

## Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi

### Association Between the Level of Depression and Anxiety with Social Support in Pregnancy

Osman VIRIT, Ebru AKBAŞ\*, Haluk Asuman SAVAŞ, Gülümser SERTBAŞ\*\*, Hasan KANDEMİR\*\*\*

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri, \*\*\*Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Gaziantep

\*\*Gaziantep Sağlık Yüksekokulu, Gaziantep

\*Yeşilyurt Hasan Çalık Devlet Hastanesi, Malatya, Türkiye

#### ÖZET

**Amaç:** Gebelik kadın yaşamında önemli biyolojik ve psikososyal değişimin olduğu bir dönemdir ve kaygı ve depresyon için birçok risk etkenini içerir. Gebelikte sosyal destek yetersizliği ile depresyon ve kaygı arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada gebelikte sosyal destek ile depresyon ve kaygı belirtili düzeylerinin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma Sağlık Bakanlığı'na bağlı Malatya Devlet Hastanesi Gebe Polikliniğine 20 Ekim 2005 ve 20 Ocak 2006 tarihleri arasında başvuran, 36 hafta ve üzerinde olan 104 gebede yapılmıştır. Değerlendirmede Gebe Bilgi Formu (GBF), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Gebelerin ortalama yaşı 27,02±5,61 idi. BDÖ puan ortalaması 20,91± 8,52 olarak bulundu ve BDÖ'ne göre; %42,3 gebe hafif, %39,4 gebe orta ve %18,3 gebe şiddetli düzeyde depresif belirtiye sahipti. DKÖ puan ortalaması; 40,10 ±4,24 idi ve bu ölçeğe göre %17,3 kaygı taşımayan, %47,1 hafif kaygı ve %35,6 yüksek kaygı taşıyan gebe vardı. SKÖ puan ortalaması; 48,94 ±4,26 idi ve bu ölçeğe göre ise %9,6 hafif ve %90,4 yüksek kaygılı gebe vardı. ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 52,81±13,32; aile, arkadaş ve eş için sırasıyla 16,27±7,96, 10,88±6,26 ve 25,65±4,73 olarak bulundu. DKÖ ve SKÖ ile ÇBASDÖ arasında istatistiksel ilişki bulunmazken, BDÖ ile ÇBASDÖ toplam ve alt grup puanları arasında ilişki vardı.

**Sonuç:** Gebeler yüksek oranda kaygı ve depresif belirti taşımaktaydılar. Sosyal destek yetersizliği gebelik döneminde depresyon için bir risk etkenidir. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2008; 45: 9-13*)

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, depresyon, kaygı, sosyal destek

#### ABSTRACT

**Objective:** Pregnancy constitutes a time of significant life change requiring major biological and psychosocial adjustments, and includes many risk factors for depression and anxiety. It has been reported an association between insufficient social support with depression and anxiety. The goal of the present study was to investigate the association between social support with the levels of depressive and anxiety symptoms severity in pregnancy.

**Method:** The study was conducted between 20 October 2005 and 20 January 2006 on 104 pregnant patients, whose pregnancies were 36 weeks and over, admitted to the outpatient clinic of the Health Ministry Malatya Government Hospital Pregnancy Unit. Pregnancy Information Tool (PIT), Beck Depression Inventory (BDI), State Anxiety Inventory (SAI), Trait Anxiety Inventory (TAI) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) were used.

**Results:** The mean age of the patients was 27.02±5.61. Mean score BDI was 20.91±8.52 and according to BDI; 42.3% of patients had mild, 39.4% had moderate and 18.3% had severe depressive symptoms. Mean score of SAI was 40.10 ±4.24, and according to this inventory, of the patients; 17.3% had no anxiety, 47.1% had mild and 35.6% had severe anxiety. Mean score of TAI was 48.94 ±4.26; and according to this inventory, 9.6% of the patients had mild anxiety and 90.4% had severe anxiety. Mean MSPSS total score was 52.81±13.32; and consequently 16.27±7.96, 10.88±6.26 and 25.65 ±4.73 were found for the family, friends, and husband. There were no statistical associations between either SAI or TAI with MSPSS, but BDI was associated with MSPSS total and subtitles' scores.

**Discussion:** Pregnant women had high levels of depressive and anxiety symptoms. Insufficient social support is a risk factor for depression during the pregnancy period. (*Archives of Neuropsychiatry 2008; 45: 9-13*)

**Key words:** Pregnancy, depression, anxiety, social support

#### Giriş

Gebelik kadın hayatında önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir (1). Bir sistematik derlemede gebelikte depresyon yaygınlığı, birinci, ikinci ve üçüncü trimesterlerde sırasıyla, %7,4, %12.8 ve %12 olarak bildirilmiştir (2).

Bazı araştırmalarda ikinci trimestere göre ilk ve üçüncü trimesterlerde depresyon ve kaygı belirti sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (3,4). Gebelerde kaygı ve depresyon belirtileri genellikle beraberdendir ve bedensel belirtilerle karışık olarak ortaya çıkmaktadır. Kaygı artışının depresyonu alevlendirdiği ve özkıyım riskini artırdığı öne sürülmektedir (5-9). Gebeliğin, bir araştırmada 43 stres verici yaşam olayı içerisinde 12. ve diğer bir araştırmada ise 116

olay içinde 15. sırada olduğu bildirilmiştir (10). Daha önce geçirilmiş depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, evlilik sorunları, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, daha önce düşük yapmış olma, fetus hakkında kaygılanma gebelikte depresyon için risk etkenlerini oluşturmaktadır (4,11-13).

Gebelik döneminde psikososyal ve duygusal destek yetersizliği gebelikte ve doğum sonrasında depresyon için belirleyici bir özelliğe sahiptir (14,15). Ayrıca, gebelikte yeterli psikososyal desteğin varlığı ve ruh sağlığının iyi olması fetusun sağlığı için önemlidir. Duygusal gerilimin, özellikle depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve rahim içi gelişme geriliğine neden olduğu bildirilmiştir (16-24). Hatta kaygılı geçen bir gebelik, çocukta daha sonra davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkması ile de ilişkilendirilmiştir (25). Sosyal destek yetersizliğinin gebelikte ve doğum sonrasında ruhsal sağlığı bozarak annenin hayat tarzını etkilediği, diyet alışkanlığını bozduğu, sigara, alkol ve madde kullanımında artışa neden olduğu (26, 27) ve bu durumların da gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin sağlığını bozabildiği gösterilmiştir (28-31).

Biz bu araştırmada gebelik döneminde depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek algısı ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

## Yöntem

Araştırma Sağlık Bakanlığı'na bağlı Malatya Devlet Hastanesi Gebe Polikliniğine 20 Ekim 2005 ve 20 Ocak 2006 tarihleri arasında başvuran, 36 hafta ve üzerinde olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 104 gebe ile yapılmıştır. Gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek sözel izin alınmıştır. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuş ve uygulama her bir gebe için yaklaşık 25 dakika sürmüştür. Verilerin toplanması için Gebe Bilgi Formu (GBF), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır.

GBF, araştırmacılar tarafından konuya ilişkin literatür ve yapılan çalışmalar incelenerek hazırlanmıştır. Anket soruları gebe kadınların sosyodemografik özellikleri, doğurganlık ve gebelik özellikleri, gebelik süreci ve gebenin bebekle ilgili tutumu ve gebelerin psikiyatrik hastalık özellikleri ile ilgili sorulardan oluşmuştur.

BDÖ, Beck ve arkadaşları 1961 yılında tarafından geliştirilmiş olup, depresyonda görülen belirtileri içeren, 0-3 arasında puanlanan 21 kendini değerlendirme maddesinden oluşur. Ölçeğin amacı depresyon tanısından çok depresif belirtilerin şiddetini ortaya koymaktır. Ölçek 15 yaşın üzerindeki ergen ve yetişkinlere uygulanabilir. Alınan puan 0-9 arasında ise depresyon olmadığı, 10-16 puan hafif düzeyde, 17-24 puan orta, ve 25 ve üzeri puan şiddetli düzeyde depresif belirtiyi gösterir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 63'tür (32). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış ve bu çalışmada kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir (33). Ölçekten alınan 17 ve üzeri puan %90 doğrulukta tedavi gerektirecek düzeyde depresif belirtiyi ayırt edebilmektedir (34).

DKÖ ve SKÖ, Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş (35), Türk kültürüne uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (36). DKÖ, kişinin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini göz önüne alarak cevaplandığı bir ölçektir. SKÖ'nde ise, kişi genellikle kendini nasıl hissettiğini dikkate alarak doldurur. Ölçeklerde bulunan, duygu ve davranışları ifade eden itemler şiddet derecesine göre 1 ile 4 arasında puanlanır. Her iki ölçekten elde edilen pu-

anlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini gösterir. 36 ve altı puan kaygının olmadığını, 37-42 hafif kaygıyı, 43 ve üstü puan ise yüksek kaygıyı gösterir.

ÇBASDÖ, Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznal değerlendirilmesi amacıyla kullanımı kolay, kısa bir ölçek olarak geliştirilmiş (37), faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır (38,39). ÇBASDÖ toplam 12 maddeden oluşur ve her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 alt grubu içerir. Bunlar; "aile" (3,4,8. ve 11. maddeler), "arkadaş" (6,7,9. ve 12. maddeler) ve "özel bir insan"dır (eş gibi) (1,2,5. ve 10. maddeler). Her bir madde 1-7 arasında puanlanır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise desteğin algılanmadığını ya da destek azlığını veya yoksunluğunu gösterir.

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanı sıra, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında; normal dağılım gösteren değişkenlerin ikiden fazla gruplar arası karşılaştırmalarında One-way Anova testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HSD testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında student-t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman'ın rho bağıntısı kullanılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  olarak değerlendirilmiştir.

## Bulgular

Araştırmamıza alınan gebelerin yaşları 18 ile 42 arasındaydı ve ortalama yaş  $27,02 \pm 5,61$  idi. Bu yaş ortalaması doğurganlığın en aktif olduğu 20-35 yaş ile uyumluydu (9). Gebelerin yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, halen çalışma durumu, aile tipi ve evlilik yılı tablo 1'de gösterilmiştir.

Gebelerin %51,9'u doğumdan sonra bebeğin bakımına yardım edecek kimsesi olmadığını, %48,1'i olduğunu ve bunların %34'ü annesinden, %38'i kayınvalidesinden, %28'i kardeş-görümceşinden yardım alabileceğini söylemiştir. Gebelerin %22,1'i gebeliği süresince yardım/destek aldığı kimse olmadığını söylerken, %61,5'i gebeliği süresince eşinden, %16,3'ü aile bireylerinden (anne-kayınvalide-kardeş) yardım aldığını söylemiştir.

BDÖ (puan aralığı; 3-43) puan ortalaması  $20,91 \pm 8,52$  idi. Bu puan ortalaması orta düzeyde depresif belirti ile uyumluydu. BDÖ'ine göre gebelerin %42,3'ü hafif düzeyde, %39,4'ü orta düzeyde ve %18,3'ü şiddetli düzeyde depresif belirtiyi sahipti. Gebelerin DKÖ puan ortalaması  $40,10 \pm 4,24$  idi ve bu ölçeğe göre kaygısı olmayan %17,3, hafif kaygı taşıyan %47,1 ve yüksek kaygı taşıyan %35,6 gebe vardı. SKÖ puan ortalaması  $48,94 \pm 4,26$  idi ve bu ölçeğe göre gebelerin %9,6'sı hafif ve %90,4'si ise yüksek düzeyde kaygı taşımaktaydı. ÇBASDÖ toplam puan ortalaması  $52,81 \pm 13,32$  idi. Ölçeğin alt maddelerinde ise; aile sosyal destek puan ortalaması  $16,27 \pm 7,96$ , arkadaş sosyal destek puan ortalaması  $10,88 \pm 6,26$ , eş sosyal destek puan ortalaması  $25,65 \pm 4,73$  idi. Tablo 2'de tüm ölçeklerin puanları verilmiştir.

BDÖ ile ÇBASDÖ toplam puanı ( $r=-0,306$ ,  $p=0,002$ ), aile ( $r=-0,213$ ,  $p=0,030$ ), arkadaş ( $r=-0,205$ ,  $p=0,036$ ) ve eş puanları ( $r=-0,231$ ,  $p=0,018$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı bulunmaktaydı. Sosyal destek ölçeği puanı arttıkça, BDÖ puanı düşmekteydi. DKÖ ve SKÖ ile ÇBASDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir bağıntı yoktu. Eşle uyum ile gebelerin DKÖ ve SKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın, eşyle uyumlu olmadığını belirten gebelerin BDÖ puanı, uyumlu olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $Z=4,187$ ,  $p=0,001$ ). Doğumdan sonra bebeğin bakımına yardım edecek kişi varlığı ile gebelerin DKÖ ve SKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu, ancak BDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı. Bebeğin bakımına yardımcı olduğunu söyleyen gebelerin BDÖ puan ortalaması, böyle bir yardımcı olmayan gebelerin puanlarından anlamlı düzeyde düşüktü ( $t=2,798$ ,  $p=0,006$ ). Doğumdan sonra bebeğin bakımına yardımcı olacak kişi ile DKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. Doğumdan sonra bebeğine annesi bakacak olan gebelerin puanları, bebeğine kayınvalidesi ve kardeş/görümcesi bakacak olan gebelerin puanlarından anlamlı dü-

zeyde düşüktü ( $F=7,064$ ,  $p=0,002$ ). Bebeğine kayınvalidesi bakacak olan gebelerin DKÖ puanı ile kardeş-görümcesi bakacak olan gebelerin puanları arasında ise anlamlı bir farklılık yoktu. Doğumdan sonra bebeğin bakımına yardımcı olacak kişi ile SKÖ puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. Doğumdan sonra bebeğine annesi bakacak olan gebelerin puanları, bebeğine kayınvalidesi bakacak olan gebelerin puanlarından anlamlı düzeyde düşüktü ( $F=3,768$ ,  $p=0,030$ ). Bebeğine kardeş/görümcesi bakacak olan gebelerin puanları ile annesi ve kayınvalidesi bakacak olan gebelerin SKÖ puanı arasında ise anlamlı bir farklılık yoktu. Doğumdan sonra bebeğin bakımına yardımcı olacak kişilere göre gebelerin BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilemedi. Gebelik süresince en çok destek olan kişiye göre gebelerin DKÖ ve SKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı. Ancak gebelik süresince en çok destek olan kişiye göre gebelerin BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttu. Yardım almayan gebelerin puanları, alanlarından anlamlı şekilde yüksekti ( $F=6,807$ ,  $p=0,002$ ). Eşinden yardım alan gebeler ile aile bireylerinden yardım alan gebelerin BDÖ puanları arasında ise anlamlı bir farklılık yoktu.

**Tablo 1.** Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

		n	%
Yaş	24 ve altı	41	39,4
	25-30	39	37,5
	31 ve üstü	24	23,1
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	24	23,1
	Okur-yazar	4	3,8
	İlkokul mezunu	53	51
	Ortaokul-lise mezunu	23	22,1
Medeni durumu	Fakülte-yüksekokul	-	-
	Evlü	103	99,0
Mesleği	Boşanmış	1	1,0
	Ev hanımı	100	96,2
Halen çalışma durumu	Memur	2	1,9
	Serbest meslek	2	1,9
	Evet	3	2,9
Aile tipi	Hayır	101	97,1
	Geniş aile	49	47,1
Evlilik süresi	Çekirdek aile	54	51,9
	Parçalanmış aile	1	1,0
	1 yıl	17	16,3
	2-5 yıl	41	39,4
	6 yıl ve üzeri	46	44,2

**Tablo 2.** Gebelerin BDÖ, DKÖ, SKÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamaları ve dağılımları

BDÖ	Puan ortalaması	20,91± 8,52
	Hafif (10-16 puan)	%42,3 (n=44)
	Orta (17-24 puan)	%39,4 (n=41)
	Şiddetli (≥25 puan)	%18,3 (n=19)
DKÖ	Puan ortalaması	40,10 ±4,24
	Kaygı yok (≤36 puan)	%17,3 (n=18)
	Hafif (37-42 puan)	%47,1 (n=49)
	Yüksek (≥43 puan)	%35,6 (n=37)
SKÖ	Puan ortalaması	48,94 ±4,26
	Kaygı yok (≤36 puan)	%0,0 (n=0)
	Hafif (37-42 puan)	%9,6 (n=10)
	Yüksek (≥43 puan)	%90,4 (n=94)
ÇBASDÖ	Aile puan ortalaması	16,27±7,96
	Arkadaş puan ortalaması	10,88±6,26
	Eş puan ortalaması	25,65 ±4,73
	Toplam puan ortalaması	52,81±13,32

## Tartışma

Bu çalışmada, gebelikte depresyon ve kaygı düzeyleriyle algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bulgularımızda ilginç olarak gebelerin hepsinde belirli bir oranda depresyon ve kaygı belirtisi vardı. BDÖ'nden gebelerin %57,7'si 17 ve üzeri puan almıştı. Kaygı puanlarında; yüzde ve şiddet olarak SKÖ puanı, DKÖ puanından daha yüksekti. Kaygı ölçekleri ile ÇBASDÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanamamasına karşın, BDÖ ile toplam destek ve alt ölçeklerin puanları arasında ilişki vardı. Sosyal destek arttıkça BDÖ puanı düşmekte, yani depresif belirtiler azalmaktaydı.

Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda; Malta'da %15,5 (40), Finlandiya'da %30 (41), Kanada'da %25(42) ABD'de %21, %30-38 ve %26 (43-45), Brezilya'da depresyon oranı %19,6, durumsal kaygı %59,5, ve sürekli kaygı %45,3 olarak bulunmuştur (46). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise depresyon oranları %27,9, %27,3 ve %12 olarak bildirilmiştir (9,47,48). Gebelikte ve doğum sonrası dönemde depresyonu inceleyen bir derlemede ise gebelerin %70'inden fazlasında depresif belirtilerin olduğu ve %10-16 oranında major depresyon bulunduğu bildirilmiştir (49). Bizim çalışmamızda ölçmüş olduğumuz depresyon ve kaygı belirti düzeylerinin bu çalışmalara göre belirgin olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılığın bir nedeni kültürel özelliklerle ilgili olabilir, çünkü farklı kültürlerde aile yapılanmaları ve birey-çevre etkileşimleri farklı özellikler göstermektedir (50). Diğer, belki de daha önemli bir neden ise verilerin toplanmasında kullanılan araçların farklılığı, ölçme ve değerlendirilmedeki yöntem farklılıkları olabilir. Bu çalışmaların hepsinde aynı yöntem ve araçlar kullanılmamıştır.

Sosyal destek genel olarak bir kişiye diğer kişilerce sağlanan

**Tablo 3.** ÇBASDÖ ile diğer ölçek puanlarının bağıntısı

ÇBASDÖ	DKÖ		SKÖ		BDÖ	
	R	p	r	p	r	p
Aile	0,035	0,724	-0,028	0,777	-0,213	0,030*
Arkadaşlar	0,016	0,870	0,002	0,984	-0,205	0,036*
Eş	-0,115	0,246	-0,095	0,338	-0,231	0,018*
Toplam Puan	-0,012	0,902	-0,050	0,617	-0,306	0,002*

r: Pearson bağıntı testi \*  $p<0,05$  düzeyinde anlamlı

maddi destek, duygusal destek veya bilişsel destek olarak tanımlanmıştır (10,51). Sosyal destek, stres olsun ya da olmasın kişinin sağlığını doğrudan olumlu yönde etkilemektedir ve stres oluşturacak yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktadır (10,52). Yapılan araştırmalarda gebelikte sosyal destek yetersizliğinin artmış depresyon ve kaygı düzeyleriyle ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (9,47,53-58). Almanya'da 896 gebe ile yapılan bir çalışmada, gebeleri ilk trimesterden itibaren algılamış oldukları sosyal destek puanlarına (düşük, orta ve yüksek) göre gruplara ayırmışlar. Bu gebeleri, gebelikleri boyunca ve doğum sonrası dönemde izlemişler. Ayrıca doğumdan sonra da bebeğin sağlık durumunu takip etmişler. Sosyal desteği olmayan veya düşük sosyal desteği olan gebelerin daha yüksek oranda depresif belirtiyeye sahip oldukları ve bu gebelerin hayat kalitelerinin belirgin olarak daha düşük olduğu bulunmuş. Sosyal desteği düşük olan gebelerde daha fazla oranda sigara tüketimi olduğu ve bu gebelerin yenidoğan çocuklarında anlamlı olarak daha fazla oranda "düşük doğum ağırlığı" olduğu saptanmış. Bu çalışmada ilginç olarak sosyal destek yetersizliğinin "düşük doğum ağırlığı" ile ilişkisi, depresyon ve düşük hayat kalitesi ile "düşük doğum ağırlığı" ilişkisinden daha güçlü bir bağlantıya sahip olduğu belirtilmiştir (57). Birçok çalışmada düşük sosyal destek ve depresyonun, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı ve yenidoğanda çeşitli sağlık sorunlarına neden olduğu ortaya konulmuştur (16-31). Türkiye'de, Karaçam ve Ançel (2007) Ankara bölgesinde 1039 gebe ile yaptıkları araştırmalarında gebelerde depresyon ve kaygı düzeylerini ve bunu etkileyen etmenleri incelemişler. Gebelerde %27,9 oranında tedavi gerektirecek düzeyde (BDÖ puanına göre 17 ve üzeri) depresyon bulunmuşlar. Bu çalışmada sosyal destek yetersizliğinin depresyon için bir risk etkeni olduğunu bildirilmişlerdir (47).

Gebelikte eş, aile ve/veya arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal destek, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır (1,57). Gebelik döneminde sosyal desteği artırmaya yönelik bazı çalışmalar yapılarak, bunun gebelik seyrini, doğum ve doğum sonrası durumları nasıl etkilediği araştırılmış. Bu amaçla; hemşirelerin gebelerle haftalık telefon görüşmesi yapması, ev ziyaretlerinin yapılması, bilgilendirme toplantılarının yapılması ve destek grupları oluşturulması gibi çalışmalar yapılmış. Ancak bu çalışmaların sonuçlarının, gebelikteki ve doğum sonrası dönemdeki depresyon oranında azalma, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlarda azalma bakımından birbiriyle tutarlı olmadığı, olumlu ve olumsuz sonuçların bildirildiği görülmektedir. Bu çalışmalarda özellikle sağlanmaya çalışılan sosyal desteğin niteliği ve gebenin ihtiyaçlarına karşılık gelebilmesinin önemi vurgulanmıştır (59-67).

Yapmış olduğumuz bu çalışmanın birçok kısıtlılığı mevcuttur. (i) Her şeyden önce bu gebeler bir psikiyatrist tarafından muayene edilmemişler ve bir klinik tanı konulmamıştır. Değerlendirmeler belli ölçekler uygulanarak yapılmıştır. Örneğin depresyon için sadece BDÖ kullanılmıştır. Yorumlamalar ölçeklerden elde edilen puanlar üzerinden yapılmıştır. (ii) Gebelikte birçok bedensel belirti beklenen bir durumdur ve seyrin bir parçasıdır. Bu belirtiler depresyon ve kaygı ile ilişkili bedensel belirtilerle karışabilmektedir (68). Değerlendirme sırasında bunların ayrımının iyi bir şekilde tanımlanmaması ve yapılmaması diğer bir kısıtlayıcı etkindir. (iii) Depresyon ve kaygı bireyin kendilik ve çevresiyle ilgili algısını ve değerlendirmesini bozabilmektedir (69). Çalışmamızda gebelerin gerçekten depresif veya kaygılı oldukları için mi sosyal desteği az

algıladıkları, yoksa sosyal destek az olduğu için mi daha fazla depresif ve kaygı belirtileri taşıdıklarının ayrımı yapılamamıştır. Olasılıkla burada ikisi de belli oranlarda geçerlidir. (iv) Ayrıca, kadın ve gebelikte depresyon ve kaygı sadece bir nedenle ilişkilendirmek ve açıklamaya çalışmak doğru değildir. Genetik, hormonal, psikososyal ve çevresel risk etkenlerinin önemi bilinmektedir ve daha çok çoğul ve karmaşık etmenlerin etkisiyle ortaya çıktığı öne sürülmektedir (70).

Bütün bu kısıtlılıklarla beraber, çalışmamızda istatistiksel olarak sosyal destek yetersizliği ile artmış depresif belirti düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulduk. Literatürdeki aynı konuyu araştıran çalışmalarda da, gebelikte artmış depresyon ve kaygı düzeyleri ile sosyal destek yetersizliği arasında ilişki olduğu yönünde bir kümeleşme görülmektedir. Bizim bulgumuz ve literatürdeki bilgiler birlikte değerlendirildiğinde, sonuç olarak, gebelikte yeterli sosyal destek varlığının depresyon ve kaygı oranlarını azalttığını, gebeliğin seyrini ve doğumdan sonraki dönemde annenin ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilediğini söyleyebiliriz. Sağlık çalışanları (kadın-doğum uzmanları, diğer hekimler, ebe ve hemşireler), bir gebeyi değerlendirirken bedensel belirtilerle birlikte, depresyonu ve kaygıyı ayırt etmekte duyarlı davranmalıdırlar, gebenin içinde bulunduğu hayat şartlarını ve stres oluşturacak etkenleri de göz önünde bulundurmalıdırlar.

#### Bilgilendirme

Bu çalışmada kullanılmış olan Gebe Bilgi Formu anketi ile gebelerin sosyodemografik özellikleri, doğurganlık ve gebelik özellikleri, gebelik süreci ve gebenin bebekle ilgili tutumu, gebelerin ve yakınlarının psikiyatrik hastalık öykü ve özellikleri gibi birçok veri elde edilmiştir. Bu yazıda, gebelerdeki depresyon ve kaygı düzeyi ile sosyal destek ilişkisi test edilip tartışılmıştır. Elde edilmiş diğer veriler ve analiz sonuçları makaleyi çok uzatacağı ve karmaşıklaştıracacağı düşünülerek ayrı bir yazı olarak düşünülmüştür.

#### Kaynaklar

1. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *J PsychosomRes* 1999;47:609-21.
2. Bennett HA, Einarson A, Taddio A ve ark. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and Gynecology* 2004;103:698-709.
3. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001;23:61-4.
4. Sungur MZ. Kadında Psikiyatrik Problemler. *Nöroloji Nöroşürüji Psikiyatri Dergisi*. 1986;2:11-4.
5. Batur S. Karışık anksiyete ve depresyon bozukluğu. *Türk Psikoloji Yazıları* 1998;1:61-71.
6. Cuhadaroğlu F. Adolesanlarda Depresyon ve Anksiyetenin Birlikte Görülmesi: Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993;4:183-8.
7. Heron J, O'Connor TG, Evans J ve ark. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004;80:65-73.
8. Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:107-13.
9. Altınay, S. Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 1999.
10. Öztürk H, Şirin A. Doğum Yapan Annelerde Algılanan Sosyal Destek Faktörlerinin ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2000;16:31-40.
11. O'Hara MW. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:569-73.
12. Gotlib IH, Whiffen VE. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1987;144:188-293.
13. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med* 1993;23:967-75.

14. Neter E, Collins NL, Lobel M, Dunkel-Schetter C. Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Womens Health* 1995;1:51-75.
15. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000;59:31-40.
16. Pagel MD, Smilkstein G, Regen H, Montano D. Psychosocial influences on new born outcomes: a controlled prospective study. *Soc Sci Med* 1990;30:597-604.
17. Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S, Secher NJ. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ* 1993;307:234-39.
18. Da Costa D, Brender W, Larouche J. A prospective study of the impact of psychosocial and lifestyle variables on pregnancy complications. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19:28-37.
19. Da Costa D, Dritsa M, Larouche J, Brender W. Psychosocial predictors of labor/delivery complications and infant birth weight: a prospective multivariate study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21:137-48.
20. Hansen D, Lou HC, Olsen J. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *Lancet* 2000;356:875-80.
21. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 2003;157:14-24.
22. Rondo PH, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MC, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr* 2003;57:266-72.
23. Badr LK, Abdallah B, Mahmoud A. Precursors of preterm birth: comparison of three ethnic groups in the middle East and the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:444-52.
24. Berle JI, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, ve ark. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. *Arch Women Ment Health* 2005;8:181-89.
25. O'Connor TG, Heron J, Golding J ve ark. antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* 2002;180:502-08.
26. Heaman MI, Gupton AL, Moffatt ME. Prevalence and predictors of inadequate prenatal care: a comparison of aboriginal and non-aboriginal women in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27:237-46.
27. Harley K, Eskenazi B. Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. *Soc Sci Med* 2006;62:3048-61.
28. Brooke OG, Anderson HR, Bland JM ve ark. Effects on birth weight of smoking, alcohol, caffeine, socioeconomic factors, and psychosocial stress. *BMJ* 1989;298:795-801.
29. Dejin-Karlsson E, Ostergren PO. Psychosocial factors, lifestyle, and fetal growth: the added value of both pre- and post-natal assessments. *Eur J Public Health* 2003;13:210-17.
30. Hoffhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003;88:1086-90.
31. Rasmussen S, Irgens LM. The effects of smoking and hypertensive disorders on fetal growth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006;6:16.
32. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J et al. An Inventory For Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
33. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.
34. Savasir I, Sahin NH. Assessment in cognitive and behavioural therapies; scales that used frequently. *Turkish Psychologist Association* 1997, Ankara.
35. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. California. Consulting Psychologist Press. 1970.
36. Öner N, Le Compte A. Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, No:333, 1985.
37. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* 1988;52:30-41.
38. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;34:45-55.
39. Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12:17-25.
40. Felice E, Saliba J, Grech V ve ark. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord* 2004;82:297-301.
41. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R ve ark. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000;95:487-90.
42. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M ve ark. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000;59:31-40.
43. Kelly, RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:107-13.
44. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy; Relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:1107-11.
45. Chung EK, McCollum KF, Elo IT ve ark. Maternal depressive symptoms and infant health practices among lowincome women. *Pediatrics* 2004;113:523-29.
46. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health* 2007;10:25-32.
47. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2007 Oct 10; [Epub ahead of print]
48. Caliskan D, Oncu B, Kose K, Ocaktan ME, Ozdemir O. Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: A community-based study in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007;11:1-6 [Epub ahead of print]
49. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997;58:26-32.
50. Kağıtçıbaşı C. Family and socialization in cross-cultural perspective: a model of change. *Nebr Symp Motiv*. 1989;37:135-200.
51. Sorias O. Sosyal destek kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1988;27:353-7.
52. Sorias O. Sosyal destekler ve ruh sağlığı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1988;27:359-62
53. Baker D, Taylor H, the ALSPAC survey team. The relationship between condition-specific morbidity, social support and material deprivation in pregnancy and early motherhood. *Social Science and Medicine* 1997;45:1325-36.
54. Webster J, Linnane JWW, Dibley LM ve ark. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth* 2000;27:97-101.
55. Zayas LH, Jankowski KRB, McKee MD. Prenatal and postpartum depression among low-income Dominican and Puerto Rican Women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 2003;25:370-85.
56. Ross LE, Sellers EM, Gilbert Evans SE ve ark. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109:57-466.
57. Elsenbruch S, Benson S, Rütcke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod*. 2007;22:869-77.
58. Westdahl C, Milan S, Magriples U, Kershaw TS, Rising SS, Ickovics JR. Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstet Gynecol*. 2007;110:134-40.
59. Oakley A, Rajan L, Grant A. Social support and pregnancy outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:155-62.
60. Villar J, Farnot U, Barros F, Victora C, Langer A, Belizan JM. A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. The Latin American Network for Perinatal and Reproductive Research. *N Engl J Med* 1992;327:1266-71.
61. Bullock LF, Browning C, Geden E. Telephone social support for low-income pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31:658-64.
62. Reid M, Glazener C, Murray GD, Taylor GS. A two-centred pragmatic randomised controlled trial of two interventions of postnatal support. *BJOG* 2002;109:1164-70.
63. Kern JK, West EY, Grannemann BD ve ark. Reductions in stress and depressive symptoms in mothers of substanceexposed infants, participating in a psychosocial program. *Matern Child Health J* 2004;8:127-36.
64. Matthey S, Kavanagh DJ, Howie P ve ark. Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *J Affect Disord* 2004;9:113-26.
65. Lumley J, Watson L, Small R ve ark. PRISM (Program of Resources Information and Support for Mothers): a community randomised trial to reduce depression and improve women's physical health six months after birth [ISRCTN03464021]. *BMC Public Health*; 2006;6:37.
66. Hodnett ED, Fredericks S. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3:CD000198.
67. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 4: CD001134.
68. Spinelli MG. Interpersonal psychotherapy for antepartum depressed pregnancy. In: Yonkers, KA, Little B. (Eds.), *Management of Psychiatric Disorders in Pregnancy*, 1st edn. Arnold Publishers, London. 2001.
69. Gara MA, Woolfolk RL, Cohen BD ve ark. Perception of self and other in major depression. *J Abnorm Psychol* 1993; 102 :93-100.
70. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 163-17.