

# PREEKLAMPSİ TANILAMA, DEĞERLENDİRME VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

## *Preeclampsia: Diagnosis, Assessment and Nursing Management*

**Yeter DURGUN OZAN<sup>1</sup>, Merve ERTUĞRUL<sup>1</sup>, Hülya OKUMUŞ<sup>2</sup>**

### ÖZET

Preeklampsia, maternal mortalite ve morbidite, perinatal ölüm, erken doğum ve inrauterin gelişme geriliğinin temel nedenleri arasında yer almaktadır. Preeklampsinin önlenmesinde ve tedavisinde ilk adım erken tanı, ikinci adım ise preeklampsinin doğru bir şekilde yönetilmesidir. Hemşireler preeklampsinin tanılanması, değerlendirilmesi ve yönetiminde kritik bir role sahiptirler. Hemşirelerin güvenli hasta bakım yönetimini sürdürebilmeleri için preeklampsia tanılama, değerlendirme, komplikasyonları önlemede nasıl bir hemşirelik bakımı uygulaması gerektiğini bilmeleri gerekmektedir. Anne ve bebek sağlığını etkileyen önemli bir sorun olan preeklampsinin yönetimi için hemşirelere rehber olabilecek güncel literatür gözden geçirilmiştir. Bu makalenin amacı, preeklampsinin tanılanması, değerlendirilmesi ve yönetimi ile ilgili çalışmalarını incelemek ve literatürdeki güncel bilgilere dayanarak hemşirelik bakım uygulamalarına temel oluşturacak önerilerde bulunmaktır.

**Anahtar sözcükler:** Preeklampsia, hemşirelik bakımı, gebelik

### ABSTRACT

Preeclampsia is among the main causes of maternal mortality and morbidity, perinatal death, premature birth and intrauterin growth retardation. The first step in the prevention and treatment of preeclampsia is early diagnosis, in the second step is to manage preeclampsia correctly. Nurses can play a critical role in diagnosis, assesment and management women at risk for preeclampsia. Nurses must understand the assessment, management, recurrence risk, and long-term implications of preeclampsia to participate fully in a management plan that promotes safe patient care. This article, which is a major problem affecting the health of mother and baby for the management of preeclampsia the current literature is reviewed, that can guide nurse involved in family health centers. The purpose of this review, preeclampsia early diagnosis, assesment and review related studies about management and on the basis of literature innovations to update the knowledge of nurses.

**Key Words:** Preeclampsia, nursing care, pregnancy

<sup>1</sup> Arş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı-İnciraltı/İZMİR

<sup>2</sup> Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı- İnciraltı/İZMİR

### Yazışma Adresi

Arş. Gör. Yeter DURGUN OZAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı-İnciraltı/İZMİR

e-mail: yeter.ozan@deu.edu.tr, yeter\_ozan@hotmail.com

Tel: 02324124792

**Geliş tarihi/Received:28/02/2012; Kabul tarihi/Accepted:15/11/2012**

## GİRİŞ

Preeklampsinin tanılanması, değerlendirilmesi ve yönetimi hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir yer almaktadır. Preeklampsi hemşirelerin en sık karşılaştıkları hipertansif hastalıklar arasında yer almaktadır (Townsend ve Drummond 2011). Hemşirelerin güvenli hasta bakım yönetimi sürdürebilmeleri için preeklampsi tanılama, değerlendirme, komplikasyonları önlemede nasıl bir hemşirelik bakımı uygulamaları gerektiğini bilmeleri gerekmektedir. Güvenli ve etkili olan hemşirelik uygulamalarının doğru seçimi, preeklampside hem anne, hem de bebek ile ilgili mortalite ve morbidite oranlarını azaltacaktır. Preeklampsinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar rehberliğinde risk gruplarının erken tanılanması, annede çoklu organ hasarlarının önlenmesi ve doğum eyleminin etkili bir şekilde yönetilmesi amaçlanmaktadır (Magee et al. 2008; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] 2010; Visintin et al. 2010). Literatür incelendiğinde preeklampside hemşirenin müdahale edebileceği alanların oldukça geniş olduğu ancak hemşirelik ile ilgili sınırlı sayıda yayın bulunduğu görülmektedir. Bu nedenle hemşirelerin preeklampside kanıta dayalı bakımı sürdürebilmeleri diğer sağlık alanlarında yapılan kanıt temelli çalışmalarını izlemeleri ve çalışmaların sonuçlarını hemşirelik bakımına yansıtılmaları gerekmektedir. Bu makale preeklampsi ile ilgili literatürdeki güncel çalışmalar sonucunda elde edilen bilgilerden oluşan hemşirelik bakım ve uygulamalarına yönelik önerileri içermektedir. Bu bilgi aynı zamanda hemşirelere kanıta dayalı bakım verirken bir çerçeve oluşturmaktadır (Townsend ve Drummond 2011).

### Preeklampsi

Gebelikte hipertansif hastalıklar, ablasyo plasenta, beyin kanaması, karaciğer yetmezliği ve akut böbrek yetmezliği gibi ölümcül

komplikasyonlara neden olmakta ve anne ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy 2000; Weindling 2003). Gebelikte tespit edilen hipertansiyon iki gruba ayrılır. Birincisi gebeliğin neden olduğu, gebelikte ortaya çıkıp, doğum ile geriye dönen “gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon”, ikincisi ise her hangi bir nedene bağlı olarak gebelikten öncede mevcut olan ve gebeliğe eşlik eden “kronik hipertansiyon”dur (Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği [TMFTP] 2005). Preeklampsi, gebelikteki hipertansif hastalıklar arasında yer almaktadır (Tablo 1). Bu nedenle preeklampsinin tanılanması, değerlendirilmesi ve yönetimi hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir yer almaktadır. Güvenli ve etkili olan hemşirelik uygulamalarının doğru seçimi, preeklampside hem anne, hem de bebek ile ilgili mortalite ve morbidite oranlarını azaltacaktır.

Preeklampsi, gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyon ( $\geq 140/90$  mmHg) ve proteinüri ( $\geq 300$ mg 24 saatlik idrarda) ile karakterize gebeliğe özgü bir hastalıktır (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] 2002; Brown ve Garovic 2011; Sibai 2005). Dünyada, her yıl gebelikte ilgili nedenlerden dolayı yarım milyon kadın ölmekte, bu ölümlerin %99'u düşük ve orta gelirli ülkelerde olmaktadır. Kadınların %10'unda gebelikte hipertansiyon görülmekte, bu olguların %2-8'ini ise preeklampsi oluşturmaktadır (Duley 2009). Anne ölümlerinin %10-15'i preeklampsi ve eklampsiden kaynaklanmaktadır (Duley 2009; Turner 2010). Ülkemizde doğrudan anne ölüm nedenleri arasında eklampsi anne ölümlerinin %18,4'ünü; gebeliğe bağlı ölümlerin ise %13,7'sini oluşturmaktadır (Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2006).

**Tablo 1.** Gebelikteki Hipertansif Hastalıkların Sınıflandırılması

Durum	Tanılama
<b>I. Kronik hipertansiyon</b>	Gebelikten önce veya 20. gebelik haftasından önce KB $\geq 140/90$ mmHg olmasıdır.
<b>II. Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon</b>	
<b>1. Gestasyonel hipertansiyon</b>	Gebeliğin 20. haftasından sonra en az iki kez altı saat aralarla yapılan ölçümde KB $\geq 140/90$ mmHg olması ve proteinürinin ( $< 300$ mg 24 saatlik idrarda) olmamasıdır
<b>2. Preeklampsi</b>	<i>Hafif Preeklampsi:</i> Sistolik KB $\geq 140$ mmHg diyastolik $\geq 90$ mmHg olması ya da iki veya daha fazla ölçümde sistolik KB $< 150$ mmHg veya diyastolik KB 100 mmHg ölçülmesi, proteinüri (-) veya idrar örneğinde +1 veya proteinüri $< 1$ g/24 saat olmasıdır.

**Tablo 1.** Gebelikteki Hipertansif Hastalıkların Sınıflandırılması (devamı)

Durum	Tanımlama
<b>2. Preeklampsi</b>	<i>Orta Preeklampsi:</i> Sistolik KB $\geq 150$ mmHg veya diastolik KB 100 mmHg olması ya da iki veya daha fazla ölçümde sistolik KB $< 160$ mmHg veya diastolik KB 110 mmHg ve proteinüri $\geq 100$ mg/L veya $< 5$ g/24 saat olmasıdır. <i>Şiddetli Preeklampsi:</i> Sistolik KB $\geq 160$ mmHg ya da iki veya daha fazla ölçümde diastolik KB 110 mmHg ölçülmesi ve proteinüri $\geq 5$ g/24 saat olmasıdır.
<b>3. Eklampsi</b>	Preeklampsiye konvülsiyon tablosunun eklenmesi durumudur.
<b>4. Gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyon (Süperimpose Preeklampsi)</b>	Kronik hipertansiyon ve preeklampsinin birlikte olmasıdır.

Preeklampsinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar rehberliğinde risk gruplarının erken tanınması, annede çoklu organ hasarlarının önlenmesi ve doğum eyleminin etkili bir şekilde yönetilmesi amaçlanmaktadır (Magee et al. 2008; NICE 2010;

Visintin et al. 2010). Hemşireler preeklampsi açısından risk grubundaki kadınların tanımlanmasında ve yönetiminde önemli bir role sahiptirler. Gebelikte preeklampsi oluşmasına neden olan risk faktörleri Tablo 2’de yer almaktadır.

**Tablo 2.** Preeklampsi Risk Faktörleri

Risk Faktörleri	
<b>Anneye ait obstetrik faktörler</b>	Nulliparite, preeklampsi öyküsü, çoğul gebelik, gestasyonel hipertansiyon, iki gebelik arasının 2 yıldan az 10 yıldan uzun sürmesi
<b>Anneye ait sistemik hastalıklar</b>	Kronik hipertansiyon, gebelik öncesi damarsal/endotelial/renal hastalıklar ve pregestasyonel diyabet
<b>Anneye ait genetik faktörler</b>	Antifosfolipit antikorları, faktör V leiden mutasyonu, birinci derece akrabalarda preeklampsinin olması
<b>Annenin yaşam stili ile ilgili faktörler</b>	Obesite (BKI $\geq 35$ ), sigara
<b>Anneye ait diğer faktörler</b>	Yaş $> 40$

(Leeman ve Fontaine 2008; Milne 2005; Sibai 2005; Turner 2010; Trostad 2011)

Visintin et al. (2010), preeklampsinin risk faktörlerini düşük ve yüksek riskli grup olarak ikiye ayırmaktadır. İlk gebelik, 40 yaş üstü gebelik, çoğul gebelik, iki gebelik arasındaki sürenin 10 yıldan uzun olması, BKI $\geq 35$  olması ve ailede preeklampsi öyküsü olan kadınlar düşük risk grubunda yer almaktadır. Kronik hipertansiyon, gebelik öncesi damarsal/endotelial/renal hastalıklar ve pregestasyonel diyabeti olan kadınlar yüksek risk grubunda yer almaktadır.

Obstetrik uygulamalarda hemşireler genellikle hasta değerlendirmesinin ilk basamağını oluşturmaktadırlar. Temel sağlık hizmetlerinde görevli olan hemşireler tarafından risk gruplarının erken tanınması ve izlenmesi preeklampsiyi, preeklampsiye bağlı komplikasyonların oluşmasını önlemekte ve preeklampsinin erken tedavi edilmesini sağlamaktadır (Shaker ve Shehata 2011). Bu nedenle preeklampsinin tanınmasında uy-

gulanan hemşirelik bakımının kanıta dayalı uygulamaları ve önerileri içermesi gerekmektedir. Hemşirelikte değerlendirme genellikle hastanın ayrıntılı bir öyküsünün alınması ile başlamaktadır (Townsend ve Drummond 2011).

### Preeklampsinin Belirtileri

Preeklampsi birçok sistemi etkileyen bir gebelik hastalığıdır. Preeklampsinin en sık görülen belirti ve bulguları tablo 3’te verilmiştir. Preeklampsinin belirtilerinin erken dönemde tanımlanması anne ve bebek sağlığını sürdürme ve etkili hemşirelik bakımını planlama için oldukça önemlidir.

Hemşire hastanın preeklampsi semptomlarının dışında, hipertansiyon, renal hastalık ve geçirilmiş preeklampsi ile ilgili öyküsünü almalıdır (Townsend ve Drummond 2011).

**Tablo 3.** Preeklampsinin En Sık Görülen Belirtileri

Sistem	Belirtiler
Santral sinir sistemi	Baş ağrısı, görme bozuklukları, hiperrefleksi
Kardiyovasküler sistem	İntravasküler volümde azalma, vasküler dirençte yükselme
Solunum sistemi	Faringolaringeal ödem, kolloid onkotik basıncın azalması nedeniyle pulmoner ödem riskinde artma, damar geçirgenliğinde artma riski
Hematolojik sistem	Hiperkoagulabite, fibronolitik sistem aktivasyonu
Renal sistem	Glomerular filtrasyon hızında azalma, protenüride artma, ürik asitte azalma, idrarda protein ve kreatin oranında artma, oligüri
Hepatik sistem	Artmış serum transaminaz, hepatik ödem, sağ üst kadranda karın ağrısı, hemoraji
Uteroplesantal sistem	Plasentaya giden kan akımında azalma, oligohidroamnios, intrauterin gelişme geriliği

(Turner JA 2010, *Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. Int J Womens Health, 30 (2): 327-337*)

### Preeklampsinin Antepartum, İntrapartum ve Postpartum Yönetimi

Preeklampsinin izlemi ve yönetimindeki hemşirelik uygulamaları antepartum, intrapartum ve postpartum dönemlerde ve hastalığın şiddetine göre değişmektedir.

#### Antepartum Yönetim

Hemşirelik temelli doğum öncesi bakım özellikle tıbbi personel yetersizliği olan alanlarda yaşayan düşük risk grubundaki sağlıklı kadınlar arasında preeklampsinin erken tanınması için gittikçe yaygınlaşan bir önem kazanmaktadır. Hemşireler öykü alırken potansiyel risk faktörlerini belirleyebilirler. Beden kitle indeksi, yaş, kan basıncı gibi fiziksel temel özelliklerin doğru bir şekilde kayıt edilmesi gerekmektedir. Bu toplanan bilgilerin doğruluğu hemşirelerin anne ve bebek bakımını sürdürürken en uygun bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı verebilmesi için çok önemlidir (Peters ve Flack 2004). Preeklampsinin yönetimi, hemşirenin

dikkatli izlemi ve erken müdahale ile sağlanır.

Evde veya poliklinikte yapılan ilk izlemde gebelerin hemşireler tarafından;

- Öyküsünün alınması,
- Fizik muayenesinin yapılması,
- Risk faktörlerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi,
- Kan basıncının ölçülmesi,
- Preeklampsi belirtileri yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir (Perez-Cuevas et al. 2003).

Hemşirenin uygulayacağı bakım ve girişimler preeklampsinin şiddetine göre değişmektedir.

**Orta düzey preeklampsi** doğuma kadar destek tedavi ile yönetilir. Bu destek tedavi tam veya kısmi yatak istirahatini, kan basıncı kontrolünü, idrarda protein izlemini ve fetal hareketlerin sık izlemini içermektedir (Turner 2010).

**Şiddetli preeklampsinin** tedavisindeki asıl amaç kan basıncını kontrol altında tutmak ve eklampsiyi önlemektir (Magee et al. 2008; Turner 2010). Hastanın öyküsü alındıktan sonra laboratuvar testleri ve fizik muayenesi yapılmalıdır. Daha sonra fetüsün sağlık durumu NST ve/veya biyofizik profille değerlendirilmelidir (Townsend ve Drummond 2011). ACOG (2002), gebelikte hipertansif hastalıkların izleminde, National High Blood Pressure Education Program Working Group'un önerilerine dayalı bazı önerilerde bulunmuştur. Bunlar;

- Her gün fetüs hareketlerinin izlenmesi,
- Haftada bir NST veya biyofizik profil veya her ikisinin beraber yapılması,
- 3-4 haftada bir ultrason yapılarak amniotik sıvı ve fetüsün gelişiminin izlenmesi,
- En az haftada bir kez kan basıncı kontrolü, kan testleri (hemotokrit, trombosit sayısı-mı, karaciğer enzimleri, renal fonksiyon testleri) ve idrarda 12-24 saatlik protein kontrolü,
- Fetüsün durumunu değerlendirmek için doppler de yapılabilir.

Bu hastalarda izlemin amacı hastalığın ilerleyişini erken dönemde tanımlamak ve komplikasyonları önlemektir. Gebe kadının yakın izlemi ve preeklampsinin yönetimi için hastanede yatırılması önerilmektedir. Gebeliğin 34. haftasından önce fetüsün akciğerlerinin matüritesini tamamlaması için kortiko-

steroid kullanımı önerilmektedir. Yatak istirahatinin olduğu durumlarda antitrombolitik tedavi önerilebilir (Leeman ve Fontaine 2008; Magee et al. 2008). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı gebe izlem protokolünde doğum öncesi bakım yönetim rehberi ve risk değerlendirme formu'nda preeklampsie özel bir izlem protokolü bulunmamaktadır.

### **İntrapartum Yönetim**

**Doğum zamanı,** preeklampside riskli durumlar olmadığı sürece gebeliğin 34. haftaya kadar sürdürülmesi önerilmektedir. Gebeliğin 34-36. haftaları arasında hafif ve orta düzeyde preeklampsisi olan kadınlarda fetüsün ve annenin durumuna göre doğuma karar verilir. Doğum için risk faktörleri değerlendirilmeli ve yeni doğanın yoğun bakım gereksinimi de değerlendirilmelidir (Magee et al. 2008; NICE 2010).

**Doğum şekli,** hastalığın şiddetine göre değişmektedir. Ancak sonuçta tek kesin tedavi doğumun gerçekleştirilmesidir (Turner 2010). Anne ve fetüsün durumu stabil ise tıbbi gözetim ile vajinal doğum gerçekleştirilebilir (Magee et al. 2008; Rath ve Fischer 2009; Turner 2010). Doğum sürecinde saatlik kan basıncı ölçümü yapılmalıdır (NICE 2010). Doğum sürecinde antihipertansif tedavi sürdürülmelidir (Magee et al. 2008; NICE 2010). Anne sağlığını izlemenin yanı sıra hemşire fetal sağlığı da dikkatli bir şekilde değerlendirmelidir. Fetal distresi erken dönemde belirlemek için fetal kalp sesleri ve fetal aktivite değerlendirilmelidir.

### **Postpartum Yönetim**

Preeklampsili kadınlar postpartum dönemde 6-8 hafta izlenmelidir. Postpartum dönemde antihipertansif tedavisi devam eden annelere emzirdikleri için diüretik içeren antihipertansifler önerilmemeli (NICE 2010) veya emzirme üzerine etkili olmayan antihipertansifler tercih edilmelidir (Magee et al. 2008).

**Erken postpartum dönemde,** antihipertansif tedavi almamış preeklampsili kadının postpartum izleminde hastanede yatan hastada en az günde 4 kez kan basıncı ölçülmeli, doğumdan sonra 3-5. günlerde en az bir kez ölçülmeli, eğer 3-5. günlerde kan basıncı normal değilse normale dönene kadar her gün izlenmelidir (NICE 2010). Antihipertansif tedavi almamış preeklampsili kadının postpartum dönemde KB 150/100 mmHg ise antihipertansif tedaviye başlanmalıdır (NICE 2010).

**Geç postpartum dönemde,** preeklampsili semptomları devam etmeyen, tedavi ile veya tedavisiz KB 149/99 mmHg veya altında

olan ve kan testleri stabil olan kadınlar evde izlenebilir.

İlaç tedavisi olup evde izlenen kadınların tedavi bitene kadar ve kan basıncı normale dönene kadar iki hafta boyunca bir ya da iki günde bir kan basıncı ölçülmelidir (NICE 2010). Taburculukta hemşireler; kan basıncı izlem sıklığı, ilaç tedavi planı, kendi kendine izlem konusunda eğitim vermelidirler. Antihipertansif tedavi alan annelere postpartum ikinci haftada aile hekimine veya doğum yaptığı kuruma başvurması önerilmelidir (NICE 2010; Townsend ve Drummond 2011).

### **Preeklampsie ve Komplikasyonlarının Önlenmesi**

Kadınlar gebelikleri sırasında kendileri ve bebekleri için sağlıklı bir yaşam sürdürmek için hemşirelerden sık sık diyet, vitamin ve gebelik sırasında egzersizler konusunda yardım istemektedirler. Doğru önerilerde bulunmak amacı ile hemşireler antenatal bakımla ilgili güncel literatürün farkında olmalı, kanıta dayalı bakım yapmalıdır. Değiştirilebilir risk faktörleri hemşireler tarafından verilen danışmanlık, eğitim ve doğum öncesi bakım ile gebelik öncesinde ve gebelik sırasında yönetilebilmektedir. Ancak aile öyküsü, önceki gebelik öyküsü, yaş, etnik köken gibi dış faktörler değiştirilemez faktörler arasında yer almaktadır. Hemşire hastanın öyküsünü alırken bu faktörleri de tespit edebilmektedir (Peacock ve Bogossian 2009). Hemşire bakım verdiği hastalara danışmanlık yaparken düşük ve yüksek risk grubundaki kadınlara aşağıda belirtilen kanıta dayalı öneriler doğrultusunda danışmanlık verilmelidir.

Düşük risk grubundaki kadınlara preeklampsie ve komplikasyonlarının önlenmesinde, beslenme düzeninde yetersiz kalsiyum alan kadınlara kalsiyum alımı önerilmektedir. Gebelik üzerine olumsuz etki gösteren alkol, sigara içilmemesi, egzersiz, prekonsepsiyonel dönemde folik asit içeren multivitamin kullanımını önerilmektedir. Tuz kısıtlaması, kilolu kadınlarda gebelik sırasında özel bir kalori kısıtlaması, düşük doz aspirin, vitamin C ve E alınması önerilmemektedir (Magee et al. 2008; NICE 2010; Sibai 2005).

Yüksek risk grubundaki kadınlara preeklampsie ve komplikasyonlarının önlenmesinde, düşük doz aspirin (75-100 mg/gün) kullanımı önerilmektedir. Aspirin gebelikten önce, gebelik tanıldığında veya gebeliğin 16. haftasından önce kullanılmaya başlanmalı ve doğuma kadar kullanımı sürdürülmelidir (Magee et al. 2008; NICE 2010). Bu görüşe ters olarak ACOG ise preeklampsieyi önlemek amacıyla aspirin ve kalsiyum kullanımını

önermemektedir (ACOG 2002; Turner 2010). Beslenme düzeninde yetersiz kalsiyum alan kadınların en az 1 g/gün kalsiyum alması gerekmektedir (Magee et al. 2008).

Yeterli kanıt olmayan öneriler; tuz kısıtlaması, egzersiz, heparin kullanımı, selenyum, sarımsak, demir, çinko alımının preeklampsiyi önlediğine ilişkin yeterli kanıt düzeyinde bilgi bulunmamaktadır (Sibai 2005; Magee et al. 2008; NICE 2010).

Sağlıklı gebelere yapılan gebelikte kilo alınımından kaçınma, gebeliğin üçüncü trimesterinde evde dinlenme süresini arttırma, iş yükünü azaltma preeklampsili gebelere de önerilmektedir (Magee et al. 2008; NICE 2010). Preeklampsi öyküsü olan kadınlara iki gebelik arasının 2 yıldan az 10 yıldan uzun sürmemesi önerilmektedir (Magee et al. 2008).

## SONUÇ

Preeklampsi, gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan anne ve bebek sağlığını etkileyen önemli, dikkatle izlenmesi gereken gebeliğe özgü bir hastalıktır. Preeklampside hemşirelik müdahale alanlarının içerisinde yer alan fiziksel aktivite, evde bakım ve beslenme düzeni preeklampside müdahale edilebilir risk faktörlerini oluşturmaktadır. Prenatal bakım veren hemşirelerin gebelikte hipertansif bozukluklara ilişkin bu risk faktörlerini bilmeleri erken dönemde tanıyabilmeleri ve uygun girişimleri planlayabilmeleri açısından son derece önemlidir. Her gebe antenatal izlemler sırasında gebelik hipertansiyonuna ilişkin risk faktörleri yönünden değerlendirilmeli ve mevcut risk faktörlerini azaltmaya yönelik danışmanlık hizmeti verilmelidir. Preeklampside gebeye verilecek hemşirelik bakımı ve uygulamalarında geleneksel uygulamaların yerine kanıt temelli uygulamaların yapılması konusunda birinci, ikinci, üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin farkındalıklarının artırılması ve bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin preeklampsinin anne ve bebek sağlığına nasıl etki ettiğini bilmeleri ve kanıta dayalı bakım anlayışı ile gebe ve loğusa izlemlerini yapmaları gerekmektedir. Antepartum, intrapartum ve postpartum dönemde preeklampsinin etkilerini önlemek, hemşirelerin konuya ilişkin duyarlılığını arttırmak için hizmet içi eğitimlerin yapılması, kanıta dayalı rehberlerin kullanılması, risk grubundaki gebelerin izlenmesi ve bunun için kayıt sistemlerinin oluşturulması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2002) Practice bulletin: Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol*, 99(1):159-167.
- Brown CM, Garovic VD (2011) Mechanisms and management of hypertension in pregnant women. *Curr Hypertens Rep*, 13(5):338-46.
- Duley L (2009) The global impact of preeclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol*, 33(3): 130-37.
- Leeman L, Fontaine P (2008) Hypertensive disorders of pregnancy. *Am Fam Physician*.78(1): 93-100.
- Magee LA, Helewa M, Moutquin JM et al. (2008) Prediction, prevention, and prognosis of preeclampsia. In: *Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy*. *J Obstet Gynaecol Can*, 30(3): 16-23.
- Milne F, Redman C, Walker J et al. (2005) The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of preeclampsia in the community. *BMJ*, 330 (7491):576-580.
- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy (2000). *Am J Obstet Gynecol*,183(1):1-22.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. Hypertension in pregnancy, the management of hypertensive disorders during pregnancy (2010). <http://www.nice.org.uk/guidance/CG107> (erişim: 10 Aralık 2011).
- Peacock A, Bogossian F (2009) Antenatal screening and predicting hypertension in pregnancy for midwives. *Women and Birth*, 23 (3): 81- 93.
- Peters RM, Flack JM (2004) Hypertensive disorders of pregnancy. *JOGNN*, 33(2): 209-20.
- Perez-Cuevas R, Fraser W, Reyes H et al. (2003) Critical pathways for the management of preeclampsia and severe preeclampsia in institutionalised health care settings. *BMC Pregnancy Childbirth*, 3(6): 1471-2393.
- Rath W, Fischer T (2009) The diagnosis and treatment of hypertensive disorders of pregnancy. *Dtsch Arztebl Int*, 106(45): 733-738.
- Sibai B, Dekker G, Kupferminc M (2005) Preeclampsia. *Lancet*, 365(9461): 785-799.
- Shaker GO, Shehata H (2011) Early prediction of preeclampsia in high-risk women. *J Womens Health*, 20(4): 539-544.
- Townsend NS, Drummond SB (2011) Preeclampsia pathophysiology and implications for care. *J. Perinat Neonat Nurs*, 25 (3): 245-252.
- Trogstad L, Stoltenberg C, Magnus P (2011) Preeclampsia: risk factors and causal models. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 25(3): 329-342.
- Turner JA (2010) Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. *Int J Womens Health*, 30 (2): 327-337.
- Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005 (2006).

- [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop\\_ankara/UAOC\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf). (erişim: 20 Kasım 2011).
- Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği (2005) Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Gebelik ve Hipertansiyon/Preeklampsi Yönetimi.1. Baskı, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara.
- Visintin C, Mugglestone MA, Almerie MQ et al. (2010) Management of hypertensive disorders during pregnancy: summary of NICE guidance, 25 (341): 499–504.
- Weindling, AM (2003) The confidential inquiry into maternal and child health (CEMACH). Arch Dis Child 88(12):1034-1037.