

Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler*

The factors affecting depression, anxiety and perceived social support level of pregnant women who have the diagnosis of preterm labor

Emine Şen¹, Ahsen Şirin²

¹Adnan Menderes Üniversitesi, Söke Sağlık Yüksekokulu, Aydın

²İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, İstanbul

Özet

Gebelik döneminde depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yeni doğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve intrauterin gelişme geriliğine neden olduğu bildirilmiştir. Araştırmanın amacı preterm eylem tanısı alan gebelerde kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörleri belirlemektir. Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırma kapsamına Ege Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Kliniği doğum servisi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğumunun riskli gebe servisinde 01 Haziran - 31 Ağustos 2010 tarihleri arasında yatan 113 gebe alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan birey tanıtım formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) yüz-yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Veriler t-testi ve tek-yönlü ANOVA kullanılarak analiz edildi. Preterm eylem tanısı alan gebelerin BDÖ puan ortalamasının 24.92±10.40, DKÖ puan ortalamasının 45.81±8.75, SKÖ puan ortalamasının 49.68±7.41 ve ÇBASDÖ puan ortalamasının 49.15±15.90 olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, gebelerin depresyon puanları orta düzeyde, kaygı düzeyi puanları yüksek düzeyde ve algılanan sosyal destek puanları da orta düzeydeydi. Hemşire ve ebelerin preterm eylem tanısı alan gebelerde depresyon ve anksiyeteyi değerlendirmesi ve sosyal desteği arttıracak girişimler planlamaları önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Depresyon; kaygı düzeyi; preterm eylem; sosyal destek

Abstract

It has been reported that depression and anxiety in pregnancy period improves pregnancy and childbirth complications, affect adverse on the health of the newborn, premature birth, low birth weight and intrauterine growth retardation. The purpose of the study is to determine the factors affecting anxiety, depression and perceived social support level of pregnant women who had diagnosed preterm delivery. The study design is descriptive. The study consists of 113 pregnant women between June 1 to August 31, 2010 at Ege University Hospital Obstetrics and Gynecology Clinic, Obstetrics Service and the Ministry of Health Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Service of Obstetrics and Gynecology Hospital. For data collection of the study, the individual identification form prepared in accordance with relevant literature, the Beck Depression Inventory (BDI), State Anxiety Inventory (SAI) and Trait Anxiety Inventory (TAI) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) was applied using face-to-face interview technique. The data have been analyzed using t-test and one-way ANOVA. It has been determined that BDI scores were 24.92±10.40, TAI scores were 45.81±8.75, SAI scores were 49.68±7.41, and MSPSS scores were 49.15±15.90 of pregnant women who have preterm labor. In conclusion, depression scores were moderate, anxiety scores were high and perceived social support scores were moderate of pregnant women diagnosed preterm labor. It is recommended that the nurses and midwives should assess depression and anxiety on these pregnant women and plan interventions to increase social support.

Keywords: Depression; anxiety; preterm labor; social support

Giriş

Preterm eylem neonatal morbidite ve mortaliteye yol açan yüksek riskli bir durumdur. Preterm eylem görülme sıklığının Amerika'da %12-13, Avrupa ve diğer gelişmiş ülkelerde %5-9 olduğu bildirilmektedir (1). Ülkemizde preterm eylem prevalansı ile ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte Konya ilinde 300 gebe ile yapılan bir epidemiyolojik çalışmada preterm doğum prevalansı %17.3 olarak saptanmıştır (2).

Kadının anksiyete düzeyinin yüksek olması preterm eylem riskini arttıran faktörlerden biridir. Anksiyetenin nedenleri arasında gebe kadının hastaneye yatması,

*27-29 Nisan 2011 tarihinde yapılan 2. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

İletişim/Correspondence to: Emine Şen, Adnan Menderes Üniversitesi, Söke Sağlık Yüksekokulu, Söke/Aydın, TÜRKİYE
Tel: +90 532 599 9132 emine.sen@adu.edu.tr

gebeliğe ilişkin bir hastalık tanısı alma ve uygulanan tedavilerin yoğunluğu yer almaktadır. Diğer yandan, bebeğini kaybetme korkusu, aileden uzak kalma ve destek faktörlerinin azalması da kadında umutsuzluk, çaresizlik, benlik saygısında azalma ve kayıp duygularının yaşanmasına yol açmaktadır (3). Gebenin baş etme mekanizmalarının yeterli olmadığı durumda öfke, güvensizlik, yetersizlik ve aşırı bağımlılık gibi özellikler belirginleşir (1). Ortaya çıkan depresif durum, gebenin öz-bakımında azalmaya, tedaviye direnmesine, iyileşmede gecikmeye, tedavi süresinin uzamasına neden olabilmektedir (4). Gebelik döneminde psikososyal ve duygusal destek yetersizliği gebelikte ve doğum sonrasında depresyon için belirleyici bir özelliğe sahiptir (3). Anksiyete ve depresyon, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırması, erken doğum ve düşük doğum ağırlığına neden olmasının yanı sıra yeni doğanın sağlığını da olumsuz etkilemektedir (5). Sosyal destek sistemlerinin yetersizliğinin, gebelikte ve doğum sonrasında ruh sağlığını bozduğu, annenin yaşam tarzını

etkileyerek diyet alışkanlığını değiştirdiği, sigara, alkol ve madde kullanımında artışa neden olduğu gösterilmiştir (3,5,6).

Hemşireler gebenin sosyal destek sistemlerini geliştirmede majör rol oynayan kişilerdir. Özellikle gebelik gibi önemli fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı bir dönemde gebenin var olan sosyal destek sistemlerini tanımlama ve farkındalık sağlamada yardımcı olmaları gerekmektedir. Preterm eylem tanısı alan gebenin bakımında, preterm eyleme neden olan önlenebilir faktörlerin belirlenerek ortadan kaldırılması, enfeksiyonların önlenmesi, yatak istirahati, fetal monitörizasyon ve stresle baş etme tekniklerinin öğretilmesi önemli hemşirelik girişimleridir. Çoğul gebelik, yardımcı üreme teknikleri, psikososyal faktörler ve sosyal dezavantajlar gibi faktörlerin preterm doğumların artışı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Doğum öncesi bakım kapsamına; gebelikte risk değerlendirmesi, olumsuz doğum sonuçları bakımından risk altında olan kadınları tespit etmek ve gebeliğin erken döneminde girişimleri başlatmak da dahil edilmiştir. Bazı prenatal risk skorlama sistemleri, psikososyal faktörleri de içermektedir (2). Dolayısıyla bu çalışmada preterm eylem tanısı alan gebelerde kaygı ve depresyon düzeyi, algılanan sosyal destek ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntemler

Araştırma, tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini 01 Haziran-31 Ağustos 2010 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Kliniği doğum servisi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğumevi'nin riskli gebe servisinde preterm eylem tanısı konularak bakım ve tedavisi yapılan 113 gebe oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterleri preterm eylem tanısı alma, 20-37. gebelik haftaları arasında olma, 18-40 yaşları arasında olma ve çalışmaya katılmayı kabul etmektir. Araştırmada dahil olma kriterlerini karşılamayan gebeler araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan birey tanıtım formu, BDÖ, DKÖ, SKÖ ve ÇBASDÖ yüz-yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

Değerlendirme Araçları

Birey Tanıtım Formu:

Birey Tanıtım Formu sosyo-demografik ve obstetrik özellikler, önceki preterm eylem öyküsü ve gebeliğin planlanma durumuna yönelik olmak üzere toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği (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 koymaktadır. Ölçek 15 yaşın üzerindeki ergen ve yetişkinlere uygulanabilir. Alınan puan 0-9 arasında ise depresyon olmadığını, 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 (7). Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (7) tarafından yapılmış ve bu çalışmada kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir. Ölçekten alınan 17 ve üzeri puan %90 doğrulukta tedavi gerektirecek düzeyde depresif belirtiyi ayırt edebilmektedir (8). Bu çalışmada Beck Depresyon Ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0.90 olarak hesaplanmıştır.

Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ):

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir, Türk kültürüne uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (9). Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği 40 maddeden oluşmaktadır ve gebeler de dahil olmak üzere çeşitli popülasyonlarda durumluluk ve süreklilik anksiyete semptomlarını ölçmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. DKÖ, kişinin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini göz önüne alarak cevaplandığı bir ölçektir. SKÖ'de ise, kişi genellikle kendini nasıl hissettiğini dikkate alarak doldurur. Ölçeklerde bulunan, duygu ve davranışları ifade eden maddeler şiddet derecesine göre 1 ile 4 arasında puanlanır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini gösterir. Otuz altı ve altındaki puan kaygının olmadığını, 37-42 hafif kaygıyı, 43 ve üstü puan ise yüksek kaygıyı gösterir (9). Bu çalışmada Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0.86 olarak hesaplanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel değerlendirilmesi amacıyla kullanımı kolay, kısa bir ölçek olarak geliştirilmiş, faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği Eker ve Arkar (10) tarafından yapılmıştır. 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 (10,11). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0.66 olarak bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri SPSS 11.5 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) programı ile analiz edildi. Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, en uzun süre yaşanan yer, küretaj yaptırma ve gebeliği planlama durumudur. Bağımlı değişkeni ise kaygı ve depresyon düzeyi ile algılanan

sosyal destektir. Veriler tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma), t-test ve tek-yönlü ANOVA testleri ile analiz edildi. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki t-test ve tek-yönlü ANOVA testi kullanılarak incelendi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ olarak değerlendirilmiştir.

Etik Açıklamalar

Araştırmanın yapılabilmesi için; Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulundan izin alınmıştır. Araştırmanın uygulandığı Ege Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Kliniği ve T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğumevi'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan gebelere, araştırmacılar tarafından çalışmanın amacı açıklanarak katılımları için sözlü onamları alınmıştır.

Bulgular

Araştırma bulgularına göre; gebe kadınların %18.6'sının 18-23 yaş, %31.0'inin 24-29 yaş, %28.3'ünün 30-35 yaş arasında, %22.1'inin 36 yaş ve üzerinde olduğu, %5.4'ünün okur-yazar değil/okur-yazar, %17.7'sinin ilköğretim mezunu, %31.0'inin ortaokul mezunu, %31.9'unun lise mezunu, %14.2'sinin üniversite mezunu olduğu, %61.9'unun çalışmadığı, %21.2'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %64.6'sının gelirinin giderine denk olduğu, %14.2'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu, %9.7'sinin en uzun süre köyde yaşadığı, %24.8'inin en uzun süre kasabada yaşadığı, %65.5'inin

en uzun süre şehirde yaşadığı (hayatının büyük kısmını geçirdiği yer) saptanmıştır.

Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebelerin %22.0'sinin ilk gebeliği olduğu, %19.5'inin ikinci gebeliği, %23.0'ünün üçüncü gebeliği, %35.5'inin dört ve üzeri gebeliğinin olduğu, %40.2'sinin bir çocuğunun olduğu, %32.9'unun iki çocuğunun olduğu, %13.4'ünün üç çocuğunun olduğu, %13.5'inin dört ve üzeri çocuğu olduğu, %62.2'sinin düşük yapmadığı, %66.3'ünün küretaj yaptırmadığı, %21.6'sının 21-26. gebelik haftaları arasında, %62.4'ünün 27-32. gebelik haftaları arasında olduğu, %16.0'sının 33 ve üzeri gebelik haftasında olduğu, %87.6'sının çoğul gebeliğinin olmadığı, %84.1'inin daha önce erken doğum yapmadığı ve %54.9'unun gebeliğinin planlı olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin BDÖ puan ortalaması 24.92 ± 10.40 , DKÖ puan ortalaması 45.81 ± 8.75 , SKÖ puan ortalaması 49.68 ± 7.41 ve ÇBSDÖ puan ortalaması 49.15 ± 15.90 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmada geliri giderine eşit olan gebelerin sosyal destek düzeylerinin daha fazla olduğu ($p=0.037$), şehirde yaşayanların durumluluk-anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0.003$), küretaj yaptıranların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu ($p=0.006$) ve gebeliğini planlamayanların depresyon ve süreklilik-anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p=0.014$) belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği, Durumluluk-Anksiyete, Süreklilik-Anksiyete ve Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları.

	n	Ortalama±SD	Minimum	Maksimum
Beck Depresyon Ölçeği	113	24.92±10.40	5.00	55.00
Durumluluk-Anksiyete	113	45.81±8.75	26.00	65.00
Süreklilik-Anksiyete	113	49.68±7.41	28.00	67.00
Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği	113	49.15±15.90	12.00	84.00

Tartışma

Bu çalışmada preterm eylem tanısı alan gebelerde kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada preterm eylem tanısı alan gebelerin BDÖ puan ortalamalarının orta düzeyde, DKÖ-SKÖ puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu ve ÇBSDÖ puan ortalamalarının da orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatürde benzer sonuçları olan çalışmalar yer almaktadır. Dayan ve arkadaşlarının (12) çalışmasında durumluluk-süreklilik anksiyete puanları ile depresyon puanı yüksek olan gebelerde preterm eylemin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Preterm eylem insidansındaki artış ile anksiyete (13) ve depresyon (14) arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Literatürde araştırma bulgularına kısmen benzer sonuçları olan çalışmalar da yer almaktadır. Dole ve arkadaşları (15) tarafından yapılan çalışmada, gebelik ile ilgili depresyonun preterm eylem ile ilişkisinin olmadığı, ancak anksiyetenin preterm eylem riskini iki kat artırdığı saptanmıştır. Ancak literatürde preterm eylem ve depresyon arasında anlamlı ilişkinin saptanmadığı çalışmalar da yer almaktadır (16-18). Preterm eylem gebelerde stres ve

anksiyete yaratan bir durumdur. Özellikle de gebeler kendilerinin yanı sıra fetüsün iyilik durumuna yönelik yoğun endişe yaşamaktadırlar.

Bu çalışmada preterm eylem tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeylerini orta düzeyde algıladıkları belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda sosyal destek sistemlerinde yetersizlik olan gebelerin depresyon ve kaygı düzeylerinde artış olduğu ortaya konulmuştur (19-24). Gebelikte sosyal destek sistemlerinin yeterli olması; gebe kadınları duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, anksiyete ve depresyon ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişlerini kolaylaştırmaktadır (23).

Geliri giderine eşit olan gebelerin sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada şehirde yaşayan gebelerin durumluluk anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Şehirde yaşam sağlık hizmetlerine ulaşımı arttırmakla birlikte hastane polikliniklerine yapılan başvurulardaki artış sebebiyle sıra ve sonuç bekleme gibi olaylar anksiyete sebebi olabilmektedir. Ayrıca

şehirden yaşayan gebelerin olumsuz gebelik sonuçları ile ilgili olarak birbirinden haberdar olma olasılıkları daha fazladır.

Tablo 2. Gebelerin bazı özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeği, Durumluluk-Anksiyete, Süreklilik-Anksiyete ve Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği arasındaki ilişki (n=113).

Değişkenler	n	Beck Depresyon		Durumluluk		Süreklilik		Çok Boyutlu Sosyal Destek	
		X±SS	F/t	X±SS	F	X±SS	F	X±SS	F
Yaş									
18-23	21	23.71±11.57	F=1.181	42.42±6.63	F=1.927	47.80±6.07	F=1.199	52.57±10.05	F=0.687
24-29	35	23.22±8.95		45.08±8.72		48.91±7.39		48.17±18.74	
30-35	32	25.12±10.16		47.15±9.10		50.25±7.61		47.46±16.85	
36 ve üzeri	25	28.08±11.42		47.96±9.37		51.60±8.06		49.80±14.69	
p			0.321		0.129		0.314		0.687
Eğitim									
Okur-yazar değil	3	36.00±11.35	F=0.842	44.33±7.50	F=0.286	46.66±6.50	F=1.647	48.33±12.50	F=0.207
Okur-yazar	3	27.66±9.45		50.33±11.23		54.00±2.64		47.00±14.17	
İlkokul mezunu	20	23.25±11.66		44.70±11.76		53.10±6.61		50.75±19.18	
Ortaokul mezunu	35	24.42±10.46		46.14±8.45		49.28±7.51		47.37±14.98	
Lise mezunu	36	25.25±9.80		46.22±8.43		49.22±7.88		49.16±14.80	
Üniversite mezunu	16	24.81±10.17		45.00±5.95		47.06±6.74		51.56±18.37	
p			0.523		0.920		0.154		0.959
Çalışma durumu									
Evet	43	23.81±9.56	t=-0.892	47.16±7.12	t=1.288	48.55±7.01	t=-1.266	47.30±14.98	t=-0.968
Hayır	70	25.61±10.90		44.98±9.57		50.37±7.61		50.28±16.45	
p			0.374		0.170		0.208		0.335
Gelir durumu									
Gelir giderden az	24	25.70±10.93	F=0.550	46.00±10.57	F=0.008	52.62±6.73	F=2.638	45.20±18.88	F=3.406
Gelir giderine eşit	73	25.21±10.58		45.73±8.61		49.09±7.92		51.91±14.03	
Gelir giderden fazla	16	22.43±8.88		45.87±6.62		47.93±4.53		42.43±16.96	
p			0.579		0.992		0.076		0.037
En uzun süre yaşadığınız yer									
Köy	11	25.72±10.78	F=2.012	38.09±6.51	F=5.978	48.63±3.93	F=0.292	47.90±14.98	F=0.075
Kasaba	28	28.14±13.82		44.92±10.38		50.50±8.62		50.00±16.70	
Şehir	74	23.59±8.58		47.29±7.76		49.52±7.36		49.01±15.93	
p			0.139		0.003		0.747		0.928
Küretaj yaptırma durumu									
Evet	33	29.48±10.66	t=2.821	45.69±8.02	t=-0.521	49.36±7.73	t=-0.494	48.18±16.19	t=-0.308
Hayır	65	23.33±9.94		46.69±9.34		50.16±7.57		49.26±16.47	
p			0.006		0.603		0.623		0.758
Planlı gebelik olup olmadığı									
Evet	62	21.17±7.64	t=-4.589	45.93±7.68	t=0.162	48.14±6.70	t=-2.485	48.93±16.20	t=-0.158
Hayır	51	29.49±11.50		45.66±9.96		51.54±7.85		49.41±15.69	
p			0.001		0.875		0.014		0.875

Çalışmamızda daha önce küretaj yaptıranların BDÖ puan ortalamasının daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Akbaş ve arkadaşlarının (25) yaptığı çalışmada da küretaj yaptıranların BDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Küretaj kadın yaşamında önemli durumlardan birisidir. Özellikle de bir önceki bebeğini farklı sorunlar nedeniyle kaybetmiş olma preterm eylem tanısı alan gebelerde depresyon riskini artırabilmektedir (25).

Gebeliğini planlamayanların süreklilik anksiyete puan ortalaması ve BDÖ puan ortalamasının daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer bulguları olan çalışmalara rastlanmıştır. Li ve arkadaşları (26) yaptıkları çalışmalarında gebeliğini planlamayanların depresyon ölçeği puan ortalamasının daha fazla olduğunu saptamışlardır. İstenmeyen gebeliklerde preterm eylem ve düşük doğum ağırlığı oranının planlı gebeliklere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Planlı gebeliği olan kadınlarla karşılaştırıldığında plansız gebeliği olan gebelerin gebelik ile ilgili problemler ve depresyon açısından risk altında oldukları belirlenmiştir (19).

Bu çalışmada örneklem sayısının yetersizliği nedeniyle elde edilen bulgular ile evrene genelleme yapılamaz.

Sonuç olarak, preterm eylem tanısı alan gebelerde algılanan sosyal destek ve depresyon ölçeği puan ortalamalarının orta derecede olduğu, süreklilik ve

durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının ise yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca geliri giderine eşit olan gebelerin sosyal destek düzeylerinin fazla olduğu, şehirde yaşayan gebelerin durumluluk anksiyete puan ortalamasının daha yüksek olduğu, küretaj yaptıran ve gebeliğini planlamayanların BDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 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, bir gebeyi değerlendirirken bedensel belirtilerle birlikte, depresyonu ve kaygıyı ayırt etmekte de duyarlı davranmalıdırlar. Gebelik döneminde sosyal desteği artırmaya yönelik bazı çalışmalar yapılarak, bunun gebelik seyrini, doğum ve doğum sonrası durumları nasıl etkilediğinin araştırılması sağlanabilir. Bu amaçla; hemşire ve ebelerin gebelerle telefon görüşmesi yapması, gebeler için destek gruplarının oluşturulması ve gebelikte riskli durumlar ve baş etme becerileri ile ilgili bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Teşekkür

Makalenin istatistiksel analizlerinin yapılması aşamasında Ege Üniversitesi Tıbbi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olan Hatice Uluer'den yardım alınmıştır.

Kaynaklar

1. Jesse DE, Seaver W, Wallace DC. Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. *Midwifery* 2003;19(3):191-202.
2. Ege E, Akın B, Altuntuğ K, Arıöz A, Koçoğlu D. Spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2009;6(3):197-205.
3. Vırt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008;45(1):9-13.
4. Chomitz VR, Cheung LWY, Lieberman E. The role of lifestyle in preventing low birth weight. *Future Child* 1995;5(1):121-38.
5. Vahratian A, Siega-Riz AM, Savitz DA, Thorp JM. Multivitamin use and the risk of preterm birth. *Am J Epidemiol* 2004;160(9):886-92.
6. Kelleci M, Doğan S. Bedensel hastalıkla birlikte depresyonu olan hastalara hemşirelerin yaklaşımlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2(3):161-8.
7. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1989;7(23):3-13.
8. Savasır I, Sahin NH. Assessment in cognitive-behavioural therapies; frequently used scales. Ankara: Özyurt Press, Turkish Psychologist Association Publications, 1997.
9. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri el kitabı. İstanbul: İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.
10. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34):45-55.
11. 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(1):17-25.
12. Dayan J, Creveuil C, Marks MN, Conroy S, Herlicovitz M, Dreyfus M, et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med* 2006;68(6):938-46.
13. Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M, Norman G, et al. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm births at less than thirty-five weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(5):1286-92.
14. Orr S, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome. *Epidemiol Rev* 1995;17(1):165-71.
15. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 2003;157(1):14-24.
16. Meis PJ, Michielutte R, Peters TJ, Wells HB, Sands RE, Coles EC, et al. Factors associated with preterm birth in Cardiff, Wales. Univariable and multivariable analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(2):590-6.
17. Creasy RK. Preterm birth prevention: where are we? *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(4):1223-30.
18. Bozkurt N, Himmetoğlu Ö. Preterm eyleme güncel yaklaşım. *T Klin J Gynecol Obstet* 2004;14(3):175-81.
19. Karacam Z, Ancel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2009;25(4):344-56.
20. Webster J, Linnane JWJ, Dibley LM, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts JA. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth* 2000;27(2):97-101.
21. 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(3):370-85.
22. Ross LE, Sellers EM, Gilbert-Evans SE, Romach MK. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiat Scand* 2004;109(6):457-66.
23. Elsenbruch S, Benson S, Rucke 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(3):869-77.
24. 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(1):134-40.
25. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008;45(3):85-91.
26. Li D, Liu L, Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Hum Reprod* 2009;24(1):146-53.