

Gebelerde Antenatal Bakım Alma Durumu ve Antenatal Bakım ile Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

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

Ersan Gürsoy¹, Turan Set²

- 1) Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü, Trabzon
- 2) Karadeniz Teknik Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Trabzon

Çıkar çatışması:
Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:
Ersan Gürsoy
ersangursoy@gmail.com

Geliş tarihi: 11/12/2019
Kabul tarihi: 14/05/2020
Yayın tarihi: 25/12/2020

Özet

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

Yöntem: Araştırma kesitsel tanımlayıcı niteliktedir ve Eylül 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılmıştır. Çalışmaya polikliniğe başvuran gönüllü, herhangi bir kronik hastalığı olmayan, yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalmamış ve daha önce majör depresyon geçirmemiş 135 son trimester gebe dâhil edilmiştir. Katılımcılara Sağlık Bakanlığı'nın doğum öncesi bakım yönetim rehberi baz alınarak hazırlanmış ve katılımcıların antenatal bakım alma durumlarını ve sosyodemografik özelliklerini değerlendiren, 52 sorudan oluşan bir anket ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Antenatal bakım alma durumu ile ilgili sorulara verilen her "evet" yanıtı "1 puan" ve her "hayır" yanıtı "0 puan" olarak puanlandırılmış ve 15 puan üzerinden "danışmanlık puanı" ve 24 puan üzerinden de "yapılan işlemler puanı" hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $30,2 \pm 5,4$ yıldır. Gebelerin %98,5'i (n=133) ilk 14 hafta içinde doktor kontrolüne gelmişti. Sadece 2 gebenin toplam ziyaret sayısı 4'ün altındaydı. Gebelerin %72,6'sı (n=98) haftasına göre yeterli sayıda ziyete gelmişti. Gebelerin danışmanlık puanı ortalaması: $7,8 \pm 4,1$ ve yapılan işlemler puanı ortalaması ise $18,6 \pm 2,6$ olarak bulundu. Gebelerin en fazla danışmanlık aldığı konu %79,3 (n=107) ile ilaç kullanımı, en az danışmanlık aldığı konu ise %25,9 (n=35) ile ağız ve diş sağlığı idi. Gebelerin tamamına idrar ve kan tahlili yapılmış ve ultrasonografi (usg) bakılmıştı. En az yapılan işlem %10,4 (n=14) ile meme muayenesi idi. Gebelerin %27,4'ünün (n=37) depresyon belirtileri gösterdiği görüldü. BDÖ puanı ile toplam ziyaret sayısı (p=0,843), danışmanlık puanı (p=0,108) ve yapılan işlemler puanı (p=0,166) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken, yeterli bakım aldığını düşünme ile BDÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,026).

Sonuç: Çalışmamızda gebelerin çoğunun işlem ve ziyaret sayısı olarak yeterli antenatal bakım aldığını ancak danışmanlık hizmetlerini yeterince alamadıklarını ve yeterli bakım aldığını düşünme ile depresyon belirtileri arasında anlamlı ilişki olduğunu saptadık. Bu bulgular gebe bakımından primer sorumlu olan birinci basamak hekimlerine yol gösterebilir. Bu açıdan antenatal bakım hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çalışma ve projelere ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: prenatal bakım, gebelik, depresyon

Summary

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

Methods: The study was cross-sectional and was performed between September 201 and January 2019 at the Department of Obstetrics and Gynecology of Farabi Hospital, Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine. The study included 135 last trimester pregnant women who were admitted to the outpatient clinic, did not have any chronic disease, did not get pregnant with assisted reproductive techniques and had not had major depression before. Beck Depression Scale (BDS) and a questionnaire consisting of 52 questions, which was prepared based on the prenatal care management guide of the Ministry of Health and assesses the antenatal care status and socio-demographic characteristics of the participants, was applied with the face-to-face interview technique. Each "yes" response to the questions asked about antenatal care receiving status was scored as "1 point" and every "no" response was scored as "0 point" and "consulting score" over 15 points and "procedures score" over 24 points were calculated.

Results: The mean age of the participants was $30,2 \pm 5,4$ years. 98.5% (n = 133) of the pregnant women came to the doctor in the first 14 weeks. Only 2 pregnant women had less than 4 visits. 72.6% (n = 98) of pregnant women had a sufficient number of visits. The average counseling score of the pregnant women was 7.8 ± 4.1 and the mean of the procedures score was 18.6 ± 2.6 . The most consulted subject was the use of medication with 79.3% (n = 107) and the subject with the least consultancy was oral and dental health with 25.9% (n = 35). All of the pregnant women had urine and blood analysis and ultrasonography (usg). The least procedure was breast examination with 10.4% (n = 14). It was observed that 27.4% (n = 37) of the pregnant women had depression symptoms. While there was no statistically significant relationship between BDS score and total number of visits (p = 0.843), counseling score (p = 0.108) and the number of procedures score (p = 0.166), a significant relationship was found between thinking of receiving adequate care and BDS score (p = 0.026).

Conclusion: In our study, we found that most of the pregnant women received adequate antenatal care in terms of the number of procedures and visits, but that they could not receive the counseling services adequately and there is a significant relationship between thinking that she received adequate care and symptoms of depression. This may lead to primary care physicians who are responsible for the pregnancy. In this respect, studies and projects are needed to develop antenatal care services.

Key words: antenatal care, pregnancy, depression

Giriş

Sağlıklı bir doğumun ilk şartı sağlıklı geçirilen bir gebelik sürecidir. Gebenin ve fetüsün sağlığını korumak ve geliştirmek için gebenin yakından takip edilmesi gerekir. Bu amaçla gebenin ve fetüsün eğitimli bir sağlık personeli tarafından gebelik süresince belli aralıklarla rutin muayenelerinin yapılması ve gebelere gerekli önerilerde bulunulmasına antenatal bakım denilmektedir.^[1]

2015 yılında yaklaşık 303.000 kadının gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir.^[2] Bu ölümlerin önemli bir kısmı alınan sağlık hizmetinin nitelik ve niceliği ile doğrudan ilişkilidir. Her ne kadar bu ölümlerin en önemli nedeni antepartum, intrapartum ve postpartum hemoraji olsa da hem doğum öncesi, hem doğum ve hem de doğum sonrası bakımın bir bütün içerisinde verilmesi büyük önem arz etmektedir.^[3] Bu nedenle AB kadınların güvenli bir şekilde gebeliklerini sürdürmesi, varsa olası risklerin önceden fark edilip erken müdahalede bulunularak bertaraf edilmesi veya en aza indirilmesi ve sağlıklı bir şekilde doğumun gerçekleşmesi açısından son derece önemlidir.

İlk olarak Hipokrat tarafından tanımlanan ve Latince “deprimere” yani “bastırmak, çökertmek” fiilinden türeyen depresyon: Üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurum içindedir, fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık hâli gibi özellikleri olan bir sendrom olarak tanımlanabilir.^[4]

Pek çok değişken olmakla birlikte kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı yaklaşık olarak erkeklerin iki katıdır.^[5] Kadınlarda sık görülen ruhsal sorunlardan biri olan depresyon gebelikte de sık karşılaşılan problemlerden biridir. Yapılan çalışmalara göre gebelik süresince ve gebelikten sonraki 1 yıl içerisindeki depresyon sıklığı artmaktadır.^[6, 7]

Gebelerde depresyon, anne ve fetüs sağlığı ile

doğrudan ilişkilidir. Depresyon saptanan gebelerde plasenta anomalileri, preeklampsi, spontan abort riski artmakta ve bu gebelerin bebeklerinde doğum sonrası dönemde bronkopulmoner displazi, intraventriküler hemoraji gibi komplikasyonlar sık görülmektedir.^[8] Fetüs ve gebe üzerine olumsuz etkileri olan antenatal depresyonu erken fark etmek ve uygun tedaviyi vermek son derece önemlidir.

Gebelerin antenatal vizitlere devam durumunu, bu vizitlerde kılavuzlarca önerilen işlem ve danışmanlık hizmetlerinin ne düzeyde yapıldığını belirlemek, gebelerde depresyon belirtileri sıklığını ve depresyon belirtileri gösterme ile AB arasında ilişki olup olmadığını belirlemek AB'nin önemini vurgulayabilir ve biz sağlık çalışanlarına yol gösterici olabilir. Literatürde AB'nin nitelik ve niceliği ve antenatal depresyon ile ilgili yayınlar bulunmaktadır ancak AB ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma literatürde bulunamamıştır.^[9-13] Çalışmamızın amacı Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi'ne başvuran gebelerin AB alma durumlarını değerlendirmek ve aldıkları AB'nin nitelik ve niceliği ile depresyon belirtileri arasında bir ilişki olup olmadığını saptamaktır

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız kesitsel niteliktedir ve Eylül 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran son trimesterdeki 135 sağlıklı gebe çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmanın yapılması için; KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 05 Eylül 2018 tarih ve 606 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya 18 yaş ve üzeri ve 28-40 hafta arası gebeliği olan gönüllü kadınlar dâhil edilmiştir. Majör depresyon, şizofreni, psikoz vb. hastalıkları olan veya öncesinden geçiren, gebeliğinden önce kronik bir rahatsızlığı bulunan, gebeliğe bağlı ve gebeliğin gidişatını etkileyecek düzeyde bir sağlık problemi

Tablo 1: Katılımcıların demografik özellikleri

Özellikler	%	n
Yaş		
20 yaş ve altı	3,7	5
21 ile 34 arası	74,8	101
35 ve üstü	21,5	29
Eğitim Durumu		
Ortaokul ve Altı	36	49
Lise	40	54
Üniversite ve Üstü	24	32
Tam Zamanlı Bir İşte Çalışma		
Evet	24,4	33
Hayır	75,6	102
Ekonomik durumunu kendisi nasıl ifade ediyor		
Çok kötü-kötü	6,7	9
Orta	51,9	70
İyi-çok iyi	41,4	56
İlk Gebeliği Olan Gebelerin Tercih Ettiği Doğum Şekli		
Normal doğum	41,4	12
C/S	37,9	11
Kararsız	20,7	6
Kaç Yıldır Evli		
0-4 yıl	43	58
5-9 yıl	25,1	34
10 yıl ve daha fazla	31,9	43
İlk Gebelik Yılı		
Evliliğin ilk yılında	72,5	98
2 ve sonrasında	27,5	37
Toplam Gebelik Sayısı		
1	21,5	29
2	28,9	39
3 ve daha fazla	49,6	67
Daha Önce Düşük Yaptı mı?		
Evet	23,7	32
Hayır	76,3	103
Daha Önce Kürtaj Oldu mu?		
Evet	14	19
Hayır	86	116

olan ve yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalmış olanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Katılımcılara araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış 52 sorudan oluşan ve katılımcıların demografik bilgilerini ve AB alma durumlarını sorgulayan bir test ve Beck depresyon ölçeği uygulanmıştır. Antenatal bakım alma durumu ile ilgili sorular (14-52 arası) T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” baz alınarak hazırlanmıştır.^[14]

Danışmanlık hizmetleriyle alakalı toplam 15 soruya verilen her “evet” yanıtı “1 puan” ve her “hayır” yanıtı “0” puan olarak puanlandırılmış ve minimum “0”, maksimum “15” puan olmak üzere danışmanlık puanı elde edilmiştir.

Yine aynı şekilde yapılan işlemlerle alakalı toplam 24 soruya verilen her “evet” yanıtı “1 puan” ve her “hayır” yanıtı “0” puan olarak puanlandırılmış ve minimum “0”, maksimum “24” puan olmak üzere yapılan işlemler puanı elde edilmiştir.

Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği’nin (ACOG) kılavuzu baz alınarak gebenin geldiği ziyaret sayısı, haftasına göre gelmesi gereken ziyaret sayısına eşit veya fazla ise ziyaret sayısı “yeterli” aksi halde “yetersiz” kabul edilmiştir.^[15] Ayrıca gelmesi gerekenden daha fazla vizite gelen gebelerdeki parametreleri değerlendirmek için gebenin geldiği ziyaret sayısı, haftasına göre gelmesi gereken ziyaret sayısına bölünerek vizitlere devam yüzdesi elde edilmiştir.

Erbil ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada gebelerde ortalama Beck Depresyon Ölçeği puanı $13,2 \pm 7,5$ olarak tespit edilmiştir.^[9] Buna göre bağımsız örneklemelerde t testi çalışmasında, farkların önemlilik derecesi 4 ve tip 1 hata 0.05 olarak alındığında % 80’lik güç ile örneklem hacmi her bir grup için 56 olarak hesaplanmıştır. Bu bağlamda 135 gebe çalışmaya dâhil edilmiştir.

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 18 paket prog-

ramına girilerek analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yapılmış, parametreler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi, bağımsız örneklemelerde t testi, ki kare t testi ve mann whitney u testi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya toplam 135 gebe dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $30,2 \pm 5,4$ yıldır. Ortanca gebelik haftası 35'tir (min:28, maks:40). Demografik veriler **Tablo 1**'de verilmiştir. Gebelerin ilk doktor kontrolüne gelme haftası ortancası 6 haftadır (min:1, maks:30). Çalışmamızda gebelerin %98,5'inin (n=133) Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği şekilde ilk 14 hafta içinde doktor kontrolüne geldiği saptanmıştır. Sadece 2 gebenin toplam ziyaret sayısının 4'ün altında olduğu görülmüştür.

Gebelerin ACOG kılavuzu baz alınarak haftalarına göre yeterli sayıda vizite gelip gelmediğine bakıldığında %72,6'sının (n=98) yeterli sayıda doktor kontrolüne geldiği, %27,4'ünün (n=37) ise gelmediği görüldü. Gebeliği esnasında yeterli bakım, takip ve tedavi aldığını düşünenlerin oranı %71,9 (n=97), almadığını düşünenlerin oranı %4,4 (n=6)

Tablo 2: Gebelerin kendilerince yetersiz veya kısmen yeterli bakım alma nedenleri

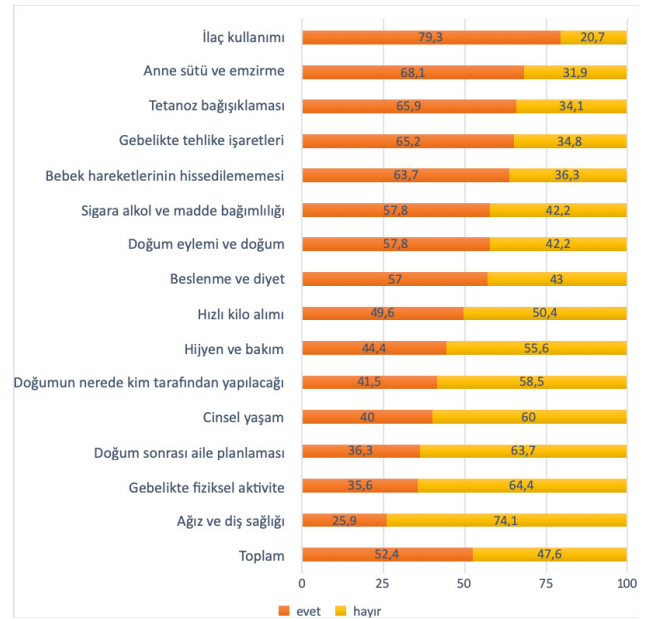
	n	%
Yetersiz veya kısmen yeterli bakım alma nedeni		
Zaman yetersizliği	13	34,2
Maddi durum yetersizliği	6	15,8
Bilgi eksikliği	5	13,2
Ulaşım güçlüğü	4	10,5
Sağlık personeli ile yaşanan sorunlar yüzünden	7	18,4
Ailevi nedenlerden	3	7,9
Toplam	38	100

olarak bulunmuştur. Gebelerin %23,7'si (n=32) ise kısmen yeterli bakım aldığını düşünmektedir. Gebelerin kendilerince yetersiz veya kısmi bakım alma nedenleri sorgulandığında en sık nedenin %34,2 ile zaman yetersizliği olduğu görüldü. Diğer nedenler **Tablo 2**'de verilmiştir.

Yeterli bakım aldığını düşünme ile yeterli sayıda vizite gelme karşılaştırıldığında ise yetersiz veya kısmen yeterli bakım aldığını düşünenlerin %65,8'inin aslında yeterli sayıda vizite geldiği görülmektedir. Yeterli bakım aldığını düşünme ile yeterli sayıda vizite gelme arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p=0,288$). Öte yandan yeterli bakım aldığını düşünme ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,026$).

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

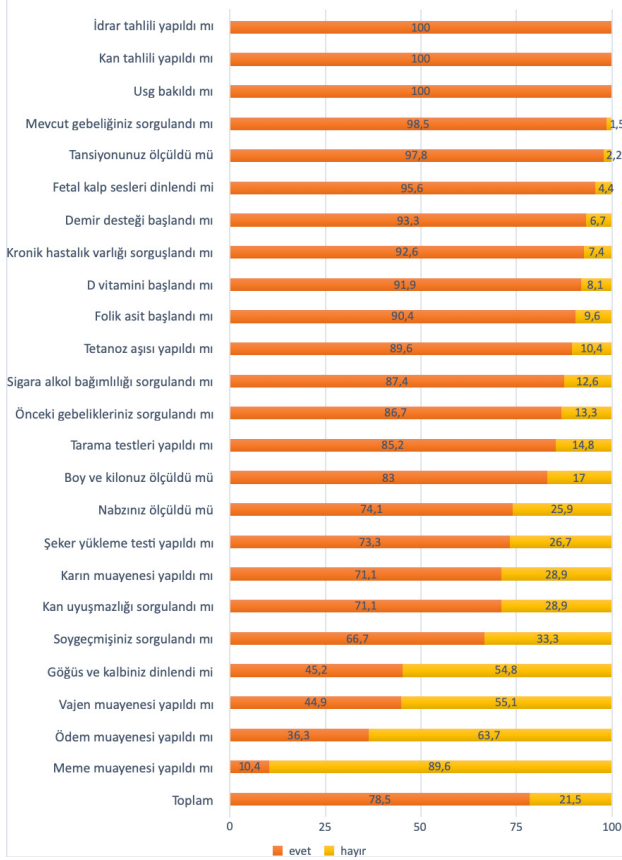
Gebelerin yapılan işlemler puan ortalaması $18,6 \pm 2,6$ olarak bulundu. Gebelerin tamamına idrar ve kan tahlili yapılmış ve USG bakılmıştır. En az



Şekil 1: Gebelerin danışmanlık aldıkları konular ve yüzdeleri

yapılan işlem %10,4 (n=14) ile meme muayenesidir. Vajinal muayene yapılma durumu kılavuzun önerdiği şekilde sadece 36 hafta ve üstü gebelerde sorgulanmıştır.^[14] Diğer gebeler dâhil edilmemiştir. Yapılan işlemler ve yüzdeleri şekilde gösterilmiştir (**Şekil 2**).

Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları



Şekil 2: Gebelere yapılan işlemler ve yüzdeleri

Tablo 3: Danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı, toplam puan ve BDÖ puanı ile yaş, toplam gebelik sayısı ve vizitlere devam yüzdesi arasındaki ilişki

		Danışmanlık puanı	Yapılan işlemler puanı	Toplam puan	BDÖ puanı
Yaş	p	<u>0,029</u>	0,093	<u>0,026</u>	0,160
	r	0,188	0,145	0,191	0,121
Toplam gebelik sayısı	p	0,995	0,274	0,564	0,344
	r	0,001	-0,095	-0,050	0,082
Vizitlere devam yüzdesi	p	<u>0,010</u>	<u>0,010</u>	<u>0,003</u>	0,147
	r	0,220	0,221	0,253	0,126
BDÖ puanı	p	0,108	0,166	0,072	-
	r	-0,139	-0,120	-0,155	-

puan ortancası 9 olarak bulundu (min=0, maks=41). Ölçeğin kesme puanı 17 olarak alındığında gebelerin %27,4'ünün (n=37) depresyon belirtileri gösterdiği, %72,6'sının (n=98) ise göstermediği görülmüştür.

Danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı, toplam puan ve BDÖ puanı ile yaş, toplam gebelik sayısı ve vizitlere devam yüzdesi arasındaki ilişki **Tablo 3**'te verilmiştir. Gebelerin danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı, toplam puan ve BDÖ puanı ile gebe kalma yılı, eğitim durumu ve yeterli bakım aldığını düşünme arasındaki ilişki **Tablo 4**'te verilmiştir.

Tartışma

Dünya genelinde 2015 yılında 300,000'den fazla gebenin gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle kaybedildiği ve bu ölümlerin önemli bir kısmının yeterli AB ile önlenilebileceği düşünüldüğünde AB'nin hem sayı hem de içerik olarak yeterli olması gerektiği aşikârdır.^[2] Çalışmamızın temel varsayımı gebelerin daha fazla vizite geldikçe daha fazla danışmanlık alacağı, daha fazla işlem yapılacağı ve buna bağlı olarak da daha az depresyon belirtisi göstereceği idi. Bu nedenle daha fazla vizite gelmesine neden olabilecek kronik hastalıkları olan veya gebeliğe bağlı komplikasyon gelişen gebeler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmamızda gebelerin daha fazla vizite

geldikçe daha fazla danışmanlık aldığı ve daha fazla işlem yapıldığı saptandı ancak varsayımımızın aksine vizitlere devam, danışmanlık alma ve yapılan işlemler ile depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı.

DSÖ ilk AB vizitinin 12. haftadan önce, ülkemizde Sağlık Bakanlığı ise 14. haftadan önce yapılmasını önermektedir.^[14, 16] Çalışmamızda gebelerin ilk doktor kontrolüne gelme haftası ortancası 6 hafta olarak saptandı. Bu hem DSÖ'nün hem de Sağlık Bakanlığı'nın önerilerine uygun bir haftadır. Yine gebelerin %98,5'inin (n=133) Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği şekilde ilk 14 hafta içinde doktor kontrolüne geldiğini saptadık. Bu oran benzer şekilde İstanbul'daki bir çalışmada %94, Bursa'da %94 ve İzmir'de %97,8 olarak bulunmuştur.^[10, 17, 18] Ayrıca çalışmamızda sadece 2 gebenin toplam ziyaret sayısının 4'ün altında olduğu saptanmıştır.

Bu durum her ne kadar gebelerin antenatal bakım alması konusunda sevindirici olsa da çalışmanın 3.

Basamak bir hastanede yapılması ve çalışmaya sadece sağlıklı gebelerin dâhil edilmesi bu sonucu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda gebelerin %72,6'sının (n=98) sayısı olarak yeterli sayıda bakım aldığı saptanmıştır. Ancak içerik olarak bakıldığında danışmanlık alma oranı %52,4 , yapılan işlemler oranı %78,5 olarak bulunmuştur. Gebelerin tamamına idrar, kan tahlili yapılmış ve USG bakılmış ancak örneğin yaklaşık 4'te 3'üne ağız diş sağlığı hakkında danışmanlık verilmemiştir. Kocaeli'nde yapılan benzer bir çalışmada yine en az alınan danışmanlık konusu %25,9 evet ve %11,9 kısmen cevabı ile ağız ve diş sağlığı olmuştur.^[19]

Diğer danışmanlık konularının ortalamaları da yapılan işlemlere kıyasla epey düşüktür. Hâlbuki hasta bakımı sadece fizik muayeneden ibaret olmayan, yanında iletişim, bilgilendirme, danışmanlık hizmetlerini de kapsayan bir bütündür. Sağlık kaynaklarının etkin kullanılması gerekliliği düşü-

Tablo 4: Gebelerin danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı, toplam puan ve BDÖ puanı ile gebe kalma yılı, eğitim durumu ve yeterli bakım aldığı düşünme arasındaki ilişki

			Danışmanlık Puanı	Yapılan işlemler puanı	Toplam puan	BDÖ puanı
Gebe Kalma Yılı	1. yılda	Ort. ±S.S.	7,73±4,03	18,43±2,65	26,16±6,08	11,22±8,64
	2.yıl ve sonrasında		8,27±4,44	19,08±2,53	27,35±6,08	11,92±7,89
		p	0,576	0,142	0,354	0,340
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil-ilkokul	Ort. ±S.S.	7,12±9,19	17,76±2,45	24,88±5,04	12,84±9,19
	Lise		7,83±4,47	18,98±2,86	26,81±6,64	10,63±8,47
	Üniversite		9,12±4,35	19,28±2,20	28,41±6,10	10,56±6,93
		p	0,103	<u>0,014</u>	<u>0,033</u>	0,425
Yeterli Bakım Aldığını Düşünme	Yeterli	Ort. ±S.S.	8,35±4,33	19,20±2,41	27,55±6,10	10,40±8,03
	Yetersiz veya kısmen yeterli		6,68±3,37	17,11±2,58	23,79±5,20	14,00±8,92
		p	0,020	<u><0,001</u>	<u><0,001</u>	<u>0,026</u>

nüldüğünde yapılan işlemler bu kadar yüksek iken danışmanlık hizmetlerinin bu düzeyde olması kabul edilebilir bir durum değildir. İşlemlerin önemli bir bölümünün yapılmasına karşın danışmanlık konusunda sahip olduğumuz eksiklikler biz hekimlere uyarıcı olmalıdır.

AB'nin sayısı ve içerik olarak yeterli olması dışında gebeyi de memnun etmesi gerekir. Sağlık hizmetlerini bir bütün olarak değerlendirdiğimizde hastaya sadece gerekli işlemlerin yapılması yetmez. Hastayı bilgilendirmek, tedaviye katılımını sağlamak ve her şeyden önce empati yapmak gerekir. Çalışmamızda gebelerin yeterli bakım aldığını düşünme durumu evet, hayır ve kısmen olarak sorgulanmıştır. Gebelerin %71,9 (n=97) evet, %4,4 (n=6) hayır ve %23,7'si (n=32) ise kısmen cevabını vermiştir.

Gaziantep'te AB ile ilgili yapılan benzer bir çalışmada gebelere aldıkları AB'den memnun olup olmadıkları sorulmuş, gebelerin %2,7'si hiç memnun değilim, %1,9'u az memnunun, %60'ı memnunun ve %35,4'ü çok memnunun-mükemmel demiştir.^[20] Yetersiz bakım aldığını düşünme nedenlerinin yaklaşık sadece 5'te 1'inin sağlık personeli ile ilgili olması önemlidir. Gebeler çoğunlukla hekimi veya yardımcı sağlık personelinin değil genellikle sistemi veya kendisini suçlamaktadır.

Öte yandan yeterli bakım aldığını düşünme ile yeterli sayıda vizite gelme arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,288). Nitekim yetersiz veya kısmen yeterli bakım aldığını düşünen gebelerin %65,8'i (n=25) aslında yeterli sayıda vizite gelmiştir. Bu bulguyu gebelerin yeterli bakım aldığını düşünmede asıl önemli olanın ziyaret sayısı değil ziyaretin içeriği olduğunu göstermesi açısından önemli buluyoruz. Ayrıca yeterli bakım aldığını düşünen gebelerin danışmanlık, yapılan işlemler ve toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek, BDÖ puanı ise daha düşüktü.

Depresyon gebelikte en sık rastlanılan ruhsal bo-

zukluktur.^[21] Gavin ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta analize göre gebelerin %14,5'i gebeliğinde yeni bir depresyon atağı geçirmekte, hâlen depresyonda olup gebe kalanlar da eklendiğinde prevalans %18,4'e çıkmaktadır.^[22] Ülkemizde ise oranlar biraz daha yüksektir. Karaçam ve arkadaşlarının 1039 gebeyle yaptığı bir çalışmada gebelerde depresyon prevalansı %27,9 olarak bulunmuştur.^[12]

Gölbaşı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise oran benzer şekilde %27,5 olarak, Erbil ve ark. yaptığı bir çalışmada ise %34 olarak bulunmuştur.^[9,13] Çalışmamızda da Türkiye'de yapılan benzer çalışmalarla korele şekilde gebelerin %27'sinin depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır. Ülkemizdeki oranların daha yüksek olması sosyokültürel farklılıklara, Türk aile yapısına, artmış gebelik sayısına ve ekonomik problemlere bağlı olabilir.^[12]

Vizitlere devam yüzdesi arttıkça danışmanlık puanı, yapılan işlemler puanı ve toplam puanın arttığını saptadık. Çalışmamızın temel varsayımı gebelerin daha fazla hekim kontrolüne gelmesi ile daha fazla danışmanlık alacağı, daha fazla bilgilendirileceği, bebeğinin sağlığının yerinde olduğunu daha sık aralıklarla duyacağı ve buna bağlı olarak da daha az depresyon belirtisi göstereceği idi. Ancak vizitlere devam yüzdesi ile BDÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanamadı.

Gebelerin haftasına göre gelmesi gereken ziyaret sayısı belli iken ve herhangi bir sağlık problemi olmamasına karşın gebenin daha fazla sayıda vizite gelmesi belki onun daha fazla danışmanlık hizmeti almasını sağlayabilir ancak her ne kadar çalışmamızda bunu değerlendiremesek de bu durum gebenin anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu da gösteriyor olabilir.

Anksiyete bozukluğu ile majör depresif bozukluk sıklıkla bir arada bulunur ve anksiyete düzeyi yüksek olan kişilerde depresif belirtiler normal popülasyona oranla daha sıklıkla görülmektedir.^[23] Bu açı-

dan gebelerin depresif belirtileri ve antenatal bakım alma durumlarının yanında anksiyete düzeylerinin de ölçüldüğü çalışmalar yol gösterici olabilir. Her ne kadar vizitlere devam ile depresyon belirtileri arasında anlamlı ilişki saptayamasak da vizitlere devam ettikçe gebelerin daha fazla danışmanlık aldığını, yapılması gereken işlemlerin daha yüksek oranda yapıldığını saptadık. Sağlıklı bir doğumun ilk şartının sağlıklı geçirilen bir hamilelik süreci olduğu düşünüldüğünde bu önemli bir bulgudur.

Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da gebelerin, danışmanlık ve yapılan işlemler puanı ile BDÖ puanı arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Bu öngörülebilir bir durumdur. Gebeler daha fazla danışmanlık aldıkça ve daha fazla işlem yapıldıkça daha az depresyon belirtisi göstermektedir. Bu açıdan daha yüksek örneklem sayısına sahip çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda depresyon belirtileri göstermeyi etkileyen en önemli faktörün ise ‘yeterli bakım aldığını düşünme olduğu’ saptanmıştır. Her ne kadar danışmanlık ve yapılan işlemler puanı arttıkça BDÖ puanı düşse de aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu örneklem azlığından olabilir. Daha yüksek örneklem sayılarıyla yapılacak araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Bun-

lardan birisi her ne kadar gebelerin kendilerini rahat hissedecekleri bir ortam oluşturulsa da çalışmanın anket tarzında yürütülmesi bir diğeri ise araştırmanın yürütüldüğü yerin 3. basamak bir hastane olmasıdır. Çalışmaya her ne kadar tamamen sağlıklı gebeleri dâhil etmiş olsak da toplumun geneli hakkında fikir sahibi olmak için 1. basamakta daha büyük örneklemle çalışma yapmak daha yerinde olacaktır.

Çalışmamız Türkiye’de AB alma durumu hakkında konunun hem danışmanlık boyutunu hem de işlemler boyutunu inceleyen az sayıdaki çalışmadan biridir. AB’nin bileşenleri ile depresyon ilişkisi ise daha önce ayrıntılı incelenmemiştir.

Çalışmamızda gebelerin çoğunun işlem olarak yeterli bakım aldığını ancak danışmanlık hizmetini yeterince alamadıklarını ve gebelerin daha az depresyon belirtisi göstermesindeki en önemli etkenin “yeterli bakım aldığını düşünme” olduğunu saptadık. Bu durum gebe bakımından primer sorumlu olan 1. basamak hekimlerine yol gösterebilir. Gebelerin yeterli alamadığı danışmanlık hizmetlerinin gebenin her an ulaşabileceği, gebelikten önce de tanıyıp güven duyduğu aile hekiminden alması daha yerinde olacaktır. Gebenin daha bütüncül bir AB alması ise gebenin ve fetüsün sağlığını olumlu yönde etkileyecektir. Bu konuda 1. basamak hekimlerinin bilinçlenmesi için çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar:

1. Akın A, Özvarış Ş. Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. Eds: Akın A. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı UNFPA; 2002.
2. Alkema L, Chou D, Hogan D. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
3. İsmet K, Rudolf S, Oona C. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, NEE-HÜ. 2005;6(02).
4. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. basım. Ankara, Feri-yal Matbaası. 2001;266-296.
5. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*. 2003;74(1):5-13.
6. Woody C, Ferrari A, Siskind D, Whiteford H, Harris M. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2017;219:86-92.
7. Mersha A, Abebe S, Sori L, Abegaz T. Prevalence and Associated Factors of Perinatal Depression in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression research and treatment*. 2018;2018:Article ID 1813834.
8. Bakanlığın TS. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Ankara, Turkey: TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 2009.
9. Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009;19(2):67-74.
10. Çatak B, İkişik H, Kartal S, Öner C, Seğmen Ö. İstanbul’da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: toplum tabanlı bir araştırma. *Perinatoloji Dergisi*. 2012;20(3):126-34.
11. ERBAŞ G. İstanbul İli Gaziosmanpaşa İlçesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. İstanbul üniversitesi tıp fakültesi. 2016.
12. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009;25(4):344-56.
13. Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Cetin A. Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Maternal and child health journal*. 2010;14(4):485-91.
14. Bakanlığın S. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayın. 2014(924):1-32.
15. Pediatrics AAo. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. Elk Grove Village (IL). 147: AAP Washington, DC.; 2002.
16. Organization WH. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: World Health Organization; 2016.
17. Çatak B, Öner C, Oğuz İ, Gülay M, Özbek R, Baştürk S. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(2):63-9.
18. Yücel U, Ciceklioglu M, Ocek ZA. Prenatal Care Utilization Level of Pregnant Women Living in Three Different Neighborhoods of Izmir’s Bornova District. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015;14(5):370-7.
19. Kıssal A, Kartal B. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım içeriğinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.5(1):36-42.
20. Temizer M. Oğuzeli merkez aile sağlığı merkezine kayıtlı 2014 yılında canlı doğum yapmış annelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma durumlarının değerlendirilmesi (tez). Gaziantep Üniversitesi. 2015.
21. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2001;23(1):61-4.
22. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*. 2005;106(5):1071-83.
23. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *The British journal of psychiatry*. 1996;168(S30):17-30.