

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

GEBELERDE ANTENATAL BAKIM ALMA DURUMU İLE
DEPRESYON İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Ersan GÜRSOY

TRABZON - 2019

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

GEBELERDE ANTENATAL BAKIM ALMA DURUMU İLE
DEPRESYON İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Ersan GÜRSOY

Tez Danışmanı - Prof. Dr. Turan SET

TRABZON - 2019

ÖNSÖZ

Bu tezin hazırlanmasında ve ihtisasıyla ilgili her konuda yardımlarını esirgemeyen, kapısı bizlere her daim açık olan değerli hocam ve aynı zamanda tez danışmanım Prof. Dr. Turan SET'e,

Bizlere bilim sevgisi, araştırma ve öğrenme tutkusu aşıl原因 sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Elif ATEŞ'e,

Uzmanlık eğitimimin önemli bir bölümünü geçirdiğim Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın çok kıymetli hocaları, mesleki azmini kendime örnek edindiğim, beraber çalışmış olmaktan her zaman mutluluk duyduğum Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

Pozitif enerjisiyle bizlere yeni ufuklar açan Dr. Öğr. Üyesi Kenan TAŞTAN'a,

Bizlere en az hocalık ettiği kadar abilik de eden Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BAYRAKTAR'a,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm hekim arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan anneme,

Tez yazma sürecinde bana destek olmak adına uykuları düzene giren canım kızıma,

Varlığı bana armağan olan, manevi desteğini her daim hissettiğim sevgili eşime

Sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Ersan GÜRSOY

ÖZET

Gebelerde Antenatal Bakım Alma Durumu ile Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi

Amaç: Çalışmamızın amacı son trimester gebelerin antenatal bakım alma durumlarını ve antenatal bakım parametreleriyle depresyon arasında bir ilişki olup olmadığını saptamaktır.

Gereç Yöntem: Araştırma kesitsel tanımlayıcı niteliktedir ve Eylül 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılmıştır. Çalışmaya polikliniğe başvuran gönüllü, herhangi bir kronik hastalığı olmayan, yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalmamış ve daha önce majör depresyon geçirmemiş 135 son trimester gebe dâhil edilmiştir. Katılımcılara, sosyodemografik özelliklerini ve antenatal bakım alma durumlarını değerlendiren, 52 sorudan oluşan, araştırma ekibi tarafından hazırlanmış bir anket ve Beck Depresyon Ölçeği yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $30,2 \pm 5,4$ yıldır. Gebelerin %98,5'i (n=133) ilk 14 hafta içinde doktor kontrolüne gelmişti. Sadece 2 gebenin toplam ziyaret sayısı 4'ün altındaydı. Gebelerin %72,6'sı (n=98) haftasına göre yeterli sayıda ziyete gelmişti. Gebelerin en fazla danışmanlık aldığı konu %79,3 (n=107) ile ilaç kullanımını, en az danışmanlık aldığı konu ise %25,9 (n=35) ile ağız ve diş sağlığı idi. Gebelerin tamamına idrar ve kan tahlili yapılmış ve usg bakılmıştı. En az yapılan işlem %10,4 (n=14) ile meme muayenesi idi. Gebelerin %27,4'ünün (n=37) depresyonda olduğu görüldü. Ziyatlere devam yüzdesi ile danışmanlık puanı (p=0,010), yapılan işlemler puanı (p=0,010) ve toplam puan (p= 0,003) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Ziyatlere devam yüzdesi ile BDÖ puanı (p=0,147) arasında ise ilişki saptanamadı.

Sonuç: Çalışmamızda gebelerin çoğunun antenatal bakım almada işlem ve ziyaret sayısı olarak yeterli bakım aldığını ancak danışmanlık hizmetini yeterince alamadıklarını saptadık. Bu gebe bakımından primer sorumlu olan birinci basamak hekimlerine yol gösterebilir. Bu açıdan antenatal bakım hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çalışma ve projelere ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: antenatal bakım, gebe, birinci basamak, danışmanlık

SUMMARY

Evaluation of the Relationship Between Antenatal Care Status and Depression Frequency in Pregnant Women

Aim: The aim of our study is to determine the antenatal care status of pregnant women in the last trimester and to determine whether there is a relationship between antenatal care parameters and depression.

Material method: The study was cross-sectional and was performed between September 201 and January 2019 at the Department of Obstetrics and Gynecology of Farabi Hospital, Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine. The study included 135 last trimester pregnant women who were admitted to the outpatient clinic, did not have any chronic disease, did not get pregnant with assisted reproductive techniques and had not had major depression before. Beck Depression Scale and a questionnaire prepared by the research team which consisting of 52 questions and evaluating the sociodemographic characteristics and antenatal care status of the participants was applied with the face-to-face interview technique.

Findings: The mean age of the participants was $30,2\pm 5,4$ years. 98.5% (n = 133) of the pregnant women came to the doctor in the first 14 weeks. Only 2 pregnant women had less than 4 visits. 72,6% (n = 98) of pregnant women had a sufficient number of visits. The most consulted subject was the use of medication with 79.3% (n = 107) and the subject with the least consultancy was oral and dental health with 25.9% (n = 35). All of the pregnant women had urine and blood analysis and usg. The least procedure was breast examination with 10.4% (n = 14). It was observed that 27.4% (n = 37) of the pregnant women had depression. There was a statistically significant relationship between the percentage of attendance to the visas and the consultative score (p = 0,010), the score of the operations (p = 0,010) and total score (p = 0,003). No relationship was found between the attendance percentage and the Beck Depression score (p = 0.147).

Conclusion: In our study, we found that most of the pregnant women received adequate care as the number of procedures but they could not get enough of counseling. This may lead to primary care physicians who are responsible for the pregnancy. In this respect, studies and projects are needed to develop antenatal care services.

Key words: antenatal care, pregnant, primary care, counseling

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	II
ÖZET.....	III
SUMMARY	IV
KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Antenatal Bakım.....	3
2.1.1. Antenatal Bakımın Tanımı ve Önemi.....	3
2.1.2. Antenatal Bakımın Dünyada Tarihsel Gelişimi.....	7
2.1.3. Antenatal Bakımın Türkiye’de Tarihsel Gelişimi	8
2.1.4. Antenatal Bakımın Sayısı ve Zamanlaması	9
2.1.5. Antenatal Bakımın İçeriği.....	12
2.2 Gebelikteki Psikolojik Değişiklikler	12
2.2.1. Gebelik ve Depresyon.....	14
2.2.2. Antenatal Depresyonun Belirtileri	17
2.2.3. Antenatal Depresyon Sıklığı.....	18
2.2.3. Antenatal Depresyonun Risk Faktörleri	19
2.2.4. Antenatal Depresyon Tedavisi.....	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Yapısı	23
3.2. Evren	23
3.3. Örneklem	23
3.4. Veri Toplama Araçları.....	24
3.5. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri	25
3.6. Sonuç Ölçütü	25
3.7. İstatistiksel Analiz	26
3.8. Etik Kurul	26
4.BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53

7. KAYNAKLAR	54
8. EKLER.....	59



KISALTMALAR DİZİNİ

AB: Antenatal bakım

MMO: Maternal mortalite oranı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

JSOG: Japan Society of Obstetrics and Gynecology

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

USG: Ultrasonografi

JAOG: Japan Association of Obstetricians and Gynecologists

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DALY: Disability adjusted life year

YLD: Years lived with disability

SSRI: Selektif seratonin reuptake inhibitörleri

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

OGTT: Oral glukoz tolerans testi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Bakanlığı verilerine göre yıllara göre MMO değişimi	5
Şekil 2. 2016 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre MMO'da gecikme yüzdeleri	6
Şekil 3. TNSA'ya göre 4 ve üzeri AB alan gebelerin ve sağlık kuruluşunda yapılan doğumların yüzdesi	7
Şekil 4. Çalışmaya katılan gebelerin eğitim durumları.....	27
Şekil 5. Gebelerin vizitlere devam yüzdesi.....	29
Şekil 6. Gebelerin yeterli bakım alıp almadığını düşünme durumları.....	31
Şekil 7. Gebelerin danışmanlık alma yüzdeleri	32
Şekil 8. Gebelere yapılan işlemler ve yüzdeleri.....	33
Şekil 9. Yaş ile danışmanlık puanı (A) ve toplam puan (B) ilişkisi	34

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Dünyada MMO, maternal ölüm ve yaşam boyu maternal ölüm riski.....	4
Tablo 2. DSÖ'nün 2012 ve 2016'daki kılavuzlarının karşılaştırılması.....	11
Tablo 3. DSÖ verilerine göre DALY ve YLD yüzdeleri	16
Tablo 4. Bazı ilaçların gebelik ve laktasyon kategorileri	22
Tablo 5: Çalışmaya katılan gebelerin obstetrik bilgileri ve vizitlere devam yüzdesi	28
Tablo 6. Gebelerin gebelik sayısına ve çalışma durumuna göre beklenen doğum şekilleri.....	30
Tablo 7. Gebelerin kendilerince yetersiz veya kısmen yeterli bakım alma nedenleri	31
Tablo 8. Vizitlere devam yüzdesi ve toplam ziyaret sayısı ile puanların karşılaştırılması	35
Tablo 9. Yeterli-yetersiz bakım ile danışmanlık, yapılan işlemler puanları ve toplam puanın karşılaştırılması	36
Tablo 10. Yeterli bakım aldığını düşünenler ile almadığını veya kısmen aldığını düşünenlerin danışmanlık, yapılan işlemler puanları ve toplam puanın karşılaştırılması	37
Tablo 11. Yeterli bakım alıp almadığını düşünme ile sayı olarak yeterliliğin karşılaştırılması	38
Tablo 12. Eğitim durumuyla danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı, toplam puan ve BDÖ puanının karşılaştırılması	39
Tablo 13. Benzer çalışmalarda kan tahlili, idrar tahlili, USG bakılması ve tansiyon ölçülmesi yüzdeleri	45

1.GİRİŞ

Kadınlarda sık görülen ruhsal sorunlardan biri olan depresyon gebelikte de sık karşılaşılan problemlerden biridir. Yapılan çalışmalara göre gebelik süresince ve gebelikten sonraki 1 yıl içerisindeki depresyon sıklığı artmaktadır. Woody ve arkadaşlarının yaptığı bir meta analizde perinatal depresyon prevalansı %11,9 olarak bulunmuştur (1). Yine az gelişmiş olarak değerlendirilebilecek bir ülke olan Etiyopya'da 4624 kadının dâhil edildiği bir meta analizde perinatal depresyon sıklığı %25,8 olarak bulunmuştur (2). Shorey ve arkadaşlarının yaptığı 37 binden fazla sağlıklı annenin dâhil edildiği bir meta analize göre ise postpartum depresyon prevalansı %17 olarak bulunmuştur (3).

Gebelerde depresyon anne ve fetüs sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. Depresyon saptanan gebelerde plasenta anomalileri, preeklampsi, spontan abort riski artmakta ve bu gebelerin bebeklerinde doğum sonrası dönemde bronkopulmoner displazi, intraventriküler hemoraji gibi komplikasyonlar sık görülmektedir (4). Hatta gebelik süresince yüksek stres yaşamak bebekte ilerleyen yaşlarda davranışsal sorunların ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmiştir (5). Bu aşamada fetüs ve gebe üzerine olumsuz etkileri olan antenatal depresyonu erken fark etmek ve uygun tedaviyi vermek son derece önemlidir

Sağlığı fiziksel, sosyal ve psikolojik bir bütün olarak değerlendirmek gerekir. Bu nedenle her gebenin gebeliği süresince eğitimli bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak izlenmesi, ayrıntılı muayenesinin yapılması, tıbbi öyküsünün alınarak olası risklerin önceden belirlenmesi, psikolojik açıdan değerlendirilmesi ve gebelikte oluşabilecek durumlar açısından önceden bilgilendirilerek anksiyetesinin en aza indirilmesi büyük önem arz etmektedir.

Anne ve çocuk sağlığını korumada her biri ayrı ayrı öneme sahip olan ve birbirini tamamlayan gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) , doğum öncesi (antenatal) , doğum sırasında (intranatal) ve doğum sonrası (postnatal) bakım gibi temel bazı yaklaşımlar mevcuttur (6). Şüphesiz ki kadın sağlığı açısından bir kadının hayatındaki en önemli dönemlerden birisi gebelik dönemidir. Bu nedenle koruyucu sağlık

hizmetlerinin önemli bir ayağını oluşturan antenatal bakım (AB) anne ve çocuk sağlığı açısından ayrı bir öneme sahiptir.

2015 yılında yaklaşık 303.000 kadının gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir (7). Bu ölümlerin çoğu yeterli AB ile önlenilecek ölümlerdir. Bu nedenle AB kadınların güvenli bir şekilde gebeliklerini sürdürmesi, varsa olası risklerin önceden fark edilip erken müdahalede bulunularak bertaraf edilmesi veya en aza indirilmesi ve sağlıklı bir şekilde doğumun gerçekleşmesi açısından son derece önemlidir.

Gebelerin antenatal vizitlere devam durumunu, bu vizitlerde kılavuzlarca önerilen işlemlerin ve danışmanlık hizmetlerinin ne düzeyde yapıldığını belirlemek, gebelerde depresyon sıklığını ve depresyon ile AB arasında ilişki olup olmadığını belirlemek AB'nin önemini vurgulayabilir ve biz sağlık çalışanlarına yol gösterici olabilir. Bu nedenle böyle bir çalışmaya gerek duyulmuştur.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Antenatal Bakım

2.1.1. Antenatal Bakımın Tanımı ve Önemi

Antenatal bakım: Gebenin ve fetüsün eğitimli bir sağlık personeli tarafından gebelik süresince belli aralıklarla rutin muayenelerinin yapılması ve gebelere gerekli önerilerde bulunulmasıdır (8). Doğum öncesi bakım olarak da adlandırılır.

Sağlıklı bir doğumun ilk şartı sağlıklı geçirilen bir gebelik sürecidir. AB'nin temel amacı gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerin bir sorun olmadan gerçekleşmesi için gebelik süresince annenin ve fetüsün sağlığını korumak ve geliştirmektir. Bu amaçla annede halihazırda var olan hastalıklar saptanır, gebeliğe bağlı ortaya çıkabilecek gestasyonel diyabet, gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi gibi hastalıklar erken tanı amacıyla taranır, tedavisi yapılır veya gerekirse sevk edilir, fetüs intrauterin izlenir, gebe gebelik ve doğum hakkında bilgilendirilir, tetanoz bağışıklığı sağlanır ve gebeye gerekli vitamin mineral takviyeleri verilir.

Kadın, doğurganlığı açısından toplumda özel bir yere sahiptir ve gebelik dönemi kadın sağlığı açısından ayrı bir öneme sahiptir. Anne sağlığı doğrudan fetüs sağlığı ile dolaylı olarak da aile ve toplum sağlığı ile ilgilidir. Annede veya fetüste ortaya çıkabilecek her türlü sağlık sorununun bertaraf edilmesi, uygun tedavi imkânının sağlanması sağlık hizmeti sağlayıcılarının temel görevlerinden biridir.

Maternal mortalite: Kaza sonucu gerçekleşen ölümler hariç tutulmak üzere gebelik süresince ve doğumdan sonraki 42 gün içinde gebeliğe bağlı veya gebeliğin ağırlaştırdığı bir hastalık nedeniyle meydana gelen ölümler olarak tanımlanır. Belli bir zaman diliminde 100.000 canlı doğum başına düşen anne ölümüne ise maternal mortalite oranı (MMO) denir. MMO önemli bir sağlık ölçütüdür.

2015 yılında yaklaşık 303.000 kadının gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir (6). Bu ölümlerin çoğu yeterli takip ve tedaviyle

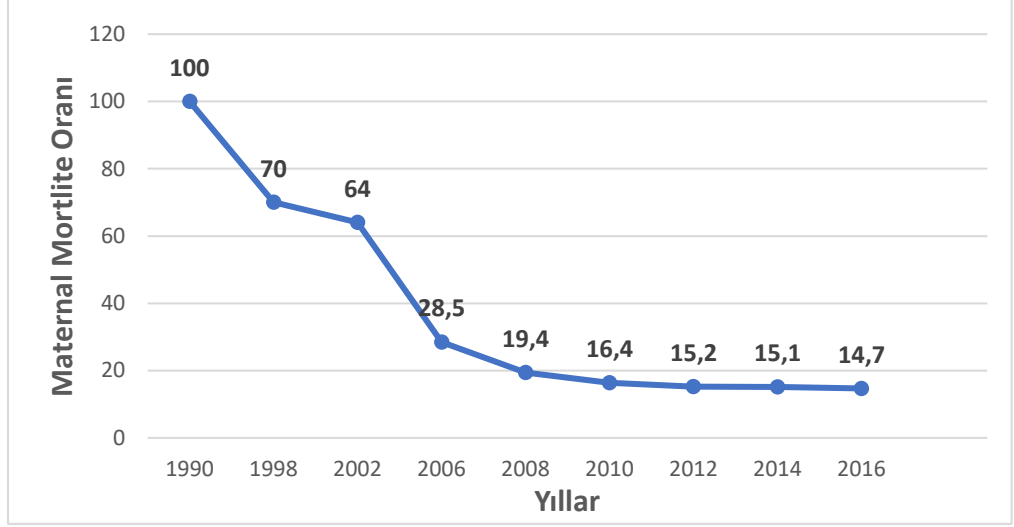
önlenebilecek ölümlerdir ve neredeyse tamamı az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Dünyada MMO, maternal ölüm ve yaşam boyu maternal ölüm riski

<i>Bölge</i>	<i>MMO</i>	<i>Maternal Ölüm</i>	<i>Yaşam Boyu Maternal Ölüm Riski</i>
<i>Dünya</i>	216	303.000	1/180
<i>Gelişmiş Ülkeler*</i>	12	1.700	1/4900
<i>Kuzey Afrika</i>	70	3.100	1/450
<i>Güney Afrika</i>	546	201.000	1/36
<i>Latin Amerika</i>	60	6.600	1/760
<i>Doğu Asya</i>	176	66.000	1/210

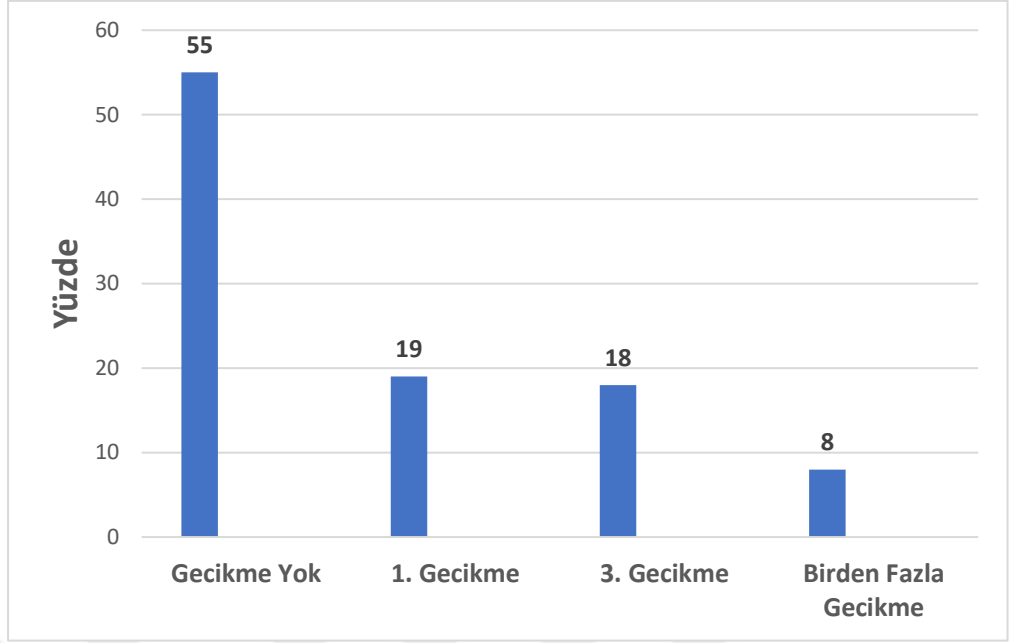
*Avrupa ülkeleri, Rusya Federasyonu, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre 1990 yılında yüz binde 100 olan MMO 2006'da yüz binde 28.5'e ve 2016 yılında da yüz binde 14.7'ye gerilemiştir (şekil 1). Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2008 raporunda en hızlı düşüş sağlayan ilk 10 ülke arasında gösterilmiş, 2010 raporunda ise ilk 20 ülke arasında yerini alarak başarısını sürdürmüştür (9). 2015 yılında global anne ölüm oranı yüz binde 216 olarak tahmin edilmektedir (10). Gelişmiş ülkelerde ise bu oran yüz binde 12'dir (10). Bu açıdan Türkiye MMO açısından dünyada iyi bir yerdedir ve son yıllarda önemli gelişmeler kaydetmektedir ancak hâlâ gelişmiş ülkelere geridedir.



Şekil 1. Sağlık Bakanlığı verilerine göre yıllara göre MMO değişimi

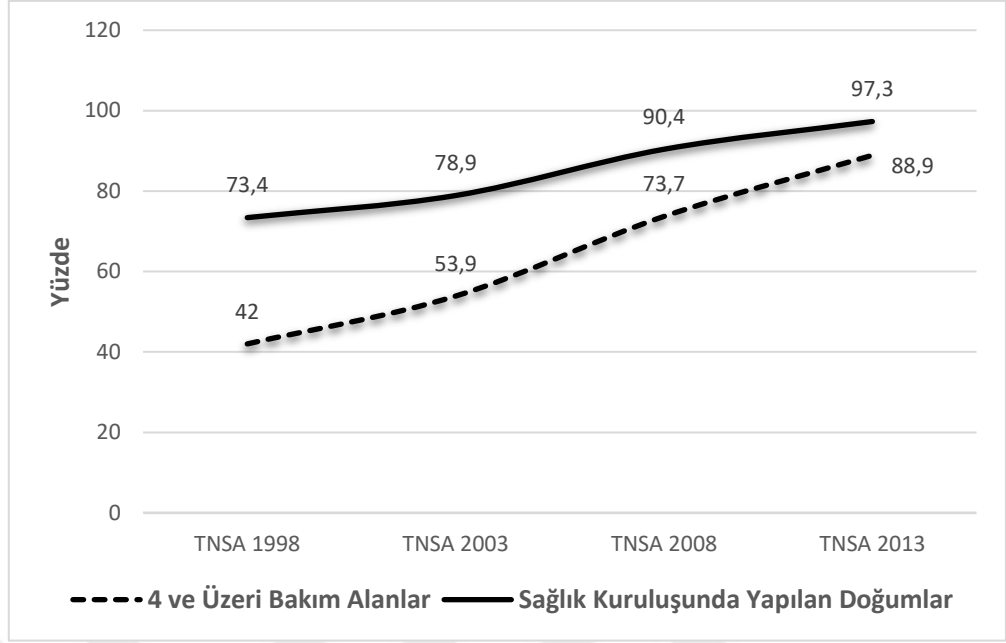
Maternal mortalite nedenlerini daha iyi analiz edebilmek için “3 gecikme modeli” adlı bir yöntem geliştirilmiştir (11). Buna göre hizmeti almaya karar vermede yaşanan gecikmeye 1. gecikme, hizmete ulaşmada yaşanan gecikmeye 2. gecikme, hizmete ulaşmasına rağmen hizmeti almada yaşanan gecikmeye ise 3. gecikme denmektedir. AB almama, yetersiz alma, gebeye gerekli önerilerde bulunulmaması veya gebenin önerilere uymaması gibi nedenler 1. gecikme içinde değerlendirilir. Sağlık Bakanlığı verilerine bakıldığında önlenebilir maternal mortalitede 1. gecikme hâlâ önemli yer tutmaktadır (12) (Şekil 2).



Şekil 2. 2016 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre MMO’da gecikme yüzdeleri

Maternal ölümleri azaltmanın ilk ve en etkin yolu şüphesiz ki gebelerin gebelikleri süresince etkin bir şekilde izlenmesidir. Gebelerin düzenli ve etkin izlemiyle oluşabilecek komplikasyonlar önceden fark edilebilir ve komplikasyonlara müdahale edilebilir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verileri yıllara göre kıyaslandığında gebelerin 1998 ile 2013 yılları arasında doğum öncesi bakım alma oranlarında ve aldıkları doğum öncesi bakımın niteliğinde önemli iyileşmeler yaşanmıştır (13). Örneğin 1998’de 4 ve üzeri sayıda bakım alanların yüzdesi %42 iken 2013’te bu oran %88,9’a çıkmıştır. Aynı şekilde sağlık kuruluşunda doğum yapanların yüzdesi 1998’de %73,4 iken 2013’te %97,3’e çıkmıştır (Şekil 3). Bu iyileşme maternal mortalitedeki azalmayla direkt ilişkilidir.



Şekil 3. TNSA'ya göre 4 ve üzeri AB alan gebelerin ve sağlık kuruluşunda yapılan doğumların yüzdesi

Her ne kadar önemli iyileşmeler yaşansa da maternal ve perinatal mortalite ülkemiz için hâlâ önemli birer sağlık problemidir. Maternal ve perinatal ölümlerin önlenmesi öncelikle risk faktörlerinin önceden fark edilmesine ve maternal ve fetal hastalıkların erken tanı ve tedavisine bağlıdır. Antenatal bakımın daha iyi anlaşılması ve faydalarının bilinmesi bu ölümlerin azaltılmasında öncü rol üstlenecektir.

2.1.2. Antenatal Bakımın Dünyada Tarihsel Gelişimi

AB tıp dünyası açısından yeni bir gelişme olarak sayılabilir. 20. yüzyıl başlarında Amerika Birleşik Devletleri'nde Boston'da bir hastanenin hemşireleri hastaneye kayıtlı gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamış ve bu ziyaretler büyük başarı sağlamıştır. Tıp doktorlarının da desteği alınarak AB hizmetlerinin ortaya çıkmasına öncülük edilmiştir (14).

1987 yılında Nairobi/Kenya'da Uluslararası Güvenli Annelik Konferansı düzenlenmiş ve özellikle az gelişmiş ülkelerdeki yüksek maternal mortaliteye dikkat çekmek için güvenli annelik inisiyatifi oluşturulmuştur. Konferansta doğum öncesi

bakımı yaygınlaştırma ve geleneksel ebeleri eğitime kararı alınmış böylece 2000 yılına kadar dünya genelinde maternal mortaliteyi %50 azaltmak hedeflenmiştir. 2000 yılına gelindiğinde ise maalesef bu hedeflere ulaşılamamıştır (15).

Güvenli annelik inisiyatifi günümüzde kırsal kesimlerdeki sağlık merkezleri ve hastanelerde de acil obstetrik bakım hizmetini yaygınlaştırmaya ve üst merkezlere ulaşımında vakit kaybını azaltmak için eğitilmiş personel sayısını arttırmaya odaklanmıştır (16).

AB tıp dünyası açısından yeni sayılabilecek bir yerde olmasına karşın hedef grubu olan anne ve bebeğin toplum sağlığı açısından önemi nedeniyle oldukça popüler bir konudur. Kadının toplumdaki rolünün geçmiş yıllar boyunca değişmesi, çalışan anne sayısının artması, ekonomik ve sosyal nedenlerle kadınların gebe kalma oranları düşme eğilimi göstermektedir (17). Geçmiş on yıllara göre gebe kalan kadın sayısının azalması kıymetli gebelik kavramını doğurmakta ve bu da AB'nin önemini daha da arttırmaktadır.

2.1.3. Antenatal Bakımın Türkiye’de Tarihsel Gelişimi

Osmanlı döneminde doğuma kadınlardan başka kimse karıştırılmadığı, kadının erkeklerden kaçması, örtünmesi gerektiği düşünüldüğü için doğum, anne sağlığı, kadın hastalıkları ile ilgili küçük cerrahi müdahaleler ebelerin göreviydi. Yeni ebeler isim yapmış yaşlı ebeler tarafından usta-çırak ilişkisi içinde eğitim görmekteydi (18).

Resmi eğitim adına ilk adımlar 1843 yılında Tıbbiye Mektebi’nde ebelik kurslarının açılmasıyla atılmış bunu 1909 yılında Ebe Mektebi’nin açılması izlemiştir (18). 1894’te ilk kadın doğum kliniği açılmış, 1926 yılında Doğum ve Çocuk Bakımevleri hizmete girmiş, 1950 yılında ise anne adaylarına gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde bakım hizmeti vermeyi amaçlayan Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri kurulmuştur (19).

1961 yılı koruyucu sağlık hizmetleri ve AB açısından önemli sayılabilecek bir yıldır. Bu yıl 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası çıkarılmış ve

AB'nin sağlık ocakları tarafından tüm topluma ücretsiz olarak ulaştırılması hedeflenmiştir (20).

Sağlık hizmetlerinde bireyin en kolay ulaşabileceği ve temel bakımını alabileceği yer birinci basamak sağlık hizmetleridir. Ülkemizde 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan sağlıkta dönüşüm programı kapsamında bireylerin sağlık hizmetine ulaşımını kolaylaştırmak, gerekli bakım, takip ve tedaviyi en uygun şekilde vermek adına aile hekimliği uygulamasına geçiş öngörölmüştür. 2004'te Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası çıkarılmış bu bağlamda ilk olarak 2005'te Düzce'de pilot uygulamaya başlanılmış 2010 yılında ise tüm ülkede uygulamaya geçilmiştir (21).

TNSA 2003 ve 2013 raporları karşılaştırıldığında 2003'te kadınların son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinin AB alma oranı %81 iken, 2013'te bu oran %97'ye çıkmıştır (13). Yine aynı çalışmaya göre ilk AB alınan ay ortalaması 2003'te 2.8 iken, 2013'te bu oran 1.7'ye gerilemiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, gebe ve bebek bakımının aile hekimliği performans sisteminde yer alması ve AB hizmetlerinden sorumlu olan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün gebeleri bilgilendirici çalışmaları bu iyileşmeyle direkt olarak ilişkilendirilebilir.

2.1.4. Antenatal Bakımın Sayısı ve Zamanlaması

Teknolojide ve tıpta yaşanan gelişmeler bilhassa tarama araçlarında AB'ye yeni bileşenler eklenmesine neden olmaktadır. Ancak AB vizitlerinin sıklığı ve vizitler arasındaki süre hakkında bilimsel olarak net bir karara varılamamıştır (22).

AB alma sıklığıyla ilgili yaklaşık 60.000 gebe kadını içeren bir meta analizde, gelişmiş ölkelerdeki 10-14 ziyareti kapsayan AB ile gelişmekte olan ölkelerdeki 4-6 ziyaretten oluşan AB karşılaştırıldığında düşük sayıda AB alanlarda yenidoğan yoğun bakım başvurusu azalmış ve perinatal mortalite artmış olarak bulunmuştur (23, 24). Ancak preterm doğum, preeklampsi, sezaryen olma oranı, antenatal ve postnatal hemoraji, düşük doğum ağırlığı, postpartum anemi açasından anlamlı bir fark

bulunmamıştır (23, 24). Ayrıca az sayıda bakım alan gebelerin aldıkları bakımdan memnuniyet oranları diğer guruba göre anlamlı miktarda düşük çıkmıştır. Bakımdan memnuniyet oranı gebelerin bakıma devam etmesinde önemli bir etkidir (25).

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ek bir sorunu tespit edilmemiş ilk gebeliğini yaşayan biri için 28. gebelik haftasına kadar 4 haftada bir, 29-35. gebelik haftaları arasında 2 ile 3 haftada bir, 36. gebelik haftasından sonra da haftalık takip olmak üzere toplamda 12-14 gebelik takibi önermektedir (26). Daha önce doğum yapmış ve şimdiki gebeliğinde ek bir sorunu olmayan gebelerde ise bu sayının azaltılabileceğini belirtmiştir.

İngiltere’de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Amerika’ya benzer şekilde nullipar gebeler için 10, multipar gebeler için 7 bakım önermektedir (27). Avrupa’nın çoğu ülkesi de benzer bir programı benimsemiştir.

Japonya’da ise Japan Society of Obstetrics and Gynecology (JSOG) ve Japan Association of Obstetricians and Gynecologists (JAOG), 11. haftanın sonuna kadar 3 kez, 12.-23. haftanın sonuna kadar 4 haftada bir, 24.-35. haftanın sonuna kadar 2 haftada bir ve 36. Haftadan itibaren haftalık takip olmak üzere toplam 16 takip önermektedir (28). Şu an dünyada en fazla sayıda bakım öneren ülke Japonya’dır. United Nations International Children’s Emergency Fund’un (UNICEF) verilerine göre dünyadaki gebelerin sadece %62’sinin 4 veya daha fazla bakım aldığı düşünülürse gelişmekte olan ülkeler için bu ulaşılması oldukça güç bir sayıdır (29).

DSÖ 2012’de yayınladığı bir kılavuzda tüm gebelerin 12. haftadan önce tespit edilmesini ve risk tespit edilmesini önermekteydi (30). İlk muayenede gebelere risk taraması yapılmasını, eğer risk faktörü varsa standart 10-12 izlemlik modelin uygulanmasını, eğer risk faktörü yoksa 4 izlemlik modelin uygulanmasını önermekteydi.

Bu 4 izlemden ilki ilk 12 hafta içinde, ikincisi 26. haftada, üçüncüsü 32. haftada ve dördüncüsü 36-38. haftalar arasında idi. Eğer 41. haftanın sonunda hâlâ doğum gerçekleşmezse 5. bir izlem daha önerilmekteydi. İlk izlem süresinin 30-40 dakika arasında olması, diğerlerinin de ortalama 20’şer dakika olması önerilmekteydi.

Yapılan son çalışmaların ışığında DSÖ 2016’da yeni bir kılavuz yayınladı. 2012’deki kılavuzda 4 olarak önerilen izlem sayısı gebelerin daha yakın takibi,

ayrıntılı ultrasonografi (USG) zamanından önce son bir izlem daha yapılması gibi nedenlerle 8'e çıkarıldı (31). Bu izlemler sırasıyla; ilk 12 hafta içinde, 20. haftada, 26. haftada, 30. haftada, 34. haftada, 36. haftada, 38. haftada ve 40. haftada idi. Eğer doğum gerçekleşmezse 41. haftada ek bir izlem daha önerilmekteydi. DSÖ'nün 2012 ve 2016 kılavuzlarının karşılaştırılması tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. DSÖ'nün 2012 ve 2016'daki kılavuzlarının karşılaştırılması

	2012	2016
1. trimester	1. izlem: ilk 12 hafta içinde	1. izlem: ilk 12 hafta içinde
2. trimester	2. izlem: 24-26. hafta	2. izlem: 20. hafta 3. izlem: 26. hafta
3. trimester	3. izlem: 32. hafta 4. izlem: 36-38. hafta	4. izlem: 30. hafta 5. izlem: 34. hafta 6. izlem: 36. hafta 7. izlem: 38. hafta 8. izlem: 40. hafta

Doğum gerçekleşmezse 41. Haftada ek izlem

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nın 2014'te yayınladığı kılavuz hâlen geçerlidir (32). Bu kılavuz daha çok 1. basamağa hitap etmekte ve büyük oranda DSÖ'nün 2012'deki kılavuzuyla benzerlik göstermektedir. Gebeliğin 14. haftasından önce olmak üzere ilk izlemin yapılmasını, diğer izlemlerin ise sırasıyla 18-24. haftalar arasında, 28-32. haftalar arasında ve 36-38. haftalar arasında yapılmasını önermektedir. İlk izlem için ayrılacak sürenin minimum 30 dakika, diğer izlemler için ise minimum 20 dakika olmasını önermektedir.

2.1.5. Antenatal Bakımın İçeriği

Tüm dünyada farklı ülkelerde farklı gebe izlem kılavuzları mevcuttur. Bu kılavuzlarda ortak öneriler olduğu gibi ülkelere göre farklılıklar gösteren öneriler de mevcuttur. Bu farklılıklar bazen ülkelerin gelişmişlik düzeyleri bazen de o bölgede endemik görülen hastalıklar nedeniyle olmaktadır. Örneğin: Gebelere tansiyon bakılması, hemogram, idrar, kan grubu tetkikleri, gebeye danışmanlık hizmeti verilmesi hemen tüm kılavuzlarda ortak öneriler arasındadır. Ancak rutin olarak klamidya, t hücreli lösemi virüsü bakılımı dünyada sadece JSOG ve JAOG tarafından önerilmektedir (28). Aynı şekilde TSH bakılması ACOG ve NICE tarafından sadece risk varsa önerilmekte halbuki guatr açısından endemik bölgede yer alan ülkemizde rutin olarak bakılması tavsiye edilmektedir (32).

Gebe izlem kılavuzları ülkelerin şartlarına, buldukları bölgeye ve sağlık politikalarına göre değişebilmektedir. Her gebenin bulunduğu ülkedeki yetkili makamların kılavuzlarına göre izlenmesi gerekir.

2.2 Gebelikteki Psikolojik Değişiklikler

Gebelik dönemi gebe kadında bedensel, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı kısa sayılamayacak bir süreçtir. Bu dönemde gebeler bir yandan bu değişimlere uyum sağlamaya çalışırken bir yandan da yeni bir bebeğe sahip olacak olmanın verdiği heyecanla ruhsal dalgalanmalar yaşayabilirler (33). Bu dalgalanmalara her kadın kendi ruh yapısına uygun cevaplar verir. Gebelik kadın için bir neşe ve doyum kaynağı olabildiği gibi endişe ve kaygı nedeni de olabilir. Kadının yaşamında yeni bir evre olan annelik evresi kadın için başlı başına bir stres kaynağı olabilir. Bu stres de başta depresyon olmak üzere gebelikte çeşitli psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilir.

Gebelik dönemi trimester denilen dönemlere ayrılmıştır. Her dönemin kendine özgü fiziksel ve ruhsal sorunları vardır (33). Örneğin: Gebelerde mide bulantısı, kusma, dehidratasyon ile seyreden hiperemesis gravidarum genellikle 8. ile 12.

haftalar arasında pik yapar ve yaklaşık %90 oranında ilk trimesterde karşılaşılan bir problemdir (34). Kasık ağrıları ve bacak kramplarına daha çok 2. trimesterde rastlanırken, büyüyen uterusu bağlı üriner inkontinans en çok 3. trimesterde görülmektedir (35). Bu ve bunun gibi örnekleri arttırmak mümkündür.

Gebelik fizyolojisi trimesterlere göre değişiklik gösterdiği gibi gebelik psikolojisi de değişiklik göstermektedir. Çünkü gebelik süresince değişen hormonların fiziksel etkileri olduğu gibi psikolojik etkileri de vardır. Örneğin daha önce bahsedilen hiperemezis gravidarumun etyolojisinde insan koryonik gonadotropin ve östrojen hormonlarının etkili olduğu düşünülmektedir (36). Gebelikle beraber artan bu hormonların etkisiyle gebede bulantı, kusma, gastrik motilite azalması gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Aynı hormonların depresyon etyolojisinde de etkili olabileceği, bu yüzden hiperemezisli hastalarda daha yüksek oranda majör depresyon bozukluğuna rastlandığına işaret eden çalışmalar mevcuttur (37).

Gebelik dönemselsel olarak incelendiğinde ilk trimesterde gebe oluşan bu yeni duruma adapte olmaya çalışır. Bu haftalarda bir belirsizlik hakimdir ve bu nedenle gebede ambivalan duygular yaşanabilir (33). Bebekle ilgili duyulan sevinç diğer trimesterlere göre daha azdır. Ani olarak neşe yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabilir. Bu dönemde gebe alışık olmadığı fiziksel rahatsızlıklar yaşamaya başlar. Bu rahatsızlıklara çelişkili duygu durum da eklenince bu dönem gebeyi psikolojik anlamda yorabilir. Bu nedenlerden dolayı ilk trimester gebelikte duygu durum bozukluklarının en sık görüldüğü dönemdir (38). Bu yeni döneme uyum çabaları, istenmeyen gebelik olması, düşük eğitim düzeyi, nevrotik kişilik özellikleri ile birleşirse risk artmaktadır.

İkinci trimesterde ilk trimestere nazaran fetüsle olan bağ daha derin bir şekilde hissedilir. Fetüs hareketlerinin hissedilmeye başlaması, ilk trimesterde olan rahatsızlıkların çoğunun azalmış olması ve ilk trimesterde yaşanan belirsizliğin yavaş yavaş ortadan kaybolması nedeniyle gebe psikolojik olarak daha iyidir (33). Gebe artık daha dışı dönüktür, gebeliğe adapte olmuştur ve fetüsle daha fazla ilgilenmektedir. Bu dönem gebelerde depresyon sıklığının en az olduğu dönemdir (39).

Üçüncü trimesterde gebenin fiziksel yakınmaları yeniden artmıştır. Gebe artık hantallaşmış, hareketleri kısıtlanmış, uyku bozuklukları, sık idrara çıkma gibi

problemleri artmıştır (35). Fiziksel ve ruhsal olarak başkalarına özellikle de eşine daha çok bağımlıdır. Doğumun nasıl olacağı, doğum ağrısı, doğumun kimin tarafından yapılacağı, bir sorun çıkıp çıkmayacağı, bebeğin ve kendisinin sağlık durumu, iyi bir anne olup olamayacağı ile ilgili kaygılar baş göstermeye başlar ve bu kaygılar gebelerde stres oluşturur (40). Bir yandan bebeğine kavuşacak olmanın mutluluğunu yaşarken diğer yandan onunla fiziksel bağının kopmasının hüznünü yaşayabilir (33). İlk trimesterde yaşanan ambivalan duygular yeniden başlayabilir.

Annelik hüznü özellikle gebeliğin son 10 ve doğum sonrası ilk 5 günde görülen stres, öfke patlamaları, uykusuzluk, bilinç bulanıklığı, aşırı duyarlılıkla karakterize bir durumdur (41). Annelik hüznü genelde kendiliğinden düzelir. Yapılacak en iyi yaklaşım psikososyal destektir. Ayrıca bu gebeler postpartum depresyon ve psikoz gelişimi açısından izlenmelidir (41).

Gebenin psikolojik durumu, yaşantısı gebeliği etkilediği gibi gebeliğin kendisi de gebenin psikolojisini etkilemektedir. Bir kadının hayatında hemen hemen hiç bir dönemde gebeliğin neden olduğu kadar hormonal, psikolojik ve sosyal değişiklikler yaşanmaz (42). Bu nedenle gebelik dönemi kadının hayatında ayrıcalıklı bir yere sahip olan ve sağlık hizmeti verenler tarafından özellikle dikkat edilmesi gereken bir dönemdir.

2.2.1. Gebelik ve Depresyon

Depresyon: Üzüntülü bir duygudurum içinde, fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık hâli gibi özellikleri olan bir sendrom olarak tanımlanabilir (43).

Depresyonu ilk tanımlayan Hipokrat olmuştur. Bu sendromu kara safranın fazla olmasına bağladığı için “melaine chole” yani “kara safra” olarak isimlendirmiştir. Bu sözcük İngilizce’ye “melancholy” yani bugünkü kullanımıyla “melankoli” olarak geçmiştir (44). Türkçe’ye İngilizce “depression” sözcüğünden geçen depresyon, Latince “deprimere” yani “bastırmak, çökertmek” fiilinden

türemiştir (44). Türkçe'ye “çöküntü” olarak çevrilebilse de “depresyon” olarak kullanımını daha yaygındır.

Depresyonda ana belirtiler çökkün duygudurum ve ilgi, istek azalmasıdır ancak depresyon hastaya göre hafif mizaç bozukluğundan, motor retardasyon, huzursuzluk, iştahsızlık, kilo kaybı, umutsuzluk, değersizlik hissi ve intihar düşüncesine kadar geniş bir yelpazeyi içerir (45).

Depresyon prevalansını belirlemek araştırmacılar tarafından farklı tanı kriterleri kullanıldığı için oldukça güçtür ancak çoğu araştırmanın ortak sonucu majör depresyon prevalansının her geçen gün arttığıdır. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)- IV tanı kriterleri kullanılarak yapılan bir meta analizde gelişmiş ülkelerde yaşam boyu majör depresyon epizodu prevalansı %14,6, gelişmekte olan ülkelerde ise %11,1 olarak bulunmuştur (46). 12 aylık prevalans ise gelişmiş ülkelerde %5,5, gelişmekte olan ülkelerde %5,9 olarak bulunmuştur (46).

Oldukça sık görülen depresyon iş gücü kaybı nedeniyle toplumları ekonomik açıdan, bireylerin yaşam kalitelerini etkilemeleri nedeniyle de sosyal açıdan önemli bir halk sağlığı problemidir. Ayrıca kronikleşme, tekrarlama riskinin yüksek olması, intihar riskini artırması nedeniyle de önemli bir sağlık sorunudur.

Disability adjusted life year (DALY) ölüme neden olan ya da olmayan hastalık veya bozukluklar nedeniyle kaybedilen yılları sayan mutlak bir sağlık kaybı ölçütüdür ve toplum sağlığı için özet bir göstergedir. Bir DALY sağlıklı yaşamdan yitirilen bir yıldır. Years lived with disability (YLD) ise yeti yitimi ile geçen yılları ifade etmektedir (47). DSÖ'nün verilerine göre depresyon tüm yaş grupları içinde DALY'nin 4. en sık nedeni, YLD'nin ise en sık nedenidir (48) (Tablo 3). Bu yükseliş trendi devam ederse 2020 yılında depresyonun DALY'nin en sık 2. nedeni olması beklenmektedir.

Tablo 3. DSÖ verilerine göre DALY ve YLD yüzdeleri

	DALY	Yüzde	YLD	Yüzde
1.	Alt solunum yolu enfeksiyonları	6,4	Unipolar depresif bozukluklar	11,9
2.	Perinatal durumlar	6,2	İşitme kaybı	4,6
3.	HIV/AIDS	6,1	Anemi	4,5
4.	Unipolar depresif bozukluklar	4,4	Kronik obstruktif akciğer hastalığı	3,3
5.	Gastrointestinal enfeksiyonlar	4,2	Alkol kullanım bozuklukları	3,1

Kadınlar; yaşamları boyunca çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık gibi dönemlerin her birinde fiziksel, ruhsal, sosyal farklılıklar yaşamakta ve bu farklılıklar onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hâle getirmektedir (49). Kadınlarda psikolojik hastalıklar daha sık görüldüğü gibi aynı zamanda da daha uzun sürmektedir. Pek çok değişken olmakla birlikte kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı yaklaşık olarak erkeklerin iki katıdır (50).

Hiç şüphesiz ki gebelik dönemi bir kadının hayatında ayrıcalıklı bir yere sahiptir. Bu dönem bir heyecan, mutluluk ve sevinç kaynağı olduğu gibi aynı zamanda stres, kaygı ve endişe kaynağı da olabilir. Gerek gebelik döneminin depresyonun en sık görüldüğü genç erişkinlik dönemine denk gelmesi, gerek hormonal faktörler, gerekse gebeliğin doğrudan veya dolaylı olarak neden olduğu problemler yüzünden gebelik dönemi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın arttığı bir dönemdir (33). Bu dönemde mevcut psikiyatrik semptomlarda artma görülebilirken, ilk psikiyatrik semptomlar gebelik sırasında da ortaya çıkabilir.

Genel olarak toplumda gebeliğin kadınların kendilerini iyi hissettikleri bir dönem olduğu algısı mevcut ise de yapılan çalışmalar göstermiştir ki gebelik süresince

ve gebelikten sonraki 1 yıl içerisindeki depresyon sıklığı artmaktadır ve yaklaşık olarak %25'lere varabilen oranlarda görülmektedir (1-3).

Gebeliğin kendisi direkt veya dolaylı olarak psikiyatrik semptomları arttırdığı gibi, gebelik esnasında meydana gelen psikiyatrik bozukluklar da gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırmaktadır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki gebelik esnasında depresyon yaşayan annelerde preterm eylem, preeklampsi, spontan abort riski artmakta ve bu annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı, bronkopulmoner displazi, intraventriküler hemoraji gibi sonuçlar daha sık görülmektedir (4). Antenatal depresyon gebeyi etkilediği kadar fetüsü de etkilemektedir. Bu açıdan bakıldığında antenatal depresyon normal toplumda görülen depresyondan daha ayrıcalıklı bir yere sahiptir ve tanısı ve tedavisi daha elzemdir.

DSÖ sağlığı; bedensel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hâli olarak tanımlamaktadır (51). Bu bileşenlerden herhangi birinin eksikliği sağlığı direkt etkiler. Sağlık kavramında beden ve ruh sağlığı birlikte ele alınmasına rağmen uygulama aşamasında ruh sağlığı hizmetlerine gereken önem verilmemektedir. Halbuki gebelerde de görüldüğü gibi ruhsal yönden yaşanan bir hastalık daha sonra beden sağlığını da etkilemektedir.

Gebeler gebelikleri süresince belirli aralıklarla izlenirler. Bu durum gebelerin fiziksel olduğu kadar ruhsal durumlarının da izlenmesine olanak sağlar. Gebelere hizmet veren tüm sağlık personelinin gebelik psikolojisi ve gebelikte görülen psikiyatrik bozukluklar hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Ancak bu şekilde gebelikteki psikolojik komplikasyonların tanınması, önlenmesi veya en azından ana - çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması mümkündür (33). Ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaşam kalitesini artırıcı bir bakış açısıyla ele alınması açısından birinci basamak hekimlerine önemli rol düşmektedir (52).

2.2.2. Antenatal Depresyonun Belirtileri

Gebelikteki başlıca depresif belirti ve bulgular esasında gebe olmayan kadınlardakine benzerlik gösterir; uyku ve iştah değişiklikleri, aşırı yorgunluk, dalgalı

duygu durum, keyifsizlik, sinirlilik, libido kaybı, konsantrasyonda güçlük, baş ağrısı, çarpıntı, aşırı fiziksel yakınmalar, bulantı, baş dönmesi, sık soluk alıp verme olarak sayılabilir (39, 42, 53-55). Bu belirti ve bulguların büyük kısmının gebeliğin fizyolojik değişikliklerine benzediği için gebelikte depresyon çoğu kez atlanmaktadır (56).

Depresyon tanısı atlanabildiği gibi yanlış depresyon tanısı koymak da mümkündür. Amerika Birleşik Devletleri'nde 570 gebeyle yapılan bir çalışmada gebelikte depresyon oranı %13,33 bulunmuştur (56). Hem majör depresyon tanı kriterlerinde yer alan hem de gebeliğin fizyolojik değişikliklerinden olan uyku bozukluğu, enerji kaybı, istek azalması gibi semptomlar tanı kriterlerinden çıkarıldığında bu oran %10,10'a düşmüştür (56).

Gebe bir kadının kendisinin ve bebeğinin sağlığı hakkında endişelenmesi, kafasının doğumdan sonra hayatında meydana gelecek değişikliklerle meşgul olması normal kabul edilmelidir. Depresyon düşündürebilecek belirti ve bulguların gebeliğe bağlı mı ortaya çıktığı yoksa depresyonun belirtisi mi olduğu ayırımını yapmak oldukça güçtür. Bu da gebelikte depresyon tanısını koymayı güçleştirmektedir. Ancak bulantı, kusma, uyku bozukluğu, enerji kaybı gibi somatik yakınmalar depresyonlu gebelerde daha ağır seyretmektedir (55). Konya'da yapılan bir çalışmada hiperemesis gravidarumlu hastalarda majör depresyon oranı %15,4 bulunmuş, hiperemizi olmayan hastalarda ise bu oran %4,4 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (37). Bu sonuç da bu bulguyu destekler niteliktedir.

2.2.3. Antenatal Depresyon Sıklığı

Kadının sosyal rolü, ruhsal özellikleri, kültürel farklılıklar, genetik ve hormonal faktörler, adet görme, gebelik, lohusalık, emzirme gibi farklılıklar kadını depresyona daha yatkın hâle getirmektedir (49). Genel olarak kadınlarda erkeklere oranla daha fazla depresyon görülmekle birlikte, depresyonun en sık görüldüğü dönem gebelik dönemini de içine alan genç erişkinlik dönemidir (50).

Gebelikte ilgili komplikasyonlar, gebelikteki hormonal, fiziksel ve sosyal değişiklikler depresyon sıklığını arttırmaktadır (38). Depresyon gebelikte en sık

rastlanılan ruhsal bozukluktur (33). Gavin ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta analize göre gebelerin %14,5'i gebeliğinde yeni bir depresyon atağı geçirmekte, hâlen depresyonda olup gebe kalanlar da eklendiğinde prevalans %18,4'e çıkmaktadır (39). Marcus ve arkadaşları tarafından 3472 gebe ile yapılan başka bir çalışmada gebelerin %20'sinde depresyon saptanmıştır (57).

Ülkemizde ise antenatal depresyon prevalansına bakıldığında oranların daha yukarıda olduğu görülmektedir. Karaçam ve arkadaşlarının 1039 gebeyle yaptığı bir çalışmada gebelerde depresyon prevalansı %27,9 olarak bulunmuştur (58). Gölbaşı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise oran benzer şekilde %27,5 olarak bulunmuştur (59). Bu çalışmalara herhangi bir risk faktörü olsun olmasın tüm gebeler dâhil edilmiştir. Yanikkerem ve arkadaşlarının daha önce depresyon tanısı almamış ve gebeliğe ait komplikasyonu bulunmayan fiziksel olarak sağlıklı gebelerde yaptığı bir çalışmada ise gebelerin %10,9'unda depresyona rastlanmıştır (60). Ülkemizdeki oranların daha yüksek olması sosyokültürel farklılıklara, Türk aile yapısına, artmış gebelik sayısına ve ekonomik problemlere bağlı olabilir (58).

2.2.3. Antenatal Depresyonun Risk Faktörleri

Antenatal depresyonun genetik, psikolojik ve çevresel boyutları mevcuttur ve risk faktörlerinin bu bağlamda değerlendirilmesi gerekir. Depresyonun %40-50 oranında genetik faktörlerden kaynaklandığını söyleyen çalışmalar mevcuttur (61). Tek başına çevresel faktörlerin etkili olmadığı ancak bu genetik yapıya sahip kişilerin olumsuz çevresel şartlarda depresyona daha yatkın olduğu ifade edilmektedir. Ancak elimizde bu genlerin neler olduğu ve kalıtım düzeni hakkında kesin bilgiler yoktur (62). Kesin olan sadece depresyonu tek bir boyuttan izlenmemesi gerektiği, depresyonun birden fazla faktörün bir araya gelmesi hâlinde ortaya çıktığıdır (61).

Yapılan çalışmalara bakıldığında daha önceden geçirilen depresyon atağı antenatal depresyonun en sık nedenlerinden biridir (54, 63-66). İstenmeyen gebelikler, ailede depresyon öyküsü, düşük gelir düzeyi, daha önceden düşük veya ölü doğum

öyküsü, aile içi şiddet, partnerle yaşanan sorunlar veya partner yokluğu antenatal depresyon için önde gelen risk faktörlerindedir (54, 65, 67).

Gebe olmayan popülasyonda da depresyon için risk faktörü olan; kişinin özsaygısının düşük olması, sosyal desteğin az olması, olumsuz düşünme eğiliminin olması, anksiyetik yapıya sahip olması, gebenin yaşamında önemli bir travma geçirmiş olması gibi de daha pek çok neden mevcuttur (54).

Ayrıca adölesan gebelerde hem gebelik süresince hem de doğumdan sonra depresyon sıklığı artmıştır (64). Bu bulguyu destekler nitelikte olarak erken yaşta gebe kalmanın depresyon riskini arttırdığına yönelik çalışmalar mevcuttur (65, 67). Erken yaşta gebeliğin riski arttırdığı gibi çocuk sayısının artması da riski arttırmaktadır (68).

Kültürel farklılıklara göre de farklı risk faktörleri mevcuttur. İngiltere'deki Asyalı kadınlar ile yapılan bir çalışmada ailenin erkek çocuk beklentisinin depresyon riskini arttırdığını göstermektedir (69). Bu çalışmada annenin erkek çocuk beklentisinin depresyon riskini arttırmadığı ancak eşinin veya eşinin ailesinin beklentisinin depresyon riskini arttırdığı bulgusu önemli bir sosyal olgudur.

Hâlen antidepresan tedavi alan gebeler, gebe kaldıktan sonra tedavilerini yarıda bırakmak zorunda kalabilirler. Bu kendi istekleriyle veya doktor önerisiyle olabilir. Tedavi kesildikten sonraki ilk 2-3 aylık dönem depresif semptomların yeniden alevlenmesi açısından çok riskli bir dönemdir (54, 66, 67). Bu dönemde risk anlamlı şekilde artmaktadır. Amerika'da 201 gebeye yapılan bir çalışmada gebeliğinden önce majör depresif atak geçiren gebelerin %43'ünde gebelik döneminde relaps görülmüştür. Tedavi almaya devam eden gebelerin %26'sında, tedaviyi kesen gebelerin ise %68'inde depresyona rastlanmıştır (66).

2.2.4. Antenatal Depresyon Tedavisi

Antenatal depresyon yıllar boyunca hekimlerin fetüse olası yan etkileri nedeniyle çekimsiz yaklaştıkları bir konu olmuştur. Hâlbuki bugün elde edilen veriler göstermektedir ki tedavi edilmeyen depresyonun anne ve fetüs üzerine yan etkileri oldukça fazladır ve mutlaka tedavi edilmesi gerekir (4).

Yapılan bazı çalışmalarda gebeliği süresince antidepresan kullanan gebelerin çocuklarında taşipne, siyanoz, irritabilite, taşikardi gibi neonatal çekilme semptomları gözlenmiştir (70). Etik nedenler yüzünden gebeler üzerinde ilaçların olası yan etkileri üzerine çalışmalar yapılamamaktadır. Bu nedenle eldeki veriler sınırlıdır. Ancak depresyonun olası yan etkileri düşünülerek kâr zarar hesabı yaparak eldeki verilerle mümkün olan en az yan etkili tedavi başlamak hekimin görevidir.

İlaçların olası yan etkileri yüzünden hafif ve orta şiddette depresyonda öncelikle non-farmakolojik yöntemler seçilmelidir (71). Bu yöntemlerin en başında psikoterapi gelmektedir. Psikoterapi tek başına denenebileceği gibi farmakolojik tedavinin başarısını arttırmak için farmakolojik tedaviyle eş zamanlı olarak da verilebilir. Gebelikte ön plana çıkan terapi yöntemleri; bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası ilişkiler terapisisidir.

Antenatal depresyonda psikoterapi harici kullanılacak diğer non-farmakolojik yöntemler: ışık terapisi, akupunktur, masaj terapisi, omega 3 terapisi, yoga ve elektro konvulzif tedavidir (71). Ancak bu tedaviler hakkında maalesef yeterli kanıt yoktur.

Gebelikte uygulanan hiçbir farmakolojik tedavinin yüzde yüz güvenli olamayacağı unutulmamalıdır. Ancak gerekli görülen hallerde farmakolojik tedavi mutlaka düşünülmelidir. Farmakolojik tedavide ilk tercih depresyonda yaygın olarak reçete edilen, klinik deneyimin fazla olduğu selektif seratonin reuptake inhibitörleri (SSRI) olmalıdır (72). Mevcut en kapsamlı bilgiler bu ilaçlarla ilgilidir. Tablo 4'te ACOG' un verilerine göre bazı ilaçların gebelik kategorileri yer almaktadır (72)

Tablo 4. Bazı ilaçların gebelik ve laktasyon kategorileri

<i>İlaç Grubu</i>	<i>Adı</i>	<i>Gebelik Kategorisi</i>	<i>Laktasyon Kategorisi</i>
<i>Benzodiazepinler</i>	Alprazolam	D	C
	Diazepam	D	D
	Triazolam	X	C
<i>Trisiklik</i>	Amitriptilin	C	B
<i>Anideprasanlar</i>	Doksepin	C	X
	Klomipiramin	C	B
<i>SSRI'lar</i>	Sitalopram	C	C
	Fluoksetin	C	B
	Paroksetin	D	B
	Sertralin	C	B

Gebelerde depresyonda farmakolojik ilk tercih fluoksetin ve sertralin gibi SSRI'lar olmalı ancak özellikle paroksetinin kullanımından kaçınılmalıdır. Çünkü paroksetin diğer SSRI'lara göre daha çok oranda çekilme semptomlarıyla ilgilidir. Gebeliğinde paroksetin kullanan gebelere muhakkak fetal ekokardiyografi önerilmelidir (72).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapısı

Araştırma kesitsel tanımlayıcı niteliktedir. Araştırma Eylül 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılmıştır.

3.2. Evren

Araştırmanın evreni Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği gebe polikliniğine başvuran son trimester gebelerdir.

3.3. Örneklem

Örneklem Trabzon Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Gebe Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üstü, gönüllü, 28 ile 40 hafta arası gebelerden seçilmiştir.

Erbil ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada 3. trimesterdeki gebe kadınların %33,9'unda depresyon olduğu tespit edilmiştir (73). Buna göre %95 güvenlilikle ve %8 sapmayla tip 1 hata 0.05 öngörülerek örneklem büyüklüğü 135 olarak hesaplanmıştır. Örneklem hesabı OpenEpi Version 3 ile yapılmıştır. Bu doğrultuda 135 kişiyle görüşme yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden gebelere bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (Ek-1), demografik bilgiler ve antenatal bakım alma anketi (Ek-2) ile Beck Depresyon Ölçeği (Ek-3) uygulanmıştır.

Demografik bilgiler ve antenatal bakım alma anketi, gebelerin sosyodemografik özelliklerini ve antenatal bakım alma durumlarını sorgulamak amacıyla araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış toplam 52 soruluk bir anket formudur. Antenatal bakım alma durumu ile ilgili sorular (14-52 arası) T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” baz alınarak hazırlanmıştır (32).

1.-13. sorular arası demografik verilerle ilgili sorulardır.

14.-28. sorular arası danışmanlık hizmetleriyle alakalı sorulardır. Bu sorulara verilen her “evet” yanıtı “1 puan” ve her “hayır” yanıtı “0” puan olarak puanlandırılmış ve minimum “0”, maksimum “15” puan olmak üzere danışmanlık puanı elde edilmiştir.

29.- 52. sorular arası yapılan işlemlere ilgili sorulardır. Bu sorulara verilen her “evet” yanıtı “1 puan” ve her “hayır” yanıtı “0” puan olarak puanlandırılmış ve minimum “0”, maksimum “24” puan olmak üzere yapılan işlemler puanı elde edilmiştir.

Danışmanlık puanı ve yapılan işlemler puanı toplanarak toplam puan elde edilmiştir.

Gebenin geldiği ziyaret sayısı, haftasına göre gelmesi gereken ziyaret sayısına (ACOG kılavuzu baz alınarak) eşit veya fazla ise ziyaret sayısı “yeterli” aksi halde “yetersiz” kabul edilmiştir (26). Ayrıca gebelerin haftalarına göre ziyaretlere devam etme oranını saptamak için gebenin geldiği ziyaret sayısı, haftasına göre gelmesi gereken ziyaret sayısına bölünerek ziyaretlere devam yüzdesi elde edilmiştir.

Beck depresyon ölçeği: Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilip 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde için 4 seçenek vardır ve bunlar 0 ile 3 puan arasında puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 63’tür. Ölçeğin kesme puanı

17'dir. 17 üstü depresyon açısından anlamlıdır. Ülkemizde Nesrin Hisli tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (74) (Ek-3).

3.5. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya alınma kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri olmak
- 28-40 hafta arası gebe olmak.

Çalışmaya alınmama kriterleri:

- Testleri okuyup anlayacak sosyokültürel düzeyde olmamak.
- Zihinsel geriliği olmak.
- Majör depresyon, şizofreni, psikoz vb. hastalıkları olmak veya öncesinden geçirmiş olmak.
- Gebeliğinden önce kronik bir rahatsızlığı bulunmak.
- Gebeliğe bağlı ve gebeliğin gidişatını etkileyecek düzeyde bir sağlık problemi olmak.
- Yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalmış olmak.

3.6. Sonuç Ölçütü

Bu çalışmanın ana sonuç ölçütü çalışmaya katılan gebelerin doldurduğu Beck Depresyon ölçeğine göre aldıkları puandır. Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve her madde için 4 seçenek bulunmaktadır. Seçenekler 0 ile 3 puan arasında puanlanmıştır. Ölçeğin kesme puanı 17'dir. Toplam 63 puan üzerinden değerlendirme yapılacaktır.

3.7. İstatistiksel Analiz

Veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programına girilerek analiz edilmiştir. İstatistik hesaplamalar araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yapılmış, parametreler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi, bağımsız örneklemlerde t testi, ki kare testi ve mann whitney u testi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

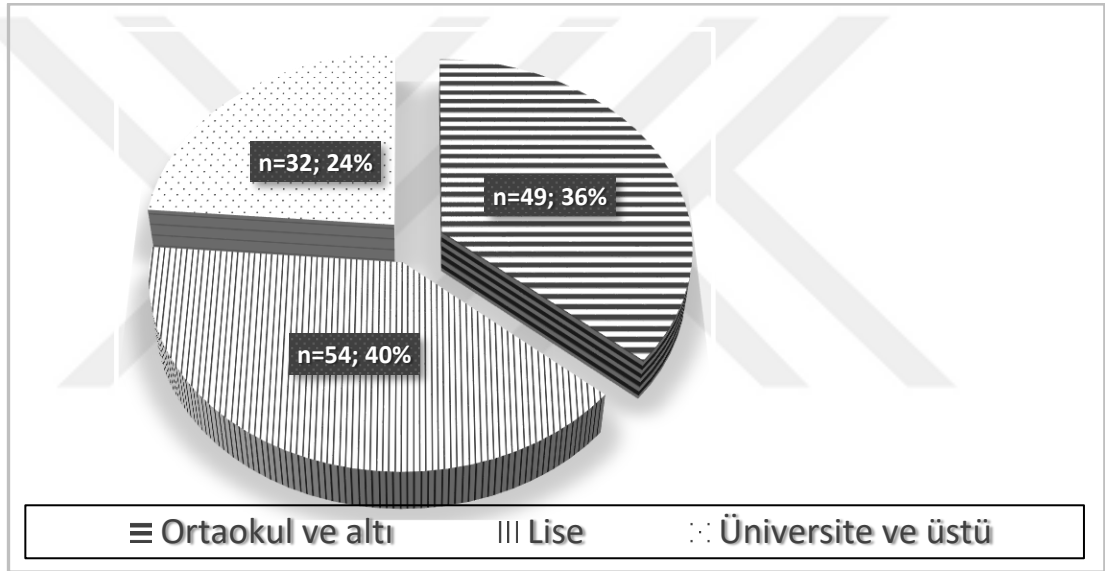
3.8. Etik Kurul

Araştırmaya katılacak gönüllü bireylere araştırmanın amacı ve nasıl yürütüleceği ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapılarak bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-1).

Araştırmanın yapılması için; KTÜ Tıp Fakóltesi Etik Kurulu'ndan 05 Eylül 2018 tarih ve 606 sayıyla etik kurul onayı alınmıştır (Ek-4).

4.BULGULAR

Çalışmaya toplam 135 gebe dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $30,2 \pm 5,4$ yıldır. Gebelerin %3,7'si (n=5) 20 yaş altında, %74,8'i (n=101) 20-34 yaş arasında ve %21,5'i (n=29) 35 yaş ve üstündedir. Ortanca gebelik haftası 35'dir (min:28, maks:41). Gebeler eğitim durumlarına göre ortaokul ve altı, lise ve üniversite ve üstü olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır ve grupların dağılımı şekil 4'teki gibidir.



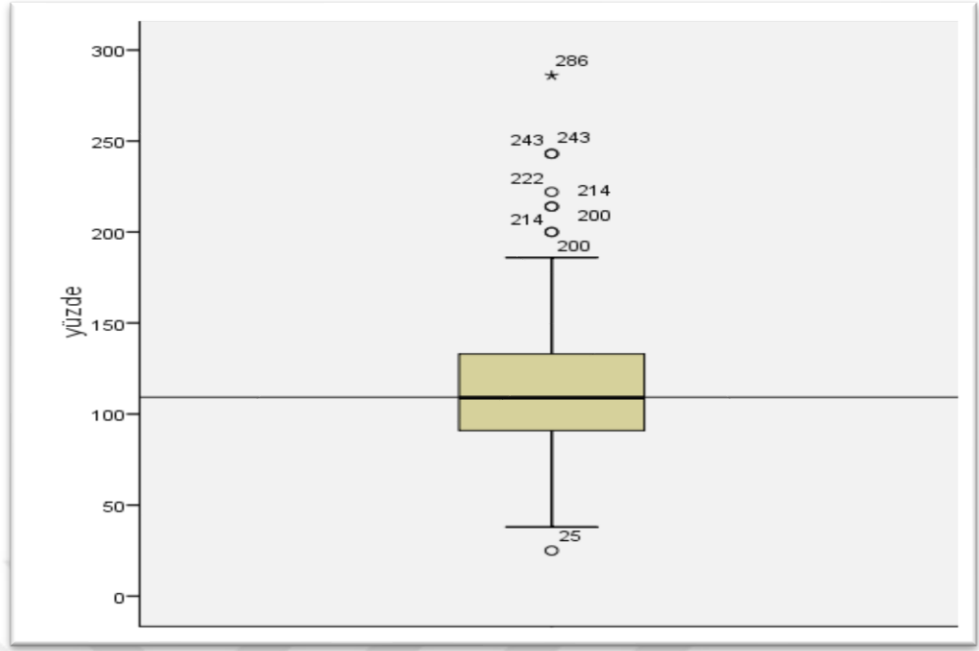
Şekil 4. Çalışmaya katılan gebelerin eğitim durumları

Gebelerin ortanca evlilik süresi 5 (min:1, maks:24) yıldır. Toplam gebelik sayısı ortancası 2 (min:1, maks:9) idi. Toplam gebelik sayısı ile vizitlere devam yüzdesi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede negatif korelasyon saptandı ($r=-0,197$, $p=0,022$). Ölü doğum sayısı ($p=0,065$), kürtaj sayısı ($p=0,471$), düşük sayısı ($p=0,125$) ve evliliğin ilk veya sonraki yıllarında gebe kalmayla ($p=0,526$) vizitlere devam yüzdesi arasında ilişki saptanmadı. Gebelerin diğer obstetrik bilgileri ve vizitlere devam yüzdeleri arasındaki ilişki tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Çalışmaya katılan gebelerin obstetrik bilgileri ve vizitlere devam yüzdesi

<i>Gebelerin obstetrik bilgileri</i>	<i>Medyan</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>Vizitlere devam yüzdesi</i>	
				<i>p</i>	<i>r</i>
<i>Evliliğin ilk kaçınıcı yılında gebe kalındı</i>	1	1	13	0,062	-0,161
<i>Canlı doğum sayısı</i>	1	0	5	<u>0,002</u>	-0,261
<i>Ölü doğum sayısı</i>	0	0	2	0,065	0,160
<i>Yaşayan çocuk sayısı</i>	1	0	5	<u>0,018</u>	-0,203
<i>Kürtaj sayısı</i>	0	0	2	0,471	0,063
<i>Düşük sayısı</i>	0	0	3	0,125	-0,133
<i>Toplam gebelik sayısı</i>	2	1	9	<u>0,022</u>	-0,197

Vizitlere devam yüzdesine bakıldığında ise ortanca %109 (min:25, maks:286) olarak bulunmuştur (Şekil 5). Gebelerin %24,4'ünün (n=33) vizitlere devam yüzdesi %89 ve altında, %26,7'sinin (n=36) %90 ile %110 arasında ve %48,9'unun (n=66) ise %111 ve üstündedir.



Şekil 5. Gebelerin vizitlere devam yüzdesi

Gebelerin %24,4'ü (n=33) gebeliği esnasında tam zamanlı bir işte çalışırken, %75,6'sı (n=102) çalışmamaktadır. Çalışan gebelerin yaş ortalaması $31,06 \pm 4,63$, çalışmayan gebelerin ise $29,95 \pm 5,96$ 'dır. Buna karşılık gebelerin %6,7'si (n=9) ekonomik durumunu çok kötü veya kötü, %51,9'u (n=70) orta ve %41,5'i (n=56) iyi veya çok iyi olarak nitelendirmektedir.

İlk gebeliği olan gebelerin %37,9'u (n=11) doğum şekli olarak sezaryen ile doğum, %41,4'ü (n=12) normal doğum düşünmektedir %20,7'si (n=6) ise kararsızdır. Toplamda ise gebelerin %61,5'i (n=83) sezaryen ile doğum düşünmektedir. Gebelik sayılarına ve çalışma durumuna göre beklenen doğum şekilleri tablo 6'da verilmiştir.

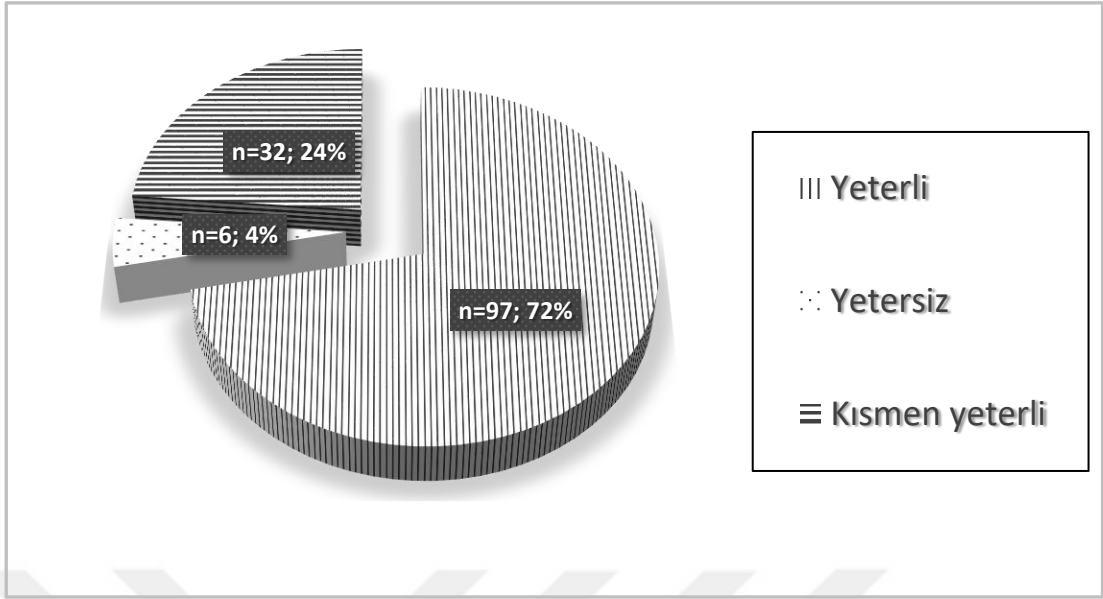
Tablo 6. Gebelerin gebelik sayısına ve çalışma durumuna göre beklenen doğum şekilleri

		<i>Normal doğum</i>		<i>C/S</i>		<i>Kararsız</i>	
		n	%*	n	%*	n	%*
<i>Toplam gebelik sayısı</i>	1	12	41,4	11	37,9	6	20,7
	≥ 2	33	31,1	72	67,9	1	0,9
<i>Çalışma durumu</i>	Çalışıyor	9	27,2	23	69,6	1	3,0
	Çalışmıyor	36	35,2	60	58,8	6	5,8
<i>Toplam</i>		45	33,3	83	61,5	7	5,1

*Satır yüzdeleri

Gebelerin ilk doktor kontrolüne gelme haftası ortancası 6 haftadır (min:1, maks:30). Çalışmamızda gebelerin %98,5'inin (n=133) Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği şekilde ilk 14 hafta içinde doktor kontrolüne geldiği saptanmıştır. Sadece 2 gebenin toplam vizit sayısı 4'ün altındadır. ACOG kılavuzu baz alınarak gebelerin haftalarına göre yeterli sayıda vizite gelip gelmediği bakıldığında %72,6'sı (n=98) yeterli sayıda doktor kontrolüne gelmiş, %27,4'ü (n=37) gelmemiştir.

Gebeliği esnasında yeterli bakım, takip ve tedavi aldığını düşünenlerin oranı %71,9 (n=97), almadığını düşünenlerin oranı %4,4 (n=6) olarak bulunmuştur. Gebelerin %23,7'si (n=32) ise kısmen yeterli bakım aldığını düşünmektedir (şekil 6).



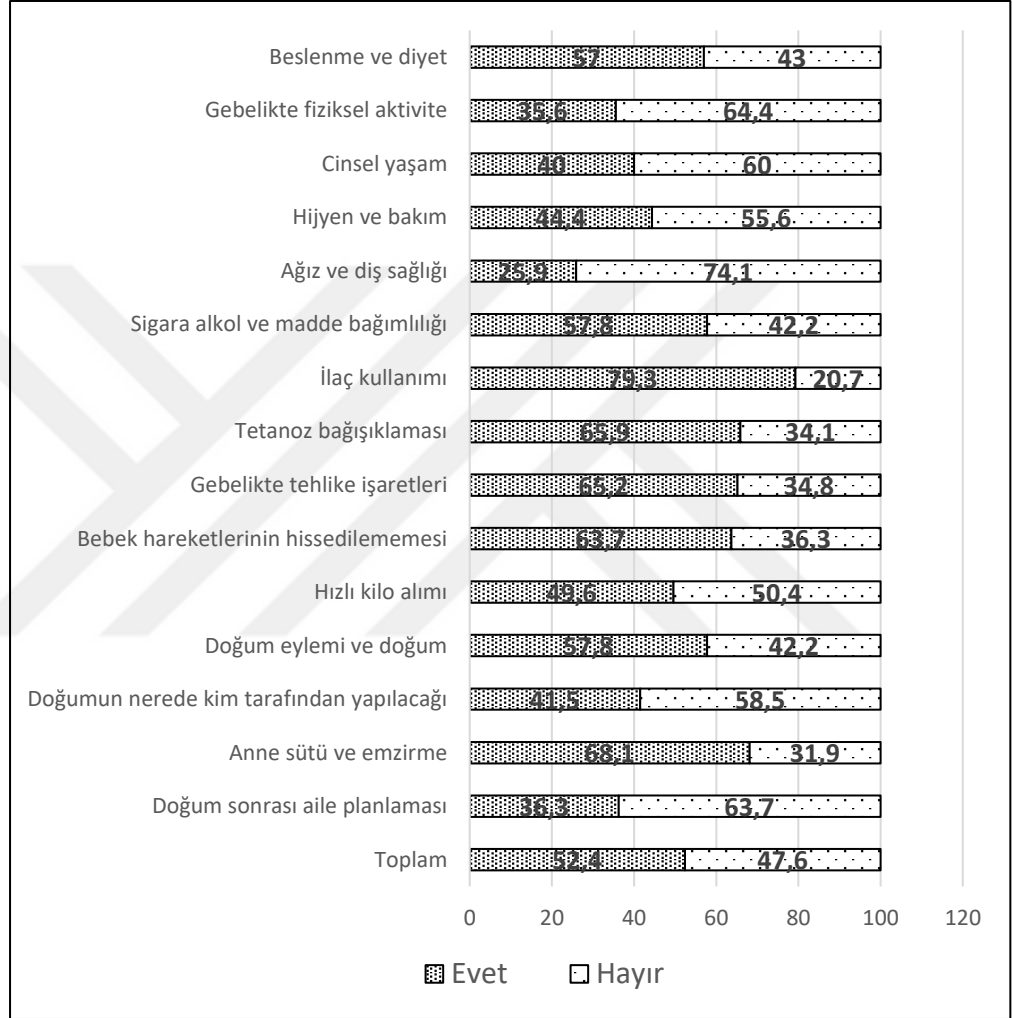
Şekil 6. Gebelerin yeterli bakım alıp almadığını düşünme durumları

Gebelerin kendilerince yetersiz veya kısmi bakım alma nedenleri sorgulandığında en sık nedenin %34,2 ile zaman yetersizliği olduğu görüldü. Diğer nedenler tablo 7’de verilmiştir

Tablo 7. Gebelerin kendilerince yetersiz veya kısmen yeterli bakım alma nedenleri

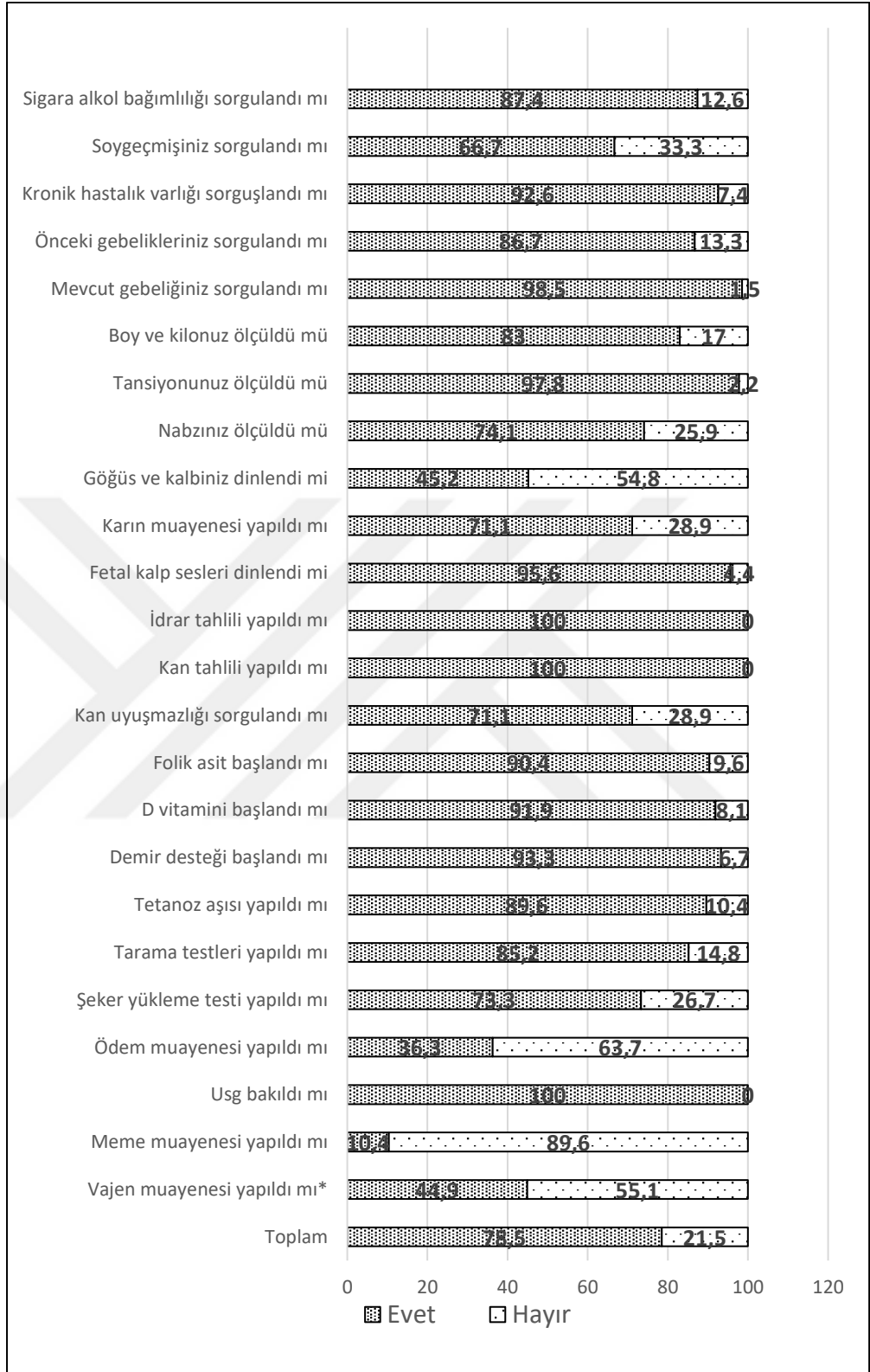
<i>Hayır veya Kısmen</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Zaman yetersizliği</i>	13	34,2
<i>Maddi durum yetersizliği</i>	6	15,8
<i>Bilgi eksikliği</i>	5	13,2
<i>Ulaşım güçlüğü</i>	4	10,5
<i>Sağlık personeli ile yaşanan sorunlar yüzünden</i>	7	18,4
<i>Ailevi nedenlerden</i>	3	7,9
<i>Toplam</i>	38	100

Gebelerin danışmanlık puan ortalaması: $7,8 \pm 4,1$ olarak bulundu. Gebelerin en fazla danışmanlık aldığı konu %79,3 (n=107) ile ilaç kullanımını hakkındadır. En az danışmanlık alınan konu ise %25,9 (n=35) ile ağız ve diş sağlığıdır. Gebelerin sorulara verdikleri cevapların yüzdeleri grafikte verilmiştir (Şekil 7).



Şekil 7. Gebelerin danışmanlık alma yüzdeleri

Gebelerin yapılan işlemler puan ortalaması $18,6 \pm 2,6$ olarak bulundu. Gebelerin tamamına idrar ve kan tahlili yapılmış ve USG bakılmıştır. En az yapılan işlem %10,4 (n=14) ile meme muayenesidir. Şeker yükleme testi yaptıranların oranı %73,3 (n=99), yaptırmayanların oranı ise %26,7'dir (n=36). Yapılan işlemler ve yüzdeleri şekilde gösterilmiştir (Şekil 8).



Şekil 8. Gebelere yapılan işlemler ve yüzdeleri

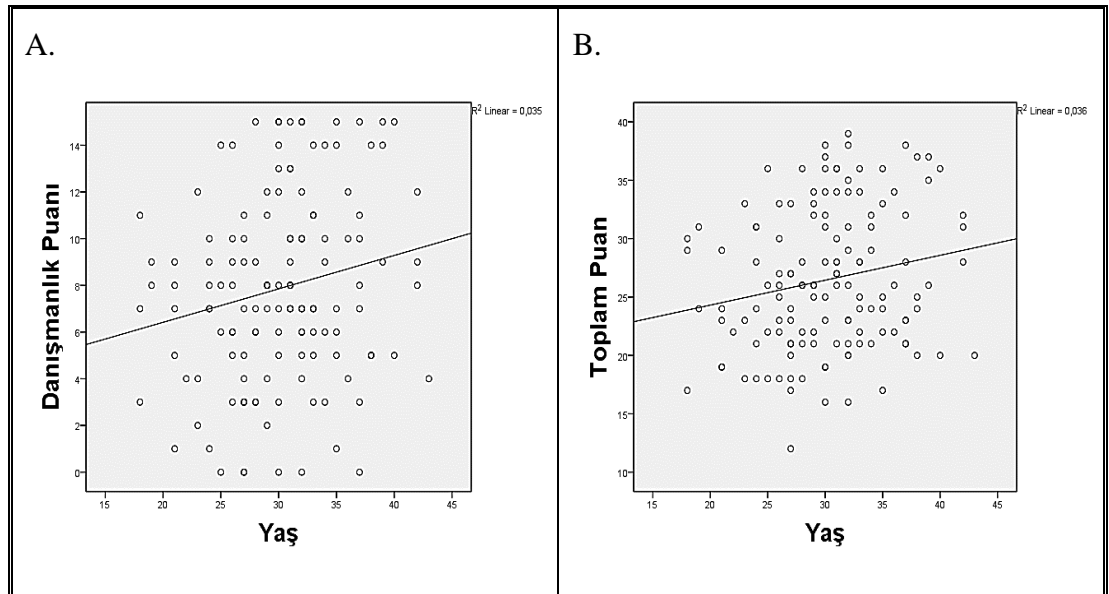
*Vajen muayenesinde 36 hafta ve üstü olan gebeler değerlendirilmiştir.

Gebelerin danışmanlık ve yapılan işlemlerden aldığı toplam puan ortalaması $26,4 \pm 6,0$ olarak bulundu. Alınabilecek maksimum puanın 39 olduğu düşünüldüğünde bu ortalama %67'ye denk gelmektedir. Toplam puanın %80'i ve üzerinde alanların yüzdesi %28,1 (n=38), %79 ve altında alanların yüzdesi %71,9 (n=97) olarak bulunmuştur.

Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puan ortancası 9 olarak bulundu (min=0, maks=41). Ölçeğin kesme puanı 17 olarak alındığında gebelerin %27,4'ünün (n=37) depresyonda olduğu, %72,6'sının (n=98) ise depresyonda olmadığı görülmüştür.

Sayı olarak yeterli bakım alanların yüzdesi %72,6 (n=98) ve yetersiz bakım alanların yüzdesi %27,4 (n=37) olarak bulunmuştur. Sayı olarak yeterli bakım alanların yaş ortalaması $29,9 \pm 5,3$, yetersiz bakım alanların yaş ortalaması $30,9 \pm 5,8$ 'dir. Yaş ile yeterli bakım alma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,35).

Yaş ile danışmanlık puanı (p=0,029 ve r=0,18) ve toplam puan (p=0,026 ve r=0,19) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptandı (şekil 9). Yaş ile yapılan işlemler puanı (p=0,093) ve BDÖ puanı (p=0,160) arasında anlamlı ilişki saptanmadı.



Şekil 9. Yaş ile danışmanlık puanı (A) ve toplam puan (B) ilişkisi

Toplam gebelik sayısı ile danışmanlık puanı ($p=0,995$), yapılan işlemler puanı ($p=0,274$), toplam puan ($p=0,564$) ve BDÖ puanı ($p=0,344$) arasında ilişki saptanmadı. Yine aynı şekilde evliliğin ilk veya sonraki yıllarında gebe kalmayla, danışmanlık puanı ($p=0,576$), yapılan işlemler puanı ($p=0,142$), toplam puan ($p=0,354$) ve BDÖ puanı ($p=0,340$) arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Vizitlere devam yüzdesi ile danışmanlık puanı ($p=0,010$), yapılan işlemler puanı ($p=0,010$) ve toplam puan ($p=0,003$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Vizitlere devam yüzdesi ile BDÖ puanı ($p=0,147$) arasında ise ilişki saptanmamıştır. Vizitlere devam yüzdesi ve toplam ziyaret sayısı ile danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı, toplam puan ve BDÖ puanı arasındaki ilişki tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Vizitlere devam yüzdesi ve toplam ziyaret sayısı ile puanların karşılaştırılması

		<i>Danışmanlık puanı</i>	<i>Yapılan işlemler puanı</i>	<i>Toplam puan</i>	<i>BDÖ puanı</i>
<i>Vizitlere devam yüzdesi</i>	r	0,220	0,221	0,253	0,126
	p	0,010	0,010	0,003	0,147
<i>Toplam ziyaret sayısı</i>	r	0,165	0,261	0,235	0,017
	p	0,056	0,002	0,006	0,843
<i>BDÖ puanı</i>	r	-0,139	-0,120	-0,155	-
	p	0,108	0,166	0,072	-

Yeterli veya yetersiz sayıda bakım alma ile BDÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,236$). Yeterli sayıda bakım alanlarda danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı ve toplam puan ortalaması daha yüksek saptanmasına rağmen aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 9).

Tablo 9. Yeterli-yetersiz bakım ile danışmanlık, yapılan işlemler puanları ve toplam puanın karşılaştırılması

<i>Yeterli Bakım</i>	<i>n</i>	<i>Ortalama ± std. sapma</i>	<i>p</i>
<i>Danışmanlık puanı</i>			
<i>Yeterli</i>	98	8,21±4,23	0,129
<i>Yetersiz</i>	37	7,00±3,80	
<i>Yapılan işlemler puanı</i>			
<i>Yeterli</i>	98	18,84±2,56	0,100
<i>Yetersiz</i>	37	18,00±2,74	
<i>Toplam puan</i>			
<i>Yeterli</i>	98	27,05±6,10	0,081
<i>Yetersiz</i>	37	25,00±5,84	
<i>BDÖ puanı</i>			
<i>Yeterli</i>	98	11,85±8,41	0,236
<i>Yetersiz</i>	37	10,27±8,44	

Yeterli bakım aldığı düşünenler ile yeterli bakım almadığını veya kısmen aldığı düşünenlerin BDÖ, danışmanlık, yapılan işlemler ve toplam puanlarının karşılaştırılması tablodaki gibidir.

Tablo 10. Yeterli bakım aldığını düşünenler ile almadığını veya kısmen aldığını düşünenlerin danışmanlık, yapılan işlemler puanları ve toplam puanın karşılaştırılması

<i>Yeterli Bakım Aldığını Düşünme</i>	<i>n</i>	<i>Ortalama ± std. sapma</i>	<i>p</i>
<i>Danışmanlık puanı</i>			
<i>Yeterli</i>	97	8,35±4,33	<u>0,020</u>
<i>Hayır veya kısmen</i>	38	6,68±3,37	
<i>Yapılan işlemler puanı</i>			
<i>Yeterli</i>	97	19,20±2,41	<u><0,001</u>
<i>Hayır veya kısmen</i>	38	17,11±2,58	
<i>Toplam puan</i>			
<i>Yeterli</i>	97	27,55±6,10	<u><0,001</u>
<i>Hayır veya kısmen</i>	38	23,79±5,20	
<i>BDÖ puanı</i>			
<i>Yeterli</i>	97	10,40±8,03	<u>0,026</u>
<i>Hayır veya kısmen</i>	38	14,00±8,92	

Yeterli bakım aldığını düşünme ile yeterli sayıda vizite gelme karşılaştırıldığında yetersiz veya kısmen yeterli bakım aldığını düşünenlerin %65,8'inin yeterli sayıda vizite geldiği görülmektedir (Tablo 11). Yeterli bakım aldığını düşünme ile yeterli sayıda vizite gelme arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (p=0,288).

Tablo 11. Yeterli bakım alıp almadığını düşünme ile sayı olarak yeterliliğin karşılaştırılması

<i>Yeterli bakım aldığı düşünme</i>		<i>Yeterli bakım sayısı</i>		<i>Toplam</i>
		<i>Yeterli</i>	<i>Yetersiz</i>	
<i>Yeterli</i>	n	73	24	97
	%	75,3	24,7	100
<i>Hayır veya kısmen</i>	n	25	13	38
	%	65,8	34,2	100
<i>Toplam</i>	n	98	37	135
	%	72,6	27,4	100

Eğitim durumuyla BDÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,425$). Eğitim durumuyla danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı ve toplam puan arasındaki ilişki tabloda gösterilmiştir (tablo 12).

Tablo 12. Eğitim durumuyla danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı, toplam puan ve BDÖ puanının karşılaştırılması

	<i>Eğitim Grubu</i>	<i>n</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Std. sapma</i>	<i>p</i>
<i>Danışmanlık Puanı</i>	Ortaokul ve altı	49	7,1	3,4	0,103
	Lise	54	7,83	4,46	
	Üniversite ve üstü	32	9,13	4,35	
<i>Yapılan işlemler puanı</i>	Ortaokul ve altı	49	17,76	2,45	0,014*
	Lise	54	18,98	2,85	
	Üniversite ve üstü	32	19,28	2,20	
<i>Toplam puan</i>	Ortaokul ve altı	49	24,88	5,04	0,033**
	Lise	54	26,81	6,63	
	Üniversite ve üstü	32	28,41	6,10	
<i>BDÖ puanı</i>	Ortaokul ve altı	49	12,84	9,19	0,425
	Lise	54	10,63	8,46	
	Üniversite ve üstü	32	10,56	6,92	

**Yapılan işlemler puanı açısından ortaokul ve altı eğitim alan grup ile lise grubu arasında ($p=0,044$) ve ortaokul ve altı eğitim alanlar ile üniversite ve üstü eğitim alan grup arasında ($p=0,027$) anlamlı ilişki saptanmıştır.*

***Toplam puan açısından sadece ortaokul ve altı eğitim alanlar ile üniversite ve üstü eğitim alan grup arasında ($p=0,028$) anlamlı ilişki saptanmıştır.*

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda gebelerin yaklaşık dörtte birinin sayı olarak, yaklaşık üçte birinin ise içerik olarak yetersiz bakım aldığını saptadık. Dünya genelinde 2015 yılında 300,000'den fazla gebenin gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle kaybedildiği ve bu ölümlerin önemli bir kısmının yeterli AB ile önlenebileceği düşünüldüğünde AB'nin hem sayı hem de içerik olarak yeterli olması gerektiği aşikârdır (7).

Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $30,2 \pm 5,4$ yıldır ve gebelerin %3,7'si 20 yaş altında ve %21,5'i 35 yaş ve üstündeydi. TNSA 2013 raporuna göre son 5 yıl içinde doğum yapan kadınların %5,5'i 20 yaş altında ve %12,5 i ise 35 yaş ve üstündedir (13). Yine Türkiye'nin her yerinden göç almakta olan ve yine bir bakıma ülke geneli hakkında fikir verebilecek bir kent olan İstanbul'da yapılan bir çalışmada 20 yaş altı gebelerin oranı %3,1 ve 35 yaş üstü gebelerin oranı %10 olarak bulunmuştur (75).

Çalışmamızın ana sonuç ölçütü BDÖ'den alınacak puan olması ve ülkemiz için hâlâ önemli bir sorun olan adölesan gebeliğin depresyonu tetikleyecek faktörlerden biri olması nedeniyle çalışmamıza 18 yaş altı gebeler dâhil edilmemiştir. Bu nedenle 20 yaş altı gebelerin yüzdesinin çalışmamızda düşük bulunması beklenen bir sonuçtur. Ancak 35 yaş üstü gebe oranı çalışmamızda her iki çalışmaya göre de yüksek bulunmuştur (13, 75). Çalışmamıza her ne kadar riskli gebeleri dâhil etmesek de çalışmanın yapıldığı yerin 3. basamak olması ve ileri yaş gebelerin gebeliklerinde tespit edilmiş bir risk olmasa dahi sonrasında risk olabilir korkusuyla 3. basamak bir hastanede takip olmak istemeleri buna neden olmuş olabilir.

Eğitim durumu AB alma durumunu etkileyen ve depresyonla ilişkili olan bir faktördür (33, 53, 58, 60). Çalışmamızda gebelerin %64'ünün lise ve üzerinde eğitim aldığını saptadık. TNSA 2013 çalışmasına göre Doğu Karadeniz'de yaşayan kadınların %31'i lise ve üzeri eğitim almıştır (13). Çalışmamızın yapıldığı il olan Trabzon'da yapılan ve doğum yapan annelerin emzirme tutumlarını inceleyen bir çalışmada ise lise ve üzeri eğitim alan kadınların oranı %51,4 olarak bulunmuştur (76). Bursa'da AB hizmetlerinin değerlendirildiği bir çalışmada bu oran %40,6, İstanbul'daki benzer bir çalışmada %50 olarak bulunmuştur (75, 77). Çalışmamızda

eğitim durumunun benzer çalışmalara göre yüksek saptanması sevindirici bir sonuç olmakla birlikte bu çalışmaların çalışmamızdan eski tarihli olması ve eğitim durumunun yıllara göre giderek artması bu bulguyu açıklayabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin %24,4' tam zamanlı bir işte çalışmaktaydı. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre 15 yaş sonrası kadın istihdamı %32,5'tir (78). Ancak kanunlara göre gebelere verilen doğumdan önce 8, doğumdan sonra 8 olmak üzere toplam 16 hafta izin pek çok gebe tarafından az bulunmakta bu nedenle gebelik döneminde gebeler iş görmezlik raporu veya ücretsiz izin alma yoluna gitmektedirler. Bu imknı olmayan gebeler, mevcut duruma zor çalışma koşulları, toplum-aile baskısı, yanlış inanışlar da eklenince işlerinden ayrılma yoluna gitmektedirler. Aydın'da doğum sonrası çalışan annelerin emzirme tutumlarını inceleyen niteliksel bir çalışmada gebelerin önemli bir kısmı gebeyken zor çalışma koşullarından bahsetmiş ve imknı olsa işten ayrılacağını belirtmiştir (79).

Fetüste veya kendisinde doğumu etkileyecek henüz tespit edilmiş herhangi bir sağlık problemi olmayan gebelere "hangi yolla doğum yapmayı düşünüyorsunuz?" diye sorduk. Mükerrer C/S'lerin sonucu etkileyeceğini düşünerek ilk gebelikteki oranlara baktık. İlk gebeliği olan gebelerin sadece %41,4' normal doğum düşündüğünü belirtmiştir. TNSA 2013 verilerine göre kentsel bölgede olan doğumların %51,5'i, kırsal bölgelerde ise %35,8'i C/S ile gerçekleşmektedir (13). İlk gebelikteki C/S oranları ise %50'nin üzerindedir. C/S fetal maternal endikasyonları olan ve gerektiğinde yapılırsa anne ve bebeğin sağlığı üzerine olumlu etkileri olabilecek bir uygulamadır ancak günümüzde maalesef "işteğe bağlı C/S" kavramı ortaya çıkmıştır. Bu konuda etik tartışmalar devam etmektedir. DSÖ ve Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu işteğe bağlı C/S'yi kabul etmemekte ACOG ise 39. haftadan önce işteğe bağlı C/S'nin kabul edilemez olduğunu ancak 39. haftadan sonra gebenin işteğine göre yapılabileceğini belirtmiştir (80).

Beklenen doğum şekliyle ilgili bir başka bulgu da çalışmayan kadınların %59'u doğum şekli olarak C/S düşünürken çalışan kadınlarda bu oran %69 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda tam zamanlı bir işte çalışan gebelerin yaş ortalaması 31,06±4,63, çalışmayan gebelerin ise 29,95±5,96 olarak bulunmuştur. Yaş ilerledikçe C/S oranı artmaktadır. Bu bulgunun bir nedeni bu olarak düşünülebilir. Yapılan pek

çok çalışma göstermiştir ki çalışan gebelerin toplam gebelik sayısı çalışmayanlara göre daha azdır. Bu da “kıymetli gebelik” kavramını doğurmaktadır. Gebeliğini zor şartlar altında geçiren gebe, normal doğumda fetal kayıp riskini daha fazla olarak düşünmekte ve doğum sonrası dönemi düşünmeden C/S’yi bir seçenek olarak düşünmektedir. Bir diğer neden de gebelik esnasında ağır çalışma koşullarının fetal maternal komplikasyonları arttırması ve bunun da C/S endikasyonu olabilmesidir. Çalışan gebe herhangi bir sağlık problemi olmasa dahi iş çevresindeki gebelerde karşılaştığı olumsuz obstetrik sonuçlar gebeyi “çalıştığımдан ötürü gebeliğimde kötü giden bir şeyler olacak ve C/S olmak zorunda kalacağım” düşüncesine itebilir. Literatürde sağlıklı gebelerin beklenen doğum şekilleri ve etkileyen faktörlerle ilgili çalışma sayısı azdır. Bu konuda yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

DSÖ ilk AB vizitinin 12. haftadan önce, ülkemizde Sağlık Bakanlığı ise 14. haftadan önce yapılmasını önermektedir (31, 32). Ülkemizde gebenin, gebeliğin ilk 10 haftası içerisinde kürtaj yaptırma hakkı vardır. 10-22. haftalar arası gebelikler ise ancak kesin klinik ve laboratuvar bulgularıyla kanıtlanmış yaşamla bağdaşmayan majör anomali tespit edilmiş olma şartıyla, en az bir üyesi kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan bir kurulun kararı ile sonlandırılabilir. Eğer gebelik istenmeyen bir gebelik ise veya fetüste Down Sendromu gibi yaşamla bağdaşır bir anomali mevcut ise burada sosyal ve etik problemler devreye girmektedir. İstenmeyen bir gebeliğin anne ve bebek üzerine etkileri düşünüldüğünde gebeliğin mümkün olan en kısa sürede tespit edilmesi, erken haftalarda yapılacak bir doktor kontrolü büyük önem taşımaktadır. Ayrıca tüm gebelere, fetüste nöral tüp defekti gibi nörolojik hadiseleri önlemek için gebe kalmadan önceki 12 hafta ve gebe kalma sonrası ilk 12 hafta folik asit desteği önerilmektedir. Bu durumdan haberi olmayan gebelere en azından gebeliğin erken evresinde folik asit başlamak için erken yapılacak bir AB viziti büyük fırsattır.

Çalışmamızda gebelerin ilk doktor kontrolüne gelme haftası ortancasını 6 hafta olarak bulduk. Bu hem DSÖ’nün hem de Sağlık Bakanlığı’nın önerilerine uygun bir haftadır. Çalışmamızda gebelerin %98,5’inin ilk 14 hafta içinde doktor kontrolüne geldiğini bulduk. Bu oran benzer şekilde İstanbul’daki bir çalışmada %94, Bursa’da %94 ve İzmir’de %97,8 olarak bulunmuştur (75, 77, 81).

Çalışmamıza benzer çalışmalarda gebelerin vizit sayıları değerlendirilirken genellikle bakanlığının önerisine uygun olarak 4'ten az bakım alanlar ve 4'ten fazla bakım alanlar olarak veya toplam sayı \pm standart sapma şeklinde değerlendirilmiştir (75, 77, 81-83). Ancak örneğin ACOG ek bir sorunu tespit edilmemiş ilk gebeliğini yaşayan biri için 28. gebelik haftasına kadar 4 haftada bir, 29-35. gebelik haftaları arasında 2 ile 3 haftada bir, 36. gebelik haftasından sonra da haftalık takip olmak üzere toplamda 12-14 gebelik takibi önermektedir (84). Bu açıdan bakılırsa 30. gebelik haftasında olan bir gebe ile 40. gebelik haftasında olan bir gebenin gelmesi gereken vizit sayıları aynı değildir. Bu yüzden çalışmamızda gebeleri haftalarına göre ayırıp, gebenin geldiği vizit sayısını, haftasına göre gelmesi gereken vizit sayısına bölüp vizitlere devam yüzdesi elde ettik. Bu oran da çalışmamızda %109 olarak bulunmuş olup gebelerin %72,6'sının (n=98) sayı olarak yeterli sayıda bakım aldığını göstermektedir.

AB'nin sayı ve içerik olarak yeterli olması dışında gebeyi de memnun etmesi gerekir. Sağlık hizmetlerini bir bütün olarak değerlendirdiğimizde hastaya sadece gerekli işlemlerin yapılması yetmez. Hastayı bilgilendirmek, tedaviye katılımını sağlamak ve her şeyden önce empati yapmak gerekir. Gebeliğin ruhsal olarak gelgitli bir dönem olduğu ve gebenin psikolojisinin kendi öz bakımında önemli bir etken olduğu unutulmamalıdır. Daha sağlıklı bir hekim-hasta ilişkisi için gebenin memnuniyeti yüksek tutulmalıdır. Gaziantep'te AB ile ilgili yapılan bir çalışmada gebelere aldıkları AB'den memnun olup olmadıkları sorulmuş, gebelerin %2,7'si hiç memnun değilim, %1,9'u az memnunum, %60'ı memnunum ve %35,4'ü çok memnunum-mükemmel demiştir (82). Çalışmamızda gebelerin yeterli bakım aldığını düşünme durumu evet, hayır ve kısmen olarak sorgulanmıştır. Gebelerin %71,9 (n=97) evet, %4,4 (n=6) hayır ve %23,7'si (n=32) ise kısmen cevabını vermiştir. Gebelerin kendilerince yetersiz veya kısmi bakım alma nedenleri sorgulandığında en sık nedenin %34,2 ile zaman yetersizliği olduğu bulunmuştur. Daha sonra sırasıyla; bilgi eksikliği (%13,2), ulaşım güçlüğü (%10,5), sağlık personeli ile yaşanan sorunlar (%18,4) ve ailevi nedenler (%7,9) gelmiştir. Yetersiz bakım aldığını düşünme nedenlerinin yaklaşık sadece 5'te 1'inin sağlık personeli ile ilgili olmasını önemli buluyoruz. Gebeler çoğunlukla hekimi veya yardımcı sağlık personelini değil genellikle sistemi veya kendisini suçlamaktadır.

Hekimin tedavi edici rolünden öte bir de danışmanlık edici, yol gösterici rolü vardır. Bilhassa gebelikteki yanlış inanışları bertaraf etmek ve gebeye bilmedikleri hakkında bilgi vermek AB'nin temel yapıtaşlarındandır. Gebeye sadece şu an yapması gerekenler değil gebelikteki fizyolojik değişiklikler nedeniyle başına gelebilecek olası durumlar da öncesinden anlatılmalıdır. Örneğin gebelik ağız diş sağlığını olumsuz etkileyebilecek bir dönemdir. Gebede ağız kokusu, sindirim problemleri vb. yapabilir. Eğer gebeye bu konu hakkında önceden bilgi verilmezse gebe bu sorunla karşılaştığında ve çevresindeki çoğu gebede böyle bir durumun olmadığını fark ettiğinde bu gebede anksiyeteye neden olabilir. Öte yandan bu durumu tamamen normal bir şeymiş gibi algılayıp hayatına aynen devam da edebilir.

1996 ile 2006 yılları arasında 12 ülkeden yaklaşık 15,000 gebenin dâhil edildiği bir meta analizde ağız diş sağlığı ile erken doğum ve düşük doğum ağırlığı arasında ilişki tespit edilmiştir (85). Gebelerin aldıkları danışmanlık konularına bakıldığında en az alınan danışmanlık konusu %25,9 ile ağız ve diş sağlığıdır. En fazla alınan konu ise %79,3 ile ilaç kullanımınıdır. Kocaeli'de yapılan benzer bir çalışmada yine en az alınan danışmanlık konusu %25,9 evet ve %11,9 kısmen cevabı ile ağız ve diş sağlığı olmuştur (86). Bu çalışmada en fazla danışmanlık alınan konu ise %56,3 evet ve %7,1 kısmen cevabı ile beslenme ve diyet olmuştur. Bu oranlar bizim çalışmamızla benzer olmakla birlikte bu çalışmada gebelere ilaç kullanımını hakkında danışmanlık alıp almadığı sorulmamıştır.

Çalışmamızda en düşük puan alınan 2. konu ise doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağıdır (%41,5 evet, %58,5 hayır). Ayrıca doğum eylemi hakkında danışmanlık verilenlerin oranı da sadece %57,8'dir. Doğum evresi kadının hayatında iz bırakacak, ömür boyu hatırlanacak bir evre olmakla birlikte bilhassa ilk doğumu olacak pek çok kadın için de doğum demek bilinmezlik demektir. "Nasıl olacak?", "Ağrı duyacak mıyım?", "Kimler orada olacak?", "Doktorum hazır bulunacak mı?", "Hastaneye yetişebilecek miyim?" gibi sorular gebede anksiyete oluşturmaktadır. Bu soruları en aza indirmek primer olarak biz hekimlerin görevidir. Doğumun nerede yapılacağını bilme hakkındaki soruya İstanbul'da yapılan benzer bir çalışmada %48,7, Kocaeli'de %37,5, Bursa'da 33 hafta üstü gebelerde %44,4 hayır cevabı verilmiştir (75, 77, 86). Çalışmamızdaki oran daha yüksek olmakla birlikte bu çalışmalarda doğumun nerede yapılacağı sorulmuştur. Bizim çalışmamızda nerede yapılacağını

yanında kimin yapacağını da bilip bilmediği sorulmaktadır. Bu durum oranı yükseltmiş olabilir.

Yapılan işlemlere bakıldığında gebelerin tamamına idrar, kan tahlili yapılmış ve USG bakılmıştır. Yüzde 97,8'inin de tansiyonu ölçülmüştür. Benzer çalışmalarda bu oranlar tablo 13'teki gibidir.

Tablo 13. Benzer çalışmalarda kan tahlili, idrar tahlili, USG bakılması ve tansiyon ölçülmesi yüzdeleri

<i>Çalışma (kişi)</i>	<i>Kan tahlili (%)</i>	<i>İdrar tahlili (%)</i>	<i>USG (%)</i>	<i>Tansiyon ölçümü (%)</i>
<i>Akçay E. A. (tez çalışması) (2100) ⁽⁸³⁾</i>	99,5	90,1	98,1	100
<i>Çatak B. Ve ark (1368) ⁽⁷⁵⁾</i>	90,0	88,1	98,2	95,4
<i>Çatak B. Ve ark. (720) ⁽⁷⁷⁾</i>	97,1	90,9	-	90,9
<i>Temizer M. (tez çalışması) (260) ⁽⁸²⁾</i>	98,5	97,7	91,9	98,8
<i>Kıssal A. Ve ark (336) ⁽⁸⁶⁾</i>	94,3	88,4	98,2	88,4
<i>Kurnaz ve ark (182) ⁽⁸⁷⁾</i>	97,8	95,1	96,2	98,9

İdrar, kan tahlili, tansiyon ölçümü ve USG bakılması benzer çalışmalarda da en yüksek oranda yapılan işlemlerdir.

En az yapılan işlem %10,4 (n=14) ile meme muayenesidir. Meme kanseri gebelik döneminde tespit edilen en sık kanserlerdendir. İnsidansı %0,2 ile 3,8 arasında değişmektedir (88). Gebelikte meme kanserine en sık olarak kitlenin palpe edilmesi ile tanı konulur. Kendi kendine meme muayenesi yapılmalı mı yoksa yarattığı anksiyete nedeniyle yapılmamalı mı diye tartışmalar halen sürmektedir. Ancak gebelere mamografi çekilemeyeceği için gebelerde kendi kendine meme muayenesi halen önerilen bir olgudur. Bu nedenle çalışmamızda gebelere “memende ele gelen

kitle var mı?" diye sorulması bile meme muayenesi yapılmış olmak olarak kabul edilmiştir. Buna rağmen %10,4 çok düşük bir orandır. Kocaeli’de yapılan benzer bir çalışmada bu oran %28,9 olarak bulunmuştur (86). Bu konuda bilhassa hekimlerin ve gebelerin bilgilendirilmesine ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda oral glukoz tolerans testi (OGTT) yaptıranların oranını %73,3 olarak bulduk. OGTT hakkında uzun yıllardır süren tartışmalar mevcuttur. OGTT hakkında literatürde binlerce yayın mevcuttur. Bunlardan tek birinde bile OGTT diyabetle ilişkilendirilememiştir. Bilim dünyasında şu an tartışılan OGTT’nin yapılma şeklidir. Örneğin ACOG 50 gr ve sonrasında 100 gr şeklinde 2 basamaklı bir yaklaşım önerirken, DSÖ tek basamaklı yaklaşım önermektedir. Amerikan diyabet cemiyeti her iki yaklaşımı da kabul etmektedir (89). Tüm kılavuzlarda gebenin ilk başvurusunda açlık tokluk plazma glukozu bakılması önerilmektedir. Böylelikle diyabetin önceden mi var olduğunun yoksa gebelikte mi ortaya çıktığının ayrımı yapılabilir. Halihazırda diyabet tanısı olan gebelere OGTT önerilmez. Bu grup dışındaki her gebeye OGTT yapılmalıdır. Çalışmamızın sağlıklı gebelerde yapıldığı düşünülürse %73,3 oldukça düşük sayılabilecek bir orandır. Bu oran Kocaeli’deki benzer bir çalışmada %76,8, Gaziantep’teki bir tez çalışmasında %87,7 olarak bulunmuştur (82, 86). Oranlar benzer olmakla birlikte geliştirilmeye ihtiyaç vardır.

Gebelerin danışmanlık puan ortalaması 15 puan üzerinden $7,8 \pm 4,1$, yapılan işlemler puan ortalaması 24 puan üzerinden $18,6 \pm 2,6$, danışmanlık ve yapılan işlemlerden aldığı toplam puan ortalaması ise 39 puan üzerinden $26,4 \pm 6,0$ olarak bulundu. Gebeler danışmanlık alması gereken konuların yaklaşık sadece %50’si hakkında danışmanlık alırken, yapılması gereken işlemlerin yaklaşık %80’i yapılmıştır. Bu önemli bir bulgudur. Biz hekimlerin hasta bakımında nitelikten ziyade niceliğe yöneldiğimizin bir tezahürüdür. Halbuki hasta bakımı sadece fizik muayeneden ibaret olmayan, yanında iletişim, bilgilendirme, danışmanlık hizmetlerini de kapsayan bir bütündür. Bilhassa pek çok kadının hayatında ilk kez yaşadığı ve hayatının en önemli evrelerinden biri olan gebelik döneminde gebenin kulaktan dolma bilgilerle hareket etmemesi, yanlış inanışlara kapılmaması için öncelikle biz hekimlere sonra medyaya, iletişim araçlarına ve sağlık yöneticilerine büyük görev düşmektedir. İşlemlerin önemli bir bölümünün yapılmasına karşın danışmanlık konusunda sahip olduğumuz eksiklikler bize uyarıcı olmalıdır. Özellikle toplumda koruyucu hekimlik

rolünü üstlenen aile hekimlerine bu konuda büyük rol düşmektedir. 2. ve 3. basamak hastanelerde teknik altyapı, hasta yoğunluğu, yeni kurulmuş bir hekim-hasta ilişkisinin olması nedeniyle gebenin yaşadığı çekinceler gibi nedenlerle verilemeyen/eksik verilen danışmanlık hizmetlerini bir bütün içerisinde 1. basamak hekimleri vermelidir.

Depresyon gebelikte en sık rastlanılan ruhsal bozukluktur (33). Gavin ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta analize göre gebelerin %14,5'i gebeliğinde yeni bir depresyon atağı geçirmekte, hâlen depresyonda olup gebe kalanlar da eklendiğinde prevalans %18,4'e çıkmaktadır (39).

Ülkemizde ise antenal depresyon prevalansına bakıldığında oranların daha yukarıda olduğu görülmektedir. Karaçam ve arkadaşlarının 1039 gebeyle yaptığı bir çalışmada gebelerde depresyon prevalansı %27,9 olarak bulunmuştur (58). Gölbaşı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise oran benzer şekilde %27,5 olarak, Erbil ve ark. yaptığı bir çalışmada ise %34 olarak bulunmuştur (59, 73). Ülkemizdeki oranların daha yüksek olması sosyokültürel farklılıklara, Türk aile yapısına, artmış gebelik sayısına ve ekonomik problemlere bağlı olabilir (58). Çalışmamızda da Türkiye'de yapılan benzer çalışmalarla korele şekilde gebelerin %27,4'ünün depresyonda olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda yaş ile danışmanlık puanı ($p=0,029$) ve toplam puan ($p=0,026$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptandı. Yaş ile yapılan işlemler puanı ($p=0,093$) ve BDÖ puanı ($p=0,160$) arasında ise anlamlı ilişki saptanmadı. Bu durum gebenin beklentileriyle açıklanabilir. Daha genç, nispeten gebelikle ilgili bilgi düzeyi daha az bir gebenin hekiminden beklediği danışmanlık hizmeti ile daha önce doğum yapmış veya çevresindeki doğum yapmış kişilerle iletişim halinde olan bir gebenin beklentisi aynı olamaz. Örneğin “doğum sonrası nasıl korunayım?” diye soran bir gebeye verilen “bariyer yöntemler kullanabilirsiniz” cevabı o gebeyi tatmin etmezken, “doğum sonrası bariyer yöntemler öneriliyormuş. Kullanabilir miyim?” diye soran bir gebeyi tatmin eder. İlk gebe doğum sonrası aile planlaması hakkında “danışmanlık almadım” diyebilirken, ikincisi muhtemelen “danışmanlık aldım” der.

Anne adaylarının fiziksel olduğu kadar ruhsal olarak da doğuma hazırlanması, bilinçlenmesi ve desteklenmesi için sağlık hizmeti sunucularına büyük görev düşmektedir. Bu bağlamda gelişmiş ülkelerde uzun yıllardır gebe bilgilendirme

sınıfları mevcuttur. Ülkemizde de bu konu geç de olsa ele alınmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 25.9.2014 tarihinde yayınlanan genelgeyle 1. basamak sağlık kuruluşlarında gebe bilgilendirme sınıfları, 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında gebe okulları açılmıştır (90).

Yaş ile danışmanlık puanı arasındaki ilişki, yaş ile yapılan işlemler arasında bulunamamıştır. Bu bulgu aslında sağlık hizmeti veren biz hekimlere şunu göstermektedir; bize gelen her gebenin tahlil ve tetkik olarak beklentisi aynı olabilir ve biz de komplikasyonsuz her gebeye aynı standart uygulanacak işlemleri yapabiliriz ancak danışmanlık hizmetleri gibi daha soyut alanlarda her gebenin beklentisi farklıdır ve bizim de gebenin beklentisini bilip buna göre davranmamız gerekir.

Literatüre göre genç/adölesan yaştaki gebelerde depresyon sıklığı daha yüksektir (58, 64, 73). Ancak 18 yaş altı gebeler dâhil edilmezse gebelikte yaşla beraber depresyon riskinin arttığını gösteren yayınlar da mevcuttur (60, 67). Nitekim çalışmamızda yaş ile BDÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Kılavuzlar daha önce sorunsuz bir gebelik geçirmiş multipar gebelerde izlem sayısının azaltılması gerektiğini belirtmişlerdir (27, 28, 91). Çalışmamızda da beklenen şekilde yaş ile vizitlere devam yüzdesi arasında negatif korelesyon saptanmıştır.

Vizitlere devam yüzdesi ile ölü doğum, kürtaj sayısı, düşük sayısı ve gebe kalma yılı arasında anlamlı ilişki saptayamadık. Bu çalışmamızın yapısı ile ilgili olabilir. Düşük spontan düşük şeklinde olabileceği gibi altta yatan herhangi bir kronik hastalığa bağlı da olabilir. Kronik hastalığı olan gebeler daha sık aralıklarla takip edilirken daha önce spontan düşük yaşamış kadınlar normal gebe gibi takip edilir. Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan gebelere bakıldığı için bu bulgu beklenen bir bulgudur. Ayrıca çalışmamızda depresif semptomları tetikleyebileceği nedeniyle yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan gebeler de dâhil edilmemiştir. Bu nedenle çalışmamıza dâhil edilen gebelerin evliliğin ilk veya sonraki yıllarında gebe kalması eşlerin tercihiyle bağlı bir durumdur ve vizitlere devamı etkilemesi beklenmez.

Gebenin haftasına göre gelmesi gereken vizitlerin yüzde kaçına geldiği ile danışmanlık puanı ($p=0,010$), yapılan işlemler puanı ($p=0,010$), toplam puan ($p=0,003$) ve BDÖ ($p=0,147$) puanını karşılaştırdık. Vizitlere devam yüzdesi arttıkça

danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı ve toplam puanın arttığını saptadık. Ancak vizitlere devam yüzdesi ile BDÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanamadı. Bu bulguyu önemli buluyoruz. Çalışmamıza son trimester gebeleri dâhil ettik. 28. gebelik haftasında olan bir gebe ile 40. gebelik haftasında olan bir gebenin gelmeleri gereken vizit sayıları aynı değildir. Bu yüzden vizitlerin etkinliğini değerlendirmek için puanları vizitlere devam yüzdesi ile karşılaştırdık. Her ne kadar vizitlere devam ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptayamasak da vizitlere devam ettikçe gebelerin daha fazla danışmanlık aldığını, yapılması gereken işlemlerin daha yüksek oranda yapıldığını saptadık. Sağlıklı bir doğumun ilk şartı sağlıklı geçirilen bir hamilelik sürecidir. Bu açıdan gebelerin vizitlere devamı son derece önemlidir. Takipsiz gebeliğin riskli gebelik demek olduğu unutulmamalıdır.

Bir gebe fiziksel olarak anne olmaya ne kadar hazır olursa olsun, duygusal olarak gelgitler yaşaması muhtemeldir. Hayatında yeni ve bilinmez bir evre başlayacak olan kadına karşısına çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi vermek, ona destek olmak, en azından yaşadıklarının normal olduğunu gebeye hissettirebilmek gebenin bu çalkantılı dönemi en iyi şekilde atlattığını sağlayacaktır. Bilinmeyen şey her zaman anksiyete oluşturur. Bu yüzden gebenin kafasındaki bilinmeyenleri yok etmek, varsa yanlış inanışları yıkmak sağlık hizmeti sunanların temel vazifelerindedir. Aydın’da gebelere verilen danışmanlık üzerine yapılan nitel bir çalışmada bir gebe şöyle demektedir: “Akrabalar diyordu çok ye. Kilo iyidir bebek gelişmez kilo almazsan diyorlardı. Canın ne çekerse ye bebeğin beyni gelişmez diyorlardı bir de ama doktorla ebe hızlı gidiyorsun çok kilo aldın biraz yavaş git dediler.” (92). Başka bir katılımcı da şöyle demektedir: “İnternette diyordu şeker yüklemesi yaptırmayın iyi değil. Ben de sağlık ocağındaki doktora sordum o da yaptır deyince yaptırdım”. Bu örneklerde de olduğu gibi gebeleri sağlık alanında tabiri caizse bir “çöplük” olan internetten kurtaracak olanlar sağlık çalışanlarıdır. Eğer ki bizler AB’nin sadece işlemler boyutunu yapıp danışmanlık boyutunu es geçerse burada gebelerin yanlış yollara sapacağı aşikârdır. Aşırı kilo alma gibi seçilecek yanlış bir yolun gestasyonel diyabet gibi hem gebe hem de fetüs açısından olumsuz sonuçları olabilir. Bu olumsuz sonuçlar da depresyonu tetikleyebilir. Bizim çalışmamızda da her ne kadar danışmanlık puanı ile BDÖ puanı arasında negatif bir korelasyon mevcut ise de ikisi arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı. Bu örneklem azlığından olabilir. Daha yüksek örneklem sayılarıyla yapılacak araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bizim hangi işlemleri ne kadar yaptığımızı saptadıktan sonra acaba karşı tarafa bunun ne oranda yansıdığını saptamak için gebelere “gebeliğiniz esnasında yeterli bakım, takip ve tedaviyi aldığınızı düşünüyor musunuz?” diye sorduk. Gebelerin %72’si (n=97) yeterli bakım aldığını düşünürken, %28’i (n=38) yetersiz bakım aldığını düşünmektedir. Yeterli bakım aldığını düşünme ile yeterli sayıda vizite gelme arasında ise anlamlı ilişki saptayamadık. Nitekim yetersiz veya kısmen yeterli bakım aldığını düşünen gebelerin %65,8’i (n=25) aslında yeterli sayıda vizite gelmişti. Bu bulguyu gebelerin yeterli bakım aldığını düşünmede asıl önemli olanın vizit sayısı değil vizitin içeriği olduğunu göstermesi açısından önemli buluyoruz. Ayrıca yeterli bakım aldığını düşünme ile danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı ve toplam puan karşılaştırıldığında yeterli bakım aldığını düşünenlerin puan ortalamasının yetersiz veya kısmen yeterli bakım aldığını düşünenlerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu saptadık (p değerleri sırasıyla p=0,020, p<0,001, ve p<0,001). Aynı zamanda yeterli bakım aldığını düşünenlerin BDÖ puanı ortalaması da yetersiz veya kısmen yeterli bakım aldığını düşünenlerden anlamlı derecede düşüktü (p=0,026).

Depresyon durumu eğitim durumu ile ilişkili olabilecek bir durumdur (38, 60, 93). Ancak her ne kadar eğitim durumu düşük gruplarda BDÖ puanı ortalaması daha yüksek ise de çalışmamızda eğitim durumu ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptayamadık (p=0,425). Bu durum örneklem büyüklüğü ile alakalı olabilir. Ayrıca çalışmamızı gebelerle yüz yüze görüşme şeklinde yaptık. Bu durum bazı gebelerin kendini rahat hissetmemesine neden olmuş olabilir. Her ne kadar objektif bir veri olmasa da eğitim düzeyi düşük gebelerin ölçeğin sorularını cevaplama da daha çekingen davrandıkları, çekinmesine gerek olmadığı, içinden geleni söylemesi gerektiği söylendiğinde ise daha yüksek puanlı seçenekleri işaretledikleri gözlemlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek gebelerde ise çoğunlukla böyle bir durumla karşılaşmamıştır. Gebelerin tamamı ile kendilerini rahat hissedebilecekleri bir ortamda bu puanlar daha farklı olabilir.

Eğitim durumu ile danışmanlık puanı arasında da anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bu durum daha önce de değinildiği gibi gebelerin beklentileri ile alakalı olabilir. Üniversite mezunu, daha çok okumuş, internete ve medyaya daha çok hâkim, daha çok araştıran bir gebenin beklediği danışmanlık hizmeti ile okuma yazması olmayan bir gebenin beklediği danışmanlık hizmeti aynı değildir. Bu nedenle gruplar arası anlamlı fark çıkmamış olabilir.

Yapılan işlemler puanı açısından ortaokul ve altı eğitim alan grup ile lise grubu arasında ($p=0,044$) ve ortaokul ve altı eğitim alanlar ile niversite ve üstü eğitim alan grup arasında ($p=0,027$) anlamlı ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek gebeler AB hizmetlerinden daha çok yararlanmıştır. Bu fark literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur (81, 94, 95). Gebelerin eğitim seviyesi arttıa gebeler daha nitelikli AB almaktadır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Bunlardan birisi çalışmanın anket tarzında yürütülmesidir. Bu nedenle sonuçlar hatırlama usulüne göre cevaplanmıştır. Her ne kadar gebelere kendilerini rahat hissedebilecekleri bir ortam hazırlanmış ve hatırlamalarına ilişkin kendilerine baskı uygulanmamış olsa da cevaplarda yanılmalar olmuş olabilir. Ancak bu biraz da araştırmak istenen olgular nedeniyledir. Gebelerin tıbbi kayıtlarından yapılan işlemler bakılabilir ancak verilen danışmanlık hizmetleri için bu mümkün değildir. şöyle ki anamnez bilgilerinde gebe OGTT yaptırdı deniyorsa bu kesinlikle OGTT yaptırdığını gösterir fakat gebeye şu konu hakkında bilgi verildi demek o konu hakkında danışmanlık verildiğini göstermez. Gebenin tatmin olacak kadar bilgi alıp almadığı, danışmanlığın etkinliği sadece gebeye sorularak öğrenilebilir.

Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı araştırmanın yürütüldüğü yerin 3. basamak bir hastane olmasıdır. Çalışmaya her ne kadar tamamen sağlıklı gebeleri dâhil etmiş olsak da toplumun geneli hakkında fikir sahibi olmak için 1. basamakta daha büyük örneklemlerle çalışma yapmak daha yerinde olacaktır.

Çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı da gebelerin aldıkları hizmeti genel geçer bir ölçekle değil T.C. Sağlık Bakanlığı'nın kılavuzuna göre yapmamızdır (32). Ancak DSÖ gebelerin içinde bulunduğu ülkenin koşullarına göre değerlendirilmesini önermektedir (31). Her ülkenin maddi imkânları, endemik hastalıkları, yaşayış

biçimleri, toplumda kadına verilen yeri birbirinden farklıdır. Biz de bu nedenle değerlendirmeyi kendi ülkemizin önerilerine ne derecede uyulduğuna bakarak yapmak istedik. Ülkemizde de bu tarz bir ölçek olmadığı için kılavuzda önerilen işlemleri kategorize ederek puanlamalarda bulduk. Bu konu hakkında yapılacak benzer çalışmalarla ortak bir ölçek yapılabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız Türkiye’de AB alma durumu hakkında konunun hem danışmanlık boyutunu hem de işlemler boyutunu inceleyen az sayıdaki çalışmadan biridir. Daha önceki çalışmalar genellikle konuyu tek taraflı incelemiş veya da hem danışmanlık hem de işlemlerden az sayıda bileşeni çalışmalarına dâhil etmişlerdir. AB’nin bileşenleri ile depresyon ilişkisi ise daha önce ayrıntılı incelenmemiştir. Çalışmamız bu konudaki boşluğu kapatmak için yapılmış ilk çalışmalardan biridir.

Çalışmamızda gebelerin çoğunun AB almada işlem ve ziyaret sayısı olarak yeterli bakım aldığını ancak danışmanlık hizmetini yeterince alamadıklarını saptadık. Bu gebe bakımından primer sorumlu olan 1. basamak hekimlerine yol gösterebilir. Gebelerin 2. ve 3. basamak hastanelerde yeterli alamadığı danışmanlık hizmetlerinin gebenin her an ulaşabileceği, gebelikten önce de tanıyıp güven duyduğu aile hekiminden alması daha yerinde olacaktır. Bu konuda 1. basamak hekimlerinin bilinçlenmesi için çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Woody C, Ferrari A, Siskind D, Whiteford H, Harris M. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2017;219:86-92.
2. Mersha AG, Abebe SA, Sori LM, Abegaz TM. Prevalence and associated factors of perinatal depression in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Depression research and treatment*. 2018;2018.
3. Shorey S, Ing CCY, Ng ED, Huak CY, San WTW, Seng CY. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*. 2018.
4. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behavior and Development*. 2006;29(3):445-55.
5. O'connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;180(6):502-8.
6. Müdürlüğü TSBAÇSvAPG. Güvenli Annelik Modülü Katılımcı Kitabı2009. 2-35 p.
7. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
8. Özvarış ŞB, Akın A. Türkiye'de doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma. 1998.
9. Organization WH, Unicef. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. 2012.
10. Organization WH, Unicef. Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015.
11. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social science & medicine*. 1994;38(8):1091-110.
12. Müdürlüğü HSG. Anne Ölümleri İzleme Programı 2016 [cited 2018 27 october]. Available from: <http://www.tuseb.gov.tr/tacese/yuklemeler/ekitap/Anne%20%C3%96l%C3%BCmleri%20%C4%B0zleme%20Program%C4%B1.pdf>.
13. Enstitüsü HÜNE. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2014;2014:144-45.
14. Martin C, Pernoll M. Çağdaş Obstetrik ve Jinekoloji Teşhis ve Tedavi. Formerly Executive Dean University Of Kansas School Of Medicine Kansas City, Barış Kitabevi. 1994;1:299-300.
15. Nour NM. An introduction to maternal mortality. *Reviews in obstetrics and gynecology*. 2008;1(2):77.
16. Rosenfield A, Min CJ, Freedman LP. Making motherhood safe in developing countries. *New England Journal of Medicine*. 2007;356(14):1395-7.
17. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJ, Curtin SC, Mathews T. Births: final data for 2014. 2015.
18. YÖRÜK S. Türkiye'de Ebelik Eğitiminin Gelişimi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 2012;20(1):38-42.

19. ÜLMAN YI, Reformlar ODn. Türkiye’de 19. ve 20 yüzyıllarda Tıp Tarihinin Ana Hatları. Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı. 2007:175-86.
20. Güvercin CH. Sosyal güvenlik kavramı ve Türkiye’de sosyal güvenliğin tarihçesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004;57(02).
21. Bakanlığı TS. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008. Yayın; 2008.
22. Women's NCCf, Health Cs. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman: RCOG press; 2008.
23. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. The Lancet. 2001;357(9268):1565-70.
24. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane database syst rev. 2001;4(4).
25. Kılıç M. Multiple Analyses of the Factors Affecting the Utilization of Antenatal Care: A Middle Anatolia Sample Doğum Öncesi Bakım Almayı Etkileyen Faktörlerin Çoklu Analizi: Bir İç Anadolu Örneği.
26. Pediatrics AAo. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. Elk Grove Village (IL). 147: AAP Washington, DC.; 2002.
27. Excellence NifHaC. Antenatal care for uncomplicated pregnancies 2017 [cited 2018 20 september]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/chapter/appendix-d-antenatal-appointments-schedule-and-content>.
28. Minakami H, Hiramatsu Y, Koresawa M, Fujii T, Hamada H, Iitsuka Y, et al. Guidelines for obstetrical practice in Japan: Japan Society of Obstetrics and Gynecology (JSOG) and Japan Association of Obstetricians and Gynecologists (JAOG) 2011 edition. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2011;37(9):1174-97.
29. UNICEF. Antenatal care 2018. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>.
30. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belizán JM, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. The Lancet. 2001;357(9268):1551-64.
31. Organization WH. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: World Health Organization; 2016.
32. Bakanlığı S. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayın. 2014(924):1-32.
33. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2001;23(1):61-4.
34. McCarthy FP, Lutomski JE, Greene RA. Hyperemesis gravidarum: current perspectives. International journal of women's health. 2014;6:719.
35. Hytten FE, Leitch I. The physiology of human pregnancy. The physiology of human pregnancy. 1964.
36. Ismail SK, Kenny L. Review on hyperemesis gravidarum. Best practice & research Clinical gastroenterology. 2007;21(5):755-69.
37. Uguz F, Gezginc K, Kayhan F, Cicek E, Kantarci AH. Is hyperemesis gravidarum associated with mood, anxiety and personality disorders: a case–control study. General hospital psychiatry. 2012;34(4):398-402.
38. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2009;88(5):599-605.
39. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstetrics & Gynecology. 2005;106(5):1071-83.

40. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1997;18(4):266-72.
41. Beck CT, Reynolds MA, Rutowski P. Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1992;21(4):287-93.
42. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *The Journal of clinical psychiatry*. 1997.
43. Köknel Ö. Depresyon: ruhsal çöküntü: Altın Kitaplar Yayınevi; 1989.
44. Jadhav S. The cultural construction of Western depression. *Anthropological approaches to psychological medicine*. 2000:41-65.
45. Özpoyraz N, Tamam L. Mood Disorders: *Galenos Aylık Tıp Dergisi*; 1998 1998. 37-46 p.
46. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*. 2011;9(1):90.
47. Paksoy Erbaydar N. Hastalık Yükü Kavramı ve Hesaplanmasında Kullanılan Ölçütler ve DALY Kavramına Kısa Bakış. *Toplum ve Hekim Bülteni*. 2009;28(1):21-2.
48. Sayers J. The world health report 2001-Mental health: new understanding, new hope. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79:1085-.
49. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(6):486-92.
50. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*. 2003;74(1):5-13.
51. Grad FP. The preamble of the constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80:981-.
52. Uğurlu M, Soydal T. Türkiye' de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu: Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitim Programı. *Kriz dergisi*. 2004;12(1):41-5.
53. Stewart D. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*. 2005;51(8):1061.
54. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*. 2008;8(1):24.
55. Manber R, Blasey C, Allen J. Depression symptoms during pregnancy. *Archives of women's mental health*. 2008;11(1):43-8.
56. Klein MH, Essex MJ. Pregnant or depressed? The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression*. 1994;2(6):308-14.
57. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of women's health*. 2003;12(4):373-80.
58. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009;25(4):344-56.
59. Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Cetin A. Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Maternal and child health journal*. 2010;14(4):485-91.
60. Yanikkerem E, Ay S, Mutlu S, Goker A. Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. *J Pak Med Assoc*. 2013;63(4):472-7.
61. Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of depression. *Neuron*. 2002;34(1):13-25.
62. Duffy A, Grof P, Robertson C, Alda M. The implications of genetics studies of major mood disorders for clinical practice. *The Journal of clinical psychiatry*. 2000;61(9):630-7.
63. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2006;35(4):491-8.

64. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of women's mental health*. 2007;10(3):103-9.
65. Lau Y, Keung DWF. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social Science & Medicine*. 2007;64(9):1802-11.
66. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Jama*. 2006;295(5):499-507.
67. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2008;28(4):525-32.
68. Murray D, Cox JL, Chapman G, Jones P. Childbirth: Life Event or Start of a Long-Term Difficulty?: Further Data from the Stoke-on-Trent Controlled Study of Postnatal Depression. *The British journal of psychiatry*. 1995;166(5):595-600.
69. Dhillon N, MacArthur C. Antenatal depression and male gender preference in Asian women in the UK. *Midwifery*. 2010;26(3):286-93.
70. Savrun BM, Günel NB, Balcıoğlu İ. Gebelik ve laktasyonda psikotrop ilaç kullanımı. *Perinatoloji Dergisi*. 1999;7(1):3-8.
71. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacological Intervention and Prevention Strategies for Depression during Pregnancy and the Postpartum. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2009;52(3):498.
72. Bulletin AP. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation. *FOCUS*. 2009;7(3):385-400.
73. ERBİL N, ORUÇ H, KARABULUT A. Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009;19(2):67-74.
74. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma (A study on the validity of BDI). *Türk Psikoloji Dergisi (Turk J Psychol)*. 1989;22:118-26.
75. Çatak B, İkişik H, Kartal S, Öner C, Uluç H, Seğmen Ö. İstanbul'da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: toplum tabanlı bir araştırma. *Perinatoloji Dergisi*. 2012;20(3):126-34.
76. YİĞİTBAŞ Ç, KAHRİMAN İ, BULUT KYÇHK. Trabzon il merkezindeki hastanelerde doğum yapan annelerin emzirme tutumlarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(2):49-59.
77. Çatak B, Öner C, Oğuz İ, Gülay M, Özbek R, Baştürk S. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(2):63-9.
78. Kurumu Ti. istatistiklerle kadın 2017 2017 [cited 2019 08,03,2019]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27594>.
79. Gökdemirel S, Bozkurt G, Gökçay G, Bulut A. Çalışan annelerin emzirme sürecinde yaşadıkları: Niteliksel bir çalışma. *Çocuk Dergisi*. 2008;8(4):221-34.
80. Obstetricians ACo, Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 394, December 2007. Cesarean delivery on maternal request. *Obstetrics and gynecology*. 2007;110(6):1501.
81. Yucel U, Ciceklioglu M, Ocek ZA. Prenatal Care Utilization Level of Pregnant Women Living in Three Different Neighborhoods of Izmir's Bornova District. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015;14(5):370-7.
82. M. T. oğuzeli merkez aile sağlığı merkezine kayıtlı 2014 yılında canlı doğum yapmış annelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma durumlarının değerlendirilmesi (tez). *Gaziantep Üniversitesi*. 2015.

83. A. AE. Kayseri doğumevi hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım alma durumunun doğum tercihine ve yaşam kalitesine etkisi (tez). Kayseri Erciyes Üniversitesi. 2012.
84. Akkerman D, Cleland L, Croft G, Eskuchen K, Heim C, Levine A, et al. Routine prenatal care. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). 2012.
85. Clothier B, Stringer M, Jeffcoat MK. Periodontal disease and pregnancy outcomes: exposure, risk and intervention. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2007;21(3):451-66.
86. Kıssal A, Kartal B. Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım İçeriğinin Değerlendirilmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.5(1):36-42.
87. Sezik HA, Can H, Kurnaz MA, Tuna M, Çakır YT, Ay Z. Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015;19(4):187-95.
88. Keyser CEA, Staat MBC, Fausett CMB, Shields LCAD. Pregnancy-associated breast cancer. Reviews in Obstetrics and Gynecology. 2012;5(2):94.
89. Agarwal MM. Gestational diabetes mellitus: an update on the current international diagnostic criteria. World journal of diabetes. 2015;6(6):782.
90. Başkanlığı SBMD. Sağlık hizmetlerinde gebe bilgilendirme sınıfı, gebe okulu ve doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezlerinin çalışma usul ve esasları 2014. Available from: <https://sbm.saglik.gov.tr/TR,49222/gebe-okulu-gebe-bilgilendirme-sinifi--doguma-hazirlik-ve-danismanlik-merkezleri-hakkinda-genelge.html>.
91. Pediatrics AAo, Obstetricians ACo, Gynecologists. Guidelines for perinatal care: Amer Academy of Pediatrics; 2002.
92. Batman D. Gebe kadınların gebelikleriyle ilgili araştırdığı konular ve bilgi kaynakları; nitel bir çalışma. 2018.
93. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(1).
94. ERBAŞ G. İstanbul İli Gaziosmanpaşa İlçesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2016.
95. Yılmaz L, Koruk F, Koruk İ. Şanlıurfa'da bir devlet hastanesinde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;11(2):209-18.

8. EKLER

Ek 1

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu



Araştırmanın adı: Gebelerde antenatal bakım alma durumu ile depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi

Araştırmanın amacı: Bu çalışmada gebelerde depresyon sıklığının belirlenmesi ve antenatal bakım alma ile bir ilişkisi olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde size kişisel bilgilerinizi, gebelikte bakım alma durumunuzu ve depresyon varlığını sorgulayan bir anket uygulanacaktır.

Araştırmaya katılmanız kendi isteğinize bağlı olup, çalışma sırasında istediğiniz an çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bilgileriniz gizli tutulacaktır ve yalnızca bilimsel amaç kullanılacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilir Kişi Adı / Soyadı / Telefonu: Ersan GÜRSOY/ 0544 672 13 86

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum." "Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum."

Gönüllünün

Adı Soyadı :

İmzası :

Araştırmacının

Adı Soyadı: :

İmzası :

Tarih: / /

Ek 2

Demografik Bilgiler ve Antenatal Bakım Alma Anketi

DEMOGRAFİK BİLGİLER VE ANTENATAL BAKIM ALMA ANKETİ

1. Yaşınız :
2. Eğitim durumunuz:
 - Okur yazar değil
 - Okur-yazar
 - İlkokul-ortaokul
 - Lise
 - Üniversite
 - Yüksek lisans- doktora
3. Kaç yıldır evlisiniz?
4. Evliliğinizin kaçınıcı yılında gebe kaldınız?
5. Toplam kaç gebeliğiniz oldu?
- a. Canlı doğum sayısı:
- b. Ölü doğum sayısı:
- c. Yaşayan çocuk sayısı:
- d. Kürtaj sayısı:
- e. Düşük sayısı:
6. Gebeliğiniz esnasında tam zamanlı bir işte çalışıyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
7. Hangisi ekonomik durumunuzu sizce en iyi ifade eder?
 - Çok kötü
 - Kötü
 - Orta
 - İyi
 - Çok iyi
8. Hangi yolla doğum yapmayı düşünüyorsunuz?
 - Normal doğum
 - Sezaryen
 - Kararsızım- düşünmedim
9. Bu gebeliğinizde ilk olarak kaçınıcı haftada doktor kontrolüne gittiniz?
10. Gebeliğiniz süresince kaç defa doktor kontrolüne gittiniz?
11. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?
12. Gebeliğiniz esnasında yeterli bakım, takip ve tedaviyi aldığınızı düşünüyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
 - Kısmen
13. Cevabınız hayır veya kısmen ise neden? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
 - Zaman yetersizliği
 - Gereksiz görme
 - Maddi durum yetersizliği
 - Bilgi eksikliği
 - Ulaşım güçlüğü
 - Sağlık personeli ile yaşanan sorunlar yüzünden
 - Ailevi nedenlerden dolayı
 - Diğer (belirtiniz) :

Gebeliğiniz esnasında aşağıdaki konular hakkında danışmanlık aldınız mı? (Veya hangileri hakkında bilgilendirildiniz) işaretleyiniz

	Evet	Hayır
14. Beslenme ve diyet		
15. Gebelikte fiziksel aktivite		
16. Cinsel yaşam		
17. Hijyen ve bakım		
18. Ağız ve diş sağlığı		
19. Sigara alkol ve madde bağımlılığı		
20. İlaç kullanımı		
21. Tetanoz bağışıklaması		
22. Gebelikte tehlike işaretleri		
23. Bebek hareketlerinin hissedilememesi		
24. Hızlı kilo alımı		
25. Doğum eylemi ve doğum		
26. Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı		
27. Anne sütü ve emzirme		
28. Doğum sonrası aile planlaması		

Gebeliğiniz esnasında aşağıdaki işlemler uygulandı mı? işaretleyiniz

	Evet	Hayır
29. Sigara alkol vb. bağımlılığı sorgulandı mı?		
30. Soy geçmişinizde hastalık varlığı sorgulandı mı?		
31. Sürekli bir hastalığınız olup olmadığı sorgulandı mı?		
32. Önceki gebelikleriniz sorgulandı mı?		
33. Mevcut gebeliğiniz sorgulandı mı?		
34. Boy kilo ölçümü yapıldı mı?		
35. Tansiyonunuz ölçüldü mü?		
36. Nabzınız ölçüldü mü?		
37. Göğüs ve kalbiniz dinlendi mi?		
38. Karın muayenesi yapıldı mı?		
39. Çocuk kalp sesleri dinlendi mi?		
40. İdrar tahlili yapıldı mı?		
41. Kan tahlili yapıldı mı?		
42. Kan uyuşmazlığı sorgulandı mı?		
43. Folik asit başlandı mı?		
44. D vitamini başlandı mı?		
45. Demir desteği başlandı mı?		
46. Tetanoz aşısı yapıldı mı?		
47. 2 li test, 3 lü test, 3 boyutlu yapıldı mı?		
48. Şeker yükleme testi yapıldı mı?		
49. Ultrason bakıldı mı?		
50. Ödem muayenesi yapıldı mı?		
51. Meme muayenesi yapıldı mı?		
52. Vajen muayenesi yapıldı mı? (Gebeliğiniz 36. haftadan daha az ise boş bırakınız)		

Ek 3

Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunuz.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 4

Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859- 606
Konu: Etik Kurul onay belgesi

05.10.2018

Sayın; Prof. Dr. Turan SET
Aile Hekimliği ABD.

“Gebelerde Antenatal Bakım Alma Durumu ile Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2018/218 protokol numaralı tez çalışma önerisi raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Gebelerde Antenatal Bakım Alma Durumu ile Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2018 / 218		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Turan SET		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Ersan GÜRSOY		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 16	Tarih: 01.10.2018
	Prof.Dr.Turan SET'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Dr.Ersan GÜRSOY'a ait "Gebelerde Antenatal Bakım Alma Durumu ile Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı 2018/218 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma