

2018

YÜKSEK LİSANS

EBELİK

NEVİN TURHAN



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**MİADINDAKİ GEBELERDE KAYGI VE
DEPRESYONUN KİLO ALIMI İLE İLİŞKİSİ**

Nevin TURHAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER

AYDIN-2018

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

**MİADINDAKİ GEBELERDE KAYGI VE
DEPRESYONUN KILO ALIMI İLE İLİŞKİSİ**

**Nevin TURHAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER**

AYDIN-2018

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Nevin TURHAN tarafından hazırlanan “Miadındaki Gebelerde Kaygı ve Depresyonun Kilo Alımı İle İlişkisi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21/06/2018

Üye (Tez Danışmanı): Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER	ADÜ
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK	ADÜ
Üye : Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN	PAÜ

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve.....sayılı oturumunda alınanno’lu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda; Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında bana yol gösteren, tezin bütün aşamalarına titizlikle eğilen ve sabırla destek olan, tezimin yürütülmesinde bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER'e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirgemeyen tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK'a,

Araştırmanın, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmasına olanak sağladığı için Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli gebelere,

Araştırmamı gerçekleştirebilmem için gerekli hassasiyeti gösteren T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi çalışanlarına,

Öğrenimim boyunca bana destek olan manevi teyzem Semiha İLHAN'a, abim Osman TURHAN'a,

Ayrıca öğrenimim boyunca, bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini esirgemeyen ve hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan annem Hanife TURHAN ve babam Ali TURHAN'a,

Tez yazım sürecinde yardım ve desteğini bir an olsun esirgemeyen değerli eşim Erdal AKBAŞ'a;

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM...

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
EKLER DİZİNİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Gebelikte Kilo Alımı	3
2.2. Kaygı	6
2.2.1.Gebelikte Kaygı.....	7
2.3. Depresyon.....	9
2.3.1 Gebelikte Depresyon	12
2.4. Kaygı ve Depresyonun Gebelikte Kilo Alımı ile İlişkisi	14
2.5. Gebelikte Kilo Alımı ve Ebelik.....	16
3.GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Şekli.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Zamanlaması.....	20
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	21
3.6.Verİ Toplama Araçları.....	22
3.6.1.Soru Formu (Ek-1)	22
3.6.2. Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (Spielberger Trait Anxiety Inventory /STAI) (Ek-2).....	22
3.6.3. Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Ölçeği (Center for Epidemiological Studies Depression/CES-D-20) (Ek-3).....	23
3.7. Ön Uygulama.....	24
3.8.Verilerin Toplanması.....	24
3.9. İstatistiksel Analizler	25
3.10. Araştırmanın Güçlükleri.....	25

3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	26
4.BULGULAR	27
4.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri	27
4.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri	29
4.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Kilo Alımına İlişkin Verileri	31
4.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Kaygı ve Depresyon Durumuna İlişkin Verileri.....	33
4.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Kaygı ve Depresyon Durumları ile Kilo Alımı İlişkisi	34
5.TARTIŞMA.....	35
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	40
6.1. Sonuçlar	40
6.2. Öneriler.....	41
KAYNAKLAR.....	42
EKLER DİZİNİ	48
ÖZGEÇMİŞ.....	62

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	:Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (The American Congress of Obstetricians and Gynecologists)
APA	:Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)
Ark.	:Arkadaşları
CES-D-20	:Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeğini (Center for Epidemiological Studies Depression)
Çev.	:Çeviri
DSM	:Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ICM	:Uluslararası Ebeler Federasyonu (The International Confederation of Midwives)
IOM	:Amerikan Tıp Enstitüsü (International Organization for Migration)
MDB	:Majör Depresif Bozukluk
NST	:Non-Stress Test
OECD	:Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
PASW	:Predictive Analytics Software
SDÜ	:Süleyman Demirel Üniversitesi
STAI	:Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (Spielberger Trait Anxiety Inventory)
TDK	:Türk Dil Kurumu
TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı
VKİ	:Vücut Kitle İndeksi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Araştırmanın zaman çizelgesi.....	20
Tablo 2: Araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	27
Tablo 3: Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özellikleri.....	29
Tablo 4: Araştırmaya katılan gebelerin şimdiki gebelikle ilgili özelliklerine göre dağılımları	30
Tablo 5: Araştırmaya katılan gebelerin gebelik öncesi VKİ ve gebelikte kilo alımına ilişkin özellikleri.....	31
Tablo 6: Araştırmaya katılan gebelerin boy, kilo ve kilo alımlarına ilişkin bazı özellikleri	32
Tablo 7: Araştırmaya katılan gebelerin kaygı ve depresyon durumuna ilişkin özellikler.....	33
Tablo 8: Araştırmaya katılan gebelerin kaygı durumları ile kilo alımı ilişkisi.....	34
Tablo 9: Araştırmaya katılan gebelerin depresyon durumları ile kilo alımı ilişkisi.....	34

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Soru Formu	48
Ek 2. Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (Spielberger Trait Anxiety Inventory /STAI).....	51
Ek 3. Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D-20).....	53
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	54
Ek 5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı	59
Ek 6. Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yöneticiliği İzin Yazısı	60
Ek 7. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sonuç Raporu	61

ÖZET

MİADINDAKİ GEBELERDE KAYGI VE DEPRESYONUN KİLO ALIMI İLE İLİŞKİSİ

Turhan N. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2018.

Araştırmanın amacı, miadındaki gebelerde kaygı ve depresyonun kilo alımı ile ilişkisini incelemektir.

Araştırma, Şubat 2015 – Mayıs 2018 tarihleri arasında Batman il merkezinde Batman Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Non Stress Testi (NST) polikliniğinde analitik kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya gebeliğinin 37-42. haftaları arasında olan, en az ilkokul mezunu, tek fetüse sahip, Türkçe konuşup ve anlayabilen, gelişigüzel örnekleme yöntemi ile 360 gebe alınmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen “Soru formu”, “Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)”, “Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D-20)” ile toplanmıştır. Gebeleri tanıtıcı bilgi formu yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. STAI, CES-D-20 kendini bildirim ölçeği olduğundan araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra gebelerin doldurması istenmiştir. Görüşmeler esnasında her gebede aynı araç (Beurer, GS 49_BMI) kullanılarak araştırmacı tarafından boy ve kilo ölçümü yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Kruskal-Wallis testi ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin %45,8’i normal, %35,9’u yüksek Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ile gebeliklerine başladıkları, gebelikleri süresince ortalama 12,5 kg kilo aldıkları, %50,8’ünün yüksek düzeyde ve %5,6’sının profesyonel yardıma ihtiyaç düzeyinde kaygı durumu yaşadığı; %69,4’ünün de depresyon durumu yaşadığı saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki gebelerin kaygı ve depresyon durumlarının kilo alımı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç olarak, gebelerde kaygı ve depresyonun kilo alımı üzerinde etkili olmadığı saptanmış olmakla birlikte; yapılacak yeni çalışmalarda, araştırma yapılan bölgenin kültürel özelliklerini dışlayacak şekilde, farklı bölgelerde araştırma yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Kilo Alımı, Kaygı, Depresyon, Ebelik

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP WITH WEIGHT GAIN AND ANXIETY AND DEPRESSION IN TERM PREGNANCY

**Turhan N. Adnan Menderes University Institute of Health Sciences
Department of Midwifery Thesis, Aydın, 2018.**

The purpose of the study is to investigate the relationship between anxiety and depression in weight gain.

The research was conducted analytically in Batman Women's Birth and Children's Hospital NonStress Test (NST) policlinic of Batman Public Hospitals Union General Secretariat in Batman province center between February 2015 and May 2018. 37-42 of your pregnancy. 360 pregnant women with at least primary school graduate, single fetus, Turkish speaking and understanding, random sampling method were taken. The data were collected by the "Questionnaire" developed by the researcher, "Spielberger Trait Anxiety Inventory" and "Epidemiological Research Center Depression Scale (CES-D-20)". The pregnant introductory information form was filled with a face-to-face interview technique. Since the STAI, CES-D-20 is a self-report scale, the researcher is required to fill in the geodesys after the necessary explanations have been made. During interviews, height and weight measurements were made by the investigator using the same tool (Beurer, GS 49_BMI) for each pregnancy. In the analysis of the data, descriptive statistics, Kruskal-Wallis test and Mann Whitney-U test were used.

It was found that %45,8 of the participating laboratories were pregnant with %45,8 normal, %35,9 with high Body Mass İndeks (VKI), they had an average weight of 12,5 kg during their pregnancy, %50,3 of them were at high level and %5,6 he lived; %69,4 of them were found to have depression status. It was determined that the anxiety and depression situations of the subjects in the study were not effective on weight gain ($p < 0,05$).

As a result, it has been determined that anxiety and depression in pregnancies are not effective on weight gain; it may be advisable to carry out research in different regions, in order to exclude the cultural characteristics of the region geographically surveyed in the new studies to be carried out.

Keywords: Pregnancy, Weight gain, Anxiety, Depression, Midwifery

1. GİRİŞ

Gebelik, kadınlar arasında hem psikolojik hem fiziksel iyilik halini etkileyen eşsiz bir yaşam deneyimi olarak görülmektedir. Kadınlar gebelikleri süresince; duygusal, psikolojik ve fizyolojik olarak anneliğe uyum sağlamaya çalışırken stres ve duygusal bozukluklarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Daha da önemlisi gebelik için hazırlıksız olma, gebelik hormonlarının etkisi, psikolojik değişiklikler, duygusal bozukluklar gebelikte kaygı ve depresyon olasılığını artırabilmektedir (Best ve ark, 2009; Gözüyeşil ve ark, 2008; Karaçam ve Ançel, 2009).

Kaygı ve depresyon gebelikte kilo alımı üzerine etki ederek aşırı ya da yetersiz kilo alımı durumlarını ortaya çıkarmakta; gebelikte alınan kilo miktarı da anne ile fetüsün mevcut durum ve geleceğini ciddi anlamda etkilemektedir (Bulut ve Mihmanlı, 2014; Coşkun ve Özdemir, 2009).

Hill ve ark (2013), gebelikte kilo alımını etkileyen faktörleri bir kavramsal çerçeve içinde toplamış ve gebelikte kilo alımının temelinde gebenin psikolojik, demografik, ailesel ve bilişsel özelliklerinin yer aldığını belirtmiştir. Bunları ise; psikolojik faktörler, özgüvenin kaybolması, kaygı, depresyon ve yeme alışkanlığında bozukluklar, vücut formunu ve görünüşünü beğenmeme, depresyon gibi önceki döneme ait psikiyatrik hikâye, kusma, devamlı yorgunluk ve maddi sıkıntılar şeklinde sıralamışlardır.

Webb ve ark (2009)'nın bildirdiklerine göre; farklı çalışmalarda gebelik döneminde aşırı miktarda kilo alan kadınlarda depresif belirtiler daha yüksektir. Hill ve ark (2013)'na göre de gebeliğin başında ya da ilerleyen dönemlerinde sürekli kaygı düzeyleri yüksek, aşırı depresif semptomları olan, benlik saygısı düşük veya stres düzeyi yüksek kadınlar gebeliklerinde aşırı kilo almaktadır.

Çalık Yeşilçiçek ve Aktaş (2011) depresyonda olan kadınlarda, iştah azlığı nedeniyle gebelik süresince kilo alımının daha az olabildiğini bildirmektedirler. Bunun nedenini de depresyonda olan gebe kadınlarda bulantı, kusma ve mide ağrısı gibi gastro-intestinal sistem sorunlarının daha sık ortaya çıkması ile ilişkilendirmektedirler.

Gebelik boyunca anne adayları ve fetüsün sağlık durumuna yönelik izlem ve bakımlar yapan ebeler, gebelikte kilo alımını etkileyen faktörleri belirleyerek; anne ve fetüseye yönelik

olumsuzlukları önleyebilmekle beraber, ilgili sağlık hizmetlerinin planlanmasına da katkı sağlayabilirler (Hill ve ark, 2013). Bu nedenle, bu araştırmada miadındaki gebelerde kaygı ve depresyonun kilo alımı ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma, Türkiye’de gebelerin kilo alımını etkileyen psikolojik faktörlerden kaygı ve depresyonun incelenmesi konusunda yapılan ilk çalışma olması bakımından önemlidir. Çalışmadan elde edilecek sonuçlar, gebelikte risk gruplarının belirlenerek, izlem ve bakımlarının planlanması ile yapılacak yeni çalışmalara yön verebilir.

Araştırmanın Amacı

Miadındaki gebelerde kaygı ve depresyonun kilo alımı ile ilişkisini incelenmektir.

Araştırma Soruları

Gebelikte kilo alımı, kaygı ve depresyon düzeyleri nasıldır?

Gebelikte sürekli kaygının kilo alımı ile ilişkisi nasıldır?

Gebelikte depresyonun kilo alımı ile ilişkisi nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

Gebelik süresince uygun kilo alımı önemlidir. Bebeğin doğum ağırlığı ile gebelikte alınan kilo arasında önemli bir ilişki bulunmakla birlikte; kaygı ve depresyon gebelik döneminde, gebelerin kilo alımı üzerinde etkili olan önemli faktörler arasında sayılmaktadır (Bulut ve Mihmanlı, 2014; Samur, 2012).

2.1. Gebelikte Kilo Alımı

Gebelikte uygun kilo alımı hem anne hem de fetüs sağlığı açısından belirgin bir öneme sahiptir. Bu durum gebe için maternal mortalite, gebelikte meydana gelen komplikasyonlara, olumsuz travay ve doğum sürecine, postpartum dönemde vücut ağırlığı fazlalığına neden olmakta ve etkili emzirmeyi de etkilemektedir. Yenidoğan için de, gebelik haftası ile uyumlu sağlıklı fetus gelişimini, doğum ağırlığını, perinatal morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir (Akgün, 2013).

Gebelik sırasında alınan kilonun yetersiz ya da fazla olmasının gebe ve fetüs üzerinde farklı etkileri görülmektedir. Gebelik süresince yetersiz kilo alımı (6 kg'ın altında) düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme olasılığını artırırken; fazla kilo alımı veya obezite başta fetal anomaliler olmak üzere maternal ve fetal morbidite ile mortalite de artışlara neden olabilmektedir. Bununla birlikte gebelikte normal miktarda kilo alımına sahip kadınlar, çok veya az kilo almış olan gebe kadınlardan genellikle daha az probleme sahip olmaktadır (Samur, 2012).

Gebelikte alınması gereken kilonun her gebede ve her trimesterde farklı olması gerekir. Bu farklılık göz önünde bulundurulduğunda her gebeliğin gebenin kendisine özel olmasıdır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'nde sağlık alanında belirleyici kurumlardan olan Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine; IOM)'nün 2009 yılı ölçütlerine göre gebelikte dengeli ve sağlıklı beslenme, çok yemeden ve kilo alımından daha önemli olduğu vurgulanmaktadır (IOM, 2009).

IOM, 2009 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün obezite sınıflandırmasını temel alarak, gebelik öncesi farklı Vücut Kitle İndeksi (VKİ) düzeylerine göre gebelikte kilo alımını düzenleyen bir öneri kılavuzu yayınlamıştır. Önerilen gebelikte kilo alım oranları aşağıda verilmiştir.

VKİ (kg/ m2)	Tavsiye Edilen Kilo	İkinci ve üçüncü trimester (ortalama, kg/hafta)
Normalin altında <18,5	28-40 pounds 12,7- 18,4 kg*	1-1,3 pounds 0,44-0,58 kg*
Normal 18,5-24,9	25-32 pounds 11,3- 15,8 kg*	0,8-1 pounds 0,35-0,50 kg*
Kilolu 25,0- 29,9	15-25 pounds 6,8- 11,3 kg*	0,5-0,7 pounds 0,23-0,33 kg*
Obez ≥ 30	11-20 pounds 4,9- 9,0 kg*	0,4-0,6 pounds 0,17-0,27 kg*

Birinci trimesterdeki toplam kilo alımı 0,5-2 kg

*IOM (2009)'a göre pounds olarak verilen değer <http://www.birimcevir.com> (08.08.2017) kaynağından yararlanılarak kg'a çevrilmiştir.

İkiz gebelikte, gebelikten önce annenin vücut kitle indeksine göre gebelikte kilo alımı için önerilen oranlar aşağıda verilmiştir (IOM, 2009).

VKİ (kg/ m2)	Tavsiye Edilen Kilo
Normalin altında <18,5	Yetersiz veri olduğu için tavsiye bulunmamaktadır.
Normal 18,5-24,9	37-54 pounds 16,7- 24,4 kg*
Kilolu 25,0- 29,9	31-50 pounds 14,0- 22,6 kg*
Obez ≥ 30	25-42 pounds 11,3- 19,0 kg*

*IOM (2009)'a göre pounds olarak verilen değer <http://www.birimcevir.com> (08.08.2017) kaynağından yararlanılarak kg'a çevrilmiştir.

IOM yönetmelikleri, gebelikleri multifetal (üçüz ve üstü) kadınların alması gereken kilo miktarını belirlemek için verilerin yetersiz olduğunu kabul etmektedir. Ayrıca IOM komitesi obezitenin şiddetine göre kilo alım kurallarını belirlemek için elde çok az veri bulunduğundan tüm obez kadınlar için, gebelikte toplam 5-9 kg'lık tek seçeneğin geçerli olduğunu tavsiye etmektedir (IOM, 2009).

Ülkemizde, 2012 yılında Sağlık Bakanlığı'nın hazırlattığı sağlıklı beslenmenin ve obezitenin gebelik üzerindeki etkileri ile önemi üzerinde durulan; ayrıca obezitenin gebelikteki olumsuz etkilerinin tartışıldığı 'Gebelik ve Obezite' adlı kaynağına göre sağlıklı yetişkin kadınlar için gebelik süresince normal kilo alımı 10-14 kg (ayda 1-1,5 kg) arasındadır. Gebeliğin ilk üç ayında beklenen kilo alımı 1-2 kg olup; adolesanlarda ise 2-3

kg'dır. Daha sonraki dönemde haftalık kilo alımı 0,3-0,5 kg arasında olmalıdır. Gebeliğin başlangıcında zayıf olan kadınların 12,5-16 kg almaları önerilmektedir. Obez kadınların gebelikte kilo alımıyla ilgili fazla kilo alımına gerek olmadığı ve gebeliği boyunca kilo miktarındaki 6-7 kg'lık artışın bebek ve anne sağlığı için yeterli olacağı bildirilmektedir (Samur, 2012). Bu sonuçlar ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın gebelikte kilo alımına yönelik sınıflandırmalarının IOM'nin sınıflandırmaları ile benzer olduğunu göstermektedir. Gebelikte ideal kilo alımına ilişkin önerilere bakıldığında anne ve bebek açısından gebeliğin en iyi şekilde sonuçlanması amacıyla yönelik olduğu görülmektedir (ACOG, 2013).

Gebelerde yetersiz kilo alımından daha çok aşırı kilo alımı yaygın olmakla birlikte gebelik haftasına göre aşırı kilo alımı sonucu artmış doğum ağırlığı ve doğum sonrası kilo alımı arasındaki bağlantı paralellik göstermektedir. Yetersiz kilo alımı durumunda ise azalan doğum ağırlığı ile artmış preterm eylem riski, arasında da ciddi bir bağlantı olduğu bildirilmektedir. Ayrıca komplikasyon gelişme riski alınan kilo miktarına göre de artış göstermektedir (ACOG, 2013; Badnar ve ark, 2010; Siegara-Riz, 2009).

Gebelikte aşırı kilo alımı annede; gestasyonel diabetes mellitus, gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, spontan abortus, artmış sezaryen riski, omuz distozisi, ilerlemeyen doğum eylemi, aşırı kan kaybı, uzamış ameliyat süresi, yara yeri enfeksiyonu ve endometrit, emzirmenin başlaması ve sürdürülmesine yönelik komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Fetüste oluşabilecek komplikasyonlar da prematürite, konjenital anomaliler (ör: nöral tüp defektleri), makrozomik fetus, makrozomik fetus nedeniyle yaşanan doğum hasarları, ölü doğum ve çocukluk çağında obezite şeklinde sıralanmaktadır. Gebelikte aşırı kilo alımı doğum sonu annede aşırı kilo retansiyonu ve obezite ile sonuçlanmaktadır. Gebelik süresince annenin yetersiz kilo alımı ile bebekte oluşabilecek sorunlar; fetüste intrauterin gelişme geriliği, prematüre, düşük doğum ağırlıklı bebek (doğum ağırlığı 2500g'ın altında olanlar), ölü doğum şeklinde sıralanmaktadır (Badnar ve ark, 2010; Bulut ve Mihmanlı, 2014; Coşkun ve Özdemir, 2009; Çalık Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011; Dipietro ve ark, 2003; Li ve ark, 2015; ACOG, 2015).

Siegera-Riz ve ark (2009), IOM önerilerine göre maternal kilo alımının fetal doğum ağırlığı, fetal büyüme ve doğum sonrası kilo alımı üzerine sonuçlarının sistematik gözden geçirilmesi ile ilgili yapılan 35 araştırmada; aşırı gestasyonel kilo artışı ile artmış doğum ağırlığı, gestasyonel yaşa göre büyük fetal büyüme bunun yansıya yetersiz kilo

alımı ile düşük doğum ağırlığı ve gestasyonel yaşa göre küçük fetal büyüme birlikteliklerini destekleyecek sonuçlar bulmuşlardır.

Langford ve ark (2011)'nın yaptıkları araştırmaya göre; gebelikte kilo artışının fazla olmasının preeklampsi, sezaryen ve makrozomi riskini arttırdığını bulmuş olmakla birlikte aşırı kilolu kadınların mevcut IOM tavsiyelerine uygun kilo alımını önermiştir.

Gebelik döneminde anne adayının kilo alımını etkileyen çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörlerinden kaygı ve depresyon aşırı ya da yetersiz kilo alımına neden olmaktadır. Gebelik süreci boyunca yaşanan bu risk faktörü ve değişimler psikolojik değişimlere adaptasyon durumunu ortaya çıkarmakta, bu adaptasyon sağlanamadığı takdirde de başta kaygı durumu olarak kendini göstermektedir (Hill ve ark, 2013).

2.2. Kaygı

Türk Dil Kurumuna (TDK) göre kaygı, üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa olarak tanımlanmaktadır. TDK tıpta kaygıyı; genellikle kötü bir şey olacaktı düşünmesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu olarak tanımlamaktadır (TDK, 2017).

Kaygı, Türkçe 'de *endişe* ve İngilizce 'de *anxiety* olarak ifade edilmektedir. Ruh bilim alanında kaygı sözcüğünü ilk kullanan ve bunu bir kavram olarak tanımlayarak nedenlerini araştıran Sigmund Freud olmuştur. Freud kaygı konusunda yaptığı çalışmalarla diğer psikologlara önderlik etmiştir. Ona göre kaygı her zaman ve her yerde tecrübe edilen, istenmeyen bir şey, hoşlanılmayan duygu (his) durumudur (Manav, 2011). Freud'dan sonra da birçok bilim adamı kaygı konusunda çalışmalar yapmış ve kaygıyı tanımlamışlardır. Genel olarak kaygı, herhangi bir tehlikenin korkusunun yansıması olarak insanda ortaya çıkan tedirginlik, huzursuzluk, gerilim olarak tanımlanmaktadır (Koçak, 2014; Manav, 2011).

Spielberger ve ark (1970)'a göre, kaygı 'durumluluk ve sürekli' kaygı olarak ikiye ayrılmaktadır. Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korku durumluk kaygısı olarak tanımlanmakla birlikte; böylesi bir kaygı durumunda fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma, titreme gibi fiziksel değişimler bireyin stres ve kaygı durumunun göstergesi olmaktadır. Stresin yoğun olduğu durumda durumluluk kaygı seviyesinde yükseliş olmakla

birlikte stres yaratan durum ortadan kalkınca kaygı seviyesinde düşme oluşmaktadır. Sürekli kaygı ise bireyin kaygılı bir yaşantıya yatkınlığı şeklinde tanımlanmakla birlikte, sürekli kaygı durumunda birey içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres yorumlama eğiliminde olmaktadır. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri gözlenmektedir (Öner ve Le Compte, 1983).

Kaygı belirtileri; bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler olarak dört gruba ayrılmaktadır. Bilişsel belirtiler; normal bilişsel işlevlerin abartılı hale gelmesi (aşırı uyanıklık hali gibi) ya da normal işlevlerin baskılanması (dikkat dağınıklığı gibi) söz konusu olmaktadır. Duygusal belirtiler; korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik şeklinde sıralanmakta; davranışsal belirtiler de normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenmektedir. Kaygıda fizyolojik belirtiler ise sinir sistemi hiperaktivitesine bağlı olarak organ ve sistemleri etkilemektedir. Öte yandan kaygı düzeyleri de günlük yaşam koşullarına ve bireysel özelliklere bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte hafif düzeyde kaygı, orta düzeyde kaygı, yüksek düzeyde kaygı ve panik olmak üzere düzeylere ayrılmaktadır (Yiğit Günay, 2013).

Görüldüğü gibi kaygı terminolojik anlamı ile çok geniş anlam ifade etmekte birlikte gebelikteki kaygı daha özel olarak anne adayının içinde bulunduğu ruhsal dünya, gebelik dönemindeki fiziksel değişim, gebelik süreci ve doğum sonrası birçok etmenlerle farklılık arz etmektedir (Arslan ve ark, 2011).

2.2.1. Gebelikte Kaygı

Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık psikolojik bir süreçtir. Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı olarak oluşan fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta, şiddetli düzeylerde ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Arslan ve ark, 2011; Dağlar ve Nur, 2014).

Gebelerin % 20'sinden fazlası, hem kendilerine hem gelişmekte olan bebeklerinin sağlık ve refahına yönelik olarak kaygı duymaktadır (Fairbrother, 2016). Gebelik,

kadınlarda neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabildiği gibi; endişe, kaygılı bekleyiş, emosyonel yüklenme de yaratabilmektedir (Kılıçarslan,2008). Gebelikte ortaya çıkan bu kaygı durumu, hem anne sağlığını hem de bebek sağlığını önemli derecede etkilemektedir (Arslan ve ark, 2011; Fairbrother, 2016; Faramazi, 2016).

Gebeliği olumsuz etkileyen ve kaygıya neden olan faktörler; nedeni bilinmeyen kaygılar, doğum eylemi ve doğum sırasında hissedeceği ağrı, doğuma ilişkin bilgi eksikliği, önceki doğum, kürtaj vb. deneyimleri, gebeliğin ve çocuk bakımının ekonomik sonuçları, kişisel bağımsızlık ve çekicilik gibi faktörlerin kaybı, çocuğun ve eşinin kendisine karşı olan sevgi ve bağlılık duygularını paylaşma korkusu, eğer okuyorsa eğitimini tamamlayamama durumu, anne olarak ilerideki rolüyle ilgili kararsızlık, doğumda yalnız kalacağı duygusu şeklinde sıralanmaktadır (Yiğitoğlu, 2009).

Tüm bunlarla birlikte gebeliğin ilerleyen dönemlerinde alınan kilolar kadının görünümünü değiştirdiği için bazı kadınlar bundan olumsuz etkilenip eşlerinin kendilerini beğenmeyeceği kaygısına kapılabilmektedirler. Kadın, gebelik süresince uyku ve yeme düzenindeki değişiklik, bulantı/kusma, cildindeki renk değişiklikleri, memelerde büyüme ve kilo artışıyla baş etmeye çalışırken diğer taraftan da kendini şişman hissedebilmekte ve fiziksel olarak tekrar eski haline dönüp dönmeyeceği konusunda kaygı durumunu yaşayabilmektedir (Kılıçarslan, 2008).

Faramarzi ve ark (2016) gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada antenatal dönemde kaygı oranını yüksek olarak tespit etmişlerdir. Ülkemizde, Arslan ve ark (2011) Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 452 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada azımsanmayacak derecede (%29) kaygı düzeyini yüksek bulmuşlardır. Yapılan bu çalışmalara bakıldığında sağlıklı bir gebelik için fiziksel ve emosyonel dengenin sağlanması gerektiği görülmektedir (Yiğit Günay, 2013).

Sonuç olarak diyebiliriz ki, çocuk sahibi olmaya karar vermek, ikili ilişkiden üçlü bir ilişkiye geçişi ve aile sisteminin yeniden düzenlenişi demektir. Gerçekte var olan sistem, artık işlevselliğini yitirecek ve yerine farklı bir sistem kurulacaktır. Şüphesiz bu durumun gebe üzerindeki etkisi kaygıyı getirirken, ortaya çıkan kaygının derinleşmesi de anne adayında depresyonun görülme olasılığını ortaya çıkaracaktır.

2.3. Depresyon

Depresyon tüm dünyada en sık görülen bir duygu durum bozukluğu olup; DSÖ tarafından yapılan tanımlamada, en az iki hafta boyunca, kişinin, günlük aktivitelerini yürütmek için gerekli olan yetersizlik, kalıcı üzüntü ve normal zevk aktivitelerinin kaybı şeklinde açıklanmaktadır (DSÖ, 2017).

Farklı bir ifadeyle de depresyon; derin üzüntülü bir duygu durum içinde durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, intihar gibi duygu ve düşünceler ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur. Bu sendrom, bilişsel ve duygusal alanlarla ilgili bir çok belirtiyi kapsamaktadır. Bu belirtiler hafif düzeyden başlayıp şiddetli düzeye kadar ilerleyebilmektedir. Depresyon, birincil bir duygu durum bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir. Depresyon aynı zamanda yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması, iş gücü kaybı ve intihar riskini de artırması nedeniyle önemli sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Çalık Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011).

DSÖ'nün 9 Nisan 2017 tarihinde yayınladığı raporda, dünya genelinde 322 milyon insanın depresyon hastalığı ile mücadele halinde olduğu gösterilmekte ve bu rakam, dünya çapında depresyonlu insan sayısının son on yılda %18 arttığını ortaya koymaktadır. Rakamlara göre, dünya nüfusunun %4,4'ü depresyon hastalığına yakalanmış olup, dünyada depresyonlu kişilerin yarısının nüfus yoğunluğuna bağlı olarak Çin ve Hindistan gibi yoğun nüfusa sahip olan ülkelerin de içinde bulunduğu Güneydoğu Asya ve Pasifik bölgelerinde yaşadığı belirtilmektedir. DSÖ raporunda, Türkiye'nin dünya sıralamasına da yer verilmiştir; rapora göre, Türkiye'de de 3 milyondan fazla insanın depresyonlu olduğu ortaya konulmaktadır (DSÖ, 2017).

Depresyonun yaşam boyunca insidansı % 12 kadardır, ancak hastaların yalnızca yarısı tedavi arayışı içindedir (Çelik ve ark, 2013). Bununla birlikte refah düzeyi yüksek ülkelerde depresyonda olan kişilerin %50' si tedavi olmak çabasında; refah düzeyi düşük ülkelerde bu rakam %10 seviyelerinde kalmaktadır. DSÖ tarafından yayınlanan rapor, bir gerçeği daha gözler önüne sermektedir. Depresyon kadınlar arasında daha yaygındır; nitekim dünya kadınlarının %5,1'inde depresyon görülür iken, bu oranın erkeklerde %3,6 kadarında olduğu belirtilmektedir (DSÖ, 2017).

DSÖ, 2020 yılında depresyonun, stres ve kardiyovasküler sistem ilişkisiyle, komplikasyonlara bağlı olarak ölüme yol açan hastalıklar arasında ikinci sırada yer alacağını ön görmektedir (DSÖ, 2016). Depresyonun pek çok alt tipi olmakla beraber, majör depresif bozukluk en sık tanı konulan tiptir. Major depresif bozukluk (MDB), psikolojik, davranışsal ve fizyolojik belirtiler sergileyen heterojen bir bozukluktur. MDB patofizyolojisinin altında yatan nörobiyolojik değişiklikler hakkında halen çok az şey bilinmektedir (Kotan ve ark, 2009).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-V) göre majör depresyon tanı ölçütleri şu şekilde gösterilmiştir:

A. Aşağıdaki kriterlerden en az beşinin, en az on beş gün süreyle gün boyu bulunması

(1. veya 2. kriter mutlaka bulunmalı)

1. Depresyon duygudurum bozukluğu,

2. Zevk alamama (haz yitimi), ilgi-istek azalması,

3. İştahsızlık veya yeme isteğinde artış,

4. Uyku düzeninde bozulma,

5. Piskomotor yavaşlama veya ajitasyon,

6. Halsizlik-bitkinlik veya enerjide tükenme,

7. Değersizlik hissi, suçluluk,

8. Neredeyse her gün (kendi öznel ifadesi ya da başkaları tarafından gözlenen) azalmış yetenek durumu, konsantrasyonda azalma veya karasızlık durumu yaşanması.

9. İntihar düşünceleri veya intihar yönelimi

B. Bedensel ve düşünsel işlev alanlarında deformasyon.

C. Verilen belirti ve bulgular madde kullanımına veya genel sağlık durumuna bağlı değildir.

Not: A-C arasındaki kriterler büyük bir depresif atağı temsil eder.

Not: Yaşanan önemli bir kayıpta verilebilecek tepki, (örneğin, yakınıni kaybetme, ekonomik yıkıntı, doğal afetlerden kaynaklanan kayıplar, ciddi tıbbi hastalıklar ve kayıplar) A' da belirtilmiş olan kriterlerden depresif bozukluğa benzeyen uykusuzluk, iştahsızlık, kilo kaybı, kayıpla ilgili dalgınlıklar, yoğun üzüntü duyguları şeklinde kendini gösterebilir. Böylesi semptomlar yaşanan kayba has olabileceği gibi bunu yanında kaybın kişide majör depresif bozukluk ortaya çıkarma durumu dikkatlice değerlendirilmeye alınmalıdır. Bu değerlendirme kaçınılmaz olarak klinik bir teşhis gerektirmektedir. Tabii burada kayıp bağlamında üzüntünün sebebinin açıklanabilmesi için kültürel normlar ve kişinin geçmişi klinik teşhiste dikkate alınmalıdır.

D. Majör depresif atak oluşumu, şizofreni, şizofreni biçimli bozukluk, organize olmayan düşünel bozukluk, tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozuklukların tanı ölçütlerine dayandırılmaz.

E. Burada manik atak veya hipomanik atak var olmamıştır.

Not: Bu dışlama manik ya da hipomanik gibi benzeri tüm bölümler için geçerli değildir, bu durum madde kaynaklı veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkisine dayandırılırsa bu sonuç uygulanamaz (DSM-V, 2013).

Depresyon tüm dünyada en yaygın görülen bir duygu durum bozukluğu olarak değerlendirilmekle birlikte, gebelik sürecinde de gebelerin huzurunu, işlevselliğini ve yaşam kalitesini bozan, işgücü kayıplarına yol açan ciddi bir hastalıktır. Anne adayları için gebelik dönemi doğal bir yaşam olmanın yanı sıra, psikolojik ve piskososyal değişimlerin yaşandığı, kaygı ve stres oluşturabilecek durumlarla karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir. Gebelik dönemi kaygı, stres, heyecan ile mutluluk gibi karşıt ve doğrusal ruh hallerini, daha özel anlamıyla depresyonu da beraberinde getirmektedir (Çelik ve ark, 2013).

2.3.1. Gebelikte Depresyon

Gebelik döneminde kadınların depresyona duyarlılığı duygu durumunun değişimiyle bağlantılı olarak artmaktadır. Gebelik döneminde kadınlar, fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamakla birlikte bu değişimlere uyum sağlama girişiminde olmaları gerekmektedir. Daha da önemlisi, gebelik için hazırlıksız olma, gebelik hormonlarının etkisi, psikolojik değişiklikler ve duygusal bozukluklar gebelikte depresyon olasılığını artırabilmektedir. Gebelikte depresyon ise sadece klinik depresyon gibi bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Karaçam ve Ançel, 2009).

Geçmiş yıllarda gebelik ‘psikiyatrik bozukluklar için koruyucu bir dönem’ olarak görülürken, günümüzde bu görüş kabul görmemektedir. Çünkü kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların da yaşanabileceği bir dönem olarak da algılamaktadırlar (Çalık Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011).

Gebelikte döneminde depresyon hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı etkileyen ruhsal bozukluk olarak nitelendirilebilir (Arslan ve ark, 2011). Depresyon kadınların %3-6’sında gebelik sırasında ve doğumu takip eden ay ya da haftalarda başlamaktadır (DSM-V, 2013; Rwakarena ve ark, 2015).

Erbil ve ark (2009)’ı 204 gebe üzerinde yaptıkları araştırma sonucu gebelerde depresyonun yaygın bir sağlık problemi olduğunu belirterek, 63 (%30,9)’nün tedavi gerektiren düzeyde depresyon semptomları yaşadığını ortaya koymaktadır. Gebelerin eğitim seviyesi, mesleği, eşinin eğitim düzeyi, gelir algısı, önceki gebeliklerinde ve şimdiki gebeliğinde psikiyatrik sorun yaşamaması, gebelik döneminde fiziksel sorun yaşamaması, gebeliğin istenmemesi, fetus ve kendi sağlığı hakkında kaygı duyması ve gebeliğinde akrabalarından destek alamaması gibi faktörlere bağlı olarak gebelerin depresyon belirtisi şiddetinde değişiklik ortaya çıkardığını belirtmişlerdir. Bu nedenle gebelikte depresyonun ve risk faktörlerinin izleniminin oldukça önemli olduğu ortaya konulmaktadır.

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların; gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve belirtileriyle benzerlik göstermesi nedeniyle gebelik döneminde depresyon tanısı koymak zorlaşmaktadır. Bu nedenle ebe, hemşire, hekim doğru tanı için gebeyi fiziksel ve

psikolojik yönüyle iyi tanınmalı; depresyona dair verilere hakim olmalı ve tesirli inceleme metotlarını bilmeli; bu metotları uygulayabilmelidir (Çalık Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011).

Gebelik sırasındaki depresyon, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki annelerin %20'sini etkilerken, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development; OECD) ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde bu oranın daha düşük olduğu bildirilmektedir (DSÖ, 2017). Gebelik döneminde depresyon belirti ve bulguları görülme sıklığı Macaristan'da %17,9 (Bödecs ve ark, 2009), Çin'de %13,7 (Wank Y ve ark, 2016), Ürdün'de %19 (Muhammed ve ark, 2011), Brezilya'da %21,1 (Fasial-Cury ve ark, 2011) olarak bulunmuştur. Rwakarena ve ark (2015) yılında Kuzey Tanzanya'daki Mwanza Bölgesi'nde ikamet eden 397 gebe üzerinde yürüttükleri kesitsel alan çalışmasında, gebe kadınların %33,8'inde gebelikte depresyon bulgusunu tespit etmişler ve gebeliğe bağlı oluşan kaygının gebelikte depresyon ile ilişkili olduğu araştırma sonucunda ortaya koymuşlardır.

Türkiye'de gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalara bakıldığında ise; Karaçam ve Ançel (2009) %27,3, Daştan Bostancı ve ark (2015) %16, Sevindik (2005) %36,3, Çelik ve ark (2013) %27,2 olarak gebelik döneminde depresyon durumunu bulmuşlardır. Genel anlamda Türkiye'de yapılan çalışmalarda, gebelikte depresif belirti görülme sıklığının %16 ile %36 arasında değişiklik göstermektedir. Risk oranları, farklı kültürler arasında farklılık göstermektedir (Çelik ve ark, 2013).

Ayrıca Çelik ve ark (2013) yaptıkları çalışmada gebelikte dönemindeki depresyon görülme olasılığı gebelik trimesterlerine göre de değişkenlik gösterebileceğini bildirmişlerdir. Gebelikle bağlantılı olmayan dış stresler ve zorluklar, gebelik esnasında uyum sorunlarını artırmaya başlayabilir ve ikinci trimestere nazaran birinci ve üçüncü trimesterde psikiyatrik bozukluklar daha sık görüldüğünü çalışmaları ile ortaya koymuşlardır. Birinci trimesterde istenmeyen gebelikler, kaygı ve depresyonla ilişkiliyken; üçüncü trimesterde doğumla ilgili korkular ve fetusun normalliğiyle ilgili kuşkular sebep olabilmektedir. Bu nedenle gebelerde depresyonun ve risk faktörlerinin izlemine oldukça önemli olduğunu çalışma sonuçlarında bildirmektedirler (Erbil ve ark, 2009; Gourounti, 2013; Rwakarena ve ark, 2015).

Yeşilçiçek Çalık ve ark (2011) özellikle gebelik sürecinde yaşanan kaygı ve depresyonun; gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonları arttırdığını, yenidoğan

sağlığını olumsuz etkilediğini (preterm eylem, preeklampsi, zor doğum, doğumda daha fazla cerrahi müdahaleye gereksinim duyma, gebelik haftasına göre küçük fetus, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu yenidoğan vb.) bildirilmişlerdir. Marcus ve ark (2009)'nın depresyonun gebe ve fetus üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada, gebelikte depresyonun komplikasyonlarını; doğum öncesi bakımın yetersizliği, artmış madde kullanımı, kilo alımında yetersizlik, stres, kaygı, düşük gestasyonel yaş, düşük apgar skorları ve baş çevresi küçüklüğü olarak saptanmıştır.

Gebelik dönemine ve doğum sonrasına dair anne adaylarının heyecanı, beklentisi, merakı, tedirginliği, korkusu veya aşırı duygu durumları kaygı ve depresyon gibi ruhsal durumlara yol açabilecek iken; böylesi ruhsal durumların gebenin kilo alımı üzerindeki etkisinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (Erbil ve ark, 2009).

2.4. Kaygı ve Depresyonun Gebelikte Kilo Alımı ile İlişkisi

Gebelikte ortaya çıkan kaygı ve depresyon için risk oluşturabilecek faktörler biyopsikososyal bir yapı içerisinde değerlendirilmektedir (Tunç ve ark, 2012). Bu biyopsikososyal yapı içerisinde gebelikte kilo alımını en iyi şekilde sağlayabilmek için annenin ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyen stres, kaygı ve depresyon gibi etmenlerin iyileştirilmesi, annenin ekonomik seviyesinin yükseltilmesi ve anneye gebelik sürecinde tavsiye edilen fiziksel egzersizleri uygulayabilmesi gebelikte ruhsal sağlık açısından önemli görülmektedir (Hill ve ark, 2013).

Hill ve ark (2013) ise, gebelikte kilo alımını etkileyen faktörleri terminolojik bir çerçeve içinde toplamış ve gebelikte kilo alımının temelinde anne adayının psikolojik, demografik, ailesel ve düşünsel özelliklerin yer aldığını ortaya koymuştur. Bunları özellikle psikolojik faktörler, özgüvenin olmaması, kaygı, depresyon ve beslenme alışkanlığındaki değişiklikler, vücut şekil ve görünümünü beğenmeme, gebelik öncesinde yaşanan psikiyatrik problemler, bulantı-kusma, yorgunluk hali ve ekonomik problemler şeklinde sıralamışlardır.

Biaggini ve ark (2016), gebelikte kaygı ve depresyon gelişimi üzerine risk faktörlerini belirlemeyi amaçladıkları meta-analiz çalışmalarında, kaygı ya da doğum öncesi depresyon ile ilişkili en ilgili faktörleri; partner eksikliği ya da sosyal desteğin olmaması, istismar ya da aile içi şiddet öyküsü, zihinsel hastalığın kişisel geçmişi,

planlanmamış veya istenmeyen gebelik, yaşamdaki olumsuz olaylar ve yüksek algılanan stres, gebelik komplikasyonları ve gebelik kaybı olarak bildirmişlerdir. Ayrıca anne ve bebeklerin uzun süreli refah düzeyini yükseltmek, gebelikte kaygı ve depresyon riski altındaki kadınları da belirlemek için tarama aracı uygulanmasını önermişlerdir.

Davis ve ark (2012) gebelik döneminde stres oluşumunu tetikleyen, gebelik sonrası kilo vermeyi engelleyen ve fazla kilo alımına neden olan faktörleri içeren unsurları ortaya koymuşlar ve bunları genetik yapı, sağlık durumu, sosyoekonomik düzey, alt sosyal ve kültürel sınıflarda yer alma gibi faktörler olarak sıralarken, bu faktörleri de maternal stresin en temel nedenleri olarak görmekteyiz.

Tüm bunlarla birlikte gebelikte yaşanan duygusal değişiklikler, gebelikte stres faktörleri ile başa çıkma kaynaklarındaki yetersizlik; kaygı, depresyon, beden imgesi bozukluğu veya önemli yaşam stres öyküsü, negatif ruh hali gebelikte kilo alma üzerine risk oluşturacak düzeyde etki edebileceği ortaya konulmaktadır (Best ve ark, 2009).

Molyneaux ve ark (2014)'nın yaptıkları çalışmada gebe kaldıklarında aşırı kilolu (VKİ 25-30 kg/m²) veya obez (VKİ> 30 kg/m²) olan kadınların hem doğum öncesi hem de doğum sonrası dönemlerde normal kilolu kadınlara göre kaygı ve depresyon semptom oranlarını anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Başka çalışmada ise kaygı ve gebelikte depresyon; yetersiz beslenme ve yetersiz kilo alımı ile ilişkilendirilmektedir (Marcus, 2009).

Best ve ark (2009)'nın 2005 gebe kadın üzerinde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeğini (Center for Epidemiological Studies Depression/CES-D-20) kullanarak yaptıkları çalışmalarında IOM kurallarına göre aşırı miktarda kilo alan kadınların, IOM kurallarına uygun kilo alan kadınlardan depresif belirtileri daha yüksek oranda rapor edilmektedir.

Gebelik döneminde anne adayının kilo alımını etkileyen çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörlerinden olan kaygı, depresyon aşırı ya da yetersiz kilo alımına neden olmaktadır (Çalık Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011). Nitekim, Mete ve ark (2015)'ı gebelikte kilo alımının ailesel ve sosyal özellikleri ile ilişkisi üzerine Türkiye'de yaptıkları çalışmalarında da, gebelikte kilo alımı üzerine etki eden risk faktörlerinin belirlenmesini önermişlerdir.

Bu yapılan araştırmalardan hareketle denilebilir ki sağlık personelleri (ebe, hemşire, hekim) doğru tanı için gebeyi fiziksel ve psikolojik yönüyle iyi değerlendirebilmeli; depresyona yönelik belirtileri ve tarama yöntemlerini bilmeli; risk faktörlerini tespit ederek bu yöntemleri uygulayabilmelidir.

2.5. Gebelikte Kilo Alımı ve Ebelik

Gebelikte alınan kilonun önemi büyüktür ve gebeliğin başından gebelik sonrasına kadar anne ve bebeğin sağlığı ile yakından ilişkilidir. Ebeler bu sağlığın korunması amaçlı kilo alımının takibinde önemli noktada yer almaktadırlar (Bulut ve Mihmanlı, 2014).

Dünyada ve ülkemizde çeşitli kurum-kuruluşlar tarafından ebeliğin kavramsal tanımını yapılmıştır. Bu tanımlamalardan birkaçı şunlardır:

DSÖ'ye göre: "Ebe, gebelik sırasında doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak ve yeni doğanın bakımını yapmak üzere eğitimini tescillemiş kişidir" (DSÖ, 2017).

Uluslararası Ebeler Federasyonu (International Confederation of Midwives; ICM)'na göre ebe; "Düzenli olarak verilen eğitim programlarına katılmış, gerekli ebelik niteliklerine sahip olmuş, yasal olarak ebelik sanatını yürütmesi kabul edilmiş; doğum ve doğum sonrası dönemlerde kadınlara bakım veren, doğumları yaptırabilen, bebek ve çocuk bakımını sağlayan kişinin yaptığı sanattır" (ICM, 2017).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na göre ebe; "Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş bir okuldan mezun olan, ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten, doğum yaptıran, doğum sırasında ve doğum sonrasında hizmet veren kişidir" (Türk Ebeler Derneği, 2017). Bu tanımlara göre ebenin uygulama alanları prenatal, intranatal, postnatal ve neonatal dönemlere odaklandığı görülmekle birlikte ebelik mesleğinin görev alanları da bu çerçevede düzenlenmiştir.

Türkiye Ebeler Derneği erişim sitesine bakıldığında (2017) AB'nin ebelik mesleği ile ilgili, 80/155/EEC sayılı konsey kararına göre; gebelerin doğum öncesi izlemi yapmaktır, beslenmelerini değerlendirmek, doğru beslenmeye yönlendirmek, gebelikte yaşanan olağan şikâyetleri azaltmak, gebeye sağlıklı davranışlar kazandırmak için eğitim

ve danışmanlık yapmak, doğru uygulamak ve yaklaşımları öğretmek, desteklemek ebelerden beklenen asgari görevler arasındadır.

Ülkemizde ise ebenin görevleri, 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı T.C. Resmi Gazete’de çıkarılan yönetmelik ile belirtilmiştir. Yöntemelik değerlendirildiğinde, “*cinsel sağlık, gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne-babalığa ve doğum hazırlık programlarının hazırlanmasını ve yürütülmesini sağlamak; kadınların üreme sağlığı konusunda takibini yapmak; gebelik tanısını koymak, gebelik muayenelerini yapmak, riskli durumları erken dönemde belirlemek ve gerekli önlemleri almak; doğum sürecini yönetmek, anne ve bebeğin sağlığını izlemek, normal doğumları ve tabibin olmadığı durumlarda acil makat doğumları yaptırmak; yenidoğanın ilk muayenesini yapmak; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek; aile planlaması hizmetlerinde bulunmak; 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişimini izlemek, özellikle gebe ve 0-6 yaş çocuk aşıları olmak üzere bulaşıcı hastalıkların kontrol programlarında ve bağışıklama hizmetlerinde görev yapmak*” ebenin görevleri arasında sayılmaktadır.

Gebelikte kilo alımının yeterliliğini ve doğru kilo alımını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde, risk altındaki gebelerin tespit edilmesinde ebe ve diğer sağlık çalışanları önemli konumda bulunmaktadırlar. Ebeler, gebe kadınları risk faktörleri açısından değerlendirerek, gerektiğinde uygun referans ve desteği sağlamalıdır (McPhie ve ark, 2015).

Doğum öncesi dönemde gebenin bakımı ve izlemi uygulamadan uygulamaya ya da ülkeden ülkeye farklılık arz etmektedir; ancak ebeler bu sürecin temel görevli personeli olarak merkezde yer almaktadır. Bu süreçte ebeler, anne adayına sağlıklı ve doğru kilo almanın yolunu gösterme fırsatına sahiptirler (Willcox ve ark, 2012).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı’nın Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (2014)’ne göre ebeler düzenli kontrollerinde gebelerin kilo ölçümünü yapmalı; aynı zamanda gebenin kontrolünü kilo alımına yönelik riskler çerçevesinde değerlendirip planlamalıdır.

Ebelerin, gebe izlemlerinde kilo alımı üzerine etki eden faktörleri tespit ederek, gebelere izlem görüşmelerinde uygun yönlendirme ve bakımları, anne ve çocuk sağlığı

üzerine aşırı ya da yetersiz kilo alımının komplikasyonlarından korunması sağlanmış olacaktır (Bulut ve Mihmanlı, 2014; Willcox ve ark, 2012)

Tüm bunlarla birlikte ülkemizde ebeler, gebeleri ve lohusaları ev ziyareti yaparak sağlıklı gelişimlerini izlem ve değerlendirmekle yükümlüdürler. Yapılacak olan çalışma sayesinde; nitelikli bir ev ziyareti ile gebenin fiziksel olduğu gibi ruhsal açıdan da ayrıntılı manada incelenmesi, kaygı ve depresyonun erken dönemde belirlenmesine, önlenmesine ve tüm bunlar da doğum öncesi bakımın kalitesinin artmasına, anne ve çocuk sağlığının korunmasına imkân tanıyacaktır (Arslan, 2010; Çalık Yeşilçiçek ve Aktaş 2011).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma analitik - kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Batman il merkezinde, Batman Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi NST (Non Stress Testi) polikliniğinde gerçekleştirildi. Araştırmanın verilerinin toplandığı tarihlerde bu hastanede kadın hastalıkları ve doğum hizmetleri, acil servis (çocuk ve kadın doğum), doğumhane, çocuk klinikleri, poliklinikler, doğum öncesi hazırlık sınıfı, yetişkin ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi hizmet vermekteydi. Poliklinik hizmetleri veren 22 adet poliklinik odası bulunmaktaydı.

Hastanenin yetişkin yoğun bakım ünitesi 6 yataklı olup, yenidoğan yoğun bakım ünitesi biri izolasyon olmak üzere 33 küvöz kapasitelidir. Kadın hastalıkları ve sezaryen doğum hizmetlerinin verildiği jinekoloji servisi 20 yataklı olup, bir tane 4 yataklı post-operatif müdahale odası ve bir müşahede odası bulunmaktaydı. Çocuk servisi 66 yatak içermekte ve kadın doğum servisinde 18 yatak bulunmaktaydı. Doğumhane birimi, 9 yataklı olup 2 adet travay odası ve 2 adet jinekolojik muayene masası kapasiteli doğum salonu ile doğum hizmetlerini yerine getirmekteydi. Ayrıca hastanede bulunan görüntüleme merkezinde radyolojik görüntüleme, ultrasonografi yapılmaktaydı. Hastanede 45 uzman doktor, 90 ebe, 115 hemşire görev yaparken; kadın hastalıkları ve doğum alanında 12 uzman doktor görev yapmaktaydı. NST polikliniği ise poliklinik hizmetleri ile paralel olarak hizmet vermekteydi. NST polikliniği 3 yataklı olup 3 NST cihazı, 1 ebe ve 1 hemşire ile hafta içi 08:00-16:00 saatleri arasında poliklinik hizmeti vermekteydi. NST polikliniği mesai saatleri dışında hafta içi 17:00-21:00, hafta sonu 08:00-12:00 saatleri arasında da poliklinik hizmeti vermeye devam etmekteydi. Hastanede normal spontan vajinal doğumlarda 24 saatlik, sezaryen doğumlarda ise 48 saatlik yatış süresi bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Zamanlaması

Araştırma Şubat 2015 - Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zamanı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın zaman çizelgesi

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	Şubat- Mart 2015
Tez önerisinin hazırlanması	Eylül 2015
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan ön onayın alınması	14 Nisan 2016
T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’nden resmi izin alınması	10 Mart 2016
Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yöneticiliğinden resmi izin alınması	06 Mayıs 2016
Araştırma verilerinin toplanması	Mayıs - Ekim 2016
Verilerin analizi ve değerlendirilmesi	Şubat-Mart 2017
Tez raporunun yazımı	Haziran 2017-Nisan 2018
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan araştırma onayının alınması	26 Nisan 2018

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’ne izlem için başvuran, miadında sağlıklı gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem seçiminde gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem hacminin belirlenmesinde, power (güç) analizinden yararlanılmıştır. Bu analize göre araştırmaya %95 güven aralığında, çift yönlü %0,5 anlamlılık düzeyinde hesaplanmıştır. Örneklem hacmi CES-D-20 puan ortalamaları ve Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (Spielberger Trait Anxiety Inventory/STAI) puan ortalamaları ile kadınların kilo alımı arasındaki ilişkiyi test etmede kullanılan analizler için %80 güce ulaşılan kadar güç analizi yapılarak belirlenmiştir.

Alınan kilo ortalamaları ile CES-D-20 puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan güç analizinde; %95 güven aralığında etki gücü $d=0,99$, $df=359$

$\alpha=0,05$ hesaplanarak örneklem hacmi 360 olduğunda bu analizin gücü $(1-\beta)=1,00$ (%100) olarak belirlenmiştir.

Alınan kilo ortalamaları ile STAI puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan analizde; %95 güven aralığında etki gücü $d=3,375$, $\alpha=0,05$ ve $f=1,967$ hesaplanarak örneklem hacmi 360 olduğunda bu analizde güç $(1-\beta)=\%100$ olarak belirlenmiştir.

Veri toplama aşamasında T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi NST polikliniğine 621 gebe başvurmuştur. Bu gebelerden 246'sı araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olmadığından (gebelik haftaları 37- 42. haftaları arasında, en az ilkokul mezunu, tek fetüse gebe sahip olan) araştırmaya dâhil edilememiştir. Araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uygun 375 gebe araştırmaya davet edilmiş ancak tanılanmış ruhsal problemi olan gebeler ile bazı gebelerin gebelik öncesi kilosunu bilmemesi nedenleriyle de 15 gebe araştırmadan dışlanmıştır.

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Araştırmaya gebeliği 37 - 42. haftaları arasında olan,
- En az ilkokul mezunu,
- Tek fetüse sahip gebeliği olan,
- Türkçe konuşup ve anlayabilen gebeler dâhil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Tanılanmış ruhsal problemi olan,
- Veri toplama sürecinde vücut ağırlığı ölçülemeyen,

- Gebelik öncesi kilosunu bilmeyen,
- Beş gün ya da daha fazla mutlak yatak istirahatını gerektirecek sağlık sorunu olan,
- Kendini bildirim ölçeklerini tam olarak dolduramayan gebeler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen ‘Soru Formu’ (Ek-1), ‘STAI’ (Ek-2), ‘CES-D-20’ (Ek-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Soru Formu (Ek-1)

Soru Formu, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin ve eşlerinin tanıtıcı ve sosyo-demografik özellikleri ile gebenin obstetrik özelliklerini tespit amacıyla araştırmacı tarafından kaynaklara dayalı olarak hazırlanmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, gebenin ve eşinin sosyo-demografik özelliklerini tanımlamak amacıyla 11, obstetrik ve kilo alımına yönelik özellikleri tanımlamak amacıyla da 14 olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmaktadır (Mete ve ark, 2015).

Soru formu, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuş ve görüşme yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.6.2. Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (Spielberger Trait Anxiety Inventory /STAI) (Ek-2)

Sürekli Kaygı Envanteri bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirleyen, 14 yaş üzerindekilerde kaygıyı araştırmak amacı ile uygulanabilen, Spielberger ve ark (1970) tarafından hazırlanan bir testtir. Envanterin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte (1983) aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Bireyin genellikle hissettiklerini ifade etmesini

gerektiren 20 maddelik, kısa cevaplı sorulardan oluşan bir öz değerlendirme (self-evaluation) anketidir. Kuder- Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alpha korelasyonlar ile saptanan güvenirlilik katsayısı 83 ile 87 arasında bulunmuştur. Sürekli kaygı envanteri maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir. Envanterde cevap seçenekleri dörder tanedir. Seçeneklerin ağırlık değerleri 1’den 4’e kadar değişir. 1, 6, 7, 10, 13, 16 ve 19’ncu maddeler ters puanlandırılır. Elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişkenlik göstermektedir. Alınan toplam puan aralığı 20 (düşük kaygı) ile 80 (yüksek kaygı) arasındadır. 36 ve altında alınan puanlar kaygının olmadığını, 37- 42 arasındaki puanlar hafif kaygıyı, 43 ve üstü alınan puanlar ise yüksek kaygıyı ortaya koymaktadır. Genel olarak, puanlar yükseldikçe kaygı oranı artmakla birlikte, 60’ın üstünde puanları olan bireylerin ise profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu ortaya konulmaktadır (Öner ve Le Complete, 1983).

İlkokul mezunu eğitim seviyesinde olan bireyler özel yardım gerekmeksizin formları cevaplandırabilir. Ancak bazen ölçek yönergesini veya ölçekteki kimi ifadeleri anlama noktasında zorluk çekenler olabilmektedir. Böylesi bir durumda üçten fazla soru ifadesine cevaplandırma yapılamamışsa, doldurulan ölçek formu geçersiz sayılarak puanlandırılma yapılmaz (Öner ve Le Complete, 1983).

3.6.3. Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Ölçeği (Center for Epidemiological Studies Depression/CES-D-20) (Ek-3)

Ölçek, Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından bilimsel çalışmalarda kullanılmak üzere genel popülasyonda depresyon belirtilerinin saptanması için geliştirilmiş kısa öz bildirim ölçeğidir. Radloff tarafından 1977 yılında yayınlanmıştır. Ölçek 20 soru maddesinden oluşmaktadır. Ölçekte; “Hiçbir Zaman-Nadiren (1 günden daha az)” cevabı 0, “Birazcık-Birkaç Kez (1-2 gün)” cevabı 1, “Arada Sırada-Bazen (3-4 gün)” cevabı 2 ve “Çokça-Çoğu Zaman (5-7 gün)” cevabı da 3 puan olarak puanlanmaktadır. Bununla birlikte; 4, 8, 12 ve 16 numaralı soru maddelerin puanlanması ters yönlü olarak yapılmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan aralığı 0 ile 60 puan aralığı arasında değişim göstermektedir (Tatar ve Saltukoğlu, 2010).

Tartar ve Saltukoğlu (2010) tarafından, CES-D-20 ölçeğinin Türkçe'ye adaptasyonu yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,75 ile 0,90 arasında, Guttman iki yarım test güvenilirliği 0,89, iki hafta arayla yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayısı da 0,69 bulunmuştur. Ölçeğin dört faktörlü yapısının test edildiği Doğrulamalı Faktör Analizi sonucunda iyi uyum katsayısı 0,84 olarak elde edilmiştir. CES- D-20 için kesme puanı 16 olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte ölçeğin kesim puanı 'önemli' veya 'hafif' depresif belirtilerin göstergesi olmaktadır (Tatar ve Saltukoğlu, 2010).

3.7. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından geliştirilen soru formunun kapsam geçerliliği ve anlaşılabilirliğini, sağlamak için Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nde görev yapan 5 öğretim üyesinin görüş ve önerileri alınmıştır. Önerilen değişiklikler yapıp, uzman görüşü alındıktan sonra soru formunun anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini geliştirmek için 10 gebe kadınla araştırmanın ön uygulaması gerçekteştirilmiştir. Araştırma ön uygulamasının yapılmış olduğu gebe kadınlar araştırmaya dâhil edilmemişlerdir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapılabilmesi için önce Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ön onayı, araştırmanın yapıldığı T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (Ek-5) ve Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yöneticiliği'nden (Ek-6) resmi izin yazısı alınması sonrasında ilgili kurumda, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan gebelere, yapılacak olan araştırmaya ile ilgili açıklama yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin yazılı onamı alınmıştır (Ek-4). Araştırmacı tarafından, görüşmeler esnasında her gebede aynı ölçüm aracı (Beurer, GS 49_BMI) kullanılarak gebelerin boy ve kilo ölçümü yapılmıştır. Gebeleri tanıtıcı soru formu doldurulmuş; STAI ve CES-D-20 ölçeklerinin gebeler tarafından cevaplandırılması istenmiştir.

Araştırmanın uygulandığı sürede gebelere aldıkları kilo ve ölçeklerden elde edilen puanlar hakkında bilgilendirilmesi yapılmıştır. Ölçümler sonrasında, aşırı ya da yetersiz kilo alımı tespit edilmiş olan gebeler Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimine

yönlendirilmesi yapılmıştır. STAI ve CES-D-20 ölçek puanları yüksek çıkan gebelere, kaygı ve depresyon ile ilgili konularda, ilgili alan uzmanlarından destek alabilecekleri konusunda bilgi aktarılmıştır.

3.9. İstatistiksel Analizler

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri PASW 18 (Predictive Analytics Software-IBM SPSS 18) analiz paket programı ile Windows XP bilgisayar ortamında değerlendirilmesi yapılmıştır. Araştırmanın özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler hesaplanarak tablo haline getirilmiştir. Çalışmada parametrik testlerin ön şartları sağlandığında bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, sağlanmadığı zaman bağımsız iki grup karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda ve parametrik testlerin ön şartları yerine geliyor ise, Varyans Analizi; gelmiyor ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Özellikler arasındaki doğrusal ilişkinin varlığı ise korelasyon katsayısı hesaplanarak irdelenmiştir.

Analizler sonucunda, $p < 0,05$ ve $p < 0,01$ düzeyindeki istatistiksel değerler, istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir. Araştırma güç analizleri, G-power 3.1.3 istatistik programı kullanılarak hesaplanmıştır.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri

Gebelerin çoğunluğunun geniş aile yapısına sahip olması, araştırma yapılan yerdeki çocukların ağlamasının dikkat dağınıklığına neden olması, NST polikliniği fiziki ortamının çalışma açısından dar bir alana sahip olması, poliklinikteki hasta yoğunluğunun fazla olması kilo ve boy ölçümü sırasında güçlük yaşanmasına sebebiyet vermiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 14.04.2016 tarihinde ön onay verilmiştir. Araştırmanın Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi NST polikliniğinde yapılabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 10.03.2016 tarihinde (Ek-5) ve Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yöneticiliği'nden 06.05.2016 tarihinde (Ek-6) yazılı resmi izin alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen gebelere, araştırmanın amacı ve araştırmadan sağlanacak yararlar konusunda bilgi açıklamalarının yer aldığı araştırma onam formu verilmiş olup okumaları sağlanmıştır. Bilgilendirme sonrasında gebelerin sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-4). Gebelerin araştırmaya gönüllü katılımları sağlanmıştır. Adnan menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı araştırmayı 26.04.2018 tarihinde onaylamıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan gebelerle (%100, n=360) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi NST polikliniğinde görüşülmüştür. Araştırmaya katılan gebeler 18-42 yaşları arasında olup yaş ortalaması 26,422±5,549'dur.

Tablo 2. Araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n=360)	Yüzde (%)
Eğitim durumu		
İlkokul	210	58,3
Ortaokul	85	23,6
Lise	52	14,5
Üniversite ve üstü	13	3,6
Meslek		
Ev hanımı	355	98,6
Memur	5	1,4
Sosyal güvence		
Olan	335	93,1
Olmayan	25	6,9
İkametgâh durumu		
İl merkezi	268	74,4
İlçe merkezi	32	8,9
Kasaba	3	0,9
Köy	57	15,8
Algılanan gelir durumu		
Gelir giderden az	156	43,3
Gelir gidere denk	203	56,4
Gelir giderden fazla	1	0,3
Eş eğitim durumu		
Okuryazar değil	20	5,6
Okuryazar	6	1,7
İlkokul	114	31,7
Ortaokul	105	29,1
Lise	78	21,7
Üniversite ve üstü	37	10,2
Eşin mesleği		
Memur	27	7,5
İşçi	141	39,2
Serbest meslek	147	40,8
Emekli	1	0,3
İşsiz	44	12,2
Aile tipi		
Çekirdek Aile	201	55,8
Geniş Aile	159	44,2
Gebe kalmadan önce sağlık sorunu		
Olan	50	13,9
Olmayan	310	86,1

Araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre gebelerin eğitim durumları incelendiğinde, %58,3’ünün ilkokul düzeyinde, %23,6’sının ortaokul düzeyinde, %14,5’ünün lise düzeyinde, %3,6’sının üniversite ve üstü eğitim düzeyinde mezun olduğu saptanmıştır. Çalışanların %98,6’sının ev hanımı olduğu, %1,4’ünün ise kamu kurum ve kuruluşlarında memur olarak çalıştığı kaydedilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin %100 (n=360) tamamı resmi nikâhlı olduğu saptanmıştır. Gebelerin sosyal güvencesi, ikametgâh durumu incelendiğinde ise; %93,1’inin sosyal güvencesinin olduğu ve sırasıyla %74,4’nün il merkezinde, %15,8’nin köyde, %8,9’nun ilçe merkezinde ve %0,9’nin kasabada yaşadığı görülmektedir (Tablo 2).

Gebelerin, %56,4’ünün algılanan gelir durumunun orta (gelir gidere denk), %43,3’ünün düşük (gelir giderden az), %0,3’ünün yüksek (gelir giderden fazla) seviyede olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde; %5,6’sının okuryazar olmadığı ve %1,7’sinin okuryazar düzeyinde eğitim seviyesine sahip olmakla birlikte; %31,7’sinin ilkokul düzeyinde, %29,1’sinin ortaokul düzeyinde, %21,7’sinin lise düzeyinde, %10,2’ünün üniversite ve üstü eğitim seviyesinde mezun olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte gebelerin eşlerinin %87,8’nin gelir getiren bir işe sahip olduğu görülmektedir. Eşlerin, %7,5’nin memur, %39,2’sinin işçi, %40,8’nün serbest meslek ve %0,3’nün emekli olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin aile tipine bakıldığında %55,8’nin çekirdek aile, %44,2’sinin geniş aile olarak olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan gebelerin %13,9’unun gebe kalmadan önce bir sağlık problemi ya da hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 2). En fazla ifade edilen hastalık guatr (%4,4) olmakla birlikte astım (%1,4), kalp hastalığı (%0,6), hipertansiyon (%0,3), böbrek hastalığı (%1,2), diyabetes mellitus (%0,6), epilepsi (%0,3), hepatit b (%1,2), varis (%0,3), lomber disk hernisi (%0,3), mide ülseri (%0,6), migren (%1,4), skolyoz (%0,3), beyinde kist (%0,3), anemi (%1,1), çölyak hastalıkları (%0,3) da araştırma kapsamındaki gebelerin ifade ettiği gebelik öncesinde var olan hastalıklar arasındadır.

4.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri

Araştırma sürecinde yapılan görüşmelerde, gebelerin gebelik haftaları 37 hafta ile 41 gebelik hafta arasında olup, ortancası $37,90 \pm 1,08$ 'dir.

Tablo 3. Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özellikleri

Obstetrik Özellikler	Ortanca	IR	En az	En çok
Gebelik sayısı (n=360)	2,00	11	1	12
Canlı doğum sayısı (n=247)	1,00	9	0	9
Yaşayan çocuk sayısı (n=17)	1,00	7	0	7
Küretaj sayısı (n=15)	0	4	0	4
Düşük sayısı (n=51)	0	8	0	8
Ölü doğum sayısı (n=17)	0	2	0	2

Araştırma sonuçlarında, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, küretaj sayısı, düşük sayısı ve ölü doğum sayısı normal dağılım göstermediğinden ortanca ve IR değerleri verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayısı 1 ile 12 arasında, ortancası $2,00 \pm 2,00$; canlı doğum sayısı 0 ile 9 arasında, ortancası $1,00 \pm 1,659$; yaşayan çocuk sayısı 0 ile 7 arasında, ortancası $1,00 \pm 1,597$; küretaj sayısı 0 ile 4 arasında, ortancası $0,00 \pm 0,298$; düşük sayısı 0 ile 8 arasında, ortancası $0,00 \pm 0,771$; ölü doğum sayısı 0 ile 2 arasında, ortancası $0,00 \pm 0,230$ 'dur (Tablo 3).

Tablo 4. Araştırmaya katılan gebelerin şimdiki gebelik ile ilgili özelliklerine göre dağılımları

Gebeliğe İlişkin Özellikler	Sayı (n=360)	%
Gebeliğin isteme durumu		
İsteyen	309	85,8
İstemeyen	51	14,2
Gebe kalmak için tedavi görme		
Gören	9	2,5
Görmeyen	351	97,5
Gebelikte sağlık problemi yaşama		
Yaşayan	86	23,9
Yaşamayan	274	76,1

Araştırmaya katılan gebelerin %85,8'inin şimdiki gebeliğini istediği, %2,5'inin şimdiki gebelik için tedavi gördüğü, %23,9'unun gebelikte sağlık problemi yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Gebe kalmak için tedavi gören %2,5 (n=9) oranındaki gebenin %52'si infertilite tedavisi, %12'si kanın pıhtılaşma bozukluğu, %12'si over kisti, %12'si myomuteri, %12'sinin vajinal enfeksiyon sebepleri ile gebe kalmak için tedavi aldıkları saptanmıştır. Araştırmada sağlık problemi yaşayan gebelerin yaşadıkları sağlık problemlerine bakıldığında; anemi (%4,2), gestasyonel diyabetes mellitus (%2,6), düşük tehditi (%2,2), kanın pıhtılaşma bozukluğu (%1,7), hipertansiyon (%0,9), böbrek hastalığı (%0,9), erken doğum tehditi (%0,9), grip (%0,8), nezle (%0,8), guatr (%0,8), hipotansiyon (%0,6), dış tedavisi (%0,6), baş dönmesi (%0,3), gebelik romatizması (%0,3), kolesterol yüksekliği (%0,3), hemoroid (%0,3), hiperemesis gravidarum (%0,3), iç kanama (%0,3), idrar yolu enfeksiyonu (%0,3), karında asit birikimi (%0,3), kızamıkçık (%0,3), polihidroamnios (%0,3), tonsilit (%0,3), şeker hastalığı (%0,3), burecella (%0,3), kan uyuşmazlığı (%0,3), astım (%0,3), enfeksiyon (%0,3), vajinal enfeksiyon (%0,3), bel fitiği (%0,3), myomuteri (%0,3), mantar enfeksiyonu (%0,3), gastrit (%0,3), apendektomi ameliyatı (%0,3) olduğu tespit edilmiştir.

4.3. Araştırmaya Katılan Gebelerin Kilo Alımına İlişkin Verileri

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik öncesi kiloları sorularak gebelik öncesi VKİ'leri hesaplanmıştır. Gebelerin gebelik öncesi ortalama VKİ'leri $23,97 \pm 4,37$ (aralık:14,88-39,64 kg/m²)' dir.

Tablo 5. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik öncesi VKİ ve gebelikte kilo alımına ilişkin özellikleri

Kilo Alımına İlişkin Özellikler	Sayı	%
Gebelik öncesi VKİ (n=360)		
Normalin altında (<18,5)	66	18,3
Normal (18,5-24,9)	165	45,8
Kilolu (25,0-29,9)	91	25,3
Obez (30 ve üzeri)	38	10,6
Gebelikte beslenmede değişiklik (n=360)		
Olan	177	49,2
Olmayan	183	50,8
Gebelikte kilo alımına yönelik eğitim alma (n=360)		
Alan	55	15,3
Almayan	305	84,7
Kilo eğitimi alınan yer (n=55)		
Hastane	32	58,2
İnternet	20	36,4
Kitap	2	3,6
Televizyon	1	1,8
Kilo eğitimi alınan kişi (n=55)		
Hekim	32	58,2
Diyetisyen	3	5,4
Ebe/Hemşire	20	36,4
Şimdiki gebelikte kilo almayı planlama (n=360)		
Planlayan	79	21,9
Planlamayan	281	78,1

Araştırmaya dahil edilmiş gebelere, gebelik öncesi kiloları sorulmuş ve veriler nispetinde gebelik öncesi VKİ'leri hesaplanmıştır. Buna göre %18,3'ünün VKİ'leri normalden az, %45,8'inin normal oranda, %25,3'ünün kilolu ve %10,6'sının obez olarak gebeliğe başladıkları tespit edilmiştir (Tablo 5). Araştırmaya katılan gebelerin şimdiki gebeliklerinde beslenmelerinde değişiklik yaşayanların oranı %49,2 olarak tespit

edilmiştir. Şimdiki gebeliklerinde beslenmelerinde değişiklik tespit edilen gebelerde iştahta artma (%9,2), iştahta azalma (%5,3), beslenme düzenine uymada artış (%8,2), et ve et ürünleri yemede azalma (%4,2), süt ve süt ürünleri yemede azalma (%2,2), meyve tüketiminde artma (%1,3), aşırma (%4,3), asitli ve baharatlı yiyecek tüketiminde azalma (%1,2), kokulara hassasiyet (%3,1), bulantı kusma (%10,1) olduğu bulunmuştur. Gebelikte kilo alımına dair eğitim almış olanların oranı %15,3'tür. Bu hususta eğitilmiş gebelerin %58,2'si hastaneden, %36,4'ü internetten, %3,6'sı kitaplardan, %1,8'i televizyondan bu eğitimi almışlardır. Gebelerin eğitim aldıkları kurumlarda ilgili eğitimi; %58,2'si hekimden, %5,4'ü diyetisyenden, %36,4'ünün de ebe/hemşireden eğitim aldığı saptanmıştır.

Gebelerin %21,9'u şimdiki gebeliklerinde kilo alımını planlarken, %78,1'i gebelikte kilo alımına yönelik herhangi bir planlama yapmadığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Araştırmaya katılan gebelerin boy, kilo ve kilo alımlarına ilişkin bazı özellikleri

Özellik	Ortalama/Ortanca (n=360)	SS / IR
Gebelik öncesi kilo (kg)	61,22	11,66
Şimdiki kilo (kg)	73,74	12,19
Alınan kilo (kg)*	12,50	45,40
Boy uzunluğu (cm)	160	0,06
VKİ (gebelik öncesi kg/m ²)	23,97	4,37

* Toplamda alınan kilonun ortalaması normal dağılım göstermediğinden ortanca ve IR değerleri verilmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik öncesi kilo ortalaması 61,22±11,66 kg (aralık: 42-100 kg), şimdiki kilo ortalaması 73,74±12,19 kg (aralık: 50-117 kg), alınan kilo ortancaları ise 12,50±45,40 kg (aralık: -13,40-32 kg) olarak bulunmuştur. Gebelerin boy uzunlukları 145-179 cm arasında olup, ortalaması 160,00±0,06 cm'dir. Gebelerin VKİ ortalamaları 23,97±4,37 kg/m² (aralık: 14,88-39,64 kg/m²)'dir (Tablo 6).

Araştırma kapsamındaki gebelere daha önceki gebelikleri ile ilgili aldıkları kiloları sorulmuştur ve 147 gebenin ilk gebeliklerinde toplamda almış olduğu kilo ortalaması 13,45±6,31 kg (aralık: 3-39 kg), 76 kadının ikinci gebelikte alınan kilo ortalaması 12,68±5,18 kg (aralık: 4-32 kg), 46 kadının üçüncü gebelikte alınan kilo ortalaması

13,54±5,69 kg (aralık: 5-30 kg), 16 kadının dördüncü gebelikte alınan kilo ortalaması 11,37±4,36 kg (aralık: 6-21 kg), 9 kadının beşinci gebelikte alınan kilo ortalaması 10,55±5,24 kg (aralık: 0-18 kg), 4 kadının altıncı gebelikte alınan kilo ortalaması 14,75±6,60 kg (aralık: 10-24 kg), 3 kadının yedinci gebelikte alınan kilo ortalaması 13,33±6,11kg (aralık: 8-20 kg) olarak bulunmuştur.

4.4. Araştırmaya Katılan Gebelerin Kaygı ve Depresyon Durumuna İlişkin Verileri

Araştırmaya katılan gebelerin STAI toplam puan ortalaması 44,72±7,52 (aralık: 26-66), CES-D-20 toplam puanlarının ortalaması 23,82±9,89 (aralık: 4-53) olarak saptanmıştır.

Tablo 7. Araştırmaya katılan gebelerin kaygı ve depresyon durumuna ilişkin özellikleri

Kaygı ve Depresyon Durumuna İlişkin Özellikler	Sayı (n=360)	%
Kaygı		
Kaygı yok	62	17,2
Hafif kaygı	95	26,4
Yüksek Kaygı	183	50,8
Profesyonel yardım	20	5,6
Depresyon		
Depresyon yok	110	30,6
Depresyon var	250	69,4

Araştırmaya katılan gebelerin STAI ve CES-D-20' den aldıkları puanlara göre kaygı ve depresyon durumuna ilişkin özellikleri Tablo 7'de verilmiştir. Buna göre gebelerin kaygı durumları incelendiğinde; %17,2'sinin kaygılı olmadığı; %26,4'ünün hafif düzeyde, %50,8'nün yüksek düzeyde ve %5,6'sının profesyonel yardıma ihtiyaç düzeyinde kaygı durumu yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 7).

Araştırmaya katılan gebelerin depresyon durumları incelendiğinde; %30,6'sında depresyon durumu yok iken, %69,4'ünün depresyon durumu yaşadığı saptanmıştır (Tablo 7).

4.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Kaygı ve Depresyon Durumları ile Kilo Alımı İlişkisi

Tablo 8. Araştırmaya katılan gebelerin kaygı durumları ile kilo alımı ilişkisi

Kaygı Durumuna İlişkin Özellikler	Alınan kilo		df	p
	Ortanca	IR		
Kaygı yok (n=62)	12,87	4,855	3	0,893
Hafif kaygı (n=95)	12,59	4,686		
Yüksek kaygı (n=183)	12,42	6,246		
Profesyonel yardım (n=20)	12,09	6,686		

Gebelerin kilo özellikleri dikkate alınarak yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda kaygı gruplarının ortanca değerleri arasındaki farklar istatistik olarak önemli değildir (df= 3, p= 0,893, p>0,05; Tablo 8).

Tablo 9. Araştırmaya katılan gebelerin depresyon durumları ile kilo alımı ilişkisi

Depresyon Durumuna İlişkin Özellikler	Alınan kilo		Z	P
	Ortanca	IR		
Depresyon yok (n=110)	12,192	5,342	-0,955	0,340
Depresyon var (n=250)	12,67	5,787		

Gebelerin kilo özellikleri göz önünde bulundurularak yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda depresyon durumlarının ortanca değerleri arasındaki farklar istatistik olarak önemli değildir (Z= -0,955, p= 0,340, p>0,05; Tablo 9).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma gebelikte kilo alımının kaygı ve depresyon ile ilişkisini incelemek amacıyla gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne tedavi ve bakım almak için başvuran 360 miadında gebe kadın üzerinde analitik-kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar mevcut literatüre dayalı olarak tartışılmıştır.

Araştırmada gebelerin kaygı ve depresyon durumları değerlendirilmiştir. Veriler, normal dağılım gösterdiğinde ortalama ve SS değerleri, normal dağılım göstermediğinde ortanca ve IR değerleri alınarak karşılaştırılabilir özellikler haline getirilmiştir. Araştırmada kullanılan kaygı ve depresyon ölçekleri ile miadındaki gebelerin kaygı düzeyleri ile depresyon durumunun varlığı değerlendirilmiştir. Gebelerin obstetrik özellikleri olarak; gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, küretaj sayısı, düşük sayısı ve ölüm doğum sayısı bilgileri alınmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin, aldıkları kilonun belirlenmesi noktasında gebelerin gebelikten önceki kilo değerleri kullanılmış, araştırmacı tarafından boy ölçümü yapılarak VKİ hesaplanması yapılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin çoğu ilkokul (%58,3) ve ortaokul mezunu (%23,6), ev hanımı (%98,6) olup tamamı resmi nikâhlıdır. Gebeler çoğunlukla sosyal güvencesi olan (%93,1), il merkezinde ikamet eden (%74,4), orta gelir (%56,4) ve düşük gelir (%43,3) düzeyinde, çekirdek (%55,8) ve geniş ailede (%44,2) yaşayan, gebe kalmadan önce sağlık sorunu olmayan (86,1) ve yaş ortalaması $26,422 \pm 5,549$ olan kadınlardır. Eşlerinin ise çoğunlukla ilkokul (%31,7) ve ortaokul (%29,1) mezunu, serbest meslek sahibi (%40,8) ve işçi (%39,2) olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmadaki gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde, araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayısı ortancası $2,00 \pm 2,00$; canlı doğum sayısı ortalaması $1,00 \pm 1,659$; yaşayan çocuk sayısının ortancası $1,00 \pm 1,597$; küretaj sayısının ortancası $0,00 \pm 0,298$; düşük sayısının ortancası $0,00 \pm 0,771$; ölü doğum sayısının ortancası $0,00 \pm 0,230$ bulunmuştur. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013 bulgularına göre tüm kadınlarda yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1,60 ve ortalama canlı doğum sayısı 1,67'dir. Çalışmada ortaya konulan obstetrik özelliklere dair bulgulara bakıldığında Türkiye

ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. TNSA 2013’de toplam doğurganlık düzeyinde bölgesel farklılaşma çok belirgindir; en yüksek toplam doğurganlık hızı (TDH) 3,41 doğum ile Doğu Anadolu’da; en düşük TDH ise 1,89 doğum ile Orta Anadolu’da gözlemlenmektedir (TNSA, 2013). Ayrıca TNSA (2013) bulgularına bakıldığında, ülkenin doğusuna ve kırsal kesimlerine doğru gidildikçe doğurganlık bulgularında artış olduğu görülmektedir. Bu veriler, mevcut çalışma ile TNSA verilerinin benzer özellikler taşıdığını göstermektedir. Bununla birlikte araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun (%85,8) isteyerek gebe kaldığı, gebe kalmak için tedavi görmediği (%97,5) ve gebelikte sağlık problemi yaşamadığı (%76,1) saptanmıştır. Bu veriden yola çıkarak araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun sağlıklı olarak gebeliğe başladığını söyleyebiliriz. Araştırma kapsamındaki kadınların yaş ortalamasının 23 olması, adölesan olunmaması, gebelikten önceki dönemde sağlık sorunlarının olmaması gebelik sürecinde de sağlık problemlerinin görülmemesinde etkili olduğu söylenebilir. Bununla beraber modern yöntemlerin bilinmesi de sağlıklı gebeliğe başlamak için önem arz etmektedir. Her ne kadar TNSA 2013 bulgularında Batman ilinin yer aldığı Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde en az bir modern yöntem bilen (15-49 yaş) halen evli kadınların oranı %99,3 olsa da; herhangi bir modern yöntem kullananların oranı ancak %39,1’de kalmaktadır. Bu veriler, araştırmaya katılan gebelerin, modern yöntemlere dair bilgi sahibi olduklarını ancak bu yöntemleri çeşitli nedenlerden kullanmadığı şeklinde ilişkilendirilebilir.

IOM (2009), yılında gebeliğin başlangıcında normal kilodaki kadınlar için gebelik süresince 11,3-15,8 kg’lık normal kilo alımını önermektedir. Sağlık Bakanlığı (2012) ise, sağlıklı yetişkin kadınlar için gebelik süresince 10-14 kg (ayda 1-1,5 kg) normal kilo alımını önermektedir. IOM ve Sağlık Bakanlığı’nın ortaya koyduğu verilere paralel düşecek şekilde, araştırma kapsamındaki gebelerin gebelik öncesi VKİ’leri hesaplandığında; %18,3’ünün normalin altında, %45,8’inin normal, %25,3’ünün kilolu ve %10,6’sının obez olarak gebeliğe başladıkları tespit edilmiş ve aldıkları kilo ortalamasının $12,50 \pm 45,40$ kg (-13,40-32 kg) olduğu bulunmuştur. Li ve ark (2013)’nın, gebelik ve yenidoğan riskleri ile ilgili IOM kılavuzlarına dayanarak 33,973 gebe kadının sağlık kayıtları üzerinden yaptıkları çalışmada da 21,942 gebenin, gebelik öncesi vücut kitle indeksini (kg/m^2) normal VKİ sınıfında (18,5-23,9 kg/m^2) bulmuştur. Ayrıca araştırma sonuçlarında gebelik döneminin kadınların sağlığını iyileştirmek için yaşam tarzı değişikliklerine açık olduğu bir dönem olarak görüldüğünü belirtmektedirler. Benzer şekilde araştırmamızda kadınların gebelikte beslenme de değişiklik yaşamama oranı

(%50,8) daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin geniş ailede yaşama oranına (%44,2) bakıldığında, bu oranın yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun gebe kadın üzerindeki etkisi; geniş ailede yaşamaya bağlı olarak yemek değişikliği yapamadığı şeklinde açıklanabilir.

Araştırmaya katılan gebelerin, çoğunun isteyerek gebe kalmalarına (%85,8) rağmen, yarısından fazlasının gebelikte kilo alımına yönelik eğitim almamış olması (%84,7) bilinçli bir gebelik başlangıcının ve gebelik döneminde sağlıklı kilo alımına yönelik bilinçli bir sürecin yaşanmadığını göstermektedir. Aynı zamanda araştırmaya katılan gebelerin çoğu (%78,1) gebelik döneminde kilo alımını planlamamıştır. Bu durumu araştırmaya katılan gebelerin çoğunun eğitim düzeyinin düşük oluşu (ilkokul %58,3 ve ortaokul %23,6) ile neredeyse tamamının (%98,6) bir mesleğe sahip olmayıp ev hanımı oluşu ile ilişkilendirilebilir. Yine Aydın ilinde, 269 gebe kadın üzerinde yapılan bir başka araştırmada, kilo alımına yönelik eğitim alma oranının %14,5 olduğu; gebelerin sadece %9,7'sinin şimdiki gebeliklerinde kilo alımını planladığı, buna karşın gebelerin %90,3'ünün gebelikte kilo alımına yönelik herhangi bir planlama yapmadığı görülmüştür (Mete ve ark, 2015). Türkiye'nin batı bölgesinde yer alan Aydın ilinde de gebelikte kilo alımına yönelik eğitim alımının az olması, ülke genelinde gebelik sürecinde sağlıklı kilo alımına yönelik bilincin az olduğuna dair açıklanabilir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin, eğitim seviyesindeki düşüklüğün yanı sıra gelir durumu değerlendirildiğinde de, geliri giderinden az (%43,3) ve geliri gidere denk (56,4) hanelerde yaşayan gebe kadın oranlarının daha fazla sayıda olması sağlıkta hizmet alımında yetersizliğini de beraberinde getirmiş olabilir. Kilo alımına yönelik eğitim alan (%15,3) kesimin çoğunun hastane (%58,2) ortamında hekim (%58,2) ve ebe/hemşirelerden (%36,4) eğitim aldığı görülmektedir. Gebelikte kilo alımına yönelik internetten araştırma yapan (%36,4) veya kitap okuma (%3,6) gibi bilinçli ve planlı araştırma yapanların sayısı da oldukça az olduğu görülmüştür. Gebelerin çoğu (%74,4) il merkezinde yaşamakta olup, çoğunun (%93,1) sağlık güvencesi bulunmaktadır. Buna rağmen kilo alımına yönelik plan yapılmamış olması ve eğitim alma durumunun ciddi oranlarda düşük oluşu araştırma kapsamındaki gebelerin sosyo-ekonomik seviyelerinin düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

TNSA (2013) verilerine bakıldığında ise; kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımları ile eğitim düzeyi arasında güçlü bir ilişkiden bahsedilmektedir.

Benzer bir ilişki refah düzeyinde de görülmektedir. Verilerin en düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar orta ve daha yüksek refah düzeyindeki kadınlara göre daha az doğum öncesi bakım alma eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. En az doğum öncesi bakım alma oranı da %93,2 ile Doğu Bölgesi olduğu görülmektedir. Bununla birlikte doğum öncesi bakım hizmetlerinde farklılaşmanın en belirgin şekilde kilo ölçümünde olduğu ve bunun %77,5 oranı ile en az Doğu Bölgesinde yapılabildiği bildirilmektedir. Bölge birimleri alt sınıflandırmasına bakarak değerlendirme yapıldığında ise kilo ölçümünün en az yapıldığı bölgelerin %77,5 ile Kuzeydoğu Anadolu bölgesi ve %77,7 ile Güneydoğu Anadolu bölgeleri olduğu görülmektedir (TNSA, 2013).

Gebelerin kaygı ve depresyon durumlarına yönelik yapılan araştırmalara bakıldığında; Arslan ve ark (2011)'ı yaptıkları çalışmada azımsanmayacak derecede (%29) kaygı düzeyini yüksek bulmuşlar ve Faramarzi ve ark (2016) İran'da yaptıkları çalışmada da benzer şekilde antenatal dönemde kaygı oranını yüksek olarak tespit etmişlerdir. Ayrıca, Rwakarena ve ark (2015)'ı gebeliğe bağlı oluşan kaygının gebelikte depresyon ile ilişkili olduğunu araştırma sonucunda ortaya koymaktadırlar. Araştırmalarda, gebelik sırasındaki depresyon durumlarına bakıldığında ise gebelikte depresyon düşük ve orta gelirli ülkelerdeki annelerin %20'sini etkilerken, OECD ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde bu oranın daha düşük olduğu bildirilmektedir (DSÖ, 2017). Gebelik döneminde depresyona dair belirti görülme sıklığı Çin'de %13.7 (Wank Y ve ark, 2016), Macaristan'da %17.9 (Bödecs ve ark, 2009), Ürdün'de %19 (Muhammed ve ark, 2011), Brezilya'da %21.1 (Fasial-Cury ve ark, 2011) olarak bulunmuştur. Ülkemizde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalara bakıldığında ise; %16 ile %36 arasında değişiklik gösterdiği görülmektedir (Çelik ve ark, 2013; Daştan Bostancı ve ark, 2015; Karaçam ve Ançel, 2009; Sevindik, 2005).

Araştırmaya katılan gebelerin kaygı düzeylerine ve depresyon durumlarına baktığımızda da; araştırma kapsamındaki gebelerde yüksek düzeyde kaygı (%50,8), %5,6'sının profesyonel yardıma ihtiyaç düzeyinde kaygı ve depresyon durumu (%69,4) yüksek oranlarda tespit edilmiştir. Araştırma kapsamındaki gebelerin, kaygı düzeyleri ve depresyon durumlarının yüksek çıkmasında eğitim seviyesinin düşük olması (%58,3 ilkökul), refah düzeyinin düşük olması (%43,3), eş meslek durumunda serbest meslek (%40,8) ve işçi (%39,2) oranlarının yüksek olması ve geniş aile yapısında yaşamanın da (%44,2) kaygı ve depresyon durumlarının yüksek çıkmasında etkisinden söz edilebilir.

Gebelerin kilo özellikleri dikkate alınarak yapılan Kuruskal Wallis testi sonucunda kaygı gruplarının ortanca değerleri arasındaki farklar ile gebelerin kilo özellikleri dikkate alınarak yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda depresyon durumlarının ortanca değerleri arasındaki farklar dikkate alındığında, araştırma kapsamındaki gebelerde kaygı ve depresyonun kilo alımı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Hill ve ark (2013), aksine biyopsikososyal yapı içerisinde gebelikte kilo yönetimini en iyi şekilde uygulayabilmek için annenin psikolojisini bozan stres, depresyon ve kaygı gibi faktörlerin ortadan kaldırılması gerektiğinden bahsederek gebelikte yaşanan kaygı ve depresyon durumunun gebelikte kilo alımına etki eden faktörlerden saymaktadır. Hill ve ark (2013)'ü destekler şekilde; Molyneaux ve ark (2014)'ü yaptıkları çalışmada da gebelik öncesi aşırı kilolu veya obez olan kadınların hem doğum öncesi hem de doğum sonrası dönemlerde normal kilolu kadınlara göre kaygı ve depresyon semptom oranlarını anlamlı düzeyde yüksek olarak bildirmektedir. Başka bir çalışmada ise kaygı ve gebelikte depresyon; yetersiz beslenme ve yetersiz kilo alımı ile ilişkilendirilmektedir (Marcus, 2009). Mevcut çalışmada gebelikte kaygı ve depresyonun gebelikte kilo alımı üzerinde etkisi olmaması ise araştırma bölgesinin kültürel farklılığı ile ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmanın birkaç sınırlılığı vardır. Araştırmada kullanılan veriler kendini bildirim ölçeği olduğu ve gebelerin bildirimlerine göre doldurulmuş olduğu için veriler sadece araştırmaya katılan gebeleri temsil etmektedir. Araştırma verilerinin gebelerin son trimesterinde toplanması nedeniyle katılımcıların gebelik öncesi kiloları ölçülemediği, VKİ hesaplamasında kullanmak için gebelerin bildirdiği gebelik öncesi kilolar dikkate alınmıştır. Ayrıca, araştırma bölgesinin kültürel farklılıkları, yaşam özellikleri, araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması ve araştırmacının araştırma veri toplama sürecinde araştırma yapılan il merkezinde görev yapıyor olması sonucu etkilemiş, çalışmanın diğer sağlık merkezlerine ve ülkenin diğer bölgelerine genelleme yapılmasını engellemiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Miadındaki gebelerde kaygı ve depresyonun kilo alımı ile ilişkisini belirlemek amacıyla Batman Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi NST polikliniğinde, gelişigüzel örnekleme yöntemiyle 360 gebe kadın ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada, araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar:

- Araştırmaya katılan gebelerin, eğitim düzeyinin oldukça düşük seviyede olduğu,
- Araştırmaya katılan gebelerin, neredeyse tamamının ev hanımı olduğu,
- Araştırmaya katılan gebelerin, sosyoekonomik düzeyinin oldukça düşük seviyede olduğu,
- Araştırmaya katılan gebelerin, geniş ailede yaşam oranının oldukça yüksek olduğu,
- Araştırmaya katılan gebelerin; gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısının oldukça fazla olduğu,
- Araştırmaya katılan gebelerin gebeliği isteme durumunun oldukça yüksek olduğu,
- Araştırmaya katılan gebelerin çoğunun gebelik öncesi normal VKİ sınıfında gebeliklerine başladıkları,
- Gebelikte kilo alımına yönelik eğitim alan ve bu eğitim sonucunda kilo almayı planlayan gebe sayısının oldukça az olduğu,
- Araştırmaya katılan gebelerin çoğunun yüksek kaygı düzeyine sahip olduğu,
- Araştırmaya katılan gebelerin çoğunun depresyon durumunda olduğu,
- Araştırmaya katılan gebelerin kaygı ve depresyon durumunun gebelikte kilo alımını etkilemediği anlaşılmıştır.

6.2. Öneriler

Miadındaki gebelerde kaygı ve depresyonun kilo alımı ile ilişkisinin incelendiği bu araştırmadan elde edilen verilere dayalı olarak;

- Gebelikte sağlıklı bir kilo alımına yönelik planlanmanın gebelik öncesinde yapılması,
- Gebelikte kaygı ve depresyon durumunun yaygın bir sağlık problemi olduğu risk oluşturan gebelerin riskli gebe grubunda değerlendirilmesi,
- Ülkemizde, ruhsal bozuklukların erken tanılama ve önlenmesine yönelik olarak gebelerin uzman bir ekip tarafından periyodik aralıklarla izlendiği kaygı ve depresyon tarama programlarının başlatılması,
- Kilo alımına yönelik eğitim sınıfları oluşturularak, gebelerin sağlıklı kilo alımı üzerine eğitim verilmesi,
- Bölgesel farklılıkların araştırmanın sonuçlarını etkilemesi sebebiyle ülkenin farklı bölgelerinde araştırmanın tekrar edilmesi,
- Yapılacak yeni araştırmalarda, araştırma yapılan bölgenin kültürel özelliklerini dışlayacak şekilde planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akgün N.** Maternal Beden Kütle İndeksi ve Gebelikte Vücut Ağırlığı Artışı Takibinin Perinatal Sonuçlar ile İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2013, 7.
- Amerikan Psikiyatri Birliği.** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5), Köroğlu E. (Çev.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Arslan B.** Gebelerden Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler, Uzmanlık Tezi, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta 2010.
- Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT.** Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi* 2011, 21(2), 79-84.
- Best JL, Siegara Riz AM, Dole N.** Psychosocial Determinants of Adequacy of Gestational Weight Gain. *Obesity (Silver Spring)* 2009, 17(2), 300–309.
- Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM.** Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2016, 191, 62-77.
- Bodnar LM, Siega-Riz AM, Simhan HN, Himes KP, Abrams B.** Severe obesity, gestational weight gain, and adverse birth outcomes. *Am J Clin Nutr* 2010, 91(6), 1642-1648.
- Bostancı Daştan N, Deniz N, Şahin B.** Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti ile Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015, 6(2), 71-78.
- Bödecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J.** Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orv Hetil* 2009, 150, 1888-1893.
- Bulut B, Mihmanlı V.** Obezite ve Gebelik. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2014, 30(1), 24-28.
- Coşkun A, Özdemir Ö.** Gebelikte vitamin-mineral kullanımı ve beslenmenin irdelenmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2009, 6 (3), 70-155.

Çalık Yeşilçiçek K, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry* 2011, 3(1), 142-162.

Çelik F, Nadirgil Köken G, Yılmaz M. Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler. *Anatol J Clin Investing* 2013, 7(2), 110-117.

Dağlar G, Nur N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri İle İlişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2014, 36(4), 429-441.

Davis EM, Stange KC, Horwitz RI. Childbearing, stress and obesity disparities in women: a public health perspective. *Maternal and Child Health Journal* 2012, 16(1), 109–118.

DiPietro J, Millet S, Costigan K, Gurewitsch E, Caulfield L. Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviours during pregnancy. *Journal of the American Dietetic Association* 2003, 103, 1314–1319.

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization). <http://www.who.int/topics/depression/en/> (8.12.2016).

Dünya Sağlık Örgütü(World Health Organization). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/news_events/events/2015/international-day-midwife/en/ (16.12.2017).

Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Gebelikte Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetri Dergisi* 2009, 19(2), 67-74.

Fairbrother N , Genç AH , Zhang A , Janssen P , Antony MM. The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Archives of Women's Mental Health* 2016.

Faisal-Cury A, Savoia MG, Menezes PR. Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. *Span Journal Psychol* 2012, 15(1), 295-305.

Faramarzi M, Amiri FN, Rezaee R. Relationship of coping ways and anxiety with Pregnancy Specific-stress. *Pakistan Journal of Medikal Scienses* 2016, 32(6), 1364-1369.

Gale J. A conceptual model of psychosocial risk and protective factors for excessive gestational weight gain. *Midwifery* 2013, 29, 110–114.

Gourounti K, Anagnostopoulos F, Lykeridou K. Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. *Arch Womens Ment Health* 2013, 16 (5), 353-361.

Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008, 3(9).

Hill B, Sci BA, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J, Kent B, Herring SJ, Clark LH, Gale J. A conceptual model of psychosocial risk and protective factors for excessive gestational weight gain. *Midwifery* 2013, 29, 110–114.

<http://www.birimcevir.com> (08.08.2017).

IOM. Brief Report, Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines, Washington, 2009.

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

Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezinde ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne 2008.

Koçak V. Prenatal Tarama için Başvuran Gebelerde Kaygı Düzeyi ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya 2014, 15.

Kotan Z, Sarandöl A, Eker SS, Akaya C. Depresyon, Nöroplastisite ve Nörotrofik Faktörler. *Psikiyatride Güncel yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2009, 1, 22-35.

Langford A, Joshu C, Chang JJ, Myles T, Leet T. Does gestational weight gain affect the risk of adverse maternal and infant outcomes in overweight women?. *Matern Child Health Journal* 2011, 15, 5–860.

Li C, Liu Y, Zhang W. Joint and Independent Associations of Gestational Weight Gain and Pre-Pregnancy Body Mass Index with Outcomes of Pregnancy in Chinese Women: A Retrospective Cohort Study. *PLoS One* 2015, 10 (8), e0136850.

Manav, F. Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi* 2011, 5 (9), 201-211.

Marcus SM. Depression during Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *The Canadian Journal of Clinian Pharmacology* 2009, 16 (1), 15-22.

McPhies S, Skouteris H, Fuller- Tkszkiewicz M, Hill B, Jacka F, O'Neil A. Relationships between mental health symptoms and body mass index in women with and without excessive weight gain during pregnancy. *Midwifery* 2015, 31, 138–146.

Mete A, Şeker S. Gebelikte Kilo Alımının Ailesel ve Sosyal Özelliklerle İlişkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Türkiye 2015.

Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK. Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery* 2011, 27(6), 238-245.

Molyneaux E, Poston L, Ashurst-Williams S, Howard LM. Obesity and Mental Disorders During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* 2014, 123(4), 857–867.

Practice Bulletin No. 156. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2015, 126, 112–126.

Öner N, Le Compte A. Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1985.

Rwakarema M, Premji SS, Nyanza EC, Riziki P, Palacios-Derflingher L. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* 2015, 15, 68.

Samur G. Obezite ve Gebelik (2), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Reklam Kurdu Ajansı, Ankara, 2012.

Siega-Riz AM, Viswanathan M, Moos MK, Deierlein A, Mumford S, Knaack J, Thieda P, Lux LJ, Lohr KN. A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendations: birthweight, fetal growth, and postpartum weight retention. *Am J Obstet Gynecol* 2009, 201(339), 1-14.

Tatar A, Saltukoğlu G. The Adaptation of the CES-Depression Scale into Turkish through the use of Confirmatory Factor Analysis and Item Response Theory and the Examination of Psychometric Characteristics. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2010, 20, 213-227.

Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 22 Mayıs 2014, 29007.

T.C. Sağlık Bakanlığı 2014. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf> (20.10.2017).

Tunç S, Yenicesu O, Çakar E, Özcan H, Pekçetin S, Danışman N. Antenatal Dönemde Anksiyete ve Depresyonun Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonataloji Tıp Dergisi* 2012, 9(35), 1431-1435.

Türk Dil Kurumu. Genel Sözlük, <http://www.tdk.gov.tr> (21.01.2017).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014. Türkiye Sağlık Araştırması, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854> (25.11.2017)

Türk Ebeler Derneği (TED) 2011. Ebelik mesleğinin tanımı, çalışma alanları ile görev yetki ve sorumluluklarına ilişkin rapor, <http://www.turkebelerderneği.com/> (31.08.2017).

Türkyılmaz SA, Adalı T, Seçkiner PÇ. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2013, Türkiye 2014.

Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (The International Confederation of Midwives) <http://internationalmidwives.org/> (05.12.2017).

Yiğit Günay E. Gebelerde Kaygı Düzeyi: “Cambridge Kaygı Ölçeği” nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul 2013, 9.

Yiğitoğlu S. Adölesan Gebe ve Eşlerinin Antenatal ve Postnatal Kaygı Düzeyleri ile Evlilikte Uyumluluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir 2009.

Wang Y, Wang X, Liu F, Jiang X, Xiao Y, Dong X, Kong X, Yang X, Tian D, Qu Z. Negative Life Events and Antenatal Depression among Pregnant Women in Rural China: The Role of Negative Automatic Thoughts. *Plos One* 2016, 11(12).

Webb JB, Siegara-Riz AM, Dole N. Psychosocial Determinants of Adequacy of Gestational Weight Gain. *Obesity* 2009, 17(2), 300–309.

Weight gain during pregnancy. Committee Opinion No. 548. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Obstet Gynecol* 2013, 121, 210–212.

Willcox JC, Campbell KJ, Pligt P, Hoban E, Pidd D, Wilkinson S. Excess gestational weight gain: an exploration of midwives' views and practice. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12-102.

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Soru Formu

Görüşme Tarihi:...../...../20..

Anket Numarası:.....

1. Kaç yaşındasınız

2. Eğitim düzeyiniz nedir?

- (1) Okur-yazar değil (3) İlköğretim
(2) Okur-Yazar (4) Lise (5) Üniversite ve üstü

3. Mesleğiniz nedir?

- (1) Ev Hanımı (2) Memur (3) İşçi
(4) Serbest Meslek (5) Emekli (6) İşsiz
(7) Diğer (Lütfen belirtiniz).....

4. Medeni durumunuz nedir?

- (1) Evli (3) Eşi vefat etmiş
(2) Eşinden ayrılmış (4) Hiç evlenmemiş (5) Diğer.....

5. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

- (1) Okur-yazar değil (3) İlköğretim
(2) Okur-Yazar (4) Lise (5) Üniversite ve üstü

6. Eşinizin mesleği nedir?

- (1) Memur (3) Serbest Meslek (5) İşsiz
(2) İşçi (4) Emekli (6) Diğer (Lütfen belirtiniz)

7. Sağlık güvenceniz var mı?

- (1) Yok (2) Var

8. Nerede ikamet ediyorsunuz?

- (1) İl merkezi (2) İlçe merkezi (3) Kasaba (4) Köy

9. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirir siniz?

- (1) Gelir giderden düşük (2) Gelir gidere denk (3) Gelir giderden fazla

10. Eşiniz ve çocuklarınız dışında birlikte yaşadığınız aile bireyleri var mı?

- (1) Hayır (2) Evet

11. Gebe kalmadan önce herhangi bir sağlık sorununuz ya da kronik hastalığınız var mıydı?

- (1) Hayır
(2) Evet (*belirtiniz: kalp hastalığı, tansiyon hastalığı, psikiyatrik bozukluk gibi*)

12. Obstetrik Öykü:

Toplam kaç kez gebe kaldınız.....

Toplam kaç kez canlı doğum yaptınız.....

Kaç yaşayan çocuğunuz var.....

Toplam kaç kez küretaj (isteyerek düşük) yaptınız.....

Toplam kaç kez kendiliğinden düşük yaptınız.....

Toplam ölü doğum sayınız.....

13. Bu gebeliğinizde isteyerek mi gebe kaldınız?

- (1) Hayır (2) Evet

14. Bu gebeliğinizde gebe kalmak için herhangi bir tedavi gördünüz mü?

(1) Hayır

(2) Evet (*tedavinin ne olduğunu belirtiniz*)

15. Bu gebeliğinizde herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?

(1) Hayır

(2) Evet (*ne olduğunu belirtiniz*)

16. Son adet tarihiniz nedir?

17. Gebelik Haftası:

18. Gebenin boy uzunluğu (Araştırmacı tarafından ölçülecektir):.....

19. Gebenin kilosu (Araştırmacı tarafından ölçülecektir):

20. Gebe kalmadan önceki kilonuz nedir?

21. VKİ:

22. Bu gebeliğinizde gebe kaldığınızdan bu yana beslenmenizde ne gibi değişiklikler oldu?

23. Gebelikte kilo alımına yönelik herhangi bir eğitim aldınız mı?

(1) Hayır (2) Evet (Nereden ve kimden aldığınızı belirtiniz)

24. Bu gebeliğinizde kaç kilo almayı planladınız?.....

25. Daha önceki gebeliğiniz/gebeliklerinizde kaç kilo aldınız? (Soruyu sadece ikinci ve daha fazla gebeliğini yaşayanlar cevaplayacaktır)

1. gebelik.....

2. gebelik.....

3. gebelik.....

4. gebelik.....

Ek 2. Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (Spielberger Trait Anxiety Inventory /STAI)

KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyunuz, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Kendimi dinlenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)

12. Genellikle kendime güvenim yoktur. (1) (2) (3) (4)
13. Genellikle kendimi emniyette hissederim. (1) (2) (3) (4)
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım. (1) (2) (3) (4)
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim. (1) (2) (3) (4)
16. Genellikle hayatımdan memnunum. (1) (2) (3) (4)
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder. (1) (2) (3) (4)
18. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam. (1) (2) (3) (4)
19. Akli başında kararlı bir insanım. (1) (2) (3) (4)
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder. (1) (2) (3) (4)

Ek 3. Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D-20)

Aşağıda duygu ve davranışlarınızla ilgili ifadeler yer almaktadır. Lütfen geçen hafta boyunca aşağıdakileri ne sıklıkla hissettiğinizi veya yaşadığınızı uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiçbir Zaman - Nadiren (1 günden daha az)	Birazcık - Birkaç Kez (1-2 gün)	Arada Sırada - Bazen (3-4 gün)	Çokça - Çoğu Zaman (5-7 gün)
1.	Genellikle canımı sıkmayan şeyler canımı sıktı.				
2.	Açlık hissetmedim, iştahım yerinde değildi.				
3.	Arkadaşlarımın ve ailemin yardımına rağmen kötü ruh halinden kurtulamadım.				
4.	Ruh halimin diğer insanlar kadar iyi olduğunu hissettim.				
5.	Yaptığım işe odaklanmakta zorlandım.				
6.	Kendimi depresyonda hissettim.				
7.	Her şeye çaba harcamam gerektiğini hissettim.				
8.	Gelecek için umutlu hissettim.				
9.	Hayatımın bir başarısızlık olduğunu hissettim.				
10.	Korktuğumu hissettim.				
11.	Huzursuz uyudum.				
12.	Mutluydum.				
13.	Her zamankinden daha az konuştum.				
14.	Kendimi yalnız hissettim.				
15.	İnsanlar arkadaş canlısı değildi.				
16.	Yaşamdan zevk aldım.				
17.	Ağlama nöbetleri geçirdim.				
18.	Kendimi üzgün hissettim.				
19.	İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.				
20.	İşler yolunda gitmedi.				

Total Puan: _____/60 (CESDT)

Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Miadındaki Gebelerde Kaygı ve Depresyonun Kilo Alımı ile İlişkisi

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularımıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışmanın amacı, 37-42 hafta arasında gebeliği olan kadınlarda kaygı ve depresyonun gebelikte kilo alımı ile ilişkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için gebeliğinizin 37. ve 42. gebelik haftaları arasında olması, tek bebeğe gebe, Türkçe konuşabiliyor ve anlayabiliyor, en az ilkokul mezunu olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada gerekli bilgilerin toplanması için formlar kullanılacaktır. Araştırmacı tarafından soru formu doldurulacaktır. Yine araştırmacı tarafından size Spielberger Sürekli Kaygı Anketi ve Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Anketinin doldurulması konusunda bilgi verilecek, bu formları sizin doldurmanız sağlanacaktır. Ayrıca, görüşme esnasında kilo ve boy ölçümünüz araştırmacı tarafından yapılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak size sorulan bütün soruları cevaplamak sizin sorumluluklarıdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı araştırmacı tarafından yapılacak hesaplamalarla araştırma süreci içinde belirlenecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 12 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zaman 30dk' dir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmadan tıbbi yarar sağlanması söz konusu değildir ancak bu araştırmadan çıkarılan sonuçlar başka gebelerin yararına kullanılabilir. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olup sizin doğrudan yarar görebilmenize olanak sağlamamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada sorular sorulacak ve Soru formu, Spielberger Sürekli Kaygı Anketi ve Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Anketinin sorularını doldurmanız istenecektir. Her gebede aynı tartım aracı kullanılarak kilo ve boy ölçümü yapılacaktır. Çalışmaya katılmanızın size herhangi bir zararı öngörülememektedir.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma kapsamında size sorulan soruları içtenlikle yanıtlamanız gerekmektedir. Spielberger Sürekli Kaygı Anketi ve Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Anketinin sorularını tam olarak cevaplamadığınızda, kilo ve boy ölçümünüze izin vermediğiniz durumda araştırmacılar sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DIĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Araştırma süresince size herhangi bir tedavi ya da girişim uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar görmeniz söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma esnasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz ya da sıkıntınız olursa, sorumluluk Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER'e aittir. Uygulama süresi boyunca, karşılaşılabileceğinizi herhangi bir sorun, ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0553 521 42 97 no. lu telefondan araştırmacı Nevin TURHAN'a ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Çalışmanın giderleri araştırmacılara aittir. Çalışmanın size ve sağlık sigortanıza herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen herhangi bir kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma sonuçları yayınlandığında, kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde sizinle ilgili verilere ulaşabilirler. Siz de arzu ettiğinizde, bu bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren iki sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**



Sayı : 22125045/663.08
Konu : Yüksek Lisans Tezi Araştırma İzni

Sayın Nevin TURHAN

(İbni Sina MTAL Tilmerç Mah. Aydın Konak Cad. No:15/7 Merkez Batman)

İlgi: 08/03/2016 tarihli ve 2016.1259586.2.397 sayılı dilekçe.
09/03/2016 tarihli ve 2016.1259388.1763 sayılı yazımız.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalında, "Miadındaki Gebelerde Kaygı Ve Depresyonun Kilo Alımı İle İlişkisi" adlı Yüksek Lisans tez çalışmasını yürütmek için Birliğimize bağlı Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 15.03.2016-15.03.2017 tarihleri arasında hasta mahremiyeti ve etik kurallar çerçevesinde araştırma çalışmaları yapılması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Dr. M.Hakan PAMUKÇU
Genel Sekreter

Muharrem AKTOĞA
V.H.K.İ
Belgenin Aslı Elektronik
İmzalıdır
10.03.2016

Dağıtım:

Gereği:

Batman KDÇH

Bilgi:

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Batman Kamu Hastaneleri Birliği Gültepe Mah. Eflatun Cad. 0488 221 02 85/7227
Bilgi Sistemleri ve Verimlilik Birimi Ş.ASLAN

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e45bd1f3-1778-4161-8329-b30520b4a86e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 6. Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yöneticiliği İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yöneticiliği

BATMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BATMAN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK
HASTALIKLARI HASTANESİ

06/05/2016 14:14 - 87823073 - 663.08 - E.1252



00023418243

Sayı : 87823073/663.08
Konu : Yüksek Lisans Tezi Araştırma İzni Hk.

BATMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi: 09.03.2016 tarih ve 22125045/663.08/E.1763 sayılı yazınız.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans öğrencisi olan Nevin TURHAN'ın; “**Miadındaki Gebelerde Kaygı Ve Depresyonun Kilo Alımı İle İlişkisi**” adlı Yüksek Lisans tez çalışmasını 15.03.2016-15.03.2017 tarihleri arasında hastanemizde yürütmesi Hastane yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Dilfuza AĞALIOĞLU
Baştabip
Hastane Yöneticisi

Faks No:

e-Posta:tuncay.can1@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden cfe5aac6-b85e-4cbe-8e66-af4f08b7362d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Tuncay CAN

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:

Ek 7. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sonuç Raporu



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26.04.2018 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 20 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Kurul Başkanı

KARAR 20

Protokol No : 2016/841
Sorumlu Yürütücü : Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER
Sağlık Bil. Fak./Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 30.06.2016 tarihinde şartlı (ADÜBAP) onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER'in "Miyadındaki gebelerde kaygı ve depresyonun kilo alımı ile ilişkisi" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 19.04.2018 tarihli dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Sonuç raporunda ADÜBAP bütçe desteği almaktan vazgeçildiği bildirilmiştir.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Sorumlu yürütücü Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER Etik kurul üyesi olduğundan dolayı oylamaya katılmamıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : TURHAN Nevin
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Isparta/ 09.01.1988
Telefon : 05535214297
E-mail : nevinturhan@hotmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora	-	
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	
Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2009

BURSLAR ve ÖDÜLLER:

Yok

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2009-2011	Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Ebe
2011-2014	Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Ebe
2014-2017	Batman İbn-i Sina Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	Öğretmen
2017-...	Senirkent Dr. Tahsin Tola Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	Öğretmen