012.
- 79- Kafadar Y.T.(2012), Trombofili saptanan Gebelerde Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi Mersin 2012.
- 80- Carr DB, Epplein M, Johnson CO, Easterling TR, Critchlow CW. A sister's risk: family history as a predictor of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(3 Pt 2):965-72.
- 81- Townsend NS, Drummond SB. Preeclampsia: Pathophysiology and implications for care. *The Journal of perinatal & neonatal nursing* 2011; 25(3), 245-52.
- 82- Savaş HG. Hipertansiyon Riski Taşıyan Gebelerde Yürüyüş ve Solunum Egzersizinin Anksiyete ve Tansiyon Üzerine Etkisi. *Doğum-Kadın Hastalıkları*

- Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Hacettepe Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2011.
- 83- Gilbert E, Harmon J. Hipertansif Bozukluklar. Editör, Taşkın L. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, İkinci Baskıdan Çeviri, Ankara: Palme Yayıncılık, 2011. ss 489-539.
- 84- Özmen M, Önen B, Stresle Başa Çıkma Yolları. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Eğitimi Etkinlikleri 2005; (47), 171-180.
- 85- Setty N, Kumar V, Srinivas BC, Reddy BN, et al. Approach to hypertensive disorders in pregnancy. *Ann Clin Exp Hypertension* 2016; 4: 1039. 27.
- 86- Norwitz ER. Repke JT. Preeclampsia: Management and prognosis 2018. Literature review current through: Feb 21, 2018. Erişim: 10 Mart 2018. <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-management-andprognosis>
- 87- Rumbold A, Ota E, Hori H, Miyazaki C, et al. Vitamin E supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 9: CD004069.
- 88- Rumbold A, Ota E, Nagata C, Shahrook S, et al. Vitamin C supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 9: CD004072.
- 89- Anderson CM. Schmella MJ. Preeclampsia: Current Approaches to Nursing Management. *Am J Nurs* 2017; 117: 30-8
- 90- Brookfi eld KF, Su F, Elkomy MH, Drover DR, et al. Pharmacokinetics and placental transfer of magnesium sulfate in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214: 737.e1-9.
- 91- Arseven O, Sevinç C, Alataş F, et al. Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi* 2009;(10):46-48.
- 92- Ray JG, Chan WS. Deep vein thrombosis during pregnancy and the puerperium: a meta-analysis of the period of risk and the leg of presentation. *Obstet Gynecol Surv* 1999;54:265-271.
- 93- Che YCA, Dzarr AA, Ismail AA, et al. Anticoagulant the rapy for deep vein thrombosis (DVT) in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Kuzu N.
- 94- Subkütan heparin enjeksiyonu:ekimoz, hematom ve ağrı gelişimi nasıl önlenir? *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999;3(2):40.
- 95- Akpınar RB, Çelebioğlu A. Effect of injection duration on bruising associated with subcutaneous heparin: A quasiexperimental within-subject design.



- International Journal of Nursing Studies 2008;45(6):812-817.<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.02.005>.
- 96- Avşar G, Kaşıkçı M. Assessment of four different methods in subcutaneous heparin applications with regard to causing bruise and pain. *International Journal of Nursing Practice* 2013;19:402-408.
- 97- Chan WS, Rey E, MD, Kent NE. Venous Thromboembolism and Antithrombotic Therapy in Pregnancy. *Soc Clinical Practice Guideline* 2014;308:534-536.
- 98- Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011;4(4):153-158.
- 99- Mousa HA, Alfirevic Z. Do placental lesions reflect thrombophilia state in women with adverse pregnancy outcome? *Hum Reprod* 2000;15(8):1830-3.
- 100- Franco C, Walker M, Robertson J, et al. Placental infarction and thrombophilia. *Obstet Gynecol* 2011;117(4):929-34.
- 101- Kireççi A. Ağır Preeklampsi ve Trombofili İlişkisi, Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2005.
- 102- Arias F, Mancilla-Jimenez R. Hepatic fibrinogen deposits in preeclampsia. *N Eng J Med* 1976; 295:578-82.
- 103- Lin J, August P. Genetic thrombophilias and preeclampsia: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2005 Jan;105(1):182-92.
- 104- Osmanağaoğlu MA, Topcuoğlu K, Ozeren M, Bozkaya H. Coagulation inhibitors in preeclamptic pregnant women. *Arch Gynecol Obstet.* 2005 Mar;271(3):227-30.
- 105- Bar Am A, Jaffa A, et al. Increased frequency of genetic thrombophilia in women with complications of pregnancy. *The New England journal of medicine* 1999;340(1):9-13.
- 106- Many A, Elad R, Yaron Y, Eldor A, Lessing JB, Kuphermanc MJ. Third trimester unexplained intrauterine fetal death is associated with inherited thrombophilia. *Obstet Gynecol* 2002; 99(5): 684-7.

- 107- Haliloğlu B. Açıklanamayan tek bir 3. trimester fetal kayıp olgularında Faktör V Leiden ve protrombin gen mutasyonunun yeri. Uzmanlık tezi. Zeynep Kamil Kadın hastalıkları ve çocuk hastanesi.2004; 31.
- 108- Wiener-Megnagi Z, Ben-Shlomo I, Goldberg Y, Shalev E. Resistance to activated protein C and the Leiden mutation: high prevalence in patients with abruptio placentae. Am J Obstet Gynecol 1998;179:1565–1567.
- 109- Prochazka M, Hapach C, Marsal K, Dahlbach B, Lindqvist PG. FV Leiden in pregnancies complicated by plasental abruption. BJOG 2003; 110(5): 462-6.
- 110- Ezen İşler F. Ağır Preeklampsi ve Trombofilinin Genetik Belirteçleri Uzmanlık Tezi. İstanbul- 2008.



## 9. EKLER

### EK.1. Veri Toplama Formu

#### DİYARBAKIR'DA BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN PREEKLAMPSİLİ GEBELERDE TROMBOFİLİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

#### VERİ TOPLAMA FORMU

Anket

No:

Tarih.../.../...

#### A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Kaç yaşındasınız?.....

2.Eğitim durumunuz nedir?

1)Okur yazar değil 2)Okur yazar 3)İlköğretim 4)Ortaöğretim 5)Üniversite ve üstü

3.Evde en çok konuşulan dil hangisidir?

1)Türkçe 2)Kürtçe 3)Arapça

4.Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1)Evet (İşiniz.....) 2)Hayır

5.Sosyal güvenceniz var mı?

1)Evet 2)Hayır

6.Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

1)Çok iyi 2)İyi 3)Orta 4)Kötü 5)Çok kötü

7.Eşinizin eğitim durumu nedir?

1)Okur yazar değil 2)Okur yazar 3)İlköğretim 4)Ortaöğretim 5)Üniversite ve üstü

8.Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

1)Evet (İşi.....) 2)Hayır

9.Aile tipiniz?

1)Çekirdek aile 2)Geniş aile

10.En uzun yaşadığınız yer neresidir?

1)İl merkezi 2)Köy/kasaba 3)İlçe merkezi

11.Tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1)Evet (Açıklayınız.....) 2)Hayır

12.Aile hekiminizi tanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

## **B. DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ**

13.İlk evlenme yaşınız kaçtır?.....

14.İlk gebelik yaşınız kaçtır? .....

15.Toplam gebelik sayınız nedir?.....

16.Yaşayan kaç çocuğunuz var? .....

17.Siz hiç düşük yaptınız mı?

1)Evet (sayısı:.....) 2)Hayır

18.Siz hiç ölü doğum yaptınız mı?

1)Evet (sayısı:.....) 2)Hayır

19.Siz hiç isteyerek gebeliğinizi sonlandırdınız mı?

1)Evet (sayısı:.....) 2)Hayır

20.Siz hiç istemeden/planlamadan gebe kaldınız mı?

1)Evet (sayısı:.....) 2)Hayır

21.Doğumunuzu/doğumlarınızı nasıl gerçekleştirdiniz?

1)Sezaryan 2)Normal doğum

22.İki yıldan daha kısa ara ile doğum yaptığınız oldu mu?

1)Evet (sayısı:.....) 2)Hayır

## **C. PREEKLAMPSİ VE TROMBOFİLİ İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER**

**Lütfen, aşağıdaki soruları şu anki gebeliğinize yönelik cevaplayınız.**

23.Kaç haftalık gebesiniz ?.....

24.Gebeliğiniz boyunca gebelik kontrolü için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduunuzmu?

1)Evet 2)Hayır (Nedenini açıklayınız.....)

25.Gebelik kontrolü için kadar kaç kez sağlık kuruluşuna başvurduunuz?.....

26.Gebeliğiniz süresince sağlık kontrollerinizi nerede yaptırduunuz? (Birden fazla cevap yazabilirsiniz)

1)ASM 2)Devlet hast. 3)Üniversite Hast. 4)Özel hast-poliklinik 5)Diğer.....

27. Gebe kalmadan önce kaç kiloydunuz?.....
28. Şuandaki kilonuzu ve boyunuzu yazınız.....
29. Gebeliğiniz süresince kanamanız oldu mu, kanama kaçınıcı haftada oldu?  
1)Evet 2)Hayır
30. Gebeliğiniz süresince tansiyonunuz yükseldi mi?  
1)Evet 2)Hayır
31. Preeklampsi tanısını ilk ne zaman aldınız?.....
32. Tanı konulan preeklampsi şiddeti nedir?  
1)Hafif preeklampsi 2)Eklemsi 3)Şiddetli preeklampsi
33. Preeklampsiye yönelik herhangi bir tedavi aldınız mı?  
1)Evet (Açıklayınız.....) 2)Hayır
34. Daha önceki gebeliklerinizde preeklampsi tanısı aldınız mı?  
1)Evet (Açıklayınız.....) 2)Hayır
35. Gebeliğiniz süresince varis şikayetiniz oldu mu?  
1)Evet 2)Hayır
36. Gebeliğiniz süresince kansızlık şikayetiniz oldu mu ?  
1)Evet 2)Hayır
37. Gebeliğiniz süresince doktorunuz tarafından herhangi bir diyet verildi mi?  
1)Evet (Açıklayınız.....) 2)Hayır
38. Bebeğinizin gelişimi ile ilgili tanı konulmuş bir sorun var mı?  
1)Evet (Açıklayınız.....) 2)Hayır
39. Gebeliğiniz süresince trombofili paneli testi yapıldı mı?  
1)Evet 2)Hayır
40. Trombofili testi sonucu nedir?  
1)Pozitif 2)Negatif

## EK.2. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
134					
<b>KARAR</b>					
Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN, Hemşire Nebahat YEGİN KARAKUZU araştırmacılar tarafından planlanan "Preeklamsiyeli gebelerde trombofilili ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
<b>DECISION</b>					
The project titled as "Determination of the factors associated with thrombophilia in preeclampsia pregnantis" planned Fügen ÖZCANARSLAN, Nebahat YEGİN KARAKUZU has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
<b>Oturum No ( Meeting number ) :</b>		Tarih (Date): 27.02.2015		Saat (Hour): 13:00-15:00	
<b>KURUL BAŞKANI (CHIEF)</b>		Prof. Dr. Aydın ECE			
<b>KURUL ÜYELERİ / MEMBERS</b>					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Aydın ECE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
2	Yrd. Doç. Dr.	İbrahim KAPLAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyo kimya	
3	Prof. Dr.	Süleyman GÖREN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Adli Tıp	
4	Yrd. Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
5	Doç. Dr.	A. Cetin TANRIKULU	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Göğüs Hast.	
6	Doç. Dr.	Abdullah BOYUK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
7	Yrd. Doç. Dr.	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyo istatistik	
8	Doç. Dr.	Uğur FIRAT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
9	Yrd. Doç. Dr.	Orhan ATEŞ	Dicle Üniversitesi İlahiyat Fakültesi	Temel İslam Bilimleri	
10	Doç. Dr.	Mehmet Uğur CEVİK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Nöroloji	
11	Avukat	Şahin KAPLAN	Dicle Üniversitesi Hastaneleri Başhekimlik	Avukat	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DIYARBAKIR  
Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 [kuruletikdiyar@gmail.com](mailto:kuruletikdiyar@gmail.com)

### Ek 3. Tez Çalışması Orjinallik Raporu ve Beyan Belgesi



T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

#### TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

##### Öğrencinin

Numarası : 135322011  
Adı, Soyadı : Nebahat YEGİN KARAKUZU  
Anabilim Dalı (Bölümü) : Hemşirelik  
Programı :  Yüksek Lisans  Doktora  
Tezin Adı: Preeklampsili Gebelerde Trombofili İle İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

#### SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek lisans tez çalışmamın; *kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç* kısımlarından oluşan toplam 35 sayfalık kısmına ilişkin, 12 /10 /2018 tarihinde şahsım/ danışmanım tarafından Turmitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, benzerlik oranı %20'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orjinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntıların bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağını gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığını, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 16/10/2018

##### Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı-Soyadı: Nebahat YEGİN KARAKUZU

İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım. 16/10/2018

##### Danışmanın

Unvanı-Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK

İmzası:

## Ek 4. İntihal Raporu

### PREEKLAMPSİLİ GEBELERDE TROMBOFİLİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

#### ORJİNALLİK RAPORU

<b>%20</b> BENZERLİK ENDEKSİ	<b>%19</b> İNTERNET KAYNAKLARI	<b>%5</b> YAYINLAR	<b>%3</b> ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>www.journalagent.com</b> İnternet Kaynağı	<b>%3</b>
<b>2</b>	<b>www.kocatepetipdergisi.aku.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%2</b>
<b>3</b>	<b>library.cu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%2</b>
<b>4</b>	<b>www.istanbulsaglik.gov.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>5</b>	<b>www.thd.org.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>6</b>	<b>slideplayer.biz.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Harran Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>%1</b>
<b>8</b>	<b>halksagligiokulu.org</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>



## Ek 5. Tez Veri Giriş Formu

12.12.2018

Ulusal Tez Merkezi | Tez Form Yazdır

T.C  
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
ULUSAL TEZ MERKEZİ

### TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10224489
Yazar Adı / Soyadı	NEBAHAT YEGİN KARAKUZU
T.C.Kimlik No	23818661690
Telefon	5308350899
E-Posta	nebahatyegin@hotmail.de
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	PREEKLAMPSİLİ GEBELERDE TROMBOFİLİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ
Tezin Tercümesi	DETERMINATION OF THE FACTORS ASSOCIATED WITH THROMBOPHILIA PREECLAMPSIA PREGNANTIS
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Sağlık Eğitimi Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2018
Sayfa	62
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ FATMA KORUK
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

12.12.2018

İmza:.....

## **Ek 6. Özgeçmiş**

1984 Diyarbakır'ın Bismil ilçesinde doğdu. İlköğrenimini Kurtuluş İlköğretim Okulunda, Ortaöğretimini Bismil Lisesi'inde tamamladı. 2001 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünü kazanarak 2005 yılında lisans eğitimini tamamladı. Eylül 2013'de Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı'nda halen devam ettiği yüksek lisans yapma hakkını kazandı. Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastanelerinde Hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.



