



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences

GEBELERDE OLUMLU SAĞLIK
UYGULAMALARI, DEPRESYON DÜZEYİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YL-22.44

BÜŞRA AYDEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Alan Kodu: 1032



BALIKESİR
2022

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**GEBELERDE OLUMLU SAĞLIK UYGULAMALARI,
DEPRESYON DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
YL-22.44

BÜŞRA AYDEMİR

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SEVDE AKSU

ORTAK TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. NURCAN ÖZYAZICIOĞLU

Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Alan Kodu:1032

BALIKESİR
2022



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde **Büşra AYDEMİR** tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan

“Gebelerde Olumlu Sağlık Uygulamaları, Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörler”

başlıklı tez çalışması,
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21 / 12 / 2022

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU
Bursa Uludağ Üniversitesi
(Başkan)

Doç. Dr. Sevde AKSU
Balıkesir Üniversitesi
Üye **(Danışman)**

Doç. Dr. Sibel ERGÜN
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Sibel KARACA
SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Songül DURAN
İzmir Demokrasi Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 30 / 12 / 2022 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Osman İrfan İLHAK
Enstitü Müdürü

BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi **beyan ederim.**

30.12.2022

İmza

Büşra AYDEMİR

ITHAF

Anneme...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin boyunca bana rehberlik ederek tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer danışman hocalarım Sayın Doç. Dr. Sevede AKSU ve Sayın Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU'na, manevi desteklerini her zaman hissettiğim canım arkadaşım Minal KARAKAŐ'a teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde bana her türlü desteği sağlayan ve yüksek lisans çalışmam boyunca yaşadığım tüm zorluklara rağmen bana hayallerimi unutturmayan ve sevgilerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili annem Ayőe TURGUT'a, babam Mustafa TURGUT'a ve eşim Ufuk AYDEMİR'e en içten duygularım ile teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	i
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Gebelik Depresyonu.....	6
2.1.1. Gebelik Döneminde Oluşan Psikolojik Değişimler	7
2.1.2. Kadının Gebeliğe Emosyonel Cevabı.....	8
2.1.2.1. Ambivalans.....	9
2.1.2.2. İçe Dönüklük	9
2.1.2.3. Kabul Etme	10
2.1.2.4. Duygusal Dalgalanma	10
2.1.2.5. Beden İmajında Değişiklik.....	11
2.1.3. Gebelik Depresyonu Etiyolojisi.....	11
2.1.4. Gebelik Depresyonunun Belirti ve Bulguları	12
2.1.5. Gebelik Depresyonunun Kadın Üzerine Etkisi.....	13
2.1.6. Gebelik Depresyonunun Taranması	14
2.1.7. Gebelik Depresyonunda Tedavi Yaklaşımları	14
2.1.8. Gebelik Depresyonunda Hemşirelik Yaklaşımları	16
2.2. Gebelik Dönemindeki Sağlık Uygulamaları	18
2.2.1. Prenatal Bakım	18
2.2.2. Gebelikte Genel Bakım ve Hijyen	19
2.2.3. Gebelikte Yolculuk ve Araç Kullanımı.....	19
2.2.4. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar.....	20
2.2.5. Gebelik ve Kafein Tüketimi	21
2.2.6. Gebelikte Sigara Kullanımı	21
2.2.7. Gebelikte Alkol Kullanımı	22

2.2.8. Gebelikte Bağışıklama ve İlaç Kullanımı.....	22
2.2.9. Gebelik ve Madde Kullanımı.....	23
2.2.10. Gebelikte Beslenme	23
2.2.11. Gebelik ve Kilo Alımı	24
2.2.12. Gebelikte Egzersiz	25
2.2.13. Gebelikte Ağız ve Diş Sağlığı	25
2.2.14. Gebelikte Dinlenme ve Uyku	26
2.2.15. Doğuma Hazırlık Sınıfları	26
2.2.16. Gebelik ve Bitkisel Terapi Kullanma	27
2.3. Gebelikte Olumlu Sağlık Uygulamalarında Hemşirenin Rolü.....	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	29
3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	30
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	30
3.6. Veri Toplama Araçları.....	31
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	31
3.6.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ).....	31
3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	32
3.7. Verilerin Toplanması.....	33
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.9. Araştırmada Etik Konular.....	33
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	35
4.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğine (GSUÖ) İlişkin Bulgular.....	37
4.3. Gebelerin Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) İlişkin Bulgular.....	43
4.4. Gebelerin GSUÖ ile BDÖ Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	48
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
KAYNAKLAR.....	61
ÖZGEÇMİŞ.....	71

EKLER.....	72
EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	72
EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	75
EK-3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği	76
EK-4. Beck Depresyon Ölçeği	79
EK-5. Etik Kurul Karar Formu.....	82
EK-6. Sağlık Müdürlüğü İzin Formu.....	84
EK-7. Ölçek Kullanım İzinleri.....	85

ÖZET

GEBELERDE DEPRESYON İLE OLUMLU SAĞLIK UYGULAMALARI DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Araştırma, gebelerde depresyon ile olumlu sağlık uygulamaları düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışma 1 Haziran – 31 Ağustos 2021 tarihleri arasında Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerinde yürütüldü. Örneklem büyüklüğünü, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinde Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerine muayeneye gelen basit rastgele örnekleme yöntemi seçilerek araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerini taşıyan 420 gebe kadın oluşturdu. Araştırma verileri; tanıtıcı bilgi formu, gebelikte sağlık uygulamaları düzeylerini belirlemek amacıyla ‘Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği’ ve depresyon düzeylerini ölçmek için ‘Beck Depresyon Ölçeği’ kullanılarak elde edildi. Analizlerde Student’s t testi, ANOVA (Posthoc: Bonferroni) testi, ileri analizlerde çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı.

Kadınların ‘Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği’ toplam puan ortalaması 139.28 ± 11.30 , ‘Beck Depresyon Ölçeği’ toplam puan ortalaması 9.62 ± 7.92 bulundu. Araştırmaya katılan kadınların ‘Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği’ ve ‘Beck Depresyon Ölçeği’ puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Sağlık profesyonelleri tarafından gebelere yönelik olumlu sağlık uygulamaları rehberlerinin oluşturulması ile farkındalıkların sağlanması, depresif belirti gösterenlerin erken tespiti ve bu problemlerle baş etme becerilerinin kazandırılması amacı ile psikiyatrik yardım ve danışmanlık verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, gebelik, sağlık uygulamaları.

ABSTRACT

DETERMINING THE DEPRESSION WITH THE POSITIVE HEALTH PRACTICES LEVEL OF PREGNANT WOMEN AND EFFECTIVE FACTORS

The research was carried out to determine the level of depression and positive health practices in pregnant women and the factors affecting them.

The descriptive and cross-sectional study was carried out in Balıkesir Atatürk City Hospital Obstetrics and Gynecology Polyclinics between 1 June and 31 August 2021. The sample size consisted of 420 pregnant women who came to the Obstetrics and Gynecology Outpatient Clinics in Balıkesir Atatürk City Hospital by choosing a simple random sampling method and accepted to participate in the study and met the inclusion criteria. Research data; The introductory information form was obtained by using the 'Health Practices in Pregnancy Scale' to determine the levels of health practices during pregnancy and the 'Beck Depression Scale' to measure depression levels. Student's t test, ANOVA (Posthoc: Bonferroni) test, and multiple linear regression analysis were used for further analysis.

The mean score of the women's 'Health Practices in Pregnancy Scale' was 139.28 ± 11.30 , and the total mean score of the 'Beck Depression Scale' was 9.62 ± 7.92 . A negative significant correlation was found between the mean scores of the 'Health Practices in Pregnancy Scale' and 'Beck Depression Scale' of the women participating in the study. It is recommended that psychiatric help and counseling be provided by health professionals with the aim of creating positive health practices guidelines for pregnant women, raising awareness, early detection of those with depressive symptoms and gaining skills to cope with these problems.

Keywords: *Pregnancy, depression, health practices.*

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: The American Collage of Obstetricians and Gynecologist (Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği)
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DDAB	: Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
DM	: Diabetes Mellitus
DOHaD	: Developmental Origins of Health and Disease (Sağlık ve Hastalığın Gelişimsel Kökenleri Hipotezi)
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
EMR	: Erken Membran Ruptürü
GBD	: Global Burden of Disease (Küresel Hastalık Yüğü)
GSUÖ	: Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği
KİPT	: Kişilerarası İletişim Psikoterapi
PRIME-MD	: Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Birinci Basamak Değerlendirilmesi)
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake İnhibitor (Serotonin Geri Alım İnhibitörleri)
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'ne İlişkin Güvenilirlik Katsayıları.....	38
Tablo 4.3. Gebelerde Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) Puan Ortalaması.....	38
Tablo 4.4. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre GSUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.5. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre GSUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Gebelerin BDÖ Puanlarının Dağılımı.....	43
Tablo 4.7. Gebelerde Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puan Ortalaması.....	44
Tablo 4.8. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.9. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre BDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.10. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Arasındaki İlişki	48

1. GİRİŞ

Sağlıklı bir toplumsal gelişmenin sağlanabilmesi için anne ve çocuk sağlığının korunması, mortalite ve morbidite oranlarının azaltılması gerekmektedir (Yıldırım ve Şahin, 2022; Çelik ve Derya, 2019; Çapık ve ark., 2016; Deniz, 2019). Toplumların sağlık düzeyleri ve mevcut sağlık hizmetlerin kalitelerinin belirlenmesinde kullanılan ölçütlere bakıldığında; gelişmekte olan ülkeler ve gelişmiş ülkeler arasında “Anne ve Çocuk Sağlığı” konusunda önemli farklılıklar bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ‘Güvenli Annelik Paketi’nde de gebe kadınların bu dönemi fiziksel, psiko-sosyal ve toplumsal olarak sağlıklı sürdürmesinin önemini vurgulamıştır (Çelik ve Derya, 2019; Songur, 2016; Karabacak, 2017; Yücel ve ark, 2015).

Dünya genelinde her gün yaklaşık 830 ve her yılda 289.000 kadın, gebelik ve doğumla ilgili önlem alınabilecek istenmeyen durumlar nedeniyle ölmektedir. Bu ölümlerin %99’u gelişmekte olan ülkelerde olup yarısından fazla kısmı Sahra-altı Afrika, yaklaşık üçte birlik bir kısmı Güney Asya ülkelerinde görülmektedir. (WHO, 2017; Avcıoğlu ve ark., 2015; Soysal ve ark., 2022; Sungur ve Çöl, 2016). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2019 Sağlık İstatistiklerine bakıldığında anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 13.1 iken 2020 verisinde bu oran değişmemiştir. DSÖ’nün 2017 yılı tahminlerine göre ise; Türkiye’de anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 17 olarak bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020; Soysal ve ark., 2022; WHO, 2017).

Gebelik, kaçınılmaz olarak sosyal, psikolojik ve hormonal değişikliklerin eşlik ettiği önemli bir yaşam olayıdır. Bu dönemde fizyolojik değişimlerin yanında gebe kadınlarda; yeni görüntü ve aileye katılacak yeni bireyin varlığını kabul etmek, bakım ve sorumluluğunu üstlenecek olmak, olumsuz çevresel faktörlerin varlığı ve anne ve baba kavramları ambivalan duygular yaşanmasına neden olabilmektedir (Çakır ve Can, 2012; Zaman ve ark, 2018; Gelaye ve ark, 2016; Çalık ve Aktaş, 2011). Bu duygularla olumlu baş etme yöntemleri geliştiremeyen gebe kadınlar

duygu durum bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar yaşayabilmektedirler. Depresyon, depresif bir ruh hali, suçluluk duygusu, ilgi kaybı, düşük benlik saygısı, yeterli uyku almada zorluk ve günlük yaşamda konsantrasyon eksikliği olarak kendini gösterebilen, dünya çapında yaygın bir ruh sağlığı bozukluğudur (WHO, 2017). 2030 yılına kadar, depresyonun gelişmekte olan ülkelerde ikinci, düşük gelirli ülkelerde ise hastalık yükünün üçüncü önde gelen nedeni olacağı tahmin edilmektedir (GBD, 2015; Fekadu Dadi ve ark., 2020a). Gebelik depresyonu ise tipik olarak gebelik sırasında veya doğum sonrası ortaya çıkan hafif ila büyük şiddette psikotik olmayan bir depresif dönem olarak tanımlanmaktadır (Dagher ve ark., 2021; Field, 2017; Fekadu Dadi ve ark., 2020a; Mitchell-Jones ve ark., 2017; Gelaye ve ark., 2016; Ayale ve ark., 2016; Tuksanawes ve ark., 2020). Gebelikte görülen depresyon belirtileri genellikle kadın sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonelleri tarafından gebelik ile ilgili hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmaktadır. Depresyon gebelikte en sık görülen psikiyatrik bozukluk olup gebe popülasyondaki depresyonun normal popülasyona göre daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Ayale ve ark., 2016; Sunday ve ark., 2018; Fekadu Dadi ve ark., 2020b).

Dünyadaki değişik popülasyonlardaki gebelikte depresyon ile ilgili yapılan çalışmalarda prevalans oranları %13.9-%30 arasında değişmektedir (Ayale ve ark., 2016; Tuksanawes ve ark., 2020; Alhusen ve ark., 2016; Mukherjee ve ark., 2016; Underwood ve ark., 2016; Dagher ve ark., 2021; Field, 2017; Fekadu Dadi ve ark., 2020a; Mitchell-Jones ve ark., 2017; Gelaye ve ark., 2016). Ülkemizde ise gebelik depresyonu ile ilgili yapılan çalışmalara göre depresyon oranının %27.2 ile %50.7 arasında değiştiğı belirlenmiştir (Er, 2006; Kartal ve Şimşek, 2017; Cankorur ve ark., 2015; Zaman ve ark., 2018; Yücel ve ark., 2013; Çakır ve Can, 2012; Dağlar ve Nur, 2014; Tunç ve ark., 2012; Çelik ve ark., 2013).

Literatürde, gebelik depresyonunun etnik köken, istenmeyen ve riskli gebelikler, düşük sosyoekonomik durum, aile içi şiddet, gebeye yönelik şiddet, sosyal destek eksikliği ve mevcut depresyon öyküsü gibi faktörlerden etkilendiğı belirtilmektedir (Gelaye ve ark., 2016; Biratu ve Haile, 2015; Dagher ve ark., 2021; Mukherjee ve ark., 2016; Mitchell-Jones ve ark., 2017). Gebelik depresyonu müdahale edilmediğı sürece; aile içi çatışma, kötü beslenme, artan madde kullanımı,

yetersiz doğum öncesi bakım, preeklampsi, uyku ve iştah bozuklukları, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, diğer aile bireylerinin ruhsal değişimi, doğum sonrası pospartum depresyon ve intihar gibi maternal ve fetal olarak olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Çalık ve Aktaş, 2011; Ahmad ve ark., 2021; Davis ve ark., 2014; Cheng ve ark., 2016; Gelaye ve ark., 2016; Fekadu Dadi ve ark., 2020a; Fekadu Dadi ve ark., 2020b; Davalos ve ark., 2012). Ayrıca depresyon belirtisi gösteren gebelerin özellikle sağlık çalışanlarından daha az destek alma ve kişisel bakımına itina göstermeme eğiliminde olduğu bilinmektedir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Ahmad ve ark., 2021). Nitekim; ‘Sağlık ve Hastalığın Gelişimsel Kökenleri (DOHaD) Hipotezi’, gebelikteki olumsuz anne yaşam alanı ile bebeklerin sağlığının kötü sonuçları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır (Barker ve ark., 1993). Bu süreç meydana getirdiği değişimler ve fetusun optimal düzeyde bakıma ihtiyaç duyması nedeniyle gebelere hem kendi hem de fetus sağlığı açısından önemli sorumluluklar yüklemektedir (Deniz, 2019). Halbuki gebelerin uygun beslenme, egzersiz ve psikolojik sağlığın korunmasını içeren olumlu sağlıklı yaşam davranışları, anne ve bebek sağlığının sürdürülmesindeki en önemli etkenlerdir (Özcan ve ark., 2020; Özcan ve Kızılkaya, 2015; Davis ve ark., 2014). Sağlığı geliştirici yaşam tarzı müdahaleleri; bireyin refah, kendini gerçekleştirme ve tatmin düzeyini korumaya veya geliştirmeye hizmet eden, kendi başlattığı eylemler ve algıların çok boyutlu bir modeli olarak görülmektedir (Lin ve ark., 2009).

Doğum öncesi, doğum ve özellikle doğum sonrası 2 yıllık bir periyodu kapsayan dönemde yapılan ve davranış haline getirilen müdahale ve stratejiler anne ve bebek sağlık riskini en aza indirmektedir (Çakırcı ve Çalışkan, 2010; Altuntuğ ve Ege 2013; Ahmad ve ark., 2021; Lin ve ark., 2009; Chavatte-Palmer ve ark., 2016). Gebelik sürecinde anne ve fetusun sağlığını kapsayan ve gebelik sonucuna da etki eden girişimlerin yapılması gebelikte sağlık uygulamaları adıyla tanımlanmaktadır (Lindgreen, 2005; Çapık ve ark., 2016; Pirdal ve ark., 2016; Özcan ve ark., 2020; Cheng ve ark., 2016; Ahmad ve ark., 2021; Kanığ ve Eroğlu, 2020). Gebelikte olumlu sağlık uygulamaları; gebelikte istirahat ve uyku, dengeli ve düzenli beslenme, düzenli spor, hijyen, bağışıklama, diş kontrolü, prenatal bakım alma, sigara kullanımı, kafein kullanımı, uyuşturucu madde kullanımı, alkol kullanımı, toksik maddelere maruziyet ve travma gibi konuları içermektedir (Oechsle ve ark., 2020; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014; Lindgren, 2005; Davis ve ark., 2014; Amezcua-Prieto

ve ark., 2013; Hyde ve ark., 2017; Barakat ve Perales, 2016; Perales ve ark., 2015; Ahmad ve ark., 2021; Sutin ve ark., 2018; apık ve ark., 2016; Deniz, 2019; Taşkın, 2012). Lindgren (2005)'in yaptığı çalışmaya göre, gebelikteki sağlık uygulamalarının gebelik sürecindeki anne adaylarında depresyonu azalttığı, maternal -fetal bağlanma ile gebelerin yaşam kalitesini arttırdığı ortaya konulmuştur (Lindgren, 2005). Düzenli yapılan sağlık bakım davranışları ayrıca gebeliğe olumlu yönde etki ederken, tehlikeli sağlık bakım davranışları gebelik sürecini, gebeyi ve bebeği olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Olumlu sağlık uygulamalarını yerine getirmeyen gebelerde travmatik doğum, abortus, düşük doğum ağırlıklı bebek (DDAB), prematüre ve anomalili bebek doğumu gerçekleştirme riski doğmaktadır (apık ve ark., 2016; Hyde ve ark., 2017; Barakat ve Perales, 2016; Lindgren 2005; Cheng ve ark., 2016; Ahmad ve ark., 2021; Lin ve ark., 2009).

Gebelik dönemindeki çoklu sağlık davranış değişikliği müdahaleleri anne-ocuk sağlığını en st düzeye çıkarmayı hedeflemektedir. Gebelerde olumlu sağlık davranışını maksimize eden bu yöntemin maliyet ve zaman açısından verimli ve etkili bir araç olduğu belirtilmiştir. Kadın sağlığı alanında çalışan hemşireler kadınlara gebelik dönemi boyunca, olumlu sağlık davranışlarını geliştirmek için rehberlik etmelidir. (Davis ve ark., 2014; Cheng ve ark., 2016). Bu bağlamda tüm gebelerin gebeliği boyunca devam ettiği sağlık davranışlarının belirlenmesi, buna dayanarak hemşirelik yaklaşımlarının düzenlenmesi ve hayata geçirilmesi sadece prenatal ve doğum sürecinde değil postpartum sürecinde de sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir (Deniz, 2019; Cheng ve ark., 2016).

Bu çalışmada gebelerde depresyon ile olumlu sağlık uygulamaları düzeyini belirlemek ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Soruları

- 1.Gebelerin depresyon düzeyleri nasıldır?
- 2.Gebelerin olumlu sağlık uygulamaları hangi düzeydedir?
- 3.Gebelerin depresyon düzeyleri ile sosyo-demografik özellikler arasında ilişki var mıdır?
- 4.Gebelerin olumlu sağlık davranışları ile sosyo-demografik özellikler arasında ilişki var mıdır?
- 5.Gebelerin depresyon düzeyi ve olumlu sağlık uygulamaları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik Depresyonu

Gebelik dönemindeki önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik sürece kadının erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılan ve çözülmeyen iç çatışmaların yeniden gündeme gelebileceği psikolojik bir süreç de eşlik edebilmektedir. Birçok gebe fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Gebelik depresyonu, gebelik sürecinde veya doğumdan sonra da devam edebilen depresif belirtilerin görülmesi ile tanımlanmaktadır (O'conor ve ark., 2019; Dagher ve ark., 2021; Fekadu Dadi ve ark., 2020a; Perales ve ark., 2015; Dağlar ve ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre doğurganlık çağındaki kadınlar hayatlarının herhangi bir döneminde depresyon yaşayabilmekte olup özellikle gebelik süreçlerinde çok daha savunmasızdırlar (Perales ve ark., 2015; Tuksanawes ve ark., 2020; Zaman ve ark., 2018). Gebelik depresyonu; kadının gebelik sürecindeki öz bakım ihtiyacını görememesine, enerji kaybı ve günlük aktivitelere ilgisinin azalmasına, uyku sorunları, dengesiz beslenme ile kilo değişimleri yaşamasına, sigara ve alkol kullanımında artmaya, hatta doğum öncesi yetersiz bakım almasına ile intrauterin büyüme geriliği gibi maternal ve fetal sorunlara neden olmaktadır (Gelaye ve ark., 2016; Dağlar ve Nur, 2014; Zaman ve ark., 2018; Dagher ve ark., 2021; Fekadu ve ark., 2020a; Tuksanawes ve ark., 2020; Hubner-Liebermann ve ark., 2012; Karacam ve Ancel, 2009). Özellikle de gebeliğin son döneminde görülen gebelik depresyonu, sezaryen ve müdahaleli vajinal doğum oranlarını ile yenidoğanın yenidoğan bakım ünitesine kabulünün artması ile ilişkilendirilmiştir (Iranzad ve ark., 2014). Depresyon ayrıca kadın hayatındaki mutluluğu, işlevselliği ve doyumunu azaltmakta olup gebelik ve doğum sonrası dönemde iş gücü kaybını da beraberinde getirmektedir (Kartal ve Şimşek, 2017).

Dünyadaki değişik popülasyonlardaki gebelikte depresyonu ile ilgili yapılan çalışmalarda prevalans oranları %13.9 ila %30 arasında değişmektedir (Ayale ve ark., 2016; Tuksanawes ve ark., 2020; Alhusen ve ark., 2016; Mukherjee ve ark., 2016; Underwood ve ark., 2016; Dagher ve ark., 2021; Field, 2017; Fekadu Dadi ve ark., 2020a; Mitchell-Jones ve ark., 2017; Gelaye ve ark., 2016). Ülkemizde ise konu ile ilgili yapılan çalışmalara göre depresyon oranının %27.2 ile %50.7 arasında değiştiği görülmektedir (Kartal ve Şimşek, 2017; Cankorur ve ark., 2015; Zaman ve ark., 2018; Yücel ve ark., 2013; Çakır ve Can, 2012; Dağlar ve Nur, 2014; Tunç ve ark., 2012; Çelik ve ark., 2013). Bu bağlamda gebelik depresyonunun erken tespit edilmesi ve gereken müdahalelerin yapılması gelecekteki yıkıcı etkilerinden korunulması açısından oldukça önemlidir (ACOG, 2018).

2.1.1. Gebelik Döneminde Oluşan Psikolojik Değişimler

Kadınların gebelik dönemi boyunca biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yaşaması hem bedensel algısının değişmesine hem de ruhsal olarak farklı duygular yaşamasına neden olmaktadır (Çelik ve ark., 2013; Çakır ve Can, 2012; Çalık ve Aktaş, 2011). Bu süreçte bebeğin anne karnında gelişiminin sağlıklı olarak tamamlanabilmesi için annenin gebelik sürecine uyum sağlaması beklenmektedir (Arslan ve ark., 2019). Annelik duygusunu tatmak kadınlar için sağlıklı bireyler yetiştirmek ve topluma kazandırmak gibi önemli bir rolü üstlenmeyi de beraberinde getirmektedir. Bu süreçte adaptasyon geliştiren ve pozitif bir psikoloji ile topluma kazandırılan çocukların yetişkinlik sürecine kadar annedeki pozitif psikolojinin etkilerinin sürdüğü bilinmektedir (Perales ve ark., 2015; Kızılkaya Beji ve ark., 2022). Geçmişte gebelik, kadınlar üzerinde psikiyatrik bozukluklar için koruyucu olduğu bir dönem olarak görülse de günümüzde bu görüşün geçerliliği kalmamıştır (Mukherjee ve ark., 2016). Kadınlar gebelik ile birlikte, neşe, olgunluk kazanma, doyuma ulaşma gibi pozitif kazanımlarının yanında stres, endişe duyma, kaygılanma, üzerinde fazla sorumluluk hissetme gibi olumsuz duyguları da beraberinde yaşayabildiği bir dönem geçirmektedir (Atasever ve Sis Çelik, 2018). Bu duruma ek olarak istemli bir gebelik olması, aile içi düzen, gebenin sosyal yaşamı,

eğitim durumu, gebe kalmadan önceki fizyolojik ve psikolojik iyilik hali de gebe kadının psikolojisinde önemli değişikliklere yol açabilmekte ve psikolojik iyi oluşunu da etkilemektedir. (Sağlam, 2020). Kadınlar ilerleyen gebeliği süresince geçireceği trimesterlerde adaptasyon geliştirebilmesi için başarması gereken bir takım gelişimsel görevleri ve bazı duygusal geçişler bulunmaktadır (Polat Başpınar, 2021).

2.1.2. Kadının Gebeliğe Emosyonel Cevabı

Bireyin hayatında olan gelişmelere; neşe, sevinç, üzüntü, hayal kırıklığı, nefret, öfke gibi duygusal tepkilerle karşılaşması duygulanım olarak tanımlanmaktadır. Duygu durum içerisindeki bireyler bir süreliğine üzgün, neşeli, çökkün ya da taşkın duygulanım içerisinde bulunabilirler. Normal bir duygu durum içerisinde bulunan bireylerin duygu durumlarında belirli dalgalanmalar yaşanabilmektedir. Bireylerin duygu durumlarının şiddetli ve uzun süreli yaşanması duygulanım bozukluğu olarak adlandırılır (Dağlar ve ark., 2015). Kadınlar gebelik sürecinin her aşamasını kendine özel ve farklı duygudurum içerisinde yaşamaktadırlar (Polat Başpınar, 2021). Kadınların süren gebeliği boyunca nöro-endokrin sistem ve fiziksel değişimin etkisi ile her bir trimesterine yansıyan farklı düşünce ve davranış biçimi geliştirmektedir (Çelik ve ark., 2013). Kadınların ilerleyen gebeliği süresince geçirdiği fiziksel değişim, halsizlik, yorgunluk, mide bulantısı, baş dönmesi gibi yaşadığı sağlık sorunları, aile içinde yeni gelecek bireyi kabullenme ve alışma süreci, sosyal yaşantısında gelecek olan bebek için yaşayacağı değişim ve hayatını buna göre şekillendirmesi farklı duygusal etaplardan geçmesi ile izlenir (Yücel ve ark., 2013; Tunç ve ark., 2012). Gebenin bu dönemde verdiği tepkiler, mutluluk, iğrenme, öfke, kaygı, korku ve depresyon olarak izlenebilmektedir. Çocuk sahibi olma duygusu, kadın için sevdiği partnerinden bir şey yaratmak, bir parçaya sahip olmak anlamlarını taşıyabilir. Bazı kadınlar gebeliği olumlu duygularla karşılarken bazı kadınlar olumsuz duygularla ifade edebilmektedirler (Çalık ve Aktaş, 2011; Polat Başpınar, 2021). Gebelik sürecine verilen tepkilerde kadınların geçmiş yaşantıları, korkuları, talepleri, sosyoekonomik durumlarının etkisi olabilmektedir (Polat Başpınar, 2021). Her bir değişim gebe ve ailesi için yeni bir uyumu da beraberinde getireceği için bu sürecin sağlıklı bir

şekilde atlatılması gerekmektedir (Tunç ve ark., 2012). Gebe kadının gebeliği süresince ambivalan duygular, içe dönük davranışlar, kabul etme süreci, duygusal dalgalanmalar ve beden imajındaki değişikliğe uyumu izlenmektedir.

2.1.2.1. Ambivalans

Kadınlar ilk haftalarda gebelik ile ilgili şüphelerini netleştirmeye çalışır. Bu dönemi çevresi ile konuşup fikir alışverişinde bulunabilir, heyecanlı ve gergin bir bekleme içerisinde geçirebilmektedirler. Gebe kadın gebeliğinin ilk kesinleştiği andan itibaren bir takım kararsız duygu durum bozukluğu yaşadığı gözlenmektedir. Gebe kadının gebeliğini planlamış olsun ya da olmasın bu ambivalan duyguları yaşadığı ve %80 oranında kadınların gebeliği reddetme eğiliminde olduğu saptanmıştır. İlk ambivalan duyguların yaşanmasının nedeni; bebekle birlikte değişecek olan sosyal yaşantı, bebeğe sağlanan ekonomik şartların yeterliliği, çalışan kadınların iş hayatında meydana gelebilecek değişimler, bebek bakımı ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmama, annelik ve babalık duygusuna hazır olmama ve gebeliğin vücutta yaratacağı değişimler olabilmektedir. (Taşkın, 2012; Polat Başpınar, 2021). Gebe kadın bu süreci atlatmak için ilk olarak bebeğinin varlığını kabul etmeli ve yaşamının her noktasında uyum içinde yer alacağına inanmalıdır (Kibar Tunç, 2021; Şahin, 2015).

2.1.2.2. İçe Dönüklük

Gebe kadın ilk aylarda bebeğinin varlığının belirli göstergesi olan abdomenin belirginleşmesi ile kilosundaki artışı henüz ileri seviyede değildir. Bu dönemde fetusun gerçekliğine odaklanan anne adaylarının ilgisi kendi üzerindedir. Gebe kadın 2. trimestere geldiğinde fetusun sağlığı ve korunması için çevresel faktörlerin bebeği için uygunluğunu değerlendirmeye odaklanmaktadır. Bu noktada kendi giysileri, yeme alışkanlığı, davranışlarını ve sosyal yaşamında çevresindeki olan olayları incelemeye odaklanan anne adayları bebeği için uygunluğunu sorgularlar. Bebeği bu dönemde hayatının odağı olduğu için daha içe dönük ve narsist bir tutum içine

girebilir ve çevresindeki bireylere olan ilgisi azalabilmektedir (Taşkın, 2012; Kibar Tunç, 2021; Şahin, 2015).

2.1.2.3. Kabul Etme

Kadınlarda gebeliğini kabul etme, geçmiş yaşam deneyimleri, inanç ve tutumları, çevresi ile olan ilişkisi ve davranış biçimi, görev ve sorumluluk anlayışı gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Gebenin özellikle eşi ile özel yaşamında mutlu olması, eşi ve yakın çevresi tarafından gebeliğinin istendiğini bilmesi, gereken sosyal desteğin eşi ve yakınları tarafından gösterilmesi gebeliğin kabulünde önemlidir (Polat Başpınar, 2021; Arslan ve ark., 2019). İlk trimesterinin sonunda anne adaylarında bebeğini kabul ettiğine dair duygu ve durum içerisinde olduğu gözlenebilmektedir. Kadının gebeliğini kabullendiğine dair işaretler içerisinde; gebeliğinden mutluluk duyması, gebelikle birlikte gelen fiziksel rahatsızlıkları iyi bir şekilde tolere edebilmesi, gebelik sürecini ve doğumunu başarı ile geçirebileceğine inanması ve özgüveninin bu doğrultuda arttığı görülmektedir. Gebeliğinden mutsuzluk, üzüntü ve bunalmış bir ifade, gebeliğinden kaynaklanan bir pişmanlığın yaşanması kabullenemediğine dair işaretler arasında sayılmaktadır (Polat Başpınar, 2021).

2.1.2.4. Duygusal Dalgalanma

Gebeliğinin ilk trimesterinde ambivalan duygular yaşayan gebeler bu süreçte fetusun gerçekliğine inanma evresindedir. Gebeler bir an kendini çok mutlu neşeli hissederken kısa bir süre sonra güvensiz ve şok olmuş hissedebilmektedir. Gebe kadın genellikle belirgin bir neden yokken ağlamaya başlamaktadır. Bu uçlardaki duygular gebeye eş ve aile üyeleriyle iletişimde zorluk yaşatmaktadır. Gebelerin ailesi ve yakın çevresi gelgitlerini anlayış ile karşılamalı ve her zaman yanında olduğunu hissettirerek bu dönemi olabildiğince sakin atlatmasını sağlamaya yardımcı olmalıdırlar (Kızılkaya Beji ve ark., 2022; Taşkın, 2012; Kibar Tunç, 2021).

2.1.2.5. Beden İmajında Değişiklik

İkinci trimester ile birlikte kadında meydana gelen abdomenin şişmesi ve kilo alımının belirginleşmesi ile fetusun gerçekliği anne adayları ve ailesi için daha gerçek bir olay olarak algılanmaya başlanmıştır. Bu dönemde kadınların vücudunda kilo artışı olması, memelerin, kalçaların ve abdomenin büyümesi, saç ve tırnaklar da dahil olmak üzere ciltte meydana gelen değişiklikler gibi gebelik belirtileri kadının beden algısının değişmesine neden olur. Gebe kadınlar yaşadığı değişimler sonucu kendilerini hantal, sakar, çirkin ve çekici olmadığını düşünmesine ve öz güveninin düşmesine neden olmakla birlikte beden imajını olumsuz yönde etkilemektedir (Polat Başpınar, 2021). Gebelerin bedeni için olumsuz düşüncelere sahip olması yetersiz besin alımı veya kısıtlayıcı diyetler uygulamasına bu da kendisi ve bebeğinin sağlığını olumsuz yönde etkilemesine neden olmaktadır. Kadınların gebelik sürecinde eşi tarafından güzel, çekici bulunması ve pozitif bir iletişim içinde olması olumlu bir beden imajı oluşturmasını desteklemektedir. Gebelerin bu dönem için pozitif bir beden imgesi oluşturması, ailesi ve çevresi tarafından daha olumlu ve pozitif geri dönüş alması fiziksel değişimini daha kolay kabullenmesini sağlamaktadır (Kızılkaya Beji ve ark., 2022; Taşkın, 2012; Kibar Tunç, 2021; Arslan ve ark., 2019).

2.1.3. Gebelik Depresyonu Etiyolojisi

Gebelik depresyonun başlıca risk faktörleri; sosyal faktörler, çevresel faktörler, psikolojik faktörler, genetik faktörler ve biyolojik faktörler olarak sıralanmaktadır;

- Sosyal faktörler; evlilik sorunları, yalnız yaşama, boşanma, çocuk sayısı, ekonomik sıkıntı, sosyal desteğin azlığı veya olmaması, sosyal izolasyon, mevcut aile içi şiddet varlığı, aile öyküsünde duygusal, fiziksel ve cinsel yönden şiddet öyküsünün bulunması, önceki gebeliğinde olumsuz deneyimleri yaşaması, sigara, alkol ve madde kullanımı öyküsü olarak sıralanmaktadır.

- Çevresel faktörler; fiziksel, duygusal ve ruhsal travma varlığı, virutik enfeksiyonlar, kronik hastalıklar varlığı, oral kontraseptif kullanımı, sedatif ilaç kullanımı olarak sıralanmaktadır.
- Psikolojik; geçmişinde depresyon öyküsünün bulunması, gebeliğe yönelik olumsuz duygular, geçmişinde psikiyatrik bir hastalığın varlığı olarak sıralanmaktadır.
- Genetik faktörler; çalışmalarda gebelik ve postpartum depresyonunun yaklaşık %40-50'sinin genetik faktörlerle ilişkili bulunmuştur. Çevresel faktörlerle birbirini etkileyebildiği birlikte ele alınması gerektiği belirtilmiştir.
- Biyolojik faktörler hormonlara etki ederek maternal depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Gebede bulunan malnütrisyon ve yetersiz beslenme nedeniyle oluşan beslenme bozuklukları, hormonal ve nörotransmitter fonksiyonları da bozarak depresyonun patofizyolojisinin oluşmasını sağlamaktadır (Sayres Van Neil ve Payne, 2020; Sunday ve ark., 2018; Çakır ve Can, 2012; Cankorur ve ark., 2015; Kızılkaya Beji ve ark., 2022; Tunç ve ark., 2012).

2.1.4. Gebelik Depresyonunun Belirti ve Bulguları

Depresyon, duygusal ve bilişsel alanlarla ilgili birçok belirtiliyle kendini gösterebilmektedir. Bu belirtiler hafif ile şiddetli düzeye kadar ilerler ve bireyde etkisini sürdürebilir. Gebeliğin birinci trimesterında başlıca belirti ve bulgular; uyku ve iştah ile duygulanım değişiklikleri ve anksiyete yaşanması, şiddetli yorgunluk, libido azlığı, gebelerde konsantrasyon azlığı olarak kendini göstermektedir. Aynı şekilde üçüncü trimesterde gebelerde; aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğum ilgili kaygılar izlenmektedir. Bu depresif belirtiler kadınlarda ikinci trimesterde daha az gözlenmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011; Cankorur ve ark., 2015; Taşkın, 2012; Kızılkaya Beji ve ark., 2022). Bunlara ek olarak motor retardasyon, huzursuzluk, erken uyanma, kilo kaybı, kendini kınama, umutsuzluk, apati, değersiz hissetme ve intihar düşüncelerinin de görülebileceği bilinmektedir (Sayres Van Neil ve Payne, 2020; Nazik, 2022).

2.1.5. Gebelik Depresyonunun Kadın Üzerine Etkisi

Gebelerde depresyonu anne ve bebek başta olmak üzere sosyal çevresi için de birçok olumsuz etkiyi beraberinde getirmektedir. Gebelik sürecinde ve sonrası için annelik kavramını öğrenmek ve uyum sağlamak; anneyi kaygılı bir sürece sokmakta, çevresinin kadından beklediği annelik rolü de kadının kaygısını arttırmakla birlikte depresyonun görülmesini desteklemektedir (Dağlar ve Nur, 2014). Depresyonun gebe üzerindeki etkisi ile bulantı ve kusma, baş ağrısı, baş dönmesi, uyku ve yeme problemleri, gastro-intestinal sistem şikayetleri, solunum problemleri ve kalp çarpıntısı gibi sorunlar daha fazla gözlemlenmektedir. Depresif belirtiler gösteren annelerin gebeliği süresince sağlık personelinden daha az bilgi aldığı ve öz bakımını karşılamakta zorluk çektiği bilinmektedir. Bu dönemde öz bakımın yetersizliğinden kaynaklı ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla tanımlanmaktadır. Kendi öz bakım ihtiyacını karşılayamayan ve isteksizlik içinde olan annelerin tıbbi takiplerini de aksatmasına ve doğum sonrası bebeğini kabullenmekte zorluk yaşamasına neden olabilmektedir (Kızılkaya Beji ve ark., 2022). Depresyon dönemindeki gebelerde norepinefrin ve kortizol yükselmesi ile uterusu giden kan akımının azalması sonucu gebe ve fetus için çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Depresif belirtilerin neden olduğu obstetrik komplikasyonlar arasında; preeklamsi, spontan abortus, uterin arter direncinin artması, erken doğum, doğum öncesi kanama, plasental anomaliler, epizyotomi oranında artış ve zor doğum gözlenmektedir (Biratu ve Haile, 2015; Kızılkaya Beji ve ark., 2022; Mukherjee ve ark., 2016). Depresif belirtilerin fetüste; konjenital anomali, intrauterin gelişme geriliği, düşük apgar skoru, düşük doğum ağırlığı ve yüksek kortizol seviyesi gibi risk faktörleri ile doğumu gerçekleştirebilmektedir. Prenatal depresyon aynı zamanda postpartum depresyon gelişimi içinde önemli bir risk faktörü olup tedavi edilemediği ve annede devam ettiği sürece bebek mizacında olumsuz belirtiler gözlemlenmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011; Underwood ve ark., 2016; Koldaş Mir, 2021; Dagher ve ark., 2021; Fekadu Dadi ve ark., 2020a). Bu süreçte gebelik depresyonunun, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda gebelik depresyon artmış öz kıyım riski, bebeğe zarar verme riski, bağlanma ve ebeveynlik işlevlerinde bozulma, aile içi ilişkilerde bozulma ile ilişkilidir (Kızılkaya Beji ve ark., 2022; Nazik, 2022).

2.1.6. Gebelik Depresyonunun Taranması

Depresyonda görülen, uyku ve iştah bozukluğu, halsizlik, enerji azalması gibi gebelik belirtisi olarakta izlenen problemler gebeler için depresyonun fark edilmemesine ve depresyon tanısını koymayı zorlaştırmaktadır (ACOG, 2018; Mukherjee ve ark., 2016; Kızılkaya Beji ve ark., 2022). Ancak dikkatli bir prenatal izlem ile umutsuzluk, hayattan zevk almama, suçluluk hisleri ve intihar düşüncesi gibi depresyon için tanı koyduran ayırıcı özelliklerin edilmesi sağlanabilir. Gebelik depresyonunu önlemeye yönelik ilk atılacak adım riskli olan grubun mümkün olduğunca erken tespit edilmesidir. Gebelikte depresyon tespiti için uygun tarama araçları kullanılmaktadır. Bu tanı araçları arasında Beck Depresyon Ölçeği ve Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği, Hasta Sağlığı Anketi, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği ve İki Cümle Testi sıklıkla kullanılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde gebelerin depresyonunu kısa sürede taraması için PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) adlı görüşme ölçeği de kullanılabilir (Beck ve ark.,1978; Yılmaz ve Gülümser, 2015; Tamburrino ve ark., 2009; O'conor ve ark., 2019; Kibar Tunç, 2021; Şahin, 2015; Yücel ve ark., 2013). Bu ölçeklerin kullanılması ile gebelik ve postpartum süreçte depresif belirti gösteren kadınların sistematik olarak tanımlanmasını sağlamaktadır. ACOG Komitesi (Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Koleji), sosyal konumu, eğitim seviyesi ve etnik köken ayırt etmeden tüm kadınların en az üç ayda bir depresif belirtiler açısından taranmasını önermektedir (ACOG, 2018; Kibar Tunç, 2021). Bu bağlamda gebelik depresyonunda risk faktörleri belirlenmeli, depresif belirtilerin tanımlanabilmesi için psikososyal tarama yapılmalı ve tedavi edilerek gebenin gebelik süreci ve doğum sonunu sağlıklı geçirerek ilaç kullanımının azaltılması sağlanmalıdır (Topaç Tunçel ve Kahyaoğlu Süt, 2019; Kızılkaya Beji ve ark., 2022).

2.1.7. Gebelik Depresyonunda Tedavi Yaklaşımları

Gebelik sürecinde görülen depresyon şiddetinin belirlenmesi ve bu doğrultuda tedavi sürecine karar verilmesi önemlidir. Depresyondaki bir annede çözümlenmesi gereken 3 konu vardır;

- Antidepresan kullanırken gebe kalmış ve gebeliğin farkında olmadan bir süre daha kullanmaya devam etmiş kadınlar,
- Gebelikte meydana gelen depresyon,
- Annesi gebelik sırasında tıbbi tedavi gören ve olası çekilme semptomları olan bebeklerdir (Yılmaz ve Gülümser, 2015).

Gebelik depresyonuna yönelik girişimlerin başında, hafif ve orta düzeyde depresyon tedavisinde psikoterapi yöntemleri uygulanması gelmektedir. Son dönemde etkinliğini gösteren kısa süreli psikoterapilerin gebelerde görülen depresyon için çok daha fazla tercih edildiği görülmektedir. Hafif-Orta Derecede Depresyon'da psikoterapi, kişilerarası iletişim psikoterapi (KİPT), bilişsel davranışçı psikoterapi (BDT) kullanılmaktadır. KİPT, sınırlı, süreli ve kişinin yaşam olaylarına odaklanan özellikle depresyon tedavisi doğrultusunda etkinliği kanıtlanmış bir psikoterapi yöntemidir. Bu terapinin amacı, gebede görülen depresif belirtilerin kontrol altına alınarak azaltılması ve kişilerarası ilişkilerini düzeltmek için sosyal becerilerin öğrenilmesidir. Kadınların gebelik sürecinde hassaslaşması ve yaşanan değişim sonucu sosyal işlevlerde gerileme, yeniden anne olacak olmak, aileye katılacak bebek için rol değişimi, iş ve aile ilişkilerinde değişiklikler, ekonomik sıkıntılar ve gelecek kaygısı gibi problemler için KİPT ile çalışılarak çözümlenmektedir. Bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemediği güçlükler ve problemlerine yardımcı olabilmek için öğrenme kuramlarının uygulandığı, problemin odak olarak alınarak, davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak düzenlenmiş terapi yöntemi BDT olarak adlandırılmaktadır. BDT gebeyi bilgilendirerek uyumunu arttırmayı, gebenin yaşadığı gerginlik ve gebelik problemleri ile baş etme yöntemi geliştirmeyi hedeflemektedir. BDT tek başına ya da diğer tedavi seçenekleri ile birlikte kullanılabilir. Gebelerde değişen beden algısı, bireyin yaşama bakış açısı, gelecekle ilgili ve bebeğin varlığını yorumlama biçimi ile ilişkili müdahaleler BDT ile yapılabilir (Kızılkaya Beji ve ark., 2022; Çalık ve Aktaş, 2011; Yılmaz ve Gülümser, 2015).

Şiddetli depresif belirti gösteren gebelerin tedavisinde ise kendisine zarar verme riski söz konusu olması nedeniyle farmakolojik tedaviler uygulanmaktadır. Ağır Depresyon, psikoterapide başarısızlık, tekrarlayan depresif epizodlar, şiddetli depresyon öyküsü, hastaneye yatış öyküsü, ciddi kilo kaybı ve intihar girişimlerinde tıbbi tedavi, SSRI (Serotonin Geri Alım İnhibitörleri) / Venlafaksin / Bupropion

kullanılmakta, SSRI / Venlafaksin / Bupropion yanıtızsızlık durumunda Trisiklik antidepresanlar / EKT (Elektrokonvülsif Tedavi) kullanılmaktadır. Gebelik sürecinde ilaç kullanımı ilk trimester için riskli görülmektedir. İlk trimesterde kullanılan ilacın teratojen etkisi nedeni ile gebelik düşükle sonuçlanabilmekte, ilerleyen haftalarda fetüsta yapısal bozukluklar ve organ anomalileri, minor malformasyonlar, büyüme gerilikleri ve fonksiyonel bozuklukları görülebilmektedir. Gebe kadınlara ilaca başlanmadan önce tedavinin etkileri konusunda detaylı bilgi verilmelidir. İlk trimestirdaki gebelerin olabildiğince ilaç kullanımını tercih etmemeleri veya düşük dozları alması önerilmektedir. Depresyon öyküsü bulunan ve antidepresan ilaç kullanımı gebelik sürecinde devam eden kadınların abortus riski bulunması nedeniyle hekimi ve ailesi ile birlikte gebelikle ilgili riskler konuşulmalı ve bu süreçte izlenecek yol belirlenmelidir (Yılmaz ve Gülümser, 2015). SSRI, depresyonda etkinliğini göstermesi nedeniyle uzmanların ilk tercihi olmaktadır. Sağlıklı bir gebelik süreci, doğum ve sonrası dönem için daha güvenli olarak görülen sertralin, sitalopram ve essitalopram gebelik döneminde kullanılmaktadır. Farmakolojik ilaçların gebelikte aynı sayıda ve aynı tip olması mümkün olduğunca en az dozda verilmesi temel alınmaktadır Bu doğrultuda gebelerin hem kadın doğum uzmanları hem de psikiyatri uzmanlarınca işbirliği içerisinde yakından takibi yapılmalıdır (Dağlar ve ark., 2015; Yılmaz ve Gülümser, 2015; Çalık ve Aktaş, 2011; Kızılkaya Beji ve ark., 2022).

2.1.8. Gebelik Depresyonunda Hemşirelik Yaklaşımları

Gelişmekte olan ülkelerde gebelik, doğum ve postpartum dönemlerdeki önlenemez sağlık problemlerinden dolayı kadınların yaşam kalitesinde bozulma, anne ve bebekte mortalite ve morbidite oranlarında artma görülmektedir. DSÖ ‘Güvenli Annelik Paketi’nde gebenin, gebelik süreci ve sonrası için kaliteli bir bakım alması önerilmektedir (WHO 2017; Yurtsal ve Eroğlu, 2020). Bu doğrultuda pozitif gebelik deneyimi için doğum öncesi bakım önerilerinin olduğu kılavuzda antenatal bakım için en az 8 gebelik izleminin önemini vurgulamaktadır (WHO, 2017; Yurtsal ve Eroğlu, 2020). Ülkemizde ise ‘Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’ne göre gebelik süresince ilk gebelik izlemin 14 hafta içerisinde yapılması şartı ile riskli gebelik durumu söz konusu olmadığı sürece bu izlemlerin en az 4 kez

olmak üzere kadın sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşireler tarafından yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Yapılan gebelik izlemlerinde tıbbi izlemlerin yanında gebeler psikolojik, biyolojik ve sosyal yönden ele alınarak değerlendirilmesi yapılmakta, gebelik süreci ile ilgili danışmanlık ve eğitim verilerek gebe eğitim sınıflarına yönlendirme yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018; Gelaye ve ark., 2016; şahin, 2015).

Kadın sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşirelerin prenatal takipleri altında ilk ve devam eden gebelik izlemlerinde gebelerin ruhsal sorunlarını da erken tespit etmeleri maternal ve fetal sağlığın sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2018; Gelaye ve ark., 2016; Dağlar ve ark., 2015; Kibar Tunç, 2021). DSÖ'ne göre kadınların bu sürece psikolojik uyumu için ebe/hemşirelerin sürekli bakım modeli kapsamında, gebelere gebelik, doğum ve pospartum süreci de kapsayacak şekilde düzenli aralıklarla planlanan eğitim ve danışmanlık hizmeti aynı ebe/hemşire tarafından verilmesi önerilmektedir (WHO 2017; Yurtsal ve Eroğlu, 2020).

Günümüzde önemli bir yere sahip olan gebe eğitim sınıflarına gebelerin katılımı arttırılmalı, gebe ve eşinin bu süreçte gebelik, doğum ve postpartum sürece uyumu, ebeveynlik sürecini pozitif bir algı ile sürdürmeyi ve depresyonu azaltmayı hedeflemektedir (Koldaş Mir, 2021).

Sağlık profesyonelleri bu süreçte eğitim kapsamına gebelik, doğum ve pospartum süreç konusunda bilgi eksikliği, gebenin yaşadığı fiziksel ve hormonal değişim sonucu gelişen duygudurum bozukluğu ve gebe ile ailesinin aileye katılacak yeni birey için adaptasyonu eğitim kapsamına alınmalı ve sonuçlar sık aralıklar ile değerlendirilmelidir (Kızılkaya Beji ve ark., 2022; alık ve Aktaş, 2011; Kibar Tunç, 2021; şayık ve ark., 2019; şahin, 2015; ACOG, 2018).

Gebelerde depresyon konusunda ebe ve hemşirelerin de farkındalığı arttırılmalı, depresyon belirtisi gösteren gebelerin semptom yönetimi ve sevki için eğitimler düzenlenmeli ve gebelerin sağlık uygulamalarına entegre edilmelidir (Atasever ve Sis elik, 2018).

2.2. Gebelik Dönemindeki Sağlık Uygulamaları

Gebelikteki Sağlık Uygulamaları, gebenin ve fetüsün sağlığını etkileyen, gebeliğin seyrini ve sonucunu etkileyebilen davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Lindgreen, 2005; Bayrak ve Kanbur, 2022). Bu davranışlar, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemler için anne ve bebek sağlığını doğrudan etkilemektedir (Bayrak ve Kanbur, 2022; McDougall ve ark., 2021). Gebelikte geliştirilen olumlu sağlık davranışları kadının yaşam kalitesini yükseltmekte, gebeliğini sağlıklı ve mutlu geçirmesi ile iyilik halinin sürdürülmesine yardım etmektedir (Deniz, 2019; Aksoy, 2018; Ma ve ark., 2020). Kaliteli sağlık uygulamaları gebelik ve sonuçlarını olumlu etkilerken, riskli ve olumsuz sağlık uygulamaları olumsuz etkilerle bağlantılıdır. Yapılan bir çalışmada, istenmeyen gebeliği olanlarda önerilen vitamin ve folik asit desteğinin alınmadığı, yeterli ve dengeli kilo alımının olmadığı ve sigara kullanma oranının yüksek bulunduğu görülmüştür (Yanikkerem ve ark., 2013; Koldaş Mir, 2021). Gebelikte olumlu sağlık davranışları; prenatal bakım, genel bakım ve hijyen, yolculuk ve araç kullanımı, cinsellik, kafein tüketimi, sigara ve alkol kullanımı, bağışıklama, madde kullanımı, beslenme ve kilo alımı, egzersiz, gebelik sınıfları, ağız ve diş sağlığı ile uyku ve dinlenmeyi kapsamaktadır (Lindgreen, 2005; Bayrak ve Kanbur, 2022; McDougall ve ark., 2021; Deniz, 2019; Aksoy, 2018; Ma ve ark., 2020; Alhusen ve ark., 2016).

2.2.1. Prenatal Bakım

Ana ve çocuk sağlığının korunması ile sürdürülmesinde koruyucu sağlık hizmeti olan prenatal bakım (doğum öncesi bakım-DÖB); gebe ve fetüsün tüm gebelik boyunca profesyonel sağlık personeli tarafından düzenli aralıklarla, gerekli tarama, takip ve danışmanlık yapılarak izlenmesi ve değerlendirilmesidir (Deniz, 2019; Taşkın, 2012; Bilici, 2019; ACOG, 2018). Amacı; gebelik öncesi olan ya da gebeliğe bağlı meydana gelebilecek sağlık sorunlarının erken dönemde tanı ve tedavisinin sağlanması, maternal ve fetal mortalite ve morbiditenin oranlarının azaltılmasını sağlamaktır (Taşkın, 2012; Koldaş Mir, 2021). Global olarak gebe kadınların %86'sı sağlık profesyonellerinden en az bir kez prenatal bakım alırken, sadece %62'si yeterli sayıda bakım almaktadır (UNICEF, 2015). Ülkemizdeki konu

ile ilgili verilere bakıldığında; yeterli sayıda prenatal bakım alan gebe kadınların oranı 2003’de %54 iken, 2008’de %74, 2013’de %89 ve 2018’de %90 olarak belirlenmiştir (TNSA, 2018). DSÖ’nün ‘Güvenli Annelik Paket’inde önemle vurguladığı prenatal bakım hizmetlerinin; planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve niteliğinin artırılmasında kadın sağlığı alanında çalışan hemşire ve ebelere araştırmacı, eğitici, savunucu, yönetici ve uygulayıcı rolleri kapsamında önemli görevler düşmektedir (Aksu ve Akgün, 2020).

2.2.2. Gebelikte Genel Bakım ve Hijyen

Gebelikte enfeksiyonel hastalıkların önlenmesi için gebelerde kişisel bakımın sağlanması gerekmektedir. Gebelikte enfeksiyon morbidite nedeni olabildiği gibi maternal mortalitenin ilk nedenleri arasında sayılabilmektedir. Literatürde yetersiz hijyen uygulamalarının gebelikte üriner ve genital sistem enfeksiyonlarının artmasına neden olduğu belirtilmiştir (Bilici, 2019; Daşkan ve ark., 2015; Badran ve ark., 2015). Bu enfeksiyonların riskini artıran faktörler; korunmasız cinsel ilişki, iç çamaşırı ve pedlerin sık değiştirilmemesi, sık sık vajinal duş alma, genital temizliğin kimyasal maddelerle yapılması olarak görülmektedir. Yüksek derecede uzun süre sıcak su ve ateşe maruziyet nöral tüp defektleri ile ilişkili bulunmuştur (Agopian ve ark., 2013). Gebe perine bölgesini temiz ve kuru tutmalı bu bölgede kimyasal içerikli maddeler kullanmaması önerilmektedir. Günlük kullanımdaki giysileri için pamuklu, hava alan, vücuda uygun çamaşırlar tercih edilmeli ve sık sık kıyafet değişimi yapılması önerilmektedir (Taşkın, 2012; Akkaş, 2021; Deniz, 2019; Sezer Balcı, 2020).

2.2.3. Gebelikte Yolculuk ve Araç kullanımı

Gebelik döneminde herhangi bir sağlık sorun olmaması şartıyla 36. haftaya kadar kadınların tatil ya da yaşadığı yer dışında herhangi bir yeri seyahat etmesinde kısıtlama yoktur. Gebelerin ikinci trimesteri fetal kayıp riskinin azalmış olması nedeniyle yolculuğa en uygun gebelik dönemidir. Gebelikte seyahat riskine neden olan sorunlar; preeklampsi, erken membran rüptürü (EMR), erken doğum riski olan

ve birden fazla fetus taşınması olarak görülmektedir. Kadınlar bu seyahatlerinde rahat kıyafetler tercih etmeli, düz ayakkabı veya terlik tercih etmeli, hafif ve gaz yapmayan besin ve su tüketimine özen göstermelidir. Araç kullanımında ise gebelerin direksiyonu rahatça yönlendirecek şekilde pozisyon alması, emniyet alt kemeri abdomenin altından yerleştirmesi gerekmektedir. Gebeliğini evinden uzakta geçirmeyi planlıyorsa, kalacağı yerin yakınındaki sağlık kuruluşlarını tespit etmeli ve bir komplikasyon durumunda hemen başvurmalıdır (Taşkın, 2012; Akkaş, 2021; Deniz, 2019; Coşkun Çelik, 2021; Sezer Balcı, 2020).

2.2.4. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Gebeliğin ilk trimesterındaki uykuya meyilli olma, memelerde hassasiyet, yorgunluk, bulantı, kusma, beden imajında bozulma hissi, vajinal salgıların değişimi cinsel istekte artış veya azalışa neden olabilmektedir. İkinci trimesterde ise bu değişimlere uyum sağlama cinsel istekte artış görülebilir. Son trimesterde ise gebeliğin getirdiği fizyolojik değişikliklerin artması ile cinsel istekte azalma görülür (Bilici, 2019; Güleröglü ve Beşer, 2014).

Gebelikte, servikal yetmezlik, EMR riski, abortus veya preterm eylem, kanama, plasenta previa, çoğul gebelik, genital yol enfeksiyonları, cinsel partnerinde cinsel yolla bulaşan enfeksiyon varlığı durumlarında cinsel ilişki yaşamaması önerilmektedir. Bunun dışında sağlıklı bir gebenin gebeliğinin son dört haftasına kadar cinsel ilişki yaşamamasında bir sakınca yoktur. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar için, çok eşli bir hayata sahip olma ve korunmasız cinsel ilişkiye girmek riskli davranışlar arasındadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların fetüse etkileri arasında; ölü doğum, DDAB, göz enfeksiyonları, zatüre, kan enfeksiyonu, nörolojik bozukluklar, işitme kaybı, akut hepatit, menenjit, kronik akciğer hastalıklarını sayılmaktadır. Tedavinin pahalı ve zorlu olması sebebiyle bu hastalıklardan korunmak birincil amaç olmalıdır. Gebede riskli cinsel davranışlar erken tespit edilerek sağlığın korunması ve sürdürülmesi için gereken önlemler alınmalıdır (Taşkın, 2012; Deniz, 2019; Çaycı Esen, 2019; Bilici 2019).

2.2.5. Gebelik ve Kafein Tüketimi

Gebelikte döneminde günlük 100-150 mg kafein alımının normal olduğu daha fazla maternal ve fetal risklerin arttığı bilinmektedir (Rhee ve ark., 2015). Özellikle 300 mg üstü kafein alımının, abortus, fetal ölüm, intrauterin gelişme geriliğine, prematüre eylem, DDAB ile ilişkili olduğu ayrıca çocuğun obeziteye yakalanma riskini, annenin diyabetes mellitus (DM) riskinin arttırdığı düşünülmektedir. Sağlık personelleri prenatal takiplerinde günlük kafein kullanımını sorgulanmalı ve konu ile ilgili danışmanlık yapılması önerilmelidir (Deniz, 2019; Akkaş, 2021; Sezgin ve Aydın Kartal, 2021).

2.2.6. Gebelikte Sigara Kullanımı

Gebelik döneminde sigara kullanımı veya pasif içiciliği maternal ve fetal zararlarından dolayı önemli bir halk sağlığı sorundur. Dünyada her 4 kadından birinin gebeliğinde aktif sigara içtiği tahmin edilmektedir (Yalnız Dilcen ve ark., 2021). Türkiye’de ise kadınların gebelikte sigara içme oranları sırasıyla %10,4, %12,6, %23,9 olarak belirlenmiştir (Ergin ve ark., 2020; Mutlu ve Varol Saraçoğlu, 2014).

Çalışmalar gebelikte sigara kullanan kadınlarda; spontan abortus, prematür eylem, ablasyo plasenta görülebildiğini yenidoğanların da DDAB ve ani bebek ölümü riski ile karşı karşıya kaldığını göstermektedir. Sigara kullanan gebelerin çocuklarında uzun dönem içerisinde, nörogelişimsel problemler, çocukluk çağı kanserleri, düşük akciğer kapasitesi, astım ve akciğer hastalıkları, çocuklarda öğrenme bozuklukları ve davranış problemleri gibi psikiyatrik bozuklukların görülme oranını arttırmaktadır (Kurtuluş ve ark., 2020; Deniz, 2019; Akkaş, 2021; Sezgin ve Aydın Kartal, 2021; Heslehurst ve ark., 2020; Sutin ve ark., 2018). Gebelerde aktif ve pasif sigara içiciliğinin önlenmesi, sağlık çalışanlarının önemli sorumluluklarından biri olarak değerlendirilmelidir.

2.2.7. Gebelikte Alkol Kullanımı

Gebelikte alkol tüketimi giderek artmakta olup bir meta-analiz çalışmasında global olarak bu oranın %9,8 olarak bulunmuş ve bunun sonucu olarak da her yıl yaklaşık olarak 119 bin fetal alkol sendromu ile bebek doğduğu tahmin edilmektedir (Popova ve ark., 2016). Gebelikte alkol kullanımı; spontan düşük, preterm doğum, DDAB, mental retardasyon, büyüme geriliği, konjenital kalp yetmezliğine neden olmaktadır. Prenatal izlemlerde gebelerin alkol kullanım durumu sorgulanmalı ve kullanan gebelerde risklerini açıklamalı, rehabilitasyon programlarına katılımları sağlanmalıdır (Deniz, 2019; Akkaş, 2021; Çaycı Esen, 2019).

2.2.8. Gebelikte Bağışıklama ve İlaç Kullanımı

Gebelik dönemindeki bağışıklama gebe, fetüs ve yeni doğanı etkileyebilecek enfeksiyon hastalıkları için, maternal antikör düzeyini artırmak, fetüste doğumdan hemen sonra pasif koruma sağlamak için en önemli seçenektir. Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesine göre toksoid ve inaktif virüs/bakteri aşuların fetüs için risk oluşturmazken canlı, bakteri ve zayıflatılmış virüs aşularının uygulanmaması gerektiğini belirtmektedir. Bu nedenle gebelikte hepatit B, inaktif influenza, tetanoz, difteri ve boğmaca aşularının rutin olarak uygulanması komite tarafından önerilmektedir (Maertens ve ark., 2020; Dereli ve ark., 2021).

Gebeliğin ilk 12 haftalık dönemindeki ilaç kullanımının teratojenik etkisi diğer dönemlere göre çok daha fazladır. Bu dönemde vitamin takviyesi, demir preparatları, folik asit dışındaki ilaçların kullanımı hem anne hem fetüs yönünden dikkatle değerlendirip fayda ve zarar duruma göre karar verilmelidir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada antidepresan, antibiyotik ve analjezik grubu ilaçların gebelikte en sık kullanılan ilaçlar olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarına prekonsepsiyonel dönemden itibaren gebelik planlayan ve gebelerin ilaç kullanımı ile ilgili eğitim almaları gerektiği önerilmiştir (Göker ve ark., 2012). Yapılan başka bir retrospektif araştırmada ise ilk trimesterde potansiyel teratojenik ilaç kullanımı %15'den %19'a yükseldiği görülmüştür (Engeland ve ark., 2018). Sağlık profesyonelleri prenatal izlemlerde gebelikte ilaç kullanımında dikkatli olunması

konusunda gebelere eğitim ve danışmanlık vermelidir (Deniz, 2019; Akkaş, 2021; Sezgin ve Aydın Kartal, 2021; Sezer Balcı 2020; Koldaş Mir, 2021).

2.2.9. Gebelik ve Madde Kullanımı

Gebelikte madde kullanımı, eğitimler ve farkındalığın artmasına rağmen son yıllarda artışa geçmiştir. Bağımlılık yapıcı maddeler kokain, eroin, esrar gibi yasa dışı maddeler; amfetamin, benzodiazepinler ve opiyadik analjezikler gibi reçete ile verilen ilaçlar ya da yasal denetimlere tabi olmayan uçucular olarak sıralanabilir. Gebelikte bu maddelerin kullanımı intra uterin gelişim geriliği, DDAB, ablasyo plasenta, EMR, maternal kardiyovasküler/solunum yetmezlik, preterm eylem, plasenta previa, doğum sonu kanama, intrauterin gelişim geriliği, özellikle merkezi sinir sisteminde konjenital anomalilere yol açmaktadır. Kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin madde kötüye kullanımını engelleyici girişimlerde bulunmaları, madde bağımlılığı konusunda şüpheli davranışları böylece madde kullanan gebe kadınları erken dönemde belirlemeleri gerekmektedir (Yalçıntürk, 2017; Viteri ve ark., 2015; Deniz, 2019; Bilici, 2019; Çaycı Esen, 2019).

2.2.10. Gebelikte Beslenme

Kadınların gebelik döneminde annenin dokularında meydana gelen büyüme, fetüs ve plasenta varlığı nedeniyle beslenmeye olan ihtiyacı artmaktadır. Gebenin ve fetüsün ihtiyaç duydukları enerjinin karşılanması için günde 2200-2900 arasında dengeli kalori alımı sağlanmalıdır. Enerjinin %50-60'ı karbonhidratlardan, %12-15'i proteinlerden, %25-30'u yağlardan alınmalıdır. Vitamin ve mineraller için gereksinim %20-100 kadar artmaktadır. Yetersiz beslenen toplumun bebek ölüm hızı yeterli beslenen toplumun bebek ölüm hızından 10 kat fazla olduğu bildirilmiştir (Coşkun Çelik, 2021). Gebelik sürecinde annenin besin gruplarına olan ihtiyacında artış olmaktadır. Gebelikte alınan protein grubu besinler, fetusun büyümesini ve dokuların yenilenmesini, meme ve uterustaki anne dokularındaki artışındaki aminoasitleri karşılamaktadır. Gebelikte karbonhidrat alımı ile artan enerji ihtiyacı, ağırlık artışı, fetus, plasenta ve anne dokularındaki gelişmeye katkı sağlar.

Vitaminler, alınan besinlerin vücutta kullanımı, sinir ve sindirim sisteminin gelişmesi ve büyümesi, mineraller ise fetusun büyümesi ve gelişmesi için gereklidir. Tüm bu besinlerin vücutta kullanımı ve sindirimi için suyun alımı önemli olup gebe bir kadının günde en az 10-12 bardak su içmesi gerekmektedir (İmancioğlu, 2020). Gebelikle birlikte annenin tüm besin gruplarına olan ihtiyacı yaşamının diğer dönemlerine göre artması nedeniyle özel bir diyet ile besin alımının kontrolü önem kazanmıştır. Beslenme, özellikle risk grubu olarak tanımlanan adölesan dönem gebelik, gebede anemi varlığı, gebelik öncesi anormal kilo alımı, çok sayıda gebelik olması, hastalık öyküsü, sigara içme ve alkol alışkanlığı olan gebe olgularında önemi çok daha fazladır. Gebelikte fetusun beyin gelişimini etkileyen başlıca besin öğeleri, iyot, demir, çinko, folik asit, B-12, B-6, E ve A vitaminleri ve elzem yağ asitleridir. Kadınlar gebelik öncesi veya sonrası sayılan bu besinlerden yeterli miktarda alamaması bebeğin zihinsel gelişim problemleri ile doğmasına neden olmaktadır. Gebelikte düzenli ve sağlıklı beslenme ile zamanında doğan ve gelişimini tamamlamış bir fetus, riskli olmayan bir gebelik ve doğum süreci, ayrıca pozitif bir laktasyon süreci geçirilmektedir. Gebelikte beslenme desteği önemle ele alınması gereken bir konudur. Öncelikle gebelerin yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması ve eksiklik durumlarında gerekli desteğin alınması gerekmektedir (Deniz, 2019; Akkaş, 2021; Hyde ve ark., 2017; Güler ve ark., 2019).

2.2.11. Gebelik ve Kilo Alımı

Gebelikte kadınların aldığı kilo, fetusun büyümesi ve doğum kilosunu etkilemektedir. Prekonsepsiyonel ve prenatal dönemde gerekli ölçümler yapılarak Beden Kütle İndeksi (BKİ) hesaplanmalı, gebelik sırasında alması gereken kilo belirlenmelidir. Kadınların gebelik öncesi BKİ değerlerine göre gebelik boyunca önerilen kilo alımı;

- Zayıf (BKİ: ≤ 18.5 kg/m²) : 12.5-18 kg
- Normal (BKİ: 18.5-24.9 kg/m²) : 11.5-16 kg
- Şişman (BKİ: 25.0-29.9 kg/m²) : 7-11.5 kg
- Obez (BKİ: ≥ 30.0 kg/m²) : 5-9 kg'dır (Deniz, 2019; İmancioğlu, 2020; Oechsle ve ark., 2020).

Gebelikte fazla alınan kilo nedeni ile makrozomi sıklığında artma, uzamış gebelik, uzun ve zor doğum, fetus anomalisi, mekonyumlu bebek doğma, pospartum hemoraji, fetusta travma, yenidoğan resüsitasyonu, annede diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi riskler bulunmaktadır. Yetersiz kilo alımı nedeni ile perinatal mortalite artışı, erken doğum, DDAB doğma riski artmaktadır (Heslehurst ve ark., 2020).

2.2.12. Gebelikte Egzersiz

Gebelerin tıbbi komplikasyonu olmadığı sürece egzersiz yapmaları yararlı bir etkinlik olarak görülmektedir. Egzersiz yapmanın faydaları bilinse de gebelerin bu süreçte bebeğine zarar verebileceği düşüncesi ile yeterince egzersiz yapmaktan kaçındıkları bilinmektedir. Gebelikte fiziksel aktivite yetersizliği nedeniyle annede bulantı, kusma, yorgunluk, uykululuk hali artabilmektedir. Gebelikte yürüyüş gibi hafif egzersizler önerilmekte iken dalış, su kayağı, ata binme, kayak yapma, raket sporları, voleybol, basketbol, futbol gibi gebeyi yoracak ve yaralanma riski bulunan sporlar önerilmemektedir. Gebelikte düzenli egzersiz yapmanın faydaları arasında; bulantı kusmada azalma, eklem ağrılarında azalma, beden imajını yükseltme, postür bozukluklarını önleme, nefes darlığını azaltma, varis oluşumunu önleme, kabızlığı önleme, doğum sürecinde kısılma ve epizyotomi gereksiniminde azalma sayılabilmektedir (İmancioğlu, 2020; Akkaş, 2021; Barakat ve Perales, 2016; Çaycı Esen, 2019).

2.2.13. Gebelikte Ağız ve Diş Sağlığı

Gebelikte artan östrojen düzeyinin artmasıyla değişen pH değeri ile ağızda ve diş etlerinde hipertrofi, hiperemi, gingivitis, diş çürükleri, iritasyon ve kanamaya neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada, gebelikte gingivitis olanların ağız ve diş sağlığının, gebe olmayan kadınlara göre daha zayıf olduğu görülmüştür (Göktürk ve Yarkaç, 2019). Yapılan diğer bir araştırmada gebelerin özellikle multiparların ağız ve diş sağlığına yönelik bilgilerinin ve alışkanlıklarının yeterli olmadığı belirlenmiştir (Kaydırak ve ark., 2018). Tedavinin zamanında yapılmaması bu rahatsızlığın geri

dönüşü olmayan kalıcı hasarlar bırakmasını sağlamaktadır. Gebelerin kusması mide asitinin ağza gelmesi nedeniyle diş çürüklerine zemin hazırlayabilmektedir. Gebelerde ağız kuruluğu ve ağız kokusu da sık görülen problemler arasındadır. Diş sağlığını korumak ve sürdürmek için gebelerde dişler öğünlerden sonra ve yatmadan önce fırçalanmalı, genel diş tedavisi ve çekimi lokal anestezi altında yapılmalı, röntgen çekimi ve diş tedavisi doğum sonrası yapılmalıdır (Akkaş, 2021; Deniz, 2019; Bilici, 2019).

2.2.14. Gebelikte Dinlenme ve Uyku

Gebelikte ilk trimesterde başlayıp özellikle üçüncü trimesterde uyku sorunları yaşanmaktadır (Deniz, 2019; Koldaş Mir, 2021). Yapılan çalışmalarda gebelikte uyku kalitesinin bulantı, sırt ağrısı, hormonal değişimler, fetüsün büyümesi, sık idrara çıkma, bacak krampları, huzursuz bacak sendromu, horlama gibi semptomlardan etkilendiğini bildirmektedir (Koldaş Mir, 2021; Özhüner ve Çelik, 2019; Gündüz ve Yıldız, 2021). Gebe için en uygun uyku pozisyonu olarak sol yan tarafına dönerek yatması ve hafif bükülmüş sağ bacağın altına bir yastıkla destek yapılması önerilir. Gebe kadının sert bir yatakta yatması ve kendini en rahat hissettiği pozisyonda olması da rahat bir uyku sürmesine yardımcı olmaktadır. Prenatal takiplerde gebelerin uyku kalitesi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile risk faktörlerinin belirlenip uygun danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilmektedir. (Akkaş, 2021; Deniz, 2019; Koldaş Mir, 2021; Özhüner ve Çelik, 2019; Gündüz ve Yıldız, 2021).

2.2.15. Doğuma Hazırlık Sınıfları

Gebelik ve doğum tüm kültürler için, yaşamın olağan bir parçası olarak kabul edilmesi ile birlikte bireylerin aileye katılacak olan bebeğe alışması ve bu süreçte adaptasyon geliştirmesi önem kazanmıştır. Çiftlerin bu süreçte kendi bakım sorumluluğunu almaları ve bu süreci kolay ve anlamlı bir şekilde atlatabilmeleri için verilen eğitimlere katılmaları gerekmektedir. Doğuma hazırlık sınıfları gebelik döneminin erken ve geç dönem hazırlık sınıfları olmak üzere iki şekilde

verilebilmektedir. Erken dönem için konsepsiyon öncesi ve ilk trimesteri kapsarken, geç dönem hazırlık sınıfları ikinci ve üçüncü trimesteri kapsamaktadır. Eğitim içeriği gebelik, doğum ve bu süreçlerle baş etme yöntemleri, erken doğum belirtileri, ebeveyn olma, emzirme, aile planlaması ve çocuk bakımı konularını kapsamaktadır. Doğum öncesi verilen eğitimlerin gebelikte yaşanan problemleri azalttığı, gebelerin yaşam kalitesinin arttırdığı, depresyon riskini azalttığı ve anne ile bebeğin bağlanma düzeyinde artış sağladığı görülmektedir (İmancıoğlu, 2020; Çaycı Esen, 2019; Akın ve ark., 2018; Kartal ve Karaman, 2018)

2.2.16. Gebelik ve Bitkisel Terapi Kullanma

Kadınların destekleyici ilaçları kullanarak doğal ve yan etkilerinin olmadığını düşünmeleri, gebelik sürecinde tıbbi tedaviden uzak durmalarına neden olabilmektedir. Bitkisel ilaç kullanımı az da olsa gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere dünyanın farklı yerlerinde yaygın olan bir uygulamadır. Yeterli kanıt olmasa da bitkisel ürünlerin kullanımının, fetal morbidite ve mortaliteyi artırabileceği unutulmamalıdır. Kıssal ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada gebelerin %47,3'ünün gebelikte en az bir kere bitkisel ürün kullandıkları görülmüştür. Çalışmaya göre ıhlamur, nane-limon, zencefil en çok kullanılan bitkiler olup gebelerin bu bitkileri sağlık personellerine danışmadan aldıkları belirlenmiştir (Kıssal ve ark., 2017). En yaygın olarak kullanılan bitkisel ürünler zencefil, papatya, nane, ekinezya, kızılıçık, sarımsak, ahududu, kediotu, çemen otu, rezene, bitkisel harmanlar, yeşil ve siyah çaylar olarak sayılabilmektedir. Gebelikte kontrollerinde gebe ve ailesiyle bitkilerin kullanılması hakkında konuşulması, bilgi düzeyleri ölçülmesi ve uygun danışmanlık verilmesi önemlidir. (Aljofan ve Alkhamaiseh, 2020; Bilici, 2019).

2.3. Gebelikte Olumlu Sağlık Uygulamalarında Hemşirenin Rolü

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, bireylerin ve toplumun sağlığını tehdit eden unsurların farkında olmak, kişilerin farkındalığını arttırmak hemşireliğin en önemli koruyucu görevlerinden biridir. Gebelik döneminde uygulanan sağlık davranışlarının anne ve fetusun sağlığını etkilediği, sağlıklı bir

gebelik sonucu ve sağlıklı bir nesil elde edilmesi için gebelerin olumlu sağlık davranışı edinmesi gereklidir. Bu davranışın gebelere kazandırılabilmesi için DÖB hizmetlerinin önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. DÖB kapsamında gebelere olumlu sağlık davranışı kazandırmak için hemşirelik girişimlerinde; kadının gebeliğe adapte edilmesi, gebeliğe bağlı oluşan komplikasyonları azaltma, anne ve fetus sağlığını etkileyen sorunları erken tespitte yer verilmelidir. Gebe takibi yapan hemşirenin gebenin içinde bulunduğu durum ve hayat tarzı ile ilgili günlük alışkanlıklarını öğrenmelidir. Bu alışkanlıklar arasında gebenin beslenme alışkanlığı, uyku düzeni, fiziksel aktivite düzeyi, hijyen alışkanlığı, aile ve sosyal destek mekanizmaları olarak sayılabilmektedir. Gebelerin öğrenilen günlük alışkanlıklarında belirlenen olumsuz sağlık davranışı için hemşirelerin rol model ve danışman olarak sağlığı geliştirici davranışlar hakkında öneriler sunmalıdır. Kadına gebelik süreci için verilecek eğitim kapsamında ilk trimesterde fiziksel değişimleri, kontrasepsiyon, fetusun gelişimi, gebeliğe bağlı belirti ve bulgular üzerine eğitim verilmelidir. İkinci trimesterde cinsel yaşam, egzersiz, beslenme ve fetal hareketler son trimesterde ise doğuma hazırlık, doğum belirtileri, doğum, emzirme eğitimi ve postpartum süreci eğitim kapsamına alınmalıdır. Gebelik sürecinde hemşireler, gebeyi olumlu sağlık davranışı hakkında bilgilendirmek, olumlu sağlık davranışı geliştiren gebenin sağlığına olumlu etkisini görerek farkındalığının artması, sağlığını etkileyecek riskli sağlık davranışlarından uzaklaşmasını sağlamak, tutum, davranış ve beceri geliştirmesini sağlamaktır (Akkaş, 2021; Aksoy, 2018; Coşkun Çelik, 2021; İmancioğlu, 2020).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, gebelerde depresyon ile olumlu sağlık uygulamaları düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerinde 01.06.2021-31.08.2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları için 15 poliklinik bulunurken 1 poliklinik perinataloji polikliniği olarak yürütülmektedir. Bu polikliniklerde 15 doktor ve ebe/hemşire sağlık personeli hizmet vermektedir. Ayrıca gebe okulu ve NST birimi de bulunmaktadır. Gebe okulunda 4 ebe/hemşire, NST biriminde 2 ebe/hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini; Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinde Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerine son bir yıl içinde gebe muayenesi için başvuran 22.500 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü ise G*Power 3.1.7 programı ile Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ)'nin (min=34, max=170) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmasından elde edilen veriler kullanılarak, %95 güç aralığı, $\alpha=0,05$ düzeyi, bilinen puan ortalaması (130.26 ± 10.79) ve 1 puanlık sapma içinde 400 gebe olarak hesaplanmıştır (Er, 2006). Araştırma, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinde Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerinde randevu alan gebelerin protokol numaralarına göre basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilerek araştırmaya katılmayı kabul eden, alınma kriterlerini taşıyan ve veri kaybını

önlemek amacıyla hesaplanan örneklem sayısının % 5 fazlası alınarak 420 gebe ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya katılan gebeler belirli kriterler doğrultusunda araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- İletişim güçlüğü bulunmamak,
- Herhangi bir ruhsal sıkıntı ve buna yönelik tedavi alıyor olmamak,
- Herhangi bir kronik hastalığı bulunmamak,
- Riskli gebelik öyküsü bulunmamak.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak,
- İletişim güçlüğü bulunmak,
- Herhangi bir ruhsal sıkıntı ve buna yönelik tedavi alıyor olmak,
- Herhangi bir kronik hastalığı bulunmak,
- Riskli gebelik öyküsü bulunmak.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eş eğitim durumu, eş çalışma durumu, yaşadığı yer, maddi durum, aile tipi) ve obstetrik özelliklerine yönelik değişkenlerdir.

Bağımlı değişkenler: Araştırmaya katılan gebelerin ‘Gebelikteki Sağlık Uygulamaları Ölçeği-GSUÖ’ ve ‘Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ’ puan ortalamalarıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri; gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik “Tanıtıcı Bilgi Formu”, gebelikte sağlık uygulamaları düzeyinin belirlendiği “Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ)” ve depresyon düzeyinin belirlendiği “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” ile toplanmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı hazırlanmış olup; gebelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eş eğitim durumu, eş çalışma durumu, yaşadığı yer, maddi durum, aile tipi, gebelik isteme durumu, gebelik haftası, doğum öncesi bakım alma, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve eşin ev işlerinde yardımını içeren toplam 14 sorudan oluşmaktadır (Koldaş Mir, 2021; Çaycı Esen, 2019).

3.6.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) (EK-3)

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ), gebelik süresince yapılan sağlık uygulamalarını değerlendirmek amacıyla Lindgren (2005) tarafından geliştirilmiş olup Er (2006) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Lindgren, 2005; Er, 2006). Ölçeğin Türkçe formu 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçek gebelerdeki sağlık uygulamalarının yeterliliğini altı alanla (dinlenme ve egzersizi ölçmek, güvenliği ölçmek, beslenme, zararlı maddeler ile ilişkiyi ölçmek, sağlık bakımı almak ve bilgi edinme) belirlemektedir (Deniz, 2019). Ölçekteki 1.-16. maddeler 5’li likert tipte olup, Her zaman=5, Sık sık= 4, Ara sıra= 3, Nadiren= 2 ve Hiçbir zaman=1 puan olarak değerlendirilmektedir. 17. madde ile 33. madde arasındaki maddeler için beş seçenek bulunmaktadır ve bu seçenekler de 1 ile 5 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekte; 6, 7, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32 ve 33. maddeler ters kodlanmaktadır. Bütün maddeler toplanarak ölçek toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 165, en düşük puan 33’tür. Yüksek puan alma, gebeliğe önemli getirisi olan yüksek kalitede sağlık uygulamalarını ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı 0.75 olarak

saptanmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.81 olarak bulunmuştur (Er, 2006). Çalışmamızda Cronbach's alpha katsayısı ise 0,82 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-4)

Beck Depresyon Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından 1978'de sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan kendini değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir (Beck ve ark., 1978). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır (Hisli, 1988). Ölçek, bireylerin depresyonda görülebilen duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtilere ait bulgularını değerlendirerek depresif belirti ve tutumları hakkında bilgi sahibi olmak için kullanılmaktadır. Depresif belirti ve tutumlar 21 belirti (duygudurum, karamsarlık, başarısızlık duygusu, neşesizlik, suçluluk duygusu, cezalandırma duygusu, kendini beğenmeme, kendini suçlama, intihar düşüncesi, ağlama isteği, sinirlilik düzeyi, sosyal yalnızlık, kararsızlık, beden algısının değişimi, çalışmama, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, somatik yakınma ve libido kaybı) altında toplanmış ve gösterilen davranışın şiddetine göre 0 ile 3 arası puanlandırılmıştır. Ölçekten elde edilen toplam puan depresyon puanı olarak değerlendirilmektedir. Beck Depresyon Ölçeği için kesme puanı 17 olarak belirlenmiş olup toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin arttığını göstermektedir. Beck Depresyon Ölçeği puanlama kriterleri şöyledir:

0 - 9 puan: Minimal depresif semptom,

10-16 puan: Hafif derecede depresif semptom,

17 - 24 puan: Orta derecede depresif semptom,

25 ve üzeri puan: Ciddi depresif semptom şeklinde belirlenmektedir (Zaman ve ark., 2018; Hisli,1988). Çalışmamızda Cronbach's alpha katsayısı ise 0,91 olarak belirlenmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerine 1 Haziran- 31 Ağustos 2021 tarihleri arasında muayene olmak üzere başvuran ve örneklem seçimine uyan gebe kadınlara; çalışmanın amacı ve veri toplama araçları hakkında bilgilendirme yapılarak onamları alınmış ardından tanıtıcı bilgi formu ve ölçeklerin uygulanması ile toplanmıştır. Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmış olup veri toplama süresi yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin Statistical Package for the Social Sciences 25 (SPSS 25.0) programı kullanılarak analizleri yapılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Sürekli verilerin normallik varsayımını karşılama durumu Kolmogorog Simirnov Testi ve basıklık çarpıklık katsayısının +1.5, -1.5 arasında olma durumuna göre değerlendirilmiştir. Normallik varsayımı sağlandığından iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında student's t testi, üç veya daha fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında ANOVA (post hoc: Bonferroni) testi kullanılmıştır. Değişkenlerin aralarındaki ilişki korelasyon analizi ile analiz edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla "Güvenilirlik Analizi" yapılmıştır. Anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

3.9. Araştırmada Etik Konular

Araştırma için Balıkesir Üniversitesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan (Karar No=2021/36, EK-5), Kurum izni içinde Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü'nden (12.07.2021, EK-6) izin alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için geçerlik güvenilirliğini yapan araştırmacılardan email yoluyla onay alınmıştır (EK-7). Gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş araştırma ile ilgili "Bilgilendirilmiş Onam

Formu'' (Ek-1) alınmıştır. Gizlilik ilkesine bağlı kalınarak araştırmaya katılanların kimlik bilgileri kullanılmamıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Kadın ve Doğum Polikliniğine muayene için başvuru yapan gebeler ile sınırlandırılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmada bulgular 4 bölümde verilmiştir.

- 1.Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular,
- 2.Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğine (GSUÖ) ilişkin bulgular,
- 3.Gebelerin Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) ilişkin bulgular,
- 4.Gebelerin Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almıştır.

4.1. Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının 28.36 ± 5.013 olup %44.0'ının lise mezunu, %81.9'unun maddi durumunun orta, %78.3'ünün çekirdek aileye mensup olduğu, %68.8'inin çalışmadığı ve %53.8'inin ilde yaşadığı belirlenmiştir. Gebelerin eşlerinin %60.0'mının lise mezunu olduğu ve %92.1'inin çalıştığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların obstetrik özelliklerine bakıldığında; %29.3'ünün 1.trimestir (0-13.hafta), %44.5'inin 2.trimestir (14-26.hafta) ve %26.2'sinin 3.trimestir (27-42.hafta) gebelik haftasında olduğu görülmüştür. Katılımcıların %70.2'sinin isteyerek gebe kaldığı, %15.5'inin doğum öncesi bakım almazken %59.5'inin yetersiz doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir. Gebelerin %15.5'i 4 ve üzerinde gebelik yaşadığını, %31.7'si 2 ve üzerinde yaşayan çocuk sahibi olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca gebelerin eşlerinin %61.9'unun orta derecede yardım ettiği, %11.7'sinin ise hiç yardımcı olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımı (n=420).

Değişkenler	n (%)*
Yaş	
X±SS	28.36±5.013
(Min;Max)	(17;51)
Eğitim durumu	
İlköğretim ve altı	148 (35.2)
Lise mezunu	185 (44.0)
Üniversite ve üstü	87 (20.8)
Çalışma durumu	
Çalışıyor	131 (31.2)
Çalışmıyor	289 (68.8)
Eş eğitim durumu	
İlköğretim ve altı	38 (9.0)
Lise mezunu	252 (60.0)
Üniversite ve üstü	130 (31.0)
Eş çalışma durumu	
Çalışıyor	387 (92.1)
Çalışmıyor	33 (7.9)
Yaşanılan yer	
İl	226 (53.8)
İlçe/köy	194 (46.2)
Maddi durum	
İyi	58 (13.8)
Orta	344 (81.9)
Kötü	18 (4.3)
Aile Tipi	
Çekirdek	329 (78.3)
Geniş	91 (21.7)
Gebelik İsteme Durumu	
İsteyerek gebe kaldım	295 (70.2)
İstemedemden gebe kaldım	64 (15.2)
İstemedemden gebe kaldım ama şuan istiyorum	61 (14.6)

Tablo 4.1. (devam). Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımı (n=420).

Gebelik haftası	
1.Trimester (0-13 haft.)	123 (29.3)
2.Trimester (14-26 haft.)	187 (44.5)
3.Trimester (27-42 haft.)	110 (26.2)
Doğum öncesi bakım alma	
Hiç almadım	65 (15.5)
Yetersiz	250 (59.5)
Yeterli	105 (25.0)
Gebelik Sayısı	
1	114 (27.1)
2	171 (40.7)
3	70 (16.7)
4+	65 (15.5)
Yaşayan çocuk sayısı	
0	76 (18.1)
1	211 (50.2)
2+	133 (31.7)
Eşin yardım etme durumu	
Çok yardımcı oluyor	25 (6.0)
Orta derece yardımcı oluyor	260 (61.9)
Az yardımcı oluyor	86 (20.4)
Hiç yardımcı olmuyor	49 (11.7)
Toplam	420 (100.0)

*Sütun yüzdesi, X = Ortalama, SS = Standart sapma

4.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğine (GSUÖ) ilişkin bulgular

GSUÖ ve BDÖ'ne ait güvenilirlik katsayıları 0.825-0.917 arasında değişkenlik göstermektedir (Tablo 4.2.). Ölçeklerin yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2. Gebelikte GSUÖ ve BDÖ' ne ilişkin güvenilirlik katsayıları.

	İfade Sayısı	Güvenilirlik
Gebelikte sağlık uygulamaları	32	0.825
Depresyon	21	0.917

Araştırmaya katılan gebelerin GSUÖ toplam puan ortalaması 139.28 ± 11.30 'dır (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Gebelerde Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) puan ortalaması.

Ölçek	Min	Max	\bar{X}	SS	Çarpıklık	Basıklık
Gebelikte Sağlık Uygulamaları	89	199	139.28	11.30	-0.489	2.437

X = Ortalama, SS = Standart sapma

Çalışmaya katılanların sosyodemografik değişkenlerinin GSUÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; lise mezunu olanların (141.55 ± 9.92) ilköğretim ve altı mezunu (136.44 ± 11.03) olanlara göre, çalışmayanların (140.05 ± 11.26) çalışanlara (137.57 ± 11.23) göre, eşi lise mezunu (140.71 ± 10.57) ile üniversite ve üzeri mezunu olanların (138.78 ± 11.42) ilköğretim ve altı mezunu (131.50 ± 12.49) olanlara göre, eşi çalışanların (140.01 ± 10.96) eşi çalışmayanlara (130.67 ± 11.75) göre, ilde yaşayanların (141.00 ± 10.61) ilçe/köyde yaşayanlara (137.27 ± 11.76) göre, maddi durumunu orta olarak ifade edenlerin (140.07 ± 11.05) iyi (137.21 ± 11.07) ve kötü (130.78 ± 12.99) olanlara göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Gebelerin yaşlarına göre ve aile tipine göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre GSUÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Değişkenler	GSUÖ puan ortalaması X±Ss	Test Değeri
Yaş		
24 ve altı	140.80± 10.46	F=2.284
25-29	138.55±10.48	p=0.078
30-34	140.60±11.74	
35+	136.40±14.13	
Eğitim durumu		
İlköğretim ve altı ^c	136.44± 11.03	F=8.709
Lise ^a	141.55 ±9.92	p=0.000
Üniversite ve üstü ^b	139.28 ±13.35	
Çalışma durumu		
Çalışıyor	137.57 ±11.23	t=-2.089
Çalışmıyor	140.05 ±11.26	p=0.037
Eş eğitim durumu		
İlköğretim ve altı ^b	131.50± 12.49	F=11.718
Lise ^a	140.71± 10.57	p=0.000
Üniversite ve üstü ^a	138.78 ±11.42	
Eş çalışma durumu		
Çalışıyor ^a	140.01 ±10.96	t=4.673
Çalışmıyor ^b	130.67 ±11.75	p=0.000
Yaşanılan yer		
İl ^a	141.00 ±10.61	t=3.409
İlçe/köy ^b	137.27 ±11.76	p=0.001

Tablo 4.4. (devam). Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre GSUÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Maddi durum		
İyi ^b	137.21 ±11.07	F=7.116
Orta ^a	140.07 ±11.05	p=0.001
Kötü ^b	130.78± 12.99	
Aile tipi		
Çekirdek	139.35 ±11.33	t=0.253
Geniş	139.01 ±11.25	p=0.801

X = Ortalama, Ss = Standart sapma, t = Student's t testi, F = ANOVA (Posthoc: Bonferroni)

Çalışmaya katılanların obstetrik değişkenlerinin GSUÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında ise; isteyerek gebe kalan (140.80±10.91) ile istemeden gebe kalan ama şu an bebeğini isteyenlerin (140.59±12.75) istemeyerek gebe olanlara (130.98±7.47) göre, 1.trimestırda olan gebelerin (142.70±12.03) 2.trimestır (138.87±9.82) ve 3.trimestırda olan gebelere (136.15±11.86) göre, doğum öncesi yetersiz bakım alan (142.64±9.88) ve doğum öncesi yeterli bakım alan gebelerin (138.19±9.58), hiç bakım almayana (128.08±11.54) göre, gebelik sayısı 2 olan (140.50±10.77) ve gebelik sayısı 1 olanın (140.06±11.55) gebelik sayısı 3 olan(138.59±11.14) ile gebelik sayısı 4 ve üzeri olanlara (135.42±11.72) göre, yaşayan çocuk sayısı 1 olanların (141.18±10.78), çocuğu olmayan (137.92±11.17) ve 2 ve üzeri çocuk sahibi olanlara (137.03±11.72) göre, eşi ev işlerinde orta derece yardımcı olanların (141.44±10.70), az yardımcı olan (139.09±9.02), çok yardımcı olan(133.76±14.54) ve hiç yardımcı olmayanlara (130.92±11.59) göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (p<0.05) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre GSUÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	GSUÖ puan ortalaması X±Ss	Test Değeri
Gebelik isteme durumu		
İsteyerek gebe kaldım ^a	140.80 ±10.91	
İstemedен gebe kaldım ^b	130.98 ±7.47	F=22.426 p=0.000
İstemedен gebe kaldım şuan istiyorum ^a	140.59 ±12.75	
Gebelik haftası		
1.trimester (0-13.haft.) ^a	142.70 ±12.03	F=10.443 p=0.000
2.trimester (14-26 haft.) ^b	138.87± 9.82	
3.trimester (27-42 haft.) ^b	136.15 ±11.86	
Doğum öncesi bakım		
Hiç ^c	128.08 ±11.54	
Yetersiz ^a	142.64 ±9.88	F=54.683 p=0.000
Yeterli ^a	138.19 ±9.58	
Gebelik sayısı		
1 ^a	140.06 ±11.55	
2 ^a	140.50 ±10.77	F=3.536 p=0.015
3 ^b	138.59 ±11.14	
4 ^b	135.42 ±11.72	

Tablo 4.5. (devam). Gebelerin obstetrik özelliklerine göre GSUÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Yaşayan çocuk sayısı		
0 ^b	137.92 ±11.17	F=6.328
1 ^a	141.18 ±10.78	p=0.002
2 ^b	137.03 ±11.72	
Eş yardımı		
Çok yardım ^b	133.76 ±14.54	
Orta derece yardım ^a	141.44 ±10.70	F=15.594
Az yardım ^b	139.09 ±9.02	p=0.000
Hiç yardım etmiyor ^b	130.92 ±11.59	

X = Ortalama, Ss = Standart sapma, t = Student's t testi, F = ANOVA (Posthoc: Bonferroni)

4.3. Gebelerin Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin BDÖ için kesme puanı 17 olarak belirlenmektedir. Buna göre Beck Depresyon Ölçeği'nden %83.3'ünün 16 puan ve altı, %16.7'sinin 17 puan ve üstü aldığı tespit edilmiştir. Gebelerin %65.2'sinin minimal, %18.1'inin hafif, %8.3'ünün orta, %8.3'ünün ciddi depresif semptomlar gösterdikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Araştırmaya katılan gebelerin BDÖ puanlarının dağılımı (n=420).

Depresyon puan grubu	Sayı (n)	Yüzde (%)*
Depresyon		
Yok (BDÖ ≤ 16)	350	83.3
Var (BDÖ ≥ 17)	70	16.7

Tablo 4.6. (devam). Araştırmaya katılan gebelerin BDÖ puanlarının dağılımı
(n=420).

Depresyon Düzeyi		
Minimal depresif semptom	274	65.2
Hafif depresif semptom	76	18.1
Orta derece depresif semptom	35	8.3
Ciddi depresif semptom	35	8.3
Toplam	420	100.0

*Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan gebelerin BDÖ toplam puan ortalaması 9.62 ± 7.92 'dir (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Gebelerde Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalaması.

Ölçek	Min	Max	\bar{X}	SS	Çarpıklık	Basıklık
Depresyon	0	39	9.62	7.92	1.449	1.536

X = Ortalama, Ss = Standart sapma

Çalışmaya katılanların sosyodemografik değişkenlerinin BDÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; çalışanların (10.98 ± 8.13), çalışmayan gebelere (9.00 ± 7.76) göre, eşi ilköğretim ve altı mezun olan grubun (12.68 ± 8.33), eşi lise mezunu (8.98 ± 7.78) ile üniversite ve üstü mezun olanlara (9.95 ± 7.91) göre, eşi çalışmayanların (19.79 ± 11.17) eşi çalışanlara göre (8.75 ± 6.94), ilde yaşayanların (10.56 ± 8.54) ilçe/köyde yaşayanlara (8.52 ± 7.00) göre, maddi durumu kötü olanların (24.78 ± 9.67) iyi (10.26 ± 7.54) ve orta olan gruplara (8.72 ± 7.05) göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Gebelerin yaşları ve eğitim durumu, aile tipine göre depresyon ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre BDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Değişkenler	BDÖ puan ortalaması X±Ss	Test Değeri
Yaş		
24 ve altı	9.38 ±7.85	
25-29	9.60 ±8.03	F=0.987
30-34	9.04 ±7.15	p=0.399
35+	11.38±9.15	
Eğitim durumu		
İlköğretim ve altı ^b	9.72 ±8.09	F=0.102
Lise ^c	9.43 ±7.75	p=0.903
Üniversite ve üstü ^a	9.85 ±8.09	
Çalışma durumu		
Çalışıyor ^a	10.98± 8.13	t=2.396
Çalışmıyor ^b	9.00 ±7.76	p=0.017
Eş eğitim durumu		
İl öğretim ve altı ^a	12.68 ±8.33	F=3.814
Lise ^b	8.98 ±7.78	p=0.023
Üniversite ve üstü ^b	9.95 ±7.91	
Eş çalışma durumu		
Çalışıyor ^b	8.75 ±6.94	t=5.585
Çalışmıyor ^a	19.79 ±11.17	p=0.000
Yaşanılan yer		
İl ^a	10.56 ±8.54	t=2.698
İlçe/köy ^b	8.52 ±7.00	p=0.007

Tablo 4.8. (devam). Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre BDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Maddi durum		
İyi ^b	10.26 ±7.54	F=42.357
Orta ^b	8.72 ±7.05	p=0.000
Kötü ^a	24.78 ±9.67	
Aile tipi		
Çekirdek	9.24 ±7.72	t=-1.773
Geniş	10.99 ±8.51	p=0.079

X = Ortalama, Ss = Standart sapma, t = Student's t testi, F = ANOVA (Posthoc: Bonferroni)

Çalışmaya katılanların obstetrik değişkenlerinin BDÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; istemeden gebe kalanların (20.72±8.67) isteyerek gebe kalan (6.88±4.53) ve istemeden gebe kalıp sonradan bebeğini isteyen gruba (11.18±9.40) göre, hiç doğum öncesi bakım almayan grubun (13.11±9.28) yeterli (9.64±5.98) ve yetersiz bakım alanlara (8.70±8.03) göre, gebelik sayısı 4 ve üzeri olanların (12.45±9.06) gebelik sayısı 1 olan (8.57±7.54), gebelik sayısı 2 olan (8.87±7.25) ve gebelik sayısı 3 olan gruplara (10.51±8.43) göre, ev işlerinde eşi hiç yardımcı olmayan grubun (15.61±9.65) çok yardımcı olan (8.32±6.32), orta derecede yardımcı olan (7.59±6.01) ve az yardımcı olan gruba (12.70±9.60) göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (p<0.05). Gebelerin gebelik haftası ve yaşayan çocuk sayısına göre depresyon ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (p>0.05) (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre BDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Değişkenler	BDÖ puan ortalaması X±Ss	Test Değeri
Gebelik isteme durumu		
İsteyerek gebe kaldım ^b	6.88 ±4.53	
İstemedен gebe kaldım ^a	20.72 ±8.67	F=132.915 p=0.000
İstemedен gebe kaldım şuan istiyorum ^b	11.18 ±9.40	
Gebelik haftası		
1.trimester (0-13.haft.)	10.01±9.53	F=2.078
2.trimester (14-26 haft.)	8.78 ±7.61	p=0.126
3.trimester (27-42 haft.)	10.61 ±6.19	
Doğum öncesi bakım		
Hiç ^a	13.11 ±9.28	F=8.260
Yetersiz ^b	8.70± 8.03	p=0.000
Yeterli ^b	9.64 ±5.98	
Gebelik sayısı		
1 ^b	8.57 ±7.54	
2 ^b	8.87 ±7.25	F=4.331
3 ^b	10.51 ±8.43	p=0.005
4+ ^a	12.45 ±9.06	

Tablo 4.9. (devam). Gebelerin obstetrik özelliklerine göre BDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Yaşayan çocuk sayısı		
0	8.62 ±7.53	F=1.813
1	9.34 ±7.94	p=0.164
2+	10.62 ±8.07	
Eş yardımı		
Çok yardım ^b	8.32 ±6.32	
Orta derece yardım ^b	7.59 ±6.01	F=22.596
Az yardım ^b	12.70 ±9.60	p=0.000
Hiç yardım etmiyor ^a	15.61 ±9.65	

X = Ortalama, Ss = Standart sapma, t = Student's t testi, F = ANOVA (Posthoc: Bonferroni)

4.4. Gebelerin Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) arasındaki ilişkiye ait bulgular

Tablo 4.10.'da gösterilen korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, GSUÖ ile BDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ($r=-0.426$, $p<0.01$) bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 4.10. GSUÖ ile BDÖ arasındaki ilişki.

Değişken	BDÖ puanı	
	r	p
GSUÖ puanı	-0.426**	0.001*

r:Pearson Korelasyon Katsayısı, * $p<0.05$

5. TARTIŞMA

Gebelerde olumlu sağlık uygulamaları, depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bu bölümünde saptanan bulgular literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

Gebelik depresyonu, gebelik döneminde ortaya çıkan hafif ile şiddetli semptomlar arasında değişen psikotik olmayan bir depresif dönemdir. Gebelik depresyonu hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerdeki üreme çağındaki kadınlar açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur (Fekadu Dadi ve ark., 2020a; ACOG, 2018; Srinivrinivasan ve ark., 2018; Gelaye ve ark., 2016; Ertekin Pınar ve ark., 2018)

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının 28.36 ± 5.01 olup, %44.0'nın lise mezunu, %81.9'unun maddi durumunun orta, %78.3'ünün çekirdek aileye mensup olduğu, %68.8'inin çalışmadığı ve %53.8'inin ilde yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.).

Dünya'da konu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında benzer sonuçlar elde edilmiş olup, Sahile ve arkadaşlarının (2017) Etiyopya'da hastaneye başvuran gebelerdeki depresyon prevalansını incelediği çalışmasında yaş ortalaması 26.32 ± 0.24 'dir. Ma ve arkadaşlarının (2020) Çin'de yaptığı çalışmada gebelerin yaş ortalaması 26.7 ± 4.3 , Sunday ve arkadaşlarının (2018) Güney Doğu Nijerya da yaptıkları çalışmada gebelerin yaş ortalaması 29.3 ± 4.4 , Amerikada da yapılan bir çalışmada ise gebelerin yaş ortalaması 29.6 ± 3.2 olarak tespit edilmiştir (Whitaker ve ark., 2021). Ülkemizde konu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında ise; Koldaş Mir'in (2021) Antalya'da gebelerde depresyon ve sağlık uygulamaları düzeyini incelediği çalışmasında yaş ortalaması 28.10 ± 5.09 , Zaman ve arkadaşlarının (2018)

İstanbul'da gebelerde depresyon ve anksiyete varlığını incelediği çalışmada yaş ortalaması 30.87 ± 7.39 , Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık'ın (2015) Trabzonda yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması $26,54 \pm 4,49$ olarak tespit edilmiştir. Dünyada ve ülkemizde gebelerde depresyon düzeyi ile ilgili yapılan çalışmalarda gebelerin %25-%51.5 aralığında orta düzey eğitim seviyesinde, %40-%90 oranında orta düzey geliri olan, %69.4-%87.4 oranında kentsel bölgede yaşayan ve %17.1-%90 aralığında çalışmayanlardan olduğu belirlenmiştir (Şahin, 2015; Bilici, 2019; Koldaş Mir, 2021; Çelik ve Derya, 2019; Çaycı Esen, 2019; Oechsle ve ark. 2020; Pasha ve ark. 2022; Ma ve ark. 2020; Whitaker ve ark., 2021; Alhusen ve ark., 2016). Çalışmamızdaki demografik veriler dünya'da ve ülkemizdeki gebelik depresyonu ve ilişkili faktör çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Buna göre gelişmekte olan ülkelerdeki gebeler gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında, gebelik depresyonu gelişimi için genç anne yaşı (Hartley ve ark.,2011; Fekadu Dadi ve ark.,2020a; Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık, 2015; Sezenler ve Erbaş, 2021; Ertekin Pınar ve ark., 2018; Koldaş Mir, 2021; Deniz, 2019; Aksoy, 2018; Özcan ve ark., 2020; Ma ve ark., 2020) düşük eğitim düzeyi, aile içi şiddete maruz kalma (Abdelhai ve Mosleh 2015; Fekadu Dadi ve ark., 2020a; Lancaster ve ark., 2010; Sezenler ve Erbaş, 2021; Bernard ve ark., 2018; Bilici 2019; Şahin, 2015) veya ilişki çatışmaları (Hartley ve ark., 2011; Fekadu Dadi ve ark.,2020a; Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık, 2015) obstetrik komplikasyon öyküsü, önceki depresyon öyküsü (Adewuya ve ark., 2007; Ajinkya ve ark., 2013; Bisetegn ve ark., 2016; Fekadu Dadi ve ark.,2020a) planlanmamış gebelik, düşük sosyal ve eş desteği (Biratu ve Haile, 2015; Dibaba ve ark., 2013; Fekadu Dadi ve ark.,2020a; Biaggi ve ark., 2016; Mersha ve ark., 2018; Cankorur ve ark., 2015; Stuart-Parrigon ve Stuart, 2014; Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık, 2015) ve düşük ekonomik durum (Bisetegn ve ark., 2016; Fekadu Dadi ve ark.,2020a; Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık, 2015; Sezenler ve Erbaş, 2021) gibi risk faktörlerine daha fazla maruz kaldığı görüşündeyiz. Nitekim çalışmamızda da eşi ilköğretim ve altı mezun olan grubun (12.68 ± 8.33), eşi çalışmayanların (19.79 ± 11.17), maddi durumu kötü olanların (24.78 ± 9.67), ev işlerinde eşi hiç yardımcı olmayan grubun (15.61 ± 9.65) Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.8.) (Tablo 4.9.).

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik bilgilerine bakıldığında; %70.2'sinin isteyerek gebe kaldığını ve %44.5'inin 2. trimesterde olduğu, %59.5'inin ise yetersiz doğum öncesi bakım aldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.).

Bulgularımız konu ile ilgili yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekte olup gebeliği istememe, 1. ve 3. trimester gebelik haftaları, yetersiz prenatal bakım gebelik depresyonu için obstetrik risk faktörleridir (Bisetegn ve ark., 2016; Aktas ve Yesilcicek Calık, 2015; Karadavut ve Uneri, 2011; Sezenler ve Erbaş, 2021; Bilici, 2019; Çelik ve Derya, 2019). Etiyopya da yapılan bir çalışmada geçmişinde düşük öyküsünün bulunması gebelik komplikasyonları ile ilgili yaşanan korkular, istenmeyen gebelik öyküsü olması ve evlilikte yaşanan sorunlar ile depresif bozukluklar arasında güçlü bir ilişkinin bulunduğu saptanmıştır (Sahile ve ark., 2017). Çalışmamızda da istemeden gebe kalanların (20.72 ± 8.67), hiç doğum öncesi bakım almayan grubun (13.11 ± 9.28), gebelik sayısı 4 ve üzeri olanların (12.45 ± 9.06) diğer gruplara göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.9.). Gebenin gebelik süreci ile ilgili hiç bakım almaması, istemeden gebe kalması ve bir çok gebelik yaşaması bu döneme adapte olamaması ve gebelik sürecini iyi bir şekilde yönetememesi sebebiyle depresif belirti gösterebileceği görüşünderiz.

BDÖ kesme puanına göre ise gebelerin %16.7'sinde gebelik depresyonu tespit edilmiştir. Gebelerin %65.2'sinde minimal %18,1'inde hafif, %8.3'ünde orta ve %8.3'ünde ciddi düzeyde depresyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6.). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, gebelik depresyonu prevalansının %9 ila %19 arasında değişiklik gösterdiğini, ancak düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde bu oranların, yüksek gelirli ülkelere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Woody ve ark., 2017). Afrika'daki farklı 28 ülkenin dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında gebelik depresyonu prevalansı %26,3 olarak bulunmuştur (Fekadu Dadi ve ark., 2020a). Farklı kültürlerde prenatal dönemde depresyon sıklığını inceleyen araştırmalarda ise bu oran %17,9 ile %30 arasında tespit edilmiştir (Şahin, 2015; Çelik ve ark., 2013; Faisal-Cury ve ark., 2012). Ülkemizde BDÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda gebelik depresyonu %22 ile %50.7 aralığında bulunmuştur (Çelik ve ark., 2013; Çakır ve Can, 2012; Kibar Tunç, 2021; Karaçam ve Ançel, 2009; Tunç ve ark., 2012; Dağlar ve Nur, 2014; Erbil ve ark., 2009). Global değerlerle

karşılaştırıldığında ülkemizde daha yüksek olan bu oranlar, ülkemiz risk faktörlerinin (örneğin genç yaşta gebelik, sık gebelik, ekonomik sorunlar, düşük eğitim seviyeleri, aile içi şiddet) etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmalardaki örneklem ve popülasyon farklılığından kaynaklanan gebelik depresyonu düzeyindeki ve ilişkili faktörlere rağmen, mevcut kanıtları bir araya getirmek ve sorunun kapsamını daha kesin bir şekilde raporlamak konu ile ilgili sağlık politikalarının her zamankinden daha fazla önceliklendirmesine yardımcı olacağı görüşündeyiz.

Araştırmaya katılan gebelerin BDÖ toplam puan ortalaması 9.62 ± 7.92 olarak bulunmuştur (Tablo 4.7.). Dünyada ve Türkiye’de BDÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda toplam puan ortalamaları 10 ± 5.77 ve 21.76 ± 8.35 arasında değişmektedir (Zaman ve ark., 2018; Çalikoğlu ve ark., 2018; Daştan ve ark., 2015; Ayele ve ark., 2016; Sezenler ve Erbaş, 2021; Ertekin Pınar ve ark., 2018; Aktaş ve Yeşilçiçek Çalık, 2015).

Araştırmaya katılan gebelerin yaşları, eğitim durumu, aile tipi, gebelik haftası ve yaşayan çocuk sayısına göre ise BDÖ puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$) (Tablo 4.8.) (Tablo 4.9.). Tuksanawes ve arkadaşlarının (2020) Tayland’da gebelerde depresyon belirtileri üzerine yaptığı çalışmada aile tipinin doğum öncesi depresyon ile anlamlı bir fark bulunamamıştır. Koldaş Mir’in (2021) gebelerin depresyon belirtileri ile sağlık uygulamaları davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada eğitim durumu ve gebelik haftalarının depresyon ile anlamlı bir fark saptanmamıştır. Zaman ve arkadaşlarının (2018) gebelerde depresyon ve anksiyeteyi incelediği çalışmasında yaş ve eğitim durumunun prenatal depresyon ile anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışma sonuçları araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda gebelerde BDÖ puan ortalamaları; çalışanların (10.98 ± 8.13), eşleri ilköğretim ve altı mezunu olanların (12.68 ± 8.33), eşi çalışmayanların (19.79 ± 11.17), ilde yaşayanların (10.56 ± 8.54), maddi durumu kötü olanların (24.78 ± 9.67), diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.8.).

Çalışmamız da istemeden gebe kalanların (20.72 ± 8.67), hiç doğum öncesi bakım almayanların (13.11 ± 9.28), gebelik sayısının 4 ve üzeri olanların (12.45 ± 9.06) ve eşi hiç yardımcı olmayanların (15.61 ± 9.65) BDÖ puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.9.).

Şahin'nin (2015) gebelerde depresyon ve anksiyete üzerine yaptığı çalışmada çalışmayan gebelerin çalışan gebelerden daha yüksek depresyon oranına sahip olduğu bulunmuştur. Koldaş Mir'in (2021) gebelerde depresyon üzerine yaptığı çalışmada gebelerin çalışma durumu ile depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışma sonuçları çalışan gebelerin ekonomik bağımsızlığını kazanmış olması yaşam içindeki problemlere karşı daha güçlü ve başa etme olasılığı daha yüksek olarak görülmektedir. Fakat bizim çalışmamızdaki sonuçlara göre gebe kadınların iş yerinde yaşanacak problemler ve eşin çalışmaması, ev işlerinde yardımcı olmaması ve maddi durumun kötü olmasının aile içinde yaratacağı sorunlar nedeniyle depresyon ortalama puanlarını etkilediği düşüncesindeyiz. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde, Çakır ve Can (2012), Tunç ve arkadaşları (2012), Tuksanawes ve arkadaşları (2020), Sahile ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmalara göre eşi çalışmayan ve maddi durumu yetersiz olan gebelerin depresyon düzeyi yüksek bulunmuştur.

Araştırma bulgularımızda istenmeyen gebeliklerde BDÖ puan ortalaması yüksek bulunmuş olup literatür ile paralellik göstermektedir (Sahile ve ark., 2017; Çakır ve Can, 2012; Tunç ve ark., 2012; Biratu ve Haile, 2015). Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği'nin (ACOG) kılavuzu baz alınarak gebenin geldiği vizit sayısı, haftasına göre gelmesi gereken vizit sayısına eşit veya fazla ise vizit sayısı "yeterli" aksi halde "yetersiz" kabul edilmiştir (ACOG, 2018). Yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde doğum öncesi yetersiz bakım aldığı düşünülen gebelerin BDÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Gürsoy ve Set, 2020). Bu veri gebelerin prenatal dönemde daha az kontrole gelmesinin sağlık profesyonellerinden daha az danışmanlık alacağı, daha az işlem yapılacağı ve buna bağlı olarak da depresyon belirtisi gösterenlerin tespitinin azalması bakımından oldukça önemlidir. Ayrıca sağlık kaynaklarının etkin kullanılması gerekliliği düşünüldüğünde prenatal hizmetler bu kadar yüksek iken erken tespit yanında danışmanlık hizmetlerinin de az olduğu görüşüdeyiz.

Çalışmamızda, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) puan ortalaması 139.28 ± 11.30 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3.). Lindgren'in (2005) yaptığı çalışmada GSUÖ puan ortalamasını çalışmamıza benzer şekilde $138,49 \pm 12,42$, Er (2006) 130.26 ± 10.79 olarak bulurken farklı olarak Bilici (2019) $109,22 \pm 5,96$, Çelik ve Derya (2019) $114,43 \pm 17,90$, Alhusen ve arkadaşları (2016) 121.2 ± 19.6 Çaycı Esen (2019) $122,0 \pm 13,4$, Çapık ve arkadaşları (2016) 112.64 ± 13.87 , Beyaz ve arkadaşları (2020) 109.8 ± 12.9 ve Deniz (2019) 91.01 ± 11.20 olarak bulmuştur. Literatürde yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilse de çalışmamızı destekler nitelikte araştırmalar da mevcuttur.

Araştırmaya katılan gebelerin yaşlarına göre ve aile tipine göre gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bilici'nin (2019) yaptığı çalışmada gebelerde yaş grubuna ve aile tipine göre, Koldaş Mir'in (2021) ve Er'in (2006) yaptığı çalışmada da yaş gruplarına göre GSUÖ düzeyinde fark saptanmamıştır. Çalışma bulgularımız diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada gebelerde GSUÖ puan ortalamaları; lise mezunu olan (141.55 ± 9.92), çalışmayan (140.05 ± 11.26), eşi lise mezunu olan (140.71 ± 10.57), eşi çalışan (140.01 ± 10.96), ilde yaşayan (141.00 ± 10.61), maddi durumu orta olan (140.07 ± 11.05) grupların diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.4.).

Araştırmada isteyerek gebe kalan (140.80 ± 10.91), 1. trimesterde olan (142.70 ± 12.03), 5'ten az bakım alan (142.64 ± 9.88), gebelik sayısı iki olan (140.50 ± 10.77), çocuk sayısı bir olan (141.18 ± 10.78), eşi orta derece yardımcı olan (141.44 ± 10.70) grupların diğer gruplara göre GSUÖ puan ortalamaları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.5.).

Coşkun Çelik (2021), Çelik ve Derya (2019), Er (2006), Koldaş Mir (2021) ve Çaycı Esen (2019) yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan gebelerin, sağlık uygulamaları düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Almanya'da yapılan kesitsel tipte bir çalışmada gebelerde eğitim seviyesinin orta

düzyeyde olması gebelikte yaşam tarzı ile ilgili risk faktörü olarak saptanmıştır (Oechsle ve ark., 2020). Çin’de yapılan bir çalışmada lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip gebelerin olumlu sağlık davranışının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ma ve ark., 2020).

Koldaş Mir (2021) ve Çaycı Esen (2019) araştırmalarında çalışmayan gebelerin gebelikte olumlu sağlık davranışlarının düşük olduğu saptanmıştır. Özcan ve arkadaşlarının (2020) sağlıklı yaşam davranışlarını incelediği çalışmasında çalışmayan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı çalışan gebelere göre daha yüksek saptanmıştır. Yılmaz ve Karahan’ın (2019) gebeler üzerinde sağlıklı yaşam davranışları ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliğinin incelendiği çalışmada ise farklı olarak bir işte çalışmayan gebelerin sağlıklı yaşam davranışlarının etkilenmediği saptanmıştır.

Çelik ve Derya (2019), Özcan ve Kızılkaya Beji (2015), Çaycı Esen (2019), Er (2006), Deniz (2019) ve Akkaş’ın (2021) yaptıkları çalışmalarda yüksek eğitim seviyesine sahip bir eşi olan ve maddi durumu iyi olan gebelerin sağlık uygulama düzeyi yüksek tespit edilmiştir. Nitekim yapılan bir araştırmada maddi durumu kötü olan gebelerin sağlıklı yaşam davranışında azalma olduğu bulunmuştur (Coşkun Çelik, 2021) Almanya’da ve Amerika’da yapılan çalışmalarda gelir durumu düşük gebelerin daha fazla olumsuz sağlık davranışında bulunduğu tespit edilmiştir (Oechsle ve ark. 2020; Whitaker ve ark., 2021). Literatürdeki çalışmalar araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir. Bu bağlamda kadınların eşlerinin iyi bir eğitim seviyesine sahip olması, çalışması ve maddi yetersizlik yaşamaması gebelerin olumlu sağlık uygulamaları edinmelerini kolaylaştıracaktır.

Özcan ve Kızılkaya Beji (2015), Çaycı Esen (2019), Çelik ve Derya’nın (2019) çalışmalarında ilde yaşayan gebelerin sağlık uygulama düzeyi yüksek saptanmıştır. Akkaş (2021) ve Er’in (2006) yaptığı çalışmada ise gebelerin yaşadığı yerin sağlık uygulamaları düzeyi ile anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışma bulgularımızda ilde yaşayan gebelerin sağlık uygulama düzeyi yüksek saptanmıştır Literatürde benzer sonuçların olduğu araştırmaların varlığı ile birlikte farklı sonuçların elde edildiği araştırmalarda mevcuttur. Gebelerin içinde bulunduğu

çevrenin sağlık kuruluşlarına yakın olması ve ihtiyaçlarına kolay erişebileceği bir bölgede yaşaması sağlık uygulama davranışını yükselttiği sonucuna varılmaktadır.

Araştırma bulgularımıza göre isteyerek gebe kalan kadınların sağlık uygulama düzeyleri yüksek tespit edilmiştir. Muş'ta gebelerin sağlık uygulama düzeylerini belirlemek için yapılan çalışmada istemli gebelik yaşayan kadınların sağlık uygulama düzeyi yüksek bulunmuştur (Beyaz ve ark., 2020). McDougall ve arkadaşlarının (2021), Özcan ve arkadaşlarının (2020), Akkaş'ın (2021), Çelik ve Derya (2019) ile Çaycı Esen'in (2019) çalışmaları da araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir. İstemli gebelik yaşayan kadınların sağlıklı yaşam davranışı, stres yönetimi ve gebeliğe uyumu kolaylaştırdığı öngörülmektedir (Akkaş, 2021; Özcan ve ark., 2020).

Er'in (2006) yaptığı çalışmada gebeliğin ilerleyen trimesterlerinde sağlık uygulama düzeyinin arttığı saptanmıştır. Aksoy'un (2018) çalışmasında 2. trimesterdeki gebelerde sağlıklı yaşam davranışı daha yüksek bulunmuştur. Koldaş Mir'in (2021) çalışmasında ise gebelik trimesteri ile sağlık uygulama düzeyi arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Yapılan çalışmalardan farklı bulgular tespit edilmiş olup çalışma bulgularımızda 1. trimesterdeki gebelerin sağlık uygulama düzeyi yüksek saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik haftalarına göre eşit sayıda olmaması bulgularımız için önemli bir faktördür.

Deniz'in (2019) çalışmasında gebelerin sahip olduğu çocuk sayısı ile sağlık uygulamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Er'in (2006) çalışması ile Çelik ve Derya'nın (2019) çalışmalarında gebelerde çocuk sayısının artması ile gebelikte sağlık uygulama düzeyinin azalma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir.

Er'in (2006), Beyaz ve arkadaşlarının (2020), Akkaş'ın (2021) ve Koldaş Mir'in (2021) çalışmalarında primipar gebelerde olumlu sağlık davranışı düzeyi yüksek bulunmuştur. Çoşkun Çelik (2021), Çaycı Esen (2019) ile Çapık ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında artan gebelik sayısı ile gebelerde olumlu sağlık davranışında azalma olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularımızda gebelik sayısının artması ile olumlu sağlık uygulamaları düzeyinde azalma tespit edilmiş ve literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerlik saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre

fazla gebelik sürecinin yaşanması ile gebelerin bakımını ve sorumluluğunu üstlendiği diğer çocuklarının sayıca fazla olması nedeniyle olumlu sağlık uygulamalarına gereken özeni gösteremediği düşüncesine varılabilmektedir.

Deniz'in (2019) çalışmasında gebelerin doğum öncesi bakım alması ile olumlu sağlık uygulamaları düzeyi arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Akkaş'ın (2021) yaptığı çalışmada düzenli kontrole giden gebelerin, Er'in (2006) çalışmasında ise 5'ten fazla sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sağlık uygulamaları düzeyi diğer gruplardan yüksek tespit edilmiştir. İmancioğlu'nun (2020) vaka ve kontrol grupları oluşturarak yaptığı çalışmasında sağlığı geliştirme programı kapsamında doğum öncesi bakım alan gebelerin diğer bakım alan gebelerden daha yüksek sağlık uygulama düzeyi olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulgularımızda literatürden farklı olarak yetersiz bakım alan gebelerin sağlık uygulama düzeyi diğer gruplardan yüksek tespit edilmiştir. DSÖ riskli gebelik yaşamayan kadınların en az 4 kez olmak üzere takibinin yapılması gerektiğini bildirmiştir (Deniz, 2019).

Matvienko-Sikar ve arkadaşlarının (2020), Er'in (2006), Deniz'in (2019), Özcan ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmalarda ev işlerinde eşlerinden yardım alan gebeler, Koldaş Mir'in (2021) çalışmasında gebelik sürecinde yanında destek olabilecek birinin bulunması ile olumlu sağlık uygulamaları düzeyi yüksek tespit edilmiştir. Amerikada Covid-19 pandemisi sırasında gebelerin yaşam tarzı değişikliklerini incelemek adına yapılan bir çalışmada gebelerde sosyal destek azlığı ile olumsuz sağlık davranışında artma olduğu tespit edilmiştir (Whitaker ve ark., 2021). Çalışma bulgularımızda literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda GSUÖ ile BDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.426$, $p<0.01$) (Tablo 4.10). Koldaş Mir'in (2021) çalışmasında gebelerde depresyon ile olumlu sağlık uygulamaları düzeyini incelediği çalışmada depresyon ile sağlık uygulamaları ölçeği arasında negatif yönlü bir ilişki tespit etmiştir. Pasha ve arkadaşlarının (2022) gebe kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları kapsamında anksiyete ve depresyonu inceledikleri kesitsel tipte yaptıkları çalışmalarında depresyonun sağlığa zarar veren davranışlar

ile ilişkili en güçlü bağımsız değişken olduğu saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada gebelerde artan depresyon oranının olumlu sağlık davranışı geliştirmesini engellediği tespit edilmiştir (Alhusen ve ark. 2016). Avustralya da yapılan bir çalışmada gebelikte görülen depresyonun gebelik ve postpartum süreç kapsamında sağlıksız yaşam davranışlarının artmasını sağlayan bir değişken olarak saptanmıştır (Ahmad ve ark. 2021). Araştırmamızda kullanılan ölçeklerin negatif yönlü ilişkisi sonucunda gebelerde depresyon düzeyinin arttığı görülürken olumlu sağlık uygulama düzeyinde de azalma olduğu tespit edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma Balıkesir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniği'ne muayeneye gelen gebelerde olumlu sağlık uygulamaları, depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın verilerinden aşağıdaki sonuçlar elde edildi;

- Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının 28.36 ± 5.013 olduğu,
- İstemedен gebe kalma oranı %15.2 olduğu,
- Gebelerin %29.3'ü 1. Trimester, %44.5'i 2. Trimester, %26.2'si 3. Trimesterde olduğu,
- Doğum öncesi yetersiz bakım alma oranı %59.5 olduğu,
- Gebelerin eşleri % 61.9'u orta derecede yardımcı olduğu,
- Çalışmaya katılan gebelerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalaması 9.62 ± 7.92 olduğu ve puan kriterine göre %65.2'sinin minimal düzeyde depresyon yaşadığı,
- Çalışmaya katılan gebelerin Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) puan ortalaması 139.28 ± 11.30 olduğu ve sağlık uygulama düzeyinin yüksek olduğu,
- BDÖ puan ortalamalarında; çalışmaya katılan gebelerde çalışan, eşleri ilköğretim ve altı mezunu olan, eşi çalışmayan, ilde yaşayan, maddi durumu kötü olan, istemedен gebe kalan, hiç doğum öncesi bakım almayan, gebelik sayısı 4 ve üzeri olan ile eşi hiç yardımcı olmayanların BDÖ puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek olduğu,
- GSUÖ puan ortalamalarında; lise mezunu olan, çalışmayan, eşi lise mezunu olan, eşi çalışan, ilde yaşayan, maddi durumu orta olan, isteyerek gebe kalan, 1. trimesterde olan, yetersiz doğum öncesi bakım alan, gebelik sayısı iki olan, çocuk sayısı bir olan, eşi orta derece yardımcı olanların GSUÖ puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek olduğu,

- Araştırmaya katılan gebelerde GSUÖ ile BDÖ puanı arasında negatif bir ilişki olduğu, gebelerde BDÖ puan ortalaması arttıkça GSUÖ puan ortalamasının azaldığı,
- Araştırmada yapılan ileri analizlerde GSUÖ puan ortalamasını depresyon, yaşanan yerin ilçe/köy olması, gebelik haftasının 3.trimestir olması, doğum öncesinde hiç bakım almama, eşin çok yardımcı olmasının negatif yönde, gebelerin çalışmaması ise pozitif yönde etki ettiği tespit edilmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz;

- Gebelikte depresyon ve olumlu sağlık uygulamalarının önemi konusunda kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelere yönelik eğitim programları düzenlenmeli ve sağlık çalışanlarının farkındalığı artırılmalıdır.
- Gebeler ve eşleri için prenatal ve postnatal eğitim programlarının düzenlendiği doğuma hazırlık sınıfları, doğum ve doğum sonu eğitim programlarının yaygınlaştırılmalıdır.
- Gebelikte depresyon ve olumlu sağlık uygulamaları değerlendirme ve danışmanlık hizmetleri yapılırken gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ve risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Prenatal bakım hizmetleri kapsamında gebeler için geçerli ve güvenilir bulunan, GSUÖ'nin gebelere uygulaması ve gebelikteki yanlış olan uygulamaların erken dönemde saptanarak, gerekli girişimlerde bulunulmalıdır.
- Depresyonun önlenmesi ve erken tespit için gebelerin sık kontrollere gelmesi teşvik edilerek depresyon için uygun önlemler alınmalıdır.
- Depresif belirtiler gösteren gebelerin uygun sevki sağlanmalı ve bu problemlerle baş etme becerilerinin kazandırılması için danışmanlık verilmelidir.

KAYNAKLAR

- Abdelhai, R. ve Mosleh, H. (2015). Screening for antepartum anxiety and depression and their association with domestic violence among Egyptian pregnant women. *J Egypt Public Health Assoc*, 90(3), 101–108. doi: 10.1097/01.EPX.0000471670.64665.8f
- Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O., Dada, A. O. ve Fasoto, O. O. (2007). Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. *Depression Anxiety*, 24(1), 15–21. doi: 10.1002/da.20221
- Agopian, A. J., Tinker, S. C., Lupo, P. J., Canfield, M. A., Mitchell, L. E. ve National Birth Defects Prevention Study. (2013). Proportion of neural tube defects attributable to known risk factors. *Birth Defects Research Part A: Clinical And Molecular Teratology*, 97(1), 42-46. doi: 10.1002/bdra.23100
- Ahmad, K., Kabir, E., Keramat, SA. ve Khanam, R. (2021). Maternal health and health-related behaviours and their associations with child health: Evidence from an Australian birth cohort. *PLoS ONE*, 16(9), 1-18. doi: 10.1371/journal.pone.0257188
- Ajinkya, S., Jadhav, P. R. ve Srivastava, N. N. (2013). Depression during pregnancy: prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. *Ind Psychiatry J*, 22(1), 37–40. doi: 10.4103/0972-6748.123615
- Akın, B., Yeşil, Y., Yücel, U. ve Boyacı, B. (2018). Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. *Life Sciences*, 13(2), 11-20.
- Akkaş M. B. (2021). *Primipar ve multipar gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının İncelenmesi: karşılaştırmalı bir çalışma*. Yüksek lisans tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- Aksoy, M. (2018). *Gebe kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler*. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Aksu, S. ve Akgün, T. (2020). Balıkesir il merkezindeki gebe kadınların prenatal bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 179-188.
- Aktaş, S. ve Yesilçiçek Çalık, K. (2015). Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(9), e16640, doi: 10.5812/ircmj.16640
- Alhusen, J. L., Ayres, L., ve DePriest, K. (2016). Effects of maternal mental health on engagement in favorable health practices during pregnancy. *Journal of midwifery & women's health*, 61(2), 210–216, doi: 10.1111/jmwh.12407
- Aljofan, M. ve Alkhamaiseh, S. (2020). Prevalence and factors influencing use of herbal medicines during pregnancy in hail, Saudi Arabia. *SQU Medical Journal*, 20(1), e71–76, doi: 10.18295/squmj.2020.20.01.010
- Altuntuğ, K. ve Ege, E. (2013). Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(2), 45-56.
- American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG Committee Opinion. (2018). Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*, 132(5), e208–e212.
- Amezcu-Prieto, C., Olmedo-Requena, R., Jimenez –Mejias, E., Hurtado-Sanchez, F., Mozas-Moreno, J., Lardelli-Claret, P. ve Jimenez-Moleon, J. J. (2013). Changes in leisure time physical activity during pregnancy compared to the prior year. *Matern Child Health J*, 17(4), 632-638. doi: 10.1007/s10995-012-1038-3

- Arslan S., Okçu G., Coşkun A. M. ve Temiz F. (2019). Kadınların Gebeliği Algılama Durumu ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 179-192. doi: 10.17681/hsp.432333
- Atasever, İ. ve Sis Çelik, A. (2018). Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 60-68.
- Avcıoğlu, S. N., Altınkaya, S. Ö., Küçük, M., Zafer, E., Sezer, S. ve Yüksel H. (2015). Second trimester abortion as a cause of maternal death: a case report. *Pan African Medical Journal*, 22, 1-4. doi: 10.11604/pamj.2015.22.261.7208
- Aydemir, H. ve Uyar Hazar, H. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 815-833.
- Ayele, T. A., Azale, T., Alemu, K., Abdissa, Z., Mulat, H. ve Fekadu, A. (2016). Prevalence and associated factors of antenatal depression among women attending antenatal care service at gondar university hospital, Northwest Ethiopia. *PLoS ONE*, 11(5), e0155125. doi: 10.1371/journal.pone.0155125
- Badran, Y. A., El-Kashef, T. A., Abdelaziz, A. S. ve Ali M. M. (2015). Impact of genital hygiene and sexual activity on urinary tract infection during pregnancy. *Urology Annals*, 7(4), 478. doi: 10.4103/0974-7796.157971
- Barakat, R. ve Perales, M. (2016). Resistance exercise in pregnancy and outcome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 59(3), 591-599. doi: 10.1097/GRF.0000000000000213
- Barker, D. J., Gluckman, P. D., Godfrey, K. M., Harding, J. E., Owens, J. A. ve Robinson, J. S. (1993). Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. *Lancet*, 341, 938-941. doi: 10.1016/0140-6736(93)91224-a
- Bayrak, E. ve Kanbur, A. (2022). Gebelerde internet yoluyla karar alma ile sağlık uygulamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 255- 269. doi: 10.33715/inonusaglik.1010546
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J., (1978). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bernard, O., Gibson, R. C., McCaw-Binns, A., Reece, J., Coore-Desai, C., Shakespeare-Pellington, S. ve Samms-Vaughan, M. (2018). Antenatal depressive symptoms in Jamaica associated with limited perceived partner and other social support: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 13(3), e0194338. doi: 10.1371/journal.pone.0194338
- Beyaz, E., Gökçeoğlu, S. ve Özdemir, N. (2020). Muş il merkezinde gebelerin sağlık uygulama düzeylerinin belirlenmesi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 9-16.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. ve Pariante, C.M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord*, 191, 62-77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014
- Bilici, G. (2019). *Gebelikte sağlık uygulamaları ve ilişkili faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Biratu, A. ve Haile, D. (2015). Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Reprod Health*, 12(1), 2-8. doi: 10.1186/s12978-015-0092-x
- Bisetegn, T.A., Mihretie, G. ve Mucbe, T. (2016). Prevalence and predictors of depression among pregnant women in debretabor town, northwest Ethiopia. *PLoS One*, 11(9), e0161108. doi: 10.1371/journal.pone.0161108

- Cankorur, V.S., Abas, M., Berksun, O. Ve Stewart, R. (2015). Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: a cohort study. *BMJ Open*, 5(4), e006456. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006456
- Chavatte-Palmer, P., Tarrade, A. ve Rousseau-Ralliard, D. (2016). Diet before and during pregnancy and offspring health: the importance of animal models and what can be learned from them. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 586. doi: 10.3390/ijerph13060586
- Cheng, S.T., Loy, S.L., Cheung, T.B., Godfrey, K.M., Gluckman P.D. Kwek K., Saw S.M., Chong Y.S., Lee Y.S., Yap F., Chan J.K.Y. ve Lek N. (2016). Demographic characteristics, health behaviors before and during pregnancy, and pregnancy and birth outcomes in mothers with different pregnancy planning status. *Department Prev Sci*, 17(8), 960-969. doi: 10.1007/s11121-016-0694-8
- Coşkun Çelik P. (2021). *Gebelerde sağlıklı yaşam davranışlarını etkileyen faktörler*. Yüksek lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Çakırer, N. ve Çalışkan, Z. (2010). Nevşehir ili Ağılı köyünde gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalar. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(4), 343-348.
- Çakır, L. ve Can, H. (2012). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(2), 35-42.
- Çalık, K.Y. ve Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-62.
- Çalıkoğlu, E., Bedir, B., Aydın, A. ve Yılmaz, S. (2018). An investigation of the prevalence of depression and related factors in pregnant women living in the province of Erzurum. *EuRJ*. 4(4), 381-389, doi: 10.18621/eurj.370640
- Çapık, A., Sakar, T., Apay S. E. (2016). Gebelikte sağlık uygulamaları ile duygusal zeka arasındaki ilişki. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 6, 75-88.
- Çaycı Esen N. (2019). *Gebelikte sağlık uygulamaları ve prenatal bağlanmanın doğum sonuçları üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstinye Üniversitesi.
- Çelik, A. S. ve Derya, Y. A. (2019). Gebelerin öz bakım gücü ile sağlık uygulamaları düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8, 111-119.
- Çelik, F., Nadirgil Köken, G. ve Yılmaz, M. (2013). Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler. *Anatol J Clin Investig*, 7(2), 110-117.
- Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E. ve White, D. B. (2021). Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health (Larchmt)*, 30(2), 154-159. doi: 10.1089/jwh.2020.8862
- Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç, D. ve Kadioğlu M. (2015). Gebelikte Duygulanım Bozukluğu. *KASHED*, 2(1), 27-40.
- Dağlar, G. ve Nur, N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36, 429-441.
- Daşkan, Z., Kılıç, B., Baytok, C., Kocairi, H. ve Kuzu, S. (2015). Genital akıntı şikâyetiyle polikliniğe başvuran kadınların genital hijyen uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 113-124.

- Daştan, B., Deniz, N. ve Şahin, B. (2015). Kars'ta gebelerin ev ziyareti ile ruhsal durumlarının belirlenmesi, *Psikiyatri Hems Derg*, 6(2), 71-78.
- Davalos, D. B., Yadon, C. A. ve Tregellas, H. C. (2012). Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: a review. *Arch Womens Ment Health*, 15(1), 1-14. doi: 10.1007/s00737-011-0251-1
- Davis, A. M., Wambach, K. A., Nelson, E. L., Odar, C., Lillis, T., Mckinley, A. ve Gallagher, M. (2014). Health behavior change in pregnant women: A two-phase study. *Telemedicine and e-Health*, 20(12), 1165-1169. doi: 10.1089/tmj.2013.0374
- Deniz, M. (2019). *Gebelerde olumlu sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi.
- Dereli, F., Ağartıoğlu Kundakçı, G., Yıldırım, J. G., Uyanık, G. ve Yılmaz, M. (2021). Aile sağlığı merkezine başvuran gebelerin bağıışıklama durumlarının belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 77-83.
- Dereli Yılmaz, S. ve Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelikte öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(4), 137-142.
- Dibaba, Y., Fantahun, M. ve Hindin, M. J. (2013). The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 135. doi: 10.1186/1471-2393-13-135
- Erbil, N., Oruç, H. ve Karabulut, A. (2009). Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *J Clin Obstet Gynecol*, 19(2), 67-74.
- Ergin, A., Erken, R. R., Til, A. A. ve Kasal, H. (2020). Smoking behaviors of mothers during pregnancy and postpartum in a semiruralarea. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 24(1), 23-31.
- Er, S. (2006). *Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi.
- Engeland, A., Bjørge, T., Klungsoyr, K., Hjellvik, V., Skurtveit, S. ve Furu, K. (2018). Trends in prescription drug use during pregnancy and postpartum in Norway, 2005 to 2015. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 27(9), 995-1004. doi: 10.1002/pds.4577
- Ertekin Pınar, Ş. E., Aksoy, Ö. D., Daglar, G., Yurtsal, Z. B. ve Cesur, B. (2018) Effect of stress management training on depression, stress and coping strategies in pregnant women: a randomised controlled trial, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(3), 203-210. doi: 10.1080/0167482X.2017.1321632
- Faisal-Cury, A., Savoia, M. G. ve Menezes, P. R. (2012). Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. *The Spanish journal of psychology*, 15(1), 295-305. doi: 10.5209/rev_sjop.2012.v15.n1.37336
- Fekadu Dadi, A., Fekadu Wolde, H., Gebreegziabher Baraki, A. ve Yihunie Akalu T. (2020). Epidemiology of antenatal depression in Africa: a systematic review and meta Analysis, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 251. doi: 10.1186/s12884-020-02929-5
- Fekadu Dadi, A., Miller, E. R. ve Mwanri, L. (2020). Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 15(1), e0227323. doi: 10.1371/journal.pone.0227323
- Field, T. (2017). Prenatal depression risk factors, developmental effects and interventions: A review. *J Pregnancy Child Health*, 4, 301. doi: 10.4172/2376-127X.1000301

- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R. ve Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 3(10), 973-982. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30284-X
- Göker, A., Kadioğlu Duman, M., Gürpınar, T., Muci, E., Yıldırım, Y., Erköseoğlu, İ., Dikayak, Ş. ve Koyuncu, F. M. (2012). Gebelikte İlaç Kullanımı Nedeni ile Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 90-94.
- Göktürk, Ö. ve Yarkaç, F. U. (2019). Gebelikte ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin periodontal durumla ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Dishekimliği Bilimleri Dergisi*, 25(1), 34-42. doi: 10.5336/dentalsci.2018-61789
- Global Burden of Disease (GBD). (2015). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The lancet*, 388, 1459–544.
- Güler, B., Bilgiç, D., Okumuş, H. ve Yağcan, H. (2019). Gebelikte Beslenme Desteğine İlişkin Güncel Rehberlerin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(2), 143-151.
- Güleroğlu, F. T. ve Beşer, N. G. (2014). Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *The Journal Of Sexual Medicine*, 11(1). 146-153. doi: 10.1111/jsm.12347
- Gündüz, C. S. ve Yıldız, H. (2021). Gebelikte uyku sorunlarının perinatal süreçteki etkileri ve çözüm sürecinde hemşirelik yaklaşımları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 471-478. doi: 10.46483/deuhfed.769794
- Gürsoy, E., Özkan, S., Pasinlioğlu, T., Serçekuş, P., Taşkan, S.T., Efikuluçay Yılmaz, D., Çelebioğlu, A., Ege, E., Ejder Apay, S., Aytekin Özdemir, A., Başar, F., Büyükkayacı Duman, N., Gözüyeşil, E., Aktaş, S., İşbir, G.G., Yeşilçiçek Çalık, K., Kahyaoğlu Süt, H., Kanbur, A., Karabulutlu, Ö., ... Hazar, S. (2022). Perinatal Dönemde Psikolojik Değişimler ve Hemşirelik Yaklaşımları. E. Nazik (Ed.), *Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği* (1. Baskı, 117-130). Akademisyen Kitabevi.
- Gürsoy, E. ve Set, T. (2020). Gebelerde antenatal bakım alma durumu ve antenatal bakım ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(4), 213-222.
- Hartley, M., Tomlinson, M., Greco, E., Comulada, W. S., Stewart, J., Roux I., Mbewu N. ve Rotheram-Borus M. J. (2011). Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. *Reprod Health*, 8(1), 9. doi: 10.1186/1742-4755-8-9
- Heslehurst, N., Hayes, L., Jones, D., Newham, J., Olajide, J., McLeman, L., et al. (2020) The effectiveness of smoking cessation, alcohol reduction, diet and physical activity interventions in changing behaviours during pregnancy: A systematic review of systematic reviews. *PLoS ONE*, 15(5), e0232774. doi: 10.1371/journal.pone.0232774
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6 (22), 118-126.
- Hubner-Liebermann, B., Hausner, H. ve Wittmann, M. (2012). Recognizing and treating peripartum depression. *Dtsch Arztebl Int*, 109(24), 419-424. doi: 10.3238/arztebl.2012.0419
- Hyde, N. K., Brennan-Olsen, S. L., Bennett, K., Moloney, D. J. ve Pasco J. A. (2017). Maternal nutrition during pregnancy: Intake of nutrients important for bone health. *Matern Child Health. J*, 21(4), 845-851. doi: 10.1007/s10995-016-2178-7
- Iranzad, I., Bani, S., Hasanpour, S., Mohammadalizadeh, S. ve Mirghafourvand, M. (2014). Perceived social support and stress among pregnant women at health centers of Iran- Tabriz. *J Caring Sci*, 3(4), 287–295. doi: 10.5681/jcs.2014.031

- İmancioğlu, N. (2020). *Gebe bilgilendirme sınıfına katılımın gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi: vaka-kontrol çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi.
- Kanığ, M. ve Eroglu, K. (2020). Investigation of the relationship between the level of perceived social support and healthy lifestyle behaviors of pregnant women. *J Psy Nurs*, 11(4), 333-340. doi: 10.14744/phd.2020.89156
- Karabacak, Y. (2017). Anne Ölümleri İzleme Programı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. 25.10.2022 tarihinde, https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/anne_olumlari_izleme_programi.pdf adresinden erişildi.
- Karacam, Z. ve Angel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing faktors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25(4), 344-356. doi: 10.1016/j.midw.2007.03.006
- Karadavut, K. I. ve Uneri, S. O. (2011). Burnout, depression and anxiety levels in mothers of infants with brachial plexus injury and the effects of recovery on mothers' mental health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 157(1), 43-47. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.03.001
- Kartal, Y. A. ve Karaman, T. (2018). Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerde prenatal bağlanma ve depresyon riski üzerine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1), 85-91.
- Kartal, B. ve Şimşek, N. (2017). The Prevalence of Depression During Pregnancy and The Affecting Factors. *J Contemp Med*, 7(3), 217-224. doi: 10.16899/gopctd.349811
- Kaydırak, M. M., Şahin, N. H., Can, M. M. ve Koray, M. (2018). Gebelerin ağız ve diş sağlığına ilişkin bilgi ve görüşleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 11-16.
- Kıssal, A., Güner Ü. Ç. ve Ertürk, D. B. (2017). Use Of Herbal Product Among Pregnant Women İn Turkey. *Complementary Therapies In Medicine*, 30, 54-60. doi: 10.1016/j.ctim.2016.11.001
- Kızılkaya, Beji N., Murat, M. ve Köse, S. (2022). Prenatal dönem ruh sağlığı sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(1), 116-123. doi: 10.19127/bshealthscience.897439
- Kıbar Tunç, E. (2021). *Gebelik ve postpartum dönemdeki kadınlarda uyku kalitesi ve depresyonun değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Koldaş Mir, S. (2021). *Gebelerin depresyon belirtileri ile sağlık uygulamaları davranışları arasındaki ilişki*, Yüksek lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi.
- Kurtuluş, Ş, Can, R. ve Sak, Z. H. A. (2020). Assessment of the Relationship Between Smoking and Depression in Pregnant Women. *J Immigrant Minority Health*, 23(3), 536-546. doi: 10.1007/s10903-020-01044-z
- Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M. ve Davis M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 202(1), 5–14. doi: 10.1016/j.ajog.2009.09.007
- Lindgreen, K. (2005). Testing the health practices in pregnancy questionnaire II. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse*, 34(4), 465-472.
- Lin, Y. H., Tsai, E. M., Chan, T. F., Chou, F. H. ve Lin, Y. L. (2009). Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Chang Gung Med J*, 32(6), 650-661.
- Maertens, K., Orije, M. R. P., Van Damme, P. ve Leuridan, E. (2020). Vaccination during pregnancy: current and possible future recommendations. *Eur J Pediatr*, 179(2), 235–242. doi: 10.1007/s00431-019-03563-w

- Matvienko-Sikar, K., Pope, J., Cremin, A., Carr, H., Leitao S., Olander E. K. ve Meaney S. (2021). Differences in levels of stress, social support, health behaviours, and stress reduction strategies for women pregnant before and during the COVID-19 pandemic, and based on phases of pandemic restrictions, in Ireland. *Women and Birth*, 34(5), 447–454. doi: 10.1016/j.wombi.2020.10.010
- Ma, Y., Gao, Y., Li, J., Sun, A., Wang, B., Zhang, J., Dill, S. E. ve Medina, A. (2020). Maternal health behaviors during pregnancy in rural Northwestern China, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 745. doi: 10.1186/s12884-020-03444-3
- McDougall, B., Kavanagh, K., Stephenson, J., Poston, L., Flynn, A. ve White, S. L. (2021). Health behaviours in 131,182 UK women planning pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 530. doi: 10.1186/s12884-021-04007-w
- Mersha, A. G., Abebe, S. A., Sori, L. M., Abegaz, T. M. (2018). Prevalence and associated factors of perinatal depression in Ethiopia: a systematic review and metaanalysis. *Depress Res Treat*, 2018, 1-8. doi: 10.1155/2018/1813834
- Mitchell-Jones, N., Gallos, I., Farren, J., Tobias, A., Bottomley, C. ve Bourne, T. (2017). Psychological morbidity associated with hyperemesis gravidarum: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 124(1), 20–30. doi: 10.1111/1471-0528.14180
- Mukherjee, S., Trepka, M., Pierre-Victor, D., Bahelah, R. ve Avent T. (2016). Racial/Ethnic Disparities in Antenatal Depression in the United States: A Systematic Review. *Maternal & Child Health Journal*, 20(9), 1780–1797. doi: 10.1007/s10995-016-1989-x
- Mutlu, L.C. ve Varol Saraçoğlu, G.(2014). Prevalence of smoking and factors affecting smoking behaviour during pregnancy: A sample from Tekirdağ. *Turk J Public Health*, 12(1), 1-12.
- O’conor, E., Senger, C. A., Henninger, M. L., Coppola, E. ve Gaynes B. N.(2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 321(6), 588-601. doi: 10.1001/jama.2018.20865
- Oechsle, A., Wensing, M., Ullrich, C. ve Bombana, M. (2020). Health Knowledge of Lifestyle-Related Risks during Pregnancy: A Cross-Sectional Study of Pregnant Women in Germany. *Int J Environ Res Public Health*, 17(22), 8626. doi: 10.3390/ijerph17228626
- Özcan, H. ve Kızılkaya Beji N. (2015). Gümüşhane il merkezindeki gebelerin sağlık uygulamaları, *Perinatoloji Dergisi*, 23(1), 13–19. doi: 10.2399/prn.15.0231003
- Özcan, H., Polat, T., Yılmaz, M., Öztürk, A. ve Aydoğan, T. (2020). Gebelerde sağlıklı yaşam davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 482-492. doi: 10.26453/otjhs.669573
- Özhüner, Y. ve Çelik, N. (2019). Gebelerde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 25-33. doi:10.17681/hsp.434753
- Pasha, H., Famarzi, M., Chehrazi M., Bakouei F., Gholinia H., Abdollahi S. ve Shafierize S. (2022) Health-promotion and health harming behaviours in pregnant women: role of coping strategies, anxiety, and depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(3), 410-415. doi: 10.1080/01443615.2021.1910634
- Perales, M., Refoyo, I., Coteron, J., Bacchi, M. ve Barakat, R. (2015). Exercise during pregnancy attenuates prenatal depression: A randomized controlled trial. *Eval Health Prof*, 38, 59-7. doi: 10.1177/0163278714533566

- Pirdal, H., Yalçın, B. ve Ünal, M. (2016). Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20(1), 7-15. doi: 10.15511/tahd.15.21606
- Polat Başpınar, D. (2021). *Pamukkale Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerin, gebeliğe uyum, psikolojik sağlık ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi Ankara: Pamukkale Üniversitesi.
- Popova, S., Lange, S., Shield, K., Mihic, A., Chudley, A. E., Mukherjee, R. A., Bekmuradov D. ve Rehm, J. (2016). Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387(10022), 978-987. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01345-8
- Rhee, J., Kim, R., Kim, Y., Tam, M., Lai, Y., Keum, N. ve Oldenburg, C. E. (2015). Maternal caffeine consumption during pregnancy and risk of low birth weight: a dose-response meta-analysis of observational studies. *Plos One*, 10(7), E0132334. doi: 10.1371/journal.pone.0132334
- Sahile, M.A., Segni, M.T., Awoke, T. ve Bekele D. (2017). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among women attending Adama Hospital Antenatal Clinic, Adama, Ethiopia. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 9(5), 58-64.
- Sayres Van Neil, M. ve Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: a review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(5), 273-277. doi: 10.3949/ccjm.87a.19054
- Sağlam, B. (2020). *Prenatal dönemde kadınlarda psikolojik iyi oluşu etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tez, İstanbul: İBN Haldun Üniversitesi.
- Sezenler, S. ve Erbaş, N. (2021). Investigation of the prenatal attachment levels of pregnant with depressive symptoms. *Turkish Journal of Science and Health*, 2(3) , 56-66.
- Sezer Balcı A. (2020). *Kısa mesaj gönderimi ve grup eğitiminin gebelerin gebelikte sağlık uygulamalarına etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Sezgin, D ve Aydın Kartal, Y. (2021). Gebelik döneminde uygulanan kanıta dayalı yaklaşımların güncel rehberler doğrultusunda incelenmesi, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 92-107. doi: 10.46971/ausbid.714416
- Songur, C. (2016). Sağlık göstergelerine göre ekonomik kalkınma ve işbirliği örgütü ülkelerinin kümeleme analizi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 197-224.
- Soysal, G., Özcan, C. ve Akın, A. (2022). Dünyada ve Türkiye’de Kadın, Anne ve Çocuk Sağlığının Güncel Durumu, *Sağlık ve Toplum*, 32(1), 3-13.
- Srinivrinivasan, S., Schlar, L., Rosener, S. E., Frayne D. J., Hartman S. G., Horst, M. A., Brubach J. L. ve Ratcliffe S. (2018). Delivering interconception care during well-child visits: an IMPLICIT Network study. *J Am Board Fam Med*, 31(2), 201-210. doi: 10.3122/jabfm.2018.02.170227
- Stuart-Parrigon, K. ve Stuart, S. (2014). Perinatal Depression: An Update and Overview. *Current Psychiatry Reports*, 16(9), 468. doi: 10.1007/s11920-014-0468-6
- Sunday, E. M., Okoli, P. C. ve Dinwoke, V. O. (2018). Level of awareness and treatment of anxiety and depression during pregnancy in southeast Nigeria. *S Afr J Psychiatr*, 24, 1192. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1192
- Sungur, İ. ve Çöl, M. (2016). Mortalite ile ilgili önemli ölçütlerin dünyadaki ve Türkiye’deki durumu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 69(1), 1-6.
- Sutin, A.R., Flynn, H.A. ve Terracciano, A. (2018). Maternal smoking during pregnancy and offspring personality in childhood and adulthood. *Journal of Personality*, 86(4), 652-664. doi: 10.1111/jopy.12342

- Şahin P. (2015). *Gebelikte depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ve ilişkili faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi.
- Şayık, D., Arı, S., Kaya, Y. ve Kaya Usta E. (2019). Gebe Eğitiminin Anne ve Babanın Anksiyete, Depresyon Düzeylerine Etkisi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 41(1), 23- 31. doi: 10.20515/otd.417377
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1-273.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Yayın No: 925, Ankara,1-40.
- Tamburrino, M.B., Lynch, D.J., Nagel, R.W. ve Smith, M.K. (2009). Primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD) screening for minor depressive disorder in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 11(6), 339-343. doi: 10.4088/PCC.08.m00711
- Taşkın L. (2012). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği (13. Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitap Evi. 218-227.
- Topaç Tunçel, N. ve Kahyaoğlu Süt, H. (2019). Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distress düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi, *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1), 9-17.
- Tuksanawes, P., Kaewkiattikun, K. ve Kerdcharoen, N. (2020). Prevalence and associated factors of antenatal depressive symptoms in pregnant women living in an urban area of Thailand. *International journal of women's health*, 12, 849–858. doi: 10.2147/IJWH.S278872
- Tunç, S., Yenicesu, O., Çakar, E., Özcan, H., Pekçetin, S. ve Danışman N. (2012). Anxiety and depression frequency and related factors during pregnancy. *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*, 9(35), 1431-1435.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C.Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Ankara, 112-117.
- Underwood, L., Waldie, K., DSouza, S., Peterson, E. R. ve Morton, S. (2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*, 19(5), 711–720. doi: 10.1007/s00737-016-0629-1
- UNICEF. (2015). United Nations International Children's Emergency Fund. Antenatal care coverage: At least four visits, global databases. 22.09.2022 tarihinde, <http://data.unicef.org/maternal-health/antenatalcare.html> adresinden erişildi.
- Viteri, O. A., Soto, E. E., Bahado-Singh, R. O., Christensen, C. W., Chauhan, S. P. ve Sibai, B. M. (2015). Fetal anomalies and long-term effects associated with substance abuse in pregnancy: a literature review. *Am J Perinatol*, 32(5), 405–416. doi: 10.1055/s-0034-1393932
- Whitaker, K.M., Hung, P., Alberg A.J., Hair N.L. ve Liu J. (2021). Variations in health behaviors among pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Midwifery*, 95, 102929. doi: 10.1016/j.midw.2021.102929
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A. ve Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta -regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *In Journal of Affective Disorders*, 219, 86-92. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.003
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization.

- World Health Organization. (2017). World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, *Sustainable Development Goals*, 3-84.
- Yalçıntürk, A.A. (2017). Gebelikte madde kötüye kullanımı ve hemşirelerin sorumlulukları. *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 45-50. doi: 10.26567/marsag.2017237426
- Yalnız Dilcen, H., Öztürk, A. ve Nebioğlu Yıldız, M. (2021). Gebelikte Sigara Kullanımının Algılanan Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Psikolojik Sağlık ile İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(2), 161-170. doi: 10.51982/bagimli.881490
- Yanikkerem, E, Ay, S. ve Piro, N. (2013). Planned and unplanned pregnancy: Effects on health practice and depression during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(1), 180–187. doi: 10.1111/j.1447-0756.2012.01958.x
- Yıldırım A. D. ve Şahin N. H. (2022). Anne ölümlerinin önlenmesi: uluslararası bakım ve izlem modelleri, *Jinekoloji ve Obstetrik Neonatoloji Tıp Dergisi*, 19(1), 1184-1191. doi: 10.38136/jgon.842685
- Yılmaz, A. E. ve Gülümser, Ç. (2015). The risk factors, consequences, treatment, and importance of gestational depression. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 12(2),102-113. doi: 10.4274/tjod.42744
- Yurtsal Z.B. ve Eroğlu V. (2020). Gebelerin Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif gebelik deneyimi için tavsiye ettiği rutin doğum öncesi bakımı alma durumlarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(3), 197-206.
- Yücel, C., Taskın, L. ve Low, L.K. (2015). Validity and reliability of the Turkish version of the Optimality Index-US (OI-US) to assess maternity care outcomes. *Midwifery*, 31(12), 1135–1142. doi: 10.1016/j.midw.2015.08.003
- Yücel P., Çayır Y., Yücel M. (2013). Birinci Dönem gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16. 83-87.
- Zaman, F.K., Özkan, N. ve Toprak, D. (2018). Gebelikte Depresyon ve Anksiyete. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10, 20-25. doi: 10.18521/kt.311793

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Büşra AYDEMİR
Eğitim	
Lise	Edremit Anadolu Lisesi (2012)
Lisans	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2015-2018)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı (2019-Halen)
Doktora	
Yabancı Dil Bilgisi	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kuruluş Adı	

EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Gebelerde Depresyon ile Olumlu Sağlık Uygulamaları Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Sizi BAÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Ana Bilim Dalında yürütülen “Gebelerde olumlu sağlık uygulamaları, depresyon düzeyi ve etkileyen faktörler” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler edinildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Bu araştırmaya katıldığınız için (üzerinizde herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi test edilmeyecek) olup maruz kalacağınız herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Bu çalışma için gerekli tüm masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Çalışma için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırma, kendi haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir istenmeyen durum hakkında daha fazla bilgi temin edebilmeniz için Büşra AYDEMİR ile günün 24 saatinde erişime geçebilirsiniz. (Telefon No:5342673377)

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde,

gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Bu çalışmanın amacı gebelerde olumlu sağlık uygulamaları, depresyon düzeyi ve etkileyen faktörleri araştırmaktır. Çalışmada kullanılacak yöntem aşağıda açıklanmıştır. Buna göre; ; Bu çalışmanın amacı, Balıkesir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın ve Doğum Polikliniği'ne gelen gebelerde olumlu sağlık uygulamaları, depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışma olarak planlanmaktadır. Araştırma Balıkesir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın ve Doğum Polikliniklerinde yürütülecektir. Araştırma evreninin Balıkesir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerine son bir yıl içinde gebe muayenesi için başvuran 22.500 kadın oluşturacaktır. Örneklemini ise Balıkesir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerine son bir yıl içinde gebe muayenesi için başvuran kadınlardan örneklem seçimi yapılmadan çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve gebe olanlar oluşturacaktır. Reprodüktif çağıdaki ve riskli gebelik öyküsü olmayan kadınlarda çalışma yapılacaktır. Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından toplanacaktır. Veri toplama aracı olarak; Bilgi formu, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılacaktır. Çalışma verileri SPSS paket programı ile yüzdelik dağılımlar, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans (ANOVA) analizi ve Pearson Korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilecektir

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] 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. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum. Bu koşullarda;

1) Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,

3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının (Doktorun)

Adı-Soyadı: BÜŞRA AYDEMİR

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu

- 1. Yaşınız:.....**
- 2. Eğitim durumunuz nedir?** 1. Okur-yazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul
4. Lise 5 üniversite ve üstü
- 3. Çalışma durumunuz nedir?** 1. Çalışıyor 2.Çalışmıyor
- 4. Eşinizin eğitim durumu nedir?** 1. Okur-yazar değil 2. İlkokul 3.
Ortaokul 4. Lise 5 üniversite ve üstü
- 5. Eşinizin çalışma durumu nedir?** 1. Çalışıyor 2.Çalışmıyor
- 6. Yaşadığınız yer neresidir?** 1. İl 2. İlçe 3. Köy
- 7. Maddi durumunuz nedir?** 1. İyi 2. Orta 3. Kötü
- 8. Aile tipiniz hangisidir?** 1. Çekirdek 2. Geniş
- 9. Gebeliğinizi isteme durumunuz nedir?** 1. İsteyerek gebe kaldım. 2.
İstemeden gebe kaldım. 3. İstemeden gebe kaldım ama şu anda bebeğimi
istiyorum.
- 10. Gebelik haftanız nedir?** 1.trimestır (0-13.hf) 2. 2.trimestır (14-26.hf) 3.
3.trimestır (27-42.hf)
- 11. Doğum öncesi bakım alma sayınız** 1. Hiç almadım 2. 5'ten az aldım
3.5'ten fazla aldım
- 12. Gebelik sayınız nedir?.....**
- 13. Yaşayan çocuk sayınız kaçtır?.....**
- 14. Eşiniz size ev işlerinde yardımcı oluyor mu?** 1.Çok yardımcı oluyor 2.Orta
derecede yardımcı oluyor 3.Az yardımcı oluyor 4.Hiç yardımcı olmuyor

EK-3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ)

1. Gebe kaldığımdan beri, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürdüğümü düşünüyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

2. Gebe kaldığımdan beri, gecede en az 7-8 saat uyuyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

3. Gebe kaldığımdan beri; günde en az 20 dakika, haftada en az 3 kez olmak üzere düzenli olarak egzersiz yapıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

4. Gebe kaldığımdan beri, araba, kamyon, yük arabası, kamyonet kullanırken emniyet kemeri kullanıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

5. Gebe kaldığımdan beri, günde 2'den fazla kafeinli içecek (kahve, çay, kola, soda) tüketiyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zama

6. Gebe kaldığımdan beri, kokain, amfetamin yada LSD, eroin yada uçucu madde kullanırım.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

7. Gebe kaldığımdan beri, eşim ve/veya ben başkalarıyla cinsel ilişkiye girdik.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

8. Gebe kaldığımdan beri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlemler alıyorum (örn; prezervatif kullanıyorum yada cinsel ilişkiden kaçınıyorum).

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

9. Kendi sağlığım veya bebeğimin sağlığıyla ilgili endişelerim olduğunda doktoruma yada ebeme bildiririm.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

10. Gebeliğimle ilgili sorularım olduğunda yada anlayamadığım bir şey olduğunda doktoruma yada ebeme sorarım.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

11. Gebe kaldığımdan beri, doktorum yada ebemin tavsiye ettiği ilaçlar dışında bitkisel ilaçlar kullanıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

12. Gebe kaldığımdan beri, kendim ve bebeğim için iyi olacak yiyecek ve içecekler alırken etiketlerini okuyorum (örn; tuz ve yağ oranının fazla olmamasına, suni tatlandırıcılar içermemesine ve vitamin değerinin yüksek olmasına dikkat ediyorum).

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

13. Gebe kaldığımdan beri, duş şeklinde banyo yaparım.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

14. Gebe kaldığımdan beri, 37,7 °C'den daha sıcak suda yıkanmaktan ve oturma banyosu yapmaktan sakınıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

15. Gebe kaldığımdan beri, zehirli kimyasallar ve diğer maddelere maruz kalmaktan sakınırım veya sınırlandırırım (örn; pasif içicilik, haşere ve böcek ilaçları ve kurşun içeren içme suyu).

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

16. Gebe kaldığımdan beri, herhangi bir ilaç yada destekleyici maddeler almadan önce doktorumla yada ebemle konuşurum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

17. Gebe kaldığımdan beri; eğer doktorum yada ebem tavsiye ettiyse, multivitaminleri ve doğum öncesi vitaminleri alıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez d) Haftada 5-6 kez e) Günlük yada tavsiye edilmedi

18. Gebe kaldığımdan beri, süt ve süt ürünleri veya kalsiyumdan zengin yiyecekler tüketerek veya dışarıdan ilaç vb. alarak yeterli düzeyde (1200mg/gün) kalsiyumalıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez d) Haftada 5-6 kez e) Günlük

19. Gebe kaldığımdan beri, günde 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketiyorum.

a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada4 d) Haftada 5 yada 6 e)Günlük

20. Gebe kaldığımdan beri, diyetimde yeterince lifli ve posalı gıda (sebze, kurumeyve gibi) alıyorum.

a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada4 d) Haftada 5 yada 6 e)Günlük

21. Gebe kaldığımdan beri, sigara içiyorum.

a) Hiçbir zaman içmedim b) Gebe kaldığımyı öğrendiğimden beri bıraktım c) Günde 10 sigaradan az d) Günde 11-20 sigara e) Günde 1 paketten fazla

22. Gebe kaldığımdan beri, alkollü içecekler içerim (şarap, bira veya likör).

a) Gebeliğim süresince hiç alkollü içecek almadım b) Gebeliğimi öğrenmeden önce c) Ayda 3 kereden az d) Haftada 1 e) Haftada 1'den az

23. Gebe kaldığımdan beri, bir oturuşta genellikle bir şişe bira, bir kadeh şarap yadabir kadeh liköre denk gelecek şekilde içki içiyorum.

a) Hamileyken hiç içmedim b) 1 içki(içecek) c) 2 içki(içecek) d) 3 içecek (içki) e) 3 içecekten (içki) fazla

24. Doğum öncesi bakım için doktorumu yada ebemle görüşmeye başladım.

a) Döllenmeden önce gebeliği planlamak içi b) Gebeliğimin ilk 3 ayında c) Gebeliğin 5. ayından önce d) Gebeliğin 7. ayından önce e) Gebeliğin 9. ayından önce

25. Gebe kaldığımdan beri, “randevumu kaçırdım” (doktorumla yada ebemle olan randevuyu unuttum yada randevuya gitmedim anlamında).

a) Hiçbir randevuyu kaçırmadım b) Bir randevuyu kaçırdım c) 2-3 randevu kaçırdım d) 4-5 randevu kaçırdım e) 5 randevudan fazla kaçırdım

26. Gebe kaldığımdan beri, düzenli olarak diş bakımı yaptırıyorum (her 6 ayda bir profesyonel temizlik yada diş bakımı)

a) Düzenli diş bakımı yaptırđım

b) Diş bakımı zamanım gelmiş olmasına rağmen diş hekimine gitmedim

c) Şu anda diş bakımı yaptırmam gerekli mi bilmiyorum

d) Bir diş hekimine gittim ve bazı bakımlarım oldu fakat gereksinimim olan her şey değil

e) Bir diş hekimine gittim ve bütün bakımımı yaptırdım yada gebe kaldığımdan beri bir diş hekimi için randevu zamanım henüz gelmedi

27. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğumla ilgili daha fazla bilgi edinmek için kitaplara, broşürlere, videolara veya internete bakıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Ayda bir yada daha az c) Ayda 2-3 kez d) Ayda 4 kez (haftada bir) e) Ayda 4 kezden fazla

28. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğum ile ilgili daha fazla bilgi edinmek için arkadaşlarımla veya aile üyeleriyle konuşuyorum.

a) Hiçbir zaman b) Ayda 1 kez yada daha az c) Ayda 2-3 kez d) Ayda 4 kez (haftalık) e) Ayda 4 kezden fazla

29. Gebe kaldığımdan beri, kendimi rahatlatmak için bazı şeyler yapmaya (yürüyüş, masaj, müzik dinlemek, el işi) zaman ayırıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Haftada 1 kez yada daha az c) Haftada 1-2 kez d) Haftada 3-5 kez e) Haftada 5'ten fazla

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

a) Kilo kaybettim b) Gereğinden çok az yada çok fazla kilo aldım c) Kilo almadım yada vermedim d) Bilmiyorum e) Almam gereken miktarda kilo aldım

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

a) Günde 3 bardaktan az (220 ml'lik) sıvı b) Günde 3-4 bardak (220 ml'lik) sıvı c) Günde 5-6 bardak (220 ml'lik) sıvı d) Günde 7-8 bardak (220 ml'lik) sıvı e) Günde 8 bardaktan (220 ml'lik) fazla sıvı aldım.

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

a) Daima b) Haftada 5 gün c) Haftada 3 gün d) Bazen e) Hiç

33. Doğuma hazırlık kurslarına katıldım yada katılmayı planlıyorum.

a) Kesinlikle evet b) Hayır, daha önce katılmışım c) Emin değilim d) Muhtemelen hayır e) Kesinlikle hayır

EK-4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-5. Etik Kurul Karar Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Gebelerde depresyon ile olumlu sağlık uygulamaları düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi"			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	AÇIK ADRESİ	Çağrı Yatakhane Uyak Yolu Caddesi, 80145 BALIKESİR			
	TELEFON	266 602 14 61-4307			
	FAKS				
	E-POSTA	hsat@etik@gmail.com			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Sevede AKSU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	BALIKESİR			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alınır için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
Genelinsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi taze cihazlar ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diger ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat EREL İmza:					
<i>Not: Etik kurul kararları, kararın her aşamasında her sorulara cevap gerektirir.</i>					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Gebelerde depresyon ile olumlu sağlık uygulamaları düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi"
-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

DÜZENLENİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DÜZENLENİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİÇİMLERİ	Karar No:2021/36	Tarih:10.02.2021					
	Yükarısındaki bilgileri verilen hayvana deneyim ile ilgili bilgiler araştırmanın/uygulanması sonucu, amaç, uygulanması ve yönetimini dikkate alınarak gerçekleştirilmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/uygulanması hayvanı deneyiminde belirtilen merkezlere için alınması şartıyla gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısına eşitliği ile karar verilmiştir. Hay ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/uygulamalar için Türkiye Hay ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Hay ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Fuat EREL	Göğüs Hastalıkları AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Giğem ERKEN	Fizyoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Akın USTA	Kadın Hastalıkları ve Doğum AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Eren ALTUN	Patoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Diyet ERIKŞÖZ	Tıbbi Farmakoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Mehmet ÇALIŞKAN	Halk Sağlığı Bölümü	Balıkesir KEAS Organizasyon Sanayi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Erman ARDA	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hüsnü KUNDAKÇI	İçerici	Balıkesir Sağlık Uygulama ve Araştırma Hast.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Sertan ALDEMİR	Emekli		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Fuat EREL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasız yer alınmış her sayfaya imza atmalıdır.

EK-6. Sağlık Müdürlüğü İzin Formu

T.C. BALIKESİR VALİLİĞİ Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü	
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ KOMİSYON DEĞERLENDİRME FORMU	
Doküman Kodu: ARGE.FR.03	Yayın Tarihi: 14.07.2016
Revizyon Tarihi/No: 23.01.2020 / 02	Sayfa No: 1/1
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı:	Büşra TURGUT
Kurumu / Üniversitesi:	Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi / Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Araştırma Yapılacak İl / İller:	Balıkesir
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri:	Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi
Araştırmanın Konusu:	Gebelerde depresyon ile olumlu sağlık uygulamaları düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi
Araştırmanın Statüsü:	Yüksek Lisans Tezi
Ön İzin Formu:	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Bayuru Belgeleri:	Hastane Ön İzin Formu <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Çalışmaları Beyuru Formu <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Üniversite / Kurum Talebi <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Yöntemi Örneği <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Kurumsal Kimlik Belgesi <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Veri Toplama Araçları:	*Prospektif *Kişisel Bilgi Formu *Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSÜÖ; Health Practice Questionnaire-II, HPQ-II) *Beck Depresyon Ölçeği
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı:	01.06.2021 - 30.08.2021
Görüş İstenilen Birimler:	Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniği - Uzm. Dr. Mehmet ŞİRVANCI
KOMİSYON GÖRÜŞÜ / KARAR	
07.07.2021 tarihinde yapılan komisyon toplantısında; Büşra TURGUT isimli araştırmacıya "Gebelerde depresyon ile olumlu sağlık uygulamaları düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi" başlıklı araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.	
Komisyon Kararı:	<input checked="" type="checkbox"/> Oy Birliği <input type="checkbox"/> Oy Çoğunluğu ile alınmıştır.
Muhallif Üyenin Adı ve Soyadı: Gereksizi:	
Komisyon Başkanı Op. Dr. Ali İmran KÜÇÜK Sağlık Hizmetleri Başkanı	KOMİSYON Üye Op. Dr. Burhan AKMAN Personel Hizmetleri Başkanı
	Üye Dr. İsmail MERT Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı
Uzm. Dr. Berk BODAK Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı	Ceyda BURAN ALKAN Sağlık Hizmetleri Birimi
	ONAY 24/07/2021 Uzm. Dr. Serkan Kadir KESKİN İl Sağlık Müdürü

EK-7. Ölçek Kullanım İzinleri

1. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ)



Sezer Er Güneri

Alıcı: ben

30 Haziran Per 09:56

Sayın Büşra TURGUT,

Ölçek ve değerlendirmesi ile ilgili bilgiler mailin ekinde bulunmaktadır. Herhangi bir sorunuz olursa bana yazabilirsiniz.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Associate Professor Sezer ER GUNERI

Ege University Nursing Faculty Women Health and Illness Nursing Department

2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)



Gulsen T.

Alıcı: ben

26 Haziran Paz 02:48



Merhaba Büşra,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

Fairleigh Dickinson University

285 Madison Ave



Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...

