

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**HİPERTANSİF BOZUKLUĞUN SON TRİMESTER GEBELERDE
PRENATAL BAĞLANMA VE GEBELİĞİN KABULÜNE ETKİSİ**

Fatma Aybiçe KARACA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Sündüz Özlem ALTINKAYA

AYDIN-2022

KABUL VE ONAY

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve geliştirilmesi sırasında bana yol gösteren, tezin bütün aşamalarında titizlikle ve sabırla destek olan, tezimin yürütülmesinde bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sündüz Özlem ALTINKAYA'ya,

Yüksek Lisans eğitimi sürecimde bilgi, öneri ve tecrübelerinden faydalandığım tüm saygıdeğer hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan değerli hocalarıma,

Araştırmanın, Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde yapılmasına izin veren Prof. Dr. Yakup KUMTEPE ve kadın doğum servisinde çalışan çok değerli meslektaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli gebelere,

Hayatımın her aşamasında desteğini esirgemeyen meslektaşım Hilal DOĞAN'a

Yalnızca tez döneminde değil tüm yaşamım boyunca ve eğitim sürecimde beni destekledikleri ve hep yanımda oldukları için annem Havva KARACA, babam Kudret KARACA ve kardeşlerime,

Araştırmanın tamamlanmasında bana destek olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Cevap Aranan Sorular	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Gebelikte Hipertansif Durumlar	4
2.1.1. Gebelikte Hipertansiyonun Fizyopatolojisi.....	4
2.2. Gebelikte Hipertansif Bozukluklar ve Sınıflandırılması	5
2.2.1. Gestasyonel Hipertansiyon (Geçici Hipertansiyon)	7
2.2.2. Preeklampsi-Eklampsi	7
2.2.3. Kronik Hipertansiyon	9
2.2.4. Kronik Hipertansiyon Zemininde Süperempoze Preeklampsi	10
2.3. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Epidemiyolojisi	10
2.4. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Risk Faktörleri.....	11
2.5. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Komplikasyonları.....	12

2.6. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Tedavisi ve Önlenmesi.....	13
2.6.1. Antenatal Bakım ve Tedavi	14
2.6.2. İntrapartum Bakım ve Tedavi.....	15
2.6.3. Postpartum Yönetim.....	16
2.7. Gebeliğe Uyum.....	17
2.7.1. Uyumu Etkileyen Faktörler	18
2.7.2. Trimesterlere Göre Gebeliğe Uyum	19
2.8. Prenatal Bağlanma.....	20
2.8.1. Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler.....	21
2.9. Gebelikte Uyum ve Prenatal Bağlanmada Ebelik Yaklaşımı	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Şekli.....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Zamanı.....	24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	26
3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	26
3.7. Veri Toplama Araçları.....	26
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)	26
3.7.2. Prenatal Bağlanma Envanteri (EK-2).....	27
3.7.3. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (EK3)	27
3.8. Ön Uygulama.....	28
3.9. Araştırmanın Uygulanması.....	28
3.10. Verilerin Analizi	29
3.11. Değişkenler.....	30

3.11.1. Bağımlı değişkenler.....	30
3.11.2. Bağımsız değişkenler.....	30
3.12. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler.....	30
3.13. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
4. BULGULAR	32
4.1 Sağlıklı ve Gebelikte Hipertansif Bozukluk Yaşayan Gebelere Göre Olguların Sosyo- Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	33
4.2. Sağlıklı ve Gebelikte Hipertansif Yaşayan Gebelere Göre Gebeliğin Kabulü Alt Ölçek ve Prenatal Bağlanma Envanteri Puanlarına İlişkin Bulgular	36
4.3. Olguların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Gebeliğin Kabulü Alt Ölçek ve Prenatal Bağlanma Envanteri Puanlarına İlişkin Bulgular	38
4.4. Gruplar İçerisinde Gebeliğin Kabulü Alt Ölçek Puanı ile Prenatal Bağlanma Envanteri Puanı Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Önemlilik Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	41
4.5. Tüm Olgularda Diğer Faktörlere Göre Düzeltme Yapıldığında Gebeliğin Kabulü Alt Ölçek ve Prenatal Bağlanma Envanteri Puanı Üzerine Etkisinin Çoklu Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizine İlişkin Bulgular	42
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
6.1. Sonuçlar.....	50
6.2. Öneriler.....	50
KAYNAKLAR.....	1
EKLER	68
Ek-1. Kişisel Bilgi Formu.....	68
Ek-2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (PKDÖ- GK) .	71
EK-3. Prenatal Bağlanma Envanteri.....	72
Ek-4. Etik Kurul Karar-Onay Metni.....	74
Ek-5. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (PKDÖ- GK) .	75
Ek-6. Prenatal Bağlanma Envanteri.....	76

Ek-7. Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Resmi İzin Yazısı.....	77
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	78
ÖZ GEÇMİŞ.....	79

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji
ALT	: Alanin Aminotransferaz Testi
AST	: Aspartat Aminotransferaz Testi
BGOF	: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
DIC	: Dissemine İntravasküler Koagülasyon(Yaygın Damar İçi Pıhtılaşma)
DKB	: Diyastolik Kan Basıncının
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EL	: Yüksek karaciğer transaminazları
FKH	: Fetal Kalp Hızı
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
GHB	: Gebeliğin Hipertansif Bozuklukları
HELLP	: Hemolysis Of Red Blood Cells, Elevated Liver Enzyme, Low Platelets
ISSHP	: Gebelikte Hipertansiyon Çalışmaları İçin Uluslararası Topluluk
IUGG	: İntrauterin Gelişme Geriliği
KB	: Kan Basıncı
LP	: Düşük Trombositler
NST	: Nonstress test
PBE	: Prenetal Bağlanma Envanteri
PE	: Preeklampsi
PKDÖ-GK	: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği - Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlıklı ve gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelerin gebeliğin kabulü alt ölçek puan istatistiği	37
Şekil 2. Sağlıklı ve gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelerin prenatal bağlanma envanteri puan istatistiği	37

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Gebelikte hipertansif bozuklukların sınıflandırılması	6
Tablo 2. Preeklampsia tanı kriterleri	7
Tablo 3. Şiddetli preeklampsia tanı kriterleri	8
Tablo 4. Preeklampsia risk faktörleri	12
Tablo 5. Araştırma zamanı.....	25
Tablo 6. Sağlıklı ve riskli gebelere göre olguların sosyo-demografik özellikleri	33
Tablo 7. Sağlıklı ve riskli gebelere göre olguların klinik özellikleri	34
Tablo 8. Riskli gebeler içerisinde riskli gebelik belirlendikten sonra olguların yaşam biçimindeki değişiklikler yönünden frekans dağılımları.....	35
Tablo 9. Sağlıklı ve gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelere göre gebeliğin kabulü alt ölçek ve prenatal bağlanma envanteri ortalamaları	36
Tablo 10. Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre gebeliğin kabulü alt ölçek ve prenatal bağlanma envanteri ortalamaları	38
Tablo 11. Olguların klinik özelliklerine göre gebeliğin kabulü alt ölçek ve prenatal bağlanma envanteri ortalamaları	39
Tablo 12. Olguların sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ve prenatal bağlanma envanteri puanı arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri	40
Tablo 13. Gruplar içerisinde gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ile prenatal bağlanma envanteri puanı arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri.....	41
Tablo 14. Diğer faktörlere göre düzeltme yapıldığında tüm olguların gebeliğin kabulü alt ölçek puanı üzerine etkisinin çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi ..	42
Tablo 15. Diğer faktörlere göre düzeltme yapıldığında tüm olguların prenatal bağlanma envanteri puanları üzerine etkisinin çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi	43

ÖZET

HİPERTANSİF BOZUKLUĞUN SON TRİMESTER GEBELERDE PRENATAL BAĞLANMA VE GEBELİĞİN KABULÜNE ETKİSİ

KARACA F.A. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2022.

Amaç: Bu çalışma Gebelikte hipertansif bozukluğun son trimester gebelerde prenatal bağlanma ve gebeliğin kabulüne etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma analitik, kesitsel olarak vaka-kontrol tipinde yapılmıştır. Haziran 2020- Eylül 2021 tarihleri arasında, Erzurum İl Merkezine bağlı Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran 152 gebe ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)” ve “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği-Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (PKDÖ-GK)” ile toplanmıştır. Verilerin analizinde, Kolmogorov-Smirnov, Levene, Mann Whitney, Kruskal Wallis, Dunn-Bonferroni Pearson’un χ^2 , Süreklilik düzeltmeli χ^2 veya Fisher Freeman Halton testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Bu araştırmada vaka grubunun toplam PKDÖ-GK index puan ortalaması (26,0±7,8), kontrol grubuna (19,4±3,9) göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Vaka grubundaki toplam PKDÖ-GK index puan ortalamasının yüksek bulunması gebelik kabul düzeyini azaltmıştır. Vaka grubunda yer alan gebelerin PBE puan ortalamaları (61,9±10,8) kontrol grubunda yer alan gebelere (70,1±8,2) göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olarak bulunmuştur. Ayrıca vaka ve kontrol grubundaki gebelerin prenatal bağlanma düzeylerine paralel olarak gebeliği kabulü düzeylerinin azaldığı görülmüştür.

Sonuç: Gebelikte hipertansif bozukluğu olan gebelerin olmayan gebelere göre gebeliğin kabulü ve prenatal bağlanma düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Ayrıca tüm gebelere göre gebeliğin kabulü düzeylerine paralel olarak prenatal bağlanma düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Gebelik, Gebelikte Hipertansif Bozukluk, Gebeliğe Uyum, Prenatal Bağlanma.

ABSTRACT

THE EFFECT OF HYPERTENSIVE DISORDER ON PRENATAL ATTACHMENT AND PREGNANCY ACCEPTANCE

KARACA F.A. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Midwifery Program, Master's Thesis, Aydın, 2022.

Objective: This study was conducted to examine the effect of hypertensive disorder in pregnancy on prenatal attachment and acceptance of pregnancy in last trimester pregnant women.

Material And Method: The research was conducted in the analytical, cross-sectional case-control type. The study was carried out with 152 pregnant women who applied to Erzurum Atatürk University Research Hospital Gynecology and Obstetrics Clinic and Gynecology and Obstetrics Polyclinic between June 2020 and September 2021. Research data were collected with “Personal Information Form”, “Prenatal Attachment Inventory (PAI)” and “Prenatal Self Assessment Scale-Acceptance of Pregnancy Sub-Scale (PSAS-AP)”. In the analysis of the data, Kolmogorov-Smirnov, Levene, Mann Whitney, Kruskal Wallis, Dunn-Bonferroni Pearson's χ^2 , Continuity corrected χ^2 or Fisher Freeman Halton tests were used.

Results: In this study, the total PSAS-AP index score average of the case group (26.0 ± 7.8) was found to be statistically significantly higher than the control group (19.4 ± 3.9). The fact that the total PSAS-AP index score average in the case group was high decreased the level of pregnancy acceptance. The mean PAI score of the pregnant in the case group (61.9 ± 10.8) was found to be statistically significantly lower than the pregnant in the control group (70.1 ± 8.2). In addition, it was observed that the level of acceptance of pregnancy decreased in parallel with the prenatal attachment levels of the pregnant in the case and control groups.

Conclusion: Pregnancy acceptance and prenatal attachment levels of pregnant women with hypertensive disorder during pregnancy were found to be lower than those without. In addition, it was concluded that prenatal attachment levels decreased in parallel with the acceptance of pregnancy levels compared to all pregnant women.

Keywords: Adjustment to Pregnancy, Hypertensive Disorder In Pregnancy, Pregnancy, Prenatal Attachment.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Anne ve bebek için özel olan ve birçok farklı tecrübelerin yaşandığı sürece gebelik dönemi denilmektedir. Bu sürecin genelde anne ve bebek bakımında sorunsuz ve keyifli geçirilmesi arzulanmaktadır. Gebelik anne ve fetus sağlığını etkileyerek riskli durumları da beraberinde getirebilmektedir (Yılmaz ve diğerleri, 2018). Bu bağlamda gebelik döneminde ortaya çıkan komplikasyonlardan biri de hipertansif bozukluklardır (Sutton ve diğerleri, 2018). Gebelerde hipertansiyon, maternal ve perinatal mortalitenin önde gelen sebeplerindendir. Sistolik kan basıncının (SKB) ≥ 140 mmHg ve diyastolik kan basıncının (DKB) ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır (Jauniaux ve diğerleri, 2006). Hipertansiyon ile birlikte görülen preeklampsi sendromu, tek başına veya kronik hipertansiyon zemininde superempoze olan hipertansiyon gebelikteki zararlı olan hipertansif bozukluklardandır (CMACE, 2011).

Gebelik zehirlenmesi anlamına gelen toksemi kavramı gebelik döneminde hipertansiyonun görülmesinde kullanılmaktadır. Anne fizyolojisinin gebeliğe adapte olamamasından dolayı gebelikte görülen hipertansiyon meydana gelir (Taşkın, 2016). Gebelik döneminde ortaya çıkan hipertansif bozukluklar riskli durumlardandır. Anne-bebek bağlanmasının güvenli bir biçimde oluşmasına riskli gebelikler sorun çıkartabilir. Bu sebeple özenle konunun takip edilmesi ve anne-fetus bağlanma düzeyinin belirlenmesi önemlidir.

Gebelik ve sonrasında da gerek anne-bebek arasında gerekse de bebeklere bakım hizmetini veren diğer kişiler arasında bağlanma en önemli kavramlardan birisi olarak öne çıkmaktadır. Bu ilişki aynı zamanda duygusal bir bağı da ifade etmektedir (Sosyal ve diğerleri, 1999; Yapıcı ve Yapıcı, 2005; Tüzün ve Sayar, 2006). Doğum öncesi süreçte annenin bedenindeki değişiklikleri benimseyip olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarması bağlanmanın başlıca esaslarından biridir. Literatüre bakıldığında gebeliğin 16. ile 20. haftası arasında fetüsün büyümesinin, gelişmesinin ve algılanmasının anne-bebek bağlılığında olumlu yönde etkisinin olduğu; yine gebeliğin 26. Haftasına gelindiğinde bebeklerin işitme ve algılama gibi yetenekleri de gelişmektedir. Bununla birlikte bebeğin anneyi benimsemesi sürece hız kazandırmaktadır. (Cannella, 2004; Goulet ve diğerleri, 1998; Taşkın, 2002).

Metin (2014) Kadının gebeliğe olumlu yaklaşmasıyla prenatal bağlanma sürecinin başladığını bildirmiştir. Maternal-fetal bağ geliştirmiş bir gebe, bebek henüz dünyaya gelmemiş olsa da bebeğin kendisiyle ilişki kurduğunu düşünmeye başlar. Bu süreç bebeğin gebeden ayrı bir birey olarak da algılanmasını sağlar. Bu bağlamda bebeğin hareketlerini ve göstereceği gelişimi düşünmeye başlar. Tüm bu düşünceler annenin bebeğine sevgi ve şefkat göstermesine, bebeğini koruyarak beslemesine, bağlılık ve ilgi göstererek etkileşime girmesine, bebeğinin tüm ihtiyaçlarına karşı daha hassas olmasına yardımcı olur (Metin, 2014).

Gebelik döneminde kadının sosyal destek alması, karışık olan bu sürece adaptasyonunu ve sürecin karmaşıklığıyla baş edebilmesini etkileyen önemli unsurlardandır (Erkal Aksoy ve diğerleri, 2016). Yüksek riskli gebeliklerde sosyal desteğin önemli olduğu tespit edilmiştir. Riskli gebelikteki kadınların gebeliğe uyumu, birçok faktörden etkilenmektedir. Bu doğrultuda prenatal dönem hizmetleri öne çıkmaktadır. Prenatal dönem içindeki gebelere yönelik tanılarının erken konulması ve gerektiğinde ise tedavinin uygulanması gerekmektedir. Ebeler de bu süreçten sorumlu olduklarından dikkatli olmalıdır. Özellikle de ebeler; kadınların gebelik döneminde yaşadıkları yüksek riskli durumların oluşturabileceği sorunlarla birlikte gebeğe dair uyum problemlerini çözebilmektedir. Nitekim bazı gebelerin gebeliği kabullenememe gibi sorunları olabilmektedir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Ölçer ve Oskay, 2014).

Gebelikte hipertansif bozukluğun son trimester gebelerde prenatal bağlanma ve gebeliğin kabulüne etkisini araştıran herhangi bir çalışmaya yapılan literatür taramasında ulaşılamamıştır. Dolayısıyla yapılan bu çalışmada gebelik sürecinde yaşanan hipertansif bozukluk ile prenatal bağlanma ve gebeliğin kabulü kavramlarının ilişkileri analiz edilmektedir. Bu durumlar arasında ilişki tespit edildiğindeyse gebelere ve onlara hizmet verenlere dair öneriler geliştirilmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma gebelikte hipertansif bozukluk ile prenatal bağlanma ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Cevap Aranan Sorular

1. Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesindeki hipertansif bozukluk tanısı almış son trimester gebelerinin prenatal bağlanma durumları sağlıklı gebelere göre nasıl etkilenmektedir?
2. Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde hipertansif bozukluk tanısı almış son trimester gebelerinin gebeliğe uyum durumları sağlıklı gebelere göre nasıl etkilenmektedir?
3. Prenatal bağlanma ile gebeliğin kabulü arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Hipertansif Durumlar

2.1.1. Gebelikte Hipertansiyon Fiziopatolojisi

Gebelikte hipertansiyonunun mekanizmasının altındaki neden kan damarlarında görülen spazm olarak kabul edilir. Kan damarlarında spazm olurken, vücut dokularına da daha az kan gitmektedir. Esas olan bu problem sonucunda da diğer fizyolojik değişiklikler görülür (Gilbert, 2011). Vazospazm, kan damarlarında meydana gelen vasküler konstrüksiyon direncin artmasına neden olmakta, hipertansiyon ve endotel hücre hasarı ortaya çıkmaktadır. Endotel hücre hasarı nedeniyle trombosit ve fibrinojen gibi kan bileşenleri ekstraselüler aralığa geçmektedir. Dokularda iskemi, nekroz ve kanama görülmektedir (Yamaç ve diğerleri, 2002; Cunningham ve diğerleri, 2010). Gebelikte hipertansif bozuklukların görülmesinde ortaya atılan teoriler çoğunlukla preeklampsi gelişimi üzerinden ele alınmıştır.

Kan damarlarının iç yüzeyini döşeyerek damar duvarları ile dolaşan kanlar arasındaki ayrımı endotel hücreleri sağlamaktadır. Bu hücreler farklı organlarda da bulunmaktadır. Dolayısıyla da fonksiyonları farklılaşabilmektedir. Endotel hücre aktivasyonu ile endoteller vücutta fizik ve metabolik bariyer oluşturur, kapiller transportu ve plazma lipit kontentini düzenler, hemostazı sağlama, trombosit agregasyonu ve pıhtılaşmanın önlenmesinde görev alır. Ayrıca prostasiklin, nitrik oksit, endolin ve tromboksan gibi mediatörleri salgılayarak düz kas reaktivitesini düzenler. Endotel hücreleri damar lümenini döşediklerinden fonksiyonlarında meydana gelen değişimler multi-sistemik patolojilere neden olur. Endotel hücre disfonksiyonu nitrik oksit, prostoglandin ve prostosiklinin etkinliğinin azalmasının yanı sıra üretiminin azalmasına neden olur (Yazır ve Dalçık, 2012; Tulmaç, 2012). Preeklampside; azalmış 15 prostasiklin, artmış tromboksan, endotelin-1, selüler fibronektin ve trombomodulinle karakterize endotel hücre hasarı görülür (Yamaç ve diğerleri, 2002; Cunningham ve diğerleri, 2010).

2.2. Gebelikte Hipertansif Bozukluklar ve Sınıflandırılması

Gebeliğin hipertansif hastalığı, hafif kan basıncı yüksekliğinden organ disfonksiyonuna neden olabilen ağır preeklampsiye kadar çeşitlenen hipertansif durumların tamamını tanımlar (Şahin, 2020). Gebeliğin hipertansif bozuklukları (GHB), gebelik sırasında sistolik kan basıncının (SKB) ≥ 140 mm Hg ve/veya diyastolik kan basıncının (DKB) ≥ 90 mm Hg olarak yükselmesiyle belirlenen bir grup maternal bozukluktur (ACOG, 2013). Gebeliğin hipertansif bozuklukları gebeliklerin %5-10'unu etkiler (Folk, 2018). Gebeliğin hipertansif bozuklukları, maternal ve perinatal morbidite ile mortalitenin başlıca nedenlerinden birini oluşturmaktadır (Braunthal ve Brateanu 2019; ACOG, 2020).

Gebelikte hipertansiyon tanımı her zaman standardize edilmemiştir ancak; 2013 yılında Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (ACOG), hamilelikte hipertansiyon yönetimini yeniden inceleyen bir görev gücünün sonuçlarını yayınlamıştır. Bu sonuca göre hamilelik sırasında hipertansiyonun sınıflandırılması;

1. Gestasyonel hipertansiyon,
2. Preeklampsi-eklampsi,
3. Kronik hipertansiyon (herhangi bir nedene bağlı olmadan)
4. Kronik hipertansiyon ile birlikte süperempoze preeklampsi olmak üzere dört kategoriden oluşmuştur (ACOG, 2013).

Tablo 1. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Sınıflandırılması, (Braunthal ve Brateanu 2019).

	Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (ACOG) 2019	Hipertansiyon Kanada 2018	Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) 2018	Kanada Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Derneği (SOGC) 2014	Gebelikte Hipertansiyon Çalışmaları için Uluslararası Topluluk (ISSHP) 2018	Avustralya ve Yeni Zelanda Obstetrik Tıp Derneği (SOMANZ) 2014	Kraliyet Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekoloji Koleji (RCOG) 2011
Kategoriler	-Kronik Hipertansiyon -Preeklampsi -Eklampsi -Süperempoze preeklampsi ile birlikte kronik hipertansiyon -Gestasyonel hipertansiyon	-Kronik hipertansiyon -Gestasyonel hipertansiyon -Preeklampsi (şiddetli olmayan) -Preeklampsi, -Şiddetli preeklampsi, HELLP Sendromu, -Eklampsi	-Önceden var olan (kronik) hipertansiyon -Gestasyonel hipertansiyon -Preeklampsi -Önceden var olan hipertansiyon artı proteinüri ile birlikte bildirilmiş gestasyonel hipertansiyon -Doğum öncesi sınıflandırılmayan hipertansiyon	-Önceden var olan (kronik) hipertansiyon -Preeklampsi kanıtı ile Gestasyonel hipertansiyon -Komorbid durum(lar) ile -Preeklampsi kanıtı ile Preeklampsi -Diğer hipertansif etkiler -Geçici hipertansif etki -Beyaz önlük hipertansif etkisi - Maskeli hipertansif Efekt	-Kronik hipertansiyon -Esansiyel Hipertansiyon -İkincil Beyaz önlük hipertansiyonu -Maskeli hipertansiyon -Gestasyonel hipertansiyon -Geçici gestasyonel hipertansiyon -Preeklampsi de novo veya kronik hipertansiyon üzerine bindirilmiş	-Preeklampsi -Eklampsi -Gestasyonel hipertansiyon -Kronik hipertansiyon - Temel İkincil Beyaz Önlük Kronik hipertansiyon üzerine bindirilmiş preeklampsi	-Kronik hipertansiyon -Gestasyonel hipertansiyon -Preeklampsi -Şiddetli preeklampsi -Eklampsi HELLP (Hemolysis Of Red Blood Cells, Elevated Liver Enzyme, Low Platelets)
Tanımlar	Hipertansiyon: SKB \geq 140 mmHg ve / veya DKB \geq 90 mmHg, en az 4 saat arayla ölçüldü Şiddetli: SKB \geq 160 mmHg ve / veya DKB \geq 110 mmHg, en az 4 saat arayla ölçüldü	Hipertansiyon: SKB \geq 140 / 90 mmHg Şiddetli: SKB \geq 160 / 110 mmHg	Hipertansiyon: SKB \geq 140 mmHg ve / veya DKB \geq 90 mmHg Hafif: BP 140–159 / 90–109 mmHg Şiddetli: SKB \geq 160 mmHg veya DKB \geq 110 mmHg Acil: SKB \geq 170 mmHg veya DKB \geq 110 mmHg	Hipertansiyon: SKB \geq 140 mmHg ve / veya DKB \geq 90 mmHg, en az 15 dakika arayla ölçülmüştür Şiddetli: SKB \geq 160 mmHg ve / veya DKB \geq 110 mmHg	Hipertansiyon: SKB \geq 140 mmHg ve / veya DKB \geq 90 mmHg, birkaç saat içinde doğrulandı Şiddetli: SKB \geq 160 mmHg ve / veya DKB \geq 110 mmHg, 15 dakika içinde doğrulandı	Hipertansiyon: SKB \geq 140 mmHg ve / veya DKB \geq 90 mmHg, birkaç saat arayla ölçüldü Şiddetli: SKB \geq 160 mmHg veya DKB \geq 110 mmHg	Hipertansiyon: SKB \geq 140 mmHg ve / veya DKB \geq 90 mmHg Hafif: BP 140–149 / 90–99 mmHg Orta: BP 150–159 / 100–109 mmHg Şiddetli: SKB \geq 160 / 110 mmHg

2.2.1. Gestasyonel (Geçici) Hipertansiyon

Gebelik öncesinde normotansif olan bir gebede, gebeliğin 20. haftasından sonra proteinürinin saptanmadığı ve sistemik bulguların olmadığı, ilk kez ölçülen kan basıncı değerinin (KB) $\geq 140/90$ mmHg olduğu, genelde doğumdan 42 gün sonra düzelen hipertansiyon olarak tanımlanmıştır (ACOG, 2018).

2.2.2. Preeklampsi-Eklampsi

Preeklampsi, gebeliklerin %2 ila %8'ini etkileyen gebeliğe özgü çoklu organ hastalığıdır (Duley, 2009). Preeklampsi, tanımlanması zor bir hastalıktır. İkinci veya üçüncü trimesterde ve hatta doğum sonrasında kendini gösterebilir. Hastalık süreci genellikle görünmezdir; kadın başlangıçta iyi görünebilir ve iyi hissedebilir. Birçok kadında hiçbir semptom görülmezken, diğerlerinde, kadını ve klinisyenini başka, daha iyi huylu bir durumu olduğunu düşünmeleri için aldatabilecek semptomlar vardır (Snydal, 2014).

Tablo 2. Preeklampsi Tanı Kriterleri (ACOG 2020; Özkan 2020).

Daha önce normotansif olan bir gebede, 20. gebelik haftasından sonra; SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg olmalıdır. Ve;

Aşağıdaki yeni başlangıçlı durumlardan herhangi birisi eşlik etmelidir;

• Proteinüri

- ✓ 24 saatlik idrarda ≥ 300 mg proteinüri olması
- ✓ Protein/kreatinin oranı ≥ 0.3 veya
- ✓ İdrar çubuğu ile yapılan ölçümlerde 1+ proteinüri olması (kantitatif ölçümler yapılmadığında),

• Trombosit sayısı $< 100.000/\mu\text{l}$ olması,

• Böbrek yetmezliği (Serum kreatinin konsantrasyonu > 1.1 mg/dL ya da başka bir böbrek hastalığının yokluğunda serum kreatinin konsantrasyonunun iki kat artması,),

• Bozulmuş karaciğer fonksiyonu; Karaciğer transaminazlarının normal konsantrasyonun iki katına çıkması

- Başka bir tanıyla açıklanamayan, persistan ve şiddetli sağ üst kadran ağrısı veya epigastrik ağrı,
- Pulmoner ödem,
- Başka bir tanıyla açıklanamayan, asetaminofene cevap vermeyen, yeni başlayan baş ağrısı,
- Skotom, kortikal körlük, retinal vazospazm, fotopsi, diplopi, amarozis fugaks gibi yeni başlayan görme bozuklukları

Tablo 3. Şiddetli preeklampsia tanı kriterleri (aşağıda belirtilen bulgulardan herhangi birinin var olması durumu) (ACOG 2020; Özkan 2020).

- Gebenin yatak istirahatinde iken 4 saat aralıklı iki ölçümlerinin SKB'nin ≥ 160 mmHg ya da DKB'nin ≥ 110 mmHg olması durumu,
- Trombosit sayısı $< 100.000/\mu\text{l}$ olması,
- Başka bir tanıyla açıklanamayan bozulmuş karaciğer fonksiyonu: karaciğer enzimlerinin artmış kan konsantrasyonları (normal konsantrasyonun iki katı),
- Başka bir tanıyla açıklanamayan, persistan, medikasyona dirençli, şiddetli sağ üst kadran veya epigastrik ağrı,
- Böbrek yetmezliği (serum kreatinin konsantrasyonu ≥ 1.1 mg/dL veya başka herhangi bir böbrek hastalığının yokluğunda serum kreatinin konsantrasyonunun iki katına çıkması),
- Pulmoner ödem,
- Başka bir tanıyla açıklanamayan, asetaminofene cevap vermeyen, yeni başlayan baş ağrısı,
- Skotom, kortikal körlük, retinal vazospazm, fotopsi, diplopi, amarozis fugaks gibi yeni başlayan görme bozuklukları

Preeklampside tek ve kesin tedavi doğumdur. Genellikle doğum sonrasında preeklampsili kadınlarda kan basıncı genellikle doğumdan sonraki ilk 48 saat için düşer, ancak doğumdan sonraki 3 ila 6 gün arasında artabilir; özellikle doğum sonrası dört hafta içinde olmak üzere veya uzamasıyla birlikte 12 haftada çoğu kadının tansiyon değerleri normale dönmektedir (Podymow ve August 2010; Sibai 2012).

ACOG 2013 ve ACOG 2018 klavuzlarından hafif preeklampsia tanımı çıkarılmıştır. Çünkü "hafif preeklampsia" tanısının konulması, progresif olan hastalığın hafife alınarak

semptomların gözden kaçırılmasına neden olabilmektedir. Aynı zamanda değerlendirme içerisinde yer alan “proteinüri” terimi artık preeklampsi tanısında gerekli görülmeyip, “massif proteinüri” (5 gr’dan daha fazla) de şiddetli preeklampsi tanı kriterleri içerisinde çıkarılmıştır. Çünkü güncel araştırmalar idrar içerisinde ki protein miktarı ile preeklampsi arasında minimal bir ilişki olduğunu önemle belirtmektedir (ACOG, 2013; ACOG, 2018).

Gebeliğin hipertansif bozukluğunun en şiddetli formlarından birisi olup hastalığın konvülsif görüntüsüdür (ACOG, 2020). Maternal ve perinatal mortalite ve morbiditelerin en sık nedenlerinden biri eklampsidir. Preeklampsi dâhil olmak üzere hipertansif bozukluk öyküsünden bağımsız olarak doğumdan önce, doğum sırasında ve doğumdan sonra bir veya daha fazla nöbet ve/veya açıklanamayan koma oluşması anlamına gelir. Hastalığın etiyolojisi genel olarak anlaşılmamasına rağmen, bu durum yıllardır tanınmaktadır. Bugüne kadar, eklampsi, şiddetli preeklampsinin komplikasyonu olarak kabul edilir, çünkü etkilenen hamile kadınların çoğunda (yaklaşık %84) hipertansif bozukluklar bulunmakla beraber %16’sı normal kan basıncına sahiptir (Irene ve diğerleri, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından temel bir ilaç olarak kabul edilen magnezyum sülfat uygulaması, preeklampsi kadınlarda eklampsi riskini yarıdan fazla azaltır (Duley ve diğerleri, 2010; DSÖ, 2017).

HELLP (Hemolysis of red blood cells, Elevated liver enzyme, Low platelets) Sendromu, Hemoliz (H), yüksek karaciğer transaminazları (EL) ve düşük trombositlerin (LP) varlığıyla karakterize, gebelikle ilgili bir karaciğer hastalığı olarak tanımlanır. Bu semptomlar hipertansiyon veya proteinüri ile birlikte olabilir veya olmayabilir, ancak HELLP, Preeklampsi (PE) 'nin ciddi bir komplikasyonu olarak adlandırılır (Jeyabalan, 2013; Brown ve diğerleri, 2018). HELLP sendromunda başlıca belirti olarak, sağ üst kadranda ağrısı ve yaygın halsizlik (vakaların %90’ında) görülür. Ayrıca bulantı, kusma %50 vakada eşlik edebilir (ACOG, 2020). HELLP sendromunda hastaların yaklaşık olarak %10-20’sinde tansiyon değeri normal olup, HELLP’in belirti ve bulguları dikkatle izlenmelidir (Şirin ve Kavlak 2008; Taşkın 2016).

2.2.3. Kronik Hipertansiyon

Hipertansiyon, gebelikten önce ya da gebeliğin 20. haftasından önce saptanmış ve 12. postpartum haftasından sonra da görülüyorsa kronik hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır. KB değeri kronik hipertansiyonda $\geq 140/90$ mmHg olarak belirtilmiştir. Ayrıca hipertansiyon, gebelikte ilk kez tanımlanmış olup doğum sonrası dönemde de düzelmezse kronik

hipertansiyon olarak kabul edilir (ACOG, 2013; ACOG, 2018). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında; kronik hipertansiyon gebeliğin kötü sonuçları ile ilişkilendirilmiştir. Bu advers etkiler; süperempoze preeklampsi, sezaryen, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, yenidoğan ünitesine kabul ve perinatal ölüm olarak bulunmuştur (Bramham ve diğerleri, 2014).

2.2.4. Kronik Hipertansiyon Zemininde Süperempoze Preeklampsi

Kronik hipertansiyon tanısı olan gebelerde preeklampsi gelişmesine süperempoze preeklampsi denir. 20. gebelik haftasından önce hipertansiyonu bulunan bir kadında yeni başlayan proteinüri ($\geq 300\text{mg}/24$ saat veya idrar çubuğu ile yapılan ölçümde 2+ proteinüri olması; protein/kreatinin oranı ≥ 0.3 olması) olarak da tanımlanır. Aynı zamanda bu kriterlere ilaveten iki katına kadar artmış olan karaciğer enzimleri [Alanin Aminotransferaz (ALT) ve Aspartat Aminotransferaz (AST) testleri] ve düşük trombosit sayımı ($<100000/\mu\text{L}$), nörolojik komplikasyonlar, pulmoner ödem tablolarından herhangi birinin gelişmesidir. ISSHP kılavuzları (2018) ise uteroplasental yetmezlik belirtilerinin süperempoze preeklampsi tanısına dâhil edilmemesini tavsiye etmiştir (ACOG, 2013; ACOG, 2018; Brown ve diğerleri, 2018).

2.3. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Epidemiyolojisi

Gebelik esnasında, doğumda veya doğum sonrasında gebe kadınların yaklaşık %15'inde yaşamı tehdit eden komplikasyonların gelişmesi beklenir ve gebelik hipertansif bozukluğu bu komplikasyonlara önemli katkıda bulunur; GHB, yılda tahmini 62.000 ila 77.000 ölümle dünya genelindeki tüm anne ölümlerinin %16'sını oluşturmaktadır (Khan ve diğerleri, 2006; Say ve diğerleri 2014). GHB, farklı ülkeler arasında değişen sınıflandırmaları ile değişken şiddette farklı durumları içerir. Birkaç çalışma, GHB'nin, ülkelere ve seçilen kadınların özelliklerine ve pariteye bağlı olarak, %1 ila %7 arasında değişen preeklampsi insidansı ile, gebeliklerin %5 ila %10'unu etkileyebileceğini belirtilmiştir (Hutcheon ve diğerleri, 2011; Umesawa ve Kobashi, 2017, Panaitescu 2020). Olíe ve diğerlerinin Fransa'da 2010 ve 2018 yılları arasında doğum yapan gebe kadınlarda yaptığı bir kohort çalışmasında GHB'nin gebeliklerin %7,4'ünü komplike ettiği bulunmuştur (Olíe ve diğerleri, 2021). Bello ve diğerlerinin 2009 ve 2014 yılları arasında ABD' deki tekiz bebek doğuran gebe kadınlarda yaptığı bir kohort çalışmasında

ACOG tanı kriterleri uygulandığında gebelikte hipertansif bozukluk % 10,3 bulunmuştur (Bello ve diğerleri, 2021). Corrigan ve diğerlerinin İrlandada 2016 yılında yaptığı retrospektif çalışmada kadınların % 5,9'unda gebelikte hipertansif bozukluklar teşhisi konmuştur (Corrigan ve diğerleri, 2021). Poudel ve diğerlerinin Japonya'nın Hokkaido eyaletindeki yaptığı ileriye dönük bir kohort çalışmasında GHB % 1,9 bulunmuştur (Poudel ve diğerleri, 2021). Li ve diğerlerinin Çin'de yaptığı bir metaanalizde GHB % 7,3'ünde görüldüğü bulunmuştur (Li ve diğerleri, 2021). Nath ve diğerlerinin Güney Hindistan, Bengaluru'daki kamu sektörü hastanelerinde doğum öncesi bakımdan yararlanan gebe kadınlarda yaptığı çalışmada GHB prevalansı %13,9 olarak bulunmuştur (Nath ve diğerleri, 2021). Gemechu ve diğerlerinin Sahra Altı Afrika'daki gebelerde yaptığı metanalizde GHB prevalansı %8 olarak bulunmuştur (Gemechu diğerleri, 2020). Hinkosa ve diğerlerinin Etiyopya Nekemte Sevk Hastanesinde 2015- 2017 yıllarında doğum yapmış kadınlarda yaptığı retrospektif vaka kontrol çalışmasında GHB prevalansı %3,56 olarak bulunmuştur (Hinkosa ve diğerleri, 2020). Epidemiyolojik çalışmalardan GHB prevalansını ve alt tiplerini göstermektedir. Tüm gebeliklerde bölgelere göre preeklampsi prevalansı epidemiyoloji olarak incelendiğinde Afrika'da %0,5–2,3, Asya'da %0,2–6,7, Okyanusya'da %2,8–9,2, Avrupa'da %2,8–5,2, Kuzey Amerika'da %2,6–4,0 ve Güney Amerika ve Karayipler'de %1,8–7,7 değer aralıklarında bulunmuştur (Umesawa ve Kobashi, 2017). Lisonkova ve diğerlerinin 2012-2016 yılında Kanada'da tek bir hastanede tekil doğum yapan kadınlarda yaptığı retrospektif kohort çalışmasında şiddetli preeklampsi, HELLP sendromu ve eklampsi sırasıyla binde 2.35, 2.47 ve 0.43 bulunmuştur (Lisonkova ve diğerleri, 2021). Türkiye'de 2012-2015 yılları arasında toplam 812 anne ölümü kaydedilmiştir. Bu dönemde gebelik, doğum ve lohusalıktaki hipertansif bozukluklar tüm anne ölümlerinin %15,5'ini (n=126) oluşturmuştur (Keskinkılıç ve diğerleri, 2017).

2.4. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Risk Faktörleri

Gebelikte hipertansif bozukluğun kesin bir nedeni olmadığı bilincinde olarak, dünyanın çeşitli bölgelerinde risk faktörlerine odaklanan birçok araştırma yapılmış olup bu hastalık için farklı risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu risk faktörleri, ailesel faktörler ve tıbbi ile ilgili değişkenler, obstetrik, kişisel ve yaşam tarzı faktörleri ile ilgili faktörler gibi sosyodemografik değişkenleri içerir (Levenson ve diğerleri, 2002; Kaaja, 2008; Wolde ve diğerleri, 2011). Spesifik olarak; nulliparite, ileri yaş, obezite, ailede hipertansiyon öyküsü,

multipar kadınlarda daha önce gebelik hipertansif bozukluğu öyküsü, kişisel/ailede kronik hipertansiyon/diabetes mellitus öyküsü, yüksek enerjili diyet, gestasyonel diyabet, gebelik sırasında zihinsel stres, uzun süre gebelikler arası aralık, düşük sosyo-ekonomik durum ve yetersiz antenatal gözetim, çoğu çalışmada gebelikte hipertansif bozukluk geliştirme riskinin daha yüksek olmasıyla ilişkili bulunmuştur (Atkinson ve diğerleri, 1998; Conde ve diğerleri, 2000; Brantsæter ve diğerleri, 2009; Guerrier at al 2013).

Tablo 4. Preeklampsi Risk Faktörleri (ACOG, 2020).

Gebelik ile İlişkili Risk Faktörleri	Bireysel Risk Faktörleri
<ul style="list-style-type: none"> • Önceki gebelikte preeklampsi öyküsü • Nulliparite • Yardımcı üreme teknikleri • Çoğul gebelik • Gestasyonel diyabet 	<ul style="list-style-type: none"> • Pregestasyonel diyabet • Kronik hipertansiyon • Trombofili • Sistemik lupus eritematozus • Gebelik öncesi Vücut kitle indeksi (VKİ) >30 olması • Antifosfolipid antikor sendromu • Maternal yaşın ≥ 35 olması • Renal hastalıklar • Obstruktif uyku apnesi

2.5. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Komplikasyonları

Gebelikte hipertansif bozukluklar, gebeliklerin %10'unu oluşturan ve artan maternal ve neonatal morbidite ve mortalite ile ilişkili olan, anne ve bebekleri için dünya genelinde bir sağlık sorunudur (Antza ve diğerleri; 2017). Preeklampsi ve eklampsi; maternal ve perinatal morbidite ile mortalitenin başlıca nedenleri olarak kabul edilen iki hipertansif gebelik bozukluğudur (Lindheimer ve diğerleri, 2010). Preeklampsi; karaciğer, böbrek ve uterus önce olmak üzere solunum, kardiyovasküler ve serebrovasküler sistemlerde disfonksiyonlara sebep olmaktadır (Akalin ve Şahin, 2018). Gebelikteki hipertansiyon komplikasyonları ise hem anneleri hem de bebeklerini etkiler (Antza ve diğerleri; 2017).

Preeklampsinin maternal komplikasyonları; yaygın damar içi pıhtılaşma [Dissemine İnvasküler Koagülasyon (DIC)], böbrek yetmezliği, pulmoner ödem, iskemik kalp hastalığı, HELLP sendromu, eklampsi, serebral hemoraji, hepatik rüptür, retina dekolmanı ve körlük olarak sıralanabilir. Bunların yanı sıra fetal-neonatal komplikasyonları ise; perinatal asfiksi, intrauterin exitus, prematürite, ablasio plasenta ve intrauterin gelişme geriliği (IUGG) olarak belirtilmektedir (Taşkın, 2016; Ferreira ve diğerleri, 2016; Akalin ve Şahin, 2018).

2.6. Gebelikte Hipertansif Bozuklukların Tedavisi ve Önlenmesi

Gebelikte hipertansiyon bozukluklarının erken teşhisi ve tedavisi, ciddi morbidite, uzun süreli sekel ve ölümün önlenmesi için temel oluşturur. Bu komplikasyonların çoğunun önlenilebileceğinin varsayılması konu ile ilgili yönetim ve güvenlik kılavuzlarının yayınlanmasına sebep olmuştur (Bernstein ve diğerleri, 2017). Gebeliğin hipertansif bozukluklarının tedavisi için dikkatle incelenmesi ve altı çizilmesi gereken faktörler arasında tanının zamanlaması, kronik mi yoksa gestasyonel hipertansiyon mu olduğu, ne zaman tedavi edileceği ve hangi ilaçların önerileceği yer alır. ACOG'a göre, kronik hipertansiyon yokluğunda kan basıncı ölçümleri şiddetli aralığa ulaştığında (>160 mm Hg sistolik ve/veya >110 mm Hg diyastolik olarak tanımlanır) antihipertansif ilaçlarla tedavi önerilir (Leavitt ve diğerleri, 2019).

Antihipertansif tedavide hedef, kan basıncını 140-150/90-100 mmHg olarak dengelemektir. Kan basıncındaki ani düşüşler anne ve bebek sağlığında tehlike oluşturmaktadır. Uteroplental kan akımındaki azalmaya bağlı olarak maternal organlara ve fetusa olan perfüzyonda azalmakta ayrıca fetal hipoksi gelişme riski oluşmaktadır. Bu doğrultuda ebelik bakımı, antihipertansif tedaviye dönük KB'nın izlenerek maternal etkilerin değerlendirilmesini ve Fetal Kalp Hızı (FKH)'nin izlenmesini kapsamaktadır (Akalin ve Şahin, 2018).

Antihipertansif farmakolojik ajan sınıflarının her biri, antihipertansif etkilerini gösterdikleri özgül etki mekanizmalarına sahiptir. β -Adrenoreseptör antagonistleri, periferik dolaşım, kalp, akciğer, karaciğer ve pankreasta bu reseptörleri bloke ederek çalışmaktadır (Abalos ve diğerleri, 2014) Bu antihipertansif farmakolojik ajanlardan gebelikte en sık kullanılan birisi olan labetalol arteriolar düzeyde vazodilatör etkilere sahiptir ve bu da sistemik vasküler direnci azaltır. Nifedipin üzerinde en çok durulan kalsiyum kanal blokerleri olarak kalsiyumun düz kas hücrelerine girişini engelleyerek arteriyel vazodilatasyona sebep olur. α -Agonistler vazokonstriksiyonu inhibe eden merkezi antiadrenerjik ajanlar olarak etki göstermektedir. Metildopa 1963 üretilmiş olup halen gebelikte en yaygın olarak kullanılan merkezi etkili adrenoreseptör antagonistidir. Hidralazin gibi vazodilatörler, en başta arteriyoller olmak üzere vasküler düz kas üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (Leavitt ve diğerleri, 2019).

Diüretikler, gebelik dışında esansiyel hipertansiyon tedavisinde kullanıldıkları için gebelikte pek kullanılmazlar, ancak yine de obstetrikte önem taşırlar ve intravasküler hacmi azaltmak amacıyla sodyumun renal transportu üzerinde doğrudan etkilidirler. Bunlara ek

olarak, iyi bilinen fetotoksik etkileri nedeniyle, anjiyotensin yolu üzerinde etkili olan ilaçlardan genellikle gebelikte sırasında kaçınılmaktadır (Leavitt ve diğeri, 2019).

Magnezyum sülfat (MgSO₄) uzun bir süredir preeklampsi ve eklampsiyi tedavi etmek için kullanılmaktadır ve eklamptik nöbetlerin önlenmesi ve kontrolü için tercih edilen antikonvülzandır. Eklampsinin önlenmesi için etkili serum Magnezyum (Mg) seviyesi 4,8-8,4 mg/dL'dir (Okusanya ve diğeri, 2016). Devamlı olarak infüzyon şeklinde intravenöz ya da aynı doz intramüsküler olarak uygulanabilir. Preeklamptik-eklamptik gebelere çoğunlukla doğum esnasında ve postpartum döneminde 24 saat süreyle magnezyum sülfat verilir (Cunningham ve diğeri, 2015). Magnezyum Sülfat tedavisinde izlemi şu şekilde olmaktadır:

- ✓ Kan basıncına, nabız ile solunum değerlerine uygulamadan önce ve uygulamadan hemen sonra bakılmalıdır. Toksikitede kan basıncı değerinde düşme ve solunumun 14'ün altında olması beklenir. Aynı zamanda patella reflekside toksitide açısından kontrol edilmelidir.
- ✓ İdrar çıkış değerinin 30 ml/saat olması yönünde gebe takibe alınmalıdır. Çünkü magnezyum sülfat idrarla atılmaması toksitite göstergesidir.
- ✓ Toksikite ile karşılaşıldığında ise Magnezyum sülfat antidotu olan kalsiyum glukonat uygulanmaktadır. Antidotunun yavaş infüzyon ile uygulanması gerekmektedir (Taşkın, 2016).

2.6.1. Antenatal Bakım ve Tedavi

Preeklampside erken tanıya yönelik henüz bir tarama testleri bulunmamaktadır (ACOG, 2013). Ancak preeklampsinin erken tanınması, sağlık personeli yetersizliği problemi olan bölgelerdeki düşük risk grubunda bulunan sağlıklı anne için önemlidir. (Peters ve Flack, 2004). Bu durumda obstetrik bakımda önemli bir yeri olan ebeler tarafından ilk antenatal ziyaretlerde risk faktörlerini araştırmaya yönelik olan gebe öyküsü ve gebeye verilen sağlık danışmanlığı hastalığın tespit edilmesi ve prognozu yönünden önem taşımaktadır (Akalin ve Şahin 2018). Bununla birlikte, risk belirtilerinin olmamasında preeklampsinin gelişip gelişmeyeceği söylenemez. Çünkü sağlıklı olan nullipar kadınların çoğunada preeklampsi tanısı konulabilmektedir. Bu sebeple, tüm gebelerin düzenli bir şekilde preeklampsi için antepartum ve postpartum dönemde takip edilmesi büyük önem arz etmektedir. (WHO, 2013; SOGC,

2014). Preeklampsinin antepartum yönetimi, ebeinin özenli bir şekilde yakın gebe izlemi ve erken müdahale etmesi ile sağlanmalıdır. Ebelerin değerlendirmesi tipik olarak öykü ile başlar. Daha sonra preeklampsi bulguları ve olası bir kronik hipertansiyon, önceki preeklampsi öyküsü hakkında soru sorularak değerlendirilmesi yapılmalıdır. Ayrıca gebeye sağlık merkezlerinde en az haftada bir kez olacak şekilde kan basıncı ölçümü, NST ile fetal sağlığın kontrol edilmesi, trombosit sayılarının ölçümü ile karaciğer enzimlerinin takibi ve bu konuların önemi konusunda eğitim verilmelidir (Townsend and Drummond, 2011; Taşkın 2016; Akalın ve Şahin, 2018). Eklampside ebeinin uygulayabileceği bakım ve tedavi değişmektedir. Eklampsi tanısı bulunan bir gebenin tedavi sürecinde istenen bakım, tedaviyle birlikte yakın ve sürekli olan tıbbi bir bakımdır. Bu bakımın hedefleri yeni oluşabilecek konvülziyonları önleme, etkin ventilasyonu sağlama, gebeyi travmalardan koruma, KB'nı kontrol altında tutma, oluşabilecek kardiyak yetmezliğini önleme ve fetüsü yakinen değerlendirmeyi kapsamaktadır (Taşkın 2016; Anderson and Schmella 2017; T.C Sağlık Bakanlığı, 2018). Preeklampsiyi önlemeye yönelik kesin stratejilerin olmayışı, ebelerin ileriye dönük rehberlik sağlama ve hastalara preeklampsi riskini azaltmak için kanıta dayalı yaklaşımları öğretme yeteneklerini sınırlayacaktır. Bununla birlikte ebeler, hamileliği planlayan tüm kadınları sağlıklı bir vücut ağırlığı elde etmeye ve önerilen besinlerle dolu sağlıklı bir diyet tüketmeye teşvik etmelidirler (Anderson ve Schmella, 2017).

Kanıta dayalı literatürler incelediğinde; 34 haftadan önce erken doğum, önceki gebeliğinde preeklampsi geçiren gebelerde ve tıbbi öyküsünde erken başlayan preeklampsi olan kadınlarda günlük düşük doz aspirin (60-80 mg) kullanımı ilk üç ayın son dönemlerinden itibaren başlamaları önerilmektedir (ACOG, 2018a). Ayrıca diyetle düşük kalsiyum alımı (< 600 mg/gün) olan kadınlar için ağızdan en az 1 gr/gün kalsiyum takviyesi önerilmekte olup ek olarak preeklampsi gebelerde diyet tuzu kısıtlaması, aşırı kilolu kadınlar için hamilelik sırasında kalori kısıtlaması, düşük doz asetilsalisilik asit, C ve E vitaminleri ve tiyazid diüretikler tavsiye edilmez (Magee ve diğerleri, 2014).

2.6.2. İntrapartum Bakım ve Tedavi

Şiddetli özellikleri olmayan preeklampsis bulunan veya hafif gestasyonel hipertansiyonu olan hastalarda 37. gebelik haftasından küçük, başkaca endikasyonu olmayan hastalarda doğumun beklenmesi önerilmektedir (Sibai, 2011). Bunun nedeni olarak da yeni doğanın yoğun

bakım gereksinimi, yenidoğan solunum komplikasyonları ve yenidoğan ölüm riskinin artması gösterilmektedir (Moussa ve diğerleri, 2014).

Gestasyonel hipertansiyon veya preeklampsisi olan ve ciddi özellikleri olmayan, 37. gebelik haftasında veya sonrasında, kronik hipertansiyon için 38. haftada doğum önerilmektedir. Doğum şekli sezaryen olmak zorunluluğu olmamasına rağmen bu durum gebelik yaşı, fetal ve maternal koşullara göre gerçekleşmelidir (SMFM Clinical Opinion, 2011, Blackwell ve diğerleri, 2001, Alanis ve diğerleri, 2008).

Preeklampside doğuma yönelik kanıta dayalı uygulamalara bakıldığında; genellikle 37. haftadan itibaren preeklampsisi vakaları için 34 hafta veya daha kısa süreli şiddetli preeklampsisi vakaları için, maternal veya fetal koşullara veya her ikisine göre indüksiyon önerilmektedir. Herhangi bir gestasyonel yaşta gebeliğin sonlandırılması, genellikle tüm eklampsisi vakaları için önerilmektedir. Aynı zamanda doğum için analjezi gereksinimi bulunan veya sezaryen için anesteziye ihtiyacı olan preeklampsisi tanımlı gebelerde, eğer klinik imkânlar izin veriyorsa spinal ya da epidural anestezi uygulanması önerilmektedir (Amorim ve diğerleri, 2017).

2.6.3. Postpartum Yönetim

Gebeliğin hipertansif bozuklukları genellikle doğumdan sonra da devamlılık göstermektedir (Podymow ve Ağustos, 2010). Buna ek olarak eklampsinin yaklaşık üçte biri doğum sonrası, doğumdan sonraki 48 saatin neredeyse yarısında-ortaya çıkmaktadır (Watson ve diğerleri, 1983; Chames ve diğerleri, 2002; Kayem ve diğerleri, 2011). Postpartum dönemdeki kadınların tamamı taburcu olacağı zaman preeklampsinin bulgu ve belirtileri ile ilgili olarak bilgilendirilmeli ve belirtilen bulguların varlığında hekime gitmesi gerektiği anlatılmalıdır (Ferreira ve diğerleri, 2016; Taşkın, 2016). Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE), preeklampsili gebede 2 hafta boyunca her 1-2 günde bir bunun yanı sıra gestasyonel hipertansiyonlu da 3. ve 5. günler arasında en az bir kez olacak şekilde doğum sonrası kan basıncının sık izlenmesini önermektedir (NICE, 2011). ACOG göre ise doğumdan sonra 72 saat boyunca hastanede kan basıncının izlenmesine ve doğumdan 7-10 gün sonra (semptomları varsa daha erken) tekrar kontrol edilmesini önermektedir (ACOG, 2013). Ebeler taburcu edilen kadınlara; tansiyon ölçme sıklığı, kendi kendine izlem, ilaç tedavisi hakkında eğitimler vermeli ve postpartum ikinci haftasında antihipertansif tedavi alan

kadınlara ise doğum yaptıkları kurumlara ya da kendi aile hekimlerine başvurmalarını önermelidir (NICE 2010; Townsend ve Drummond 2011).

2.7. Gebeliğe Uyum

Kişilerin kendi içinde ve çevresinde sürekli karşılaşılabildiği değişikliklerle baş etme ve kendi dünyası ile doyumlu bir denge sürdürebilme çabasında kullandığı metotlar veya süreçler uyum olarak tanımlanmaktadır. Kişinin içerisinde veya dış çevresinde gerçekleşen değişiklerin amacı “doyumlu bir denge” sağlayabilmektir. Kişinin değişiklikler karşısında uyumu ve bunun derecesi pek çok sebebe bağlı olmaktadır. Kişinin çevresinden kaynaklanan faktörlerle birlikte, kendi duyguları, düşünceleri, dürtü ve arzuları gibi birçok iç dinamik unsurlarda uyum sürecini ve düzeyini etkilemektedir. Yani gebelik sürecinde yaşanan psikolojik, duygusal ve sosyal değişimler gebenin çevresi ve gebeliğe olan uyumuna etki etmektedir (Beydağ ve Mete, 2008; Amanak, 2015).

Gebelik süreci kadının hayatında karşılaştığı farklı ve yeni rollere uymayı gerektiren bir kriz dönemi olarak da anlaşılabilir. Bu kriz dönemi gelişimi sağlayabileceği gibi uyum güçlüğüne sebep olan bir soruna da sebep olabilmektedir. Psikolojik olarak gebeliğe uyum sağlayamayan kadınlar gebeliğini kabullenememe, gebelikte yaşayabileceği sorunların üstesinden gelememe, gebelik kontrollerini yaptırmama ve kendi öz bakımını yapamama gibi durumlar ile karşılaşabilmektedir (Mete, 2008, Mutlugüneş, 2012). Kadınların birçoğu gebelik ve doğumla alakalı olarak ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolay bir şekilde uyum gösterirken, bazı kadınlardaysa hafif, orta veya şiddetli seviyede duygu bozukluklarına rastlanabilmektedir. Kadının geriye dönüşümü olmayacak şekilde gebeliğin etkileyebileceği gibi kalıcı olan psikolojik ve ruhsal değişiklikleri de oluşturabileceği bilinmektedir (Dağlar ve diğerleri, 2015; Kavraz, 2018).

Gebelik, bir kadının bebeğini kendi yaşamı içerisine almasını ve anneliğini kabullenmesini sağlayan psikososyal bir geçiş sürecidir. Bu sürece gebe kadının “anneliğe psikososyal uyumu” denir. Belirtilen bu uyumun belirleyici etkenleri ise literatürde; gebeliğin kabulü, doğum korkusu, annelik rolünün kabulü, eş ile ilişkinin durumu, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, doğuma hazır oluşu, annenin kendisi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili fikirleri olarak bulunmuştur. Sağlıklı bir gebelik dönemi ve sonrasında, gebeliğe uyum sürecindeki

önem taşıyan bu özellikleri etkileyebilecek tüm etkenlerin biliniyor olması kritik bir öneme sahiptir. (Sönmezer ve diğerleri, 2015).

2.7.1. Uyumu Etkileyen Faktörler

Gebelikte uyum, kadının tüm gebelik süresince gelişen ve değişen olaylarla etkileşim halindeki net sınırları olmayan dinamik bir kavram olarak belirtilmektedir. Bu yüzden çeşitli faktörden olumlu ya da olumsuz etkilenebilmektedir (Demirbaş, 2013). Her bir kadının geçmiş hayat deneyimlerine göre gebeliğe uyum sürecinde farklılıklar görülmektedir. Bu süreç içerisinde kadının daha önce anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller, çevresinde yer alan olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebelik ve doğumla ilgili yeterli ve doğru bilgiye sahip olması, gebeliğin planlı olması, endişelerinin makul bir çerçevede olması, sahip olduğu sosyoekonomik koşullar ile benlik kavramı gebeliği kabullenmeyi etkileyen faktörlerden bazılarını oluşturmaktadır (Babacan Gümüş ve diğerleri, 2011; Yılmaz ve Pasinlioğlu 2014; Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Bunlara ek olarak kadının gebeliğinde, gestasyonel hastalıkların yaşanıp yaşanmaması, doğumun nasıl sonuçlandığı, travma yaşanma durumu ve riskli bir durumun yaşanıp yaşanmaması gibi faktörlerde gebeliğe uyumu etkileyen diğer faktörlerdir (Özçalkap, 2018; Arkalı, 2021).

Gebelik uyumunu etkileyen sosyal faktörler incelendiğinde; kadının eğitim düzeyi, gelir durumu ve sosyal güvencesinin gebeliğe uyumu etkilediği göze çarpmaktadır Literatür ışığında bakıldığında kadının eğitim düzeyi yükseldikçe, çalışma hayatında daha fazla yer aldığı, gelir düzeyinin ve sosyo-ekonomik düzeyinin yükseldiğini, kendi sağlığına ilişkin farkındalığın ve öz bakım gücünün yükseldiği belirtilmektedir. Bununla birlikte, sosyo-ekonomik seviyesi ve eğitim durumu iyi olan kadınların planlı bir gebelik yaşadığı, doğum öncesi bakım hizmetlerinden nicelik ve nitelik açısından daha çok faydalandığı ve gebelik uyumlarının daha fazla bulunduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda çalışan kadınların gebelik izlemlerinin nitelik bakımından daha iyi olduğu, kendileriyle ve çevreleriyle olan uyumlarının arttığı, gebeliğini ve annelik rolünü daha kolay kabullendiği bildirilmektedir (Ergin ve diğerleri, 2010; Demirbaş ve Kadioğlu 2014).

2.7.2. Trimesterlere Göre Gebeliğe Uyum

Uyum süreci, gebelik boyunca gelişen bir dönem olup her kadının geçmişteki yaşam tecrübelerine göre farklılıklar göstermektedir. Her bir gebelikte de trimesterlere göre kadının yaşadığı duygular ve verdiği tepkiler farklı olmaktadır. Bundan dolayı trimestere özgü değişikliklerin bilinmesi, gebeliğe uyumun geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir (Doyurgan, 2009; Mutlugüneş, 2012; Dağlar ve diğerleri, 2015; Ozorhan ve diğerleri, 2014).

Birinci Trimester: Kadının gebe olduğu gerçeğine uyum sağladığı süreç olup gebe olduğunu öğrenmesiyle başlamaktadır. Bu dönemin sonunda, kadının üstesinden gelmesi gereken gelişimsel fonksiyon gebeliğin kabul edilmesidir (Taybe Arkalı, 2021). Kadının ‘ben gebeyim’ ifadesini dedikten sonra gebeliğini kabullendiğini ve kabullenmediğini gösteren belirtiler vardır. Kabullendiğini gösterenler; fiziksel rahatsızlıkları tolere edebilme, gebelikten hoşlanma ve mutluluk duyma, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş etmesi, özgüven ve umut duygusu durumlarına sahiptir. Kabullenmediklerini gösterenler ise üzüntü ve mutsuzluk, gebeliğe bağlı oluşan değişimler tarafından bunaltılmış olma duygusu, gebelikten dolayı dünyasının daha kötüleşeceği düşüncesi, sürekli hasta olma düşüncesi, gebe olma ile ilgili sürekli bir pişmanlık durumlarına sahiptir (Taşkın, 2011, Özorhan ve diğerleri, 2014; Başgöl, 2018). İlk trimesterde; halsizlik, yorgunluk, mide bulantısı, kusma gibi fizyolojik değişimlerle beraber gebeliğe ilişkin ambivalan duygular yaşanmakta olup, gebeliği kabullenmiş ve güven duygusu içinde olan gebelerde uyum sürecinin çok daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Demiryay, 2006; Beji, 2015).

İkinci Trimester: Gebe kadın tamamen kendine ve bebeğine dönük bu dönemi yaşar (Çakır ve Can, 2012). İlk zamanlarda ki süreçte soyut olan fetüsün varlığı, annenin hareketleri hissedebilmesi, ultrasonografide görüntülenmesi ve kalp atışlarının duyulmasıyla birlikte daha somut bir durum haline gelir (Yıldız, 2008; Metin, 2014;) Bu somutlaşan durum, gebenin doğmamış bebeğini düşünerek hayal kurmaya başlamasına ve sevgisinin artmasıyla birlikte bağlanmasının da hızlanmasına sebep olur. Gebenin bebeğine bağlanıp benimsemesi arttıkça doğum sonrasında koruyuculuğu da artmaktadır (Mercer, 2004). Bunu “bir bebek sahibi olacağım” kelimesiyle özetlemek muhtemeldir (Demirbaş, 2013; Dağlı, 2017).

Üçüncü Trimester: Bu süreçte anne doğum sonrasında da devam edecek olan annelik rolüne hazırlanmaya başlayıp daha duyarlı hale gelerek daha çok dikkat edip çevresindekileri ise daha dikkatli olmaları konusunda uyarır. Ayrıca doğum zamanı yaklaştıkça doğumun nasıl

gerçekleşeceğine, bebeğin sağlıklı olup olmayacağına dair kaygıları ön plana çıkar (Kamalak, 2015; Başgöl, 2018; Kavraz, 2018; Taybe Arkalı, 2021). Bu dönemde primiparların çoğunluğunda bilinmezlik duygusu var olabilirken, multiparlar ise yeni doğumun ne getireceğini düşünür ve her hangi bir şeyin ters gidebileceğinden korkarlar. Destekleyici bir eş ve bilgi veren bir sağlık personeli yardımı yaşanan korkuları azaltabilmekte ve bu korkuların üstesinden gelmede yardımcı olabilmektedir (Taybe Arkalı, 2021; Polat Başpınar 2021). Kadının son trimesterde gelişimsel işlevleri, annelik rolünü daha iyi algılamaya başlaması ve “bir anne olacağım” demesidir (Kavraz, 2018).

2.8. Prenatal Bağlanma

Kadın yaşamındaki gebelik dönemi ve anneliğe uyum süreci en önemli dönemlerden bazılarıdır. Anne adayları gebelik süreciyle beraber kendisinde oluşan fiziksel ve psikolojik değişiklikler ile karnındaki bebeğine bağlanır. Gebelik başlangıcından doğumun gerçekleştiği ana kadar süren zaman, doğum öncesi (prenatal) dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu zaman bölümünde fetüs anne karnında oluşur, büyür ve gelişir. Anne, henüz doğmamış bebeğine duygusal anlamda bağlanır. Bu duygusal bağlanma ise prenatal bağlanma olarak adlandırılmaktadır (Yılmaz ve Beji 2010; Yılmaz, 2013; Yılmaz ve Beji, 2013). Geçmişten beri doğum esnasında bebek ölümünü tecrübe eden annelerin yoğun üzüntü ve yas yaşamalarının gözlenmesi sonucunda, doğum öncesi olan dönemde anne bebek bağlanması çalışmalarına konu edilmiştir (Canella, 2005)

Bağlanma teorisinden ilk olarak Bowlby bahsetmiştir. Bowlby, bağlanmayı; ‘*Anne ve bebek arasında paylaşılan zevk ve hoşnutluğa dayalı; kesintisiz, güçlü ve sıcak*’ bir ilişki olarak belirtmiştir (Bowlby, 1969). Ainsworth, Blehar, Waters ve Wall ise bağlanmanın tanımını iki birey arasındaki sevgi ilişkisinden meydana gelen yakınlık şeklinde tanımlamışlardır (Metin, 2014). Janbakhışov’a göre, Muller prenatal bağlanmayı; anne ve fetüs arasında oluşan sevgi dolu ilişki, Cranley gebe kadınların anne karnındaki çocuklarıyla olan etkileşimini ve onlara dönük sevgilerini belirten davranışlar, Condon ise kadın ile anne karnındaki bebeği arasında gelişen duygusal bağ olarak belirtmiştir (Janbakhışkov, 2013).

Anne-bebek bağlanmasının neonatal dönemde değil de prenatal dönemde ortaya çıktığı belirtilmiş olup bu bağlamda bazı olaylardan bahsedilmiştir. Bahsedilen bu olaylardan bazıları doğum öncesi, bazıları ise doğum sonrasında gerçekleşmekte olup; yapılan çalışmalar

sonucunda anne-bebek bağlanmasına fayda sağlayan durumların; gebeliğin planlanması, gebeliğin onaylanması, gebeliğin kabul edilmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi, fetüsün bir birey olarak kabul edilmesi, doğum yapması, bebeğini görmesi, bebeğine dokunması ve bebeğine bakım vermesi olduğu belirtilmiştir (Balcı, 1997; Yılmaz, 2010).

Fetüs, prenatal dönemde annenin duygulanımlarına cevap verebilmektedir. Fetüsün intrauterin ortamda 18. gebelik haftasından itibaren duymaya başladığı ve gebeliğin 24. haftasından itibaren işittiği, bu sesleri öğrenme becerisine sahip olduğu, aşına olduğu seslere tepki gösterdiği bilinmektedir (Lang, 2009; Sağlam, 2015). Gebenin kendi bedeninde meydana gelen değişikliklere uyum sağlayarak olumlu duygularını fetüse aktarabilmesi, anne-bebek bağlanmasının ilk adımlarındandır. Anne adayının karnına dokunmasıyla fetüsün hissedilmesi bağlanma açısından bir hayli önemlidir. Bunun sonucunda ise annenin, doğmamış olan bebeğine ilişkin hayal ettiği tasarımın içeriği ön plana çıkmaktadır (Sosyal, 2005; Kesebir, 2011). Gebeler, bebeklerini hayal ettiği zaman onları koruma içgüdüleriyle hareket etmekte, büyüme ve gelişmeleri için çaba harcadıklarında ise prenatal bağlanma dönemi başlamakta ve hayat boyu sürdürülmektedir (Buko, 2016).

2.8.1. Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Son dönemde bağlanma ile ilişkili faktörlere ilgi artmış olup, prenatal bağlanma bireysel ve çevresel olan birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler sırasıyla: gebenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, evlilik süresi ve evlilik uyumu, gebelik haftası, gebeliğin istenmesi ve planlanma durumu, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı, beden kitle indeksi, psikososyal durum, sosyal destek alma durumu, uyku süresi, prenatal bakım alma ve doğuma hazırlık sınıfına katılma durumlarıdır (Alan Dikmen ve Çankaya, 2018; Elkin, 2015; Erkal Aksoy ve diğerleri, 2016; Karabulutlu ve diğerleri, 2020; Yılmaz, 2013; Topaç Tuncel ve Kahyaoğlu Süt, 2019; Nacar ve Timur Taşhan 2019; Özdemir ve diğerleri, 2020;).

Prenatal bağlanmayı depresif belirtilerin etkilediği ve düşük prenatal bağlanma sebeplerinin en önemli göstergeleri arasında olduğu belirtilmektedir. Gebelik süresince depresyon ve anksiyete seviyesinin dalgalı olmasına rağmen düşük düzeyleri her zaman yüksek prenatal bağlanma ile ilişkilidir (Lindgren, 2001; Laxton-Kane ve Slade, 2002; Lucas, 2013).

Doğum korkusunun prenatal bağlanmayı etkileyen faktörlerden biri olduğu bilinmektedir (Hergüner ve diğerleri, 2014; Güleç ve diğerleri, 2014). Doğumun nasıl gerçekleşeceğini

bilemiyor olmak, eyleme yönelik kendini bilgisiz ve yetersiz hissetmek, bebeğe ve ya anneye zarar geleceğini düşünmek ve ölüm kaygısı, ağrı endişesi, cerrahi müdahaleler ve sağlık personelinin çekinme ve güvensizlik doğum korkusu nedenlerindedir (Bülbül ve diğerleri, 2016)

Prenatal bağlanmaya etki eden diğer bir faktör de gebeliğin yüksek riskli olmasıdır (Pisoni ve diğerleri, 2016). Yüksek riskli gebelik bir gebe ve ailesi için kritik bir süreci temsil eden bir klinik durumdur. Genellikle bebeğin ve annenin sağlığının hatta bazen yaşamının tehlikede olduğunu gösteren beklenmedik teşhisle uğraşmayı içerir (Dagklis ve diğerleri, 2016; Petri ve diğerleri, 2017). Bazı teşhisler, annenin hastaneye kaldırılmasını gerektirir; bu durum onu ailenin geri kalanından ayıran ve önceki faaliyetlerini durduran bir değişikliktir. Sağlıklı bir gebeliğin olmamasıyla ilişkili kırılganlık, güvensizlik, yalnızlık ve yetersizlik duyguları, düşük benlik saygısı ve doğumla ilgili endişeler yüksek riskli gebeliklerde sıklıkla görülmektedir (Dagklis ve diğerleri, 2016; Palma ve diğerleri, 2021). Bu durum, anne- bebek ilişkisini ve gebelik sürecinin kaliteli bir şekilde geçmesine olumsuz etki eder (Pisoni ve diğerleri, 2016).

2.9. Gebelikte Uyum ve Prenatal Bağlanmada Ebelik Yaklaşımı

Gebelikte ortaya çıkabilecek risk faktörlerini belirleyen, maternal-fetal etkileşimde farkındalık sağlayan, annede bilgi ve deneyimiyle özgüven oluşturan, , gebenin anneliğe hazır olmasını destekleyen, aile içi ilişkilerinin düzenlenmesine yardımcı olan ve kadına danışmanlık hizmeti veren en yakın sağlık personeli ebedir (Fullerton ve diğerleri, 2011; Teeffelen ve diğerleri, 2011; Hopkins ve diğerleri, 2014). Ebelik bakımının amacı; gebenin ve ailenin sağlığını korumak, geliştirmek ve ileriye götürmektir. Bu nedenle sağlıklı bir gebelik yaşanması için kadının ihtiyaçlarının karşılanması, yeterli ve kaliteli ebelik bakımı alması önemlidir (Dağlar ve Aydemir, 2011).

Kadınların gebeliğe uyumu birçok faktörden etkilenmekte olup, bu uyumun sağlanmasında prenatal dönemde verilen bakım hizmeti büyük önem arz etmektedir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Gebelere hizmet veren ebeler tasarlayacakları önleyici çalışmalar ile gebeliği kabullenmeyi sağlayıp uyum sorunlarını engelleyebilirler. Ebeler, aile bireylerine yapacakları eğitimler ile gebelik sürecinde kadının ihtiyaç duyduğu yeterli desteği aile bireyleri tarafından almasını sağlayabilirler (Uçar, 2014; Özçalkap 2018). Gebelik oluştuktan sonra ki

süreçte anne adayının hamileliği kabullenmesine, daha sonra ise fetüsü ayrı bir birey olarak görmesine ve iletişime geçmesine yardımcı olmalıdırlar. Gebelere, bebekleriyle konuşmanın, onlara dokunmanın ve hareketlerini saymanın bağlanmayı artıracakı söylenebilir (Koptur ve Emül, 2017). Doğum öncesinde verilen eğitimlerle her ne kadar gebe kadın doğum sonrası döneme hazırlansa da, doğum ve doğum sonu süreçte de ebeler tarafından yakın bir şekilde takip edilmeli ve anne ile bebek arasındaki bağlanmanın değerlendirilmesi yapılmalıdır (Ferketich ve Mercer, 1995). Değerlendirme sonucunda; hemşire ve ebeler tarafından, düşük prenatal bağlanma riski olan gebelere ucuz, basit ve non-invaziv uygulamalar hakkında eğitim ile danışmanlık hizmeti verilmesi, ayrıca gebenin kendisi için seçeceği uygun yöntemi kullanması hususunda desteklenmesi gerekmektedir (Tezkereci ve diğerleri, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma bir vaka-kontrol çalışması olup, gebelikte hipertansif bozukluğun son trimester gebelerde prenatal bağlanma ve gebeliğin kabulüne etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Erzurum il merkezi Yakutiye ilçesi sınırlarında bulunan Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinikleri ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yürütülmüştür. Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi obstetri kliniğinde 35, jinekoloji kliniğinde 31 olmak üzere toplam 66 yatak bulunmaktadır. Ayrıca, doğumhanede travay odası bulunmaktadır. Hastanede kadın doğum polikliniği zemin katta servisi ise 3. katta yer almaktadır. Kadın doğum obstetri servisinde 9 ebe görev yapmaktadır. Hastanenin kadın doğum polikliniğine bir yıl içerisinde yaklaşık 1344 gebe başvurmakta ve mevcut hizmetlerden faydalanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Ekim 2019 – Ekim 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın planlanma ve süreci Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Araştırma zamanı.

İşlemler	Tarih
Araştırma Konusunun Seçimi	Ekim – Aralık 2019
Tez Önerisinin Hazırlanması	Ocak 2020
Anket Formunun Oluşturulması	Ocak 2020
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ön onayın alınması	Şubat 2020
Kullanılacak Ölçeğin Yasal İzni Alınması	Şubat – Haziran 2020
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden resmi izin alınması	Haziran 2020
Anket Formunun Ön Uygulama Yapılması	Haziran 2020
Araştırma Verilerinin Toplanması	Haziran 2020 – Eylül 2021
Verilerin Analizi ve Araştırma Raporunun Hazırlanması	Ekim 2021

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem dâhil edilecek gebeler; gebelikte hipertansif bozukluk tanısı alan ve hipertansif bozukluğu olmayan sağlıklı gebelerin prenatal bağlanma düzeylerini incelemek için Şentürk İzmir'in (2019) "Riskli gebelerin prenatal bağlanma ve doğum korkusu yaşama durumlarının değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasının Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalamaları kullanılarak, t testi ile etki gücü $d= 2.18$ hesaplanmış, $\alpha=0,05$, % 95 Güven Aralığında, %80 güce ulaşmak için örneklem hacmi 10 olarak hesaplanmıştır. Örneklem hacmi çok az çıktığından effect size (d): orta düzey 0,50 alınarak tekrar hesaplama yapılmıştır. Bu hesaplama sonucunda örneklem hacmi 128 çıkmıştır. Örneklem alınması gereken sayıya olası kayıplar düşünülerek %15 (20 gebe) eklem yapılmış ve toplam örneklem hacmi 148 olarak bulunmuştur. Bu hesaplama göre her bir gruba (vaka-kontrol) alınması gereken en az gebe sayısı 74 olup bu çalışma 152 gebe ile yürütülmüştür.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Tek fetüŖe sahip olmak
- Türkçe iletişim kurulabilmek
- Okuma yazma bilmek
- Gebelikte hipertansif bozukluk tanısı alan 28 haftayı doldurmuş (3. Trimester) gebe olmak
- Başka riskli gebelik tanısı (Gestasyonel Diabetes Mellitus, İntrauterin gelişme geriliği vb.)tanısı almamak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 20-40 yaş arası olmak

3.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Veri formlarını eksik yanıtlamak
- Gebeliğin birinci ve ikinci trimesterında olmak
- Çoğul gebeliğe sahip olmak

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında 1 veri toplama formu ve 2 ölçek kullanılmıştır. Bunlar; literatür ışığında araştırmacılar tarafından geliştirilen “Kişisel Bilgi Formu (EK-1), prenatal bağlanma envanteri (EK-2), ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (PKDÖ- GK) (EK-3) kullanılmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Kişisel Bilgi Formu literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (Şentürk İzmir, 2019; Havutçu, 2019). Hazırlanan bu form, gebelerin risk durumunu ve hastanede yatış süreci ve gebelik haftası özelliklerini, sosyo-demografik (10 soru), genel sağlık

alışkanlıkları (3 soru) obstetrik özelliklerini (12 soru) sorgulayan 25 sorudan oluşmaktadır. Bu form üç kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda; gebenin; yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, evlilik süresi, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, aile tipi, eşinin yaşı, çalışma durumu ve eğitim durumu sorgulanmıştır. İkinci kısımda sistemik/kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı ve daha önce psikiyatrik tedavi görme durumu sorgulanmıştır. Üçüncü kısımda, gebelerin gebelik sayısı, küretaj sayısı, ölü doğum sayısı, canlı doğum, yaşayan çocuk sayısı, abortus, daha önceki doğum şekli, daha önce doğum yapma durumu, gebeliğini planlaması, daha önceki gebeliğinde herhangi bir sorun yaşama durumu, şimdiki gebeliğinde herhangi bir sorun yaşama durumu, riskli gebelik belirlendikten sonra yaşam biçimindeki değişikliklerini belirtme durumu sorgulanmıştır.

3.7.2. Prenetal Bağlanma Envanteri (EK-2)

Prenatal Bağlanma Envanteri (The Prenatal Attachment Inventory) 1990 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir (Muller, Development of the Prenatal Attachment Inventory, 1993). PBE gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları anlamlandırmak ve prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yılmaz ve Beji tarafından yapılmış olup iç tutarlılık kat sayısı 0.84 olarak belirtilmiştir. 21 maddeden meydana gelmektedir. Her madde 1 ile 4 arasında puan (1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Sık sık, 4: Her zaman) şeklinde puanlanmakta ve negatif anlam yüklü ifadeler bulunmamaktadır. Envanterden toplamda en az 21, en fazla ise 84 puan alınmaktadır. Gebe kadının aldığı puanın artması ise bebeğine bağlanma düzeyinin de arttığını ifade etmektedir. (Yılmaz ve Beji, 2013).

3.7.3. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (EK3)

Lederman ve diğerleri tarafından 1979 yılında prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe ve annelik rolüne uyumunu değerlendirmek üzere geliştirilen 79 maddeden oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir (1=çok fazla tanımlıyor, 2=kısmen tanımlıyor, 3=biraz tanımlıyor, 4=hiç tanımlamıyor) (Beydağ ve Mete, 2008; Lederman ve diğerleri, 1979). Ölçekte 47 madde ters

yönlüdür ve bu maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmalıdır ve ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçek yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; kendi ve bebeğinin iyi olması, gebeliğin kabulü, annelik rolünün tanımlanması, doğuma hazırlık, yardım/kontrol (doğumda yardım almama ve kontrol kaybı korkusu), eş ile ilişkiler ve anne ile ilişkilerdir (Lederman ve diğerleri, 1979).

Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik araştırması 2008 yılında Beydağ ve Mete tarafından yapılmış ve iç tutarlık katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test- tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,84 tür. Bu çalışmada ölçeğin yalnızca “gebeliğin kabulü” alt ölçeği kullanılmıştır. Ülkemizde yapılan geçerlik güvenilirlik araştırmasında gebeliğin kabulü alt ölçeğinin iç tutarlık katsayısı 0.80 olarak bildirilmiştir (Beydağ ve Mete, 2008). Gebeliğin kabulü alt ölçeği 1, 3, 9, 22, 32, 58, 61, 62, 66, 69, 74, 76, 77, 79 olmak üzere 14 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınacak en yüksek puan 56, en düşük puan ise 14’tür. Bu alt ölçekten alınan puan azaldıkça gebeliğin kabulü artmaktadır (Beydağ ve Mete, 2008; İşbir, 2011).

3.8. Ön Uygulama

Araştırmacılar tarafından geliştirilen anketin anlaşılabilirliği ile uygulanabilirliğini denemek ve denetlemek amacıyla Ebelik ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanlarında görevli olan beş öğretim üyesinin görüş ve önerileri alınarak çalışmanın yapıldığı poliklinikte 10 gebe ile ön uygulama yapılmıştır. Ayrıca ön uygulama yapılan gebeler araştırma kapsamında değerlendirilmemişlerdir.

3.9. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmayı yapılabilmek için önce etik kuruldan izin ve araştırmanın yapılacağı kurumdan kurum izni ve PBE için Sema Dereli Yılmaz’dan ve PKDÖ-GK için Kerime Derya BEYDAĞ’dan ölçek kullanım izni alınmıştır. Araştırmanın verileri Haziran 2020 – Ağustos 2021 tarihleri Erzurum Yakutiye Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi’deki araştırma kriterlerine uyan gebelerden toplanmıştır. Kontrol grubunu dâhil olma kriterlerine uyan ve obstetrik kontrol için polikliniğe gelen gebeler oluşturmuştur. Veriler de kadın hastalıkları ve

doğum polikliniklerinden elde edilmiştir. Vaka grubunu ise Kadın Doğum Obstetri servisindeki 20-40 yaşları arasında hipertansiyon tanısı almış ve antihipertansif ilaç kullanan gebeler oluşturmuştur. Gebeler ile yüz yüze tanışılıp; araştırmanın amacı, süreci, veri toplama formları hakkında sözel olarak bilgi verilmiştir. Soruları olan gebelerin aydınlatılması açısından soruları yanıtlanmıştır. Ayrıca bu bilgilere veri toplama formunun ön kısmında da yazılı olarak yer verilmiştir. Gebelerden araştırmayı onayladıklarına dair sözel olur alınmış ve istekliliğe dayalı olarak çalışmayı kabul eden her bir gebeden yazılı onam alınmıştır. Araştırmanın kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, PBE ve PKDÖ-GK ise gebeler tarafından öz bildirim yöntemi ile doldurulmuştur.

3.10. Verilerin Analizi

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 25.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programında yapılmış. Kesikli sayısal değişkenlerin dağılımının normale yakın dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenmiş. Kesikli sayısal değişkenler için ortalama \pm standart sapma biçiminde, kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) olarak gösterildi. Gruplar arasında parametrik test istatistiği varsayımlarının sağlanmadığı kesikli sayısal değişkenler yönünden farkların önemliliği bağımsız grup sayısı iki olduğunda Mann Whitney U testi ile ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farkın önemliliği ise Kruskal Wallis testi ile incelenmiş. 2x2'lik çapraz tablolarda gözelerin en az ¼'ünde beklenen frekansın 5-25 arasında olduğu durumlarda Süreklilik düzeltmeli χ^2 testi kullanılıp aksi durumlarda Pearson'un χ^2 testiyle inceleme yapılmış. RxC (sıra ya da kolondaki kategorik değişkenlerden en az birinin ikiden fazla sonuçlu olması durumunda) çapraz tablolarda gözelerin en az ¼'ünde beklenen frekansın 5'in altında olması durumunda söz konusu kategorik veriler Fisher Freeman Halton testi ile incelenirken aksi durumlarda Pearson'un χ^2 testiyle değerlendirilmiştir. Kesikli sayısal değişkenlerin birbirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olup olmadığı Spearman'ın sıra sayıları korelasyon testiyle incelenmiştir. Diğer etki karıştırıcı faktörlere göre düzeltme yapıldığında riskli gebeliğe sahip olmanın gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ve prenatal bağlanma envanter puanı üzerine anlamlı etkisinin devam edip etmediği çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizleri ile incelendi. Her bir değişkene ait regresyon katsayısı, %95 güven aralığı ve t istatistikleri hesaplanmıştır. Gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ve prenatal bağlanma envanter puanına ilişkin veriler normalden uzak dağılıma sahip olduklarından

doğrusal regresyon analizlerinde logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. Sonuçlar $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.11. Değişkenler

3.11.1. Bağımlı değişkenler

Bu çalışmanın bağımlı değişkenlerini PBE ve PKDÖ-GK puanlama sistemindeki sorulara verilen yanıtlara göre alınan puanlar oluşturmaktadır.

3.11.2. Bağımsız değişkenler

Bu çalışmanın bağımsız değişkenleri araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik, genel sağlık alışkanlıkları, obstetrik özelliklerine ilişkin verilerden oluşmaktadır.

3.12. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler

Çalışma sırasında yaşanan güçlükler; Covid-19 pandemi sürecinden kurum izninin alınma süreci uzamıştır. İlaveten Covid-19 pandemi süreci nedeniyle veri toplama aşamasında hastanedeki alınan tedbirler doğrultusunda gebe sirkülasyonu azalmış ve veri toplama aşaması uzamıştır. Veri toplama sırasında sosyal mesafenin korunmasına riayet edilmiştir.

3.13. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma protokolü için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.12.2021 tarihli ve E-15189967-050.04.04-106218 sayılı karar yazısı ile onay alınmıştır. Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Kadın Hastalıkları ve Doğum

Polikliniklerinde araştırmanın uygulanabilmesi için 10.06.2020 tarihinde ve 88179374-300-E.2000142319 sayılı belge ile yazılı olarak kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılım sağlayacak gebelere çalışmanın amacı, veri toplama formlarını doldurma süresi, çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri ve verdikleri bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı titizlikle aktarılmıştır. Kadınların soruları aydınlatılmaları açısından yanıtlanmıştır. Ayrıca veri toplama formunda da yazılı olarak bu bilgiler verilmiştir. Kadınların çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel olur alınıp gönüllülük esasına dayalı olarak veri bilgileri toplanılmış ve konu ile ilgili gerekli hassasiyet gösterilmiştir. Ölçek kullanımlarında; Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) formu için Prof. Dr. Sema Yılmaz'dan, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği-Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (PKDÖ-GK) formu için ise Doç. Dr. K. Derya Beydağ'dan mail aracılığıyla izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölüm araştırmaya ilişkin bulgular 5 ana başlık altında verilmiştir. Bunlar;

- Sağlıklı ve gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelere göre olguların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular
- Olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre gebeliğin kabulü alt ölçek ve prenatal bağlanma envanteri puanlarına ilişkin bulgular
- Sağlıklı ve gebelikte hipertansif yaşayan gebelere göre gebeliğin kabulü alt ölçek ve prenatal bağlanma envanteri puanlarına ilişkin bulgular
- Gruplar içerisinde gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ile prenatal bağlanma envanteri puanı arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeylerine ilişkin bulgular
- Tüm olgularda diğer faktörlere göre düzeltme yapıldığında gebeliğin kabulü alt ölçek ve prenatal bağlanma envanteri puanı üzerine etkisinin çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizine ilişkin bulguları

4.1 Sağlıklı ve Gebelikte Hipertansif Bozukluk Yaşayan Gebelere Göre Olguların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6. Sağlıklı ve riskli gebelere göre olguların sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	Sağlıklı gebe (n=76)	Riskli gebe (n=76)	p-değeri
	N (%)	N (%)	
Eğitim durumu			0,037[‡]
İlkokul	6 (%7,9)	19 (%25,0)	
Ortaokul	14 (%18,4)	14 (%18,4)	
Lise	22 (%29,0)	16 (%21,1)	
Üniversite	34 (%44,7)	27 (%35,5)	
Çalışma durumu			0,036[¶]
Çalışıyor	24 (%31,6)	12 (%15,8)	
Çalışmıyor	52 (%68,4)	64 (%84,2)	
Sosyal güvence			0,006[¶]
Var	67 (%88,2)	52 (%68,4)	
Yok	9 (%11,8)	24 (%31,6)	
Eşin eğitim durumu			0,180 [‡]
Okur yazar değil	1 (%1,3)	4 (%5,3)	
İlkokul	9 (%11,8)	11 (%14,4)	
Ortaokul	5 (%6,6)	10 (%13,2)	
Lise	19 (%25,0)	22 (%28,9)	
Üniversite	42 (%55,3)	29 (%38,2)	
Eşin çalışma durumu			0,367 [¶]
Çalışıyor	72 (%94,7)	68 (%89,5)	
Çalışmıyor	4 (%5,3)	8 (%10,5)	
Aile tipi			0,846 [¶]
Çekirdek	58 (%76,3)	60 (%78,9)	
Geniş	18 (%23,7)	16 (%21,1)	
	Ort±ss	Ort±ss	
Yaş (yıl)	28,9±4,7	31,1±5,9	0,025[†]
Evlilik süresi (yıl)	5,5±4,2	7,5±6,2	0,093 [†]
Eşin yaşı (yıl)	32,5±5,3	35,2±6,6	0,007[†]

Tablo 6’da sağlıklı ve riskli gebelere göre olguların sosyo-demografik özellikleri yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır. Sağlıklı gebe grubuna göre gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelerin yaş ortalaması istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,025). Sağlıklı gebe grubuna göre gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebe grubunun öğrenim düzeyi daha düşük (p=0,037), herhangi bir işte çalışmayanların oranı daha yüksek (p=0,036), sosyal güvenceye sahip olanların oranları ise istatistiksel anlamlı olarak daha

düşüktü ($p=0,006$). Sağlıklı gebelerin eşlerine göre gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan kadınların eşlerinin yaş ortalaması da anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,007$). Gruplar arasında sırasıyla; evlilik süresi, eşlerin öğrenim durumu, eşlerin çalışma durumu ve aile tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo 7. Sağlıklı ve riskli gebelere göre olguların klinik özellikleri .

Özellikler	Sağlıklı gebe (n=76)	Riskli gebe (n=76)	p- değeri
	N (%)	N (%)	
Sigara kullanımı	3 (%3,9)	7 (%9,2)	0,326†
Yandaş hastalık	8 (%10,5)	38 (%50,0)	<0,001†
Psikiyatrik tedavi görme	6 (%7,9)	10 (%13,2)	0,428†
Doğum yapma öyküsü	40 (%52,6)	45 (%59,2)	0,414¶
Doğum şekli			0,062¥
Normal	23 (%57,5)	16 (%35,6)	
Müdahaleli	2 (%5,0)	1 (%2,2)	
C/S	15 (%37,5)	28 (%62,2)	
Önceki gebeliklerde sorun yaşayan	14 (%35,0)	29 (%64,4)	0,013†
Gebelik planlı mı?			0,032¥
Planlı	57 (%75,0)	42 (%55,3)	
Plansız	17 (%22,4)	31 (%40,8)	
Tedavi ile	2 (%2,6)	3 (%3,9)	
	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Sigara paket/yıl	0 (0-8)	0 (0-12)	0,185‡
Gebelik sayısı	2 (1-9)	2 (1-11)	0,221‡
Canlı doğum sayısı	1 (0-3)	1 (0-7)	0,348‡
Ölü doğum sayısı	0 (0-4)	0 (0-3)	0,034‡
Yaşayan çocuk sayısı	0 (0-3)	1 (0-7)	0,236‡
Düşük sayısı	0 (0-5)	0 (0-5)	0,478‡
Küretaj sayısı	0 (0-4)	0 (0-1)	0,845‡
Hastanede yatış süresi (gün)	0 (0-2)	1 (1-21)	<0,001‡

Tablo 7’de sağlıklı ve riskli gebelere göre olguların diğer klinik özellikleri yönünden yapılan karşılaştırmalar verilmiştir. Gruplar arasında sigara öyküsü, sigara paket-yıl, psikiyatrik tedavi öyküsü, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, doğum yapma öyküsü ve daha önce doğum yapmış olanlar içerisinde doğum şekli yönünden istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Buna karşın sağlıklı gebe grubuna göre gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelerde eşlik eden hastalık görülme sıklığı ve önceki gebeliklerde sorun yaşayanların oranı istatistiksel

anlamli olarak daha yuksekti ($p<0,001$ ve $p=0,013$). Gruplar arasin da gebeliğin planli olup olmaması yönünden de istatistiksel olarak anlamli fark olup ($p=0,032$) söz konusu farka neden olan durum; gebelikte hipertansif bozukluk yaşıyan gebelerde gebeliğin plansız olma sıklığının istatistiksel anlamli olarak daha yüksek olması idi ($p=0,023$). Sağlıklı gebe grubuna göre gebelikte hipertansif bozukluk yaşıyan gebelerin hastanede kalış süresi istatistiksel anlamli olarak daha yuksekti ($p<0,001$). Gruplar arasin da ölü doğum sayısı açısından da istatistiksel olarak anlamli fark görülmüş olmasına karşın ($p=0,034$) söz konusu sonucun klinik olarak önemli olmadığı görülmüştür. Tablo 8’te riskli gebeler içerisinde riskli gebelik belirlendikten sonra olguların yaşam biçimlerindeki değişiklikler yönünden frekans dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 8. Riskli gebeler içerisinde riskli gebelik belirlendikten sonra olguların yaşam biçimlerindeki değişiklikler yönünden frekans dağılımları.

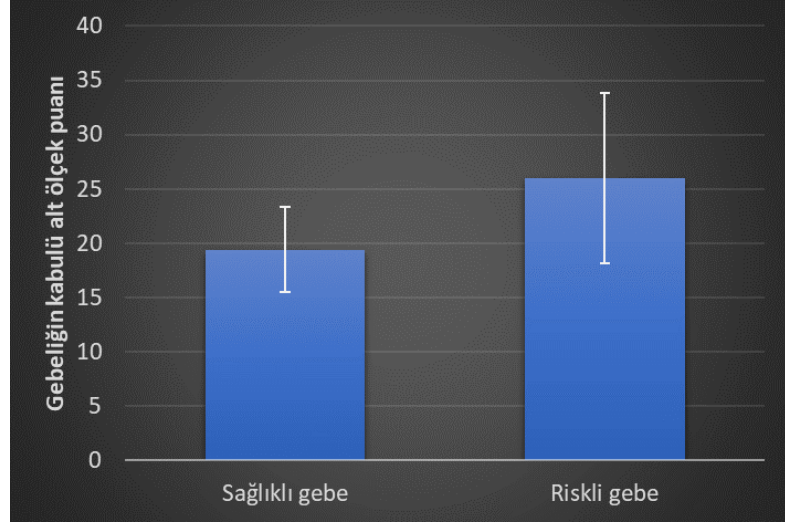
Değişkenler	Olgu sayısı (n)	Yüzde (%)
İş yaşamı		
İyi	48	63,2
Orta	3	3,9
Kötü	25	32,9
Ev yaşamı		
İyi	47	61,9
Orta	3	3,9
Kötü	26	34,2
Eş ve çocuklarla ilişkiler		
İyi	52	68,4
Orta	6	7,9
Kötü	18	23,7
Sosyal yaşam ve çevre ilişkileri		
İyi	45	59,3
Orta	3	3,9
Kötü	28	36,8
Cinsel yaşam		
İyi	58	76,3
Orta	2	2,6
Kötü	16	21,1

4.2. Sağlıklı ve Gebelikte Hipertansif Yaşayan Gebelere Göre Gebeliğin Kabulü Alt Ölçek ve Prenatal Bağlanma Envanteri Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

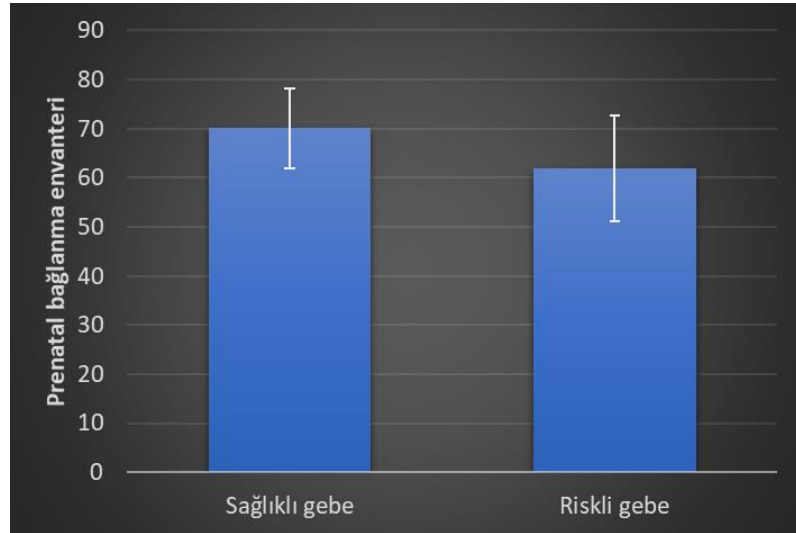
Tablo 9. Sağlıklı ve gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelere göre gebeliğin kabulü alt ölçek ve prenatal bağlanma envanteri ortalamaları

Değişkenler	Sağlıklı gebe (n=76)	Riskli gebe (n=76)	p-değeri †
	(ORT±ss)	(ORT±ss)	
Gebeliğin kabulü alt ölçek puanı	19,4±3,9	26,0±7,8	<0,001
Prenatal bağlanma envanteri	70,1±8,2	61,9±10,8	<0,001

Tablo 9’da ise gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelere göre gebeliğin kabulü alt ölçek ve prenatal bağlanma envanteri puanları açısından yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır. Sağlıklı gebe grubuna göre gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelerin gebeliğin kabulü alt ölçek puanları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$) (bkz Şekil 1). Sağlıklı gebe grubuna göre riskli gebelerde prenatal bağlanma envanteri puanları ise istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$). Şekil 1 ve Şekil 2’ de Sağlıklı ve gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelere göre gebeliğin kabulü alt ölçek ve prenatal bağlanma envanteri puanları açısından yapılan karşılaştırma gösterilmiştir.



Şekil 1. Sağlıklı ve gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelerin gebeliğin kabulü alt ölçek puan istatistiği.



Şekil 2. Sağlıklı ve gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan gebelerin prenatal bağlanma envanteri puan istatistiği.

4.3. Olguların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Gebeliğin Kabulü Alt Ölçek ve Prenatal Bağlanma Envanteri Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 10. Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre gebeliğin kabulü alt ölçek ve prenatal bağlanma envanteri ortalamaları.

Değişkenler	Olgu sayısı	Gebeliğin kabulü	Prenatal bağlanma
		(Ort±SS)	(Ort±SS)
Eğitim durumu			
İlkokul	25	26,00±7,75	62,56±9,70
Ortaokul	28	21,57±6,01	64,86±12,40
Lise	38	22,74±8,47	65,68±11,02
Üniversite	61	21,82±5,68	68,16±9,11
p-değeri †		0,084	0,132
Çalışma durumu			
Çalışıyor	36	20,89±5,15	69,94±8,68
Çalışmıyor	116	23,25±7,39	64,79±10,69
p-değeri ‡		0,140	0,016
Sosyal güvence			
Var	119	21,87±6,22	67,25±9,96
Yok	33	25,64±8,73	61,55±11,10
p-değeri ‡		0,017	0,008
Eşin eğitim durumu			
Okur yazar değil	5	31,20±11,37	59,60±14,01
İlkokul	20	23,30±7,03	62,75±9,83
Ortaokul	15	23,07±6,86	62,73±10,67
Lise	41	21,93±5,50	66,80±10,62
Üniversite	71	22,28±7,21	67,62±9,99
p-değeri †		0,390	0,115
Eşin çalışma durumu			
Çalışıyor	140	22,36±6,62	66,29±10,23
Çalışmıyor	12	26,58±9,90	62,75±12,86
p-değeri ‡		0,063	0,387
Aile tipi			
Çekirdek	118	22,58±6,67	66,04±10,52
Geniş	34	23,06±8,09	65,91±10,37
p-değeri ‡		0,935	0,961

Tablo 11. Olguların klinik özelliklerine göre gebeliğin kabulü alt ölçek ve prenatal bağlanma envanteri ortalamaları.

Değişkenler	Olgu sayısı	Gebeliğin kabulü	Prenatal bağlanma
		(Ort±SS)	(Ort±SS)
Sigara kullanımı			
Yok	142	22,23±6,68	66,15±10,30
Var	10	29,20±8,31	64,10±12,95
p-değeri †		0,005	0,743
Yandaş hastalık			
Yok	106	21,75±6,52	66,84±10,08
Var	46	24,87±7,59	64,11±11,14
p-değeri †		0,020	0,236
Psikiyatrik tedavi görme			
Yok	136	22,74±7,11	65,92±10,65
Var	16	22,25±6,03	66,81±8,80
p-değeri †		0,880	0,904
Doğum yapma öyküsü			
Yok	67	20,58±4,93	68,16±9,25
Var	85	24,35±7,89	64,32±11,07
p-değeri †		0,003	0,033
Doğum şekli			
Normal	39	22,82±7,15	64,62±11,15
Diğer	46	25,65±8,32	64,07±11,13
p-değeri †		0,063	0,843
Gebelik planlı mı?			
Planlı	104	20,82±5,66	67,65±9,69
Plansız	48	26,75±7,88	62,46±11,25
p-değeri †		<0,001	0,006

Olguların öğrenim durumlarına, çalışma durumlarına, eşlerin öğrenim durumlarına, eşlerin çalışma durumlarına, aile tipine, psikiyatrik tedavi öyküsüne ve daha önce doğum yapmış olanlar içerisinde doğum şekline göre gebeliğin kabulü alt ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı değişim yoktu ($p>0,05$). Buna karşın herhangi bir sosyal güvencesi olmayanların, sigara öyküsü olanların, en az bir eşlik eden hastalığa sahip olanların, doğum öyküsü olanların ve gebeliğin plansız olduğunu belirtenlerin gebeliğin kabulü alt ölçek puanları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 11 $p<0,05$).

Olguların öğrenim durumlarına, eşlerin öğrenim durumlarına, eşlerin çalışma durumlarına, aile tipine, sigara öyküsüne, yandaş hastalık öyküsüne, psikiyatrik tedavi öyküsüne ve daha önce doğum yapmış olanlar içerisinde doğum şekline göre prenatal bağlanma

envanter puanında istatistiksel olarak anlamlı değişim yoktu ($p>0,05$). Buna karşın herhangi bir işte çalışmayanların, sosyal güvencesi olmayanların, doğum öyküsü olanların ve gebeliğin plansız olduğunu belirtenlerin prenatal bağlanma envanter puanları istatistiksel anlamlı olarak daha düşük tespit edildi ($p<0,05$).

Tablo 12. Olguların sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ve prenatal bağlanma envanteri puanı arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri.

Değişkenler	Gebeliğin kabulü alt ölçek puanı		Prenatal bağlanma envanteri	
	Korelasyon katsayısı	<i>p</i> -değeri †	Korelasyon katsayısı	<i>p</i> -değeri †
Yaş	0,229	0,004	-0,157	0,054
Eğitim durumu	-0,120	0,141	0,181	0,026
Evlilik süresi	0,230	0,004	-0,194	0,017
Eşin yaşı	0,234	0,004	-0,231	0,004
Eşin eğitim durumu	-0,118	0,147	0,196	0,016
Sigara paket/yıl	0,230	0,004	-0,035	0,666
Gebelik sayısı	0,238	0,003	-0,249	0,002
Canlı doğum sayısı	0,305	<0,001	-0,234	0,004
Ölü doğum sayısı	0,103	0,205	-0,133	0,102
Yaşayan ocuk sayısı	0,328	<0,001	-0,248	0,002
Düşük sayısı	0,024	0,771	-0,189	0,020
Küretaj sayısı	0,096	0,239	-0,024	0,768
Hastanede yatış süresi	0,352	<0,001	-0,387	<0,001

Tablo 12’de olguların sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ve prenatal bağlanma envanteri puanı arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri gösterilmiştir. Gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ile sırasıyla; olguların yaşları, evlilik süresi, eşlerin yaşları, sigara paket-yıl, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan ocuk sayısı ve hastanede yatış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı aynı yönlü korelasyon saptandı ($p<0,01$).

PBE puanı ile sırasıyla; olguların öğrenim durumu, eşlerin öğrenim durumu ile istatistiksel olarak anlamlı ve aynı yönlü, evlilik süresi, eşlerin yaşları, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan ocuk sayısı, düşük sayısı ve hastanede yatış süresi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü korelasyon mevcuttu ($p<0,05$).

4.4. Gruplar İçerisinde Gebeliğin Kabulü Alt Ölçek Puanı ile Prenatal Bağlanma Envanteri Puanı Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Önemlilik Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 13. Gruplar içerisinde gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ile prenatal bağlanma envanteri puanı arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri.

Değişkenler	Olgu sayısı	Korelasyon katsayısı	p-değeri †
Sağlıklı gebe	76	-0,303	0,008
Riskli gebe	76	-0,316	0,005
Toplam	152	-0,444	<0,001

Tablo 13’de gruplar içerisinde gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ile prenatal bağlanma envanteri puanı arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri verilmiştir. Sağlıklı gebeler içerisinde gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ile prenatal bağlanma envanteri puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü korelasyon saptandı ($r=-0,303$ ve $p=0,008$). Riskli gebeler içerisinde de gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ile prenatal bağlanma envanteri puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü korelasyon saptandı ($r=-0,316$ ve $p=0,005$). Tüm olgular içerisinde de gebeliğin kabulü alt ölçek puanı ile prenatal bağlanma envanteri puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü korelasyon saptandı ($r=-0,444$ ve $p<0,001$).

4.5. Tüm Olgularda Diğer Faktörlere Göre Düzeltme Yapıldığında Gebeliğin Kabulü Alt Ölçek ve Prenatal Bağlanma Envanteri Puanı Üzerine Etkisinin Çoklu Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 14. Diğer faktörlere göre düzeltme yapıldığında tüm olguların gebeliğin kabulü alt ölçek puanı üzerine etkisinin çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi.

Değişkenler	Regresyon katsayısı	%95 Güven Aralığı		t	p-değeri
		Alt sınır	Üst sınır		
Evlilik süresi	0,002	-0,010	0,013	0,303	0,763
Sigara kullanımı	0,195	0,045	0,345	-2,567	0,011
Yandaş hastalık	-0,024	-0,115	0,067	0,525	0,600
Gebelik sayısı	0,012	-0,017	0,042	0,844	0,400
Plansız gebelik	0,142	0,054	0,229	3,209	0,002
Riskli gebelik	0,180	0,092	0,269	4,031	<0,001

Tablo 14’ de diğer faktörlere göre düzeltme yapıldığında tüm olgularda gebeliğin kabulü alt ölçek puanı üzerine etkisi çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizi ile incelendi. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda gebeliğin kabulü alt ölçek puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunan değişkenler regresyon modeline dahil edildiler. Çoklu bağlantı problemi nedeniyle (yaş, eşin yaşı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı gibi) kimi değişkenler model dışı bırakıldı.

Diğer faktörlere göre düzeltme yapıldığında sağlıklı gebeliklere göre gebelikte hipertansif bozukluğa sahip olmanın gebeliğin kabulü alt ölçek puanını artırıcı yöndeki anlamlı etkisi devam etmekteydi (B=0,180; %95 Güven Aralığı: 0,092 – 0,269 ve p<0,001).

Tablo 15. Diğer faktörlere göre düzeltme yapıldığında tüm olguların prenatal bağlanma envanteri puanları üzerine etkisinin çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi

Değişkenler	Regresyon katsayısı	%95 Güven Aralığı		t	p-değeri
		Alt sınır	Üst sınır		
Eğitim durumu	-0,010	-0,042	0,022	-0,610	0,543
Evlilik süresi	0,004	-0,004	0,012	0,976	0,331
Herhangi bir işte çalışmamak	-0,031	-0,098	0,035	-0,932	0,353
Eşin eğitim durumu	0,013	-0,014	0,040	0,949	0,344
Gebelik sayısı	-0,019	-0,039	0,001	-1,851	0,066
Plansız gebelik	-0,042	-0,100	0,017	-1,399	0,164
Riskli gebelik	-0,087	-0,143	-0,032	-3,093	0,002

Tablo 15’de diğer faktörlere göre düzeltme yapıldığında tüm olguların prenatal bağlanma envanter puanı üzerine etkisi çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizi ile incelendi. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda prenatal bağlanma envanter puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunan değişkenler regresyon modeline dahil edildiler. Çoklu bağlantı problemi nedeniyle (eşin yaşı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı gibi) kimi değişkenler model dışı bırakıldı. Diğer faktörlere göre düzeltme yapıldığında sağlıklı gebeliklere göre riskli gebeliğe sahip olmanın prenatal bağlanma envanter puanını azaltıcı yöndeki anlamlı etkisi devam etmekteydi (B=-0,087; %95 Güven Aralığı: -0,143 – -0,032 ve p=0,002).

5. TARTIŞMA

Gebelikte hipertansif bozukluğun son trimester gebelerde prenatal bağlanma ve gebeliğin kabulüne etkisini incelemek amacıyla vaka-kontrol tipinde yapılan bu çalışmada, gebelikte hipertansif bozukluğu yaşayanların sağlıklı gebelere göre; prenatal bağlanma düzeyleri ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişki anlamlı seviyede düşük tespit edilmiştir. Bununla birlikte çalışmada hem kontrol grubundaki gebelerin hem de vaka grubundaki gebelerin gebeliğe uyumu azaldığında prenatal bağlanma düzeylerinin arttığı gözlemlenmiştir. Tespit edilen bu veri gebelerde hipertansif bozukluk varlığının gebelik kabulü ve prenatal bağlanma üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunun bulunması ve aynı zamanda prenatal bağlanma düzeyinin gebelik kabulün de ilişkisini göstermesi açısından önemlidir.

Gebelikte hipertansif bozukluğu olan kadınların olmayan gruba göre yaş ortalaması istatistiksel olarak daha yüksekti. Çalışmadan farklı olarak Yavuz ve diğerlerinin yapmış olduğu çalışmada preeklampsi tanısı alan hastaların yaş ortalaması ile sağlıklı gebelerin yaş ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Yavuz Kır ve diğerleri, 2016). Bej ve diğerlerinin yaptığı lojistik regresyon analizinde preeklampsi ve eklampsi risk faktörlerinin belirlenmesinde yaş ortalmaları ile vaka ve kontrol grupları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Bej ve diğerleri, 2013). Yapılan çalışmanın sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Khalil ve diğerlerinin Birleşik Krallıklarında yaptığı çalışmada lojistik regresyon analizinde ileri anne yaşı preeklampsi için bir risk faktörü olarak bulunmuştur (Khalil ve diğerleri, 2013). Duckitt ve Harrington yaptığı bir kohort çalışmasında 40 yaşındaki üstü kadınlarda ister primipar ister multipar olsunlar preeklampsi geliştirme riski 1, 96 kat daha yüksek bulunmuştur (Duckitt ve Harrington, 2005). Poon ve diğerlerinin 2006- 2007 yılları arasında 305 gebede (37 erken preeklampsi, 140 gestasyonel hipertansiyon, 128 geç preeklampsi) olmak üzere yaptığı çalışmada lojistik regresyon analizi artan anne yaşı ile geç preeklampsi ve gestasyonel hipertansiyonu bir risk olarak saptamıştır (Poon ve diğerleri, 2010). Özellikle ileri yaş gebeliklerin yakından takip edilmeleri gebelikte risk faktörlerinin önceden fark edilmesine yardımcı olabilir.

Gebelikte hipertansif bozukluğu olan kadınların olmayan gruba göre öğrenim düzeyi daha düşük bulunmuştur. Çalışmadan farklı olarak Shamsi ve diğerlerinin 2006- 2007 yıllarında Pakistanda yapılan bir vaka kontrol çalışmasında preeklampsi risk faktörlerinin belirlenmesinde öğrenim düzeyleri açısından vaka kontrol grupları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Shamsi

ve diğeri, 2010). Yapılan çalışmanın sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Süleyman'ın İran' da yaptığı vaka kontrol çalışmasında gebelikte hipertansif bozukluğu olanlarda eğitim seviyesinin daha düşük olduğu bulunmuştur. (Süleyman, 2014). Meazaw ve diğeri'nin Sahra altı Afrika'da yaptığı metanaliz çalışmasında yüksek eğitim düzeyine kıyasla düşük eğitim düzeyine sahip olmanın gebelikte hipertansif bozukluk ile pozitif ilişkili olduğunu saptanmıştır (Meazaw ve diğeri, 2020). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılındaki 15-49 yaş grubuna göre kadınların %41'i lise ve üstü eğitimi tamamlamış olup bölgesel fark incelediğinde Doğu Anadolu bölgesinde eğitim seviyesi düşük çıkmıştır (TNSA, 2018). Kadınların eğitim durumunun düşük seviyede çıkması çalışmamızın Doğu Anadolu bölgesinde olmasından kaynaklanabilir.

Gebelikte hipertansif bozukluğu olan kadınların olmayan gruba göre herhangi bir işte çalışmama oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmadan farklı olarak Yılmaz Yurtsever'in 2017- 2018 yıllarında Konya'da bir hastanenin kadın hastalıkları ve doğum servisinde preeklampsi tanısı ile yatmakta olan gebeler ve gebe polikliniğine rutin kontrole gelen 250 gebede yaptığı çalışmada kadının çalışıp çalışmama durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yılmaz Yurtsever, 2019). Yapılan çalışmanın sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Tebeu ve diğeri'nin Kamerun'da yaptığı vaka kontrol çalışmasında ev hanımı olan kadınların gebelikte hipertansif bozukluk yaşama ihtimalinin çalışan kadınlara göre neredeyse üç kat daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (Tebeu ve diğeri, 2011). Eiríksdótti ve diğeri'nin yaptığı kohort çalışmasında İzlanda'daki işsiz kadınların çalışan kadınlara kıyasla 1,08 daha fazla gestasyonel hipertansiyon görülme riski bulunmuştur (Eiríksdótti ve diğeri, 2015). Bu sonuçlar doğrultusunda kadının çalışıp çalışmaması gebelikte hipertansif bozukluk görülme açısından bir risk faktörü olarak değerlendirilebilir.

Sağlıklı gebe grubuna göre gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan kadınlarda eşlik eden hastalık görülme sıklığı ve önceki gebeliklerde sorun yaşayanların oranı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Tebeu ve diğeri'nin vaka kontrol çalışmasında geçmişte annede kronik hipertansiyon görülme durumu ile gebelikte hipertansiyon gelişimi arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tebeu ve diğeri, 2011). Bazı çalışmaların sonucu çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Gudeta ve Regassa'nın Etiyopya'da doğum servisine başvuran kadınlarda yaptığı çalışmasında gebelikte böbrek hastalıkları, astım ile gebeliğe bağlı hipertansiyon arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Gudeta ve Regassa, 2019). Cuenca ve diğeri'nin İspanya genelindeki tekil gebelerde yaptıkları kohort çalışmasında Tip 2 diyabet mellitus, kronik hipertansiyon, önceki gebeliğinde preeklampsi

geçiren kadınlar gebelik sırasında preeklampsi geliştirmekle ilişkili bulunmuşlardır (Cuenca ve diğerleri, 2021). Hinkosa ve diğerlerinin 2015-2017 yılında Etiyopya’da kadınlarda yaptığı vaka kontrol çalışmasında; gebelikte diyabet ve önceden var olan hipertansiyon görülme durumu ile gebelikte yaşanan hipertansiyonun pozitif bir ilişkisinin olduğu belirtilmiştir (Hinkosa ve diğerleri, 2020). Yeasmin ve Uddin'in Bangladeş’de 2015 yılında yaptığı çalışmada; geçmişte hipertansiyon öyküsü yaşaması ile preeklampsi arasında ilişki tespit edilmiştir (Yeasmin ve Uddin, 2017). Tesfa ve diğerlerinin Etiyopya’da yaptığı sistematik derleme- metaanaliz çalışmasında önceki gebelik öyküsü, gebelikte hipertansif bozukluk için bir risk faktörü olarak bulunmuştur (Tesfa ve diğerleri, 2020). Kadınların önceki gebeliklerindeki deneyimleri şimdi ki gebeliklerini hem olumlu hem olumsuz yönde etkileyebilmektedirler. Diğer gebeliğinde sorun yaşayan kadın benzer sorunları yaşamaktan kaygı duyarken, rahat bir gebelik tecrübesi geçirmiş ise daha az endişe duyacaktır. Bu çalışmada gebelik hipertansif bozukluk yaşama ve yaşamama arasında ölü doğum sayısı açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. Çalışmaya benzer olarak Bridwell ve diğerlerinin Haiti’ de tekil gebe kadınlarda yapılan lojistik analizinde Hôpital Albert Schweitzer'de gebelikte hipertansif bozukluğu olan kadınların ölü doğum olasılığı gebelikte hipertansif bozukluğu olmayan kadınlara göre üç kat fazla bulunmuştur (Bridwell ve diğerleri, 2019). Çalışmamızda gruplar arasında ölü doğum sayısı yönünden anlamlı bir fark görülmüş fakat söz konusu sonucun klinik olarak önemli olmadığı belirlenmiştir.

Sağlıklı gebe grubuna göre gebelikte hipertansif bozukluk yaşayan kadınların hastanede yatış süresi istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak Mayrik ve diğerlerinin Brezilya’da yaptığı vaka kontrol çalışmasında preeklampsili kadınlarda 5 gün veya daha fazla hastaneye yatış neredeyse 6 kat daha yüksek saptanmıştır (Mayrik ve diğerleri, 2019). Bu sonuçlara göre hastanede tek başına yatmak gebe için bir stres kaynağı olabilir ve bu durumda anne bebek sağlığı için olumsuz sonuçlara yol açabilir.

Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda gebeliğin kabulü alt ölçek puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunan değişkenler; olguların yaşları, evlilik süresi, eşlerin yaşları, sigara paket-yıl, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve hastanede yatış süresi olarak bulunmuştur. Çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonucunda ise sigara kullanımı, plansız gebelik ve riskli gebelik durumları gebeliğin kabulünü olumsuz etkilemiştir.

Gebelikte sigara kullanımı ile anne ve fetüsün sağlığını olumsuz şekilde etkilenir. Bu durum da dahi bazı kadınlar gebeliklerinde sigara kullanımını sürdürmektedir. Çalışmamızda ise çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizine göre sigara kullanma gebeliğin kabulünü

etkilemektedir. Bu sonuca benzer olarak Nar'ın 2015- 2016 yılında Ankara'daki bir hastanede takip edilen gestasyonel diyabet tanısı alan gebeler ile sağlıklı gebe olan 128 kadında yaptığı çalışmada; sigara içmenin gebelikte psikososyal uyumu etkilediği bulunmuştur (Nar, 2017). Bu sonuç ile riskli durumdaki gebelerin stresle etkisiz başatme yöntemlerinden biri olan sigaraya devam ettikleri görülmüş olup, sigaranın gebeliğe kabulü olumsuz etkileyebilecek stres ve anksiyete seviyesini azaltmadığı söylenebilir.

Gebeliğin plansız ve istenmemiş olması ile gebeliğin kabulü ilişkilendirilmektedir (Lederman ve Weis 2009, Lederman ve diğerleri, 2013). Çalışmamızda gebeliğini plansız olduğunu belirtenlerin gebeliğe kabul düzeyi düşük bulunmuştur. Bazı çalışmaların sonucu çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Demirbaş ve Kadioğlu'nun 2012 yılında prenatal dönemde bulunan 390 gebe kadında yaptığı çalışmada, isteyerek gebe kalan kadınların gebeliğe uyumlu oldukları bulunmuştur (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Pehlivanoğlu'nun 2014-2015 yıllarında İzmir'de 479 gebede yaptığı çalışmasında gebeliği planlı olan riskli gebelerin gebeliğin kabulü alt ölçek puanına göre gebeliği plansız olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pehlivanoğlu, 2015). Paşalak'ın 2015- 2016 yılları arasında İstanbul'da 51 gebede yaptığı çalışmada; gebeliğini isteyen yüksek riskli gebelerin daha fazla gebeliğe uyumlu oldukları belirlenmiştir (Paşalak, 2016). Planlı gebelik yaşamak; aynı zamanda gebelik sürecinde, önce psikolojik hazır bulunmuşluğu da beraberinde getirmektedir. İsteyerek gebelik yaşayan kadınların daha fazla bir motivasyonla süreci kabullendikleri varsayıldığında, hamileğin getirdiği fizyolojik rahatsızlıklarını daha az süreçte tolere etmelerine göre fiziksel ve ruhsal olarak daha sağlıklı bireye dönüşebilirler.

Gebelikte meydana gelen en önemli risk durumlarından birini hipertansif bozukluk teşkil etmektedir. Litetatür incelendiğinde hipertansif bozukluk anne ve yeni doğan bebeğin sağlığını etkilemekle birlikte olumsuz perinatal sonuçlara da neden olmaktadır (Dadelszen ve Magee, 2014; Dadelszen ve Magee, 2016; Ukah ve diğerleri, 2018; Doğan Yüksekol ve Başer, 2019). Bu nedenle; gebelikte hipertansif bozukluğu olan gebelerin bu sorunlarının minimize edilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda sağlıklı gebeliklere göre gebelikte hipertansif bozukluğa sahip olmanın gebeliğin kabulü alt ölçek puanını artırıcı yöndeki anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Kamalak 'ın yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisini incelediği araştırmasında yüksek riskli gebelerin gebelik uyumlarının sağlıklı gebelerden yüksek olduğu saptanmıştır (Kamalak, 2015). Bazı çalışmaların sonucu çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kavraz'ın İstanbul ilinde gestasyonel diyabeti olan ve olmayan 128 gebede yaptığı çalışmasında ise gestasyonel

diyabet yaşıyan gebelerin psikososyal uyumlarının yaşamayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Kavraz, 2018). Literatürdeki bir diğer çalışmayı ise “Gebelikte Bulantı Kusma İle Annelik Rolü Ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki” başlıklı çalışma oluşturmaktadır. Mutlugüneş ve Mete (2013) tarafından yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre bulantı ve kusma arttıkça gebelik kabulünün azaldığı belirtilmiştir. Tahta'nın hiperemesis gravidarum yaşıyan ve yaşamayan kadınların gebeliği kabulü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmasında; hiperemesis gravidarum tanısı alan gebelerin gebelik kabulü almayanlara göre daha düşük bulunmuştur (Tahta, 2019). Amanak (2020)'in yapmış olduğu çalışmada ise gebelik dönemindeki reflünün gebeliğe ve yaşam kalitesine olan etkileri incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre gebelikte reflü tanısı alan gebelerin gebeliğe uyum seviyelerinin almayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Amanak, 2020). Sonuç olarak anne ve bebeğin sağlığı için erken tanı konulabilmesi riskli durumların aşılabilmesi adına önemlidir.

Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda prenatal bağlanma envanter puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunan değişkenler olguların öğrenim durumu, eşlerin öğrenim durumu ile istatistiksel olarak anlamlı ve aynı yönlü, evlilik süresi, eşlerin yaşları, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşıyan çocuk sayısı, düşük sayısı ve hastanede yatış süresi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü korelasyon bulunmuştur. Çok değişkenli lojistik analizler sonucunda ise riskli gebelik durumu ile prenatal bağlanma envanter puanı ilişkilendirilmiştir.

Gebelerin yüksek riskli olması anneyle bebeğin bağlanmasındaki güven aralığını düşürmektedir (Bakır ve diğerleri, 2014). Bu nedenle gebelik sürecinde ortaya çıkan riskli durumlardan biri olan gebelik hipertansif bozukluğun zayıf prenatal bağlanmaya neden olarak anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çalışmamızda sağlıklı gebeliklere göre gebelikte hipertansif bozukluğa sahip olmanın prenatal bağlanma envanter puanını azaltıcı yöndeki anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın aksine Özgen'in 2014 yılında Ankara'da 308 gebede yaptığı çalışmada riskli gebelerde, sağlıklı gebelere göre prenatal bağlanma düzeyleri daha fazla bulunmuştur (Özgen, 2016). Erkal Aksoy ve diğerlerinin 82 riskli gebede yaptığı çalışmasında riskli gebelerde prenatal bağlanma seviyeleri yüksek çıkmıştır. (Erkal Aksoy ve diğerleri, 2016). Çalışmamıza benzer olarak Eswi ve Khalin Mısır'da 100 gebe kadında yaptığı çalışmasında sağlıklı gebelerde riskli gebelere göre daha fazla prenatal bağlanma saptanmıştır (Eswi ve Khalil 2012). Havutçu'nun 2017-2018 yıllarında Muğla'da 120 gebede yaptığı çalışmasında yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanma düşük riskli gebelere göre daha düşük bulunmuştur (Havutçu, 2019). Şentürk İzmir'in 2017-2018

yıllarında İstanbul'da 800 gebede yaptığı çalışmada PBÖ toplam puan ortalamaları riskli gebeler ile sağlıklı gebeler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Şentürk İzmir, 2019). Duman ve diğerlerinin 121 gebede yaptığı çalışmasında preeklampsi prenatal bağlanmayı azaltmıştır. (Duman ve diğerleri, 2021). Sonuç olarak gebelikte yaşanan sorunlar riskli gebelik olması ile birlikte daha fazla artabilmektedir. Bu süreçte yetersiz bağlanmanın özellikle erken dönemde tespiti önemli olabilir.

Sağlıklı gebeler içerisinde PKDÖ-GK ile PBE puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü korelasyon saptanmıştır. Gebeliğinde hipertansif bozukluk yaşayan kadınlar içerisinde de PKDÖ-GK ile PBE puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü korelasyon saptanmıştır. Tüm olgular içerisinde PKDÖ-GK ile PBE puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü korelasyon saptanmıştır. Gebeliğin kabulü ölçeğinden alınan puan düştükçe gebeliğin kabulünün arttığı göz önüne alındığında puanlar arasında ters korelasyon çıkması gebeliğin kabulü ile prenatal bağlanmanın paralel olduğunu göstermektedir. Literatürle benzer şekilde Pehivanoğlu Çelik ve Er Güneri'nin İzmir'de 409 yüksek riskli gebede yaptığı çalışmada gebeliğe uyumun orta, prenatal bağlanmanın yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda ölçekler arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Pehivanoğlu Çelik ve Er Güneri, 2020). Bu sonuç doğrultusunda gebeliğe uyum ile doğum öncesi bağlanma arasında ilişki vardır ve bazı sosyodemografik ve obstetrik faktörlerle de ilgisi vardır. Bu faktörlerin belirlenmesi, riskli gebelerde gebelikte ve doğum sonrası dönemde karşılaşılabilecek ek sorunların önlenmesi ve azaltılmasında yol gösterici olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada,

- Gebelikte hipertansif bozukluğu olan gebelerin gebeliği kabulünün gebelikte hipertansif bozukluğu olmayan gebelere göre daha düşük olduğu,
- Gebelikte hipertansif bozukluğu olan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin gebelikte hipertansif bozukluğu olmayan gebelere göre daha düşük olduğu,
- Gebelikte hipertansif bozukluğu olan ve olmayan gebelerde uyum düzeylerine paralel olarak prenatal bağlanma düzeylerinin azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

- Gebelikte hipertansif bozukluk yaşamanın prenatal bağlanma düzeyini ve gebeliğe kabulünü etkilediği sonucunun önemli olduğu tespit edilmiştir. Bu tespitle birlikte gebelere hizmet veren ebelerin de dikkatli olması gerekmektedir. Ebeler herhangi bir gebe hastayla ilgilenirken hipertansif bozukluk yaşayan gebeleri diğerlerinden ayrı tutmalıdırlar. Bununla birlikte bu annelerin prenatal bağlanma düzeylerinin artırılması için de çalışmalar planlanmalıdır.
- Gebelikte bir diğer önemli sorun olan hipertansiyonun etkilerinin de önlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda ebelere özellikle hizmet içi eğitimler yapılmalıdır. Bu eğitimlerde antepartum, intrapartum ve postpartum dönemlerde aktarılmalıdır. Ayrıca gebelerin daha rahat ve sistemli bir şekilde takip edilebilmesi için kayıtların da sistemli bir şekilde tutulması gerekmektedir.
- Gebelikte hipertansif bozukluğun son trimester gebelerde prenatal bağlanma ve gebeliğin kabulüne etkisi ile ilgili literatürdeki çalışmaların da sayısının artması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abalos, E., Duley, L., Steyn, D.W. (2014). Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews*,(2):CD002252.
- Akalın, A., Şahin, S. (2018). Preeklampsi: Tanı ve Hemşirelik Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar. *Journal of Human Rhythm*, 4(2), 88-97.
- Alan, Dikmen, H., Çankaya, S. (2018). Maternal obezitenin prenatal bağlanma üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 118-123.
- Alanis, M.C., Robinson, C.J., Hulsey, T.C., Ebeling, M., Johnson, D.D. (2008). Early-onset severe pre-eclampsia: induction of labor vs elective cesarean delivery and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(3), 262.e1–6.
- Amanak, K. (2015). *Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu ve gebelik sonuçlarına etkisi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Amanak, K. (2020). Gebelikte Yaşanan Reflünün Yaşam Kalitesi ve Uyumuna Etkisi: Vaka-Kontrol Çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4 (3), 188-194.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018a). *Low-dose aspirin use during pregnancy*, ACOG Committee Opinion No. 743, *Obstet Gynecol*, 132 (1): e44-e52.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). *Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' task force on hypertension in pregnancy*, (122(5): 1122-1131.) American College of Obstetricians and Gynecologists.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Maternal Safety Bundle for Severe Hypertension in Pregnancy*. District II. Revised
- Amorim, M.M., Souza, A.S.R., Katz, L. (2017). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for severe pre-eclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
- Anderson, C. M., Schmella, M. J. (2017). Preeclampsia: current approaches to nursing management, *American Journal of Nursing*, 117(11): 30-38.

Antza, C., Cifkova, R., Kotsis, V. (2017). Hypertensive complications of pregnancy: a clinical overview. *Metabolism*, 86, 102-111.

Arkalı, G.T. (2021). *Gebelikte Uyku Kalitesi İle Gebelik Uyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Atkinson, J.O., Mahomed, K.W., Michelle, A., Woelk, G.B., Mudzamiri, S., Weiss, N.S. (1998). Dietary risk factors for pre-eclampsia among women attending Harare maternity hospital, Zimbabwe. *Central African Journal Medicine*, 44(4), 86–92.

Babacan Gümüş, A., Çevik, N., Hataf Hyusni, S., Biçen, Ş., Tuna Malak, A., Keskin, G. (2011). Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 5(1), 7-14.

Bakır, N., Ölçer, Z., Oskay, Ü. (2014). Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 1 (1), 25-37.

Balcı, S. (1997). *İlk Kez Doğum Yapan Annelerin Bebeklerini Algılama Durumları*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Başgöl, Ş. (2018). *Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Yapılan Kadınların Gebeliğe Uyumunun Belirlenmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bej, P., Chhabra, P., Sharma, A.K., Guleria, K. (2013). Determination of risk factors for pre-eclampsia and eclampsia in a tertiary hospital of india: a case control study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2(4), 371-375.

Beji, NK. (2015). *Kadın sağlığı ve hastalıkları*. (1. Baskı). Nobel kitap evleri: İstanbul.

Bello, N. A., Zhou, H., Cheetham, T., C., Miller, E., Getahun, D. T., Fassett, M. J.,... Reynolds, K. (2021). Prevalence of Hypertension Among Pregnant Women When Using the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Blood Pressure Guidelines and Association With Maternal and Fetal Outcomes. *JAMA Network Open*, 4(3), e213808-e213808.

- Bernstein P. S, Martin, J. N., Jr, Barton., J.R. (2017). National partnership for maternal safety: consensus bundle on severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics Gynecology*, 130(2), 347–57.
- Beydağ, K. T., Mete S. (2008). Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 16-24.
- Blackwell, S.C., Redman, M.E., Tomlinson, M., Landwehr Jr, J.B., Tuynman, M., Gonik, B., ... ,Cotton, D.B. (2002). Labor induction for the preterm severe pre-eclamptic patient: is it worth the effort?. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 57(5), 273-275.
- Bowlby J. (1982). *Attachment and loss, attachment behaviour, volume 1: attachment*. (2nd Ed p177-264.). New York: Basic Books.
- Bramham, K., Parnell, B., Nelson-Piercy, C., Seed, P. T., Poston, L., Chappell, L. C. (2014). Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 348.
- Brantsæter, A.L., Haugen, M., Samuelsenet, S.O., Torjusen, H., Trogstad, L., Alexander, J.A. (2009). Dietary pattern characterized by high intake of vegetables, fruits, and vegetable oils is associated with reduced risk of preeclampsia in nulliparous pregnant Norwegian women. *The Journal of Nutrition*, 139(6), 1162–8.
- Braunthal S, Brateanu A. (2019). Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment. *SAGE Open Med*. 7:2050312119843700.
- Bridwell, M., Handzel, E., Hynes, M., Jean-Louis, R., Fitter, D., Hogue, C., Pearce, B. (2019). Hypertensive disorders in pregnancy and maternal and neonatal outcomes in Haiti: the importance of surveillance and data collection. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 19(1), 1-11.
- Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., McCarthy, F. P., ... Ishaku, S. (2018). Gebeliğin hipertansif bozuklukları: Uluslararası uygulama için ISSHP sınıflandırması, tanı ve yönetim önerileri. *Hipertansiyon*, 72 (1), 24-43.
- Buko, G. (2016). *Gebelerin Duygusal Zekaları ile Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A., Kayacık, F. (2016). Gebelerin Doğum Korkusu ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 25:126-130 4(1), 36-41.

Cannella, BL. (2005). Maternal–fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (1), 60-68.

Centre for Maternal and Child Enquiries. (2011). 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 International Journal Of Obstetrics Gynaecology*; 118 (1), 1–203.

Chames, M.C., Livingston, J.C., Ivester, T.S., Barton, J.R., Sibai, B.M. (2002). Late postpartum eclampsia: a preventable disease?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(6), 1174-1177.

Conde, A. A., Belizan, J. M. (2000). Risk factors for preeclampsia in a large cohort of Latin American and Caribbean women. *BJOG International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(1), 75–83.

Corrigan, L., O'Farrell, A., Moran, P., Daly, D. (2021). Hypertension in pregnancy: Prevalence, risk factors and outcomes for women birthing in Ireland. *Pregnancy Hypertension*, 24, 1-6.

Cuenca, D., Rolle, V., de Paco Matallana, K., Valiño, N., Revello, R., Adiego, B., ... del Mar Gil, M. (2021). Risk factors for preeclampsia: results of a cohort of more than 5000 pregnancies in Spain. *Maternal-Fetal Medicine*, 3 (2), 100-106.

Cunningham F.G, Leveno K.J, Bloom S.I, Hauth J.C, Rouse D.J, Spong C.Y. (2010). *Williams obstetrik*. 23rd Edition, McGraw-Hill, New York, 143.

Cunningham G, Bloom L, Leveno J, Spong Y, Dashe S, Hoffman L, Casey M, Sheffield S. (2015). *Williams Obstetrics*. Twenty-fourth Edition. ISBN: 978-0-07-179863-8.

Çakır, L., Can, H. (2012). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(2): 35-42.

Pehlivanoglu Çelik, F., Er Güneri, S. (2020). The Relationship between Adaptation to Pregnancy and Prenatal Attachment in High-Risk Pregnancies. *Psychiatria Danubina*, 32(4), S568-575.

- Dadelszen, P., Magee, L. A. (2014). Pre-eclampsia: an update. *Current hypertension reports*, 16(8), 454.
- Dadelszen, P., Magee, L. A. (2016). Preventing deaths due to the hypertensive disorders of pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 36, 83-102.
- Dagklis, T., Papazisis, G., Tsakiridis, I., Chouliara, F., Mamopoulos, A., Rousso, D. (2016). Yunanistan'da yüksek riskli bir gebelik ünitesinde hastaneye yatırılan hamile kadınlar arasında antenatal depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler. *Sosyal Psikiyatri ve Psikiyatrik Epidemiyoloji*, 51(7), 1025 – 1031.
- Dağlar, G., Naim, N., Bilgiç, D., Kadioğlu, M. (2015). Gebelikte Duygulanım Bozukluğu. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 27-40.
- Dağlı, K. (2017). *Gebelikte Bebeğe Yönelik Yapılan Hazırlıkların Prenatal Bağlanma İle İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Demirbaş, H. (2013). *Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu Ve İlişkili Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Demirbaş, H., Kadioğlu, H. (2014). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu Ve İlişkili Faktörler, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (4), 200–206.
- Demiryay, A. (2006). *Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Doğan Yüksekol, Ö., Başer, M. (2019). Preeklemside Tanı, Tedavi Ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28(2), 94-99.
- Doyurgan, K.T. (2009). *Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Samsun.
- Duckitt, K., Harrington, D. (2005). Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *British Medical Journal*, 330-565.
- Duley, L. (2009). Global impact of preeclampsia and eclampsia. *In Seminars in Perinatology* 33(3), 130-137.

- Duley, L., Gülmezoglu, A.M., Henderson-Smart, D.J., Chou, D. (2010). Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 11:CD000025.
- Duman, M., Doğan Yüksekol, Ö., Durgun Ozan, Y. (2021). Preeklampsili Gebelerde Gebelikle İlişkili Anksiyetenin Prenatal Bağlanmaya Etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(3): 907-915.
- Eiríksdóttir, V.H, Valdimarsdóttir, U.A, Ásgeirsdóttir, T.L, Hauksdóttir, A., Lund, S.H., Bjarnadóttir, R.I., Cnattingius, S., Zoëga, H. (2015). Pregnancy-Induced Hypertensive Disorders before and after a National Economic Collapse: A Population Based Cohort Study, *PLoS ONE*, 10(9): e0138534.
- Lederman, R., Weis, K. (2009). *Psychosocial adaptation to pregnancy, Seven Dimencions of Maternal Role Development*. (Third edition). New York, NY: Springer.
- Elkin, N. (2015). Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24:230-236.
- Ergin, F., Aksu, H., Demiröz, H. (2010). Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, (13):4.
- Erkal Aksoy, Y., Dereli Yılmaz, S., Aslantekin, F. (2016). Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 1:163-169.
- Eswi, A., Khalil, A. (2012). Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high risk pregnant women. *World Applied Sciences Journal*, 18(4), 462- 471.
- Ferketich, S.L., Mercer, R.T. (1995). Parental-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research*, 44(1), 31-37.
- Ferreira, M.B.G., Silveira, C.F., Silva, S.R.D., Souza, D.J.D., Ruiz, M.T. (2016). Nursing care for women with pre-eclampsia and eclampsia: integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 0324-0334.
- Folk, D.M. (2018). Hypertensive disorders of pregnancy: overview and current recommendations. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 63(3), 289-300.

- Fullerton, J.T., Thompson, J.B., Severino, R. (2011). The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice. An update study: 2009–2010. *Midwifery*, 27(4), 399-408.
- Gemechu, K.S., Assefa, N., Mengistie, B. (2020). Prevalence of hypertensive disorders of pregnancy and pregnancy outcomes in Sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *Women's Health*, 16, 1745506520973105.
- Gilbert, ES. (2011). *Manuel of high risk & delivery*. (Fifty edition, Pp 416-460.), Mosby Elsevier: ABD.
- Goulet, C., Bell, L., St-Cyr, D., Paul, D., Lang, A.A.(1998). Conceptanalysis of parent-infant attachment. *Journal of Advanced Nursing* 5(28), 1071-1081
- Gudeta, T.A., Regassa, T.M. (2019). Pregnancy-induced hypertension and associated factors among women attending the maternity ward at Mizan-tepi university teaching hospital, tepi general hospital, and gebretsadik shawo hospital, Southwest, Ethiopia. *Ethiopian Journal Of Health Sciences*, 29 (1), 831-840.
- Guerrier, G., Oluyide, B., Keramarou, M., Grais, R.F. (2013). Factors associated with severe preeclampsia and eclampsia in Jahun. *Nigeria International Journal of Women's Health*, 5:509.
- Güleç, D., Öztürk, R., Sevil, Ü., Kazandı, M. (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Jinekolojik Obstetrik Dergisi*, 24(1), 36-41.
- Havutçu, G. (2019). *Yüksek Riskli Gebeliklerin Doğum Öncesi Ebeveyn Bağlanmasına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Hergüner, S., Çiçek, E., Annagür, A., Hergüner, A., Örs, R. (2014). Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2014, 1(27), 15-20.
- Hinkosa, L., Tamene, A., Gebeyehu, N. (2020). Risk factors associated with hypertensive disorders in pregnancy in Nekemte referral hospital, from July 2015 to June 2017, Ethiopia: case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-9.
- Hopkins, J., Clarke, D., Cross W. (2014). Inside stories: Maternal representations of first time mothers from pre-pregnancy to early pregnancy. *Women and Birth*, 27, 26-30.

Hutcheon, J. A., Lisonkova, S., Joseph, K. S. (2011). Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 25(4), 391-403.

Irene, K., Amubuomombe, P.P., Mogeni, R., Andrew, C., Mwangi, A. (2021). Maternal and perinatal outcomes in women with eclampsia by mode of delivery at Riley mother baby hospital: a longitudinal case-series study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-14.

İşbir, G.G. (2011). *Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Danışmanlığın Gebelikte Bulantı Kusmaya Etkisi*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Janbakhshov, C. E. (2013). *Gebelerde Anksiyete, Depresyon, Yetişkin Bağlanma Özellikleri, Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Fetusun İntrauterin İyilik Hali İlişkisinin Değerlendirilmesi: Prospektif Bir Çalışma*, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Jauniaux, E., Poston, L., Burton, G.J. (2006). Placental-related diseases of pregnancy: Involvement of oxidative stress and implications in human evolution. *Human Reproduction*, 12(6):747-55.

Jeyabalan, A. (2013). Epidemiology of preeclampsia: impact of obesity. *Nutrition Reviews*, 71, 18–25.

Kaaja, R. (2008). Predictors and risk factors of pre-eclampsia. *Minerva Ginecol*, 60(5), 421–9.

Kamalak, H. (2015). *Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

Karabulutlu, Ö., Beydağ, D. K., Lazoğlu, M. (2020). Prenatal Attachment Levels and Affecting Factors of Pregnant Women Living in İstanbul and Kars. *Kafkas Journal of Medical Science*, 10, 24-31.

Kavraz, G. (2018). *Gestasyonel Diyabetes Mellitus (gdm)'lu Kadınların Gebeliğe Uyumlarının Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kesebir S., Kavzoğlu S.Ö., Üstündağ M.F. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji. *Current Approaches in Psychiatry*, 3: 321-342.

Keskinkılıç, B., Engin Üstün, Y., Sanisoğlu, S., Uygur, D.Ş., Keskin, H.L., Karaahmetoğlu, S., Şencan, İ. (2017). Türkiye'de 2012-2015 yılları arasında gebelik, doğum ve lohusalıkta

hipertansif bozukluklara bağlı anne ölümleri: ulus tabanlı bir alışma. *Türk Alman Jinekoloji Derneği Dergisi*, 18 (1), 20.

Khalil, A., Syngelaki, A., Maiz, N., Zınevich, Y., Nicolaides, K.H. (2013). Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study. *Ultrasound Obstetrics Gynecology*, 42, 634–643.

Khan, K.S., Wojdyla, D., Say, L. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 367:1066–1074.

Koptur, A., Emül, T. (2017). Fetüs ve Yeni doğanda Bağlanmanın İki Yüzü: Maternal ve Paternal Bağlanmada Hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 153-164.

Lang, C. (2018). *Bağlanma Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi*. Elsevier GmbH, München 2009. (Çev. Ed), Üzel N, Özbalcı S (Ed). Modern Tıp Kitapevi: Ankara.

Laxton-Kane, M., Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20, 253-266.

Leavitt, K., Običan, S., Yankowitz, J. (2019). Treatment and prevention of hypertensive disorders during pregnancy. *Clinics in Perinatology*, 46(2), 173-185.

Lederman, R., Boyt, E., Pitts, K., Roberts-Gray, C., Hutchinson, M., Blackwell, S. (2013). Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth. *Sex Reprod Health*, 4(4), 133-138.

Lederman, R., Lederman, E. (1979). Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. *Nursing Research*, 28 (4), 94-97.

Levenson, J.W., Skerrett, P.J., Gaziano, J.M. (2002). Reducing the global burden of cardiovascular disease: The role of risk factors. *Prev Cardiol*, 5(4),188–99.

Li, F., Qin, J., Zhang, S., Chen, L. (2021). Prevalence of hypertensive disorders in pregnancy in China: A systematic review and meta-analysis. *Pregnancy Hypertension*, 24, 13-21.

Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal–fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24, 203-217.

- Lindheimer, M.D., Taler, S.J., Cunningham, F.G. (2010). Hypertension in pregnancy. *Journal of the American Society of Hypertension*, 4, 68–78.
- Lisonkova, S., Bone, J.N., Muraca, G.M., Razaz, N., Wang, L.Q., Sabr, Y., ... Joseph, K.S. (2021). Incidence and risk factors for severe preeclampsia, hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome, and eclampsia at preterm and term gestation: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225 (5), 538-e1.
- Lucas, A. (2013). Promoting maternal-fetal attachment with women affected by HIV and/or substance use. *National Abandoned Infants Assistance Resource Center*, 3, 1-12.
- Magee, L. A., Pels, A., Helewa, M., Rey, E., von Dadelszen, P., ..., Sebbag, I. (2014). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36 (5), 416-438.
- Mayrink, J., Souza, R.T., Feitosa, F.E., Rocha Filho, E.A., Leite, D.F., Vettorazzi, J., ... Cecatti, J.G. (2019). Incidence and risk factors for Preeclampsia in a cohort of healthy nulliparous pregnant women: a nested case-control study. *Scientific reports*, 9 (1), 1-9.
- Meazaw, M.W., Chojenta, C., Muluneh, M.D., Loxton, M.D. (2020). Factors associated with hypertensive disorders of pregnancy in sub-Saharan Africa. *A systematic and meta-analysis PLoS ONE*, 15(8): e0237476.
- Mercer, R.T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal Nurse Scholarship*, 36 (3): 226-232.
- Metin, A. (2014). *Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Moussa, H.N., Arian, S.E., Sibai, B.M. (2014). Management of hypertensive disorders in pregnancy. *Women's health*, 10 (4), 385-404.
- Muller, M.E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15 (2):199-211.
- Mutlugüneş, E., Mete, S. (2013). Gebelikte bulantı kusma ile annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2 (1) , 8-14.

Mutlugüneş, E. (2012). *Gebelikte bulantı kusma, annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

Nacar, G., Taşhan, S.T. (2019). Gebelerin uyku özelliklerinin prenatal bağlanma ile ilişkisi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28 (3), 164-171.

Nar, M. (2017). *Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerde Psikososyal Uyumun ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Nath, A., Sheeba, B., Sisira, R., Metgud, C.S. (2021). Prevalence of hypertension in pregnancy and its associated factors among women attending antenatal clinics in Bengaluru. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10 (4), 1621.

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. (2010). *Hypertension in pregnancy, the management of hypertensive disorders during pregnancy*. National Institute for Health and Clinical Excellence NICE.

Okusanya, B.O., Oladapo, O.T., Long, Q., Lumbiganon, P., Carroli, G., Qureshi, Z., ... Gülmezoglu, A.M. (2016). Clinical pharmacokinetic properties of magnesium sulphate in women with pre-eclampsia and eclampsia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123 (3), 356-366.

Olié, V., Moutengou, E., Grave, C., Deneux-Tharaux, C., Regnault, N., Kretz, S., ... Blacher, J. (2021). Prevalence of hypertensive disorders during pregnancy in France 2010-2018: The nationwide conception study. *The Journal of Clinical Hypertension*, 23 (7), 1344-1353.

Ölçer, Z., Oskay, U. (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (2), 85-92.

Özçalkap, N. (2018). *Adıyaman İl Merkezindeki Gebelerin Gebelik ve Anneliğe Uyumlarının Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Özdemir, K., Çevirme, A., Başkaya, Y. (2020). Anxiety and prenatal attachment levels in pregnancy and influencing factors. *Çukurova Medical Journal*, 45 (2), 502-510.

Özgen, D. (2016). *Sağlıklı ve riskli gebelerde prenatal bağlanma*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.

Özkan, H. D. (2020). *Gebelik Hipertansiyonu ve Preeklampsi Gelişme Riskini Ve Preeklampsi Şiddetini Öngörmede; Apru, Dnu, Nlr, Plr, Pdw Parametrelerinin Araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.

Özorhan, E.Y., Apay, S.E., Altun, Ö.G. (2014). Gebelikte Ruh Sağlığı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2 (3), 33-42.

Palma, E., Armijo, I., Cifuentes, J., Ambiado, S., Rochet, P., Díaz, B., Mena, C. (2021). Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: is prenatal attachment affected?. *Journal Of Reproductive and Infant Psychology*, 39 (1), 30-42.

Panaitecu, A. M., Ciobanu, A. M., Popescu, M. R., Huluta, I., Botezatu, R., Peltecu, G., Gica, N. (2020). Incidence of hypertensive disorders of pregnancy in Romania. *Hypertension in Pregnancy*, 39 (4), 423-428.

Paşalak, Ş.İ. (2016). *Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, İstanbul.

Pehlivanoglu, F., (2015). *Riskli gebelerde gebeliğe uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Peters, R.M., Flack, J.M. (2004). Hypertensive disorders of pregnancy. *JOGNN Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 33 (2), 209–20.

Petri, E., Palagini, L., Bacci, O., Borri, C., Teristi, V., Corezzi, C., Mauri, M. (2017). Maternal–foetal attachment independently predicts the quality of maternal–infant bonding and postpartum psychopathology. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31 (23), 3153 – 3159.

Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., ..., Stronati, M. (2016). Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 29 (5), 771–776.

Polat Başpınar, D. (2021). *Pamukkale Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerin, gebeliğe uyum, psikolojik sağlamlık ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

Poon, L.C.Y., Kametas, C.T., Leal, A., Nicolaidis, K.H. (2010). Maternal risk factors for hypertensive disorders in pregnancy: a multivariate approach. *Journal of Human Hypertension*, 24, 104–110.

Poudel, K., Kobayashi, S., Miyashita, C., Ikeda-Araki, A., Tamura, N., Ait Bamai, Y., Kishi, R. (2021). Hypertensive disorders during pregnancy (HDP), maternal characteristics, and birth outcomes among Japanese women: a Hokkaido study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18 (7), 3342.

Sağlam, M. (2015). Bebeklik dönemi gelişiminde işitme algısı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 26-31.

Say, L., Chou, D., Gemmill, A. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*, 2 (6), e323–e333.

Shamsi, U., Hatcher, J., Shamsi, A., Zuberi, N., Qadri, Z., Saleem, S. (2010). Research article A multicentre matched case control study of risk factors for Preeclampsia in healthy women in Pakistan. *BMC Women's Health*, 10 (1), 1-7.

Sibai B.M. (2012). Etiology and management of postpartum hypertension preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206 (6), 470-475.

Sibai, B.M. (2011). Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Evaluation and management of severe pre-eclampsia before 34 weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205 (3), 191–198.

Sibai, B.M. (2011). Management of late preterm and early-term pregnancies complicated by mild gestational hypertension/pre-eclampsia. *Seminars in Perinatology*. 35 (5), 292–296.

Snydal, S. (2014). Major changes in diagnosis and management of preeclampsia. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 59 (6), 596-605.

- SOGC Society of Obstetrics and Gynaecology Canada. (2014). Clinical Practice Guideline. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: Executive summary. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36 (5), 416–438
- Soysal, A., Ergenekon, E., Aksoy, E. (1999). Yenidoğan döneminde hastanede uzun süreli tedavi görmenin bağlanma örüntüsü üzerindeki etkileri: bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 2 (4), 266-270.
- Soysal, A.Ş., Bodur, Ş., İşeri, E., Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 8 (2), 88-99.
- Sönmezer, E., Yosmaoğlu, H.B., Daşkapan, A., Anaforoğlu, B. (2015). Gebelerin anneliğe uyumlarını etkileyen faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 25 (2), 46-53.
- Suleiman, A.K. (2014). Risk factors on hypertensive disorders among Jordanian pregnant women. *Global Journal of Health Science*, 6 (2), 138.
- Sutton, A.L.M, Harper, L.M., Tita, A. (2018). Hypertensive Disorders in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45, 333–347.
- Şahin M. (2020). *Kliniğimizdeki Son 15 Yıldaki Gebelik Hipertansiyonu Olan Hastaların Antenatal Ve Postnatal Sonuçlarının Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Edirne.
- Şentürk İzmir, M.K. (2019). *Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Ve Doğum Korkusu Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Şirin, A., Kavlak, O. (2008). *Kadın sağlığı*. (1. Baskı. . Ss:453-563.) İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
- Podymow T., August P. (2010). Postpartum course of gestational hypertension and preeclampsia. *Hypertension in pregnancy*, 29(3), 294-300.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi* (Yayın No: 930), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara.

Tahta, T. (2019). *Hiperemesis gravidarum tanısı almanın gebelerin gebeliği kabulüne ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yozgat.

Taşkın, L. (2011). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği kitabı* (8. Baskı.)Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Taşkın, L. (2016). *Gebelikte annenin fizyolojisi*. Taşkın L. (Ed.) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği,(13.Baskı, Ss. 247-255) ISBN 9759466104, Ankara.

Taşkın, L.(2002). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*, Genişletilmiş 2.Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Tebeu, P. M., Foumane, P., Mbu, R., Fosso, G., Biyaga, P.T., Fomulu J.N. (2011). Risk factors for hypertensive disorders in pregnancy, a report from the maroua regional hospital. cameroon. *Journal Reprod Infertil*, 12 (3), 227-234.

Teeffelen A. S, Nieuwenhurjze, M., Korstjens, Ğ. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27 (1) 122-127.

Tesfa, E., Nibret, E., Gizaw, S. T., Zenebe, Y., Mekonnen, Z., Assefa, S., Munshea, A. (2020). Prevalence and determinants of hypertensive disorders of pregnancy in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 15 (9), e0239048.

Teskereci, G., Aysun, Ü., Özbek, N., Koçak, B. (2021). Prenatal bağlanmayı destekleyici bakım uygulamaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13 (4), 805-819.

The American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational. (2020). *Hypertension and Preeclampsia*, ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetric Gynecol*, 135 (6), e237-e60.

Topaç Tunçel, N., Kahyaoğlu Süt, H. (2019). Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distress düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16 (1), 9-17.

Townsend N.S., Drummond S.B. (2011). Preeclampsia pathophysiology and implications for care, *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25 (3), 245–252.

Tulmaç, Ö. (2012). Gebelikte Hipertansif Bozukluklar; Tanım, Sınıflandırma ve Patofizyoloji. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14 (2), 17-23.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [TNSA]. (2018). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK)*. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf adresinden erişildi.

Tüzün, O., Sayar, K. (2006). Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19 (1), 24-39

Uçar, H. (2014). *Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ile Annelik Rolü Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Umesawa, M., Kobashi, G. (2017). Epidemiology of hypertensive disorders in pregnancy: prevalence, risk factors, predictors and prognosis. *Hypertens Research*, 40 (3), 213-220.

Watson, D. L., Sibai, B. M., Shaver, D. C., Dacus, J. V., Anderson, G. D. (1983). Late postpartum eclampsia: an update. *Southern Medical Journal*, 76 (12), 1487-1489.

Wolde, Z., Segni, H., Woldie, M. (2011). Hypertensive disorders of pregnancy in Jimma University Specialized Hospital. *Ethiopian journal of health sciences*, 21 (3):147-54.

World Health Organization. (2017). *WHO model list of essential medicines*. Geneva. World Health Organization.

World Health Organization. WHO. (2013). *Recommendations for Prevention and Treatment of Preeclampsia and Eclampsia Implications and Actions*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119627/1/WHO_RHR_14.17_eng.pdf. adresinden erişildi.

Yamaç, K., Gürsoy, R., Çakır, N. (2002). *Gebelik ve sistemik hastalıklar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Yapıcı, Ş., Yapıcı, M. (2005). Çocukta gelişim bilim. *Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 5(2), 2-7.

Yavuzkır, Ş., Can, B., Akyol ,A. (2016). Ortalama trombosit hacmi preeklamsi ile ilişkili midir?. *Fırat Tıp Dergisi*, 21 (1), 40-43.

Yazır, Y., Dalçık, H. (2012). Vasküler patolojilerin araştırılmasında önemli bir araç: endotel hücre kültürü. *Koşuyolu Kalp Dergisi*, 15 (3), 137-142.

- Yeasmin, S., Uddin, M.J. (2017). Determination of risk factors for pre-eclampsia in a tertiary hospital of Bangladesh. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal*, 16 (1), 29-32.
- Yıldız, D. (2008). Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 294-298.
- Yılmaz, B., Aydın, M., Rathfisch, G. (2018). Preeklampsi bakımında tamamlayıcı tıp. *JAREN Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(3):195-200.
- Yılmaz, F., Pasinlioğlu, T. (2014). Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 1(1), 14-24.
- Yılmaz, S.D. (2010). *Perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebelik üzerine etkileri*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, S.D. (2013). Prenatal anne - bebek bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10: 28-33.
- Yılmaz, S.D., Beji, N. K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20, 99-108.
- Yılmaz, S.D., Beji, N. K. (2013). Prenatal bağlanma envanterinin türkçe'ye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 103-109.
- Yurtsever, G.Y. (2019). *Preeklampsi tanısı alan ve almayan gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi, karşılaştırmalı bir çalışma*. Doktora Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

EKLER

Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

Gebelik Haftası :
Tanısı :
Kaç gündür hastanede yatıyor ? :
A) Sosyo-Demografik Özellikler
1. Yaşınız :
2. Eğitim durumunuz
a) İlkokul mezunu
b) Ortaokul mezunu
c) Lise ve dengi mezunu
d) Üniversite/yüksekokul mezunu
3. Medeni durumunuz nedir?
a) Evli
b) Bekar
c) Boşanmış
4. Kaç yıllık evlisiniz?.....
5. Çalışma durumunuz
a) Çalışıyorum (Mesleğinizi/işinizi belirtiniz)...
b) Çalışmıyorum
6. Sosyal güvenceniz var mı ?
a. Evet
b. Hayır
7. Eşinizin yaşı:
8. Eşinizin eğitim durumu :
a) Okuryazar değil
b) İlkokul mezunu
c) Ortaokul mezunu
d) Lise ve dengi mezunu

e) Üniversite/ yüksekokul mezunu

9.Eşinizin çalışma durumu:

a.Çalışıyor (Mesleğinizi/işinizi belirtiniz).....

b.Çalışmıyor

10.Aile tipiniz:

a.Çekirdek aile

b.Geniş aile

B-Genel Sağlık Alışkanlıkları

11. Sigara iciyor musunuz?

a. Evet. Günde kaç adet Ne kadar süredir?

b. Hayır

12.Herhangi bir hastalığınız var mı (sistemik/kronik)?

a. Evet (Belirtiniz.).....

b. Hayır

13.Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?

a) Evet

b) Hayır

C-Gebenin Obstetrik Öyküsü

14.Bu gebeliğiniz planlı mıydı?

a.Planlı

b.Plansız

c.Tedavi ile

15.Gebelik sayısı.....

16. Canlı doğum sayısı.....

17. Ölü doğum sayısı

18. Yaşayan çocuk sayısı

19.Düşük sayısı

20. Küretaj sayısı.

21. Daha önce doğum yaptınız mı?

a. Evet

b. Hayır (22. soruya geçiniz)

22. Daha önceki doğum şekliniz nedir?

- a. Normal doğum
- b. Müdahaleli doğum (vakum, forseps)
- c. Sezaryen doğum

23. Daha önceki gebeliklerinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- a) Düşük/ Düşük tehdidi
- b) Erken doğum/Erken doğum tehdidi
- c) Preeklampsi/Eklampsi
- d) Diabet
- e) Diğer.....

24. Şimdi ki gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

25. Riskli gebelik belirlendikten sonra yaşam biçimindeki değişiklikler:

- a. İş yaşamı:
- b. Ev yaşamı:
- c. Eş ve çocuklarla ilişkiler:
- d. Sosyal yaşam ve çevre ilişkileri:
- e. Cinsel yaşam:

Ek-2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (PKDÖ- GK)

Lederman'nın Gebelikte Kendini Değerlendirme Ölçeği, Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği	Çok Fazla Tanımlıyor	Kısmen Tanımlıyor	Biraz Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyor
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
3. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
4. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
5. Hamile olmaktan memnunum.				
6. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
7. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
8. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
9. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
10. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
11. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
12. Şu an hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
13. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
14. Hamile olduğum için mutluyum.				

EK-3. Prenatal Bağlanma Envanteri

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. Geçen ay süresince bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.				
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.				
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.				
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.				
5. Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.				
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.				
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.				
8. Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.				
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.				
10. Bebeğimin ne zaman uyduğunu bilirim.				
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.				
12. Bebeğim için bir şeyler satın alırım ya dayaparım.				
13. Bebeğimi sevdiğimi hissedirim.				

14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.				
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.				
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.				
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.				
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.				
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum.				
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.				
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.				

Ek-4. Etik Kurul Karar-Onay Metni

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.12.2021-106218



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-15189967-050.04.04-106218
Konu : Kararlar

Sayın Prof. Dr. Sündüz Özlem ALTINKAYA
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24.11.2021 tarihinde Google Meet üzerinden yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 6 nolu karar ekte sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR 6:

Protokol No : 2020/015
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Sündüz Özlem ALTINKAYA
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 26.02.2020 tarihinde onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof.Dr. Sündüz Özlem ALTINKAYA'nın "**Hipertansif Bozukluğun Son Trimester Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Gebeliğin Kabulüne Etkisi**" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 11.11.2021 tarihli dilekçesi görüldü. Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Kurum izin belgesinin alınıp, dosyaya konulduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı. Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayı** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Dide KILIÇALP KILINÇ
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSC1HLB7E7 Pin Kodu :24552 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd/eK=5740&eD=BSC1HLB7E7&eS=106218>
Adres:ADÜ Merkez Kampüs Astepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN Bilgi için: Nazife UZUN SELEK
Telefon:02562132717 Faks:02562124219 Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
e-Posta:sa.gbi@fakultesi@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/fakulte/saglik/
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-5. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği- Gebeliğin Kabulü Alt Ölçeği (PKDÖ- GK)

Kimden: Kerime Derya Beydağ <derya.beydag@okan.edu.tr>

Tarih: 26 Haziran 2020 12:08:01 GMT+3

Kime: Özlem Altinkaya <altinkayaozlem@gmail.com>

Konu: YNT: ölçek kullanım izni

Merhaba Özlem,

Ölçeği çalışmanızda kullanmandan memnuniyet duyarım. Tez çalışmanızda başarılar dilerim.

Sevgilerimle

Doç.Dr.K.Derya BEYDAĞ

Sağlık Bilimleri Fakóltesi
Hemşirelik Bölümü
Tuzla Kampüsü
34959 Akfırat- Tuzla / İSTANBUL

Tel: (216) 677 16 30- 3849

Ek-6. Prenatal Bağlanma Envanteri

Sema Yılmaz <syilmaz33@gmail.com>

14 Şub 2020 Cum 14:38 ☆

Alıcı: ben ▾

Sevgili Aybiçe,

Tez çalışmada Prenatal Bağlanma Envanteri'ni kullanmandan memnuniyet duyar, çalışmada başarılar dilerim. Konuya ilişkin çalışmaları ekte bulabilirsin. Selamlar...

Aybiçe karaca <karacaaybice48@gmail.com>, 14 Şub 2020 Cum, 14:10 tarihinde şunu yazdı:

...

--

Sema Dereli YILMAZ, PhD
Selcuk University
Health Sciences Faculty
Department of Midwifery

Ek-7. Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Resmi İzin Yazısı



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı
Başkanlığı

Sayı : 42190979-000-E.2000149977
Konu : Tez Çalışması (Fatma Aybiçe
KARACA) Hk.

19.06.2020

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.06.2020 tarihli ve 88179374-300-E.2000142319 sayılı belge.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik yüksek lisans programı öğrencisi Fatma Aybiçe KARACA'nın "Hipertansif Bozukluğun Son Trimester Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Gebeliğin Kabulüne Etkisi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Kadın Doğum Obstetrik Servisimizde yapma talebi ana bilim dalımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederiz.

Prof.Dr. Yakup KUMTEPE
Ana Bilim Dalı Başkanı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Erzurum
Tel: +90 442 3446501
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/!birim=tip-fakultesi>

Bilgi: Çağla ÇİLOĞLU
Faks: +90 442 3446528
E-Posta: tipfak@atauni.edu.tr

Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Bu belgeyi https://atuni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=0F92958BD2B adresinden kontrol edebilirsiniz. Bu belgeyi güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Bu belgeyi https://atuni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=0F92958BD2B adresinden kontrol edebilirsiniz. Bu belgeyi güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Bu belgeyi https://atuni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=0F92958BD2B adresinden kontrol edebilirsiniz.

T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Hipertansif Bozukluğun Son Trimester Gebelerde Prenetal Bağlanma Ve Gebeliğin Kabulüne Etkisi” başlıklı yüksek lisans tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Fatma Aybiçe KARACA

__/__/__

ÖZ GEÇMİŞ

Soyadı, Adı

: KARACA FATMA AYBİÇE