

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

GEBELERİN DEPRESYON BELİRTİLERİ İLE SAĞLIK
UYGULAMALARI DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ

Sati KOLDAŞ MİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

GEBELERİN DEPRESYON BELİRTİLERİ İLE SAĞLIK
UYGULAMALARI DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ

Sati KOLDAŞ MİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından proje numarası ile desteklenmiştir (**Destek almış ise**).

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve ilgiyle faydalı olabilmek için elinden gelenin fazlasını sunan, bilgi ve deneyimlerini her zaman benimle paylaşan, desteği ve pozitif enerjisi ile bana çalışma azmi veren, yanına gittiğimde güler yüzünü, telefonla aradığımda o tatlı ve enerjik ses tonunu benden esirgemeyen, danışman hoca statüsünü hakkıyla yerine getiren kıymetli hocam **Doç. Dr. Öznur Körükcü** başta olmak üzere,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer **Prof. Dr. Kamile Kabukcuoğlu** ve **Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Şanlı**'ya

Verilerin analizi ve hesaplanması aşamasında katkılarından dolayı **Uzman Psikolog Hasan Hüseyin Seçilmiş** 'e

Tez çalışmamı uygulayabilmem için izinleri olan **Antalya İl Sağlık Müdürlüğü**'ne ve aile sağlığı merkezlerindeki personele,

Yüksek lisans eğitiminin işleyişinde temel yapı taşlarından biri olan, titizlikle ve hoşgörü ile çalışan **Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına**,

Tez sürecim boyunca bana anlayışları ile destek olan **tüm meslektaşlarıma ve çalışma arkadaşlarıma**,

Çalışmayı kabul eden **sevgili gebelere**,

Yüksek lisans sürecinde beni destekleyen **aileme**, özellikle buralara gelmemde büyük emeği olan **anneme**, kızımın bakımı konusunda yardımlarını esirgemeyen ve bana çalışmam için imkan sağlayan **eşimin ailesine**, her konuda olduğu gibi akademik deneyimleri ile tez dönemimde de bana önderlik yapan **canım ablam Meral Koldaş'a** , tez çalışma sürecinde inancımı ve motivasyonumu arttıran hayattaki zorluklarda hep yanımda olan hayat arkadaşım **Emre Mir** 'e

Son olarak eğitim sürecimde hayatıma güneş gibi doğan bana dünyadaki en güzel mutluluğu yaşatan canım kızım **Nil Ebrar** 'ıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma gebelerin depresyon belirtileri ile sağlık uygulamaları davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: İlişkisel desendeki araştırmanın örneklem grubu Temmuz 2018 ve Aralık 2020 tarihleri arasında Güneş Aile Sağlığı Merkezi ve Necip Fazıl Kısakürek Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 250 gebeden oluşmuştur. Araştırma kapsamına Türkçe anlayan, ilaç kullanımını gerektiren bir psikiyatrik hastalığı olmayan, gebeliği komplikasyonsuz devam eden ve sağlıklı bir fetüse sahip olan gebeler alınmıştır. Araştırma verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Edinburg Depresyon Ölçeği (EDÖ)” ve “Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği” (GSUÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; bağımsız t-testi, tek yönlü varyans analizi (tek yönlü ANOVA), pearson momentler çarpımı korelasyon analizi, regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalaması 28.10 ± 5.09 , %26'sı ilköğretim mezunudur, %75.6'sı çalışmamaktadır. Gebelerin EDÖ toplam puan ortalamasının 7.40 ± 5.02 ve GSUÖ toplam puan ortalamasının 127.08 ± 12.97 olduğu belirlenmiştir. Yaş ile EDÖ toplam puanı arasında negatif yönlü ve gebenin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, gelir durumu ve sosyal destek ile GSUÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p < 0.05$). GSUÖ toplam puanı ile EDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır ($p < 0.05$).

Sonuç: Gebelerin sağlık uygulamalarının gebelik depresyon belirtilerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucunda gebelikte sağlık uygulamalarına verilen önemin arttırılmasının gebelik sürecinde depresyon belirtisi gösteren gebelerin erken dönemde tespit edilmesinde önemli olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Depresyon Belirtisi, Sağlık Uygulamaları, Hemşirelik

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the relationship between depressive symptoms and health practices behavior of pregnant women.

Material and Method: The sample group of the research in the relational pattern consisted of 250 pregnant women enrolled in the Gunes Family Health Center and Necip Fazil Kısakürek Family Health Center between July 2018 and December 2019. The study included pregnant women who know Turkish, do not have a psychiatric disease requiring the use of medications, have a healthy fetus, and whose pregnancy continues without complications. Research data were collected with "Descriptive Information Form", "Edinburgh Depression Scale (EDÖ)" and "Health Practices In Pregnancy Scale(GSUÖ)".In the evaluation of data; independent t-test, one-way variant analysis (one-way ANOVA), pearson moments product correlation analysis, regression analysis were used.

Results: The average age of pregnant women was 28.10 ± 5.09 , 22.4% of them were primary school graduates, 75.6% of them did not work. It was determined that the mean score of the pregnant women was 7.40 ± 5.02 , and the mean EDO total score was 127.08 ± 12.97 . There was a negative correlation between age and EDO total score, and a positive correlation between the pregnant woman's and spouse's educational status, employment status, income and social support, and the GSUO total score ($p < 0.05$). There was a statistically significant negative and low-level correlation between the total score of GSUO and the total score of EDO ($p < 0.05$).

Conclusion: It has been found that health practices of pregnant women are effective in reducing pregnancy depression symptoms. As a result of the study, it can be said that increasing the importance given to health practices during pregnancy is important in detecting pregnant women who show depression symptoms in the early period.

Keywords: Pregnancy, Depression Symptom, Health Practices, Nurse

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Gebelikte Trimesterlere Göre Psikolojik Değişimler.....	3
2.1.1. Birinci Trimesterde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.....	3
2.1.2. İkinci Trimesterde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.....	4
2.1.3. Üçüncü Trimesterde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.....	5
2.2. Gebelik Dönemi Ve Prenatal Depresyon.....	6
2.2.1. Depresyon Belirtileri.....	7
2.2.2 Prenatal Depresyonun Yaygınlığı	8
2.2.3. Prenatal Depresyonu Etkileyen Risk Faktörleri.....	9
2.2.4. Prenatal Depresyonun Etkileri ve Sonuçları.....	11
2.2.5. Prenatal Depresyonda Bakıma Yönelik Uygulamalar.....	16
2.2.6. Prenatal Depresyonun Önlenmesi ve Belirtilerinin Azaltılmasında Ebe/Hemşirenin Rolü.....	18
2.3. Gebelik ve Sağlık.....	20
2.4. Gebelikte Sağlık Uygulamaları.....	21

2.4.1. Prenatal Bakım Alma Davranışı ve Doğum Öncesi Bakım.....	23
2.4.2. Gebelikte Dinlenme ve Uyku.....	25
2.4.3. Gebelikte Beslenme.....	27
2.4.4. Gebelikte Kilo Alımı.....	28
2.4.5. Gebelikte Egzersiz.....	28
2.4.6. Gebelik ve Travma.....	30
2.4.7. Gebelik ve Bağışıklama.....	31
2.4.8. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar.....	31
2.4.9. Gebelikte Vücut Hijyeni Ve Genel Bakım.....	33
2.4.10. Gebelikte Yolculuk ve Araç Kullanımı.....	35
2.4.11. Gebelikte İlaç Kullanımı.....	35
2.4.12. Gebelik ve Toksoplazma.....	36
2.4.13. Gebelikte Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımı.....	36
2.4.14. Gebelik ve Alternatif Tıp.....	39
2.4.15. Prenatal Dönemdeki Sağlık Uygulamaları Davranışlarının Geliştirilmesinde Ebe/Hemşirenin Rolü.....	40
2.5. Araştırmanın Hemşirelik Mesleğine Katkıları.....	42
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
3.1. Araştırmanın Türü.....	43
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı ve Evreni.....	43
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	43
3.4. Veri toplama araçları.....	44

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 3).....	44
3.4.2. Edinburg Depresyon Ölçeği (Ek 4).....	44
3.4.3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ; Health Practice Questionnaire-II, HPQ-II) (Ek 5).....	45
3.5. Araştırmanın Etiği.....	45
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	46
3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	46
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	46
4. BULGULAR.....	47
4.1. Betimsel İstatistikler.....	47
4.2. Toplam Gebelik Sayısına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	50
4.3. Yaş Gruplarına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	50
4.4. Nüfusa Kayıtlı Olunan Coğrafi Bölgeye Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	51
4.5. Eğitim Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	52
4.6. Çalışma Duruma Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	53
4.7. Eşin Eğitim Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	54
4.8. Gelir Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	55

4.9. Gebelik Trimesterine Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	56
4.10. Gebeliğin İstenme/Planlanma Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	56
4.11. Hane Halkı Sayısına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	57
4.12. Eşin Babalık Endişesine Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	57
4.13. Planlanılan Doğum Şekline Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	58
4.14. Gebelik Sürecinde Destek Olacak Kişinin Varlığına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması.....	59
4.15. Sağlık Uygulamalarını Açıklayan Değişkenler: Doğrusal Regresyon Analizi..	60
4.16. Edinburg Depresyon Ölçeği ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Arasındaki Korelasyon.....	60
4.17. Gebelikte Depresif Belirti Durumuna Göre Sağlık Uygulamaları Davranışlarının Farklılaşması.....	61
5. TARTIŞMA.....	62
5.1.Yaş Gruplarına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	62
5.2. Nüfusa Kayıtlı Olunan Coğrafi Bölgeye Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	64
5.3. Eğitim Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	65

5.4. Çalışma Duruma Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	66
5.5. Eşin Eğitim Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	67
5.6. Gelir Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	68
5.7. Gebelik Trimesterine Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	69
5.8. Gebeliğin İstenme/Planlanma Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	70
5.9. Hane Halkı Sayısına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	70
5.10. Eşin Babalık Endişesine Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	71
5.11. Planlanılan Doğum Şekline Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	72
5.12. Gebelik Sürecinde Destek Olacak Kişinin Varlığına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi.....	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
6.1. Sonuçlar.....	75
6.2. Öneriler.....	75
KAYNAKLAR.....	77

EKLER

- Ek 1** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı
- Ek 2** Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni
- Ek 3** Tanıtıcı Bilgi Formu
- Ek 4** Edinburg Depresyon Ölçeği (EDÖ)
- Ek 5** Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ)
- Ek 6** Doğuma Dair Herşey Katılım Belgesi
- Ek 7** Ulusal Doğum Sempozyumu Katılım Belgesi
- Ek 8** Evlilik Öncesi Danışmanlık Eğitimi Katılım Belgesi
- Ek 9** I. Uluslararası II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi Katılım Belgesi
- Ek 10** Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi Sertifikası
- Ek 11** Acil Durum ve Yangın Güvenliği (teorik,uygulamalı) Temel Eğitimi Katılım Belgesi
- Ek 12** I. Ulusal Yenidoğan ve Dünyası Sempozyumu Katılım Belgesi
- Ek 13** 3. Ulusal Ebelik Kongresi Katılım Belgesi
- Ek 14** Temel İlk Yardım Eğitimi Katılım Belgesi

ÖZGEÇMİŞ.....118

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Bağımlı Değişkenlere ait Skewness ve Kurtosis Değerleri.....	47
Tablo 4.2. Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı(n=250).....	48
Tablo 4.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı(n=250).....	49
Tablo 4.4. Toplam Gebelik Sayısına göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin Bağımsız t-testi Analizi Bulguları.....	50
Tablo 4.5. Yaş Gruplarına göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları.....	51
Tablo 4.6. Nüfusa Kayıtlı Olunan Coğrafi Bölgeye göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları.....	52
Tablo 4.7. Eğitim Durumuna göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasına İlişkin ANOVA Bulguları.....	53
Tablo 4.8. Çalışma Durumuna göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin Bağımsız t-testi Analizi Bulguları.....	54
Tablo 4.9. Eşin Eğitim Durumuna göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları.....	55
Tablo 4.10. Gelir Durumuna göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin Bağımsız t-testi Analizi Bulguları.....	55
Tablo 4.11. Gebelik Trimesterine göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Bulguları	56
Tablo 4.12. Gebeliğin İstenme/Planlanma Durumuna göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin Bağımsız t-testi Analizi Bulguları.....	56

Tablo 4.13. Hane Halkı Sayısına göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin Bağımsız t-testi Analizi Bulguları.....	57
Tablo 4.14. Eşin Babalık Endişesine göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin Bağımsız t-testi Analizi Bulguları.....	58
Tablo 4.15. Planlanılan Doğum Yönteminin Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin Bağımsız t-testi Analizi Bulguları.....	59
Tablo 4.16. Gebelik Sürecinde Destek Olacak Kişi Varlığına göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarına İlişkin t-testi Analizi Bulguları.....	59
Tablo 4.17. Sağlık Uygulamalarını Açıklayan Değişkenlere İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi.....	60
Tablo 4.18. Edinburg Depresyon Ölçeği ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Arasındaki Korelasyon.....	60
Tablo 4.19. Gebelikte Depresif Belirti Gösterip Göstermeme Durumuna göre Sağlık Uygulamaları Davranışlarının Farklılaşması.....	61

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACOG	:American Congress of Obstetricians and Gynecologists
ACTH	:Adrenokortikotropin Hormon
AÇSAP	:Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
BDT	:Bilişsel-Davranışçı Terapi
CRH	:Kortikotropin Relaksing Hormonu
CYBH	:Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DÖB	:Doğum Öncesi Bakım
DSM	:The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDÖ	:Edinburg Depresyon Ölçeği
EKT	:Elektrokonvülsif Tedavi
GSUÖ	:Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği
HIV	:Human Immunodeficiency Virus
HPA	:Health Protection Agency
HPQ	:Health Practice Questionnaire
KİT	:Kişilerarası İlişkiler Terapisi
MEB	:Milli Eğitim Bakanlığı
MET	:Metabolic Equivalent Task
SPSS	:Statistical Package for Social Sciences
SSRIs	:Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
T.C.	:Türkiye Cumhuriyeti
TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
THSK	:Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
WHO	:World Health Organization

1. GİRİŞ

Gebelik, geçmiş zamanlarda kadınların psikiyatrik bozuklukları için koruyucu bir olay olarak görülürken, bu görüş günümüzde kabul görmemektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011), çünkü kadınlar gebeliği kendini ispatlama, olgunluk, doyum ve mutluluk kaynağı olarak gördükleri gibi; kaygı, stres, endişeli bir bekleyiş, üzerinde aşırı bir yük hissetme gibi olumsuz ruhsal duyguların da yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedirler (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008; Altınçelep, 2011; Sözeri, 2011). Kadın, bu dönemi yaşamında değişiklik ve yeni rolüne adaptasyon sağlamayı gerektiren bir kriz dönemi olarak değerlendirilebilir (Dağlar ve ark., 2015). Gebe bu kriz dönemine uyum sağlayabileceği gibi uyum sağlayamama sorunu da yaşayabilmektedir (Dağlar ve ark., 2015). Gebelik kadın hayatının stresli bir dönemi olarak görülebilir ve bu dönem stres ve depresyonla birleşebilir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011). Gebelerde doğum ağrısı, zor doğum, kendi ve bebeği için ölüm korkusu, kadının doğumdan sonra işini bırakmak veya ara vermek zorunda olması, iyi bir anne olamayacağı korkusu, ailenin ekonomik bir yükün altına girmesi gibi nedenler stres ve depresyona neden olabilmektedir (Atasever ve ark., 2018).

Türkiye’de gebelik depresyonu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında zaman, gebelik depresyonunun görülme sıklığının farklılığı dikkat çekmektedir (Gölbaşı ve ark., 2010; Yılmaz ve Beji, 2010; Tunç ve ark., 2012; Yücel ve ark., 2013). Çiltaş ve Köse’ nin (2019) çalışmasında gebelerin % 33’ünün depresif belirti gösterdiği, Bacacı ve ark.’nın (2018) çalışmasında gebelerin %13.1’inde depresyon belirtisi olduğu, Dağlar ve ark.’nın (2015) yapmış oldukları çalışmada gebelerin %50.7’sinin depresyon belirtisi gösterdiği, Çapık’ın (2013) yapmış olduğu çalışmada %11.9 ‘unun depresif belirti gösterdiği bulunmuştur. Pottinger ve ark.’nın (2009) yaptıkları çalışmada ise gebelerin gebelikleri boyunca depresif bozukluk gösterme oranı %25 olarak bulunmuştur. Karaçam ve Ançel’ in (2009) gebelikte depresyon ve anksiyete üzerine yaptıkları çalışmada depresif belirti oranı %27.3, Sevindik’in (2005) yapmış olduğu çalışmada gebelerin %36.3’ünde depresyon belirtisi olduğu bulunmuştur.

Depresyon belirtisi gösteren gebeler sağlık davranışlarına daha az özen göstermektedir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010). Örneğin, depresyon yaşayan bir gebenin sağlık personelinden daha az destek alma ve kendi öz bakımına daha az

özen gösterme eğilimi olabilir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010). Yetersiz bakım almaya bağlı olarak gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla ortaya çıkabilir (Kılıç ve Erci, 2017). Depresyon belirtisi gösteren gebelerde bulantı, kusma, baş dönmesi, mide ağrısı, solunum problemleri, kalp çarpıntısı veya kalp sorunlarının ve gastrointestinal sistem yakınmalarının depresyon belirtisi göstermeyen gebelere göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Atasever ve Sis Çelik, 2018).

Gebelikte sağlık uygulamaları doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığı için önemli bir yer alır (Çakırer ve Çalışkan, 2010; Altuntuğ ve Ege, 2013). Bu sağlık uygulamaları anne adayının, fetüsün ve yeni doğanın sağlığını içeren, gebeliğin devamını ve gebelik sonucunu etkileyen uygulamalardır (Lindgreen, 2005). Düzenli uygulanan sağlık bakım davranışları gebeliği pozitif yönde etkilerken, riskli sağlık bakım davranışları gebelik sürecini, gebeyi ve bebeği negatif yönde etkilemektedir (Lindgreen, 2005). Gebelikteki sağlık uygulamaları; gebelikte dinlenme ve uyku, dengeli ve düzenli beslenme, düzenli egzersiz, hijyen, bağışıklama, diş bakımı, prenatal bakım alma, sigara kullanımı, kafein kullanımı, uyuşturucu madde kullanımı, alkol kullanımı, toksik maddelere maruziyet ve travma gibi konuları içermektedir (Lindgreen, 2005; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Gebelik döneminde depresyon belirtileri gösteren gebelerin gebelikte düzenli kontrollere gitmeme, gereğinden az ya da çok kilo alma, alkol, sigara, uyuşturucu madde kullanımı, fazla kafein tüketimi, yetersiz beslenme ve yetersiz egzersize bağlı düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olma ya da erken doğum riski bulunmaktadır (Karaçam ve Ançel, 2009).

Gebelik sürecindeki isteksizlik ve gebeliğine önem vermeme annenin ve bebeğinin sağlığını riske sokabilir (Atasever ve Sis Çelik, 2018). Gebelerde depresyon konusunda ebelerin/hemşirelerin farkındalığı arttırılmalı, gebelikteki depresyonun önlenebilir olduğunun bilincinde olunmalı, depresyon belirtisi gösteren gebeler tespit edilerek semptomların artması engellenmeli, gebelik dönemindeki sağlık uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen etmenlerin önemi kavranmalıdır (Atasever ve Sis Çelik, 2018).

Bu araştırmanın amacı; gebelerin depresyon belirtileri ile sağlık uygulamaları davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Trimesterlere Göre Psikolojik Değişimler

Gebelikte depresyon belirtisi görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre değişkenlik gösterebilmektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011). Gebe, ilk trimesterde kendindeki fiziksel değişimlere odaklanmış iken; ikinci trimesterde fetüsün hareketlerinin hissedilmeye başlanması ile fetüse yoğunlaşmış, son trimester de ise acı çekme, doğum ve bebeğini kaybetme korkusuyla ilgisi kendisine ve bebeğine yönelmiştir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011; Dağlar ve ark., 2015). Gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterinde görülen anksiyete ve depresyon oranının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011). Bennett ve arkadaşlarının (2004), bir çalışmada depresyon yaygınlığı; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bildirilmiştir. Yapılan başka bir araştırmada, depresyon belirtilerinin birinci trimesterde %22, ikinci trimesterde %32 ve üçüncü trimesterde %36 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Karataylı, 2007).

2.1.1. Birinci Trimesterde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

Bu dönem gebeliğin oluşup, organizmanın uyum sağladığı; gebeliğe adaptasyon dönemi olduğu için bebeği ile ilgili daha az sevinç duyulan bir dönemdir (Kömürcü ve Merih, 2012). Menstruasyonun kesilmesi, mide bulantıları, kendini yorgun ve kötü hissetmeye bağlı olarak üçüncü aya doğru tamamen yok olacak olan ambivalan (zıt) duygular ortaya çıkabilir (Taşkın, 2016). Bu trimesterde gebeler sabah bulantıları, memelerde hassasiyet, fiziksel değişiklikler, duygu durum değişiklikleri, cinsel istekte artma/azalma, uyku durumunda ve iştahta değişiklikler, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü ve anksiyete-depresyon gibi değişikliklere adapte olmaya çalışmaktadır (Altınçelep, 2011). İlk trimesterde istenmeyen gebelikler anksiyete ve depresyon riskini arttırabilmekte (Demiryay, 2006), gebeliğin kabulü ve karar verme süreci bu dönemde tamamlanmaktadır (Kömürcü ve Merih, 2012).

Bunevicius ve arkadaşları (2009) çalışmalarında gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğünü ve bu trimesterde yüksek oranda görülmesini de gebeliğin plansız ve istenmeyen olması, düşük gelir ve eğitim düzeyinde olunması, gelir getiren bir işte çalışmama değişkenleriyle ilişkili olduğunu saptamıştır. İlk trimester

boyunca fiziksel değişimler ve hormon seviyesi duygusal dalgalanmalara neden olduğu için kadının ilgisi kendi üzerinde olup primer odak olarak benlik duygusu hâkimdir (Kömürcü ve Merih, 2012).

Gebe, çevresindekiler ve onun için önemli olan kişiler için de gebe olduğunun bilinmesinden ve gebeliğinin istenmiş olmasından emin olmak ister (Altınçelep, 2011). Özellikle eş ile olan ilişkisi gebeliğin kabulünde önemli rol oynar. Eşi ile ilişkisinde mutlu olan ve yeterli sosyal desteğe sahip olan kadınlar gebeliği daha kolay kabullenebilir (Lederman ve Wels, 2009; Altınçelep, 2011). İlk trimesterde gebeliğini kabullenen ve güven duygusu yüksek olan gebelerde uyum sürecinin daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Altınçelep, 2011).

2.1.2. İkinci Trimesterde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

İkinci trimesterde ilk trimesterde yaşanan ambivalan duygular ortadan kalkmış, kadın gebe görünümini kazanmış, rahatsızlıkları ve bulantıları azalmış, gücü artmış, kendini daha iyi hissetmekte ve gebeliği ile ilgili genellikle iyi duygular geliştirmektedir (Kömürcü ve Merih, 2012; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014).

Bu dönemde fetüs hareketleri başlamakta kadın ilk kez içindeki canlıyı hissetmekte (Kömürcü ve Merih, 2012; Taşkın, 2016), böylelikle fetüs ile olan baę daha derinden hissedilmektedir (Sözeri, 2011). Gebe ilk zamanlar bebeği kendinin bir parçası olarak görürken daha sonrasında ondan farklı bir varlık olduğunu kabul etmekte ve böylelikle annelik rolü benimsenmiş olmaktadır (Taşkın, 2016). Son yıllarda ultrasonografik yöntemler ile fetüsün kalp atımlarının duyulması bebeğin canlılığının çok önceden hissedilmesini sağlayarak gebelik yaşantılarında olumlu değişiklikler olmaktadır. Bu trimesterde yoğun olarak yaşanan duygular; iče dönüklük, kendini beğenme, pasiflik, beden görünüminin değişmesine bağlı utanma (Sözeri, 2011), aşırı duyarlılık, alınganlık ve büyük mutluluk gibi ani ve nedensiz değişimler görülebilmektedir (Taşkın, 2016). Gebelik kabullenilse de duygu ve mizaç değişikliği, aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, problem çözme becerilerinde yavaşlama, ani kızgınlık, büyük mutluluk gibi bazı şaşırtıcı değişimler görülebilir (Özkan, 2014). Gebeler kilo aldıkları için görünümlerinin değişmesinden etkilenmekte, çekiciliklerinin kaybolduğu ve eşleri tarafından beğenilmeyeceği düşüncesine kapılmaktadır (Özkan, 2014). Aynı zamanda kadın bebeğe zarar verme korkusu ile cinsel aktiviteden de uzaklaşmaktadır (Altınçelep, 2011).

Kadının bu süreçte primer odak noktası bebektir ve fetüse odaklanır (Kömürcü, 2012). Yoğun bir enerji ve memnuniyet duygusu ile genelde kendini iyi hisseder ve sağlıklı bebek dünyaya getirebilmek için yapması gerekenleri tasarlar (Kömürcü, 2012). Bebeği onun için artık daha önemli olduğu için bazı kadınlar işlerine ve çevresindeki diğer bireylere daha az ilgi gösterirler (Kömürcü ve Merih, 2012).

2.1.3. Üçüncü Trimesterde Meydana Gelen Değişiklikler

Son trimester, fetüsün büyümesi ve uterusun hacminin artması ile yorgunluğun ve varislerin ortaya çıktığı, gebe için bitkinlik dönemidir (Altınçelep, 2011) ve gebe psikolojik olarak doğuma hazırlanma gereksinimi duyar (Özkan, 2010). Gebeler bebeğin odasını hazırlama, bebek için isim bulma, bebeğe giysiler alma gibi bebeğin bütün eksiklerini tamamlarlar (Altınçelep, 2011). Gebeler doğum yaklaştığı için doğum eylemi ve bebeğin sağlığı ile ilgili endişe yaşayabilirler (Sözeri, 2011). Gebe artık gebelikten bıkmakta, daha sık idrara çıkmakta, iştah değişikliği, mide yanması, hemoroid, varis, ödem, kas krampları, bel ağrıları ve uykusuzluk yaşamaktadır (Altınçelep, 2011). Gebeler ambivalan duyguları tekrar yaşamakta, hem bebeği istemekte hem de doğumdan korkmaktadırlar (Altınçelep, 2011). Kadın; eşinin gebelik, doğum ve bebekle ilgili duygu ve düşüncelerini kendisi ile paylaşmasını ister (Altınçelep, 2011). Kadının bu dönemde bebeğini kaybedeceği ya da ona zarar vereceği duygusu onu daha duyarlı hale getirir ve bu nedenle kendine çok dikkat eder. Gebe bu süreçte duygusal ve fiziksel olarak kontrol kaybı yaşamaktan korkmaktadır bu yüzden fiziksel ve emosyonel destek için başka kişilere bağımlı olma ihtiyacı hisseder. Özellikle eşini telefon ile sık sık arar ve ona her an ulaşabileceğinden emin olmak ister. Gebe kadının doğum sürecine ilişkin korkuları vardır. Gebe doğum zamanını belirleyememekten, hastaneye yetişememekten, doğum ağrılarından ve bebeğinin ve kendisinin hayatı hakkında endişelenebilirler. İlk gebeliği olanlarda bilinmezlik, daha önce doğum yapmış olanlar da ise bir şeylerin yanlış gideceği korkusu vardır. (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014).

Gebenin mental durumu ve yaşantısı gebelik dönemini, fetüsü, ailesini ve ileri aşamalarda toplumu etkilediği için bu dönemde yaşanan psikososyal sorunlar ebe/hemşireler tarafından saptanıp, bu sorunlara yönelik girişimler planlanmalı ve uygulanmalıdır (Altınçelep, 2011).

2.2. Gebelik Dönemi ve Prenatal Depresyon

Gebelik stresli bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir (Marakoğlu ve Şahsivar, 2008). Gebelik dönemi biyolojik ve psikososyal değişimlerin de etkisi ile psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkması ya da var olan psikiyatrik hastalıkların alevlenmesi açısından riskli bir dönemdir. (Le Sy ve ark., 2011). Gebelikte depresyon yaygın görülen, gebenin, fetüsün, yeni doğanın ve ailenin sağlığını olumsuz yönde etkileyen ciddi bir psikiyatrik bozukluktur (Phillips, 2005; Brenda ve ark., 2009; Çeber ve ark., 2010).

Uluslararası çalışmalar depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda daha sık görüldüğünü belirtmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011). Gebelik kendini ispatlama, olgunluk, doyum ve mutluluk kaynağı olarak görülebildiği gibi; kaygı, stres, endişeli bir bekleyiş, üzerinde aşırı bir yük hissetme gibi olumsuz ruhsal duyguların da yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedirler (Marakoğlu ve Şahsivar, 2008; Altınçelep, 2011; Sözeri, 2011).

Gebelik sağlıklı kadınlar için bile psikososyal yönden riskli bir süreç iken, kişilik ve duygusal yapısında bozukluk olan, bedensel ve ruhsal açıdan yeterli olgunluğa sahip olmayan kadınlarda daha zor yaşanmaktadır (Babacan Gümüş ve ark., 2011). Hemen hemen her toplumda gebe kalma ve annelik rolünü üstlenme konusunda kadınlar üstünde önemli bir baskı vardır (Beydağ, 2007; Beydağ ve Mete, 2008). Bazı kadınlar gebeliği kendini ispatlama, doyum, olgunluk ve mutluluk kaynağı olarak tanımlayıp olumlu olarak algılayarak, bazıları ise olumsuz olarak algılayıp anksiyete, depresyon, endişeli bir bekleyiş, üzerinde aşırı baskı hissetme gibi duyguların yaşanabileceği bir dönem olarak görebilmektedir (Altınçelep, 2011; Sözeri, 2011). Gebelerde fiziksel değişimler, doğumla ilgili korkular, bebeği ve kendi için sağlık sorunu korkusu, ebeveyn olma sorumluluğu ve çocuk yetiştirme konusunda yeterli olabilme gibi konular gebelerde depresyona neden olabilmektedir (Altınçelep, 2011; Atasever ve ark., 2018). Akbaş ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, gebeliğin bir kadında kalıcı psikolojik değişiklikler yaratarak geri dönüşümsüz olarak etkilediği saptanmıştır. Kadınların ebeveynleri ve ailesi ile yaşadıkları duygular, tutumlar ve olumsuz etkilenmeleri gebelikle ilgili tutum ve davranışlarında etkilidir (Akbaş ve ark., 2008; Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011; Uçar, 2014).

Depresyon belirtileri arasında olan uyku değişiklikleri, iştahta azalma, enerji azalmasının sağlıklı gebelik dönemi geçiren kadınlarda da görülmesi, depresyon tanısının atlanmasına neden olabilir (Pınar ve ark., 2014). Gebenin dikkatli gözlenmesi ile umutsuzluk, hayattan zevk alamama, intihar duşuncesi, kendini suçlu hissetme gibi belirtiler erken dönemde farkedilmeli ve antenatal depresyon riski belirlenmelidir (Dağlar ve ark., 2015).

Gebelik depresyonu fetüsü ve annenin iyilik halini olumsuz etkilediği ve postpartum depresyona zemin hazırladığı iinuzerindeonemle durulması gereken ve erken tanılanması gereken bir sorundur (Bunevicius ve ark., 2009; Woods ve ark., 2010).

2.2.1. Depresyon Belirtileri

Depresyonu olan birçok birey için, belirtiler genellikle iş, okul, sosyal yaşam ve insanlar ile ilişkiler gibi günlük aktivitelerde sorunlara neden olacak kadar ciddi olabilir (Stein ve Hollender, 2011). Ayrıca tıbbi durumlar, depresyon belirtilerini taklit edebilir, bu nedenle tıbbi nedenleri dışlamakonemlidir (Stein ve Hollender, 2011; Townsend, 2016).

Bireyde depresyon durumunda bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler görülebilmektedir (Townsend, 2016). Antenatal depresyon belirtileri bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler olarak sınıflanabilir.

Bilişsel Belirtiler: Kişide yaşadığı hayal kırıklıklarını aklından çıkarmada zorlanma, yaşamında meydana gelen kayıpla meşgul olma, kendini suçlama, etrafındaki kişileri suçlama, pişmanlık, unutkanlık, kafa karışıklığı, kararsızlık, konsantrasyon guluğu, düşüncelerin tekrarı, karamsarlık, sözel anlatımda zorlanma, mutizm, hayatında belirsizlik yaşama, intiharı düşünme, halüsinasyon görme gibi belirtiler görülebilir (Mete, 2008; Stein ve Hollender, 2011; Townsend, 2016).

Duygusal Belirtiler: Kişideuzuntu, keder, kalp kırıklığı, yalnızlık, karamsarlık,öfke, anksiyete, kendini suçlama, çaresizlik, umutsuzluk,umitsizlik, gusuzluk,özgüven eksikliği, kendini değersiz hissetme, boşluk duygusu gibi belirtiler görülebilir (Mete, 2008; Stein ve Hollender, 2011; Townsend, 2016).

Davranışsal Belirtiler: Kişide ağlama nöbetleri, huzursuzluk, ajitasyon, sosyal izolasyon, postür bozukluğu, fiziksel hareketlerde azalma, psikomotor yavaşlama,

konuşmada yavaşlama, madde kullanımı öyküsü, kendine zarar verme, öz bakımını gerçekleştirmede güçlük gibi belirtiler görülebilir (Stein ve Hollender, 2011; Townsend, 2016).

Fizyolojik Belirtiler: Kişide yorgunluk, bitkinlik, yeme bozuklukları, iştahta değişiklik, konstipasyon, kilo kaybı, uyku problemleri, baş ağrısı, karın ağrısı, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, enerji kaybı, cinsel istekte azalma gibi belirtiler görülebilir (Mete, 2008; Stein ve Hollender, 2011).

2.2.2. Prenatal Depresyonun Yaygınlığı

Türkiye’de sınırlı sayıda da olsa gebelik depresyonu ile ilgili yapılan çalışmalar mevcuttur (Eskici ve ark., 2012; Çapık, 2013; Dağlar ve ark., 2015; Bacacı ve ark., 2018; Çiltaş ve Köse, 2019). Bu çalışmalarda gebelik depresyonunun görülme sıklığının farklılığı dikkat çekmektedir. Çiltaş ve Köse’ nin (2019) çalışmasında gebelerin % 33’ünün depresif belirti gösterdiği, Bacacı ve ark.’nın (2018) çalışmasında gebelerin %13.1’inde depresyon belirtisi olduğu, Dağlar ve ark.’nın (2015) yapmış oldukları çalışmada gebelerin %50.7’sinin depresyon belirtisi gösterdiği, Çapık’ın (2013) yapmış olduğu çalışmada %11.9 ‘unun depresif belirti gösterdiği bulunmuştur. Eskici ve ark.’nın (2012) çalışmasında depresif belirti sıklığı %12 ile %36 arasında, Pottinger ve ark.’nın (2009) yaptıkları çalışmada ise gebelerin gebelikleri boyunca depresif bozukluk gösterme oranı %25 olarak bulunmuştur. Karaçam ve Ançel (2009) gebelikte depresyon ve anksiyete üzerine yaptıkları çalışmada depresif belirti oranını %27.3, Sevindik (2007) yapmış olduğu çalışmada gebelerin depresyon belirtisi oranının %36.3, Gölbaşı ve arkadaşları (2007) yaptıkları bir çalışmada gebelikte depresif belirti görülme sıklığını %28,6 olarak belirlemişlerdir.

Farklı kültürlerde gebelikte depresyon görülme sıklığını araştıran çalışmalara göre; Amerika’da %20, Macaristan’da %17,9, Kanada’da %25, Finlandiya’da %30 oranında gebelik döneminde depresyon görüldüğü bildirilmiştir (Da Costa ve ark., 2000; Kurki ve ark., 2000; Marcus ve ark., 2003; Bödecs ve ark., 2009). Marakoğlu ve arkadaşı (2008) yapmış oldukları çalışmada gebelikte depresyon görülme sıklığının %5-51 arasında değiştiğini bulmuştur. Lee ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları çalışmada birinci ve üçüncü trimesterlerde daha yaygın olmak üzere gebelerin %54’ünde kaygı, %37,1’inde depresyon belirtisi olduğu

belirlenmiştir. Tekgöz ve arkadaşları (2009) üçüncü trimesterde olan gebelerin %50,5'inin en az bir depresif belirti gösterdiğini belirlemişlerdir.

Prenatal depresyonun düzeylerine yönelik yapılan çalışmalarda, gebelerin %46.6'sında depresif belirti olmadığı, %34.5'inde hafif, %13.9'unda orta düzeyde, %4.8'inde de ağır depresif belirtilerinin olduğu öne sürülürken (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011), başka bir çalışmada gebelerin %30'unda depresif belirti olmadığı, %33.8'inde hafif, %23.8 inde orta ve %12.5'inde de ağır düzeyde depresif belirti gösterdiği bildirilmiştir (Sevindik, 2005).

2.2.3. Prenatal Depresyonu Etkileyen Risk Faktörleri

Kadının mental durumu ve yaşantısı, gebelik sürecini ve ruhsal yapısını etkileyerek gebede psikolojik bir çöküntüye sebep olmaktadır (Sözeri, 2011). Gebelikte depresyon gelişmesinde annenin yaşının küçük ya da ileri yaş olması, gebeliğin planlı olup olmaması, kadının eğitim durumu, sosyoekonomik durumu, gebelik ve doğum öyküsü, yaşayan çocuk sayısı, istenmeyen gebelik, abortus öyküsü, evde bakıma muhtaç bir birey olması, fetüsün sağlığına duyulan kaygı, gebelik komplikasyonları, doğum korkusu, eş ile ilgili problemler, ailedeki bireylerin gebeye karşı tutumları, daha önceden geçirilmiş depresyon öyküsü, ailede depresyon öyküsü, çevredeki olumlu olumsuz rol modelleri, aile içi şiddet, madde bağımlılığı, sigara ve alkol kullanımı, kadının gebelik ile ilgili eğitimi, düşük öz saygı, sosyal izolasyon ve algıladığı sosyal destek gibi birçok faktör risk oluşturmaktadır (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008; Eskici ve ark., 2012; Dağlar ve ark., 2015; Körükcü ve ark., 2017; Özşahin ve ark., 2018).

Leigh ve Milgrom 'un (2008) 367 gebe üzerinde yaptığı randomize çalışmalarında düşük gelirli, özsaygısı düşük olan, anksiyete yaşayan, sürekli olumsuz düşünen, sosyal desteği az ya da hiç olmayan, istismar öyküsü olan gebelerin depresyon belirtilerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Köken ve arkadaşlarının (2008) 230 gebe üzerinde yaptığı bir çalışmada ise gebeliğin ilk trimesterinde şiddetli bulantı ve kusmanın gebelikte depresif belirti gösterme ile ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Prenatal depresyonu etkileyen sosyo-demografik faktörler incelendiğinde; gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında eğitim düzeyi, evlilik süresi, hane bireyi sayısı gibi unsurların etkili olduğu görülmüştür (Vırt ve ark., 2008).

Prenatal depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olan sosyal ve biyolojik faktörler sosyoekonomik seviye (Lorant ve ark., 2003), evlilik sorunları ya da partner yokluğu (Burcusa ve Iacono, 2007), düşük sosyal izolasyon, başlıca yaşam olayları, aile içi şiddet (Leigh ve Milgrom, 2008) gibi unsurları içerirken, psikolojik faktörler arasında depresyon öyküsü (Rich-Edwards ve ark., 2006) ve anksiyete (Milgrom ve ark., 2008) sayılabilir.

Depresyon için bir diğer risk faktörü de adölesan gebeliktir (Figueiredo ve ark., 2007). Gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkması hakkında 54 gebe ile yapılan randomize bir çalışmada; 17-40 yaş arası gebelere göre ergenlik çağındaki gebeler hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde anlamlı olarak daha fazla depresif belirti göstermişlerdir (Figueiredo ve ark., 2007). Aynı çalışmada depresif belirti gösteren ergen gebelerin daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duyabileceği de belirtilmiştir (Figueiredo ve ark., 2007). İkinci trimesterde olan 2178 gebe ile yapılan bir araştırmada ise küçük yaşta gebe kalma ve istenmeyen gebelik durumu ile depresyon belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Lau ve Keung, 2007).

Gebelik depresyonunu etkileyen sosyodemografik ve obstetrik faktörlerden bazıları üzerinde yapılan bir çalışmada; gebelik depresyonunun evlilik süresi ile pozitif, eğitim düzeyi ile negatif yönde bir bağıntısı olduğu saptanmıştır (Akbaş ve ark., 2008). Aynı çalışmada çekirdek ailede yaşayan gebelerde depresyon puanı geniş ailede yaşayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Akbaş ve ark., 2008).

Gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili bir diğer faktör de gebelerin gelir düzeyidir (Bödecs ve ark., 2009). Bunun hakkında yapılan bir çalışmada gelir getiren bir işte çalışmayan gebelerde depresyonun daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Bödecs ve ark., 2009). Bu çalışmayı destekler nitelikte olan bir diğer çalışmada gelir düzeyi yüksek gebelerin depresyon belirtileri, gelir düzeyi düşük gebelere oranla anlamlı biçimde azaldığı saptanmıştır (Leigh ve Milgrom, 2008).

Gebelikteki fizyolojik değişikliklerden biri olan kilo artışı, gebede memnuniyetsizlik yaratarak hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde depresif belirtileri arttırabilmektedir (Clark ve ark., 2009). Aktaş ve arkadaşları (2009) gebelerin,

gebelik sırasında kilo alma korkusunun depresyon belirtisi puan ortalamasını istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da arttırdığını saptamışlardır.

Prenatal depresyonun üzerinde durulması gereken önemli risk faktörlerinden biri de sosyal destek eksikliğidir (Vırit ve ark., 2008). Gebelerin sosyal destek alma durumları ile depresyon belirtileri geliştirmeleri arasında bir ilişki bulunmaktadır (Vırit ve ark., 2008). Aktaş ve arkadaşları (2009) gebelerin sosyal destek alma durumları ile depresyonları arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Sosyal destek varlığının, gebelik ve postpartum depresyonla ilişkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada gebelikte düşük düzeyde sosyal desteğe sahip olanlarda hem gebelik hem de postpartum depresyon riskinin anlamlı derecede arttığı gözlenmiştir (Xie ve ark., 2009). Sosyal desteğin eksikliği ya da yokluğu hem gebelik hem de postpartum depresyon için önemli risk faktörleridir. Gebelerdeki doğum korkusu da ayrıca önemli bir depresyon nedeni olabilmektedir (Sidebotham, 2008).

2.2.4. Prenatal Depresyonun Etkileri ve Sonuçları

Prenatal dönemde yaşanan depresiflik durumu maternal ve fetal sağlığı iki farklı yönden etkileyebileceği düşünülmektedir (Atasever ve Sis Çelik, 2018). Bunlardan ilki gebelik döneminde artan stresin biyolojik sistemler üzerine olan (artan stres hormonlarının vücut üzerine olan) doğrudan etkisidir. İkincisi ise; depresyon belirtileri yaşayan annelerde, prenatal kontrollere gitmeme, madde kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlarının ortaya çıkması sonucunda anne ve bebek sağlığının dolaylı olarak etkilenmesidir (Atasever ve Sis Çelik, 2018). Her iki şekilde de depresiflik sadece erken doğum ve düşük doğum ağırlığına değil, bebekte bazı anomalilere de yol açabilmektedir (Usta ve Balıkcı, 2012).

Prenatal dönemde artan stres annenin hipotalamik-pitüiter-adrenal aksını aktive edip, hipotalamustan kortikotropin releasing hormon (CRH) salınımını artırmaktadır (Madazlı, 2005). Hipotalamustan salgılanan CRH, hipofizden adrenocortikotropin hormon (ACTH) salınımını uyarır ve ACTH da böbreküstü bezinden kortizol ve nörepinefrin salınımını artırır (Madazlı, 2005). Bu stres hormonları, plasenta aracılığıyla fetüse geçmekte ve konjenital anomali, intrauterin gelişme geriliği vb. komplikasyonlara neden olabilmekte ve fetal gelişimi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Obela ve ark., 2005; Murphy ve ark., 2006; O'Donnell ve ark.,

2012; Rajani, 2017). Bunun yanında stres durumunda, plasentayı besleyen damarlar daralmakta ve uterusu giden kan akımı azalmaktadır (Atasever ve Sis Çelik, 2018).

Prenatal dönemdeki depresyonun ve depresif belirtilerin neden olduğu obstetrik komplikasyonlardan bazıları; preeklampsi riskinde artış, spontan abortus, doğum öncesi kanama, uterin arter direncinin artması, erken doğum, plasental anomaliler, operatif doğumlar, zor doğum ve epizyotomi oranında artmadır (Baibazarova ve ark., 2013; Graignic-Philippe ve ark., 2014; Bussi eres ve ark., 2015; Staneva ve ark., 2015). Bununla birlikte, prenatal stresin doğum eyleminin s uresinde uzama veya kısılma, malprezentasyon, erken membran r  pt r  ve mekonyum aspirasyonu gibi doğum komplikasyonlarıyla da ili şkili olduğu bilinmektedir (Baibazarova ve ark., 2013; Graignic-Philippe ve ark., 2014; Bussi eres ve ark., 2015; Staneva ve ark., 2015).

Literatürde stresli bir gebelik dönemi geçiren kadınların bulantı-kusma gibi gebeliğe ba lı görülen fiziksel şikayetlerinin arttığı, bu gebelerin daha fazla sağlık kurumuna başvurdukları, daha fazla doğum korkusu yaşadıkları, stresli gebelerin daha çok sezaryen doğum yaptıkları ve doğum esnasında daha fazla epidural anesteziye başvurdukları belirtilmektedir (Shishehgar ve ark., 2014; Bussi eres ve ark., 2015; Pearlstein, 2015). Lilliecreutz ve ark. (2016) yaptıkları vaka kontrol çalışmasında; gebeliğinde stres ya amı  kadınların %54'ünün preterm doğum yaptığını tespit etmişlerdir.

Gebelikteki depresyonun doğum eylemine yönelik olumsuz sonuçlanması (erken doğum, zor doğum, cerrahi müdahalelerde artış gibi) daha çok ikinci ve üçüncü trimester sırasında ortaya çıkan depresyonlarla ilişkilendirilmektedir (Bowen ve Muhajarine, 2006; Diego ve ark., 2009; Pearlstein, 2015) Ayrıca, tedavi edilmeyen depresyon gebede kardiyovasküler problem ve irritabl bağırsak sendromu riskini de artırmaktadır (Bowen ve Muhajarine, 2006).

Depresif annelerin; gebeliği sırasında sağlık çalışanlarından daha az bakım aldığı ve kendi öz bakımına daha az  zen gösterdiği belirtilmektedir (Yanikkerem ve ark., 2013). Antenatal bakımdaki bu yetersizlik sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla görülebilmektedir (Sidebotham, 2008; Raynor ve Oates, 2009). Literatürde; antenatal depresyon yaşayan gebede bulantı ve kusma, mide ağrısı,

solunum problemleri, gastro-intestinal sistem yakınmaları, kalp çarpıntısı ve baş dönmesi sorunları daha sık ortaya çıkmaktadır (Bowen ve Muhajarine, 2006; Sidebotham, 2008; Raynor ve Oates, 2009).

Culhane ve arkadaşlarının (2001) 454 gebe kadınla yaptıkları çalışmada; sosyodemografik ve davranışsal risk faktörleri kontrol altına alındığında, erken gebelik döneminde yüksek stres yaşayan kadınlarda düşük stres yaşayanlara oranla bakteriyel vajinozis görülme oranının arttığını tespit etmişlerdir. Prenatal depresyon annenin duygu durumunu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz etkiler ve sonuçlar doğurabileceği ve tedavi edilmediğinde maternal morbidite ve mortalite hızını (intihar girişimleri dahil olmak üzere) arttırdığı bilinmektedir (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008; Brenda ve ark., 2009; Muzik ve ark., 2009).

Stresin fetal/neonatal etkileri ise; prematüre doğum, fetal kalp atım hızında değişiklik, fetal aktivitede değişiklik, düşük APGAR skoru, düşük doğum ağırlıklı bebek, gestasyon yaşına göre küçük fetüs, yoğun bakım gerektiren bebek, enfeksiyonlar, intrauterin gelişme geriliği, fetal ölüm ve bebek mizacında olumsuz reaktivitedir (Baibazarova ve ark., 2013; Gaignic-Philippe ve ark., 2014; Bussi eres ve ark., 2015; Staneva ve ark., 2015).

Kordon kanındaki l okositlerdeki telomer uzunluğundaki bir değişikliğin, gebeliğe özgü stres ile ilişkili olduğunu gösteren bir çalışmanın sonucunda; prenatal strese maruz kalmanın daha kısa telomer uzunluğuyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Entringer ve ark., 2011). Telomer kısalmasının insan hücresinin ömür uzunluğunun kısalmasında evrensel bir rol oynadığı ve bu durumun da yaşlanma üzerindeki rolleri yapılan çalışmalarla doğrulanmıştır (Entringer ve ark., 2011).

Prenatal dönemde yaşanan stres çevresel koşullara bağlı olarak fetüsün yaşamının ilerleyen dönemlerinde bilişsel ve psikolojik problemler yaşama olasılığını arttırmaktadır (Bock ve ark., 2015). Doğum  ncesi dönemde yaşanan stres çocuklukta görülen sosyal ve emosyonel problemlerle de ilişkilidir (Glover, 2014; Pearlstein, 2015; Polanska ve ark., 2017). Çocuklukta görülebilecek bu problemlerden bazıları; dil gelişiminde gecikme, çocuğun bilişsel, davranışsal ve psikomotor gelişimde gecikme, okul başarısında düşme, sosyal gelişimde gecikmeler, düşük entelektüel zek  düzeyleri, öğrenme ve hafıza eksiklikleri, , dikkat

eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur (Talge ve ark., 2007; Glover, 2014; Pearlstein, 2015; Polanska ve ark., 2017). Ayrıca, stresli bir gebelik dönemi geçiren annelerin çocukları otizm, şizofreni, öğrenme ve davranış bozuklukları gibi mental sağlık sorunları yönünden de risk altındadır (Kinney ve ark., 2008; Bock ve ark., 2015).

Betts ve arkadaşlarının (2015) 3099 annenin 21 yaşına gelmiş çocuklarını inceledikleri kohort çalışmasında; gebeliğinde stres yaşayan annelerin çocuklarında davranış problemleri ve depresif belirtilerin görülme oranının arttığını; Niederhofer ve Reiter (2004) ise doğum öncesi stres yaşayan annelerin 6 yaşına gelmiş çocuklarının okul başarılarının diğer çocuklara oranla düşük olduğunu bulmuşlardır. Davis ve Sandman (2010) yaptıkları araştırma sonucunda; doğum öncesi stres yaşamış annelerin çocuklarını 3, 6 ve 12 aylıkken değerlendirdiklerinde bu çocukların mental ve motor gelişiminde aksaklıklar olduğunu saptamışlardır. Laplante ve arkadaşları (2008) gebelik döneminde stres yaşamış annelerin 2 yaşına gelmiş çocuklarının %12'sinin dil gelişiminde gecikme olduğunu tespit etmişlerdir. Walder ve arkadaşları (2014) gebeliği sırasında strese maruz kalmış annelerin 6 yaşına gelmiş çocuklarını incelemiş ve gebeliğin ilk trimestrinde yüksek strese maruz kalan annelerin çocuklarının otizm spektrum değerlendirme ölçeği skorlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Stresli annelerden doğan çocuklarda ilerleyen yaşlarda hipertansiyon, obezite, tip II diyabet ve atopik bünyeye sahip olma riski artabilmektedir (Madazlı, 2005). Bu hastalıkların görülme olasılığının artma nedeninin annenin doğum öncesi yaşadığı stresin, plasentadaki DNA mutilasyonu ve gen ekspresyonunda epigenetik etkilere neden olabileceği tahmin edilmektedir (Flanigan ve ark., 2016).

Andersson ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada, maternal stresin çeşitli atopik bozukluklarla (astım, alerjik rinit, atopik dermatit) ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Bunların yanı sıra literatürde annede kilo alımı yetersizliği, daha önceden kronik hastalığa sahip olma, madde kullanımı, aile içi şiddet ve çocuk sayısının fazla olmasının gebelik stresi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Aliyu ve ark., 2010; Keegan ve ark., 2010; Woods ve ark., 2010). Bunların yanı sıra depresyonda olan kadında, iştah azlığından dolayı gebelik boyunca kilo alımı daha az

olabilir. Ayrıca beslenme bozukluğuna bağlı fetüste intrauterin gelişme geriliği görölme riski artmıştır (Sidebotham, 2008).

Gebelikte depresyon tanısı alan kadınlarda erken doğum görölme oranı depresyon yaşamayan kadınlara göre %13 daha fazla bulunmuş ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranının da %15 arttığı bildirilmiştir. Aynı çalışmanın bir başka bulgusuna göre ise, bunların yanı sıra gebelik depresyonunun tüm bu olumsuz sonuç ve etkilerinin gebelik sonrası (postpartum) depresyon riskini yaklaşık 6,5 kat artırdığı saptanmıştır. Postpartum depresyonun devamı ise infantta gelişim geriliği ile ilişkili bulunmuştur (Evans ve ark., 2011).

Depresyon belirtileri olan kadınlarda fetüsün büyüme hızı daha yavaş, gebelik haftasına göre daha küçük ve düşük doğum ağırlıklı doğma oranı daha yüksek olduğu görölmüştür (Diego ve ark., 2009). Yine aynı çalışmada, gebelik depresyonu tanısı alanlarda prenatal kortizol düzeylerinin daha yüksek, fetüsün büyüme hızının daha yavaş ve gestasyon haftasına göre daha küçük ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranının daha yüksek olduğu görölmüştür (Diego ve ark., 2009). Rahman ve arkadaşları (2007) depresyondaki annelerin bebeklerinin ağırlıklarının depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1.9 kat daha düşük bulmuşlardır. Stewart (2005) depresif annelerin bebeklerinin artmış kortizol ve katekolamin düzeylerine bağlı olarak doğum sonrası daha sık ağladığını, daha geç avunduğunu ve daha geç uykuya daldıklarını belirtmiştir. Bu annelerin intrauterin dönemdeki bebeklerinin hiperaktif ve fetal kalp atımlarının normalin üzerinde olduğu, yenidoğan döneminde de düşük apgar skoru ile doğdukları ve daha fazla oranda yoğun bakım ünitelerine başvurdıkları saptanmıştır (Raynor ve Oates, 2009).

Gebelik dönemi depresyonunun bir diğer olumsuz yanı da olguların yaklaşık yarısında depresyonun doğum sonrasında da devam etmesidir (Evans ve ark., 2011). Yani gebelik sırasındaki tedavi edilmemiş depresyon, postpartum depresyon için bir risk faktörüdür (Yanikkerem ve ark., 2013). Gebelik sırasında tanılanamayan ve tedavi edilemeyen depresyonun anne ve bebek sağlığı açısından yıkıcı etkileri olabilir (Yanikkerem ve ark., 2013). Annelerde yetersiz beslenme, yetersiz doğum öncesi bakım alma, antenatal kontrollerini zamanında yaptırmama, sigara, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi sorunlara yol açabilir (Yanikkerem ve ark., 2013). Bu nedenle gebelik döneminde kadınlarda depresyon semptomlarının görölme durumu

belirlenmeli ve depresyon semptomları ile gebelikte sağlık uygulamaları arasındaki ilişki belirlenmelidir (Yanikkerem ve ark., 2013).

2.2.5. Prenatal Depresyonda Bakıma Yönelik Uygulamalar

Farmakolojik olmayan (nonfarmakolojik) bakıma yönelik çalışmalar sınırlıdır. Elektrokonvülsif Terapi (EKT), akupunktur, yoga, egzersiz, masaj teknikleri, meditasyon, hipnoterapi, progresif kas gevşeme egzersizleri ve diyafragmatik solunum egzersizleri, aromaterapi, bitkisel ilaç kullanımı, beslenme (özellikle omega-3), vitamin ve mineraller gebelik depresyonunda uygulanan başlıca farmakolojik olmayan bakıma yönelik yöntemlerdir (Dimidjian ve Goodman, 2009; Amanak ve ark., 2013; Tragea ve ark., 2014; Yıldırım ve ark., 2016). Bu yöntemler sırt ağrısı, bacak krampları, yorgunluk, mide şikayetleri gibi gebelikle ilgili yakınmaların tedavisinde de kullanılmaktadır (Amanak ve ark., 2013).

Chang ve arkadaşları, psikoterapi, BDT ve müzik dinlemenin prenatal depresyonu iyileştirmede yarar sağladığını bildirmişlerdir (Chang ve Chan, 2008). Literatürde gebelere yapılan masajın ve EKT uygulamasının depresif belirtileri azalttığı ya da tamamen ortadan kaldırdığı belirtilmektedir (Nayak ve ark., 2010). 2010 yılında 16 sağlıklı gebe ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada yoganın fiziksel ağrı (özellikle bel ağrısı), algılanan stres ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Beddeo ve ark., 2010). Tragea ve arkadaşları (2014) gebelik stresinin azaltılmasında bir stresle yönetim programının etkinliğini değerlendirildiği çalışmada gebeliğinin ikinci trimesterinde olan 60 primipar gebe 6 hafta boyunca stres yönetimi programı dahil edilmiştir (gevşeme ve nefes egzersizleri vb.). Sonuçta girişim grubundaki gebelerde algılanan stresin azaldığı görülmüştür (Tragea ve ark., 2014).

Gebelik sırasında yapılan yoganın birçok faydası bulunmaktadır (Rathfisch, 2015). Literatürde gebelik yogasının gebelikte hipertansiyon, gestasyonel gebelik, fetal gelişim, diyabet ve depresyon üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Rakhshani ve ark., 2012; Field ve ark., 2013). Gebelikte yapılan yoga özellikle son aylarda hissedilen krampları ve oluşan ödemleri azaltır, karın kaslarını güçlendirerek ve masaj etkisi yaparak bağırsak hareketlerini hızlandırır, iştahın kontrol altına alınmasında rol oynar (Amanak ve ark., 2013). Yoga gebelikte, uterus ve perine kaslarını güçlendirmek ve omurgayı desteklemenin yanında zayıf kan dolaşımı, kan basıncı dalgalanmaları, aşırı kilo alımı, yorgunluk, ödem ve idrar problemleri gibi

gebeliğin yaygın sağlık sorunları ile başa çıkmada da etkili olmaktadır. Bu yararların yanında duruş ve dengenin gelişmesi, hormonların uyarılması, dolaşımın düzenlenmesi, duygudurum bozukluklarının azaltılması, uykunun düzenlenmesi ve nefes farkındalığının sağlanmasını da sağlamaktadır (Rakhshani ve ark., 2012; Field ve ark., 2013; Rathfisch, 2015).

Meditasyon düşüncelerin arkasında yer alan durumların farkına varma, yoğunlaşma ve manevi/spiritüel dinlenme olmak üzere bireylerin 3 alanda gelişmesine olanak veren bir uygulamadır (Nurriestams ve Nurriestams, 2013). Bu becerileri edinmek bireyin düşünceler tarafından esir alınmasının önüne geçer (Nurriestams ve Nurriestams, 2013). Zihnin tanıklık ettiği düşüncelerden ziyade içsel durgunlukta ürettiği düşüncelerin farkına varmasını sağlar (Nurriestams ve Nurriestams, 2013). Farkındalık ve meditasyon doğrudan ve dolaylı olarak etki ederek iyilik halini artırır; depresyonun azalmasını, sakinlik ve dinginliğin de gelişmesini sağlayabilir (Zerbo ve ark., 2017). Meditasyonun bazı türlerinde uygulayıcılar farkındalık kazanımları ile yemek yeme, çalışma vb. gibi meditasyon olarak değerlendirilmeyecek olan aktivitelerde bile pozitif duygularda artış gözlenebilmektedir (Zerbo ve ark., 2017). Düzenli yapılan meditasyon ile duygu durum bozuklukları ve anksiyete düzeylerinin azaldığı gösterilmiştir (Basso ve ark., 2009).

Gebelikte bitkisel ilaç kullanımının yaygınlığının gebelikte %18 ile %56 oranları aralığında olduğu bildirilmektedir (Yıldırım ve ark., 2016). Bununla birlikte, birçok gebe kadın, bir sağlık hizmetleri uzmanının tavsiyesi veya rehberliği olmadan bitkisel sağlık ürünlerinin kullanımına başlamaktadır (Yıldırım ve ark., 2016). Gebelikte bitkisel ilaçların reçeteli ilaçlara göre daha doğal, güvenli ve dolayısıyla zararsız olduğu varsayımı gebe kadınların bitkisel ilaçları tercih etmelerine yol açmaktadır. Bununla birlikte, bu bitkisel maddelerin çoğu, güvenli ve olumsuz etkilerden arınmış olup olmadıkları konusunda tam olarak yeterli çalışmalar yapılmamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, dünyadaki insanların yaklaşık %80'i belirli hastalıkları önlemek veya tedavi etmek ve genel durumu iyileştirmek için çeşitli bitkisel ilaçlar kullanmaktadır.

Tamamlayıcı ve alternatif terapilerin kullanımını, etkilerini, risklerini ve güvenlik sorunlarını ele alan niceliksel ve niteliksel çalışmalar yürütmek ve kanıt temelli bilgi

oluşturmak için ebelere/hemşirelere büyük bir sorumluluk düşmektedir (Hajbaghery ve Mokhtari, 2018).

2.2.6. Prenatal Depresyonun Önlenmesi ve Belirtilerinin Azaltılmasında

Ebe/Hemşirenin Rolü

- Gebelikte depresyon belirtilerinin azaltılması ve depresyonun önlenmesinde sağlık uygulamalarının geliştirilmesi için gebe poliklinikleri ve aile sağlığı merkezleri gibi anne-çocuk sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşirelerin gebelikte yapılan sağlık uygulamalarının üzerinde önemle durması, gebelikte yapılması gereken sağlık uygulamalarına yönelik danışmanlık yapmaları ve eğitim vermeleri ve gebelerin bilgi eksikliklerinin giderilmesi konusunda cesaretlendirilmelerinin sağlanması önerilebilir (Atasever ve Sis Çelik, 2018).
- Sağlık çalışanları gebe kadını fiziksel ve mental yönden değerlendirmeli, gebelikte ruhsal sorunların belirti ve bulgularını bilmeli ve bunlarla baş etme yaklaşımlarını uygulayabilmelidirler (Ortaarık ve ark., 2012). Ayrıca bu sorunların erken dönemde tespiti için etkin tarama yöntemlerini geliştirilmeli, gebeler fiziksel ve psikolojik yönden detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir. Bu şekilde gebelikte ruhsal sorunlar erken dönemde tespit edilip, tedavi edilebilir (Koyun ve ark., 2011).
- Ebe ve hemşireler; gebelik sürecinde sık karşılaşılabilen anksiyete, aile içi süreçlerde değişim, bilgi eksikliği, beden imajında bozulma gibi sorunlara karşı sürecin işleyişini bilmeli, uygulamalı ve bakımın sonuçlarını değerlendirmelidir (Koyun ve ark., 2011). Gebelikte strese neden olan faktörlerin erken dönemde saptanarak ölçülebilmesi, uygun şekilde müdahaleye imkan sağlayarak gebelik sonuçlarına olumlu katkı sağlayacaktır (Ortaarık ve ark., 2012).
- Gebelere depresyon belirtilerinin azaltılması için düzenli egzersiz yapmaları gerektiği anlatılmalı ve egzersiz programları hazırlanmalıdır (Ünver ve Aylaz, 2017). Yapılan çalışmalarda, gebelikte ve postpartum dönemde düzenli egzersiz yapan kadınlar, kendilerini daha enerjik hissettiklerini, morallerinin daha yüksek olduğunu ve fiziksel aktivitenin daha iyi görünüm sağladığını ifade etmişlerdir (Ünver ve Aylaz, 2017).
- Gebelikte depresyon belirtilerinin azalması için gebe okullarının sayılarının artırılması, bu okullara katılım oranlarının artırılması, bu okullarda görev alacak sağlık profesyonellerinin güncel literatür doğrultusunda bilgilerini arttırmaları

gerekmektedir (Miquelutti ve ark., 2013). Anne adaylarının eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı bebek, sağlıklı gebelik için gebe eğitimine katılma oranının arttığı söylenebilir (Miquelutti ve ark., 2013).

- Gelişmekte olan ülkelerde gebelik, doğum ve lohusalık dönemine ait önlenabilir sorunlardan dolayı yaşam kalitesinde bozulma, anne ve bebek ölümleri meydana gelebilmektedir (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018). Bu durum ülkemiz için de sorun oluşturduğundan önüne geçebilmek için yapılacak öncelikli uygulama gebelik, doğum ve lohusalık dönemine ait bilgiler içeren kapsamlı eğitim ve destek vermek olmalıdır (Çakırer ve Çalışkan, 2010; Altuntuğ ve Ege, 2013).
- Günümüzde önemli yer tutan gebe eğitim sınıfları ebeveynlerin gebelik, doğum, lohusalık dönemlerine uyum sağlamasını kolaylaştırmakta çiftleri ebeveynlik sürecine hazırlamakta, eşler arasındaki uyumu artırmakta ve anksiyeteyi azaltmaktadır (Davis, 2004; Crawford, 2009). Ayrıca, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde eğitim alan kadınların gebelik ve doğum sonu yaşam kalitesini olumlu algıladıkları (Miquelutti ve ark., 2013; Okumuş ve ark., 2015) doğum korkusu, doğum ağrısı gibi problemlerle baş etmeyi öğrendikleri ve gebeliğe ait daha az stres yaşadıkları görülmektedir (Firouzbakht ve ark., 2013; Dinç ve ark., 2014). Bu doğrultuda eşlerle birlikte verilecek gebe eğitimleri ile doğum öncesi bakım kalitesinin yükseltilmesi, eşlerin uyumunun kolaylaşması, destek mekanizmalarının devreye girmesi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaltılması beklenmektedir (Firouzbakht ve ark., 2013).
- Gebelere yönelik doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılması depresyon belirtilerinin azaltılmasına katkı sağlamasının yanında, doğuma yönelik kaygıları azaltıp normal doğumun teşvikini de artırabilecektir (Okumuş ve ark., 2015). Doğuma hazırlık kurslarının gebeler üzerine etkisinin incelendiği çalışmalarda; kursu alan gebelerde kaygı ve depresyonun kursu almayanlara göre daha az olduğu sonucuna varılmıştır (Ayan ve ark., 2009).
- Doğuma hazırlık eğitim programlarının yaygınlaştırılarak, gebe ve eşlerin stresinin azaltılması ve yeni rollerine hazırlanması sağlanmalı, toplumda adölesan gebelerin tespit edilerek yanlış bilgilerin düzeltilmesi adına ayrıntılı görüşmeler yapılmalıdır (Atasever ve Sis Çelik, 2018).

- Toplumda depresyona yatkın ve depresyon riski altında olan gebeler ebe/hemşireler tarafından tespit edilip depresyon belirtilerinin azaltılarak bu dönemlere ait fiziksel ve psikolojik uyumun kolaylaştırılması sağlanmalıdır (Atasever ve Sis Çelik, 2018).
- Depresyon belirtilerini azaltmanın bir yolu da sorunlu gebeliklerin, istenmeyen evlilik ve istenmeyen gebelik problemlerinin en aza indirilmesi için üreme sağlığı ve evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin verilmesidir (Atasever ve Sis Çelik, 2018). Aynı zamanda doğum sonrası bakım ve aile planlaması eğitimi planlanarak kadına kendisi için en uygun olabilecek doğum kontrol yöntemini seçme konusunda yardımcı olunmalı ve istenen gebeliklerin yaşanması sağlanmalıdır (Karaçam ve Şen, 2012).

2.3. Gebelik ve Sağlık

“Sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, beden, ruh ve sosyal yönden tam iyilik durumudur” (WHO, 1948). Kadın sağlığı “toplumda her yaştaki tüm kadınları kapsayan geniş bir sağlık hizmet alanıdır”. Kadın sağlığı, aile sağlığını, dolayısıyla toplum sağlığını ilgilendiren bir kavramdır (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018). Ana Sağlığı: “15-49 yaş grubundaki kadınların gebelik, doğum, doğum sonu dönemlerindeki sağlık hizmetlerini içerir”. Bugün, sağlık hizmetlerinin planlanmasında, "kadın sağlığı" kavramı ön planda tutulmaktadır (MEB, 2012).

Kadınlar intrauterin yaşamda dahil olmak üzere çocukluk, ergenlik, erişkinlik dönemlerine kadar erkeklerden daha fazla sağlık problemine maruz bırakılmaktadır (Atasever ve ark., 2018). Dünyada kadınların şiddet, aşırı iş yükü, yoksulluk gibi olumsuz hayatları sebebiyle psikolojik sorunlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Kadınlarda depresyon görülme oranı erkeklere oranla 1.7-2.7 kat daha fazladır (Koyun ve ark., 2011).

Üreme sağlığı ile ilgili sorunları yaşama olasılıkları kadınların erkeklere oranla daha yüksektir bu oran kadınlarda %36,6 iken erkeklerde %13,3'tür. Üreme sağlığı sorunları ise kadınlarda stres ve anksiyeteye sebep olmaktadır (Koyun ve ark., 2011). Kadın, bu dönemi yaşamında değişiklik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak değerlendirilebilir (Dağlar ve ark., 2015). Gebe yaşanan bu kriz dönemine uyum sağlayacağı gibi uyum sağlayamama sorunu da yaşayabilmektedir

(Dağlar ve ark., 2015). Gebelik kadın hayatında bir stres dönemi olarak görülebilir ve sıklıkla stres ve depresyonla birleşir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011). Gebelerde doğum ağrısı, zor doğum, kendi ve bebeği için ölüm korkusu, iyi anne olamayacağı kaygısı, annenin doğumdan sonra işini bırakmak ya da işine ara vermek zorunda olması, ailenin ekonomik bir yükün altına girmesi gibi nedenler stres ve depresyona neden olabilmektedir (Atasever ve ark., 2018).

Gebelik, doğum ve doğum sonrası oluşan komplikasyonlar, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadınların en önemli ölüm ve sakatlık nedenleri arasındadır (Aydemir ve Hazar, 2014). Anne ölüm oranı DSÖ 2015 sağlık verilerine göre; “dünya genelinde 100 000 canlı doğumda 210’dur” (WHO, 2015). Gelişmiş ülkelerde anne ölüm oranı “100.000 canlı doğumda 16 iken gelişmekte olan ülkelere ise 230’dur (Avrupa 17, Batı Pasifik 45, Amerika 68, Doğu Akdeniz 170, Güneydoğu Asya 190) (WHO, 2015). Türkiye’de ise anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 13,6’dır (TNSA, 2018). Gebeliğe bağlı anne ölüm oranı %74.2, tesadüfi nedenlerden ölen anne ölüm oranı %23.2’dir. Gebeliğe bağlı ölümlerin %58.4’ü doğrudan, %15.8’i de dolaylı nedenlerden dolayı meydana gelmektedir (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018).

Sağlıklı annelerden sağlıklı çocuklar, sağlıklı çocuklardan ise sağlıklı bir gelecek ve toplum oluşmaktadır. Bu sebeple anne sağlığı özelde anne, çocuk sağlığını ilgilendirirken, genelde ise aile ve toplum sağlığını yakından ilgilendirmektedir (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014).

2.4. Gebelikte Sağlık Uygulamaları

Gebelik sırasında kadının kendi sağlığı ve fetüs / yenidoğanın sağlığı dahil, gebelik sonuçlarını etkileyebilecek sağlık uygulamaları kadınlar için önemlidir (Yanikkerem ve ark., 2013). Gebelik döneminde kadınların uyguladığı sağlık davranışları; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığında önemli bir rol oynar (Yanikkerem ve ark., 2013). Gebelik sonuçları için önemli olan sağlık uygulamaları prenatal bakım sırasında tanınmış ve kazandırılmış olmalıdır (Yanikkerem ve ark., 2013). Bu uygulamalar; dengeli beslenme ve yeterli kilo alma, düzenli egzersiz, diş bakımı, gebelik ve doğum hakkında eğitim, sigara içmeme, alkol - yasa dışı maddeler ve ilaç kullanmama ve riskli seksüel davranışlar ve

enfeksiyon ajanlarına maruz kalmaktan kaçınma gibi konuları içermelidir (Youngkin and Davis, 2004; Lindgreen, 2005; Yanikkerem ve ark., 2013).

Gebelerin sağlık uygulama davranışlarını olumlu ya da olumsuz olarak etkileyen faktörler; gebe kadının yaşı, ekonomik durumu, yaşadığı yerin özellikleri, gebeliğin istendik ve planlı olması, eğitim seviyesi, gebelik sayısı, sağlık güvencesinin varlığı, sosyal destek varlığı ve gebelikteki stres faktörleri gibi değişkenlerdir (Pallikadavath ve ark., 2004). Harley ve Eskenazi (2006) sosyal desteğin; gebelerin daha kaliteli beslenmelerine, vitamin desteklerini almalarına ve sigara içimini azaltmalarına etkisi olduğunu belirlemişlerdir. Bazı alanlardaki sağlık uygulamalarının yetersiz olması anne ve yenidoğan üzerinde direk olumsuz etkiye sahipken (sigara içme vb.), bazı yetersiz uygulamaların dolaylı etkileri vardır (dengesiz beslenmeye bağlı annenin aşırı kilo alımı vb.) (Yanikkerem ve ark., 2013). Gebelik dönemindeki sağlık uygulamalarının yetersiz olması fetüs ve yeni doğanlarda düşük doğum ağırlığına, konjenital anomalilere, spontan düşüklere, anne üzerinde de hemorajiye, müdahaleli doğumlara ve rahatsızlığın artmasına neden olabilmektedir (Lindgren, 2003; Marakoğlu ve Sezer, 2003; Fowles ve Murphey, 2009). Olumsuz sağlık davranışları devam ederse doğumdan sonra annede obezite, kalp hastalıkları, diyabet ve kanser gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir (Yanikkerem ve ark., 2013).

Yüksek kalitede sağlık uygulamaları gebelik sonuçlarının olumlu olmasıyla ilişkiliyken, riskli sağlık davranışları olumsuz sonuçlarla bağlantılıdır (Yanikkerem ve ark., 2013). Olumsuz yapılan bir sağlık davranışı birden fazla olumsuz sonucun doğmasına neden olabilir (Lindgren, 2005). Diğer taraftan bazı olumsuz sağlık davranışları da bir arada olduğunda komplikasyonların artmasına neden olur (Pinto ve ark., 2005). Örneğin sigara içen ve gebelik süresince yeterli kilo alamayan gebelerin, sigara içen fakat gebelik süresince önerilen kiloyu alan gebelere göre düşük doğum ağırlıklı bebeklere sahip olma olasılıklarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Youngkin ve Davis, 2004). Downs ve Hausenblas'ın 2004 yılında yaptıkları çalışma sonucunda; ailesel desteğin gebelerin egzersiz yapma davranışını artırmada önemli rol oynadığı belirlenmiştir. Özkan ve Mete'nin (2010) yaptıkları çalışmada, plansız ve istenmedik gebeliği olan gebe kadınlarda yeterli kilo alımının olmadığı, önerilen vitamin ve folik asit desteğinin alınmadığı ve sigara içme oranının yüksek bulunduğu görülmüştür. Sönmez ve Aksakoğlu'nun (2005) çalışmasında,

öğrenim düzeyi yüksek ve sağlık güvencesi olan gebelerin tetanoz aşılama oranının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün 2018 yılında yayınladığı Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesinde yer alan Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi'nde de gebelere beslenme ve diyet, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, gebelikte cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, sigara alışkanlığı, alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımı, tetanoz toksoid immünizasyonu, gebelikte tehlike işaretleri gibi konularda danışmanlık ve eğitim verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Ancak yapılan çalışmalar gebe kadınların sağlık uygulamalarını geliştirmeye yönelik olan bu eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin ülkemizde yeterli düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır (Beşer ve ark., 2007; Kılıç, 2009; Kısacık ve Gölbaşı, 2009; Omaç ve ark., 2009).

2.4.1. Prenatal Bakım Alma Davranışı ve Doğum Öncesi Bakım

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde gebe ve eşi özellikle de ilk defa anne baba olacak çiftler kaygı, stres, korku, bilgi eksikliği ve baş edememe gibi sorunlarla karşılaşabilirler (Arslan ve ark., 2019). Bu sürecin aşılmasında yapılacak en doğru yol gebelik döneminde yeterli eğitim almaktır (Arslan ve ark., 2019). Prenatal bakımın temel amacı; anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, ailenin fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak uyumunun sağlanması, önceden var olan ya da bu dönemde karşılaşılabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmek, gebenin yanlış alışkanlıklarını bırakmasına yardımcı olmak, doğrularını pekiştirmek, yeni bilgiler kazandırmak, aileyi yeni rollerine ve yeni üyelerine hazırlamaktır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Gebelik dönemde yapılan eğitimler ile anne ve baba adayının gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgileri artar, yeni durumlarla daha kolay baş ederler, anne ve fetus sağlığı olumlu yönde etkilenir (Arslan ve ark., 2019). Prenatal dönemde verilen eğitimler gebe ve ailesinin fiziksel ve psikososyal açıdan uyum sağlayabilmeleri için bakım ve destek gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmektedir (Karaçam ve Akyüz, 2011). Kadına gebeliği süresince verilen gebelik ve doğuma hazırlık eğitimleri, verilen destek ve danışmanlık oldukça önemlidir. Burada eğitimci olan ebe ve hemşireler de kilit rol oynamaktadırlar (Alioğulları ve ark., 2016).

Gebelikte kontroller, herhangi bir sorun yoksa ilk gebelik tanısı konulduktan sonra 28. haftaya kadar (yedinci ay) ayda bir, 28-36. haftalar (sekiz, dokuzuncu ay) arasında iki haftada bir, 37. haftadan (10. ay) doğuma kadar haftada bir olmak üzere yapılmaktadır (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018). Standart bakım modeline göre doğum öncesi muayene sayısı 11 olmalıdır. Bu gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık eklenerek 12 olabilir (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018). Multiparlarda muayene sayısı yedi ile sınırlanabilir. Sonuç olarak gebelik izlemleri koşullara ve gebenin özelliklerine göre artırılabilir ya da azaltılabilir (Mete, 2015).

TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde kadınların %96'si doğum öncesi bakım hizmeti almaktadır (TNSA, 2018). Prenatal bakım, doğum öncesinde düzenli olarak verilen koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır (Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018). Ülkemizde yıllara göre doğum öncesi bakım alan kadınların oranı artış göstermektedir. Prenatal bakım alan kadınlar, gebeliği daha kısa sürede kabullenmekte, gebeliğe ve annelik rolüne daha kolay uyum sağlamaktadır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014).

Literatürde, doğum öncesi eğitim alan, doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin doğuma uyum süreçlerinin daha iyi ve doğumu algılamalarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Arslan ve ark., 2019). Çalışmalar yeterli düzeyde doğum öncesi bakım ve eğitim/danışmanlık alan gebelerin, gebelikteki değişikliklere kısa sürede uyum sağladıklarını, öz bakımlarını gerçekleştirebildiklerini, annelik rolüne kolay hazırlanabildiklerini göstermektedir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014).

Doğum öncesi eğitim programları ve doğuma hazırlık sınıflarının diğer faydaları;

- Gebenin diğer gebelerle karşılıklı deneyimlerini paylaşarak endişelerini giderme imkanı sağlar (Karaçam ve Akyüz, 2011).
- Hekime sormaktan çekindiği sorulara cevap bulma şansı verir (Arslan ve ark., 2019).
- Duygu-durum değişikliklerini ve kaygılarını tecrübeli insanlarla paylaşma olanağı sağlar (Arslan ve ark., 2019).

- Gebenin bilgilerini artırarak çeşitli beceriler kazandırır böylece kontrolün onda olduğunu hissettirerek, korkularıyla başa çıkma becerisini geliştirir (Arslan ve ark., 2019).
- Çiftler için stres ve endişeden uzak mutlu bir doğum deneyimi yaşama şansı verir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014).
- Annede lohusalık depresyon riski ihtimalini azaltmaya yardımcı olur ve baş etme becerileri kazandırır (Arslan ve ark., 2019).
- Babanın gebelik sürecine katılması sağlanmış olur. Böylelikle baba doğum esnasında etkin bir koç olabilir (Bayram ve Şahin, 2010).
- Doğuma hazırlık eğitimi ile kadınlar artık gebelik sürecinde doğumun merkezinde olmayı istemekte, doğum stresıyla ilaçlar dışında, kendi becerileri ve öğrendikleriyle doğumu güzel bir deneyim olarak yaşayıp bu deneyimi eşleri ile paylaşmayı istemektedirler (Coşar ve Demirci, 2012; Beji ve Dişsiz, 2015).
- Doğum öncesi bakım sırasında gebelikteki risklerin erken dönemde tespit edilmesi ile annenin yaşam kalitesi yükseltilebilir ve anne ölümleri azaltılabilir (Mete, 2015).

Gebelik dönemini sağlıklı geçirebilmek için doğum öncesi dönemde doğru bilgi kaynaklarından güvenilir bilgi almak önemlidir (Arslan ve ark., 2019). Düzenli sağlık kontrollerine gidilmesi, doğru beslenme ilkelerinin uygulaması, normal gebelik seyrinin ve olası gebelik komplikasyonlarının bilinmesi, bilgi alınacak kaynağın doğru seçilmesi, bebeğin gelişiminin gestasyonel haftayla uyumlu olduğunun bilinmesi, lohusalıkta sütün kaliteli olmasını sağlamak için gebelik ve öncesi dönemde beslenme alışkanlığında düzenlemeler yapılması önemlidir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Alioğulları ve ark., 2016; Arslan ve ark., 2019). Bu konular hakkında doğru sağlık uygulamaları kazanmak gebelerin eğitimiyle mümkün olmaktadır (Ölçer ve Oskay, 2015).

2.4.2. Gebelikte Dinlenme ve Uyku

Uyku ve dinlenme kadının yaşam kalitesini ve iyilik halini etkileyen en önemli fizyolojik gereksinimlerden biridir (Aydemir, 2014). Kadınlar gebelikte metabolizma hızlarının artmasıyla birlikte gebelikten önceki döneme göre daha fazla uykuya ihtiyaç duyarlar. Gebenin en uygun uyku pozisyonu, sol yana yatması ve hafif

bükülmüş sağ bacağın altına bir yastıkla desteklenmesi şeklindedir (Ölçer ve Bozkurt, 2015).

Gebelikte uyku kalitesinin düşük olması, doğum eyleminin uzamasına ve kadının daha fazla yorulmasına, daha fazla komplikasyon gelişmesine, annenin korku ve anksiyetesinin artmasına neden olur (Aydemir, 2014; Ölçer ve Bozkurt, 2015). Gebelik döneminde, uyku bozukluklarına sık rastlanılmasına rağmen gerekli önem verilmemektedir (Aydemir, 2014). Gebelik sürecinde kadının uyku düzeni, özelliklerinin ve problemlerinin bilinmesi, doğum eyleminin sağlıklı sonlanması, anne ve bebek sağlığı açısından oldukça önemlidir (Ölçer ve Bozkurt, 2015).

Gebelikte meydana gelen uyku problemleri hormonal değişiklikler nedeniyle birinci trimesterde başlamakta, özellikle de üçüncü trimesterde daha da artmaktadır (Özhüner, 2017). Birinci trimesterde görülen bulantı, kusma, sonrasında görülen sırt ağrısı, yorgunluk, idrarın artmasına bağlı idrara çıkma gereksinimi, fetüsün büyümesi, sık nefes alma, bacak krampları, göğüslerde gerginlikten dolayı uyku bölünmeleri olur ve uyku kalitesi düşer. Buna bağlı olarak gebe kendini yorgun ve dinlenememiş hissedebilir (Aydemir, 2014; Pınar ve ark., 2014; Özhüner, 2017). Gebeliğin 10. haftasından itibaren progesteronun uyku verici ve sedatize etkisi ortaya çıkar. Ancak derin uyuma süresi kısalmaya başlar (Pınar ve ark., 2014; Özhüner, 2017). Üçüncü trimesterde, idrara sık çıkma, sırt ağrısı, nefes darlığı, bacak krampları, büyüyen uterus, fetüsün hareketli olmasından dolayı uyku bölünmeleri sık görülür (Aydemir, 2014; Pınar ve ark., 2014; Özhüner, 2017). Çoğu gebede son trimesterde uykudan sık uyanmalar, uyku süresinde kısalmalar, gündüz uykularında artmalar olur (Özhüner, 2017). Bu nedenle gebelerin uyku kalitesinde yetersizlik ve gün içinde uyuma ihtiyacı meydana gelmektedir (Özhüner, 2017).

Facco ve arkadaşlarının (2010) gebelik süresince apne sıklığını ve uyku kalitesi değerlendirdikleri çalışmada gebelik ilerledikçe uyku bozukluklarının arttığını gözlemlemişlerdir. Çoban ve Yanikkerem 'in (2010) yapmış oldukları çalışmada ise gebelik haftası ile uyku kalitesi arasında negatif bir ilişki saptanmış ve gebelik haftası arttıkça uyku kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.

2.4.3. Gebelikte Beslenme

Kadının sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem geçirebilmesinde yeterli ve dengeli beslenmenin yeri büyüktür (Arlı ve ark., 2017). Gebelikte sağlıklı beslenme anne karnındaki fetüsün sağlıklı büyümesine ve gelişmesine katkı sağlar (Özalper, 2014). Gebelikte annenin aldığı besin öğeleri plasenta ile taşınarak fetüsün bedensel ve zihinsel olarak gelişmesine etki eder. Gebelikte önemli olan annenin iki kişilik yemek yemesi değil yeterli ve dengeli beslenmesidir (Özalper, 2014). Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme, hem bebeğin hem de annenin sağlığını olumsuz yönde etkiler (Arlı ve ark., 2017). Gebelik sürecinde sağlıklı beslenilmesi bebekte prematüre doğuma, konjenital bozukluklara, mental ve fiziki gelişimde geriliklere neden olmaktadır (Yavuz ve Aykut, 2014; Arlı ve ark., 2017). Annenin sağlıklı beslenmesi bebeğin boyunu, kilosunu, fizyolojik yapısını ve zihinsel gelişimini etkiler (Noğay, 2011; Yavuz ve Aykut, 2014). Gebenin sağlıklı ve dengesiz beslenmesi, zayıflama veya aşırı kilo alma, diş çürükleri, anemi, osteomalazi gibi beslenme yetersizliği hastalıklarına yol açmaktadır (Noğay, 2011; Yavuz ve Aykut, 2014; Arlı ve ark., 2017). Gebelik döneminde yetersiz ve dengesiz beslenme nedeniyle oluşabilecek bu sorunlar; özellikle 18 yaş altı ve 35 yaş üstü kadınlarda, sık aralıklarla gebe kalan ve çoğul gebeliği olan kadınlarda daha fazla görülmektedir (Dilmen ve ark., 2011; Samur, 2012; Coşkun, 2013).

Bir kadının normal zamanda yediklerine ek olarak gebelikte tüketmesi gereken besinler, miktarları ve beslenme ilkeleri:

- Bir su bardağı kadar süt veya bir kase yoğurt veya 2-3 kibrit kutusu kadar peynir veya 1-2 kaşık çökelek. Süt ve yoğurt yemekler içinde de tüketilebilir.
- Bir tane yumurta veya yumurta kadar et, tavuk veya balık. Bu besinleri alamıyorsa, kurubaklagil yemekleri, mercimekli veya nohutlu çorbalar tüketilebilir.
- Vitamin değeri zengin sebzeler, meyveler ve taze meyve suları tüketilmelidir. Sebzeler ve kuru baklagiller az su ile haşlama yapılmalı vitamin ve mineral kaybı olmaması için haşlama suları dökülmemelidir.
- Yemekler az az ve sık sık tüketilmelidir (ana öğün ve ara öğün şeklinde tüketilmelidir).

- Sıvı alımı ihmal edilmemeli, günde en az 8-10 bardak su içilmelidir. Özellikle kabızlık şikayeti varsa bol su içerek, lifli meyve ve sebze tüketerek, her öğünde salataya yer vererek ve yürüyüş yaparak bu sorunun önüne geçilebilir (THSK, 2014).

2.4.4. Gebelikte Kilo Alımı

Gebelik süresince kilo alımı, özellikle ilk trimesterden sonra, fetal büyüme için çok önemlidir. Preterm doğum, düşük doğum ağırlığı (2500gr'dan az), adölesan gebelik, ilk emzirmenin başarısız olması gebelikte yetersiz kilo alımı ile ilişkilidir (Murray and McKinney, 2010). Gebelikte yetersiz kilo alımı yenidoğanda morbidite ve mortalite riskinin artmasına da neden olur (Ejder Apay ve ark., 2010).

Gebelikte fazla kilo bir problemdir ve takip edilmesi önemlidir (Mete, 2015). Bu kadınlar gestasyonel diyabet tanısı almasa da iri bebek riski, hipertansiyon, tromboemboli, diyabet, enfeksiyon ve zor doğum eylemi yönünden risk altındadırlar (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Ayrıca doğum sonu dönemde obez lohusalarda endometritis, doğum sonu kanama, insizyon bölgesinde enfeksiyon ve açılma gibi komplikasyonlar daha sık görülmektedir (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014).

Gebelikte kilo kontrolü için şöyle bir yol izlenebilir (Mete, 2015). Normal kiloda biri için, ilk üç ayda 1-2 kg, sonraki aylarda haftada yarım kilo olarak hesaplanabilir (Mete, 2015). Son üç ay için ayda bir kilodan az alınmalı, üç kilodan fazla kilo alımı aşırı kilo alımını gösterir (Mete, 2015). Ancak gebenin kilo alma miktarı gebelik öncesi kilosu ile ilişkilidir bu yüzden gebelik öncesi aşırı zayıflık ve aşırı şişmanlık gibi durumlarda bu hesaplama yetersiz kalmaktadır (Mete, 2015). Sağlık personelinin doğum öncesi bakımda gebelerin kilo takibini yapmaları önemlidir (Mete, 2015)

2.4.5. Gebelikte Egzersiz

Egzersiz tanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından fiziksel aktivitelerle iskelet kaslarının kasılmasıyla meydana gelen rastgele vücut hareketleri olarak ifade etmiştir. Fiziksel aktivite gebe kadınlar için çok faydalıdır (Ünver ve Aylaz, 2017). Gebelikte yapılan egzersizin dolaşım ve sindirim sistemini düzenlediği, gebenin kilo kontrolünü sağladığı, doğumun normal olmasını sağladığı, ağrıyı azalttığı, doğum eylemi için gerekli olan kas aktivitesini desteklediği, doğum sonrası iyileşmeyi hızlandırdığı, annenin özgüveninin arttırdığı, annenin hem ruhsal hem de fiziksel

açından daha iyi hissetmesini sağladığı bilinmektedir (Çınar Özdemir ve ark., 2017; Ünver ve Aylaz, 2017). Egzersiz yapan gebelerde unutkanlık, stres, anksiyete ve depresyon daha az görülür (Ünver ve Aylaz, 2017). Ayrıca uyku sorunlarını, bel ve sırt ağrılarını, ödem, varis ve hemoroid sorunlarını azalttığı bilinmektedir (Ünver ve Aylaz, 2017). Özellikle düzenli olarak yapılan gebelik ve doğum sonrası egzersizlerin tedavide önemli rolü bulunmaktadır (Ünver ve Aylaz, 2017). Gebelikte düzenli fiziksel aktivite vücut kompozisyonunu korumayı, kilo alımının yönetilmesini, kasları ve kardiyorespiratuvar uygunluğu, fonksiyonel sağlığın ve psikolojik olarak iyilik halinin gelişmesini sağlarken; gestasyonel diyabet, preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon, prenatal depresyon ve makrozomi risklerinin azaltılmasında önemli rol oynar ve yaşam kalitesinin de iyileştirilmesini sağlar (ACOG, 2015; Çınar Özdemir ve ark., 2017; Davenport ve ark., 2018; Skow ve ark., 2019). Egzersizin sakıncalı olabileceği durumlar; kalp-damar, solunum, böbrek ve tiroid hastalıkları, şeker hastalığı, düşük, prematüre doğum, fetal büyüme geriliği, servikal yetmezlik öyküsü, hipertansiyon, vajinal kanama, fetal hareketlerin azalması, anemi, makat geliş ve plasenta previa'dır (ACOG, 2015). Bu durumlarda egzersiz yapılmamalıdır.

Gebelerin uygulaması gereken bir diğer egzersiz de solunum egzersizi ve gevşeme teknikleridir (Kızılkaya Beji, 2015). Solunum, bilinçli olarak kontrol edilebilen bir özelliğe sahiptir (Kermane, 2016). Bilinçli solunum, nefes alıp vermeye odaklanarak nefesin etkilerini hissetmektir. Öğrenmesi kolay, stresi azaltmada etkili ve ekonomik bir yöntemdir (Kızılkaya Beji, 2015). Bilinçli solunum doğru uygulandığında, kadının ağrı eşliğini artırır, gevşemeyi sağlar ve uteroplasental dolaşımı kolaylaştırır. Gevşeme ile birlikte kullanıldığında daha da etkili olmaktadır (Rathfisch, 2012; Kömürcü ve ark., 2013). Kontrollü, bilinçli solunum, özellikle en yararlı olan yavaş, derin solunum, kadının odaklanmasını ve vücudunun farkında olmasını sağlar (Lothian, 2011).

Geçmişten günümüze kadar gebelikte ve doğumda çeşitli solunum teknikleri kullanılmıştır (Beksaç, 2001). Bu tekniklerden en çok kullanılanı ise Lamaze tekniğidir (Avcıbay, 2009). Lamazenin ilkeleri bugün birçok doğuma hazırlık eğitim programlarının temelini oluşturmaktadır (Avcıbay, 2009). Bu tekniğin amacı, gebelere sağlıklı gebelik, fiziksel egzersiz, doğumun anatomisi ve fizyolojisi üzerine

eğitimler vermektir (Ciobanu ve ark., 2010; Vargens ve ark., 2013). Ayrıca doğum korkusu ve anksiyetenin azalmasını sağlamak amacıyla herhangi bir aile üyesinin desteği ile gevşeme ve solunum tekniklerinin kullanılmasını sağlar (Levett ve ark., 2016).

Solunum teknikleri doğru olarak kullanıldığı takdirde kas gevşemesini, doğum sürecine kadının oryante olmasını ve kadının doğuma aktif olarak katılımını, doğumun ilerlemesini ve uterus kontraksiyonları ile başatmesini sağlar (Ciobanu ve ark., 2010; Vargens ve ark., 2013; Taşkın, 2016). Kadının dikkatini ağrıdan uzaklaştırır ve ağrıya dengeli yanıt vererek otomatik cevap oluşturur. Gebelik ve doğum sırasında uygulanan solunum teknikleri gevşemeyi artırabilir. Gevşeyen anne ağrıya daha pozitif cevap verir. Ayrıca, farmakolojik analjeziye olan ihtiyacın azalmasını sağlar (Bahadoran ve ark., 2010; Kaur ve ark., 2013; Vakilian ve Keramat, 2013; Levett ve ark., 2016). Doğum sırasında solunum ve gevşeme tekniklerini kullanmak özellikle latent ve aktif fazda uzun süre anksiyetenin düşük seviyelerde kalmasını sağlar (Vargens ve ark., 2013). Gebeler, kontraksiyonlar sırasında gevşer ve uygun solunum tekniklerini kullanarak kontrollü ve bilinçli nefes alıp verebilirlerse, doğum sürelerinin kısılacağı da bildirilmektedir (Mete ve ark., 2015; Nattah ve Abbas, 2015). Ayrıca Adams ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmaya göre solunum teknikleri kullanan kadınların kullanmayanlar ile karşılaştırıldığında vajinal yırtıklarının ve forseps/vakum kullanma oranlarının daha az olduğu, yenidoğanın emme, annenin emzirmeye başlama ve 6 hafta boyunca emzirmeye devam etme durumlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda solunum tekniklerini kullanan kadınların bebeklerinin daha az özel bakıma ihtiyaç duydukları görülmüştür (Mete ve ark., 2015).

2.4.6. Gebelik ve Travma

Gebelikte yaşanan travma anne ve fetus sağlığını olumsuz etmektedir (Kaya ve Oskay, 2014). Gebelikte meydana gelen travmaların büyük çoğunluğu künt travmalardan oluşmaktadır (Kaya ve Oskay, 2014). Travmaların %49'u motorlu araç kazaları, %25'i düşmeler, %22'si saldırı ve silahlı yaralanmalar, %7-23'ü aile içi şiddet ve %1'i ise yanıklar sebebiyle meydana gelmektedir (Kaya ve Oskay, 2014; Dibek, 2016). Gebelikte yaşanan orta ve ağır travmaların sonucu %46 oranında maternal, %40 oranında ise fetal mortalite ile sonuçlanmaktadır (Mihmanlı ve

Karahisar, 2012). Ayrıca, gebelikte yaşanan travma; erken doğum, uterin rüptürü, kanamalar, fetal hipoksi gibi problemlere neden olur ve anne ve fetal sağlığını tehlikeye atabilir (Mihmanlı ve Karahisar, 2012; Kaya ve Oskay, 2014). Motorlu araç yaralanmaları sonucunda ise anne ve fetüste kayıp yaşanmasa bile, annede ciddi kafa, ekstremiteler, karın, göğüs yaralanmaları meydana gelebilmektedir (Kaya ve Oskay, 2014).

Gebelikte travmalara karşı önlemler alınmalıdır. Emniyet kemeri kullanımı anne ve fetus ölümlerini %50 oranında azaltmaktadır (Kaya ve Oskay, 2014). Emniyet kemeri yatay kemer uterin corpusun altında çapraz kemer ise iki memenin arasında kalacak şekilde bağlanması tavsiye edilmektedir. Ayrıca gebelikte şiddetle sık rastlandığı için prenatal izlemlerde gebeler şiddet bulgusu ihtimali için dikkatle gözlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır (Kaya ve Oskay, 2014).

Ayrıca, gebelikte kilo artışı ile vücudun ağırlık merkezindeki değişimle dengenin korunmasındaki güçlük nedeniyle gebeliğin son dönemlerinde düşme riski artmaktadır. Bu dönemde düşmeye bağlı travmaları önlemek için gebelere ortopedik ve alçak topuklu ayakkabıları tercih etmeleri konusunda önerilerde bulunulmalıdır (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014).

2.4.7. Gebelik ve Bağışıklama

Gebelik sırasında canlı virüs aşılı yapılmamalıdır (Halk Sağlığı, 2014). Gebelikte yapılması önerilen aşı tetanozdur (Halk Sağlığı, 2014). Sağlık Bakanlığı Tetanoz Aşı Programına göre; gebelik tanısı konduğunda ilk doz (tercihen dördüncü ayda yapılır), ikinci doz ilk dozdan dört hafta sonra, üçüncü doz ikinci aşıdan altı ay sonra uygulanmalıdır. Bu takvime göre koruma beş yıldır. Bir yıl sonra yapılan dördüncü dozla koruma 10 yıla çıkmaktadır (Dilmen ve ark., 2011; Samur, 2012; Coşkun, 2013; T.C. Halk Sağlığı, 2014; Mete, 2015). Hepatit B enfeksiyonuna karşı bağışık değilse bağışıklanması önerilir (Taşkın, 2012).

2.4.8. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Gebelik döneminde kadında cinsel istekte artma veya azalma olabilmesine karşın, gebelikte bir sorun olmadığı sürece cinsel kısıtlama gerekli değildir (Bilen Sadi ve Aksu, 2016). Ancak yapılan çalışmalar, cinselliğin gebelikte kesintiye uğramasının nedenleri arasında çiftlerin fetüse zarar verme, düşük, enfeksiyon, erken doğum ve

erken membran rüptürü gelişme riski açısından endişe yaşanmasının yer aldığını göstermektedir (Rados ve ark., 2015; Bilen Sadi ve Aksu, 2016). Bu endişelerin yol açtığı cinsel istekte azalma çiftlerin cinsel yaşamlarını değiştirmektedir (Liu ve ark., 2013; Daş, 2016). Erken doğum ve düşük riski, vajinal enfeksiyon, kanama ve plasenta previa varsa cinsel ilişki sakıncalı olabilir (Rados ve ark., 2015; Bilen Sadi ve Aksu, 2016). Çiftler gebeliğin ilerlemesi ve annenin karnının büyümesi ile cinsel ilişkiye girmekte zorluk çekebilir (Mete, 2015).

Pauleta ve arkadaşlarının (2010) gebelerle yaptıkları çalışmada, gebelerin en sık ilk trimesterde cinsel birliktelik yaşadıklarını ve bu trimesterde cinsel istek ve memnuniyetlerinin gebelik öncesi döneme göre değişmediğini belirlemişlerdir. Zahumensky ve arkadaşlarının (2008) üç trimester arasında en az cinsel etkilenmenin ilk trimester olduğunu, ancak gebelik ilerledikçe cinsel disfonksiyonların arttığını ve orgazmın eşlik ettiği koitusun azaldığını saptamışlardır.

İkinci trimesterde pelvik kanlanmanın artması ve iyilik hissinde artışla birlikte cinsel istek yeniden artmaya başlayabilir (Ninivaggio ve ark., 2016). Aynı zamanda çiftlerin gebeliğin fiziksel ve psikolojik değişikliklerine uyum sağladığı bu dönemde anne adayında yorgunluk, bulantı-kusma azalmakta ve pelvik konjesyon artmaktadır. Bu nedenle ikinci trimesterde çiftlerin cinsel istekleri artmakta ve dolayısıyla cinsellik daha keyifli olmaktadır (Ninivaggio ve ark., 2016). Khamis ve arkadaşlarının (2007) 190 gebeyle yaptıkları çalışmada, von Sydow'un çalışmasına benzer şekilde gebelerin %47.9'unun ikinci trimesterde kendilerini daha rahat hissettiklerini ve cinsel memnuniyetlerinin daha fazla olduğunu belirtmiştir.

Üçüncü trimesterde abdomenin büyümesi ile cinsel ilgi yeniden azalır (Özkan ve ark., 2009). Bunun nedeni olarak çiftlerin cinsel yaşantılarını etkileyebileceği düşünülen gebenin kilo alması, fiziksel rahatsızlıkların artması, bebeğe zarar verme korkusu ve erken doğuma yönelik endişelerdir (Abalı Çetin ve Aslan, 2015). Yapılan çalışmalarda bu dönemde görülen yorgunluk, uykusuzluk, solunum sıkıntısı, sık idrara çıkma ve hareket kısıtlılığı vb. durumların gebelerin cinsel isteklerinde, cinsel uyarılmalarında ve memnuniyetlerinde azalmaya yol açtığı belirlenmiştir (Liu ve ark., 2013; Abalı Çetin ve Aslan, 2015). Gebe kadının rahat etmesi için gerekirse çiftlerin cinsel ilişkiye girme pozisyonlarını değiştirmeleri gerekebilir (Özkan ve ark., 2009; Chapman and Durham, 2010).

Erkeklerde veya kadında teşhis edilmemiş genital enfeksiyon varlığında tam olarak tedavi bitinceye kadar ilişki yasaklanmalıdır (Teasdale ve ark., 2018). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) , korunmasız bir ilişki ile gebe kalınması halinde sıklıkla gebeliği komplike etmektedir (Teasdale ve ark., 2018). Tarama testleriyle bütün gebeliklerin yaklaşık %10'unda gonore, klamidya ya da sifiliz gibi bir CYBH tespit edilebilir (Teasdale ve ark., 2018). Ayrıca eşlerin monogamik olmadığı durumlarda gebelik sırasında da yeni CYBH kapılabilir (Workowski ve Bolan, 2015). Gebelik sırasında geçirilen CYBH, anne ve bebek açısından önemli risklere neden olur. CYBH'dan ilerleyen genital enfeksiyonlar, fertilite ve perinatal mortalite ve morbiditeyi etkilerler (Er, 2006). En sık bulaş yollarından biri olan vertikal geçişi (sperm, ovum, plasenta, süt gibi) önlemenin yolu gebeleri HIV (Human Immunodeficiency Virus) enfeksiyonu açısından taramak ve gerekli basamakları uygulamaktır (Workowski ve Bolan, 2015). Bu yolla vertikal geçiş oranı ve neonatal enfeksiyon düşürülebilir (CDC, 2016). Tüm gebe kadınlar ilk ziyarette ve riskli kadınlar üçüncü trimesterde tekrar taranmalıdır (Workowski ve Bolan, 2015).

2.4.9. Gebelikte Vücut Hijyeni Ve Genel Bakım

Banyo ve duş

Gebelik sürecinde günlük banyo sayısında bir kısıtlama yoktur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2014). Günlük banyo gebe kadını enfeksiyondan korumaya, ayrıca artan metabolizma sonucu oluşan ısı artışını dengelemeye yardımcı olur (Mete, 2015). Gebe kadın banyo yaparken oturarak değil duş şeklinde banyo yapmayı tercih etmelidir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Gebe kadının çok sıcak su ile duş alması ya da saunaya girmesi sakıncalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Sıcak banyo hipertermiye neden olur ve ilk üç ayda fetal anomalilere neden olabilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2014). Ayrıca sıcak banyo gebelerde hipotansiyona neden olarak düşme ve yaralanmalara neden olabilir (Mete, 2015).

Vajinal hijyen

Gebelik süresince vajinal akıntı artar (Mete, 2015). Artan akıntı nedeniyle gebenin iç çamaşırını sürekli olarak nemli olacaktır (Mete, 2015). Bu nedenle hijyen çok önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Gebe pamuklu çamaşır giymeli, ped kullanıyorsa 3-4 saatte bir değiştirmeli, iç çamaşırını günde bir gerekirse daha sık değiştirmelidir

(Sağlık Bakanlığı, 2014). Vajinal akıntının artması ile birlikte koku ve rahatsızlık hissi de artmaktadır (Mete, 2015). Kadınlar bundan kurtulmak amacıyla vajinal duş uygulamaktadırlar (Sağlık Bakanlığı, 2014). Vajinal duş vajinanın Ph dengesini bozarak enfeksiyonlara yatkınlığa, erken doğuma neden olabilmektedir (Mete, 2015). Bu nedenle gebelere sakıncaları anlatılarak vajinal duş yapmamaları konusunda eğitim verilmelidir (Mete, 2015).

Meme bakımı

Gebelik süresince memelerde birçok değişim olur (Mete, 2015). Meme ucu ve areolada büyüme olur, memede bulunan montgomery tüberkülleri memeyi koruyucu maddeler salgılar (Samur, 2012; Mete, 2015). Bu nedenle memenin sabun ile yıkanmasından kaçınılmalıdır (THSK, 2014). Meme temizliğinde ve bakımında doğal ürünler tercih edilmelidir. Meme gebelik süresince büyür ve ağırlaşır. Buna bağlı olarak gebe memelerde hassasiyet hisseder. Memelerdeki hassasiyeti azaltmak için memeleri iyi kavrayan, çok sıkı ya da bol olmayan, geniş askılı ve pamuklu sütyenler tercih edilmelidir. Kullanılan sütyenin sıkı olması dolaşımının bozulmasına, bol olması da sarkmalara neden olabilir. Meme bakımı sırasında meme ucu uyarılarından kaçınılmalıdır (Coşkun, 2013). Meme ucuna yapılan uyarılar oksitosin hormonunu uyarak uterus kontraksiyonlarını uyarabilir (Mete, 2015).

Diş bakımı

Gebelik süresince diş etlerinde hipertrofi bunun sonucunda da hassasiyet oluşur. Şekerli ortamda bakteri oluşumu artar (THSK, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu durum ağızdaki pH seviyesinin düşmesine dişlerde zedelenmeye neden olur (Mete, 2015). Gebe kadın çikolata ve şekerlemeden kaçınılmalıdır. Bu tür yiyecekleri yediğinde hemen dişlerini fırçalamalıdır. Daha çok sebze ve meyve yemesi teşvik edilmelidir. Gebelik sırasında diş tedavisi yapılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Ancak gebe olduğunu mutlaka diş hekimine belirtmelidir (Mete, 2015).

Gebelikte giyim

Gebeliğe bağlı kadının vücudunda değişiklikler olduğu için sırt, bacak ağrıları gibi bazı küçük rahatsızlıklar yaşayabilir. Bu nedenle annenin giysileri bu rahatsızlıkları azaltacak özellikte olmalıdır. Giysiler asla vücudu sıkacak kadar dar olmamalıdır. Özellikle bacaklardaki kan dolaşımını engelleyebilecek dar çorap, pantolon veya eteklerden kaçınılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Kullanılacak giysiler pamuklu

veya yönlü kumaştan yapılmış olmalı, sentetik kumaşlar kullanılmamalıdır. Gebelik süresince zen gösterilmesi gereken noktalardan biri de ayakkabılardır. Gebelik süresince bel çukuru artar ve karnın büyümesi ile birlikte vücut dengesi değişir (Dilmen ve ark., 2011; Samur, 2012; Coşkun, 2013; Mete, 2015). ne doğru artan ağırlığı dengelemek için anne arkaya doğru eğilir. Bu dengeyi sağlamak için gebenin kullandığı ayakkabının topuk yüksekliği çok önemlidir. Gebelikte topuk yüksekliği 2-3 cm olmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Çok düz veya çok yüksek topuklu ayakkabılar giyilmemelidir (Coşkun, 2013; Mete, 2015). Çünkü bu tür ayakkabılar dengeyi bozulmasına neden olur. Ayrıca kullanılan ayakkabıların ayağı iyi biçimde sarması gerekir. Ayağı iyi sarmayan ayakkabılar düşmelere neden olabilir. Çok sıkı ayakkabı giymek ise ayağın kan dolaşımını engelleyebilir (Mete, 2015).

2.4.10. Gebelikte Yolculuk ve Araç Kullanımı

Gebelikte ilgili olarak riskli bir durum yoksa genellikle seyahat etmek sakıncalı değildir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Herhangi bir riske karşı seyahat öncesi gebenin durumu değerlendirilmelidir. Gebe, otomobil ile seyahat edilecekse iki saatte bir mola verip yürümelidir. Mutlaka emniyet kemeri takılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Emniyet kemeri göbeğin altından ve üstünden gelecek biçimde takılmalıdır (Mete, 2015). Gebeliğin yedinci ayna kadar (28 hafta) doktor raporu olmadan yedinci aydan sonra doktor raporu ile uçak ile seyahat edebilir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.4.11. Gebelikte İlaç Kullanımı

Gebelik döneminde bazı durumlarda ilaç kullanımı gerekebilir. Ancak kesinlikle hekim nerisi olmadan herhangi bir ilaç kullanılmamalıdır. Gebenin kullanmak zorunda kaldığı her ilaç için hekim ile iletişime geçilmelidir. Birçok ilaç teratojen etkiye sahiptir (Mete, 2015).

Tüm gebelere, anemi tespit edildiyse gebeliğin erken dönemlerinde tedavi dozunda anemi yoksa 16. gebelik haftasından itibaren demir desteği başlanır, 12. haftadan itibaren de günde bir kez olmak üzere 1200 IU (9 damla) D vitamini preparatı başlanır (Taşkın, 2016).

2.4.12. Gebelik ve Toksoplazma

Toksoplazmanın etkeni olan toxoplasma gondii, tüm dünyada yaygın olarak bulunan parazittir (HPA, 2012). Bulaşması kontamine yiyecek ve içeceklerin tüketilmesi, hayvansal gıdaların az pişmiş ya da çiğ tüketilmesi, kedi dışkısı, kan transfüzyonu ile gerçekleşir (Hatipoğlu, 2013). Gebeliğin ilk trimesterinde fetüse bulaş oranı yüzde %6'dır. Fetüse bulaş olduğunda ciddi komplikasyonlar gelişebilir (Hatipoğlu, 2013). Bu komplikasyonlar; mental retardasyon, nörolojik sorunlar, mikrosefali, hidrosefali, düşük doğum ağırlığı şeklinde sıralanabilir. Fetüste toksoplazmozun hastalık yapma riski haftasına göre; 13. haftada %61, 26. haftada %25, 36.haftada ise %9'dur. Bu nedenle toksoplazmoz taramaları gebeliğin ilk üç ayında yapılmalıdır (Sarıcaoğlu ve Memikoğlu, 2018). Gebelikten 2-3 ay önce geçirilen enfeksiyonların da fetüse etkisi olabileceği düşünüldüğünden, gebelik öncesi veya gebelik süresince geçirilen enfeksiyonların tespiti çok önemlidir (HPA, 2012).

Gebeler toksoplazmadan korunmak için; kedi dışkısı ile kontamine olma ihtimali olan yerlere temas edeceği zaman eldiven giymek, eti iyi pişmiş olarak yemek, çiğ et ile temas eden yüzeyleri ve aletleri temizlemek, çiğ süt içmemek, çiğ yumurta yememek, meyve ve sebzeleri yemeden önce yıkamak gibi alışkanlıklara dikkat etmesi gerekmektedir (Sarıcaoğlu ve Memikoğlu, 2018). Sağlık personeli gebelikten önce ve gebelik sürecinde kadınlara toksoplazmadan korunma konusunda eğitimler verilmelidir.

2.4.13. Gebelikte Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımı

Gebelikte Sigara Kullanımı

Gebelik sürecinde sigara içen kadınların kanında bulunan nikotin miktarının amnion sıvısındaki nikotin düzeyi ile hemen hemen aynı olduğu bilinmektedir (Mete, 2015). Sigara gebelerin akciğerlerini daraltarak akciğerlere giden hava miktarının azalmasına neden olur. Buna bağlı olarak gebelerin damarlarında oluşan vazokonstrikسیون hipertansiyona neden olur (Dilmen ve ark., 2011; Samur, 2012; Coşkun, 2013; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2014). Ayrıca sigara içen gebelerde nabız hızı, bulantı ve kusmalar artarken, koku ve tat alma duygusu da azalır (Mete, 2015). Gebe kadının sigara kullanmasında etkili olan faktörler; gebeliğini kabullenememesi, istenmeyen gebelik olması, alışkanlığından vazgeçmek istememesi, prenatal bakım almaması, eğitim seviyesinin düşük olması,

işsiz olması, yaşının küçük olması, bebeğin evlilik dışı olması, boşanmış olması, çocuk sayısının fazla olması, stresli olması, eşinin ya da diğer aile üyelerinin de bebeği istememeleri ve gebenin sosyal destek eksikliği olarak belirtilmektedir (Aydın Kartal ve Karaman, 2018).

Sigara içen gebelerin bebeklerinde konjenital anomali, intrauterin gelişme geriliği, zatürre, bronşit, ani bebek ölümü sendromu, akciğer fonksiyonlarında azalma, ileriki dönemlerde öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, orta kulak iltihabı, astım gibi hastalıklar daha fazla görülür (Dilmen ve ark., 2011; Samur, 2012; Coşkun, 2013; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2014). Yapılan çalışmalarda, gebelikte görülen depresyon ile sigara arasında belirgin bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Sigaranın hem annenin hem de fetüsün sağlığını olumsuz etkilediği ve doğumun sağlıklı sonuçlanma riskini arttırdığı saptanmıştır (Yanikkerem ve ark., 2004).

Anne adayları gebelik haftasına bakmaksızın sigarayı bırakmalıdır. Sigara ilk trimesterde bırakıldığı zaman fetüs, diğer trimesterlere oranla daha az zarar görür (Sağlık Bakanlığı, 2014). Gebe ne kadar az sigara içerse, fetüs daha az etkilenir. Bu nedenle gebe en kısa zamanda sigarayı bırakmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Ebe/hemşire sigara içen gebeleri belirlemeli ve sigarayı bıraktırma konusunda eğitimler düzenlemelidir.

Gebelikte Alkol Kullanımı

Gebelikte alkol teratojen bir maddedir (İzci ve Bilici, 2015). Gebelikte alkol alındığında alkol hızla gebenin kanına karışarak plasentaya, plasenta yoluyla direkt bebeğin kanına geçer ve gelişmekte olan fetüs üzerinde zararlı etkileri vardır (Genç ve Mihmanlı, 2014). Tüm hücrelerin büyüme ve bölünme sürecine zarar verir (İzci ve Bilici, 2015). Eğer alkol gebeliğin birinci trimesterinde alındı ise düşüğe, organlarda gelişim kusurlarına, gebeliğin ikinci trimesterinde alındı ise santral sinir sistemi hasarlarına yol açabilmektedir (Genç ve Mihmanlı, 2014). Gebeliğin her döneminde alkolün etkisine bağlı olarak bebeğin ölme riski artar (Sağlık Bakanlığı, 2014; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Gebelerde alkol kullanımına bağlı olarak kemik ve eklem anomalileri, inmemiş testis, hidrosefali, yarık damak-dudak, vertebral malformasyonlar, renal anomaliler,

sekonder görme-işitme ve konuşma bozuklukları ve yeni doğanda irritabilite ve titremelerin oluşumuna rastlanmaktadır (Genç ve Mihmanlı, 2014). Alkol kullanımına bağlı olarak gebe kalınma şansı da azaltmaktadır. Alkol kullanımı, erkeklerde sperm sayısını ve kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Alkolün gebelik sırasında kullanımı kendiliğinden düşük olmasını ve ölü doğumların oluşma oranında artışa neden olur (Genç ve Mihmanlı, 2014). Batı ülkelerde gebelikte alkol kullanımı mental retardasyonun öncelikli nedeni olarak düşünülmektedir. ABD’de her yapılan 100 doğumdan 1’inde mental retardasyon görülmektedir (Genç ve Mihmanlı, 2014).

Gebelik sürecinde alkol kullanan kadınlara alkolün anne ve fetus için risklerinin anlatılması, prenatal kontrollerinin sık aralıklarla yapılması, büyümenin yakından takibi amacıyla ultrasonografik incelemeler sık aralıklarla yinelenmelidir. Bağımlılığı olan gebe danışmanlık ve rehabilitasyon programlarına dahil edilmesi gerekir (Aydın Kartal ve Karaman, 2018).

Gebelikte Uyuşturucu Madde Kullanımı

Gebelikte, uyuşturucu madde kullanımı annede birçok sağlık problemine yol açtığı gibi bebekte de ani bebek ölüm riskine kadar giden durumlara neden olmaktadır (Genç ve Mihmanlı, 2014). Narkotik, kokain, amfetamin, marihuananın gibi maddeleri kullanan annelerin bu maddelerin süte geçmesi nedeniyle bebeklerini emzirmesi sakıncalıdır (Samur, 2012; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2014).

Gebelik döneminde bağımlılık yapacak maddelerin kullanımına bağlı hem annenin sağlığı hem de bebeğin fiziksel ve mental gelişiminde sorunlar oluşmaktadır (Genç ve Mihmanlı, 2014). Madde bağımlısı gebelerin doğum öncesi takiplerine de yeterli özeni göstermedikleri belirlenmiştir (Genç ve Mihmanlı, 2014). Gebenin bağımlılığı fark edilmezse, anne ve fetus üzerinde yaratacağı komplikasyonlar nedeniyle, hastanede tedavi edilmesi gerekebilir (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Gebelikte madde kullanan gebenin değerlendirilmesinde multidisipliner yaklaşım esas alınmalı ve kadın doğum hekiminin yanında psikiyatrist, halk sağlığı uzmanı ve pediatristen oluşan ekiple değerlendirilmesi gerekir (Genç ve Mihmanlı, 2014).

Gebelikte Kafein Kullanımı

Kafein dünyada en çok tüketilen farmakolojik maddelerden biridir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Kafein içeren yiyecekler; kahve, kakao ve tohumları, kola, çay, çikolata, bazı ilaçlardır (Mete, 2015). Kafein vücuda alındıktan 1-1,5 saat sonra kanda maximum seviyeye ulaşır (Oğuz ve Erdoğan, 2016). Annenin aldığı kafeinin %1'i bebeğe geçer (Dilmen ve ark., 2011; Coşkun, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2014; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014; Mete, 2015). Kafein plasenta bariyerini geçerek ve fetal hipoksi, spontan abortus, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum ve fetal ölüm gibi risklere neden olabilmektedir (Deniz ve ark., 2015). Aynı zamanda gebelikte fazla kafein tüketimi demir emilimini azaltarak anemi riskini arttırmaktadır (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Bunların yanında kafeinin anne sütüne ve amniyotik maye de geçişi olmaktadır (Deniz ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada da günde 375 mg ve daha fazla kafein tüketiminin spontan abortus riskini yükselttiği saptanmıştır (Rasch, 2003). Bu nedenle gebelerde kafein kullanımı sınırlandırılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Gebelerde günlük önerilen kafein miktarı 125 mg/gündür. Düşük ve orta derecede tüketilen kafein miktarının, fetüste toksik etkiye neden olmadığı belirtilmektedir (Oğuz ve Erdoğan, 2016). Gebelikte günlük kafein kullanım miktarı 300 mg'ın altına düşürülmesi önerilmektedir (Deniz ve ark., 2015). 150 ml bir fincan kahvedeki kafein miktarı 60 ile 120 mg arasındadır (Oğuz ve Erdoğan, 2016). Ebe ve hemşirelerin gebe izlemleri sırasında kafein tüketimi konusunda gebeleri bilgilendirmeleri önemlidir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

2.4.14. Gebelik ve Alternatif Tıp

Bilimsel tedavi dışındaki tedaviler alternatif tıp veya tamamlayıcı tedaviler olarak ifade edilmektedir (Yıldırım ve ark., 2016). Bu yöntemlerden bazıları; akupunktur, yoga, hipnoz, egzersiz ve rahatlama hareketleri, masaj teknikleri, meditasyon, aromaterapiler, bitkisel ilaç kullanımı (fitoterapi), diyet, vitaminler ve minerallerdir (Amanak ve ark., 2013; Yıldırım ve ark., 2016). Tamamlayıcı tedaviler sırt ağrısı, yorgunluk, bacak krampları, mide şikayetleri gibi gebelikte ilgili yakınmaların tedavisinde kullanılmaktadır (Amanak ve ark., 2013).

Ülkemizde gebelerin tamamlayıcı ve alternatif terapi tercihleri; % 82.3 oranında fitoterapi, % 81.4 oranında dua, % 68.3 oranında vitamin, % 45.1 oranında masaj ve % 3.6 oranında aromaterapidir (Kılavuz, 2017).

2.4.15. Prenatal Dönemdeki Sağlık Uygulamaları Davranışlarının

Geliştirilmesinde Ebe/Hemşirenin Rolü

- Ebe/hemşire, bu dönemde gebe ile iletişim halinde olmalı, desteklemeli ve sağlık uygulamalarını geliştirmeleri için cesaretlendirmelidir (Atasever ve Sis Çelik, 2018). Aynı zamanda hemşireler bireyin bağımsız özbakım yeteneğini değerlendirmeli ve günlük yaşam aktivitelerini yapması için cesaretlendirmelidir (Atasever ve Sis Çelik, 2018).
- Bu dönemde gebelere beslenme, dinlenme, aktivite, egzersiz, cinsel yaşam, fetüsün büyüme ve gelişmesi, gebelikte ilgili komplikasyonların belirti ve bulguları ile ilgili bireysel sorunlarına yönelik eğitimler verilmelidir. Bunun yanında gebenin başarıları takdir edilerek problemlerin çözümünde kendine olan güveni artırılmaya çalışılmalıdır. Gebenin olumlu sağlık davranışları geliştirmesi için sosyal destek alması sağlanmalıdır (Karaçam ve Şen, 2012). Yapılan çalışmalarda, gebelikte ve postpartum dönemde düzenli egzersiz yapan kadınlar, kendilerini daha enerjik hissettiklerini, morallerinin daha yüksek olduğunu ve fiziksel aktivitenin daha iyi görünüm sağladığını ifade etmişlerdir (Duncombe ve ark., 2008).
- Gebelere yönelik okuma-yazma kampanyaları düzenlenebilir. Kadınların eğitimi ile adölozan gebelikler engellenecek, kadınların gelir getirici bir işte çalışma durumları artacak ve kadınlar ekonomik olarak bağımsız olabilecekler. Böylelikle gebe kadınların sağlık uygulamaları davranışlarında artma olacaktır. Anne adaylarının eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı bebek, sağlıklı gebelik için gebe eğitimine katılma oranının arttığı söylenebilir (Miquelutti ve ark., 2013).
- Gebelikte sigara, alkol ve madde kullanımının anne ve bebeğin sağlığı açısından riskleri göz önüne alınarak kadına bu konuda danışmanlık yapılmalı, kişiye özel eğitimler düzenlenmelidir (Aydın Kartal ve Karaman, 2018).
- Gebe eğitim sınıflarına gebe ve eşinin rutin katılımı sağlanmalıdır. Bu sınıflarda verilen eğitimler ebeveynlerin gebelik, doğum, lohusalık dönemlerine uyum sağlamasını kolaylaştırmakta çiftleri ebeveynlik sürecine hazırlamakta, eşler arasındaki uyumu artırmakta ve gebenin anksiyetesini azaltarak olumlu sağlık

davranışları geliştirmesini sağlamaktadır (Firouzbakht ve ark., 2013). Ayrıca gebelik döneminde eğitim alan kadınların gebelik ve doğum sonu yaşam kalitesini olumlu algıladıkları, doğum korkusu, doğum ağrısı gibi problemlerle baş etmeyi öğrendikleri ve gebeliğe ait daha az stres yaşadıkları görülmektedir (Firouzbakht ve ark., 2013; Okumuş ve ark., 2015).

- Gebelere eğitim sınıflarında gebelikte ve doğum esnasında kullanacağı solunum egzersizleri ve gevşeme teknikleri (Lamaze tekniği) öğretilmelidir. Solunum teknikleri doğru olarak kullanıldığı takdirde kas gevşemesini, doğum sürecine kadının oryante olmasını ve kadının doğuma aktif olarak katılımını, doğumun ilerlemesini ve uterus kontraksiyonları ile başatmesini sağlar (Ciobanu ve ark., 2010; Vargens ve ark., 2013; Taşkın, 2016). Gebelik ve doğum sırasında uygulanan solunum teknikleri gevşemeyi artırabilir. Gevşeyen anne ağrıya daha pozitif cevap verir. Ayrıca, farmakolojik analjeziye olan ihtiyacın azalmasını sağlar (Bahadoran ve ark., 2010; Kaur ve ark., 2013; Vakilian ve Keramat, 2013; Levett ve ark., 2016). Ayrıca Adams ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmaya göre solunum teknikleri kullanan kadınların kullanmayanlar ile karşılaştırıldığında vajinal yırtıklarının ve forseps/vakum kullanma oranlarının daha az olduğu, yenidoğanın emme, annenin emzirmeye başlama ve 6 hafta boyunca emzirmeye devam etme durumlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda solunum tekniklerini kullanan kadınların bebeklerinin daha az özel bakıma ihtiyaç duydukları görülmüştür.
- Gelişmekte olan ülkelerde gebelik, doğum ve lohusalık dönemine ait önlenabilir sorunlardan dolayı yaşam kalitesinde bozulma, anne ve bebek ölümleri meydana gelebilmektedir (Çakırer ve Çalışkan, 2010). Bu durum ülkemiz için de sorun oluşturduğundan önüne geçebilmek için yapılacak öncelikli uygulama gebelik, doğum ve lohusalık dönemine ait bilgiler içeren kapsamlı eğitim ve destek vermek olmalıdır (Çakırer ve Çalışkan, 2010; Altuntuğ ve Ege, 2013).

2.5. Araştırmanın Hemşirelik Mesleğine Katkıları

Çalışma sonuçları ile gebe takibi yapan sağlık çalışanlarının güncel literatür bilgilerinin artması ve eğitim ve destek programları ile farkındalık kazanması sağlanmış olacaktır. Ayrıca gebelik döneminde depresyon belirtileri gösteren kadınların erken dönemde tanılanması ve gebelerin rutin prenatal takiplerin önemli bir bölümünü yaptırması sağlanmış olacaktır. Bunun yanısıra gebelikte sağlık uygulamaları leğinin kullanımı ile kültürel uygulamalar ve geleneksel farklılıklar göz önüne alınarak yapılan yetersiz veya zararlı uygulamalar tespit edilerek olumlu sağlık uygulama davranışları geliştirilmesi ile hemşirelik mesleğine yarar sağlanmış olacaktır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma gebelerin depresyon belirtileri ile sağlık bakım davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile planlanmış ilişkisel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı ve Evreni

Araştırma Antalya il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinden amaçlı ve basit örneklem yöntemi ile yıllık gebelik gerçekleşme oranı en fazla olan ve Türkiye'nin her kesiminden kayıtlı nüfusu olan aile sağlığı merkezleri arasından seçilmiş Güneş Aile Sağlığı Merkezi ve Necip Fazıl Kısakürek Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Güneş Aile Sağlığı Merkezi'nde 2017 yılında gerçekleşmiş gebe sayısı toplam 2412, Necip Fazıl Kısakürek Aile Sağlığı Merkezi'nde 1992'dir. Belirlenen örneklem sayısına ulaşmak için, aile sağlığı merkezine başvuran, çalışmaya katılmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebeler çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırma verileri Temmuz 2018 ve Aralık 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğü; evrenin bilinmesi durumunda kullanılan örneklem büyüklüğü hesaplama formülü;

$$N = \frac{n \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1)} + t^2 p q$$

$$N = 4404, p = 0.20, q = 0.80, t = 1.96, d = 0.05$$

$$N = \frac{4404 \cdot 0.20 \cdot 0.80 \cdot (1.96)^2}{(4404-1) \cdot (0.05)^2} + 0.20 \cdot 0.80 \cdot (1.96)^2 = 246$$

kullanılarak, % 95 güven aralığı ve %5'lik örneklem hatası ile örneklem büyüklüğü 246 bulunmuştur fakat hata payı nedeniyle 250 gebe ile çalışılmıştır.

Örneklemin Özellikleri:

- Belirlenen ASM'lerce takip ediliyor olma
- Türkçe anlama
- Şu anda ilaç kullanımını gerektiren bir psikiyatrik hastalığın olmaması
- Sağlıklı bir fetüse sahip olma
- Gebeliğin komplikasyonsuz ilerlemesi

Örneklem dışlama kriterleri:

- Psikiyatrik bir tanı nedeniyle tedavi görmek
- Yüksek riskli gebelik yaşama
- Fetüste konjenital anomali olması
- Göçmen anneler

3.4. Veri toplama araçları

Araştırmada öncelikle örneklemin sosyodemografik özelliklerini belirlemek üzere, literatüre dayanarak hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu, Edinburg Depresyon Ölçeği ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ; Health Practice Questionnaire-II, HPQ-II) uygulanacaktır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 3)

Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu gebelerin yaş, kilo, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu gibi sosyodemografik ve gebelik sayısı, gebelik haftası, gebeliğin istenme/planlanma durumu, gebeliğin oluşum şekli, gebelik sürecinde destek olacak kişinin var olması gibi obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmış 19 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Edinburg Depresyon Ölçeği (Ek 4)

Edinburgh Depresyon Ölçeği Cox ve arkadaşları tarafından (1987) geliştirilmiş olup doğum öncesi ve doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı olarak hazırlanmıştır. EDÖ depresyon tanısı koymaya yönelik bir ölçek olmayıp, kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkiye'de Engindeniz ve ark. (1996) tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (duyarlılık: 0.84, seçicilik: 0.88). Geçerlik ve güvenirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's alfa) 0.79 bulunmuştur. Ülkemizde bu ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuş ve ölçek puanı 12 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir (Engindeniz ve ark., 1997; Cox ve ark., 1987).

Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır ve 4'lü likert tipte bir ölçüm aracıdır. Her bir madde 0–3 puan arasında puanlanmaktadır ve ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, yüksek puan 30'dur. Değerlendirmede 1., 2. ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanırken, 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır.

3.4.3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ; Health Practice Questionnaire-II, HPQ-II) (Ek 5)

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ, Health Practice Questionnaire-II, HPQ-II), Lindgren (2005) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ülkemizde Er (2006) tarafından yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.81 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin orijinal formunda 34 madde bulunmaktadır. Fakat uyarlama çalışmasında bir madde çıkarıldığı için ölçeğin Türkçe formu 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki 1. ile 16. maddeler arası “*her zaman*” ile “*hiçbir zaman*” arasında değişen 5'li likert tipi yanıt seçeneklerini içermektedir. Hiçbir zaman (a)= 1 puan, Nadiren (b)= 2 puan, Ara sıra (c)= 3 puan, Sık sık (d)= 4 puan ve Her zaman (e)= 5 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçekte 17. maddeden 33. maddeye kadar olan sorular için uygun seçenekler verilmiştir ve bu seçenekler de 5 adet olup, 1 ile 5 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekte; 5,6,7,11,21,22,23,24,25,32 ve 33. maddeler için madde puanları 5'ten 1'e ters kodlanmaktadır. Bütün maddelerin toplamından genel puan elde edilmektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 33, en yüksek puan 165'tir. Yüksek puan alma, sağlık uygulamalarının iyi derecede olduğunu belirtmektedir.

3.5. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın etik boyutu için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onam alınmıştır (Ek 1) (Karar No: 484). Araştırmanın yapıldığı aile sağlığı merkezlerinin bağlı olduğu Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Antalya İl Valiliği'nden yazılı kurum izinleri alınmıştır (Ek 2) (Karar No: 139423). Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin (GSUÖ, Health Practice Questionnaire-II, HPQ-II) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Er'den elektronik posta aracılığı ile kullanım izni alınmıştır (Tarih: 04.04.2018). Çalışma

kapsamına alınan gebelere çalışmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllü olarak araştırmayı kabul edenlerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışmaya başlamadan önce ASM sorumlu hekimleri çalışma konusunda bilgilendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan gebelere araştırmanın amacı açıklandıktan sonra yazılı ve sözlü onamları alınmış ve yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak anket formları ortalama 20 dakikalık süre içinde doldurulmuştur.

3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada toplanan verilerin, istatistiksel analizi SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında sayı, yüzde, aritmetik ortalama, Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA), bağımsız gruplar için t-testi ve doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın örneklemini yalnızca Antalya merkezde bulunan iki aile sağlığı merkezinin bulunduğu bölgedeki kadınlarla sınırlıdır. Bu nedenle çalışma sonuçları genellenemez. Bebeğinde konjenital bir sorun olan ya da yüksek riskli gebelik yaşayan gebelerin prenatal depresyon riskleri farklı olacağı için çalışma kapsamına alınmamıştır. İki grupta karşılaştırma yapılamaması çalışmanın diğer bir sınırlılığıdır. Çalışmanın diğer sınırlılığı göçmen ve yabancı uyruklu gebelerin psikososyal bakım gereksinimleri farklı olacağı için çalışma kapsamına alınmamıştır. Farklı özellikteki gebelerle daha kapsamlı çalışmalar yapılabilir.

4. BULGULAR

Bu bölümünde önce araştırma sonucunda toplanan verilerin n, %, ortalama, standart sapma gibi betimsel istatistiki değerlere yer verilmiştir. Sonra ise gebelik dönemi depresyon semptomları ve gebelikte sağlık uygulamalarına yönelik hipotez testlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Mevcut araştırmada kullanılacak istatistiksel analizlere karar vermek için bağımlı değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu bağlamda değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Skewness ve Kurtosis değerleriyle test edilmiştir. Genel kabul gören yaklaşıma göre Skewness ve Kurtosis değerlerinin +1.5 ile -1.5 arasında olması dağılımın normal olduğuna işaret etmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları değişkenlerinin Skewness ve Kurtosis değerlerinin normal dağılım için genel kabul gören aralıkta olduğu görülmüştür. Bu kapsamda değişkenler normal dağılım şartını yerine getirdiği için parametrik analizler yapılmıştır. Araştırma kapsamında bağımsız t-testi, tek yönlü ANOVA ve regresyon analizleri uygulanmıştır.

Tablo 4.1. Bağımlı değişkenlere ait Skewness ve Kurtosis değerleri

	N	Skewness		Kurtosis	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Gebelik Dönemi Depresyonu	250	.731	.154	.073	.307
Gebelikte Sağlık Uygulamaları	250	-.352	.154	-.304	.307

4.1. Betimsel İstatistikler

Bu bölümde araştırmanın demografik ve obstetrik özelliklerinin dağılımları sunulmuştur.

Tablo 4.2. Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=250)

Demografik Özellikler		n	%
Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	56	22.4
	İlköğretim	65	26.0
	Lise	73	29.2
	Lisans/Önlisans	56	24.4
Eş Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	49	19,6
	İlköğretim	74	29,6
	Lise	77	30,8
	Lisans/Önlisans	50	20.0
Gebenin Çalışma Durumu	Çalışıyor	61	24.4
	Çalışmıyor	189	75.6
Nüfusa Kayıtlı Olunan Yer	Akdeniz Bölgesi	58	23.2
	Karadeniz Bölgesi	38	15.2
	Ege Bölgesi	10	4.0
	Doğu Anadolu Bölgesi	63	25.2
	Güney Doğu Anadolu Bölgesi	48	19.2
	İç Anadolu Bölgesi	21	8.4
	Marmara Bölgesi	12	4.8

Değişkenler	Mean ± SS	Min-Max.
Yaş	28.10±5.09	18-44
Kilo	72.49±12.84	47-117
Gelir	3030.20±2551.03	2200-4000
Hane Halkı Sayısı	3.60±1.72	2-10

Tablo 4.2’ de görüldüğü gibi gebelerin yaş ortalaması 28.10±5.09 dur. Gebelerin %26’sı ilköğretim, %29.2’si lise ve %24.4’ü üniversite mezunudur. Gebelerin %75.6’sı çalışmamaktadır. Gebelerin eşlerinin %29.6’sı ilköğretim, %30.8’i lise mezunudur ve aylık toplam gelirleri %24.8’inin asgari ücret altındadır. Gebelerin %25.2 Doğu Anadolu Bölgesi’nden ve %23.2 Akdeniz Bölgesi’ndendir.

Tablo 4.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (N=250)

Obstetrik özellikler					
		n	%		
Trimester	1.Trimester	18	7.2		
	2.Trimester	82	32.8		
	3.Trimester	150	60.0		
Gebeliğin İstenen/Planlı Olması	Evet	191	76.4		
	Hayır	59	23.6		
Bebeği İsteme Durumu	Anne/Baba İstiyor	246	98.4		
	Anne İstiyor/Baba İstemiyor	2	0.8		
	Anne/Baba İstemiyor	2	0.8		
Gebenin Babalık Endişesi	Evet	16	6.4		
	Hayır	234	93.6		
Gebelikte Destek Alma	Hayır	27	10.8		
	Evet	223	89.2		
Planlanılan Doğum Şekli	Normal	145	58.0		
	Sezaryen	105	42.0		
	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Gebelik Sayısı	250	1	9	2.40	1.38
Yaşayan Çocuk Sayısı	250	0	5	1.12	1.08
Ölü Doğum Sayısı	250	0	1	0.024	0.153
Kürtaj Sayısı	250	0	5	0.25	0.75

Tablo 4.3' te görüldüğü gibi gebelerin toplam gebelik sayısı 2.40 ± 1.38 , kürtaj sayısı 0.25 ± 0.75 , canlı doğum sayısı 1.12 ± 1.08 dir. Gebelerin %58'inin planlanan doğum şekli normal doğum ve %76.4'ünün gebeliği planlı ve istenendir. %98.4'ünün kendisi ve eşinin bebeği isteme duyguları her ikisi için de istendiktir. Gebelerin %93.6'sı eşlerinin iyi baba olacağı konusunda endişe duymamaktadır ve %89.2'si gebelikte destek almaktadır.

4.2. Toplam Gebelik Sayısına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Toplam gebelik sayısına göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarının farklılaşma durumunu incelemek amacıyla bağımsız t-testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre gebelik dönemi depresyonu ($t(248) = -.390$, $p > .05$) toplam gebelik sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmazken gebelikte sağlık uygulamalarının ($t(248) = 3.712$, $p < .05$) istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür. Bu bulguya göre primipar gebelerin (ort= 131.89, ss= 12.52) multipar gebelere (ort=125.25, ss= 12.69) göre daha yüksek gebelikte sağlık uygulamaları puanına sahip olduğu görülmüştür. Analize ilişkin bilgiler tablo 4.4’de yer verilmiştir.

Tablo 4.4. Toplam gebelik sayısına göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin bağımsız t-testi analizi bulguları

	Primipar (n= 69)			Multipar (n= 181)			t
	Ort	SS	Min-Max	Ort	SS	Min-Max	
Gebelik dönemi depresyonu	7.20	5.13	0-24	7.48	4.99	0-21	-.390
Gebelikte sağlık uygulamaları	131.89	12.52	92-151	125.25	12.69	90-152	3.712*

4.3. Yaş Gruplarına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Çalışmaya katılan gebelerin yaş gruplarına göre gebelik depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarının farklılaşma durumunu incelemek için tek yönlü ANOVA uygulanmıştır.

Uygulanan tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre yaş gruplarının gebelik dönemi depresyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkisi olduğu bulunmuştur ($F(2,247) = 3.30$, $p < .05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu anlamlı farklılığın hangi yaş grupları arasında olduğunu incelemek amacıyla Tukey Post-Hoc ortalama karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır. Post-Hoc karşılaştırmaları sonucunda 18-24 (ort= 8.53, ss= 5.26) yaş grubu ile 35 ve üzeri (ort= 5.69, ss= 4.28) yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunurken, 25-34 (ort= 7.22, ss= 4.96) yaş grubundaki kişiler diğer iki gruba istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmamıştır. Bu sonuçlar 18-24 yaş aralığındaki gebelerin 35 ve üzeri yaş

grubundaki gebelere göre daha fazla gebelik dönemi depresyonu deneyimlediğini göstermektedir.

Yaş gruplarına göre gebelikte sağlık uygulamalarının farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla uygulanan tek yönlü ANOVA sonuçlarına göre yaş gruplarının gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olmadığı bulunmuştur ($F(2,247)=.128$, $p>.05$). Analizlere ilişkin bilgiler tablo 4.3’de verilmiştir.

Tablo 4.5. Yaş gruplarına göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin tek yönlü ANOVA bulguları

Değişken	Yaş Grubu	n	Ortalama	Standart Sapma	F Değeri
Gebelik Dönemi	18-24	65	8.53	5.26	$F(2,247)=3.330^*$
Depresyonu	25-34	159	7.22	4.96	
	35 ve üzeri	26	5.69	4.28	
Gebelikte Sağlık Uygulamaları	18-24	65	126.55	13.57	$F(2,247)=.128$
	25-34	159	127.40	12.83	
	35 ve üzeri	26	126.5	12.68	

* $p<.05$

4.4. Nüfusa Kayıtlı Olunan Coğrafi Bölgeye Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Gebelerin nüfusa kayıtlı oldukları coğrafi bölgenin gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerindeki farklılaştırıcı etkisini incelemek amacıyla tek yönlü ANOVA analizi uygulanmıştır. Tek yönlü ANOVA analizi sonuçlarına göre yaşanan coğrafi bölgenin gebelik dönemi depresyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkisi olmadığı bulunmuştur ($F(6,243)=1.204$, $p>.05$). Diğer yandan nüfusa kayıtlı olunan coğrafi bölgenin gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur ($F(6,243)=5.183$, $p<.05$). Bulunan bu farklılığın hangi coğrafi bölgeler arasında olduğunu incelemek için Tukey Post-Hoc karşılaştırma analizi kullanılmıştır. Post-Hoc karşılaştırmalarına göre iç Anadolu bölgesinin (ort= 136, ss= 10.89), Karadeniz bölgesi (ort= 124.91, ss= 13.28), Güneydoğu Anadolu bölgesi (ort= 124.60, ss= 12.60) ve Doğu Anadolu bölgesiyle (ort= 122.87, ss= 12.29) arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Doğu Anadolu bölgesi (ort= 122.87, ss= 12.29), Güneydoğu Anadolu bölgesi (ort= 124.60, ss= 12.60), Karadeniz bölgesi (ort= 124.91, ss= 13.28), Marmara bölgesi (ort= 126.08, ss= 12.83) Ege bölgesi (ort= 127,

ss= 14.69) ve Akdeniz bölgeleri (ort= 132.13, ss= 11.57) arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu sonuçlara göre İç Anadolu bölgesi Karadeniz, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerine göre daha fazla gebelikte sağlık uygulamaları puanına sahiptir. Analizlere ilişkin bilgilere tablo 4.4’de yer verilmiştir.

Tablo 4.6. Nüfusa kayıtlı olunan coğrafi bölgeye göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin tek yönlü ANOVA bulguları

Değişken	Coğrafi Bölge	n	Ortalama	Standart Sapma	F Değeri
Gebelik Dönemi Depresyonu	Akdeniz	58	7.87	5.54	F(6,243)=1.204
	Karadeniz	38	7.60	4.97	
	Ege	10	5.30	5.81	
	Doğu Anadolu	63	7.74	5.29	
	Güneydoğu Anadolu	48	7.56	4.33	
	İç Anadolu	21	5.09	4.27	
	Marmara	12	7.83	3.63	
	Akdeniz	58	132.13	11,57	
Gebelikte Sağlık Uygulamaları	Karadeniz	38	124.92	13,28	F(6,243)=5.183*
	Ege	10	127	14,69	
	Doğu Anadolu	63	122.87	12,29	
	Güneydoğu Anadolu	48	124.60	12,60	
	İç Anadolu	21	136	10,89	
	Marmara	12	126.08	12,83	
	Akdeniz	58	132.13	11,57	
	Karadeniz	38	124.92	13,28	

*p<.05

4.5. Eğitim Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Gebenin eğitim durumunun gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerindeki farklılaştırıcı etkisini incelemek amacıyla tek yönlü ANOVA uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre eğitim durumunun gebelik dönemi depresyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olmadığı bulunmuştur (F(3,246)= .283, p>.05). Bununla birlikte eğitim durumunun gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkisi olduğu bulunmuştur (F(3,246)= 7.869, p<.05). Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Tukey Post-Hoc karşılaştırmaları kullanılmıştır. Post-Hoc sonuçlarına göre Önlisans/Lisans eğitim grubunun (ort=

133.28, ss= 12.11) ilkokul (ort= 123.16, ss= 11.26) ve ortaokul (ort= 124.07, ss= 13.31) eğitim grupları arasında anlamlı farklılık bulunurken Lise düzeyinde eğitime sahip bireylerin hem kendilerinin altındaki eğitim kademesiyle hem de yukarıdaki eğitim kademesiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Analize ilişkin bilgiler tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Eğitim durumuna göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarının farklılaşmasına ilişkin ANOVA bulguları

Değişken	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F Değeri
Gebelik Dönemi Depresyonu	İlkokul	56	7.37	4.51	F(3,246)= .283
	Ortaokul	65	7.87	5.45	
	Lise	73	7.12	5.22	
	Önlisans/Lisans	56	7.25	5.02	
Gebelikte Sağlık Uygulamaları	İlkokul	56	123.16	11.26	F(3,246)= 7.869*
	Ortaokul	65	124.07	13.31	
	Lise	73	128.02	12.81	
	Önlisans/Lisans	56	133.28	12.11	

*p<.05

4.6. Çalışma Duruma Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Çalışmaya katılan gebelerin çalışıp çalışmamasının gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerindeki farklılaşma durumunu incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre çalışma durumunun gebelik dönemi depresyonu ($t(248) = -1.192$, $p > .05$) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmamakla birlikte gebelikte sağlık uygulamaları ($t(248) = 5.735$, $p > .05$) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Gebenin çalışma durumunun gebelikte sağlık uygulamaları üzerindeki farklılaştırıcı etkisinin hangi yönde olduğunu incelemek amacıyla çalışan gebeler ile çalışmayan gebelerin ortalama puanları incelenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde çalışan gebelerin (ort= 134.88, ss= 12.26) çalışmayan gebelere (ort= 124.57, ss= 12.19) göre daha yüksek gebelikte sağlık uygulamaları puanına sahip olduğu görülmüştür. Analize ilişkin bilgilere tablo 4.6’da yer verilmiştir.

Tablo 4.8. Çalışma durumuna göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin bağımsız t-testi analizi bulguları

	Çalışan (n= 61)			Çalışmayan (n= 189)			t
	Ort	SS	Min-Max	Ort	SS	Min-Max	
Gebelik dönemi depresyonu	6.73	4.53	0-17	7.61	5.16	0-24	-1.192
Gebelikte sağlık uygulamaları	134.88	12.26	102-152	124.57	12.19	90-150	5.735*

4.7. Eşin Eğitim Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Çalışmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim durumlarının gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde farklılaştırıcı etkisini incelemek amacıyla tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre eşin eğitim durumunun gebenin gebelik dönemi depresyonu ($F(3,246)= 1.535$, $p>.05$) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olmamasına rağmen gebelikte sağlık uygulamaları ($F(3,246)= 8.945$, $p<.05$) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bulunan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu incelemek amacıyla Tukey Post-Hoc karşılaştırma analizinden faydalanılmıştır. Tukey Post-Hoc sonuçlarına göre önlisans/lisans eğitim seviyesinin (ort= 133.82, ss= 11.25) ilkökul eğitim seviyesi (ort= 125.22, ss= 12.59) ve ortaokul eğitim seviyesiyle (ort= 122.48, ss= 12.99) anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülürken, lise (ort= 128.32, ss= 12.36) eğitim düzeyinin hiçbir grupta istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür. Genel olarak sonuçlar ele alındığında eşin eğitim seviyesinin arttıkça gebelikte sağlık uygulamaları puanlarının arttığına işaret etmektedir. Analize ilişkin bilgilere Tablo 4.7’de yer verilmiştir.

Tablo 4.9. Eşin eğitim durumuna göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin tek yönlü ANOVA bulguları

Değişken	Eşin Eğitimi	n	Ortalama	Standart Sapma	F Değeri
Gebelik Dönemi Depresyonu	İlkokul	49	8.20	5.20	F(3,246)= 1.535
	Ortaokul	74	7.87	5.23	
	Lise	77	6.46	4.81	
	Önlisans/Lisans	50	7.36	4.76	
Gebelikte Sağlık Uygulamaları	İlkokul	49	125.22	12.59	F(3,246)=8.945*
	Ortaokul	74	122.48	12.99	
	Lise	77	128.32	12.36	
	Önlisans/Lisans	50	133.82	11.25	

4.8. Gelir Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Gelir düzeyine göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarının farklılaşma durumunu incelemek amacıyla bağımsız t-testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre gebelik dönemi depresyonu ($t(248) = .917$, $p > .05$) gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmazken gebelikte sağlık uygulamalarının ($t(248) = -4.582$, $p < .05$) istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür. Bu bulguya göre gelir düzeyi asgari ücretten yüksek (ort= 131.59, ss= 12.15) olan katılımcılar düşük (ort=124.18, ss= 12.68) olan katılımcılara göre daha yüksek gebelikte sağlık uygulamaları puanına sahip olduğu görülmüştür. Analize ilişkin bilgiler tablo 4.8’de yer verilmiştir.

Tablo 4.10. Gelir durumuna göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin bağımsız t-testi analizi bulguları

	Asgari ücret altı (n= 152)			Asgari ücret üstü (n= 98)			t
	Ort.	SS	Min-Max	Ort.	SS	Min-Max	
Gebelik dönemi depresyonu	7.63	5.09	0-24	7.04	4.91	0-22	.917
Gebelikte sağlık uygulamaları	124.18	12.68	90-150	131.59	12.15	105-152	- 4.58*

* $p < .05$

4.9. Gebelik Trimesterine Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Gebelik trimesterine göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olup olmadığını incelemek amacıyla tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre hem gebelik dönemi depresyonunun ($F(2,247)=.922$, $p>.05$) hem de gebelikte sağlık uygulamalarının ($F(2,247)=.068$, $p>.05$) trimesterine göre istatistiksel olarak farklılaşmadığı bulunmuştur. Analize ilişkin bulgulara Tablo 4.9’da yer verilmiştir.

Tablo 4.11. Gebelik trimesterine göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin tek yönlü ANOVA bulguları

Değişken	Trimester	n	Ortalama	Standart Sapma	F Değeri
Gebelik Dönemi Depresyonu	1.trimester	18	8,5000	4,60498	$F(2,247)=.922$
	2.trimester	82	6,8902	5,26579	
	3.trimester	150	7,5533	4,94199	
Gebelikte Sağlık Uygulamaları	1-13	18	126,1111	12,86989	$F(2,247)=.068$
	14-26	82	127,3537	12,44680	
	27-41	150	127,0600	13,33826	

4.10. Gebeliğin İstenme/Planlanma Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Gebeliğin istenme durumuna göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarının farklılaşma durumunu incelemek amacıyla bağımsız t-testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre gebeliği istenen/planlı olan katılımcılar ile gebeliği istenmeyen/plansız olan katılımcılar arasında hem gebelik dönemi depresyonu ($t(248)=1.331$, $p>.05$) hem de gebelikte sağlık uygulamaları ($t(248)=.713$, $p>.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı bulunmuştur. Analize ilişkin bilgiler tablo 4.10’da verilmiştir. ($t(248)=1.331$, $p>.05$)

Tablo 4.12. Gebeliğin istenme/planlanma durumuna göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin bağımsız t-testi analizi bulguları

	İstenen/Planlı (n= 191)			İstenmeyen/Plansız (n= 59)			t
	Ort	SS	Min- Max	Ort	SS	Min- Max	
Gebelik dönemi depresyonu	7.63	5.14	0-24	6.64	4.58	0-19	1.331
Gebelikte sağlık uygulamaları	127.41	13.06	90-152	126.03	12.70	92-151	.713

4.11. Hane Halkı Sayısına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Evde yaşayan kişi sayısının gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde farklılaşma durumunu incelemek amacıyla bağımsız t-test yapılmıştır. Analiz yapılmadan önce hane halkı sayısını iki gruba bölebilmek için TNSA (2018) raporunda belirtilen 3.5 ortalama hane halkı sayısı referans alınmıştır. Buna göre hane halkı sayısı 3.5'ten az olan bireyler düşük, fazla olan bireyler ise yüksek hane halkı olacak şekilde iki grup oluşturulmuştur. Yapılan bağımsız t-test analizine göre hane halkının gebelik dönemi depresyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkisinin olmadığı ($t(248) = -1.405$, $p > .05$) bununla birlikte gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkiye sahip olduğu görülmüştür ($t(248) = 5.150$, $p < .05$). Bu analize göre düşük hane halkı sayısına sahip gebelerin (ort= 130.37, ss= 12.95) yüksek hane halkına sahip gebelere (ort= 122.16, ss= 11.38) göre gebelikte sağlık uygulamaları puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Analize ilişkin bilgiler tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.13. Hane halkı sayısına göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin bağımsız t-testi analizi bulguları

	Düşük (n=150)			Yüksek (n= 100)			t
	Ort	SS	Min-Max	Ort	SS	Min-Max	
Gebelik dönemi depresyonu	7.04	5.02	0-22	7.95	4.99	0-24	-1.405
Gebelikte sağlık uygulamaları	130.37	12.95	90-152	122.16	11.38	92-149	5.150*

* $p < .05$

4.12. Eşin Babalık Endişesine Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Eşin sahip olduğu babalık endişesinin gebenin gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde farklılaştırıcı etkisi olup olmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre eşin babalık endişesine sahip olup olmadığı hem gebelik dönemi depresyonunu ($t(248) = 2.575$, $p < .05$) hem de gebelikte sağlık uygulamaları ($t(248) = -2.114$, $p < .05$) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaştırdığı bulunmuştur. Katılımcıların ortalamaları incelendiğinde babalık endişesi olan

katılımcıların eşlerinde (ort= 10.50, ss= 5.83) babalık endişesi olmayan katılımcıların eşlerine (ort= 7.19, ss= 4.91) oranla daha fazla gebelik dönemi depresyonu olduğu görülmektedir. Benzer bir biçimde babalık endişesi olan katılımcıların eşlerinin (ort= 120.50, ss= 14.31) babalık endişesi olmayan katılımcıların eşlerine (ort= 127.53, ss= 12.78) göre daha düşük gebelikte sağlık uygulamaları puanına sahip olduğu görülmüştür. Analize ilişkin bilgilere tablo 4.12’de yer verilmiştir.

Tablo 4.14. Eşin babalık endişesine göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin bağımsız t-testi analizi bulguları

	Endişeli (n= 16)			Endişesiz (n= 234)			t
	Ort	SS	Min- Max	Ort	SS	Min- Max	
Gebelik dönemi depresyonu	10.5	5.83	0-19	7.19	4.91	0-24	2.575*
Gebelikte sağlık uygulamaları	120.5	14.31	101-149	127.53	12.78	90-152	- 2.114*

4.13. Planlanılan Doğum Şekline Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Çalışmaya katılan gebelerin istediği ya da sağlık çalışanı tarafından planlanan doğum yönteminin (normal, sezaryen) gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde farklılaştırıcı etkisini incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre planlanan doğum yönteminin gebelik dönemi depresyonu ($t(248) = .062$, $p > .05$) ve gebelikte sağlık uygulamaları ($t(248) = .387$, $p > .05$) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkiye sahip olmadığı bulunmuştur. Analize ilişkin bilgilere Tablo 4.13’de yer verilmiştir.

Tablo 4.15. Planlanılan doğum yönteminin gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin bağımsız t-testi analizi bulguları

	Normal (n= 145)			Sezaryen (n= 105)			t
	Ort	SS	Min- Max	Ort	SS	Min- Max	
Gebelik dönemi depresyonu	7.42	4.90	0-24	7.38	5.20	0-22	.062
Gebelikte sağlık uygulamaları	127.35	13.20	90-152	126.71	12.69	92-151	.387

4.14. Gebelik Döneminde Destek Olacak Kişi Varlığına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşması

Çalışmaya katılan gebelerin hamilelik sürecinde kendilerine destek olacak birisinin olup olmamasının gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerindeki farklılaşma durumunu incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre desteğin olup olmamasının gebelik dönemi depresyonu ($t(248) = -1.507$, $p > .05$) üzerinde anlamlı etkisi bulunmazken gebelikte sağlık uygulamaları ($t(248) = 2.531$, $p < .05$) üzerinde istatistiksel olarak farklılaştırıcı etkisinin olduğu bulunmuştur. Katılımcıların ortalamaları incelendiğinde kendilerine destek olacak birisinin olduğunu belirten katılımcıların (ort= 127.80, ss= 12.77) destek olacak kimseleri olmadığını belirten katılımcılara (ort= 121.18, ss= 13.35) göre daha yüksek gebelikte sağlık uygulamaları puanı olduğu görülmüştür. Analize ilişkin bilgilere tablo 4.14’de yer verilmiştir.

Tablo 4.16. Gebelik döneminde destek olacak kişi varlığına göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarına ilişkin bağımsız t-testi analizi bulguları

	Evet (n= 223)			Hayır (n= 27)			t
	Ort	SS	Min- Max	Ort	SS	Min- Max	
Gebelik dönemi depresyonu	7.23	4.95	0-24	8.77	5.47	0-22	-1.507
Gebelikte sağlık uygulamaları	127.80	12.77	92-152	121.18	13.35	90-150	2.531*

* $p < .05$

4.15. Sağlık Uygulamalarını Açıklayan Değişkenler: Doğrusal Regresyon Analizi

Sağlık uygulamalarını açıklayan değişkenleri incelemek amacıyla gebelikteki depresyon, aylık gelir düzeyi ve hane halkı sayısı değişkenlerinin olduğu bir doğrusal regresyon modeli oluşturulmuştur. Analiz sonucunda ortaya çıkan doğrusal regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F(3,246)= 18.827, p<.001$) ve elde edilen modelin gebelikte sağlık uygulamalarının %19'unu açıkladığı bulunmuştur. Değişkenlerin standardize regresyon katsayıları incelendiğinde gebelik dönemi depresyonunun %21, hane halkı sayısının %32 oranında gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Analize ilişkin bilgiler tablo 4.15'de yer verilmiştir.

Tablo 4.17. Sağlık uygulamalarını açıklayan değişkenlere ilişkin Doğrusal Regresyon Analizi

Değişkenler	B	SE	β	t
Gebelik Dönemi Depresyonu	-.549	.149	-.213	-3.689*
Hane Halkı Sayısı	-2.549	.441	-.326	-5.580*
Gelir	.001	.000	.109	1.860

* $p<.001$

4.16. Edinburg Depresyon Ölçeği ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Arasındaki Korelasyon

Araştırmada incelenilen gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkilerini incelemek amacıyla pearson momentler çarpımı korelasyonundan faydalanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Gebelik dönemi depresyonunun gebelikte sağlık uygulamaları ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. İki değişkenin pearson korelasyon katsayısı ise -.24 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.18. Edinburg Depresyon Ölçeği ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Arasındaki Korelasyon

Ölçekler		Cronbach's Alpha	Ortalama	Standart Sapma	Pearson Katsayısı (r)	
					EDÖ	GSUÖ
EDÖ		.796	7.40	5.02	1	-.238*
GSUÖ		.761	127.08	12.97	-.238*	1

* $p<.05$

4.17. Gebelikte Depresif Belirti Durumuna Göre Sağlık Uygulamaları Davranışlarının Farklılaşması

Gebeler arasında depresif belirti gösterenler ile göstermeyenlerin gebelikte sağlık uygulamaları puanları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla bağımsız t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre depresif belirtinin gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkiye sahip olduğu bulunmuştur ($t(248)= 3.027$, $p<.05$). Grupların ortalamaları incelendiğinde depresif belirti göstermeyen katılımcılar (ort= 128.12, ss= 12.83) depresif belirti gösteren katılımcılara (ort= 121.31, ss= 12.34) göre gebelikte sağlık uygulamaları puanları daha yüksek olduğunu görülmüştür. Analize ilişkin bilgilere tablo 4.17’de yer verilmiştir.

Tablo 4.19. Gebelikte Depresif Belirti Durumuna Göre Sağlık Uygulamaları Davranışlarının Farklılaşması

	Normal (n= 212)			Depresif (n= 38)			t
	Ort	SS	Min-Max	Ort	SS	Min-Max	
Gebelikte sağlık uygulamaları	128.12	12.83	90-152	121.31	12.34	102-149	3.027*

* $p<.05$

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada gebelerdeki depresyon belirtilerinin sağlık uygulamaları davranışları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, belirlenen örneklem kriterleri ile seçilen 250 gebeye daha önce belirtilen ölçekler (Edinburg Depresyon Ölçeği ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği) uygulanmış, sonuçlar analiz edilmiş ve bazı bulgular elde edilmiştir. Bu bölümde araştırmanın sonuçları ilgili araştırmalarla karşılaştırılıp, tartışılmıştır.

Bu araştırmada gebeler EDÖ toplam puanından kesim noktalarının üzerinde puan almışlardır ve depresif belirti gösterenlerin oranı %12 olarak bulunmuştur. Türkiye’de sınırlı sayıda da olsa gebelik depresyonu ile ilgili yapılan çalışmalar mevcuttur (Dağlar ve ark., 2015; Bacacı ve ark., 2018; Çiltaş ve Köse, 2019). Bu çalışmalara bakıldığı zaman, gebelik depresyonunun görülme sıklığının farklılığı dikkat çekmektedir. Çiltaş ve Köse’ nin (2019) çalışmasında gebelerin % 33’ünün depresif belirti gösterdiği, Bacacı ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında gebelerin %13.1’inde depresyon belirtisi olduğu, Dağlar ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışmada gebelerin %50.7’sinin depresyon belirtisi gösterdiği, Çapık’ın (2013) yapmış olduğu çalışmada %11.9’unun depresif belirti gösterdiği bulunmuştur. Pottinger ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada ise gebelerin gebelikleri boyunca depresif bozukluk gösterme oranı %25 olarak bulunmuştur. Karaçam ve Ançel’ in (2009) gebelikte depresyon ve anksiyete üzerine yaptıkları çalışmada depresif belirti oranı %27.3, Sevindik’in (2005) yapmış olduğu çalışmada gebelerin %36.3’ünde depresyon belirtisi olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi gebelerde depresif belirtiler farklı bulunmuş olup, depresyon riskinin azımsanmayacak kadar çok olduğunu söyleyebiliriz. Araştırma sonuçlarına göre depresyon belirtisi gösteren gebelerin erken dönemde teşhis edilip riskin azaltılması sağlanarak anne-çocuk sağlığı yükseltilmelidir.

5.1. Yaş Gruplarına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırmamızda yaş arttıkça gebelik dönemindeki depresyon oranının azaldığı, sağlık uygulamaları toplam puanında herhangi bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir. Çalışma sonucuna göre gebelik döneminde depresyon puan ortalamasının, 18-24 yaş grubundaki gebelerin 35 yaş üstü gruptaki gebelere göre daha yüksek olduğu tespit

edilmiştir. Faisal Cury ve Menezes'in (2007) yapmış oldukları bir çalışmada anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuşlar, fakat araştırmamızla benzer olarak 14-19 yaş grubundaki gebelerin depresyon puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Çiltaş ve Köse'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada gebelerin depresif belirtilerinin oranları ile yaş gruplarının ortalamaları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve yaş grubu yükseldikçe puan ortalamalarının azaldığı tespit edilmiştir. Prost ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları bir çalışmada ise yaş yükseldikçe gebelikte distres riskinin arttığı tespit edilmiştir. Cheung ve arkadaşları (2007) da gebelik yaşı erken olanların gebelikleri süresince daha fazla negatif düşünceye ve depresyon belirtilerine sahip olduklarını bulmuştur. Figueiredo ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan gebelerin yaşları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise, adölesan gebelerin hem gebelikte hem de postpartum dönemde depresyon belirti gösterme düzeyinin fazla olduğu bulunmuştur. Özetle genç yaştaki gebelerde depresyon düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır. Yapılan bu çalışmalardan görüldüğü üzere çalışma sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışma sonuçlarımıza göre tüm yaş grubundaki gebelerin GSUÖ puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Er'in (2006) yapmış olduğu bir çalışmada ise gebelerin yaş gruplarına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Yapılan bu araştırma ile Er'in sonuçları arasında benzerlik bulunmaktadır. Elem'in (2009) yaptığı çalışmanın sonuçlarında küçük yaşta olan gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının büyük yaşta olan gebelerin GSUÖ puan ortalamalarından düşük olduğu saptanmıştır ve çalışmamızla farklılık göstermektedir. Bu çalışmada yaş grupları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında bir farklılığın çıkmamasının sebebi olarak küçük yaşta olan gebeler gebelik tecrübesini ilk defa yaşayacaklarından dolayı heyecanlı ve tecrübesiz olup sağlık uygulamaları davranışlarına dikkat etmekte, büyük yaşta olan gebeler gebelik ve doğum tecrübesini yaşadıkları için daha önceki hatalarını tekrarlamamak için sağlık uygulamalarına dikkat etmektedir şeklinde yorumlanabilir.

Henüz erişkinliğe adım atmamış hatta çocuk yaş gebeliklerde, kadının bedensel ve ruhsal gelişiminin tamamlanmamış olması, bilinmezlik korkusu ve tecrübesizlik, stres yaşanmasına ve kontrol kaybına neden olabildiği belirtilmektedir (Arslan ve

ark., 2019). Pirinçci ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada 20 yaş altı ve 40 yaş üstü riskli gebeler grubunun doğum öncesi bakım alma davranışlarının diğer gruplara göre en az seviyede olduğu belirlenmiştir. Meydanlı ve arkadaşlarının (2000) yapmış oldukları bir çalışmada hem düşük doğum ağırlıklı bebek, hem de prematür doğumların adölesan yaş grubundaki gebelerde diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla olduğu gözlenmiştir. Ergin ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu çalışmada ise sağlıklı koşullarda doğum yapan kadınların daha yüksek yaşta olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışma bulgularına göre erken yaşta gebelik geçiren kadınların gebelikte sağlık uygulamalarına dikkat etmedikleri, doğum öncesi bakım alma oranlarının düşük olduğu ve sağlıklı bir doğum ve sağlıklı bebeğe sahip olamama durumları ile karşılaştıkları söylenebilir.

5.2. Nüfusa Kayıtlı Olunan Coğrafi Bölgeye Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırma bulgularına göre nüfusa kayıtlı olunan coğrafi bölge ve beraberinde kültürel farklılığın gebelik dönemi depresyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkisi olmadığı bulunmuştur. Diğer yandan, nüfusa kayıtlı olunan coğrafi bölgenin gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaştırıcı etkisinin olduğu ve bu farklılığın hangi coğrafi bölgeler arasında olduğu belirlenmiştir. Karşılaştırma sonucuna göre, İç Anadolu bölgesi ile Karadeniz, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenirken, Doğu Anadolu bölgesi, Güneydoğu Anadolu bölgesi, Karadeniz bölgesi, Marmara bölgesi, Ege bölgesi ve Akdeniz bölgesi arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre İç Anadolu bölgesinden Antalya'ya gelen gebelerin Karadeniz, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerine göre gebelikte sağlık uygulamalarına daha fazla dikkat ettiğini belirtebiliriz. Bu çalışmada örneklem grubumuzun tamamı Antalya merkezde yaşamakta olup geçim kaynakları, daha iyi iş olanakları, eğitimin daha yüksek olması ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşım sağlanması nedeniyle sağlık uygulamalarına ulaşmak ve bu bakım davranışlarını uygulamaya geçirmek daha kolay olmaktadır. Bunun yanında İç Anadolu Bölgesi'nde yetişmiş ya da oranın kültürünü benimsemiş olan gebeler sağlık uygulamalarına daha çok dikkat etmişlerdir. Bunun sebebi olarak gelenek ve kültür olarak gebeliği önemseyen bir bölge olması şeklinde yorumlanabilir.

Gelişmiş ülkelere benzer olarak ülkemizde de TNSA 2018 verilerine göre kadınların %96'sı doğum öncesi bakım hizmeti almaktadır (TNSA, 2018). Prenatal bakımın amacı “sağlığın korunması ve geliştirilmesi, mevcut ya da gebelik sürecinde meydana gelebilecek sağlık problemlerinin erken dönemde farkedilmesi bu sayede anne ve yenidoğanın hastalık veya ölüm riskinin en aza indirilmesine yardımcı olmaktır” (Kızılkaya-Beji ve Dişsiz, 2016; Til, 2018). Sonuç olarak tüm bu nedenlerden dolayı, koruyucu sağlık hizmetlerinde ana-çocuk sağlığı gibi önemli bir görevi bulunan sağlık profesyonellerinin danışmanlık eğitimleri sırasında bölgenin kültürel özelliklerini göz önünde bulundurması büyük önem taşımaktadır.

5.3. Eğitim Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırmamızın sonuçlarına göre eğitim durumunun gebelik dönemi depresyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte, eğitim durumunun gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkisi olduğu belirlenmiştir. Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırma sonuçlarına göre, önlisans/lisans eğitim grubu ile ilkokul ve ortaokul eğitim grupları arasında anlamlı farklılık bulunurken lise düzeyinde eğitime sahip bireylerin hem kendilerinin altındaki eğitim kademesiyle hem de üstündeki eğitim kademesiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Altıparmak ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada gebelerin eğitim seviyesi yükseldikçe gebelikte sağlık uygulamaları puanlarının arttığı belirlenmiştir. Özcan ve Kızılkaya Beji'nin (2015) yapmış olduğu çalışmada da eğitim seviyesi arttıkça gebelikte sağlık uygulamaları puan ortalamasının arttığı tespit edilmiştir. Kanbur' un (2010) yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça sağlık uygulamaları puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir. Onat ve Aba'nın (2014) çalışmasında, eğitim düzeyi düşük, herhangi bir işte çalışmayan ve gebeliğini sonlandırmak isteyen gebelerin, sağlık uygulamaları davranışlarının düşük düzeyde olduğu ve sağlıksız davranışlar açısından risk grubunda yer aldığı belirlenmiştir. Çalışma bulgularımızın sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

Çapık' ın (2013) yapmış olduğu bir çalışmada mezuniyeti üniversite ve üzeri olan gebelerin depresyon belirtileri puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Van de Loo ve

arkadaşlarının (2018) ve Dağlar ve Nur'un (2014) çalışmalarında ise gebelerin eğitim düzeyi düştükçe anksiyete ve depresyon belirti düzeylerinin yükseldiği bulunmuştur. Yılmaz ve Beji'nin (2010) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon belirtileri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Akbaş ve ark.'nın (2008) gebelikteki sosyodemografik ve obstetrik faktörlerden bazıları üzerinde yaptıkları bir çalışmada gebelik depresyonunun eğitim düzeyi ile negatif yönde bir bağıntısı olduğu saptanmıştır. Çalışmalardan da anlaşılacağı üzere eğitim düzeyi yüksek olan gebelerde doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma oranlarının fazla olması, gebelikte olumlu sağlık davranışlarına olumlu bir şekilde yansımış olabilir. Bu durumda gebeler gebeliğin getirmiş olduğu psikolojik değişimlerden daha az etkileneceğinden depresif belirtilerde azalma olabileceği düşünülmektedir. Eğitim faktörü hemen hemen her alanda olduğu gibi, bireyin sağlık uygulamalarında da direkt etkili bir faktör olarak düşünülebilir.

5.4. Çalışma Duruma Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırmamızın analiz sonuçlarına göre çalışma durumunun gebelik dönemi depresyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmamakla birlikte gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Gebenin çalışma durumunun gebelikte sağlık uygulamaları üzerindeki farklılaştırıcı etkisinin hangi yönde olduğunu incelemek amacıyla çalışan gebeler ile çalışmayan gebelerin ortalama puanları incelenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde çalışan gebelerin çalışmayan gebelere göre daha yüksek gebelikte sağlık uygulamaları puanına sahip olduğu görülmüştür.

Kanbur' un (2010) çalışmasında bir işte çalışan gebelerin sağlık uygulamaları puanlarının çalışmayan gebelerden daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Özcan ve Kızılkaya Beji'nin (2015) yapmış olduğu bir çalışmada çalışan gebelerin sağlık uygulamaları puanlarının çalışmayan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Altıparmak 'ın (2006) yapmış olduğu çalışmada çalışan gebelerin sağlık davranışları puanlarının çalışmayan gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ve aynı zamanda bu çalışmanın bir sonucu da sosyo-ekonomik durumu iyi olmayan gebelerin ise gebelik düşünmediği/istemediği halde gebeliğe maruz bırakıldıkları tespit edilmiştir. İşcan

ve ark.'nın (2018), Dönmez ve ark.'nın (2012), Tekgöz ve ark.'nın (2009) ve Akbaş ve ark.'nın (2008) gebeler ile yaptıkları çalışmalarında gebelerin çalışma durumunun gebelikte anksiyete ve depresyon belirtileri düzeyi ile bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Çalışma bulguları ile araştırmamızın sonuçları paralellik göstermektedir. Çalışan kadının eşine olan ekonomik bağımlılığı azaldıkça bireysel özgürlüğünün arttığı ve kadının güçlendiği, bu durumda mental ve ruhsal sağlığının olumlu olarak etkilendiği söylenebilir. Bunun yanı sıra, çalışan kadınların eğitim seviyesinin daha yüksek olması, sağlık davranışlarını pozitif yönde etkilemiş olabilir. Kadının yaşamındaki en önemli belirleyicilerden biri olan eğitim düzeyi, kadınların iş gücüne katılımını, gelir düzeyini ve yaşam kalitesini etkileyerek gebelik döneminde gebeliğin kabulünü, gebenin annelik rolüne ilişkin algısını görüşünü ve gebelikteki sağlık davranışlarını etkileyebilmektedir (Bilgin ve Alkar, 2018).

5.5. Eşin Eğitim Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırmamızın analiz sonuçlarına göre eşin eğitim durumunun gebenin gebelik dönemi depresyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olmamasına rağmen gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bulunan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelenmiştir. Bu sonuçlara göre önlisans/lisans eğitim seviyesinin ilköğretim seviyesi ve ortaokul eğitim seviyesiyle anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlenirken, lise eğitim düzeyinin hiçbir grupla istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı görülmüştür. Genel olarak sonuçlar ele alındığında eşin eğitim seviyesinin arttıkça gebelikte sağlık uygulamaları puanlarının arttığı görülmektedir.

Özcan ve Kızılkaya Beji 'nin (2015) yapmış olduğu çalışmada gebelerin eşlerinin eğitim düzeylerinin gebelikte sağlık uygulamaları puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır, eğitim düzeyi arttıkça gebelikte sağlık uygulamaları puan ortalaması da artmıştır. Çakmakçı ve Eser'in (2003) yaptığı çalışmada ise eşleri lise ve üzeri eğitime sahip olan gebelerin, gebelik sürecinde sağlık davranışları puan ortalamalarının, eşleri ilköğretim mezunu olan gebelerin sağlık davranışları puan ortalamasına göre yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalar bizim çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir. Eş eğitim düzeyi yükseldikçe gebelikte olumlu sağlık davranışları puan ortalaması da artmaktadır.

Aynı zamanda eş eğitim seviyesi yükseldikçe ailenin gelir düzeyi de artacaktır ve gebelerin sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma oranı da artacaktır.

Kılıçarslan' ın (2008) yapmış olduğu çalışmada eşin eğitim seviyesinin artması ile gebede depresif belirti düzeyinde azalma görülmüştür. Çapık' ın (2013) çalışmasında ise depresyon belirti düzeyi ile eşlerin eğitim seviyeleri karşılaştırıldığında eşi üniversite mezunu olanların puan ortalaması daha düşük ve eşi ilkokul mezunu olanların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Arslan'ın (2010) yaptığı çalışmada ise gebelerin eşlerinin eğitim seviyesi ile anksiyete ve depresyon belirtileri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu örnekler de bizim araştırmamızla benzerlik ve farklılık gösteren çalışmalardır. Eğitim seviyesinin yüksek olması demek ekonomik durumun daha iyi ve alım gücünün daha yüksek olması anlamına geldiği için bu durum gebelerde depresif belirti gösterme oranını azaltarak olumlu sağlık davranışlarının artması demektir.

5.6. Gelir Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırmamızın istatistik bulgularına göre gelir düzeyine göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarının farklılaşp farklılaşmadığı incelendiğinde analiz sonuçlarına göre gebelik dönemi depresyonu gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmazken gebelikte sağlık uygulamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür. Bu bulguya göre gelir düzeyleri asgari ücretten yüksek olan katılımcı gebelerin düşük olan katılımcı gebelere göre daha yüksek gebelikte sağlık uygulamaları puanına sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmamızla benzer olarak Haas ve ark.'nın (2005) yapmış oldukları çalışmada gelir durumu iyi olan gebelerin gelir durumu kötü olanlara göre sağlık davranışları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Er' in (2006) yapmış olduğu çalışmada gelir durumu iyi olan gebelerin gelir durumu kötü olan gebelere göre sağlık uygulamaları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumda ekonomik durum ile sağlık uygulamaları davranışları arasında ilişki vardır diyebiliriz. Gelir durumu iyi olan gebelerin beslenmeleri, fiziksel aktiviteleri gibi olumlu sağlık bakım uygulamalarına dikkat ettikleri, sağlık bakım imkanlarına daha kolay erişim sağladıklarını söyleyebiliriz. Yapılan başka çalışmalarda gebelerin

ekonomik durumlarına göre sağlık uygulamalarından aldıkları puan ortalamaları incelenmiş ve gelir düzeyi yüksek olan gebelerin olumlu sağlık uygulamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Altundaş, 2009; Güler, 2010; Kanbur, 2010). Bu çalışma ve literatür karşılaştırıldığında ekonomik durumun ailenin beslenme durumu, hijyen alışkanlıkları, sağlık bakım hizmetlerinden faydalanması, sigara ve alkol gibi maddeler kullanması, aile içi ve sosyal ilişkileri, stres durumu gibi faktörlerle ilişkili olduğu düşünülebilmektedir.

5.7. Gebelik Trimesterine Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırmamızın bulgularına göre gebelik trimesterine göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre hem gebelik dönemi depresyonunun hem de gebelikte sağlık uygulamalarının gebelik trimesterine göre istatistiksel olarak farklılaşmadığı bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde gebelikte depresyon belirtilerinin gözlemlenmesinin gebeliğin trimesterine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu konuda yapılmış bir çalışmada; Bennet ve arkadaşlarının (2004), sistematik gözden geçirme çalışmasında depresyon yaygınlığı; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bildirilmiştir. Bunevicius ve arkadaşlarının (2009) depresyon belirtilerinin gebeliğin farklı dönemlerinde görülme sıklığını araştıran başka bir çalışmada ise gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğü bulunmuştur. Er (2006) tarafından yapılan çalışmada da gebelerin gebelik haftası arttıkça, gebelikte sağlık uygulamaları puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Araştırmamızda gebelikte depresyon görülme sıklığının ve sağlık uygulamaları davranışlarının gebeliğin dönemlerine göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Araştırmamızın bulguları belirtilen araştırmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir. Bunun sebebi çalışmamızda farklı trimesterdeki gebelerin homojen olarak dağılmaması olabilir.

5.8. Gebeliğin İstenme/Planlanma Durumuna Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırmamızın bulgularına göre gebeliğin istenme/planlanma durumuna göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamalarının farklılaşp

farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonucuna göre gebeliği istenen/planlı olan katılımcılar ile gebeliği istenmeyen/plansız olan katılımcılar arasında hem gebelik dönemi depresyonu hem de gebelikte sağlık uygulamaları istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı bulunmuştur.

Tekgöz ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada planlanmamış gebeliklerde anksiyete görülme oranı daha yüksek olmasına rağmen anksiyete tanısı alma oranında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Planlanmamış gebeliklerde gebe kendini psikolojik olarak hazır hissetmemekte, anneliğe uyumu zorlamakta ve bebeği kabullenmesi gecikmektedir.

Yapılan diğer bazı çalışmalarda da istendik gebelik yaşayan kadınların daha fazla olumlu sağlık davranışı gösterdiği bulunmuştur (Altundaş, 2009; Kanbur, 2010; Yağmur ve Tunçdemir, 2011). Çapık ve Pasinlioğlu'nun (2014) çalışmasında istenen gebeliklerin sağlık uygulamalarına istenmeyen gebeliklerden daha fazla dikkat ettikleri tespit edilmiştir.

Lau ve Keung (2007) tarafından yapılan çalışmanın gösterdiği bir diğer bulgu ise gebelikte depresyonun istenmeyen gebelik yaşayan gebelerde daha fazla görüldüğüdür. Bu çalışma bulguları araştırmamızın bulguları ile paralellik göstermemektedir. Bunun nedeninin araştırmanın yapıldığı bölgedeki gebelerin dini inanç olarak herşeyin yaradandan geldiği düşüncesi ve kadere iman tutumları olabilir. Bunun yanısıra aile planlaması yöntemlerini çok etkili kullanmamaları daha çok geleneksel yöntemleri kullanmaları bunun sonucunda da var olan bir plansız gebelik olduğunda psikolojik olarak etkilenmemeleri olabilir. Ayrıca multipar gebelik sayısının fazla olması nedeniyle doğum konusunda bilgili ve tecrübeli olduklarını düşünmeleri de olabilir. Sonuç olarak gebeliğin planlı ve ya istendik olması gebelik sürecini, annenin ve bebeğin sağlığını daha iyi yönde etkilemektedir.

5.9. Hane Halkı Sayısına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırmamızın bulgularına göre hane halkı sayısının gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde farklılaştırıcı etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Analiz yapılmadan önce hane halkı sayısını iki gruba bölebilmek için TNSA (2018) raporunda belirtilen 3.5 ortalama hane halkı sayısı referans alınmıştır. Buna göre hane halkı sayısı 3.5'ten az olan bireyler düşük, fazla olan bireyler ise yüksek hane halkı olacak şekilde iki grup oluşturulmuştur. Yapılan analize göre hane

halkının gebelik dönemi depresyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkisinin olmadığı bununla birlikte gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu analize göre düşük hane halkı sayısına sahip gebelerin yüksek hane halkına sahip gebelere göre gebelikte sağlık uygulamaları puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Er'in (2006) yaptığı çalışma sonucuna göre, çekirdek aile yapısına sahip gebelerin gebelikte sağlık uygulamaları puan ortalamalarının, geniş aile yapısına sahip gebelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Geniş aile yapısına sahip gebeler, çekirdek aile yapısına sahip gebeler ile karşılaştırıldığında geniş aile yapısına sahip gebelerin daha çok geleneksel uygulamalara maruz kaldığı ve bu nedenle olumsuz sağlık uygulamalarının daha fazla olduğu düşünülebilir. Ayrıca çekirdek ailelerin anne, baba ve çocuk/çocuklardan oluştuğu; geniş ailelerde buna ek olarak kayınvalide, kayınpeder, eşlerin kardeşleri gibi kişilerin bulunduğu düşünülürse, kişi başına düşen aile içi gelirin çekirdek ailelerde daha yüksek olduğu bir gerçektir. Hane halkı sayısının beslenme, barınma, hijyen gibi temel ihtiyaçları etkilediği düşünülmektedir. Bu durum, gebelikte sağlık uygulamaları puan ortalamasının çekirdek ailelerde daha yüksek olmasının nedeni olarak gösterilebilir.

5.10. Eşin Babalık Endişesine Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırmamızın bulgularına göre eşin sahip olduğu babalık endişesinin gebenin gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde farklılaştırıcı etkisi olup olmadığı incelenmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre eşin babalık endişesine sahip olup olmadığı hem gebelik dönemi depresyonu hem de gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklılaştırdığı bulunmuştur. Bulguların ortalamaları incelendiğinde babalık endişesi olan gebelerin eşlerinde babalık endişesi olmayan gebelerin eşlerine oranla daha fazla gebelik dönemi depresyonu olduğu görülmektedir. Aynı zamanda babalık endişesi olan gebelerin eşlerinin babalık endişesi olmayan gebelerin eşlerine göre daha düşük gebelikte sağlık uygulamaları puanına sahip olduğu görülmüştür.

Rol geçişleri, yeni rolden beklentiler, görev sorumlulukları, stress ve kaygıya yol açmaktadır (Dal ve Sevil, 2002). Bu yeni rol ve sorumluluklar (bebek bakımını

öğrenme, uygulama, bebeğe güvenli bir çevre oluşturma vb.) hem anne hem de babada psikolojik ve fizyolojik değişiklikler oluşturur (Zeybekoğlu, 2013; Güleç ve ark., 2014). Yeni rol için davranışların gözden geçirilmesi, yeniden yapılandırılması, yeni davranışların öğrenilmesinin yanında, kimliğin, sorumlulukların, hedeflerin ve kendisiyle ilgili duyguların değişmesi de gerekmektedir (Zeybekoğlu, 2013; Güleç ve ark., 2014). Erkekler bebeklerine ilgili hale geldikçe, babalık kimliği gelişir ve aynı zamanda anne adayının annelik rolüne geçişinde önemli katkı sağlar (Condon, 2006). Baba adaylarında depresyon, eşleriyle benzer özellikler göstermektedir. Baba adaylarında depresyon, gebelik sırasında başlayabilir ve çocuğun doğumundan sonra artabilir (Becström ve ark., 2011). Anne adayı babanın bu stress ve endişesini hisseder ve gebede eşlerinin babalık rolü ile ilgili bir takım endişeler oluşabilir (Zeybekoğlu, 2013).

Bebek bekleyen erkekler, maddi endişe, sosyal ilişkiler ve iş talepleri gibi durumların onlarda çok fazla strese neden olduğunu düşünebilmektedir (Becström ve ark., 2011; Güleç ve ark., 2014). Gebelik, doğum gibi deneyimler, aileye güç, anneye benlik ve bütünlük, babaya güven ve otorite kazandırarak her iki ebeveyne de önemli rol ve sorumluluklar yüklemektedir (Zeybekoğlu, 2013; Güleç ve ark., 2014). Babalık sürecine katılım, babanın çocuğun gelişiminde önemli bir rol oynamasına neden olmaktadır (Güleç ve ark., 2014).

Literatür tarandığında gebelerin eşleri ile ilgili babalık endişeleri hakkında çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat baba adaylarının gebelik sürecinde psikolojik ve fizyolojik olarak yaşadığı tüm duyguların gebe olan eşini hem psikolojik hem de sağlık davranışları açısından doğrudan etkilediği söylenebilir. Bu açıdan çalışmamızın sonuçları ile literatür paralellik göstermektedir.

5.11. Planlanan Doğum Şekline Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırmamızın bulgularına göre çalışmaya katılan gebelerin istediği ya da sağlık çalışanı tarafından planlanan doğum yönteminin (normal, sezaryen) gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde farklılaştırıcı etkiye sahip olup olmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre planlanan doğum yönteminin gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaştırıcı etkiye sahip olmadığı bulunmuştur.

Doğum çoğu zaman gebeler tarafından ağrı, kontrol kaybı ve ölüm korkusu ile ilişkilendirilmektedir (Goodin and Griffiths, 2012). Gebenin doğum yöntemi tercihi onun geçmiş deneyimleri ve sosyal öğrenmelerle oluşur (Goodin and Griffiths, 2012). Her kadın doğumdan az ya da çok korkar (Şahin ve ark., 2009). Doğum korkusu gebelerin % 20'sini etkilemektedir (Goodin and Griffiths, 2012).

Seller'in (2012) yaptığı çalışmada gebelerin yarısından fazlasının bebeğinin zarar göreceği ya da öleceğini düşündüğü saptanmıştır. Gebelerin doğumu gerçekleştirememek/başaramamaktan ve doğum sırasında bir sorun çıkmasından duydukları korkunun temelinde bebeği ile ilgili duyduğu kaygılar yatmaktadır. Gebelerin genel düşüncesi **“Bebeğe zarar vermektense ben kendim her şeye razıyım yeter ki bebeğim sağlıklı olsun”** şeklindedir. Gebeler bebeklerinin sağlıklarını daha çok önemsediklerini vurgulamıştır. Bu çalışma ile bizim çalışmamız paralellik göstermektedir. Literatürde planlanan doğum yönteminin, gebelik dönemindeki depresyon ve sağlık bakım davranışları ile ilgili ilişkisini konu alan çalışmalar sınırlıdır.

5.12. Gebelik Sürecinde Destek Olacak Kişi Varlığına Göre Gebelik Dönemi Depresyonu ve Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Farklılaşmasının İncelenmesi

Araştırmamızın bulgularına göre çalışmaya katılan gebelerin gebelik sürecinde kendilerine destek olacak birisinin var olmasına göre gebelik dönemi depresyonu ve gebelikte sağlık uygulamaları üzerindeki farklılaşma durumu incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre desteğin olup olmamasının gebelik dönemi depresyonu üzerinde anlamlı etkisi bulunmazken gebelikte sağlık uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak farklılaştırıcı etkisinin olduğu bulunmuştur. Katılımcı gebelerin ortalamaları incelendiğinde kendilerine destek olacak birisinin olduğunu belirten gebelerin destek olacak kimseleri olmadığını belirten gebelere göre daha yüksek gebelikte sağlık uygulamaları puanı olduğu görülmüştür.

Harley ve Eskenazi (2006) sosyal desteğin, gebelerin daha kaliteli beslenmelerine, vitamin destekleri almalarına ve sigara içimini azaltmalarına etkisi olduğunu belirlemişlerdir. Downs ve Hausenblas'ın (2004) yaptıkları çalışma sonucunda sosyal desteğin gebelerin egzersiz yapma davranışını artırmada önemli rol oynadığı belirlenmiştir. Cannella'nın (2005) gebeler üzerinde sosyal desteğin, pozitif sağlık davranışlarına etkisini incelediği çalışmanın sonucunda, sosyal desteğin pozitif sağlık

davranışlarını artırdığı belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmalar çalışmamızı desteklemektedir. Destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı koruma ve sorunlarla baş etmede kolaylık sağlama gibi önemli etmenlerde rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu durum gebelik sürecinde de geçerlidir. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek kadının gebelik deneyiminde olumlu etkiye sahiptir. Destek eksikliği ise gebelik deneyimini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Aynı zamanda yeterli sosyal destek alan bir gebe, gebeliği için yararlı sağlık uygulamaları davranışlarını arttırıp gebelik komplikasyonlarını azaltabilir ve böylelikle daha sağlıklı bir gebelik deneyimi kazanılmış olur (Taşkın, 2016).

Altınçelep' in (2011) yapmış olduğu çalışmada gebelikte destek olacak kişinin olması ile depresif belirti düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışma çalışmamızla paralellik göstermektedir. Erbil ve arkadaşlarının (2009) yapmış oldukları çalışmada ise gebelik süresince akrabalarından destek alan gebelerin depresif belirti puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kaplan ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında gebelik sürecinde kendisine destek olacak kimsenin olmadığını belirten gebelerde depresif belirti semptomları gösterme oranı daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Gebeliğinde yüksek düzeyde sosyal destek alan kadınlar, düşük düzeyde destek alan kadınlara göre gebeliklerinde daha mutlu olmakta ve gebelik sürecinde daha olumlu duygular yaşamaktadırlar (Murray and McKinney, 2010). Bu çalışma bulguları araştırmamızın bulguları ile paralellik göstermemektedir. Bunun sebebi olarak katılımcı gebelerin daha çok multipar oluşu, gebelik ve doğum ile ilgili gücün, daha önceki gebelik tecrübeleri ile kazanılmış olması şeklinde yorumlanabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelerin depresyon belirtileri ile sağlık bakım davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapılan araştırmanın sonucunda;

- Gebeler EDÖ toplamından 7.40 ± 5.02 puan aldığı ve depresyon belirtisi oranının düşük olduğu bulunmuştur.
- Gebeler GSUÖ toplamından 127.08 ± 12.97 puan alarak sağlık uygulamaları oranının yüksek olduğu bulunmuştur.
- Gebelerin GSUÖ toplam puanı arttıkça EDÖ toplam puanı düşmektedir. GSUÖ ve EDÖ arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur.
- Gebenin yaşı ve gebenin eşi hakkındaki babalık endişesi gebelerde depresif belirti düzeyini etkilemektedir.
- Gebelerde sağlık uygulamalarını eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, gelir durumu, nüfusa kayıtlı olunan coğrafi bölge, hane halkı sayısı ve sosyal destek varlığı etkilemektedir.

6.2. Öneriler

Çalışma sonuçları doğrultusunda araştırmacılara yönelik öneriler;

- Bu çalışma ile anlamlı sonuçlar ortaya konulmuş olsa da daha büyük örneklem grubu ile gebelikte depresyon ve sağlık uygulamaları davranışları ile ilgili daha farklı bölgelerde başka araştırmalar yapılabilir. Böylelikle, Türkiye’de gebelerin psikolojik durumu ve sağlık davranışı profili ulusal ölçekte çıkarılabilir.
- Gebelikte depresyon belirtisi ve sağlık uygulamalarının önemi konusunda ebe/hemşirelere yönelik eğitim programları düzenlenmeli ve sağlık çalışanlarının farkındalığı arttırılmalıdır.
- Gebelikte depresif belirtileri gösteren kadınların ebe/hemşireler tarafından bakımının sağlanması için prenatal ruh sağlığı hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır.
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarına ruh sağlığı hizmetleri entegre edilmelidir. Gebede depresyon belirtileri farkedene ebe/hemşire kadını tanı için psikiyatri birimine sevk ederek yönlendirmelidir.

- Çalışmada kullanılan “Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği” gebelerin sağlık uygulamalarını ölçmek amacıyla birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda rutin olarak kullanılabilir.
- Gebelikte sağlık uygulamalarının anne ve fetus sağlığı açısından önemini vurgulanmalı ve sağlıklı bir anne ve yenidoğan için gebelik döneminde her gebenin hem doğum öncesi bakım hem de tüm sağlık hizmetlerinden mutlaka yararlanması sağlanabilmelidir.
- Doğum öncesi eğitim programlarının yaygınlaştırılarak gebe ve eşlerinin gebelik ve doğum ile ilgili streslerini azaltıp yeni rollerine hazırlanmalarının kolaylaştırılması sağlanmalıdır.
- Farklı yaş gruplarındaki gebelerin psikososyal bakım gereksinimlerini belirlemek için ayrıntılı görüşmeler yapılmalı, erken/geç anne olmanın bireyler üzerindeki psikososyal etkileri belirlenmeli, bilgi eksiklikleri giderilmeli ve gebelik ile ilgili yanlış bilinen bilgiler düzeltilmelidir.
- Ebe/hemşireler gebelik süresince kadının stres yaşamasında rol oynayabilecek faktörleri belirleyip ortadan kaldırarak anne ve bebeğin sağlığını koruma ve yükseltmeye yönelik çalışmaları planlamalıdır.
- Tüm gebelerin prenatal bakım alması sağlanmalı, özellikle birinci basamak çalışanlarına bu konuda hizmetiçi eğitimler düzenlenmelidir.
- Gebenin ailesine ve özellikle eşine gebeliğin fizyolojik, psikolojik yönü ile ilgili eğitim verilmelidir ve bu eğitimler rutin olarak planlanmalıdır.
- Gebelikte riskli sağlık davranışlarının anne ve bebeğin sağlığı açısından riskleri göz önüne alınarak kadına bu konuda danışmanlık yapılmalı, kişiye özel eğitimler düzenlenmelidir.
- Gebelikler arası sürenin iki yılın altında olmasının olumsuz tarafları ile ilgili kadınlar eğitilmelidir. Geleneksel toplum yapısında olan aileler tespit edilip eğitimlere ailenin önde gelenleri de alınmalıdır.
- Annenin psikososyal sağlığını güçlendirmek için gebelikte şiddete maruz kalan kadınlar tespit edilip gebe kadının ailesine özellikle eşine şiddetin anne ve fetüse olan zararları ve yasal uygulamalar ile ilgili eğitim verilerek şiddetin önlenmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Abalı Çetin S, Aslan E. Kadın cinsel sağlığı ve kadına yönelik cinsel şiddet. Kızılkaya Beji, N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 2015; 32(2): 161-196. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Adams J, Frawley J, Steel A, Broom A, Sibbritt D. Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: Examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. Midwifery, 2015; 31(4): 458-463.

Akbaş A, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte sosyo demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2008; 45: 85-91.

Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Bursa,Türkiye. Kongre Özet Kitabı. 2011; 459-460.

Alioğulları A, Esencan TY, Ünal A, Şimşek Ç. Anne Sütünün Faydalarını ve Emzirme Tekniklerini İçeren Görsel Mesaj İçerikli Broşür ile Annelere Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 19(4): 252-260

Altınçelep F. Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi. T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, 96 sayfa, İstanbul.

Altıparmak S. Gebelerde Sosyodemografik Özellikler, Özbakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Türk Silahlı Kuvvetleri Korumucu Hekimlik Bülteni. 2006; 5(6): 416-23.

Altundaş P. Gebelikteki Sağlık Davranışlarının Bölgesel Olarak Karşılaştırılması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir.

Altuntuğ K, Ege E. Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2013; 15(2): 45-56.

Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Alternatif/ Tamamlayıcı Tıp ve Kadın Sağlığı. Taf Prev Med Bull. 2013; 12(4): 441-44

Andersson NW, Hansen MV, Larsen AD, Hougaard KS, Kolstad HA, Schlünssen V. Prenatal maternal stress and atopic diseases in the child: a systematic review of observational human studies. Allergy, 2016; 71(1): 15-26.

Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. Anne ve Çocuk Beslenmesi. 8. baskı Pegem Akademi: Gebe-Emziren Kadın ve 0-1 Yaş Çocuk Beslenmesi. Ankara, 2017; (5): 95 –115. DOI: 10.14527/9789756802687.

Arslan B. Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. Uzmanlık Tezi, 2010, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

Arslan S, Okcu G, Coşkun A, Temiz F. Women's perception of pregnancy and the affecting factors. Journal of Health Science and Profession. 2019; 6(1): 179-192.

Atasever İ, Sis Çelik A. Prenatal Stresin Ana-Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 21(1): 60-68

Avcıbay B. Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, 2009, Çukurova Üniversitesi, Adana.

Ayan A, Aksoy C, Edizkan H. Doğuma hazırlık kursunun gebeler üzerine etkisi. 9.Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Bursa, Türkiye. 2009; 423-424.

Aydemir H. Maternal Obezitenin Gebelikte Oluşan Yakınmalara ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Uyar Hazar). Aydın, 2014.

Aydemir H, Uyar Hazar H. Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(2): 815-833.

Aydın Kartal Y, Karaman T. Doğuma Hazırlık Eğitiminin Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresyon Riski Üzerine. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2018; 49(1): 85-91.

Babacan Gümüş A, Çevik N, Hataf Hyusni S, Biçen Ş, Keskin G, Tuna Malak A. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. Anatolian Journal of Clinical Investigation. 2011; 5(2): 7-14.

Bahadoran P, Asefi F, Arizi H, Valiani M. The effect of participating in the labor preparation classes on maternal vitality and positive affect and attitude toward the labor methods during the pregnancy and after the labor in women referring to the selected Isfahan Public Health Centers in 2010. IJNMR/Fall. 2010; 15(4): 1-6.

Baibazarova E, Van de Beek C, Cohen-Kettenis PT, Buitelaar J, Shelton KH, Van Goozen SH. Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. Psychoneuroendocrinology. 2013; 38(6): 907-1005.

Basso J, Mchale A, Ende V, Oberlin D, Suzuki V. Brief, daily meditation enhances attention, memory, mood and emotional regulation in non-experienced meditators. Behavior Brain Research. 2009; 35(6): 208-220.

Bayram GO, Şahin NH. Doğuma Hazırlık Eğitimi Modelleri ve Güncel Yaklaşımlar. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2010; 7(3): 36-42.

Becström C, Wahn HE, Yiong WK, Skouteris H, Pier C, Richardson B et al. Correlates of ante-and postnatal depression in fathers: A systematic review. Journal of Affective Disorders. 2011; 27: 67-73

Beji N, Dişsiz M. Gebelik ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde: N. K. Beji (Ed.), Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 2015; 294-300.

Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A. Obstetrik Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji. Medikal ve Nobel Kozan Ofset. Ankara, 2001.

Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson T. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004; 103: 698–709.

Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın İl Merkezinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(2): 137–141.

Beydağ KD, Mete S. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 11(1): 60

Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007; 479–484.

Bilen Sadi, Aksu H. Gebelikte eşlerin cinsel yaşamı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 19(2): 128-138.

Bilgin Z, Alpar ŞE. Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri/The Relationship between Maternal Attachment Perception of Women's Maternal Role. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2018; 5(1): 6-15.

Bödecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orv Hetil*, 2009; 150: 1888-1893.

Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Canadian Nurse Journal*. 2006; 102: 26-30.

Brenda M, Leung Y, Bonnie ND, Kaplan J. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *J Am Diet Assoc* 2009; 109: 1566-1577.

Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88: 599-605.

Burcusa S, Iacono W. Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*. 2007; 36(27): 959-985.

Bussi res EL, Tarabulsy GM, Pearson J, Tessier R, Forest JC, Gigu re Y. Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A metaanalysis of prospective studies. *Developmental Review*. 2015; 36: 179-99.

Cannella B. Mediators Of The Relationship Between Social Support And Positive Health Practices In Pregnant Women, *Nursing Research*, The State University Of New Jersey. 2005.

Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance Report. 2016; 28. Erişim Tarihi: 04.08.2020.

Chang MY, Chen CH. Evidence-based management of perinatal depression. *Hu Li Za Zhi*. 2008; 55: 5-9.

Chapman L, Durham R. Maternal-Newborn Nursing, The Critical Components of Nursing Care, Davis Company, USA, 2010.

Cheung W, Ip WY, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*. 2007; 23: 123– 130.

Ciobanu DI, Deac A, Lozinca I. Comparative Study Regarding The Influence Of Pain Management On Labor Deployment. *Ovidius University Annals, Series Physical Education and Sport / Science, Movement And Health*. 2010; 10(2): 883-892.

Clark A, Skouteris H, Wertheim E, Paxton S, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *Journal of Health Psychology*. 2009; (14): 27-35.

Coşar F, Demirci N. Süleyman Demirel Üniversitesi Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Dergisi*. 2012; 1(3): 18.

Coşkun A. Hemşireler ve Ebeler için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları  ğrenim Rehberi. Nobel tıp kitapçevleri. 2013.

Crawford J. Myles text for midwives. In: Fraser DM, Cooper MA. 15th ed. London: Elsevier Limited. 2009; 5(3): 81-100.

Culhane JF, Rauh V, McCollum KF, Hogan VK, Wadhwa P. Maternal stress is associated with bacterial vaginosis in human pregnancy. *Maternal Child Health*. 2001; 5(2): 127-34.

Çakırer N, Çalışkan Z. Nevşehir ili Ağılı köyünde gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalar. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010; (4): 343-8.

Çakmakçı A, Eser E. Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri: Bir Metodolojik Çalışma'' Hemşirelik Forumu. 2003; 3: 8-18.

Çapık A. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2013.

Çapık A, Pasinlioğlu T. Difference of Health Practices Between Wanted and Unwanted Pregnancy. *International Journal of Caring Sciences*. 2014; 7(2): 508-519.

Çeber E, Bilge A, Mermer G, Yücel U. İzmirin Bornova ilçesinde gebelik ve doğum sonrası depresyon riski. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2010; 20: 1-9.

Çınar Özdemir Ö, Sürmeli M, Özel A, Yavuz, Yavuz İE, Topçuoğlu A, Ankaralı H. Gebelerde Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*. 2017; 22(2): 95-102.

Çoban A, Yanıkerem UE. Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi. *Ege Tıp Dergisi*. 2010; 49(2): 87-94.

Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord*. 2000; 59(1): 31-40.

Dağlar G, Nur N, Bilgiç D, Kadioğlu M. Gebelikte Duygulanım Bozukluğu. *Kashed*, 2015; 2(1): 27-40.

Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 2014; 36: 429-441.

Daş Z. Gebeliğin psikososyal ve kültürel boyutu. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara. 2016; (13): 254-267).

Davenport MH, Meah VL, Ruchat SM, Davies GA, Skow RJ, Barrowman N, Adamo KB, Poitras VJ, Gray CE, Jaramillo Garcia A, Sobierajski F, Riske L, James M, Kathol AJ, Nuspl M, Marchand AA, Nagpal TS, Slater LG, Weeks A, Barakat R. The impact of prenatal maternal exercise on neonatal and childhood outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 2018; 52: 1386-96.

Davis DK. *Mylesmidwifery a textbook for midwives*. In: Henderson C, Macdonald London: Elsevier Limited; 2004; 13.

Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 132-139.

Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014; 4(4): 200-206.

Demiryay A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi*, 2006, Afyon (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nihal Cengiz).

Deniz A, Taş F, Tomur A, Koç A. Kafeinin Gebelikteki Toksik Etkileri. 2015; 1(3): 59-63.

Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. Gebelikte Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2010; 20(4): 137-142.

Dibek K. Gebelikte Travma. *Derman Tıbbi Yayıncılık*. 2016.

Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero VH. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early human development* 2009; 85(1): 65-70.

Dilmen U, Çiçek N, Mollamahmutoğlu L. Gebelik ve Doğum. Ankara, 2011.

Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clin Obstet Gynecol*. 2009; 52: 498-515.

Dinç H, Yazıcı S, Yılmaz T, Günaydın S. Gebe eğitimi. HSP. 2014; 1(1): 68-76.

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, T.C.Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018; 7; 925-978.

Downs D, Hausenblas H. Women's Exercise Beliefs and Behaviors During Their Pregnancy and Postpartum, Journal of Midwifery & Women's Health. 2004; 49(2): 139-144.

Dumith SC, Hallal PC, Reis RS, Kohl HW. Worldwide Prevalence Of Physical Inactivity And Its Association With Human Development Index In 76 Countries. Prev Med. 2011; 53: 24-8.

Duncombe D, Wertheim HE, Skouteris H, Paxton JS, Kelly L. How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy. Journal of Health Psychology. 2008; 13(4): 503-15.

Ejder Apay S, Kılıç M, Pasinoğlu T. (2010). Obez Gebelerde Doğum Eylemi ve Doğum Sonu Dönem. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,Erzurum, Af Prev Med Bull. 2010; 9(2): 151-156.

Elem E. Gebelerin Sağlık Uygulamalarının Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Sivas.

Entringer S, Epel ES, Kumsta R, Lin J, Hellhammer DH, Blackburn EH et al. Stress exposure in intrauterine life is associated with shorter telomere length in young adulthood. Proceedings of the National Academy of Sciences 2011; 108(33): E513-E518.

Er S. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. A. Şirin). İzmir, 2006.

Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Gebelikte Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Türkiye Klinikleri, J Gynecol Obst. 2009; 19(2).

Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B, Beşer E. Güvenli Olmayan Doğumlar ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ad, Aydın Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005; 4(6).

Evans J, Melotti R, Heron J, Ramchandani P, Wiles N, Murray L et al. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011; 23: 632-640.

Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep Disturbances n Pregnancy. *Obstet Gynecol* Jan. 2010; 115(1): 77- 83.

Faisal Cury A, Menezes PR. Prevalence Of Anxiety And Depression During Pregnancy n A Private Setting Sample. *Archives Of Women’s Mental Health*. 2007; 10: 25-32.

Field T, Diego M, Delgado J, Medina L. Yoga and social support reduce prenatal depression, anxiety and cortisol. *Journal of bodywork and movement therapies*. 2013; 17(4): 397-403.

Figueiredo B, Pacheco A, Costa RA. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*. 2007; 10(3): 103-109.

Firouzbakht M, Nikpour M, Salmalian H, Ledari FM, Khafri S. The effect of perinatal education on Iranian mothers’ stres and labor pain. *Glob J Health Sci*. 2013; 6(1): 61-8.

Flanigan C, Sheikh A, Nwaru BI. Prenatal maternal psychosocial stress and risk of asthma and allergy in their offspring: protocol for a systematic review and meta-analysis. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine* 2016; 26: 160-21.

Fowles E, Murphey C. “Nutrition and Mental Health in Early Pregnancy: A Pilot Study” *J Midwifery Womens Health*, 2009; 54: 73–77.

Gen S, Mihmanlı V. Madde Bağımlılığı ve Gebelik. S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014; 30(2): 120-123.

Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Çetin A. Prevalence and correlates of depression in pregnancy among turkish women. Maternal and Child Health Journal. 2010; 14(4): 485-491.

Goodin M, Griffiths M. Caesarean section on demand, Obstetrics, Gynecology and Repreductive Medicine. 2012; 22(12): 368-370.

Gölbaşı Z, Kelleci M, Kısacık G. Gebelikte depresif belirtiler: Prevelans ve risk faktörlerine ilişkin bir çalışma. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan 2007, Ankara, Türkiye.Kongre Özet Kitabı sayfa 255.

Graignic-Philippe R, Dayan J, Chokron S, Jacquet AY, Tordjman S. Effects of prenatal stress on fetal and child development: a critical literature review. Neurosci Biobehav Rev. 2014; 43:137-62.

Güleç D, Kavlak O, Sevil Ü. Ebeveynlerin doğum sonu yaşadıkları duygusal sorunlar ve hemşirelik bakımı. HEAD 2014; 11: 54-60.

Hajbaghery MA, Mokhtari R. Complementary and Alternative Medicine and Holistic Nursing Care: The Necessity for Curriculum Revision. Journal of Complementary Medicine & Alternative Healthcare. 2018; 4(5): 1-2.

Harley K, Eskenazi B. (2006). Time In The United States, Social Support And Health Behaviors During Pregnancy Among Women Of Mexican Descent, Social Science & Medicine. 2006; 62: 3048–3061.

Hatipoğlu ÇA. Gebelerde Toksoplazmoz. Klinik Ankara Toplantıları Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, 2013.

Health Protection Agency. Uk Standards for Microbiology Investigation. Investigation of Toxoplasma Infection İn Pregnancy. 2012, Standards Unit, Microbiology Services Division. Uk. Available At: Erişim Tarihi: 19.08.2020 http://Www.Hpa.Org.Uk/Webc/Hpawebfile/Hpaweb_C/1317133993812

İşcan G, İşcan SC, Koç EM, Karçaaltıncaba D. Sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin gebelik depresyonuna etkisi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2018; 25(4): 429-435.

İzci F, Bilici R. Gebelerde Madde Kullanımı: Görülme Sıklığı ve Etkileri. Bağımlılık Dergisi. 2015; 16(1): 26-34.

Kanbur A. Gebeliğin İstenme Durumunun Gebelerin Yaptığı Sağlık Uygulamalarına Etkisinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2010.

Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 10(1): 13-121.

Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. Midwifery, 2009; 25: 344-356.

Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe/Hemşirenin Rolü İ.Ü.F.N Hemşirelik Dergisi. 2011; 19(1): 45-53.

Karaçam Z, Şen E. Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2012; 80-91

Karataylı S. Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri. Selçuk Üniversitesi, Konya, Turkey, 2007.

Kaya D, Oskay Ü. Gebelikte Travma. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5(2).

Kaur K, Rana AK, Gainer S. Effect of video on 'Breathing Exercises during labour' on Pain Perception and Duration of Labour Among Primigravida Mothers. Nursing and Midwifery Research Journal. 2013; 9(1): 1-9.

Kermane MM. A Psychological Study on Stress among Employed Women and Housewives and Its Management through Progressive Muscular Relaxation Technique (PMRT) and Mindfulness Breathing. Journal of Psychology & Psychotherapy, 2016; 6(1).

Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Edirne, Uzmanlık Tezi, 2008.

Kılıç M. Sağlık Ocaklarında Görevli Ebeler Tarafından Verilen Doğum Öncesi Bakımın Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi. 2009; 18(3): 138–147.

Kılıç M, Erci B. The Effect of the Care Provided Based on Self-Care Model of Orem on Self-Care Agency and Frequency of Nursing Diagnoses in Pregnant Women with Threat of Preterm Birth. Türkiye Klinikleri J Nurse Science. 2017; 9 (1): 1-14

Kısacık G, Gölbaşı Z. Gebe Kadınların Sigara İçme Davranışları Ve Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgileri, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi. 2009; 19(4): 197–205.

Kızılkaya Beji N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2015.

Köken G, Yılmaz M, Coşar E, Kır Şahin F, Çevrioğlu S, Geçici Ö. Nausea and vomiting in early pregnancy: relationship with anxiety and depression. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2008; 29(2): 91-95.

Kömürcü N, Berkiten Ergin A, Çalışkan EJ, Buckley S, Yeşilçiçek Çalık K, Çoker H, Karabekir N. Doğum Ağrısının Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. N. Kömürcü (Ed.), Doğum Ağrısı ve Yönetimi. İstanbul: Bedray Yayıncılık, 2013.

Kömürcü N, Merih DY. Doğum Öncesi Dönem. İçinde: Coşkun AM. eds. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı 1. Baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2012; 5: 131-166.

Körükçü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K. Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi, 2017.

Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry. 2011; 3(1): 67-99.

Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2000; 95(4): 487-90.

Lau Y, Keung D. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social Science & Medicine*, 2007; 64(9): 1802-1811.

Le SY, Dubertret C, Le FB. Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *J Affect Disorder.* 2011; 135: 128–138.

Lederman R, Wels K. Psychosocial Adaptation to Pregnancy: Seven Dimensions of Maternal Role Development, 2009; 3: 1-38.

Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, Course, And Risk Factors For Antenatal Anxiety And Depression. *Obstet Gynecol.* 2007; 110: 1102-12

Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry.* 2008; 8(1): 24.

Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. The Complementary Therapies for Labour and Birth Study Making sense of labour and birth—experiences of women, partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course. *Midwifery*, 2016; 40: 124–131.

Lindgren K. A comparison of pregnancy health practices of women in inner-city and small urban communities. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse.* 2003; 32: 313–321.

Lindgren K. Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse.* 2005; 34(4): 465-72.

Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. *Sex Med.* 2013; 1(2): 54-61.

Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis, 2003.

Lothian JA. Lamaze Breathing. The Journal of perinatal education. 2011; 20(2): 118-120.

Madazlı R. Gebelik ve Stress. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2005; 47: 61-2.

Marakoğlu K, Şahsıvar Ş. Gebelikte Depresyon. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science. 2008; 28: 525-532.

Marakoğlu K, Sezer E. (2003). “Sivas’ta Gebelikte Sigara Kullanımı” C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25: 157–164.

Marcus S, Flynn H, Blow F, Barry K. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. Journal of Women's Health (Larchmt). 2003; 12(4): 372-380.

Mete S. Gebenin Sağlığını Değerlendirme. İçinde: Şirin A, Kavlak O, (eds.). Kadın Sağlığı. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul. 2015; 3: 386-399.

Mete M, Ertuğrul M, Uludağ M. Bir Doğuma Hazırlık Eğitim Programı “Doğumda Farkındalık”. DEUHFED. 2015; 8(2): 131-141.

Meydanlı MM, Çalışkan E, Ecemiş T, Arler S, Dölen İ, Haberal A. Adölesanlarda Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. T Klin Jineköl Obst. 2000; 10: 98-103.

Mihmanlı V, Karahisar G. Gebelikte Travma. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2012; 46(4).

Milgrom J, Gemmill A, Bilszta J, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Buist A. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. Journal of Affect Disorders, 108(1-2), 147-157. American Journal of Epidemiology. 2008; 157(2): 98-112.

Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13:154.

Murray S, McKinney E. Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing, 5th Edition, Saunders Elsevier, 2010.

Murphy VE, Smith R, Giles WB, Clifton VL. Endocrine regulation of human fetal growth: The role of the mother, placenta, and fetus. *Endocrine Reviews*. 2006; 27(2): 141-69.

Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009; 36: 771-788.

Nattah FM, Abbas WAK. Breathing Exercise in the First Stage of Labour among Primi Mothers at Hilla Teaching Hospital. *European Journal of Scientific Research*. 2015; 135(2): 121-128.

Nayak V, Laxminarayana Bairy K, Devaramane V. Treatment of depression during pregnancy. *Kuwait Med J*. 2010; 42: 187-191.

Ninivaggio C, Rogers RG, Leeman L, Migliaccio L, Teaf D, Qualls C. Sexual function changes during pregnancy. *Int Urogynecol J*. 2016; 28(6): 923-929.

Noğay NH. Gebe Kadınların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Electronic Journal of Vocational Colleges* December/Aralık, 2011; 51-57.

Nurriesteams M, Nurriesteams R. Yoga for emotional trauma: meditations and practise for healing pain and suffering. Raincoast Books. Kanada, 2013; 20-29.

O'Donnell KJ, Jensen VA, Freeman L, et al. Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11beta-HSD2. *Psychoneuroendocrinology*. 2012; 37(6): 818-26.

Obela C, Hedegaarda M, Henriksen TB, Secher NJ, Olsen J, Levine S. Stress and salivary cortisol during pregnancy. *Psychoneuroendocrinology*. 2005; 30(7): 647-56.

Oğuz S, Erdoğan Z. Kahve Tüketiminin Kalp Sağlığı Üzerine Etkisi, *Journal Of Cardiovascular Nursing*. 2016; 7(14): 136-139.

Okumuş H, Yenil K, Ozan YD, Öztürk E. Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarına ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar: literatür derlemesi. Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics. 2015; 1(1): 16-24.

Onat G, Aba YA. Health-Promoting Lifestyles and Related Factors Among Pregnant Women. Turk J Public Health. 2014; 12(2): 69-79.

Ölçer Z, Bozkurt G. Uyku Kalitesinin Doğuma ve Doğum Ağrısına Etkisi. Journal of Healty Science and Profession. 2015; 2(3): 334-344.

Ölçer Z, Oskay U. Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015; 12(2): 85-92

Omaç M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E. Arapgir Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Fırat Tıp Dergisi. 2009; 14(2): 115-119.

Ortaarık E, Tekgöz İ, Ak M, Kaya E. İkinci trimestir gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1: 16-20.

Özcan H., Kızılkaya Beji N. Gümüşhane İl Merkezindeki Gebelerin Sağlık Uygulamaları, Perinatoloji Dergisi. 2015; 23(1): 13-19

Özkan H. Annelik Kimlik Gelişimi Eğitiminin Primiparların Annelik Rolü Kazanımına ve Bebeğim Algısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, 2010, Erzurum: Atatürk Üniversitesi.

Özkan S, Demirhan H, Çınar İ. Gebelik Ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(3): 28-37.

Pauleta JR, Pereire NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med, 2010; 7(1): 136-142.

Phillips K. Preventing, identifying and treating maternal depression: Tools for employers. Center for Prevention and Health Services Issue Brief. 2005; 3: 1-20.

Pınar ŞE, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7(3): 171-177.

Pirinçci E, Polat A, Kumru S, Köroğlu A. Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. Adü Tıp Fakültesi Dergisi. 2010; 11(2): 1-7.

Prost A, Lakshminarayana R, Nair N, Tripathy P, Copas A, Mahapatra R, Rath S, Kumar Gope R, Rath S, Bajpai A, Patel V, Costello A. Predictors Of Maternal Psychological Distress In Rural India: A Cross-Sectional Community-Based Study. Journal Of Affective Disorders. 2012; 138: 277-286.

Rados SN, Vranos HS, Surijic M. Sexuality during pregnant: What is important for sexual satisfaction in expectant fathers? Journal of Sex & Marital Therap. 2015; 1(3): 282-293.

Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association Between Antenatal Depression and Low Birthweight In A Developing Country. Acta Psychiatr Scand. 2007; 115: 481-486.

raisingchildren.net.au, Stress during pregnancy: for men, Erişim Tarihi: 11.03.2020.

Rajani M. Effect Of Maternal Psychological Stress (Krodha-Shokadı Mansika Bhava) On Fetal Development. World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences. 2017; 6(4): 828-35.

Rakhshani A, Nagarathna R, Mhaskar R, Mhaskar A, Thomas A, Gunasheela S. The effects of yoga in prevention of pregnancy complications in high risk pregnancies:a randomized controlled triel. Preventive Medicine. 2012; (55): 333-340.

Rasch V. Cigarette, Alcohol, And Caffeine Consumption: Risk Factors For Spontaneous Abortion. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003; 82(2): 182-8.

Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi , 2012.

Rathfisch G. Gebelikten Anneliğe Yoga. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul. 2015; 3-13.

Raynor MD, Oates MR. Perinatal mental health. In Myles Textbook For Midwives, 15th ed.(Eds DM Fraser, MA Cooper), London, Elsevier, 2009; 679-703.

Rich-Edwards J, Kleinman K, Abrams A, Harlow B, McLaughlin T, Joffe H, Gillman M. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. Journal of Epidemiology & Community Health, 2006; 60: 221-227.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. 2012.

Samur G. Gebelik ve Emziliklik Döneminde Beslenme. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. 2012.

Sarıcaoglu EM, Memikoğlu KO. Gebelik ve Toksoplazmoz. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2018; 71(1).

Seller A. Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Beklentileri, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N Akan).

Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi, 2005.

Shishehgar S, Dolatian M, Majd HA, Bakhtiary M. Perceived pregnancy stress and quality of life amongst Iranian women. Global Journal of Health Science. 2014; 6(4): 270-7

Sidebotham M. Mental health problems. In Mayes' Midwifery: A Textbook For Midwives, 13th ed. (Eds C Henderson, S Macdonald), London, Elsevier, 2008; 918-934.

Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2009; 40(2): 57-62.

Skow RJ, Davenport MH, Mottola MF, Davies GA, Poitras VJ, Gray CE, Jaramillo Garcia A, Barrowman N, Meah VL, Slater LG, Adamo KB, Barakat R, Ruchat SM.

Effects of prenatal exercise on fetal heart rate, umbilical and uterine blood flow: a systematic review and metaanalysis. *Br J Sports Med*. 2019; 53: 124-33.

Sözeri C. Gebelikte Psikososyal Sağlığın Değerlendirilmesinin Doğum Sonu Depresyonu Belirlemedeki Etkisi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız).

Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. *Women and Birth*. 2015; 28(3): 179-93.

Stewart D. Depression during pregnancy . *Can Fam Physician*. 2005; 51: 1061-1063.

T.C Milli Eğitim Bakanlığı, Hemşirelik Kadın Sağlığı ve Dönemleri. Ankara, 2012.

Talge NM, Neal C, Glover V, Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry*. 2007; 48: 245-261.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı, 13. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2016.

Teasdale CA, Abrams EJ, Chiasson MA, Justman J, et al. Incidence of sexually transmitted infections during pregnancy. *PLoS One*. 2018; 13(5): 197-696.

Tekgöz İ, Sunay D, Çaylan A, Kısa C. Gebeliğin Son 3 Ayında Anksiyete Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*. 2009; 13(3): 132-136.

Tragea C, Chrousos GP, Alexopoulos EC, Darviri C. A randomized controlled trial of the effects of a stress management programme during pregnancy. *Complementary Therapies in Medicine*. 2014; 22(2): 203-11.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2014

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2018, Türkiye Erişim Tarihi: 19.09.2020

Uçar H. Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ile Annelik Rolü Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.

Ünver H, Aylaz R. Gebelerde Fiziksel Egzersizin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2017; 27(2): 71-8.

Vakilian K, Keramat A. The Effect of the Breathing Technique With and Without Aromatherapy on the Length of the Active Phase and Second Stage of Labor. Nursing and Midwifery Studies. 2013; 1(3): 115-9.

Van De Loo KFE, Vlenterie R, Nikkels SJ, Merkus PJFM, Roukema J, Verhaak CM ve ark. Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. Birth. 2018; 45: 478–489.

Vargens OM, Silva AC, Progiante JM. Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth-The Brazilian nurse midwives' view. Midwifery, 2013; 29(11): 99-106.

Vırt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 2008; 45(1): 9-13.

Walder DJ, Laplante DP, Sousa-Pires A, Veru F, Brunet A, King S. Prenatal maternal stress predicts autism traits in 6-year-old children: Project Ice Storm. Psychiatry Res. 2014; 219(2): 353-60.

World Health Organization (WHO). (2015). World Health Statistics - World Health Statistics indicators. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WH2015_IndicatorCompendium.pdf?ua=1

World Health Organization. Constitution. WHO, 1948 Erişim Tarihi: 20.04.2020

WHO, Global Health Sector Strategy on sexually transmitted infections 2016-2021 towards ending STIs. 2016: Geneva.

Workowski KA, Bolan GA. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015; 64(3): 1-137.

Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression. Annals of Epidemiology. 2009; 19(9): 637-643.

Yağmur Y, Tunçdemir A. (2011). Gebelikte Aile İçi Fiziksel Şiddeti Etkileyen Faktörler ve Sosyal Desteğin Rolü, 10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 2011; 20.

Yanikkerem E, Atlan E, Demirtosun P. Manisa 1 No'lu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. Kadın Doğum Dergisi. 2004; 2(4): 301–306.

Yanikkerem E, Semra A, Nicole P. Planned and unplanned pregnancy: Effects on health practice and depression during pregnancy. Celal Bayar University, Manisa, Turkey J. Obstet. Gynaecol. 2013; 1: 180–187.

Yavuz S, Aykut M. Kayseri Melikgazi Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Gebe Kadınların Gebelikte Beslenme Konusundaki Bilgi Düzeyleri Ve Beslenme Durumu. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 23: 10-20.

Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(1): 142-162.

Yıldırım M, Desdicioğlu R, Kara H, Yavuz Avşar AF. Gebelikte Bitkisel Ürünlerin Kullanımı. Ankara Med J. 2016; 16(2): 225-231.

Zahumensky J, Zverina J, Sottner O, Zmrhalova B, Driak D, Brtnicka H et all. Comparison of labor course and women's sexuality in planned and unplanned pregnancy. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2008; 29(3): 159-165.

Zerbo E, Schlechter A, Desai S, Levounis P. Becoming mindful:integrating mindfulness into our psychiatric practice. Virginia: American Psychiatric Publishing. 2017.

Zeybekoğlu Ö. Günümüzde erkeklerin gözünden babalık ve aile. MJH 2013; 3: 297-328.

EKLER

Ek 1

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2018

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A E 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üyesi Öznur KÖRÜKÇÜ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Gebelerin Depresyon Belirtileri ile Sağlık Uygulamaları Davranışları Arasındaki İlişki
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 484	Tarih: 11.07.2018
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmağına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Dr.Öğr.Üyesi M.Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Arda TAŞMARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr.Veli YAZISIZ
Üye

Prof.Dr.Bilge KARSLI
Üye (Izinli)

Prof.Dr.Öğuz DURSUN
Üye

Doç.Dr.Gülşüm Öge BAYSAI
Üye

Doç.Dr.Dijle KİPMEN KORGUN
Üye (Izinli)

Doç.Dr.Barkın NUR
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Mehtap TÜRKAY
Üye

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (Izinli)

Turgut ALTUN
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye (Izinli)

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/11/2018-E.139423 *BE6EL8LTT*



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Öğrenci
İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 50913635-302.14.03-E.139423
Konu : Sati KOLDAŞ MİR'in Uygulama İzni

08/11/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nün, Enstitünüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sati KOLDAŞ MİR'in "Gebelerin Depresyon Belirtileri ile Sağlık Uygulamaları Davranışları Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgili uygulamalarını ilgili Müdürlüğe bağlı Güneş Aile Sağlığı Merkezi ve Necip Fazıl KISAKÜREK Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı gebelere yapabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin 25.10.2018 tarih E.5393 sayılı yazısı Ek'te gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Eyüp Sabri TOPAL Rektör Yardımcısı

Ek:

- 1- Antalya İl
Sağlık Müd.'nün yazısı
- 2-
Komisyon Kararı



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 12394646-771
Konu : Sati KOL.DAŞ MİR

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 19/10/2018 tarihli ve 12394646-50913635-302.14.03.03.01/35048 sayılı yazı.

İgili yazınıza istinaden Müdürlüğümüzün 18.05.2018 tarih ve 6917494 sayılı oluru ile oluşturulan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde 23.10.2018 tarihinde toplanmış olup, özlük ve mali hakları kendi kurumlarında saklı kalması kaydıyla Müdürlüğü'müze bağlı Güneş Aile Sağlığı Merkezi ve Necip Fazıl KISAKÜREK Aile Sağlığı Merkezlerinde uygulama yapılabilmesi oy birliği ile onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hacer NUR YÜCE
Başkan

Ek: 23.10.2018 komisyon oluru

Sait KAYA
İşçi
Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır.
23.10.2018

İl sağlık müdürlüğü hüsnü karakaş mah. kepez devlet hastanesi yanı
Faks No:

Bu belge, Etiler Mahallesi
Unvan: LRF

e-Posta: fatma.guvenl@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
İletişim: F.GÜVEN: (322)4000303/3439 Fax: 3223441608 İlk 6 Ay Sadece Anne
Sütü

Telefon No: 02423206000/1096

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 75b00753-0132-430a-8408-3a80247ed002 kodu ile erişebilirsiniz
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

KOMİSYON KARARI

Müdürlük Makamı'nın 18.05.2018 tarih ve 69174/94 sayılı oluru ile oluşturulan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde 23.10.2018 tarihinde toplanmış olup, tez çalışması ve uygulama yapılmasını oy birliği ile alınmıştır.

1-Sati KOLDAŞ MİR

(Gebelerin Depresyon Belirtileri ile Sağlık Uygulamaları Davranışları Arasındaki İlişki)

2-Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü'nün 18.10.2018 tarih ve 11.34327sayılı yazısı ekinde bulunan kişiler.

Komisyon Başkanı

Dr. Hacer Nur YÜCE
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanı

Üye

Dr. Saniye GÜLLATAN
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkan Yardımcısı

Üye

Dr. Ayça KÜÇÜK
Aile Hekimliği Birim
Sorumlusu

Üye

Uzm. Dr. Özge ABACI BOZYEL
Bulaşıcı Hastalıklar
Birim Sorumlusu

Üye

Sevtaş KULUOZTÜRK
Toplum Sağlığı Hizmetleri
ve Göç Sağlığı Birim
Sorumlusu

Üye

Fatma İPEK
Personel Destek Hizmetleri
Birim Sorumlusu

TANITICI BİLGİ FORMU

- 1- Yaşınız
- 2- Nerelisiniz
- 3- Şu anki kilo (.....) Boy (.....)
- 4- Medeni durumunuz
☐ Evli ☐ Bekar
- 5- Eğitim seviyesi:
☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
- 6- Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
☐ Evet (Mesleğiniz) ☐ Hayır
- 7- Eşinizin/partnerinizin eğitim durumu:
☐ İlkokul ☐ Orta okul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
- 8- Gelir durumu (Yıllık)
- 9- Gebelik haftası
- 10- Trimester
- 11- Toplam gebelik sayısı: ☐ Yaşayan ☐ Abortus ☐ Ölü doğum
- 12- Evde kaç kişi yaşıyorsunuz:
- 13- Gebeliğin istenme/planma durumu
☐ İstenen/Planlı ☐ İstenmeyen/Plansız
- 14- Eşiniz ve siz bebeğinizin doğmasını istiyor musunuz?
☐ Her ikimizde bu bebeği istiyoruz ☐ Ben istiyorum; fakat eşim istemiyor
☐ Eşim istiyor; fakat ben istemiyorum ☐ Her ikimizde bu bebeği istemiyoruz
- 15- Hangi yolla gebe oldunuz? ☐ Spontan ☐ Yardımcı üreme teknikleri
- 16- Eşinizin iyi bir baba olacağı konusunda endişeleriniz var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- 17- Şu anki gebeliğinizde nasıl bir doğum şekli planlıyorsunuz?
☐ Normal ☐ Sezaryen
- 18- Depresyon öykünüz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
- 19- Gebelik sürecinde size destek olacak bir yakınınız var mı?
☐ Evet ☐ Hayır

EDINBURGH DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1) *Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.*

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Artık pek okadar değil
- ☐ Artık kesinlikle okadar değil
- ☐ Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) *Geleceğe hevesle bakıyorum.*

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) *Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.*

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

4) *Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.*

- ☐ Hayır, hiç bir zaman
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5) *İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.*

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Hayır, çok sık değil
- ☐ Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) *Her şey giderek sırtıma yükleniyor.*

- ☐Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- ☐Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- ☐Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- ☐Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) *Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.*

- ☐Evet, çoğu zaman
- ☐Evet, bazen
- ☐Çok sık değil
- ☐Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

8) *Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.*

- ☐Evet, çoğu zaman
- ☐Evet, oldukça sık
- ☐Çok sık değil
- ☐Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

9) *Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.*

- ☐Evet, çoğu zaman
- ☐Evet, oldukça sık
- ☐Çok seyrek
- ☐Hayır, asla

Son 7 gündür

10) *Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.*

- ☐Evet, oldukça sık
- ☐Bazen
- ☐Hemen hemen hiç
- ☐Asla

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ

1. Gebe kaldığımdan beri, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürdüğümü düşünüyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
2. Gebe kaldığımdan beri, gecede en az 7-8 saat uyuyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
3. Gebe kaldığımdan beri; günde en az 20 dakika, haftada en az 3 kez olmak üzere düzenli olarak egzersiz yapıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
4. Gebe kaldığımdan beri, araba, kamyon, yük arabası, kamyonet kullanırken (yolculuk ederken) emniyet kemeri kullanıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
5. Gebe kaldığımdan beri, günde 2'den fazla kafeinli içecek (kahve, çay, kola, soda) tüketiyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
6. Gebe kaldığımdan beri, kokain, amfetamin yada LSD, eroin yada uçuşu madde kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
7. Gebe kaldığımdan beri, eşim ve/veya ben başkalarıyla cinsel ilişkiye girdik.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
8. Gebe kaldığımdan beri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlemler alıyorum (örn; prezervatif kullanıyorum yada cinsel ilişkiden kaçınıyorum).
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
9. Kendi sağlığım veya bebeğimin sağlığıyla ilgili endişelerim olduğunda doktoruma ya da ebeme bildiririm.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
10. Gebeliğimle ilgili sorularım olduğunda ya da anlayamadığım bir şey olduğunda doktoruma ya da ebeme sorarım.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
11. Gebe kaldığımdan beri, doktorum ya da ebemin tavsiye ettiği ilaçlar dışında bitkisel ilaçlar kullanıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
12. Gebe kaldığımdan beri, kendim ve bebeğim için iyi olacak yiyecek ve içecekler alırken etiketlerini okuyorum (örn; tuz ve yağ oranının fazla olmamasına, suni tatlandırıcılar içermemesine ve vitamin değerinin yüksek olmasına dikkat ediyorum).

- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
13. Gebe kaldığımdan beri, duş şeklinde banyo yaparım.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
14. Gebe kaldığımdan beri, 37,7 °C'den daha sıcak suda yıkanmaktan ve oturma banyosu yapmaktan sakınıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
15. Gebe kaldığımdan beri, zehirli kimyasallar ve diğer maddelere maruz kalmaktan sakınıyorum veya sınırlandırırım (örn; pasif içicilik, haşere ve böcek ilaçları ve kurşun içeren içme suyu).
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
16. Gebe kaldığımdan beri, herhangi bir ilaç ya da destekleyici maddeler almadan önce doktorumla ya da ebemle konuşurum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
17. Gebe kaldığımdan beri; eğer doktorum ya da ebem tavsiye ettiyse, multivitaminleri ve doğum öncesi vitaminleri alıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez
d) Haftada 5-6 kez e) Günlük yada tavsiye edilmedi
18. Gebe kaldığımdan beri, süt ve süt ürünleri veya kalsiyumdan zengin yiyecekler tüketerek veya dışarıdan ilaç vb. alarak yeterli düzeyde (1200mg/gün) kalsiyum alıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez
c) Haftada 3-4 kez d) Haftada 5-6 kez e) Günlük
19. Gebe kaldığımdan beri, günde 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketiyorum.
a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada 4 d) Haftada 5 yada 6 e) Günlük
20. Gebe kaldığımdan beri, diyetimde yeterince lifli ve posalı gıda (sebze, kuru meyve gibi) alıyorum.
a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada 4 d) Haftada 5 yada 6 e) Günlük
21. Gebe kaldığımdan beri, sigara içiyorum.
a) Hiçbir zaman içmedim b) Gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım
c) Günde 10 sigaradan az d) Günde 11-20 sigara e) Günde 1 paketten fazla
22. Gebe kaldığımdan beri, alkollü içecekler içerim (şarap, bira veya likör).
a) Gebeliğim süresince hiç alkollü içecek almadım b) Gebeliğimi öğrenmeden önce
c) Ayda 3 kereden az d) Haftada 1 e) Haftada 1'den az
23. Gebe kaldığımdan beri, bir oturuşta genellikle bir şişe bira, bir kadeh şarap ya da bir kadeh liköre denk gelecek şekilde içki içiyorum.

- a) Hamileyken hiç içmedim b) 1 içki (içecek) c) 2 içki (içecek)
- d) 3 içecek (içki) e) 3 içecekten (içki) fazla
- 24.** Doğum öncesi bakım için doktorumu ya da ebemle görüşmeye başladım.
- a) Döllenmeden önce gebeliği planlamak için b) Gebeliğimin ilk 3 ayında
- c) Gebeliğin 5. ayından önce d) Gebeliğin 7. ayından önce
- e) Gebeliğin 9. ayından önce
- 25.** Gebe kaldığımdan beri, “randevumu kaçırdım” (doktorumla ya da ebemle olan randevuyu unuttum yada randevuya gitmedim anlamında).
- a) Hiçbir randevuyu kaçırmadım b) Bir randevuyu kaçırdım
- c) 2-3 randevu kaçırdım d) 4-5 randevu kaçırdım e) 5 randevudan fazla kaçırdım
- 26.** Gebe kaldığımdan beri, düzenli olarak diş bakımı yaptırıyorum (her 6 ayda bir profesyonel temizlik ya da diş bakımı)
- a) Düzenli diş bakımı yaptırdım
- b) Diş bakımı zamanım gelmiş olmasına rağmen diş hekimine gitmedim
- c) Şu anda diş bakımı yaptırmam gerekli mi bilmiyorum
- d) Bir diş hekimine gittim ve bazı bakımlarım oldu fakat gereksinimim olan her şey değil
- e) Bir diş hekimine gittim ve bütün bakımımı yaptırdım ya da gebe kaldığımdan beri bir diş hekimi için randevu zamanım henüz gelmedi
- 27.** Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğumla ilgili daha fazla bilgi edinmek için kitaplara, broşürlere, videolara veya internete bakıyorum.
- a) Hiçbir zaman b) Ayda bir yada daha az c) Ayda 2-3 kez
- d) Ayda 4 kez (haftada bir) e) Ayda 4 kezden fazla
- 28.** Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğum ile ilgili daha fazla bilgi edinmek için arkadaşlarımla veya aile üyeleriyle konuşuyorum.
- a) Hiçbir zaman b) Ayda 1 kez yada daha az
- c) Ayda 2-3 kez d) Ayda 4 kez (haftalık) e) Ayda 4 kezden fazla
- 29.** Gebe kaldığımdan beri, kendimi rahatlatmak için bazı şeyler yapmaya (yürüyüş, masaj, müzik dinlemek, el işi) zaman ayırıyorum.
- a) Hiçbir zaman b) Haftada 1 kez yada daha az

c) Haftada 1-2 kez

d) Haftada 3-5 kez

e) Haftada 5'ten fazla

30. Gebe kaldığımdan beri, gebelikte, gebelik zamanına uygun, doktorum ya da ebem tarafından önerilen ağırlık kadar kilo aldım.

a) Kilo kaybettim

b) Gereğinden çok az ya da çok fazla kilo

aldım

c) Kilo almadım ya da vermedim

d) Bilmiyorum

e) Almam gereken miktarda kilo aldım

31. Gebe kaldığımdan beri, her gün su, meyve ya da sebze suyu yada diğer kafeinsiz içecekler içerim.

a) Günde 3 bardaktan az (220 ml'lik) sıvı

b) Günde 3-4 bardak (220 ml'lik) sıvı

c) Günde 5-6 bardak (220 ml'lik) sıvı

d) Günde 7-8 bardak (220 ml'lik) sıvı

e) Günde 8 bardaktan (220 ml'lik) fazla sıvı aldım.

32. Gebe kaldığımdan beri, bahçede çalışırken eldiven kullanarak, pişmemiş ya da az pişmiş et yemeyerek ve kedi dışkısı ile temastan kaçınarak toksoplazma enfeksiyonu riskini en aza indiriyorum.

a) Daima

b) Haftada 5 gün

c) Haftada 3 gün

d) Bazen

e) Hiç

33. Doğuma hazırlık kurslarına katıldım ya da katılmayı planlıyorum.

a) Kesinlikle evet

b) Hayır, daha önce katılmışım

c) Emin değilim

d) Muhtemelen hayır

e) Kesinlikle hayır







I. ULUSLARARASI VE II. ULUSAL
KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
KONGRESİ 23-24 MART 2018 - MARRIOTT HOTEL ŞİŞLİ, İSTANBUL

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ

SATİ KOZDAŞ MİR
Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği tarafından
23-24 Mart 2018 tarihlerinde Marriott Hotel Şişli’de düzenlenen
“I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi”ne katılmıştır.

N. Şahin
Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin
Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı ve
Kongre Eş Başkanı

H. Arslan Özkan
Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan
Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği
Yönetim Kurulu Üyesi ve
Kongre Eş Başkanı











ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Satı	Uyruğu	T.C
Soyadı	Koldaş Mir	Tel	05067783180
Doğum tarihi	13.01.1990	e-posta	satikoldasmir@gmail.com

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Suluova Anadolu Lisesi	2004-2008
Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik	2008-2012
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2017-2021
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
EBE	ÖZEL BİLGE HASTANESİ/İSTANBUL	2011
EBE	ÖZEL DUYGU HASTANESİ/İSTANBUL	2012
EBE	TÜRKİYE HASTANESİ/İSTANBUL	2012-2013
EBE	S.B. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ/VAN	2013-2014
EBE	S.B.ALTINDAĞ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ/ANKARA	2014
EBE	S.B.BALA İLÇE DEVLET HASTANESİ/ANKARA	2014-2016
EBE	S.B. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ/ANTALYA	2016-HALEN

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS/YÖKDİL	58,75

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler:

1.**Koldaş Mir S**, Körükcü Ö. (2018). Primipar kadınların anneliğe psikoadaptif geçişi. I.Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi(Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:0333)