

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİLİM DALI

**GEBELİK DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN RUH
SAĞLIĞININ YORDAYICILARI OLARAK DİSTRES VE
KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Makbule UYSAL TEPEBAŞ

İstanbul

Haziran-2019

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİLİM DALI

GEBELİK DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN RUH SAĞLIĞININ
YORDAYICILARI OLARAK DİSTRES VE KAYGI
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Makbule UYSAL TEPEBAŞ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ

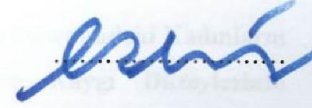
İstanbul

Haziran - 2019

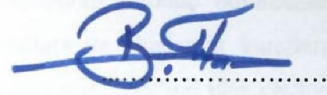
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

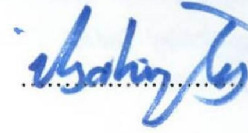
Danışman Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ



Üye Dr. Öğr. Üyesi Besra TAŞ



Üye Dr. Öğr. Üyesi İbrahim TAŞ



Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.



Prof. Dr. Ömer ÇAHA

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlamış olduğum “**Gebelik Dönemindeki Kadınların Ruh Sağlığının Yordayıcıları Olarak Distres ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi**” adlı çalışmamı tez konumun belirlenmesinden sonuç bölümünün oluşmasına kadar her aşamasında bilimsel etik kurallara ve akademik kurallara özenle uyarak tamamladığımı, çalışma kapsamında kullanmış olduğum tüm verileri bilimsel ahlak ve gelenekler çerçevesinde ulaştığımı, Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün hazırlamış olduğu tez yazım klavuzuna uygun olarak tamamladığımı, hazırlamış olduğum bu çalışmamda kullandığım tüm kaynakları özenle gösterdiğimi ve kaynakça bölümünde de yer verdiğimi beyan ederim.



Makbule UYSAL TEPEBAŞ

ÖNSÖZ

Gebelik dönemi neslin devamı niteliğinde olup kadınların anne rolüne geçtiği bir dönemdir. Gebelik bir kadının hayatında fiziksel, biyolojik değişimlerin yaşandığı ve ruhsal hayatına etki eden bir süreci kapsamaktadır. Önceleri gebelik dönemi psikolojik iyi olma hali olarak değerlendirilirken günümüzde bu görüş artık geçerli olmamakta gebeliğin kadın hayatında stres yaratan, kaygıya neden olan, endişe ve korku gibi duyguların yaşamasına neden olan bir dönem olduğu görüşüne geçilmiştir. Bu nedenle yapılan çalışmada gebelik dönemindeki kadınların distres ve kaygı düzeyleri ile ruh sağlığı arasında ilişki değerlendirilmiştir.

Yüksek lisans tezi olarak yaptığım bu çalışmada her zaman pozitif kişiliğiyle bana destek olan, beni yönlendiren, değerli zamanını ve bilgisini benimle paylaşan, hiçbir zaman ilgisini ve desteğini esirgemeyen, kendisiyle bu çalışmayı tamamlamaktan onur ve mutluluk duymamı sağlayan değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ'e teşekkürlerimi borç bilirim.

Tez konumun belirlenmesi sürecinde bana ışık tutan, iyi ki de bu konu üzerinde çalışmamı yaptım dememe ve tezimin başından sonuna kadar her aşamasında sürekli heyecan duymama vesile olan değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Besra TAŞ'a ilgisinden dolayı teşekkür ederim.

Yıllarca keşke PDR bölümünü okusaydım deyip de hayalini kurduğum bu bölümü okumam için sosyal bilimler enstitüsüne kaydımın yapılmasına vesile olan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Mustafa Yüksel ERDOĞDU'ya yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

PDR Yüksek Lisans ders dönemi boyunca değerli bilgilerinin bende kalıcı bilgi olmasına vesile olan değerli hocalarıma ve araştırma sürecinde uyguladığım ölçekleri içtenlikle doldurup çalışmama destek olan değerli katılımcılara içtenlikle teşekkür ederim.

Tez çalışmamın en kritik döneminde sihirli dokunuşuyla çalışmama tavsiyelerde bulunup tez tamamlama sürecimin hızlanmasına önemli katkı sağlayan, bilgisiyle beni yönlendiren ve ilgisiyle her zaman bana destek olan değerli hocam Sayın Öğretim Görevlisi Can AVCI'ya tüm desteklerinden dolayı sonsuz teşekkür ederim.

Tez çalışması ve öğrencilik hayatım boyunca bana ve aileme her zaman destek olan ilgisini ve anlayışını esirgemeyen değerli eşim Cengiz TEPEBAŞ'a ve henüz 5 yaşında olmasına rağmen her zaman anlayış gösterip beni destekleyen sevgili kızım Cansın Ela'ya teşekkürlerimi borç bilirim.

Makbule UYSAL TEPEBAŞ

İstanbul- 2019

ÖZET
GEBELİK DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN RUH SAĞLIĞININ
YORDAYICILARI OLARAK DİSTRES VE KAYGI
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Makbule UYSAL TEPEBAŞ

Yüksek Lisans, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ

Haziran, 2019- 251 Sayfa

Bu çalışmada gebelik dönemindeki kadınların distres ve kaygı düzeyleri ile ruh sağlığı arasındaki ilişki incelenmiş ve “Gebelik dönemindeki kadınların distres ve kaygı düzeyleri ruh sağlığını etkilemekte midir?” Sorusuna cevap aranmıştır.

Çalışmada ruh sağlığı bağımlı değişken, distres düzeyi ve kaygı düzeyi bağımsız değişkendir. Ayrıca çalışmaya katılan örneklemin demografik özellikleri “yaş, eğitim durumu, meslek, algıladığı ekonomik durum” ve “gebelik sayısı, daha önce düşük yapma durumu, yaşayan kaç çocuğu olduğu, gebelik türü, gebelik haftası, gebelik dönemi ve daha önce ruh sağlığı problemi geçirme durumu” gebeliğe özgü nitelikler olarak değerlendirilmektedir bunlar çalışmanın bağımsız değişkenleri olmaktadır.

Çalışmanın örneklem grubu 2018- 2019 yılları içerisinde İstanbul Bahçelievler bölgesinde özel hastanelere başvuru yapan 12 hafta ve üzerindeki gebe kadınlardan oluşmaktadır. Örneklem grubu olarak 329 gebelik dönemindeki kadın alınmıştır ancak gebelik haftası uymayan ve gebeliğe özgü bilgilerini doldurmamayan 25 kişinin formu değerlendirilmeye alınmamış olup 304 kişinin bilgileri doğrultusunda analiz yapılmıştır.

Çalışmada gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı, “Ruh Sağlığı Sürekliliği Ölçek Formu” ile Distres düzeyi “Tilburg Gebelikte Distres Ölçek Formu” ile Kaygı düzeyi ise “Sürekli Kaygı Envanteri” kullanılarak ölçülmüştür.

Ruh sağlığı ile distres puanları arasındaki ilişki ve ruh sağlığı ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi analiz etmek için Pearson Momentler arpım Korelasyon analiz tekniği; distres düzeyinin ruh sağlığına etkisini ve kaygı düzeyinin ruh sağlığına etkisini analiz etmek için Linear Regresyon analiz tekniği kullanılmıştır. Ruh sağlığı puan ortalamalarının yaş, eğitim durumu, meslek, algıladığı ekonomik durum, gebelik sayısı, yaşayan kaç çocuğu olduğu, gebelik türü değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı One Way Anova analiz tekniği ile kontrol edilmiştir ve farklılaşmanın olduğu durumlarda farklılaşmanın kaynağını bulmak amacıyla Tukey testi ve homojen olmayan varyansların dağılımları için Games-Howell Testi kullanılmıştır. Ruh sağlığı puan ortalamalarının daha önce düşük yapma durumu, daha önce ruh sağlığı problemi geçirme durumu ve gebelik haftası, gebelik dönemi gruplarının ortalamaları arasındaki farkın önem kontrolü için t- testi kullanılmıştır. Çalışma verilerin analizi SPSS 23.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Yapılan çalışmada gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı ile distres düzeyi ve distres düzeyinin alt boyutları arasında ($p < .01$ düzeyinde $p = .00$) negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ruh sağlığı ile kaygı düzeyleri ve olumsuz duygular alt boyutu arasında ($p < .01$ düzeyinde $p = .00$) negatif yönlü anlamlı ilişki ve olumlu duygular alt boyutu arasında ($p < .01$ düzeyinde $p = .00$) pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Gebelik dönemindeki kadınların distres düzeyi ve distres düzeyinin alt boyutları ruh sağlığını ($p < .05$ düzeyinde $p = .00$) anlamlı şekilde etkilemektedir. Gebelik dönemindeki kadınların kaygı düzeyleri ve kaygı düzeyinin alt boyutları ruh sağlığını ($p < .05$ düzeyinde $p = .00$) anlamlı şekilde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Ruh Sağlığı, Distres, Kaygı, Depresyon.

ABSTRACT
EXAMINING OF DISTRESS AND ANXIETY LEVELS OF
WOMEN IN PREGNANCY PERIOD AS EFFECTORS OF
MENTAL HEALTH

Makbule UYSAL TEPEBAŞ

Master, Guidance and Psychological Counselling

Thesis Advisor: Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ

June – 2019, 251 Pages

In this study the relationship between distress and anxiety levels of women during pregnancy and mental health is examined and the distress and anxiety levels of women during pregnancy affect mental health.

Question has been sought in the study mental health dependent variable distress level and anxiety levels were independent. In addition demographic characteristics age educational status perceived economic situation and number of pregnancies previous miscarriage status number of living children gestational age gestational and previous mental health problem pregnancy specific characteristics is and dependent variable of study. In the study mental health dependent variable distress level and anxiety level were independent in addition demographic characteristics age educational status, job, perceived economic situation and number of pregnancies previous miscarriage status number of living children gestational age and previous mental health problem pregnancy specific is an independent variable of study.

Mental Health Time Scale Form and distress level in Pregnancy with Distress Scale Form in Pregnancy and Trait Anxiety inventory were used in the study.

The relationship between mental health and distress scores and Pearson Moments Multiplication Correlation analysis technique to analyze the relationship between

mental health and anxiety levels the affect distress level on mental health and mental health Linear Regression analysis technique was used to analyze the effect One Way Anova analysis technique was used to determine whether mental health point averages differed significantly in terms of age educational status perceived economics status number of pregnancies gestational type gestational week gestational age and Tukey test and Games-Howell test. The T-Test was used to check the significance of the difference between the mean of the previous mental scores and the mean of the previous mental health problem groups. The study data was done by using SPSS 23.0 Statistical package program.

In the study there is a significant negative correlation between the sub- dimension of mental health and distress level and distress level of the women in gestation period ($p = .00$ at the level of $p < .01$). There is a significant positive correlation between mental health and anxiety levels and negative emotions sub-dimension ($p = .00$ at the level of $p < .01$) between positive and negative emotion sub- dimension.

The distress level and distress level of the women during gestation significantly affect the mental health ($p = .00$ at the level of $p < .05$). The levels of anxiety and level of anxiety in women during pregnancy have a significant affect on mental health ($p = .00$ at the level of $p < .05$).

Keywords: Pregnancy, Mental Health, Distress, Anxiety, Stress and Depression.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	I
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	II
ÖNSÖZ.....	III
ÖZET	V
ABSTRACT	VII
İÇİNDEKİLER	IX
TABLolar LİSTESİ.....	XIII
KISALTMALAR.....	XXII

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1 Problem	3
1.2 Amaç	4
1.3 Araştırmanın Önemi	15
1.4 Varsayım	16
1.5 Sınırlılıklar	17
1.6 Tanımlar	17

İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI	19
2.1. Ruh Sağlığı	19
2.2. Ruhsal Bozukluklar.....	21
2.2.1. Anksiyete Bozuklukları.....	21
2.2.1.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	22
2.2.1.2. Panik Bozukluğu	23
2.2.1.3. Fobik Bozukluklar.....	23
2.2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk	25
2.2.1.5. Post Travmatik Stres Bozukluğu.....	26

2.2.2. Somatoform Bozukluklar	27
2.2.2.1.Somatizasyon Bozukluğu.....	28
2.2.2.2. Konversiyon Bozukluğu (Histerik Nevroz)	28
2.2.2.3.Hipokondriasis Bozukluğu (Hastalık Hastalığı).....	29
2.2.3. Dissosiyatif Bozukluklar.....	30
2.2.3.1. Psikojenik Ağrı Bozukluğu	30
2.2.3.2. Psikojenik Fug (Psikonejik Kaçış)	31
2.2.3.3. Psikojenik Amnezi(Dissosiyatif Amnezi).....	31
2.2.3.4. Çoğul Kişilik	31
2.2.3.5. Depersonalizasyon.....	32
2.2.4. Afektif Bozukluklar (Duygu Durum Bozuklukları).....	32
2.2.4.1. Major Depresyon (Depresif Bozukluk).....	32
2.2.4.2. Manik Depresif (Bipolar Bozukluk).....	33
2.2.5. Psikotik Bozukluklar.....	34
2.2.5.1.Şizofrenik Bozukluklar.....	34
2.2.5.2.Paranoid (Hezeyanlı) Bozukluklar.....	35
2.2.5.3. Kısa Reaktif Bozukluklar.....	35
2.2.6. Kişilik Bozuklukları.....	36
2.2.6.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu.....	37
2.2.6.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu.....	37
2.2.6.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu.....	38
2.2.6.4. Borderline (Sınır) Kişilik Bozukluğu.....	39
2.2.6.5. Narsistik Kişilik Bozukluğu.....	39
2.2.6.6. Antisosyal (Psikopat) Kişilik Bozukluğu.....	40
2.2.6.7. Histrionik Kişilik Bozukluğu.....	41
2.2.6.8.Bağımlı Kişilik Bozukluğu.....	42
2.2.6.9.Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu.....	42
2.2.6.10. Kaçınan (Çekingen) Kişilik Bozukluğu.....	43
2.2.7. Cinsel Davranış Sapmaları (Parafililer).....	44
2.2.7.1. Göstermecilik (Eksibisyonizm).....	44
2.2.7.2. Gözetlemecilik (Voyerizm).....	45
2.2.7.3. Fetişizm.....	45
2.2.7.4. Pedofili.....	45
2.2.7.5. Transvestizm	46

2.2.7.6. Sadizm ve Mazoşizm	46
2.2.8. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	47
2.2.9. Psikoaktif Madde Bağımlılıkları.....	49
2.2.9.1. Alkol Bağımlılığı.....	50
2.2.9.2. Madde Bağımlılığı.....	51
2.2.10. Organik Ruhsal Bozukluklar	52
2.2.10.1. Deliryum	52
2.2.10.2. Demans	53
2.2.11. Yeme Bozuklukları	55
2.2.11.1. Anoreksiya Nevroza.....	55
2.2.11.2. Bulimia Nevroza.....	56
2.3. Stres ve Distres	57
2.4. Kaygı	59
2.5. Gebelik	61
2.5.1. Gebelikte Ruh Sağlığı.....	63
2.5.2. Gebelikte Stres ve Distres.....	65
2.5.3. Gebelikte Kaygı.....	67
2.5.4. Gebelikte Depresyon.....	69
2.6. Türkiye’de Yapılan Benzer Çalışmalar	71
2.7. Dünyada Yapılan Benzer Çalışmalar.....	74

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	76
3.1. Araştırmanın Modeli.....	76
3.2. Evren ve Örneklem	76
3.3. Veri Toplama Araçları	77
3.1.1. Kişisel Bilgi Formu.....	77
3.1.2. Tilburtg Gebelikte Distres Ölçeği	81
3.1.3. Sürekli Kaygı Envanteri	81
3.1.4. Ruh Sağlığı Ölçeği.....	82
3.4. Verilerin Toplanması	83
3.5. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması.....	83

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULAR.....	86
4.1. Demografik Bilgiler	86
4.2. Gebelik Dönemindeki Kadınların Ruh Sağlığının Yordayıcıları Olarak Distres Ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi	88
4.2.1. Ruh Sağlığı ve Distres Düzeyi İle İlgili Bulgular	89
4.2.2. Ruh Sağlığı ve Kaygı Düzeyi İle İlgili Bulgular	93
4.2.3. Distres Düzeyi ile Ruh Sağlığının Yordanması İle İlgili Bulgular	98
4.2.4. Kaygı Düzeyi ile Ruh Sağlığının Yordanması İle İlgili Bulgular	100
4.2.5. Gebelik Dönemindeki Kadınların Demografik Özellikleri ve Ruh Sağlığı İle İlgili Bulgular	103
4.2.6. Gebelik Dönemindeki Kadınların Gebeliğe Özgü Nitelikler ve Ruh Sağlığı İle İlgili Bulgular	128

BEŞİNCİ BÖLÜM

DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA	175
5.1.Genel Değerlendirme ve Tartışma	175
5.2.Araştırmanın Anlattıkları	179

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ	183
--------------------	------------

KAYNAKÇA.....	203
----------------------	------------

EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Anketi	221
EK 2. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği	222
EK 3. Sürekli Kaygı Envanteri	223
EK 4. Ruh Sağlığı Sürekliliği Ölçeği	224
ÖZGEÇMİŞ	225

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.1: Gebelik Dönemindeki Kadınların Demografik Bilgileri Frekans ve Yüzde Değerleri	86
Tablo 4.1.2: Gebelik Dönemindeki Kadınların Gebeliğe Özgü Niteliklerine Yönelik Frekans ve Yüzde Değerleri	87
Tablo 4.2.1.1: Ruh Sağlığı Toplam Puanı İle Distres Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi	90
Tablo 4.2.1.2: Duygusal İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Distres Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi	91
Tablo 4.2.1.3: Sosyal İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Distres Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi	92
Tablo 4.2.1.4: Psikolojik İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Distres Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi	93
Tablo 4.2.2.1: Ruh Sağlığı Toplam Puanı İle Kaygı Düzeyi Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi	94
Tablo 4.2.2.2: Duygusal İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Kaygı Düzeyi Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi	95
Tablo 4.2.2.3: Sosyal İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Kaygı Düzeyi Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi	96
Tablo 4.2.2.4: Psikolojik İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Kaygı Düzeyi Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi	97
Tablo 4.2.3.1: Distres Düzeyinin Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi	98
Tablo 4.2.3.2: Distres Düzeyinin B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi	98
Tablo 4.2.3.3: Olumsuz Duygulanım Alt Boyutunun Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi	99
Tablo 4.2.3.4: Olumsuz Duygulanım Alt Boyutunun B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi	99
Tablo 4.2.3.5: Eş Katılımı Alt Boyutunun Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi	100

Tablo 4.2.3.6: Eş Katılımı Alt Boyutunun B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi	100
Tablo 4.2.4.1: Kaygı Düzeyinin Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi	101
Tablo 4.2.4.2: Kaygı Düzeyinin B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi	101
Tablo 4.2.4.3: Olumsuz Duygular Alt Boyutunun Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi	102
Tablo 4.2.4.4: Olumsuz Duygular Alt Boyutunun B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi	102
Tablo 4.2.4.5: Olumlu Duygular Alt Boyutunun Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi..	103
Tablo 4.2.4.6: Olumlu Duygular Alt Boyutunun B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi	103
Tablo 4.2.5.1: Yaş Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	104
Tablo 4.2.5.2: Yaş Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	105
Tablo 4.2.5.3: Yaş Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	105
Tablo 4.2.5.4: Yaş Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	106
Tablo 4.2.5.5: Yaş Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	106
Tablo 4.2.5.6: Yaş Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	107
Tablo 4.2.5.7: Yaş Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	107
Tablo 4.2.5.8: Yaş Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	108
Tablo 4.2.5.9: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	108
Tablo 4.2.5.10: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	109

Tablo 4.2.5.11: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutu Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	109
Tablo 4.2.5.12: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları	110
Tablo 4.2.5.13: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutu Homojenlik Testi	110
Tablo 4.2.5.14: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutu Games-Howell Testi	111
Tablo 4.2.5.15: Eğitim Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Alt Boyutuna Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	111
Tablo 4.2.5.16: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları	112
Tablo 4.2.5.17: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Alt Boyutuna Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	112
Tablo 4.2.5.18: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları	113
Tablo 4.2.5.19: Meslek Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	113
Tablo 4.2.5.20: Meslek Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	114
Tablo 4.2.5.21: Meslek Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Homojenlik Testi	114
Tablo 4.2.5.22: Meslek Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Games-Howell Testi	115
Tablo 4.2.5.23: Meslek Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Puanlarına Göre Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	115
Tablo 4.2.5.24: Meslek Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları	116
Tablo 4.2.5.25: Meslek Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Homojenlik Testi...	116
Tablo 4.2.5.26: Meslek Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Games-Howell Testi	117
Tablo 4.2.5.27: Meslek Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Puanlarına Göre Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	117
Tablo 4.2.5.28: Meslek Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları	118

Tablo 4.2.5.29: Meslek Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Puanlarına Göre Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	118
Tablo 4.2.5.30: Meslek Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları	119
Tablo 4.2.5.31: Meslek Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Homojenlik Testi..	119
Tablo 4.2.5.32: Meslek Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Games-Howell Testi.....	120
Tablo 4.2.5.33: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	120
Tablo 4.2.5.34: Gebelik Dönemindeki Kadınların Algıladığı Ekonomik Duruma Göre Ruh Sağlığına İlişkin Varyans Analizi Bulguları	121
Tablo 4.2.5.35: Gebelik Dönemindeki Kadınların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Homojenlik Testi	121
Tablo 4.2.5.36. Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Ruh Sağlığının Tukey Testi	122
Tablo 4.2.5.37: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Duygusal İyi Olma Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	123
Tablo 4.2.5.38: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Duruma Göre Duygusal İyi Olma İlişkin Varyans Analizi Bulguları	123
Tablo 4.2.5.39: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Homojenlik Testi	123
Tablo 4.2.5.40: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Tukey Testi	124
Tablo 4.2.5.41: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Sosyal İyi Olma Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	125
Tablo 4.2.5.42: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Duruma Göre Sosyal İyi Olmaya İlişkin Varyans Analizi Bulguları	125
Tablo 4.2.5.43: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Homojenlik Testi	125
Tablo 4.2.5.44: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Tukey Testi	126
Tablo 4.2.5.45: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olmaya Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	127

Tablo 4.2.5.46: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Duruma Göre Psikolojik İyi Olma İlişkin Varyans Analizi Bulguları	127
Tablo 4.2.5.47: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Homojenlik Testi	127
Tablo 4.2.5.48: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Tukey Testi	128
Tablo 4.2.6.1: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	129
Tablo 4.2.6.2: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Ruh Sağlığına İlişkin Varyans Analizi Bulguları	130
Tablo 4.2.6.3: Katılımcıların Gebelik Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Homojenlik Testi	131
Tablo 4.2.6.4: Katılımcıların Gebelik Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Tukey Testi	131
Tablo 4.2.6.5: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	131
Tablo 4.2.6.6: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	132
Tablo 4.2.6.7: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Duygusal İyi Olma Homojenlik Testi	132
Tablo 4.2.6.8: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Games-Howell Testi	133
Tablo 4.2.6.9: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	133
Tablo 4.2.6.10: Katılımcıların Gebelik sayısına Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	134
Tablo 4.2.6.11: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	134
Tablo 4.2.6.12: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	135
Tablo 4.2.6.13: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Psikolojik İyi Olma Homojenlik Testi	135
Tablo 4.2.6.14: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Tukey Testi	136

Tablo 4.2.6.15: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	136
Tablo 4.2.6.16: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait T Testi Analizi	137
Tablo 4.2.6.17: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	138
Tablo 4.2.6.18: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi	138
Tablo 4.2.6.19: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	139
Tablo 4.2.6.20: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi	139
Tablo 4.2.6.21: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	140
Tablo 4.2.6.22: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi	140
Tablo 4.2.6.23: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	141
Tablo 4.2.6.24: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	141
Tablo 4.2.6.25: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Homojenlik Testi	142
Tablo 4.2.6.26: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Games Howell Testi	142
Tablo 4.2.6.27: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	143
Tablo 4.2.6.28: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	143
Tablo 4.2.6.29: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Homojenlik Testi	144
Tablo 4.2.6.30: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Games Howell Testi	144
Tablo 4.2.6.31: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	145

Tablo 4.2.6.32: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	145
Tablo 4.2.6.33: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	146
Tablo 4.2.6.34: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	146
Tablo 4.2.6.35: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Homojenlik Testi	147
Tablo 4.2.6.36: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Games Howell Testi	147
Tablo 4.2.6.37: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	148
Tablo 4.2.6.38: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	148
Tablo 4.2.6.39: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Homojenlik Testi	149
Tablo 4.2.6.40: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Games-Howell Testi	149
Tablo 4.2.6.41: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	150
Tablo 4.2.6.42: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	150
Tablo 4.2.6.43: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Homojenlik Testi	150
Tablo 4.2.6.44: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Tukey Testi	151
Tablo 4.2.6.45: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	152
Tablo 4.2.6.46: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	152
Tablo 4.2.6.47: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	153
Tablo 4.2.6.48: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	153

Tablo 4.2.6.49: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Homojenlik Testi	153
Tablo 4.2.6.50: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Games Howell Testi	154
Tablo 4.2.6.51: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	155
Tablo 4.2.6.52: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	156
Tablo 4.2.6.53: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Homojenlik Testi	156
Tablo 4.2.6.54: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Tukey Testi	157
Tablo 4.2.6.55: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	158
Tablo 4.2.6.56: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	159
Tablo 4.2.6.57: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Homojenlik Testi	159
Tablo 4.2.6.58: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Games-Howell Testi	160
Tablo 4.2.6.59: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	161
Tablo 4.2.6.60: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	162
Tablo 4.2.6.61: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Sosyal İyi Olma Sağlığı Homojenlik Testi	162
Tablo 4.2.6.62: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Tukey Testi	163
Tablo 4.2.6.63: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	164
Tablo 4.2.6.64: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları	165
Tablo 4.2.6.65: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	165

Tablo 4.2.6.66: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Ait T Testi Analizi	166
Tablo 4.2.6.67: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	166
Tablo 4.2.6.68: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi	167
Tablo 4.2.6.69: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	168
Tablo 4.2.6.70: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi	168
Tablo 4.2.6.71: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	169
Tablo 4.2.6.72: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi	169
Tablo 4.2.6.73: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	170
Tablo 4.2.6.74: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait T Testi Analizi	170
Tablo 4.2.6.75: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	171
Tablo 4.2.6.76: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Ait T Testi Analizi	172
Tablo 4.2.6.77: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	172
Tablo 4.2.6.78: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Ait T Testi Analizi	173
Tablo 4.2.6.79: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri	174
Tablo 4.2.6.80: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Ait T Testi Analizi	174

KISALTMALAR

(Alfabetik sıraya göre dizim sağlanmıştır)

AKT:	Aktaran
CETAD:	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
ÇEV.:	Çeviren
DSM:	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
ED.:	Editör
ICD-10:	International Classification of Diseases- Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PTSB:	Post Travmatik Stres bozukluğu
RSSÖ:	Ruh Sağlığı Sürekliliği Ölçeği
SB:	Sağlık Bakanlığı
SKE:	Sürekli Kaygı Envanteri
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TGSÖ:	Tilburg Gebelikte Stres Ölçeği
TPD:	Türk Psikiyatri Derneği
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
YAB:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
SPSS:	Statistic Packets For Social Sciencens – Sosyal Araştırmalar İstatiksel Program Paketi

VD.: Ve Diğerleri



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Her canlı kendinden önceki bir canlının devamı niteliğindedir ve her cins devamlılığını üreme fonksiyonu ile sürdürmektir bu da gebelik yoluyla gerçekleşmektedir (Er, 2006: 7). İnsanoğlunda gebelik yumurta ile spermın anne rahmine doğumdan yaklaşık 266 gün önce birleşmesiyle başlayan bir süreçtir (Çelik, 2015: 53). Diğer bir deyişle 9 ay 10 günlük bir süreci kapsamaktadır ve bu dönem kadınların hayatında en önemli olaylardan biri olmaktadır (Kitapçioğlu, vd., 2008: 47). Çünkü gebelik döneminin tamamlanmasıyla birlikte kadın “anne” ya da “ebeveyn” olma rolüne geçecektir. Aynı zamanda bu dönemde kadınların hem biyolojik hem de psikolojik değişimleri bir arada yaşadığı dönemi kapsamaktadır (A.g.e.). Bu özelliğiyle gebelik dönemi kadınların ruh sağlığını etkileyebilmekte, strese ve kaygıya neden olabilmektedir (Çapık, 2013: 1). Özcan (1993) de belirttiği gibi kadınların ruhsal dünyası gebelik dönemini etkilediği gibi gebeliğin kendine özgü özellikleri de kadını ruhsal ve duygusal yönden yaşantısına etki etmektedir (Akt. Kuğu ve Akyüz, 2001: 62).

Vırit ve arkadaşlarının (2013) yılında yaptığı çalışmada önceki zamanlarda gebelik döneminin psikiyatrik rahatsızlıklar için koruyucu bir dönem olarak algılandığını artık günümüzde ise stresli, endişeli, kaygılı bir bekleyiş, kişinin kendisinde aşırı bir yüklenme olması gibi ruhsal duyguların yoğun yaşandığı bir süreç olarak görüldüğünü belirtmektedir (Akt. Çapık, 2013: 1). Yaşanan bu ruhsal problemler gebelik dönemi sürecinde kadınlarda çelişki içinde olma, içe dönük olma, belirsizlik yaşama, duygusal olma, pasif bir kişiliğe sahip olma kaygı ve korku gibi psikolojik değişikliklerle de ortaya çıkabilmektedir (Sertbaş, 1998: 17).

Speilberger (1972), kaygı; stres yaratan, üzüntüye neden olan, gerginlik gibi kişiyi rahatsız eden duygusal, başkaları tarafından gözlemlenebilen tepkiler olarak tanımlanmakta (Akt. Büyüköztürk, 1997: 453) ve kadınlarda gebelik döneminde ve

doğum sürecinde korku yaşamalarına neden olması gibi olumsuz etkileyebilmektedir (Kitapçioğlu, vd., 2008: 47). Sertbaş (1998) tarafından yapılan gebelikle ilgili araştırmada özellikle de doğum ve doğum sonrasında kaygının olumsuz etkilediği bilgileri verilmektedir (Akt. Kaplan, vd., 2007: 114). Kadınlarda doğum sırasında hayatını kaybetmek gibi korku oluşmakta ve ölüm korkusuna ilişkin kaygı gebelik döneminde başlamaktadır (Kitapçioğlu, vd., 2008: 47). Er (2006: 7-8) yaptığı çalışmaya göre; “Dünya’da her bir dakikada 380 kadın gebe kalmaktadır” ve “Dünya’da her gün en az 1600 kadın gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir” şeklinde belirtmiştir. Bu bilgiye ek olarak Dünya Sağlık Örgütü’nün 2014 verilerine göre dünyada her yıl 289.000 anne ölümü gerçekleşmektedir (Akt. Padir, 2015: www.phd.org.tr).

Yukarıda gebelik ve doğumla ilgili belirtilen ölüm sayıları anne adaylarında kaygı ve korku oluşmasına zemin hazırlayabilmekte ve gündelik hayatlarını, gebelik süreçlerini etkileyebilmektedir. Yıldız’ın (2011) yaptığı “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme” çalışmasında;

Gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak derecede fazladır. Bu nedenle gebelik kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir.

(Yıldız, 2011: 64) şeklinde gebelikte oluşabilecek riskleri belirtmektedir.

Gebelik dönemindeki kadınlar bir taraftan sağlıklı bir şekilde hayatta kalma endişesi yaşayabilmekteyken diğer taraftan da doğumu başarı ile gerçekleştirme, sağlıklı bir bebek dünyaya getirebilme, bebeğine sütünün yetmesi, annelik rolünü gerçekleştirebilme, iyi bir ebeveyn olabilme gibi düşünceler yaşamaktadır. Bu gibi durumlar anne adaylarında strese ve kaygıya neden olabilmektedir. Yaşanılan kaygılı gebelik sürecinde kadınların günlük yaşama ayak uydurabilmeleri çevresiyle ve kendisiyle uyum problemi yaşamamaları ve ruh sağlığı sürekliliğini koruyabilmeleri açısından önem taşımaktadır. Diğer taraftan gebelik döneminde annenin ruh sağlığının yerinde olması ya da stres, kaygı ve depresyon yaşama durumları dünyaya gelecek bebeğin erken dönemde doğmasına neden olabileceği gibi gebelik döneminde ruhsal bozukluk yaşayan kadınların çocuklarında ileriki dönemlerde ruh sağlığı ile ilgili problem yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu

nedenle gelecek nesillerin sağlıklı olması açısından gebelik döneminde oluşabilecek kaygı, stres ve depresyonun erken teşhis edilmesi ve uygun tedavinin yapılması hem bebeğin erken doğum riskini azaltacaktır hem de gelecek nesillerin ruh sağlığı bozukluğu ile dünyaya gelmesi engellenecektir.

Bu çalışma ile topluma hizmet vermesi açısından ve anne-baba adaylarına, gebelik alanında hizmet veren sağlık kurumlarına, sağlık çalışanlarına, psikoloji alanında görev yapan sağlık çalışanlarına ve benzer alanda çalışma yapacak bilim insanları açısından önem taşımaktadır.

Diğer bir taraftan gebelik dönemini sadece 9 ay 10 gün şeklinde bir bütün olarak değerlendirilmesinin gebelik süreci hakkında tam bilgi verip vermeyeceği tartışılabilir bir konudur. Gebelik 3 aylık periyodlarla 3 dönemden oluşan ve toplamda 38-40 haftalık süreci kapsayan bir dönemdir. Genel olarak yapılan çalışmalara baktığımızda gebeliğin son dönemlerine yönelik yapılan çalışmaların fazla olduğunu ve trimesterlere göre gebeliğin değerlendirildiğini ya da gebeliği bir bütün olarak değerlendirildiği görülmektedir. Bu çalışma diğer çalışmalardan farklı olarak gebelik dönemine göre ruh sağlığı değerlendirildiği gibi aynı zamanda gebelik haftası kriterine göre de ruh sağlığı ele alınmaktadır.

Ayrıca bu çalışma önceki çalışmalardan farklı olarak gebelik dönemindeki kadınların distres ve kaygı düzeyleri ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi ve distres-kaygı düzeylerinin ruh sağlığına etkisi açısından değerlendirilmektedir.

Çalışmamızın bu bölümünde araştırmanın problemi, amacı, önemi, varsayımlar, sınırlılıklar ve araştırma konusu kapsamındaki tanımlara yer verilmektedir.

1.1. Problem

Çalışmada gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı ile distres ve kaygı düzeyleri arasında ilişki durumları incelenmekte ve gebelik dönemindeki kadınların distres ve kaygı düzeyleri ruh sağlığını anlamlı bir şekilde yordamakta mıdır? sorusuna cevap aranmaktadır.

Çalışmada Ruh Sağlığı durumu “Ruh Sağlığı Sürekliliği” ölçeği kullanılarak incelenmektedir. Ruh sağlığı 3 alt boyut ile değerlendirilmektedir: ilk olarak

“duygusal iyi olma”, ikinci olarak “sosyal iyi olma” ve üçüncü olarak “psikolojik iyi olma” alt boyutlarıyla incelenmektedir.

Çalışmada distres düzeyi ise “Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği” kullanılarak değerlendirilmekte ve distres düzeyi; “olumsuz duygulanım” ve “eş katılımı” olarak iki alt boyutuyla değerlendirilmektedir.

Çalışmada kaygı düzeyi ise “Sürekli Kaygı Envanteri” kullanılarak incelenmekte ve kaygı düzeyi; “olumsuz duygular” ve “olumlu duygular” alt boyutlarıyla değerlendirilmektedir.

Yapılan çalışmada gebelik dönemindeki kadınların “yaş”, “eğitim”, “meslek” ve “algıladıkları ekonomik durum” değişkenleri demografik özellikleri olarak değerlendirilmektedir. Gebelik dönemindeki kadınların “gebelik sayısı”, “daha önce düşük yapma durumu”, “yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu)”, “gebelik türü”, “gebelik haftası”, “gebelik dönemi” ve “daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu” değişkenleri ise gebeliğe özgü nitelikler olarak ele alınmaktadır.

1.2. Amaç

Gebelik dönemindeki kadınların distres ve kaygı düzeyleri ile ruh sağlığı ilişkisinin belirlenmesi, distres ve kaygı düzeyinin ruh sağlığının yordayıcıları olarak incelenmesi bu çalışmanın genel amacını oluşturmaktadır. Bu genel amaç doğrultusunda çalışma 6 alt amaç başlığı ile ele alınmakta ve bu bağlamda aşağıdaki sorulara cevap aranmaktadır.

Alt Amaçlar:

A. Ruh Sağlığı ve Distres Düzeyi İle İlgili Olarak;

1.1. Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı ile Distres Düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?

1.2. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan duygusal iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?

1.3. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan sosyal iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?

1.4. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan psikolojik iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?

B. Ruh Sağlığı ve Kaygı Düzeyi İle İlgili Olarak;

2.1. Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı ile Kaygı Düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?

2.2. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan duygusal iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?

2.3. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan sosyal iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?

2.4. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan psikolojik iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?

C. Distres Düzeyi ile Ruh Sağlığının Yordanması İle İlgili Olarak;

3.1. Gebelik dönemindeki kadınların distres düzeyi ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemekte midir?

3.2. Gebelik dönemindeki kadınların olumsuz duygulanım alt boyutu ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemekte midir?

3.3. Gebelik dönemindeki kadınların eş katılımı alt boyutu ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemekte midir?

D. Kaygı Düzeyi ile Ruh Sağlığının Yordanması İle İlgili Olarak;

4.1. Gebelik dönemindeki kadınların kaygı düzeyi ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemekte midir?

4.2. Gebelik dönemindeki kadınların olumsuz duygular alt boyutu ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemekte midir?

4.3. Gebelik dönemindeki kadınların olumlu duygular alt boyutu ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemekte midir?

E. Gebelik Dönemindeki Kadınların Demografik Özellikleri ve Ruh Sağlığı İle İlgili Olarak;

5.0. Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı toplam puan ortalamaları ile Duygusal İyi Olma, Sosyal İyi Olma ve Psikolojik İyi Olma alt boyutu puan ortalamaları yaş, eğitim durumu, meslek ve algıladığı ekonomik durum değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır? Bu bölümün temel amacı olmaktadır bu bağlamda 4 alt amaç doğrultusunda toplam 16 amaç bulunmaktadır.

5.1. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.1.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.1.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.1.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.2. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.2.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.2.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.2.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.3. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.3.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.3.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.3.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.4. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.4.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.4.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

5.4.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

F. Gebelik Dönemindeki Kadınların Gebeliğe Özgü Nitelikler ve Ruh Sağlığı İle İlgili Olarak;

6.0 Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı toplam puan ortalamaları ile Duygusal İyi olma, Sosyal İyi Olma ve Psikolojik İyi Olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı, daha önce düşük yapma durumu, yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu), gebelik türü, gebelik haftası, gebelik dönemi ve daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır? Bu bölümün temel amacı olmaktadır bu bağlamda 7 alt amaç doğrultusunda toplam 28 amaç bulunmaktadır.

6.1 Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.1.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.1.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.1.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.2. Daha önce düşük yapmayan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.2.1. Daha önce düşük yapmayan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.2.2. Daha önce düşük yapmayan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.2.3. Daha önce düşük yapmayan kadınların psikolojik iyi olma puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.3. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.3.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.3.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.3.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.4. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.4.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.4.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.4.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.5. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.5.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.5.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.5.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.6. Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.6.1. Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.6.2 Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.6.3 Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.7. Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.7.1. Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.7.2. Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.7.3. Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların psikolojik iyi olma puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

Denenceler

A. Ruh Sağlığı ve Distres Düzeyi İle İlgili Olarak;

1.1. Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı ile Distres Düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

1.2. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan duygusal iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

1.3. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan sosyal iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

1.4. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan psikolojik iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

B. Ruh Sağlığı ve Kaygı Düzeyi İle İlgili Olarak;

2.1. Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı ile Kaygı Düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

2.2. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan duygusal iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

2.3. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan sosyal iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

2.4. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan psikolojik iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

C. Distres Düzeyi ile Ruh Sağlığının Yordanması İle İlgili Olarak;

- 3.1. Gebelik dönemindeki kadınların distres düzeyi ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir.
- 3.2. Gebelik dönemindeki kadınların olumsuz duygulanım alt ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir.
- 3.3. Gebelik dönemindeki kadınların eş katılımı alt boyutu ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir.

D. Kaygı Düzeyi ile Ruh Sağlığının Yordanması İle İlgili Olarak;

- 4.1. Gebelik dönemindeki kadınların kaygı düzeyi ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir.
- 4.2. Gebelik dönemindeki kadınların olumsuz duygular alt boyutu_ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir.
- 4.3. Gebelik dönemindeki kadınların olumlu duygular alt boyutu ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir.

E. Gebelik Dönemindeki Kadınların Demografik Özellikleri ve Ruh Sağlığı İle İlgili Olarak;

5.0. Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı toplam puan ortalamaları ile Duygusal İyi olma, Sosyal İyi Olma ve Psikolojik İyi Olma alt boyutu puan ortalamaları yaş, eğitim durumu, meslek ve algıladığı ekonomik durum değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu bölümün genel denencesi olmaktadır ve bu bağlamda 4 alt denence doğrultusunda toplam 16 denence bulunmaktadır.

5.1. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.1.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.1.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.1.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.2. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.2.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.2.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.2.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.3. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.3.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.3.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.3.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.4. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.4.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.4.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

5.4.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

F. Gebelik Dönemindeki Kadınların Gebeliğe Özgü Nitelikler ve Ruh Sağlığı İle İlgili Olarak;

6.0 Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı toplam puan ortalamaları ile Duygusal İyi olma, Sosyal İyi Olma ve Psikolojik İyi Olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı, daha önce düşük yapma durumu, yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu), gebelik türü, gebelik haftası, gebelik dönemi ve daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu bölümün genel denencesi olmaktadır bu bağlamda 7 alt denence doğrultusunda toplam 28 denence bulunmaktadır.

6.1 Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.1.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.1.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.1.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.2. Daha önce düşük yapmayan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.2.1. Daha önce düşük yapmayan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.2.2. Daha önce düşük yapmayan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.2.3. Daha önce düşük yapmayan kadınların psikolojik iyi olma puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.3. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.3.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.3.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.3.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.4. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.4.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.4.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.4.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.5. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.5.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.5.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.5.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır mıdır?

6.6. Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.6.1. Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6.6.2 Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.6.3 Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.7. Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.7.1. Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.7.2. Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

6.7.3. Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların psikolojik iyi olma puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Gebelik dönemi geçmiş dönemlerde psikolojik olarak iyi olma hali olarak değerlendirilmekteyken bu görüş yapılan birçok çalışma neticesinde geçerliliğini kaybetmiş, kaygı yaratan, strese neden olan ve ruh sağlığına etki eden bir dönem olarak değerlendirilmektedir. Gebelikte yaşanan kaygılı süreç kişinin aile ilişkilerini, sosyal ilişkilerini ve kendisinin zihinsel ve duygusal olarak olumsuz etkilmesi sonucunda ruh sağlığını koruyabilmesi açısından önem taşımaktadır. Aynı zamanda gebelik neslin devamını sağlayan bir özellik olması nedeniyle bir sonraki neslin ruh sağlığının temellerinin anne karnındayken oluşması ve sağlıklı nesil yetiştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenlerden dolayı bu çalışma ile;

gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı ve distres ile ilişkisinin belirlenmesi, gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı ve kaygı durumu ile ilişkisinin belirlenmesi, gebelik dönemindeki kadınların distres ve kaygı düzeylerinin ruh sağlığına etkisinin belirlenmesi, gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı durumunun demografik özelliklerine göre farklılaşım farklılaşımının belirlenmesi, gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı durumunun gebeliğe özgü niteliklere göre farklılaşım farklılaşımının belirlenmesi, gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı durumunun daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumuna göre farklılaşım farklılaşımının belirlenmesi, gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı, distres ve kaygı düzeylerinin gebelik haftalarına göre değerlendirilmesi, gebelik döneminde olan ve gebelik planlayan ailelere gebelikte ruh sağlığı, distres ve kaygı durumları hakkında bilgi vermesi, kadın doğum hastalıkları alanında görev yapan hekim, ebe ve ilgili diğer sağlık personellerine yardımcı olması/ yön vermesi/ bilgilendirmesi ve ilgili konuda benzer araştırma yapacak olan kişilere yön vermesi bakımından önem kazanmaktadır.

1.4. Varsayımlar

Yapılan bu çalışmada bir takım varsayımlardan hareket edilmektedir.

1. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının belirlenmesinde Demirci ve Akın (2015)'ın yaptığı Ruh Sağlığı Sürekliliği Ölçeğinin Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yeterli olduğu,
2. Gebelik dönemindeki kadınların distres düzeyinin belirlenmesinde Çapık ve Pasinoğlu'nun yaptığı Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının (Akt. Çapık, Apay ve Sakar, 2015: 198) yeterli olduğu,
3. Gebelik döneminde kadınların kaygı düzeylerinin belirlenmesinde Öner ve Le Comte'nin 1983'te Türkçe 'ye uyarlanan Sürekli Kaygı Envanterinin geçerlilik ve güvenilirliğinin (Akt. Büyüköztürk, 1997: 456) yeterli olduğu,
4. Kullanılan kaynakların geçerli ve güvenilir olduğu,
5. Araştırma kapsamında alınan örneklemin evreni temsil ettiği ve araştırmaya katılan gebe kadınların kişisel bilgi formu ve kullanılan ölçekleri gerçek durumlarına yönelik yanıtladıkları varsayımlarına dayanmaktadır.

1.5. Sınırlılıklar

Bu araştırma;

1. Gebeliğin 12. haftası ve sonrası gebelik dönemindeki kadınlar ile sınırlıdır.
2. İstanbul İli Bahçelievler ilçesinde yaşayan ve Bahçelievler bölgesindeki hastanelere başvuru yapan gebelik dönemindeki kadınlar sınırlıdır.
3. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı durumlarının Ruh Sağlığı Sürekliliği Ölçeğini kullanarak belirlenmesiyle sınırlıdır.
4. Gebelik dönemindeki kadınların distres düzeylerinin Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğini kullanılarak belirlenmesi ile sınırlıdır.
5. Gebelik dönemindeki kadınların kaygı düzeylerinin Sürekli Kaygı Envanteri kullanılarak belirlenmesi ile sınırlıdır.
6. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı durumlarının kadınların yaş, eğitim, meslek ve sosyoekonomik demografik özellikleriyle incelenmesi ile sınırlıdır.
7. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı durumlarının gebelik sayısı, düşük yapma durumu, yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu), gebelik türü, gebelik haftası, gebelik türü ve daha önce ruh sağlığı ile ilgili problem yaşama durumlarına göre incelenmesi ile sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Bu çalışma kapsamında aşağıdaki tanımlara yer verilmektedir:

Gebelik: Kadının rahminde olgun dişi yumurta hücresi ile erkek tohum hücresinin tüpte döllenenmesi sonucunda gebelik oluşmaktadır ve yaklaşık 266 günlük süreci kapsayan bir dönemdir (TPD, 2006: 14; Çelik, 2015: 53).

Ruh Sağlığı: Kişinin kendisi ve çevresiyle düşünce ve davranışları arasında genel olarak uyum ve denge içerisinde olması durumu olarak ifade edilmektedir (Çakmak, 2014: 3). Keyes'e (2008) göre ruh sağlığının iyi olması ise kişinin olumlu duygularının bireysel yaşamında, toplum hayatında etkili işlevsel kullanmasıdır. Bu bağlamda sadece ruhsal bozuklukların olmaması durumu ruh sağlığının olduğu anlamına gelmemektedir, ruhsal bozuklukların olmamasıyla birlikte kişinin duygusal iyi olması yani olumlu duygulara sahip olması, psikolojik iyi olması yani

kişisel hayatında iyi olması ve sosyal iyi olması yani bulunduğu toplumsal çevre hayatında da iyi olması durumudur (Akt. Demirci ve Akın, 2015: 53).

Duygusal İyi Olma: Kişinin bireysel hayatında mutlu olmaya yönelik olumlu duyguların varlığını hissetmesi, pozitif olabilmesi durumudur (A.g.e.).

Sosyal İyi Olma: Kişinin toplum içinde sosyal hayatıyla ilgili çevresinin olması, uyum sağlaması, sosyal ilişkilerinde işlevselliğinin olması durumudur (A.g.e.).

Psikolojik İyi Olma: Kişisel yaşamında benliğinin farkında olması, olumlu algılaması, kendisiyle bütünleşebilmesi, çevresiyle olan ilişkilerinde kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek ilişkiler kurması, kendisini sürekli geliştirebileceği özelliklerinin olması (A.g.e.).

Stres: Selye (1956)'ya göre kişinin yaşadığı çevredeki olumsuz koşullar ya da yaşadığı değişimlerden dolayı baskı hissetmesi, güçlük yaşaması gibi durumlarda vücudunun ve zihninin harcadığı çabadır. Bedensel olarak kişinin kasılması, gevşemesi gibi reaksiyonlara neden olan duygusal tepkilere yol açan bir durumdur (Akt. Güçlü, 2001: 92; Yıldırım, 1991: 176).

Distres: Selye stresi yapıcı ve yıkıcı güç olarak ele almıştır. Ona göre distres kişinin sıkıntı yaşamasına neden olan bir durum ya da yaşadığı kötü bir olaydan kaynaklı yıkıcı güç (Akt. Çapık, 2013: 5).

Kaygı: Kişilerin yaşamış olduğu iç sıkıntı, bunaltı gibi sözcüklerle ifade edilen yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan kişileri rahatsız eden endişe korku duygusudur (Çapık, 2013: 22).

Depresyon: Psikiyatrik bozukluklarda en yaygın olarak görülen hastalık durumudur. Genellikle kişilerin yaşadıklarından dolayı hayattan zevk almamaya başlamasıyla çökkünlük yaşaması durumu sonucunda ortaya çıkan mutsuz-umutsuz olma, çaresizlik hissetme ve karamsarlık gibi olumsuz duyguların yoğun yaşandığı duygu durum bozukluğudur (Aslan, Sarı ve Kuruoğlu, 2012: 57; Akt. Karadağ ve Sölpük, 2018: 164; Savrun, 1999: 11).

İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI VE KONU İLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın içeriğini oluşturan “Ruh Sağlığı”, Distres”, “Kaygı” ve “Gebelik” konularıyla ilgili kavramsal bilgilere ve Türkiye’de ve Dünyada yapılmış benzer çalışmalara yer verilmektedir.

2.1. Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı, Ruh Sağlığı Kanunu Teklifine göre;

Her bireyin kendi potansiyelinin farkında olduğu, yaşamın olağan zorluklarıyla baş edebildiği, üretken ve verimli olarak çalışabildiği ve yaşadığı çevreye katkıda bulunabildiği iyilik halidir. Bireyin herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması ve beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur.

(<http://www.psikiyatri.org.tr>) şeklinde tanımlanmış olup yine ruh sağlığı kanunu teklifine göre ruhsal hastalık ise; “*Temel ruhsal işlevlerde, bedende, toplumsal ilişkilerde ya da işlevsellikte aksamaya yol açan, psikoterapi, ilaç ya da diğer biyolojik tedaviler gibi tıbbi müdahale gerektiren geçici ya da kalıcı ruhsal yetersizlik ya da bozukluklardır*” (<http://www.psikiyatri.org.tr>) şeklinde tanımlanmıştır. Çakmak (2013)’e göre; ruh sağlığı kişilerin duygu, düşünce ve davranışlarının bir bütün içinde kendisi ve toplumla, çevresiyle uyumlu olması durumudur (Çakmak, 2013: 3).

Sağlık Bakanlığı’nın hazırlamış olduğu Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’na göre, ruh sağlığı kişilerin gelişiminde ve yaşam kalitelerinin oluşumunda önemli bir faktör olmakla birlikte ruh sağlığı bozuklukları dünya genelinde ciddi boyutta hastalık yükü olarak değerlendirilmektedir (SB, 2011: 1). Dünya Sağlık Örgütü’nün

verilerine göre dünya nüfusunun %25-30'u ruhsal hastalık sebebiyle tedavi olmak için sağlık kurum ya da kuruluşlarına gitmektedir (Güleç, 2014: 14). Murray ve Lopez (1996) çalışmasında dünya genelinde en çok erken ölüme neden olan 10 hastalıktan 5 tanesinin depresyon, şizofreni, bipolar mizaç bozukluğu, alkolizm ve obsesif kompulsif bozukluk hastalıkları olduğu belirtilmektedir (Akt. Gültekin, 2010: 585). Sağduyu ve Ark. (2000) çalışmasında ruh sağlığı problemlerinden depresyonun dünyada en sık görülen ruhsal bozukluk olarak literatürde yer aldığı bilgisine yer vermektedir (Akt. Çalık ve Aktaş, 2011: 143).

Ruh sağlığı problemlerin oluşmasında ve ruhsal hastalıkların tedavisinde ise beyin en önemli organdır (Tarhan, 2005: 78). Ayrıca Öztürk (1995) çalışmasında ruh sağlığı bozukluğu olan kişilerde duygu, düşünce ve davranışlarında tutarsızlık görüldüğünü belirtmiştir (Akt. Bilge, vd., 2016: 1).

Ruh sağlığı bozukluklarında cinsiyet farklılıkları üzerinde çalışmalar yapılmaktadır (Pehlivan, 2006: 143). Tarhan (2005: 83) kadınlarda ruhsal hastalıkların erkeklerden daha fazla olduğunu ve bunun nedeni ise beyindeki alt yapıda oluşan zihinsel farklılıklardan kaynaklı olduğunu belirtmiştir. Mesela yapılan çalışmalarda kadınlarda depresyon görülme sıklığının erkeklerden iki kat fazla olduğu bilinmektedir. Bunun nedeni olarak da cinsiyetler arasında hormonal farklılıklar olması, kadınların doğurgan olmaları, öğrenilmiş çaresizlik ve toplumsal yüklemelerin kadın ve erkeklerde yarattığı etkinin farklı olması olarak sıralanabilmektedir (Pehlivan, 2006: 144).

Yılmaz ve Öz (2009: 83) yaptığı çalışmada ruh sağlığı problemlerinin aşılmasında "Psikolojik Sağlık" kavramının önemine yer vermektedir. Bu çalışmada Ramirez'e göre Psikolojik Sağlık: "*Hastalıktan, depresyondan, değişimlerden ya da kötü durumlardan çabucak iyileşme yeteneği; kendini toparlayabilme; incindikten, gerildikten sonra eski haline kolayca dönebilme; elastikiyet*" olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik sağlık aslında bir yetenektir ve bu yetenek sayesinde ruh sağlığı hastalıkları olan kişilerde psikolojik sağlık varsa çok zor koşullara rağmen kişi yaşadığı olumsuzları aşarak başarılı, mutlu ve toplumla uyumlu olmayı başarabilmektedir (A.g.e.).

Ruh sağlığı bozukluklarını önlemek için ruhsal sorunlar yaşayan kişilerin yaşadıkları ruh sağlığı problemlerinin üstesinden gelmelerine yardımcı olmak ve bu

kişilerin kaybettikleri toplumsal rollerini kazanmaları için dünyada hastane, toplum ve hastane-toplum temelli toplum ruh sağlığı hizmetleri kurulmuştur (Songur, Saylavcı ve Kıran, 2017: 276). Hannigan (1999) Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri kişilerin içinde buldukları çevreyle etkileşimlerinde psikiyatrik tedavi amaçlı bakım yapılan sağlık kurumları olduğunu belirtmiştir (Akt. Bilge, vd., 2016: 1). Ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulmasında dünyadaki modellerden yararlanılmış olsa da daha çok hastane temelli toplum ruh sağlığı hizmetleri yer almaktadır (Songur, Saylavcı ve Kıran, 2017: 276).

Ruh sağlığı hizmetlerinin kurulma amacı ise kişilerin yaşadıkları toplumda mutlu olmalarını, toplumla uyumlu olmalarını ve başarılı olmalarını sağlamak ve aynı zamanda yaşadıkları ruh sağlığı problemlerini engellemektir. Böylece toplum ruh sağlığı hizmetleri kişileri ve toplumu ruh sağlığı hastalıklarından korumayı ve ruh sağlığı problemlerini uygun tedavi yöntemlerini uygulayarak ve rehabilitasyon sürecini devam ettirerek bu kişileri toplumun bir parçası olarak topluma kazandırmaya yardımcı olmaktadır (Bilge, vd., 2016: 1; Akt. Songur, Saylavcı ve Kıran, 2017: 277).

2.2. Ruhsal Bozukluklar

Çalışmanın bu bölümünde Ruhsal Bozukluklara 11 kategori başlığı altında yer verilmektedir. Bunlar; “Anksiyete Bozuklukları”, “Somatoform Bozukluklar”, “Dissosiyatif Bozukluklar”, “Afektif Bozukluklar”, “Psikotik Bozukluklar”, “Kişilik Bozuklukları”, “Cinsel Davranış Sapmaları”, “Cinsel İşlev Bozuklukları”, “Psikoaktif Madde Bağımlılıkları”, “Organik Ruhsal Bozukluklar” ve “Yeme Bozuklukları” şeklindedir. Aşağıdaki bölümde literatürde yer alan bilgilere göre tanımlamalarına ve açıklamalarına yer verilmektedir.

2.2.1. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete (kaygı) ve korku kavramları genelde birbirleriyle karışan terimlerdir. Korku ve kaygı kelimeleri bazı kaynaklarda birbiri yerine kullanılsa da bu kavramları ayrı değerlendirmek daha doğru olacaktır. Korku; olabilecek tehlikeli durumlara karşı duyulan kaygıya neden olan önsezi, ürkütücü veya istenmeyen bir

durumun gerçekleşme ihtimalinin kişi tarafından felaket olarak değerlendirilmesidir (Beck ve Emery, 2017: 47-48). Kaygı ise gerginlik yaratan, kişilerde duygu durumu bozukluğuna neden olabilen fizyolojik olarak titreme, gerilim yaşama, terleme, kalp çarpıntısı yaşama gibi reaksiyon göstermesidir (A.g.e.). Kaygı ya da anksiyete bir olay karşısında ortaya çıkabileceği gibi normal şartlarda da oluşabilmektedir (Tekin ve Tekin, 2014: 330). Eğer kişinin yaşadığı kaygı durumu onun yaşamını, sosyal hayatını, gündelik ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamışsa bu durum kişinin ruh sağlığında problem yaratmakta ve anksiyete bozukluğu olarak değerlendirilmektedir (Sertbaş, 1998: 18; Tekin ve Tekin, 2014: 330).

Anksiyete Bozuklukları 5 başlık halinde kategorize edilmektedir. Bunlar; “Yaygın Anksiyete Bozukluğu”, “Panik Bozukluğu”, “Fobik Bozukluklar”, “Obsesif Kompulsif Bozukluk” ve “Post Travmatik Stres Bozukluğu”dur (Gençtan, 2015: 174-199; Güleç, 2014: 23-27).

2.2.1.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

Yaygın Anksiyete Bozukluğu, kişilerde küçük ya da büyük çaplı birçok konuda sıkıntı yaşamalarına neden olan ve birçok konuya yaygınlaşmış endişe eğilimi olarak değerlendirilmektedir ve bu teşhisi alan kişiler bu şikayetlerinin hiç geçmeyeceğini düşünmektedirler (Yalom, 2016: 178).

Klinik bir bozukluk olarak değerlendirilen yaygın anksiyete bozukluğunun temel belirtileri kaygı ve bunaltıdır. Bir kişide YAB olduğunu söyleyebilmek için kişi sürekli kaygı durumu yaşamaktadır. Kişi kendini ifade ederken yaşadığı kaygı durumunu korku, endişe ya da dehşet verici olarak anlatmakta ve her an bir tehlike olacakmış ya da bir kötülük gelecekmiş gibi gergin beklenti içindedir (Güleç, 2014: 23-24). Yalom’a (2016: 179) göre YAB yaşayan danışanların ileri seviyedeki anksiyete durumlarını kendilerine göre alıştıkları bir düzen içine yerleştirirler ve onlarda kaygıya neden olan durumlar ile onların daha rahat ettikleri durumlar arasındaki farklılığı ortaya koyabilirler böylece bu danışanlar kendilerinin iyi günlerini ve kötü günlerini tanımlayarak tedavilerinde ilerleme kaydedebilir hale gelmektedir.

Fiziksel olarak ise YAB olan kişilerde baş dönmesi, irkilme, titreme gibi belirtiler görülmekle birlikte psikolojik olarak ise huzursuzluk, tüm vücudunda değişik bir duygu kaplaması olarak hissetmektedir. YAB yaşayan kişiler diğer anksiyete bozukluğu olan akut panik atak yaşayan kişiler kadar şiddetli kaygı yaşamazlar, daha çok kronik bir durum söz konusudur, bazen şiddeti artan bazı zamanlarda ise şiddeti azalan endişe durumu yaşamaktadırlar (Güleç, 2014: 23-24).

2.2.1.2. Panik Bozukluğu

Panik bozukluk rahatsızlığın en karakteristik özelliği sürekli tekrarı olan ama beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan kaygı bozukluğu olmasıdır (Yalom: 2016: 31). Panik bozukluğun kelime köküne baktığımızda “Pan” yunan mitolojisi tanrısından adını almaktadır. Pan aniden ortaya çıkıp insanları korkutan kişidir. Panik bozukluğu olan kişilerde de aniden ortaya çıkan ölüm korkusu olmasıyla birlikte fiziksel olarak kalp krizi yaşama, felç geçireceği düşüncesine kapılma hissi belirtileri yaşamaktadır (Bal, 2010: 6). Panik bozukluğu yaygın olarak üç şekilde yaşanmaktadır; ilk olarak kişi atak yaşamadan başka panik atak yaşayacağına yönelik kaygı duyar, ikinci olarak yaşadığı ya da yaşayacağı atakların sebep-sonuçlarına yönelik endişe yaşar, üçüncü olarak ise yaşadığı ataklarla ilişkili bir şekilde davranışlarında değişiklik oluşur (Yalom: 2016: 32). Panik bozukluğu yaşayan kişiler kaygı bozukluğu yaşadıklarının farkındadır. Bu kişiler ölüm korkusu ve kalp krizi yaşama korkusunun yanı sıra solunum problemi, titreme, vücutta uyuşukluk ya da baş dönmesi gibi belirtilerde yaşamaktadır. Bu kişiler atak sürecini atlattıktan sonra normal yaşamlarına dönmektedir ama her an tekrarlayacak olduğuna yönelik korkularına engel olamamaktadır (Güleç, 2014: 24-25).

2.2.1.3.Fobik Bozukluklar

Fobik bozukluklar anksiyeteye dayalı olarak ortaya çıkmaktadır. Kişi fobik bozukluklarını bilinçdışında bastırarak uzaklaşmaya çalışarak savunma mekanizmalarını kullanmaktadır. Genellikle fobik bozuklukların kaynağı 3-6 yaş arasında yaşadıkları korkulardan meydana gelmektedir (A.g.e.: 25). Fobiler korku duygusunun belli bir şeklidir. En başlarda kişi belirli bir olaya ya da duruma karşı korku yaşar. Mesela yükseklikten korkma ya da kapalı alanda kalma gibi kişilerde

korku gelişebilmektedir. Bu gibi durumlarda kişinin içinde oluşturduğu korku aslında sonuca dayalıdır yani yüksekte korkan bir kişi sonuç odaklı olarak aslında düşmekten korkmaktadır, kapalı alanda korkusu olan kişi ise bulunduğu ortamda solunum sıkıntısı yaşamaktan korkmaktadır (Beck ve Emery, 2017: 50).

Fobik bozuklukları incelediğimizde genel hatlarıyla 3 şekilde kategorize edilmektedir. Bunlar agorafobi, sosyal fobi ve basit fobidir (Güleç, 2014: 25). Bu bölümde fobik bozukluklara tek tek yer verilerek açıklanmaya çalışılmıştır.

a) Agorafobi

Agorafobi olarak tanımlanan fobik bozukluk kişinin kapalı alanda yalnız kalmaktan korkması durumudur. Bu kişilerde genel olarak tiyatro, sinema gibi kapalı alanlarda çıkışa yakın olamamaktan korkma, asansör gibi dar alanlarda kaygı yaşamasıyla ilişkili korkular görülmektedir (Altınbaş, 2006: 6-7; Güleç, 2014: 25). Bazı kişilerde ise daha önce yaşadığı panik bozukluğa bağlı olarak agorafobi oluşabilmektedir. Mesela panik atak geçiren kişi daha önce panik atağı yaşadığı yere/yerlere tekrar gitmek istemeyebilir, diyelim ki daha önce cafe ortamında, mağazada, sinemada, otobüste ya da uata panik atak durumu yaşadı tekrar bu mekanlara gittiği zaman panik atağın tekrarlayacağı hissine kapılmasından dolayı içinde tedirginlik ve korku oluşabilmektedir (Yalom, 2016: 33). Bu kişiler agorafobik kaçınma olarak nitelendirilen ortamdan uzaklaşmaya yönelik davranış sergilemektedir. (Altınbaş, 2006: 7). Güleç'e göre panik bozukluk geçmişinden dolayı agorafobi oluşan kişilerde sürekli olarak panik atak nöbeti geçireceğine dair beklenti içinde olabilmekte ya da korku yaşayabilmektedir, böyle bir durumda kişi sürekli huzursuz ve rahatsız olabilmektedir. Bu nedenle bu kişilere belirli bir sürede kontrollü kullanmaları şartıyla antidepressan ya da diazem grubu ilaçların kullanması faydalı olabilmektedir (Güleç, 2014: 25).

b) Sosyal Fobi

Sosyal fobi kişilerin girdikleri ortamda etrafındaki diğer kişiler tarafından olumsuz değerlendirileceklerine dair endişe duyması, farklı ortamlarda bulunmak istememesi, mümkün olduğunca yeni ortamlardan kaçınması gibi davranışlar sergileme hali, kk dşrleceğine dair korkularının olmasıdır (Dilbaz, 1997: 18). Genelde bu kişiler buldukları ortamlarda yaşayabileceklerinin sonuçlarını hesaplayarak ortamda bulunmaktan, söz sahibi olmaktan korkarlar. Mesela sosyal

fobi yaşayan kişi korktuğu durumla karşılaşır (aşğılanma gibi) kendini kontrol edememekten, daha çok kendince hata yapmaktan korkabilir (Beck ve Emery, 2017: 51). Yalom'a göre ise sosyal fobinin anksiyeteye neden olduğu durum kişi sosyal topluluklara girmeden önce korku yaşamaktadır. Korktuğu durum başına geldiği zaman da anksiyete gelişir ve bu durum panik atak şeklinde sonuçlanabilir (Yalom, 2016: 34-35). Fiziksel ve ruhsal olarak bu kişilerde keyifsiz olma, gerginlik, yüz kızarması, yaygın olarak terleme, titreme gibi durumlar görülebilmekte ve kendini kontrol edememe durumunda ise kişi kendi kendine öfkelenebilmektedir (Beck ve Emery, 2017: 51; Güleç, 2014: 26).

c) Basit Fobi

Basit fobi belirli bir nesneye ya da duruma karşı gelişen önemli derecede kişide kaygı ya da korku oluşmasına neden olan durumdur. Basit fobi DSM-V'te özgül fobi olarak geçmektedir (Demirci, Sağaltıcı ve Yıldırım, 2015: 124). Güleç'ye (2014: 26) göre ise basit fobiler belirli nesne ya da duruma karşı yaşanan mantıkdışı, anormal korkuların olması durumudur. Diğer bir ifadeyle ise basit fobi, kişinin nesne ya da duruma karşı yoğun, ısrarlı korku duymasıdır. Basit fobi yaşayan kişilerde yükseklik korkusu, kapalı alanda bulunma, kan görme, iğne yapılması ya da küçük ve sürüngen hayvanlara karşı korku yaşarlar (Yalom, 2016: 33). Güleç, kişinin zarar vermeyen hayvanlara karşı ya da yüksek yerlere karşı olan korkularını dile getirdiklerinde kendilerini mantık dışı gülünç hale geldiklerini ifade ettiklerini belirtmektedir ve bu kişiler için psikoterapi uygulanmasının, gevşeme teknikleri kullanılması ya da davranışçı terapi tekniği basit fobiler için yararlı olduğunu belirtmektedir (Güleç, 2014: 26). Ayrıca basit fobi yaşayan kişilerde fobiye neden olan durum ya da nesne ile karşılaşması durumunda panik atak yaşayabilmektedir. Bu nedenle bu kişilerde rahatsız edici nesnelere karşılaşmamak için uzaklaşmayı tercih edebilmektedir (Demirci, Sağaltıcı ve Yıldırım, 2015: 124).

2.2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), saplantılı ve takıntılı nevroz olarak tanımlanmaktadır (Güleç, 2014: 26). Obsesyon ve kompulsiyonlar ile birlikte tanımlanmış ruh sağlığı bozukluklarından. Obsesyonu olan kişiler bilinçaltında tekrar eden, kişiye sıkıntı yaratan, tekrarlayıcı özellikte olan kişi saçma olduğunu

bildiği halde engelleyemediği düşünceleri ya da dürtüleridir. Kompülsiyon ise obsesyonu engellemek için kişinin fiziksel ya da zihinsel davranışlarıdır (Bayar ve Yavuz, 2008: 185).

Obsesifler istem dışı geliştirdikleri inatçı düşüncelerini, dürtülerini yokmuş gibi kabul etmeyi ya da kafasını meşgul edecek başka düşünce ve davranışlarla etkisini yok etmeyi denerler. Obsesyonu olan kişilerde eli kirlenecek, hastalık ya da mikrop kapacak düşünceleri, sevdiği birine zarar vereceğine dair korkulu düşünceleri olmaktadır. Obsesyona yanıt olarak kendi kurallarını uygulaması gerektiğini düşünmesiyle tekrarlayan davranışları ise kompülsiyon olarak ortaya çıkmaktadır (Yalom, 2016: 35). Obsesyonu ve kompülsiyonu olan kişiler genellikle saplantılı düşüncelerinin fark ederler, saplantı yaptıkları konular bu kişilerin gündelik hayatlarında zaman kaybettirici etkilerini yaşamalarına neden olmaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008: 185). Kişinin günlük işlerini, mesleki işlerini ya da sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyen OKB ciddi nevrotik bozukluklar olarak da değerlendirilmektedir. OKB teşhisi öncesinde bu kişilerde temizlik ve titizlik konusunda hassas olması, aşırı nezaketli olmaları, düzgün ve mantıklı konuşmaları dikkat çekicidir (Güleç, 2014: 26). OKB'si olan kişiler vazgeçemedikleri saplantılı düşüncelerinden utanmakta ya da başkaları tarafından deli diye yorumlanmaktan endişe duymaktadır. Bu endişelerinin olmalarından dolayı kişi OKB'ye neden olan düşüncelerini gizlemeye çalışmakta, danışanlar ya da hekimler OKB ile ilgili net sorular sormadıkça bu işlev bozukluğunun ortaya çıkması zor olmaktadır (Tezcan, Millet ve Kulaoğlu, 1998: 36). OKB olan kişilerde bu hastalık kroniktir. Dönemsel olarak düzelme görülse de tekrarlanması özelliği vardır. En iyi tedavi yöntemi olarak psiko-terapi uygulanması ama bu tedavi yöntemi uzun ve zor bir süreçtir. Bu nedenle antidepressan ya da serotonejirik ilaçlardan faydalanılması gerekebilmektedir (Güleç, 2014: 27).

2.2.1.5. Post Travmatik Stres Bozukluğu

Post travmatik stres bozukluğu (PTSB) kişinin doğal afet, savaş gibi toplumsal olaylar ya da cinsel istismar, fiziksel darp edilme, işkenceye maruz kalma, kaçırılma, trafik kazası, gibi bireysel olarak yaşadığı üstesinden gelemediği, ruhsal açıdan travmaya neden bir anksiyete bozukluğudur (Oflaz, vd., 2010:1). Beers ve

Berkow (2002) ise PTBS'yi yaşanan travmatik olay sonucunda yoğun korku yaşanması, kişinin çaresiz kalması ve dehşet verici duygu yaşaması olarak ifade etmektedir (Akt. Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2011: 73).

DSM IV'te ise Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak yer verilmektedir. DSM IV'te TSSB bir ölüm olayının olması, ölüme tanık olma ya da kişinin ölümle ilgili tehdit altında olması gibi ağır travmatik olay yaşaması sonucunda ortaya çıkan bir durumdur. Kişide etkisi üç aydan daha az sürerse "akut stres bozukluğu" olarak tanımlanmakta, etkisi üç aydan daha fazla sürerse "kronik stres bozukluğu" olarak değerlendirilmektedir. Bazı kişilerde klinik değerlendirilmelerde olaydan 6 ay ya da daha uzun süre sonra ortaya çıktığı görülmektedir, bu durumda "gecikmeli başlangıçlı" olarak tanımlanmaktadır (Özgen ve Aydın, 1999: 34).

Travmatik olay sonrasında kişi bu olayı düşlerinde defalarca yaşayabilmektedir. Yaşadığı olayı sürekli anlatma ihtiyacı duyabilmekte ya da olayı anımsatan en küçük uyarıcıya ciddi tepki verebilmektedir. Travmatik olay sonrasında bu kişilerde sosyal ilişkilerinde azalma, önceden ilgilendiği işlere karşı ilgisizlik, dikkat dağınıklığı ya da uyku problemleri gibi sonuçlar görülebilmektedir (Güleç, 2014: 27).

2.2.2. Somatoform Bozukluklar

Somatoform bozukluklar yapılan istatistik çalışmalarına göre genel halk arasında %5 oranında olmakta ve toplumlar arasında farklılık göstermektedir. Daha önceleri 60 belirti gösteren somatoform bozukluklar DSM-IV ve ICD-10'da 6 semptom olarak tanı ve kriterleri belirtilmiştir. Somatoform bozukluk tanısı koymak için 2 yıl süreklilik halinde vücudun birçok yerinde çoğul yakınma olması ama organik bir sebep olmaması gerekir. Hekim önerilerine uymama ve tedaviye karşı inatçı bir davranış sergileme ve yakınmalardan dolayı aile ilişkilerinde ve sosyal çevre ilişkilerinde kısıtlanma yaşanması gerekmektedir (Koptagel, 1999: 50-51). Somatoform bozukluklar 3 kategori halinde değerlendirilmektedir. Bunlar; "Somatizasyon Bozukluğu", "Konversiyon Bozukluğu (Histerik Nevroz)" ve "Hipokondriazis Bozukluğu (Hastalık Hastalığı)" olarak kategorize edilmektedir (Gençtan, 2015: 200-206; Güleç, 2014: 27-30).

2.2.2.1. Somatizasyon Bozukluğu

Somatizasyon bozukluğu fiziksel rahatsızlığın olmadığı bedensel yakınmaların söz konusu olduğu bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (Koptagel, 1999: 50). Lipkowski (1988) ise somatizasyonu, patolojik verilerle sonuçlanamayan somatik sıkıntuların olması ve kişinin somatik belirtilerini bedensel hastalık olarak nitelendirmesi sonucunda tıbbi müdahaleye başvurma eyleminin olması şeklinde değerlendirmektedir (Akt. Öner, Tuğcu ve Özsan, 2002:1). Somatizasyon bozukluğu olan kişiler hayatlarının büyük bölümünü bu hastalıkla geçirmektedirler. Bu kişilerin birçok şikayeti vardır: seslerinde kısılma hissi, ses kaybı, göz bozuklukları, kaslarda güçsüzlük, idrar yapmada zorlanma, karın ağrısı, mide bulantısı, kas eklem ağrıları, çarpıntı, solunum problemi, baş dönmesi ayrıca kadınlarda adet düzensizlikleri ya da ağrılı adet görme, vajinusmus problemi, gebelik döneminde aşırı bulantı ve kusma gibi belirtiler görülmektedir (Güleç, 2014: 28). Hollifield (2007) somatitazson bozukluğuna dair ilk belirtilerin genellikle ergenlik döneminde ve bu hastalığın %90'ı kadar büyük oranı 25 yaş öncesinde ortaya çıktığını belirtmiştir (Akt. Özenli, vd., 2009: 132). Somatizasyon bozukluğu teşhisinin konulabilmesi için kişinin bu şikayetlerden en az on tanesini uzun süre yaşaması gerekmektedir (Güleç, 2014: 28).

2.2.2.2. Konversiyon Bozukluğu (Histerik Nevroz)

Konversiyon kelimesi ilk olarak Freud ve Breuer tarafından kullanılmış bir terimdir. DSM I'de ise "konversiyon reaksiyonu" olarak yer verilmiştir. Konversiyon kişinin yaşamında yer alan önemli olayları bilinçaltında sembolleştirmesi ve hasta figürüyle ikincil kazanç olarak değerlendirilmesidir. DSM IV'te ise psikolojik olarak kişide görülen çatışma ya da strese bağlı çatışma olarak değerlendirilmektedir (Ünal, 1999: 5). Konversiyon bozukluğu Guggenheim'e göre nörolojik bozuklukları taklit eder ama merkezi sinir sisteminde bozukluk bulunmamaktadır (Akt. Alpat, 2017: 1) Fiziksel bir rahatsızlık varmış gibi hisseder kişi ama hastalık fiziksel değil zihinsel olarak varlığını göstermektedir. Bu kişilerde ani körlük ya da felç olma durumu birden başlar ve birdenbire ortadan kaybolmaktadır (Güleç, 2014: 28).

Histerik Nevroz Bozukluğu olarak da tanımlanan konversiyon bozukluğunda aynı zamanda kişinin aniden bayılması ve dış çevreden gelen uyarılara tepki vermemesi durumları gözlenmektedir. Bu kişiler bayılma durumlarında şaşkın ve sessiz olmaktadır ve küçük ses tonlarıyla anlamlı-anlamsız sözcüklerle konuşmaya çalışmaktadır. Genellikle bu kişiler bayılma sırasında kendisine zarar vermeyecek şekilde kontrollü düşüş göstermektedir ve bayılma süreci 5-10 dakika, 1-2 saat sürebileceği gibi bazen de tüm gün sürebilmektedir. Sürecin sonunda bilinç genellikle ağlayarak kendine gelmektedir (A.g.e.: 31).

2.2.2.3. Hipokondriazis Bozukluğu (Hastalık Hastalığı)

Hastalık Hastalığı olarak da tanımlanan hipokondriazis kişinin bedeninde yaşadıklarını yanlış yorumlamasına bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete bozukluğudur. Bu kişiler genelde kendilerini ciddi bir hastalığı olduklarına inanmaktadır. Yapılan muayenelerde hekimler tıbbi değerlendirme sonucunda ciddi bir hastalık yaşamadıklarını belirtsele bile bu kişiler yine de hasta olduklarına inanmaktadır. Genel olarak 20-30 yaşlarda ortaya çıkmaktadır ve en az 6 ay sürmesi sonucunda hipokondriyazis teşhisi konulmaktadır. Hastalık Hastalığı teşhisi konulan kişilerde başka bir ruhsal bozukluk tanısı almamış olması gerekmektedir (Aytaç ve Hocaoğlu, 2015: 36). Hipokandriazis bozukluğu olan kişiler buldukları sosyal çevrede odak noktası haline gelmektedir ve yakın çevresindeki kişileri manipüle etmektedir. Süreklilik gösteren bu bozukluk aile bireylerini, yakın ilişkilerini zorlamaya hatta onları bıktırmaya başlamaktadır. Bu durumun gerçekleşmesiyle kişi anlaşılmadığını düşünür ve hastalığına daha çok sığınmaktadır (Güleç, 2014: 30).

Hastalığın nedeni psikodinamik yaklaşıma göre kişinin başkasına duyduğu öfkeye bağlı olumsuz düşüncelerini fiziksel rahatsızlığa dönüştürmesi olarak değerlendirilmektedir. Genellikle hipokandriazis bozukluğu olan kişiler kalp, beyin gibi hayati önem taşıyan organlarına yönelik şikayette bulunmaktadır (Aytaç ve Hocaoğlu, 2015: 36-37). Bu kişilerin tedavileri psikoterapi yöntemleriyle ya da anksiyete ve depresyon ilaçları ile gerçekleşmektedir (Güleç, 2014: 30).

2.2.3. Dissosiyatif Bozukluklar

Dissosiyasyon birçok kişinin gündelik hayatında stresle başa çıkmak için kullandığı savunma düzeneği olarak açıklanmaktadır. Dissosiyatif bozukluklar ise kişilerin stresi ya da yaşadığı travmayı kontrol edemediği, travmatik durum karşısında kişinin yetersiz olması halinde psikososyal işlevlerini olumsuz etkilemesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018: 3). Jans ve ark.(2008)' na göre ise kişide nöbet geçirme, konuşamama, duyularda his kaybı gibi belirtileri vardır. Kişi aynı zaman diliminde birçok semptomu bir arada yaşayabilmektedir (Akt. Uytun, Durmuş ve Öztop: 2014: 42).

Dissosiyatif bozukluklar birkaç psikolojik bozukluğun yer aldığı alt maddelere ayrılmıştır. Bu rahatsızlıklar: “Psikojenik Ağrı Bozukluğu”, “Psikojenik Füg”, “Psikojenik Amnezi (Unutma) diğer adıyla Dissosiyatif Amnezi”, “Çoğul Kişilik Bozuklukları (Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu)” ve “Depersonalizasyon” olarak literatürde yer almaktadır (Gençtan, 2015: 207-209; Güleç, 2014: 29-32).

2.2.3.1. Psikojenik Ağrı Bozukluğu

Psikonejik nöbet Dworetzky vd. (2010)'e göre epileptik nöbetlere benzeyen davranışları içeren ama nöronal deşarj olmayan, dil ısırma, idrar kaçırma gibi durumların yaşandığı ciddi yaralanmaların olmadığı, bilinç kaybının gerçekleşmediği ataklar olarak değerlendirilmektedir (Akt. Uzun, 2013:1). Patolojik olarak değerlendirilmeyen ciddi, inatçı bir şekilde geçmeyen abartılı ağrılar olarak şikayetlerin olduğu bir bozukluktur. Genellikle psikososyal stres kaynaklı ortaya çıkan ani ataklar şeklinde ifade edilmektedir. Bu rahatsızlığı olan kişiler ağrılarını dindirmek için yüksek dozda ağrı kesici kullanmaktadır ve fiziksel ağrı üzerine yoğunlaşmaktadır. Genel olarak ağrının kaynağı olabilecek stres ya da duygu durumundan kaynaklı olduğunu reddetmektedirler. Bu nedenle ağrı ile stres arasındaki bağı görememektedirler bu durum duygusal ve sosyal ilişkilerini de olumsuz etkiler ama onlar farkında değildir.

Sonuç olarak bu kişilerin yaşadıkları duygu durumundan dolayı anksiyetesi artar, çaresizlik hissi yaşarlar ve yaşadıkları kişide strese neden olur ve bu süreç kısır

döngü halinde tekrar eder, dolayısıyla da ağrıları daha da çok pekişmektedir (Güleç, 2014: 29).

2.2.3.2. Psikojenik Fug (Psikonejik Kaçış)

Kişide kaygıya neden olan onu zorlayan durumlardan dolayı kaçış göstermesi durumudur. Kişi genelde yeni bir duruma alışamadığı zaman ya da güçlükle karşılaştığı zamanlarda ortaya çıkabilmektedir. Dissosiyatif amneziyle birlikte görülebilmektedir (Gençtan, 2015: 208). Kişide travmaya neden olan bir durum karşısında uzaklaşmaya çalışır ve kendisini farklı bir yerde bulur. En son hatırladığı zamana göre günler geçebileceği gibi bazen yıllarda geçebilmektedir (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018: 10-11; Gençtan, 2015: 208).

2.2.3.3. Psikojenik Amnezi (Dissosiyatif Amnezi)

Dissosiyatif Amnezi ise; kişi yaşadığı travmatik bir olay sonucunda yaşamının bir bölümünü hatırlayamamaktadır. Unutma durumu ani başlar ve normale dönme durumu da genellikle kendiliğinden olmaktadır. Kişiler genellikle üstesinden gelemediği bir olay sonucunda utanma duygusunu yaşaması, kendini suçlu hissetmesi ya da öfkesinin olması durumunda ortaya çıkabilmektedir. Bu durumun ilerlemesi sonucunda depresyona dönüşebilmekte ve üstesinden gelinemediği dönemlerde de intihar teşebbüsünde bulunma riski yüksek olmaktadır (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018: 10-11).

2.2.3.4. Çoğul Kişilik

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu; Kaplan ve Sadock (1994)'a göre dissosiyatif bozukluklar içinde en çok ilgi çeken kişilik bozukluğudur, bellek ve kimlik bozukluklarıyla ilgili psikiyatrik rahatsızlıktır (Akt. Tamam, Özpoyraz ve Ünal, 1996: 45). Ruhsal travmaya neden olabilecek çoklu kişilik bozukluğu olarak da değerlendirilmektedir (Şar, 1998: 13).

2.2.3.5. Depersonalizasyon

Depersonalizasyon ile ilgili olarak Gençtan (2015: 209) “Kişinin kendi benliğinde oluşan değişiklikler” olarak ve derealizasyon ise “kişinin dış dünyasında algıladığı değişiklikler” olarak Mayer ve Gross’un tanımına yer vermektedir. Bayraktar (2018: 4) ise, “Kişinin kendisine ve çevresine yabancılaşması” durumuna depersonalizasyon; “Kişi çevrenin yabancı, gerçek dışı olduğu hissine kapılması” durumuna da derealizasyon olarak ifade etmektedir.

2.2.4. Afektif Bozukluklar (Duygudurum Bozuklukları)

Kişilerin yaşadıkları olaylara karşı ya da uyarıcılara, düşüncelerine yönelik neşe, öfke, üzüntü, kin, nefret gibi duygusal tepkide bulunması durumu duygulanım olarak ifade edilmekte ve kişinin belli bir süre içinde neşeli, üzüntülü ya da sıkıntılı duygulanım içinde bulunması durumu ise duygudurum olarak değerlendirilmektedir. Yaşanan sıkıntılı çökkün duygulanım durumları uzun süre ya da aşırı olması durumunda duygulanım bozukluğu olarak değerlendirilmektedir (Dağlar, vd, 2015: 27). DSM-III ve DSM-III-R’ye göre spesifik ruhsal ve bedensel sebepler olmadan kişinin manik veya depresif belirtilerin yaşandığı duygudurumları afektif bozukluklar ya da duygudurum bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (Gençtan, 2015: 141).

Duygudurum bozukluğunda kişinin temel iki duygudurumu söz konusudur; bir tanesi neşe durumunda yükselme olması, diğeri ise üzüntü, keder olarak çökmüş olmasıdır (Çakmak, 2014: 13). DSM III-R’ ye göre duygu durum bozuklukları bipolar bozukluklar ve depresif bozukluklar olarak iki kategoriye ayrılmaktadır (Gençtan, 2015: 141).

2.2.4.1. Major Depresyon (Depresif Bozukluk)

Üzüntülü olma, mutsuz hissetme ya da isteksizlik gibi duyguların yaşanması ve kişide yaşantılarını değerlendirme yeteneğini kaybetmesi durumları depresyon belirtileri olarak değerlendirilmektedir. Majör depresyon ya da depresif bozukluk kişinin yaşadığı depresyon belirtilerinin kişinin yaşam kalitesini bozması, gündelik hayata uyum sağlamasını bozması, aile ve sosyal ilişkilerini zarar verecek düzeyde

ve tedavi gerektirecek boyutta ruhsal çöküntü yaşamasına yönelik ruhsal bozukluk yaşaması durumudur ve bu özelliğiyle birçok kronik hastalığın önünde değerlendirilmektedir (Aydemir, 2006: 10; Güleç, 2014: 33).

Major depresyon 2001 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ruhsal bozuklukların %36'sını oluşturmaktadır ve kadınlarda majör depresyon yaşam boyu %10-25 arasında görülürken, erkeklerde %5-12 oranında görülmektedir (Akt. Karabekiroğlu, vd., 2010: 2819).

2.2.4.2. Manik Depresif (Bipolar Bozukluk)

Manik depresif bozukluk kişinin yaşamı boyunca kronik hale gelmiş, ciddi ve uzun tedavi gerektiren ruhsal bozukluktur (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010: 206). Manik depresyonda kişinin aşırı coşkulu olmasından, ruhsal çökkünlük yaşamasına kadar yaşadığı ruhsal değişiklikler görülmektedir (Çakmak, 2014: 14). Manik depresif bozukluğu olan kişileri Duygusal-Ruhsal, Düşünsel ve Fiziksel açıdan belirtileri farklılık göstermektedir. Bu belirtiler şu şekilde görülmektedir:

- Duygusal ve ruhsal açıdan manik depresiflerde; abartı sevinç, neşe ve öfkeyle karışık kişisel iyilik duygusu görülmekte, bununla birlikte huzursuz olma, tahammül edememe, bencillik belirtileri bulunmaktadır.
- Düşünsel açıdan manik depresiflerde; kendini olduğundan büyük görme, özgüveninde artış olması, değerli hissetme, ses tonunda yükselme olması, konuşkanlığının artması ve konuşmalarında hızlanma olması, dikkat çekiciliğinin artması ama iradi dikkatinin azalması, düşünceler arası geçiş yaşama, kafasını toplamada zorluk çekme, kötü sonuç doğuracak konularda düşüncesiz davranışlarda bulunma (mantıkdışı alışveriş yapma ya da cinsel birliktelik yaşama gibi) durumlar söz konusudur.
- Fiziksel olarak yüksek enerji olması, uyku ihtiyacının azalması, iştahın bozulması, ses tonlamasında yükselme olmasından kaynaklı ses kısıklığı yaşaması ve hipertansiyon gibi belirtileri bulunmaktadır (Güleç, 2014: 36; Vahip, 2004: 42).

Manik bozukluğu olan kişiler sosyal çevresiyle sıcak ilişkileri vardır, birçok kişiyle dostluk içinde olduğunu dile getirir ama iç dünyasında yalnızlık hisseder Gençtan,

2015: 144). Genel olarak manik depresifler çok mutlu neşeliyken birdenbire çok mutsuz, depresif olabilmektedir yani iki zıt duygu arasında geçişler yaşamaktadır (Çakmak, 2014: 14).

2.2.5. Psikotik Bozukluklar

Psikotik bozukluklar kişilerin duygu, düşünce, algı ve dürtülerini tutarlı bir şekilde kontrol edememesi ve bu zihinsel işlevlerden bir ya da birkaç tanesinin bozulması sonucunda yaşadığı çevrede uyum sağlamakta güçlük çeken kişilerde görülen ruhsal bozukluk olarak değerlendirilmektedir (Güleç, 2014: 42). Psikotik bozukluğu olan kişiler psikotik hasta ya da psikoz olarak ifade edilmektedir. Psikotik hastalarda genel olarak ciddi boyutta düşünme bozukluğu bulunmaktadır ve olayları yargılama da güçlük çekmesi sebebiyle çevresindeki kişilere zarar verme riski yüksektir (A.g.e.: 42-43).

Psikotik bozukluklar; “Şizofrenik Bozukluk”, “Paranoid Bozukluk” ve “Kısa Reaktif Bozukluklar” olarak 3 grupta değerlendirilmektedir.

2.2.5.1. Şizofrenik Bozukluklar

Şizofrenik bozukluklar genel olarak toplumun %1’inde görülen ve 25 yaş öncesinde ortaya çıkan çok yönlü olan ve en sık görülen psikotik bozukluktur (Belene, 2009: 5; Güleç, 2014: 43). Ayuso-Mateos ile Gustavsson vd. göre şizofreni rahatsızlığında değişik birçok sanrılar bir arada görülmekte ve negatif belirtiler daha fazladır. Yaygınlık derecesi düşük olsa da hastalık olarak yüksek etkiye sahiptir (Akt. Binbay, vd., 2012: 2). Şizofreni belirtisi olan kişiler gerçek ile gerçek dışı arasındaki ayrımı yapmakta zorlanmaktadır (Çakmak, 2014: 15). Bu kişilerde sanrılar oluşmaktadır yani gerçekte olmayan ama kişinin kabul ettiği düşünce ve inançları vardır; aynı zamanda varsanıları vardır gerçekte olmayan kişileri/ nesnelere gördüğüne inanma ya da olmayan sesleri duyma gibi; ayrıca davranışlarda tutarsızlık, algı, dikkat ve düşünce bozuklukları, konuşma bozuklukları görülmekte ve bilişsel kayıp gibi belirtiler göstermektedir (Belene, 2009: 5; Çakmak, 2014: 15). Ancak bu hastalığın tanımı tam yapılamamaktadır ve Türk Psikiyatri Derneği (TPD) şizofreni rahatsızlığını tam olarak etiyojisi belli olmayan ama önemli

boyutta yeti yitimine neden olan toplumsal bir sorun olduğunu belirtmektedir (TPD, 2007: 1).

2.2.5.2. Paranoid (Hezeyanlı) Bozukluklar

Paranoid bozukluk, sanrılı ya da hezeyanlı bozukluk olarak da değerlendirilmektedir. Psikotik bozukluklardan biri olan paranoid Wang vd. (2007)'ne göre kişinin gerçek hayatıyla ilgili sistemli sanrılarının olduğu bir ruhsal bozukluktur (Akt. Karanfil, Akçan ve Orhan, 2010: 2). DSM IV' e göre hezeyan; kişilerin inandıklarının ne olduğuna bakılmadan, inandıklarının tersinin ispatı olmasına rağmen değiştirilmeyen, gerçeğe yönelik yanlış anlamların olduğu “yanlış inanç” olarak belirtilmektedir (Akt. Can, vd., 2015: 22). Paranoid bozukluk klinik ortamlarda az rastlanan ama önemli etkilere sahip olan psikotik bozukluktur (Akt. Can, vd., 2015: 22; Akt. Karanfil, Akçan ve Orhan, 2010: 2). Paranoid bozukluklar ortalama 40 yaş civarında ortaya çıkar, en az 1 ay süren gerçek olmayan sanrılar söz konusudur, kişide yıkım olmaz sadece paranoya olarak gördüğü konuda etkilenir yani aile yaşamıyla ilgili bir paranoya varsa diğer sosyal ilişkilerini etkilemez, genel olarak göç yapan kişilerde, mahkumlarda ya da ekonomik sıkıntısı olanlarda görülmektedir (www.e-psikiyatri.com, 2000).

2.2.5.3. Kısa Reaktif Bozukluklar

DSM IV'e göre kısa reaktif bozukluk, birden bire ortaya çıkan, genellikle spesifik stres yaşıtan bir olayın sonrasında ortaya çıkan varsanılar, sanrılar, motor kaslarında kasılma ya da irade bozuklukları, tuhaf davranışlar sergileme, kendine yabancılaşma, duygular arasında geçiş yaşama semptomların görüldüğü bir ay kadar süren ve sonrasında önceki yaşama geri dönem, genç erişkin ve orta yaş grubunda görülen bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Akt. Özdeş, vd, 2014: 70). Güleç'e (2014: 46-47) göre kısa reaktif bozukluk belirtileri birkaç saatten başlayıp, 2-3 haftaya kadar devam eden bir süreci kapsamaktadır. Psikotik nöbet olarak değerlendirilmekte ve bu dönemdeki davranışlar genellikle tuhaf olmakta ve anlaşılmalıdır. Stres sonrasında ani ortaya çıkan psikotik nöbet yaşayan birçok kişide strestin kaynağı olarak altta yatan başka bir bozukluk olabilmektedir.

2.2.6. Kişilik Bozuklukları

Akiskal vd. (1983)'e göre kişilik, huy ve karakterin birleşmesi sonucunda oluşan bir özelliktir. Fakat bu kavramlar genellikle birbirleriyle karıştırılan ve birbirlerinden farklı kavramlardır. Huy genetik olarak kodlanmış, yaşam süresince oldukça az değişime uğrayan yapısal özellikler anlamına gelmektedir. Karakter ise yaşanan çevre ve yetiştirilme tutumlarına bağlı olarak gelişen, öğrenilmiş, zamanla değişime uğrayabilen özellikleri ifade etmektedir. Bu durumda kişilik kalıtım yoluyla gelen huy ile kazanılmış özellikler olan karakterin birleşmesidir (Akt. Sayın ve Aslan, 2005: 277). Kişilik bir kişiyi diğer insanlardan farklı yapan o kişiye özgü kalıcı özellikleri ifade etmektedir (Özçetin, 2008: 9).

Kişilik ile ilgili en kapsamlı tanım Gordon Allport tarafından geliştirilmiştir: “İnsanın en ayırt edici özelliği onun bireyselliğidir. Onun gibi bir kişi dünyaya asla gelmemiştir ve bira daha gelmeyecektir” şeklinde tanımlamaktadır (Burger, 2006: 21) ve şu açıklamayı yapmıştır: Kişilik; “Kişinin çevreye özgün uyumunu belirleyen psikofizyolojik sistemlerden oluşan içsel dinamik bir organizasyon” dur. Bu açıklama ile Allport kişiliğin çevreye özgün uyumunu kişinin hayatı boyunca kendine özgü bir uyum içinde olmasını; psikofiziksel sistemlerden oluşmasını psikolojik ve biyolojik işlevlerin etkileşimi ile olmasını, içsel dinamik bir organizasyon olmasını ise kişiliğin sürekli değişim göstermesi ve gelişebilir olmasını ifade etmektedir (Akt. Aslan, 2008: 8). Kişinin bulunduğu toplumda kendi kültürüne göre uyum sağlayan davranış göstermesi beklenilmektedir. Ancak kişinin beklenen davranışlardan sürekli olarak sapmalar göstermesi, kişisel olarak sürekli rahatsızlık verecek nitelikte özelliklerinin olması, kişinin sosyal çevresiyle ilişkisinin bozulması, ekonomik işlevselliğin bozulması kişilik bozukluğu olarak değerlendirilmektedir. Kişilik bozuklukları çocuk çağlarında ya da ergenlik döneminde gelişmekte ve 20 yaş sonrasında kalıcı hal almaktadır (Güleç, 2014: 50; Şahin, 2009: 45).

Kişilik bozuklukları birçok değişik şekilde karşımıza çıkmaktadır. DSM-V'te kişilik bozuklukları 3 kategoride sınıflandırılmıştır. Sınıflandırma A, B ve C kümeleri şeklinde ana gruplara ayrılmaktadır.

- A Kümesinde başkaları tarafından yadırganan, tuhaf davranış özelliklerinin yer aldığı kişilik bozuklukları yer almaktadır. Bunlar; “Paranoid Kişilik

Bozukluğu”, “Şizoid Kişilik Bozukluğu”, “Şizotipal ya da Şizotip Kişilik Bozuklukları”dır.

- B Kümesi dramatik ya da duygusal yönü olan ve inişli çıkışlı düzensiz davranışlardan kaynaklı kişilik bozukluklarından oluşmaktadır. Bu alandaki bozukluklar; “Borderline (Sınır) Kişilik Bozukluğu”, “Narsistik Kişilik Bozukluğu”, “Antisosyal (Psikopat) Kişilik Bozukluğu”, “Histriyonik Kişilik Bozuklukları”dır.
- C Kümesinde kaygı ve korkuya dayalı nevrotik özelliklerden oluşan kişilik bozuklukları yer almaktadır. Bu kümedeki bozukluklar; “Bağımlı Kişilik Bozukluğu”, “Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu” ve “Kaçıncı Kişilik Bozukluğu” şeklindedir (Arıca ve Gençer 2018: 213-214; Gençtan, 2015: 246).

2.2.6.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

DSM-III-R’ye göre paranoid kişilik bozukluğu ilk yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Bu kişiler çevresi tarafından bilinçli olarak küçük düşürülmeye çalışıldığını, kendilerine yönelik tehditler yapıldığına inanmaktadır (Gençtan, 2015: 246). Sadock ve Sadock (2009) psikotik bozukluğu olan kişilerde paranoid kişilik bozukluğunun daha çok rastlandığını ve erkeklerde kadınlardan daha çok görüldüğünü ayrıca toplumun yaklaşık %0.5-%2.5’inde bu kişilik bozukluğu görüldüğünü belirtmektedir (Akt. Konduz, 2015: 13). Paranoid bozukluğu olan kişilerin temel özellikleri kuşkucu olmaları ve çevresindeki kişileri yanlış değerlendirmeleridir. Genel olarak eleştirilmek istemezler, aşırı kıskançtırlar, sorun çıkartan, çevresi tarafından desteklenmeyen sevilmeyen ve kişilerdir. Psikotik bozukluklardan şizofreniye benzer özellikleri olsa da paranoidlerin şizofrenide olduğu gibi sanrıları ve varsanıları olmamaktadır (Güleç, 2014: 56).

2.2.6.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu

Şizoid kişilik bozukluğu genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkmakta ve zamanla yapılaşmaktadır (Gençtan, 2015: 248). Kalus vd. ile Rauff şizoid kişilik bozukluğunun genel olarak toplumun %0.5-%7.5’inde yaygınlık gösterdiğini, daha çok evsizlerde bu rahatsızlığın görüldüğünü (yapılan çalışmalarda %14 oranında

evsizlerde yaygınlık gösterdiği) belirtilmiştir (Akt. Arıca ve Gençer, 2018: 214). Şizoid kişilik bozukluğu olan kişilerin özellikleri şu şekilde sıralanabilir; insanlarla yakın ilişki kurmak istemezler, ilgisiz davranırlar, yalnızlığı tercih ederler, yakın arkadaşları yoktur, sosyal açıdan zayıftırlar, mesafeli, soğuk ve donuk davranırlar, kendi iç dünyalarında yaşar iletişime kapalı özellikleri vardır, başkalarına karşı samimi değildirler, cinselliğe karşı ilgileri yoktur, öfkelenme ya da neşelenme gibi duygusal tepkilerini belli etmezler, başka kişilerden gelen olumlu ya da olumsuz eleştirilere karşı tepki göstermezler (Çakmak, 2014: 18; Gençtan, 2015: 248; Güleç, 2014: 46).

2.2.6.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Şizotip ya da şizotipal olarak adlandırılan kişilik bozukluğu ilk yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Kişilerin diğer insanlarla olan ilişkilerinde bozulmalar olmakta ve onların düşüncelerinde, dış görüntüsünde ve eylemlerinde tuhaflıkların meydana gelmesiyle oluşan kişilik bozukluğudur (Gençtan, 2015: 249-250). Bu kişilik bozukluğu Sadock ve Sadock (2009)'a göre genel olarak toplumun %3'ünde görüldüğünü ve erkeklerde daha yaygın olduğunu belirtmiştir (Akt. Konduz, 2015: 14). Şizotipal bozukluğu olan kişilerin özellikleri literatürde şu şekilde yer almaktadır: yakın ilişki kurduğu arkadaş-dost çevreleri yoktur, hiç tanımadığı topluluk içinde rahat edemezler, donuk kişilerdir, görüntüleri tuhaftır, davranışlarında tuhaflıklar vardır, anlamsız el-kol hareketleri yaparlar, sözcük dağarcığı gelişmemiştir ve konuşmaları soyut kavramlardan oluşur, detaycıdırlar, olaylara ya kişilere karşı kuşkucu davranırlar ve paranoid düşüncelere sahiptirler, uzaylıların dünyada olduklarına dair düşünceleri vardır ayrıca oldukça batıl inançlara sahipler; büyü, nazar, medyum, burçlara ve fala çok inanırlar ve telapati yaparlar (Akt. Arıca ve Gençer, 2018: 215; Çakmak, 2014: 18; Gençtan, 2015: 250; Akt. Konduz, 2015: 14; Şahin, 2009: 48). Şizotipal bozukluğu olan kişilerde zeki olanlar medyumluk yapar, tarot falı – fal bakar ya da uzayla ilgili kurumlarda çalışırlar, aydın olan şizotipal kişiler ise hayatlarını fallara, büyüye ya da burç yorumlarına göre düzenler (Şahin, 2009: 48). Genel olarak şizoid kişilikler ile şizotipal kişilikler birbirlerine benzeyen birçok aynı özellikleri bulunmaktadır, aralarındaki ayırım noktası şizotipal kişilikler daha çok şizofrenide görülen özelliklere sahip olmasıdır (Gençtan, 2015: 250).

2.2.6.4. Borderline (Sınır) Kişilik Bozukluğu

Borderline kişilik bozukluğu Sadock ve Sadock (2009) ve Köroğlu (2010)'na göre toplumun %2 ile %3 oranında ve daha çok kadınlarda görülen ruhsal bozukluktur. Psikiyatri bölümüne başvuran kişilik bozuklukların %30 ile %60'ını oluşturmaktadır. Genelde bu kişilik bozukluğu olan kişilerde psikiyatri bölümünde ikinci ruhsal bozukluk görülme oranı %90, üçüncü ya da daha fazla ruhsal bozukluk görülme oranı ise %40 civarındadır (Akt. Konduz, 2015: 15; Şahin, 2009: 50).

Bu kişilik bozukluğuna sahip bireylerde görülen özellikler yaygın olarak; sinirlilik, gerginlik, öfke görülmekte, tartışmacı, diğer kişileri küçük gören ve onlara karşı alaycı tavırları olan, hemen kızıp küsebilene, duygularında kararsızlık gösteren, öz benliğinde ve insan ilişkilerinde sürekli değişkenlik gösteren tutumları olan, gerçek ve hayali olarak iletişim içinde olduğu insanlar tarafından terk edilme korkusu olan, stres kaynaklı paranoid düşünceleri olan ve dissosiyatif belirtiler gösteren, özellikleri vardır (Arıca ve Gençler, 2018: 216; Çakmak, 2014: 19; Akt. Konduz, 2015: 15; Şahin, 2009: 50). Kendilerine zarar verecek derecede davranışları bulunmaktadır. Mesela kumar oynama, alkol ya da madde bağımlılığı, tutarsız para harcama, cinsel ilişki, riskli araba kullanma, tıka basa yemek yeme gibi davranışlar sergilemektedirler (Çakmak, 2014: 19; Şahin, 2009: 50). Borderline kişilik bozukluğu, kişilerin kendini boşlukta hissetmesi ve depresyon bunalımı yaşamaması sonucunda intihar girişimlerinde bulunan ve tekrar tekrar intihar eylemi gerçekleştirmeleri nedeniyle ciddi bir ruhsal kişilik bozukluğudur (Aydemir, vd., 2006: 7; Çakmak, 2014: 19; Şahin, 2009: 50).

2.2.6.5. Narsistik Kişilik Bozukluğu

Narsistik kişilik bozukluğu kendisine karşı olağanüstü beğenisi olan ancak diğer kişilere karşı aşırı umursamaz davranan ve başkalarını aşağılayan kişilik bozukluğu olarak ifade edilmektedir (Doğan, Uğurlu ve Canat, 2007: 53). Toplumda görülme yaygınlığı Şahin'e (2009) göre %2 ile %6 oranlarında iken, Konduz'un (2015) çalışmasına göre %1 şeklindedir ve Konduz psikiyatrik kliniklerinde %2 ile %16 oranlarında yaygınlık gösterdiğini ve erkeklerde daha çok görülen kişilik bozukluğu olduğunu belirtmektedir (Konduz, 2015: 16; Şahin, 2009: 51). Patolojik olarak

narsistik kişilik özellikleri ilk olarak “Tanrı Karmaşası” adlı tabloda Jones tarafından yayınlamış ve bu eserde “Kendi güç ve bilgisine aşırı değer verme, güçlü fanteziler, yeni bilgilere açık olmama, sevilme, övülme, aşırı tutku ve başkalarının zamanına değer vermeme” şeklindeki özelliklere değinilmektedir (Akt. Atay, 2009: 183-184). Ozan, vd., (2008: 25) çalışmasında narsistik kişilik bozukluğu ile ilgili olarak “Psikanalizin son 30 yılda üzerinde en fazla durduğu çalışma alanı” olduğunu belirtmektedir.

Narsistik kişilik bozukluğuna sahip olan bireylerin özellikleri şu şekildedir: abartılı olarak kendilerini yetenekli ve benzersiz olduğuna inanırlar, inanılmaz başarılı, zeki, güçlü ve kusursuz olduklarıyla ilgili sürekli düşünür, sadece özel ve yüksek mevkideki insanlar tarafından anlaşılacağına inanırlar, kibirli, empati yeteneği olmayan, eleştirilere karşı kapalı, kendisi mükemmel olan ve kendine tapma gibi kişilik özellikleri bulunmaktadır (Çakmak, 2014:19; Şahin, 2009: 52).

2.2.6.6. Antisosyal (Psikopat) Kişilik Bozukluğu

Antisosyal kişilik bozukluğu DSM IV’e göre; 15 yaş itibariyle ortaya çıkan, başka kişilerin haklarını önemsemeyen ve kişisel haklarına saldırı yapılan örüntü olarak değerlendirilmektedir (Elyas, 2008: 18). Sadock ve Sadock (2009) toplumda görülme yaygınlığının kadınlarda %1 iken, erkeklerde %3 ile %7 civarında olduğunu ve hapisane mahkumlarının yaklaşık %75’inde görülebildiğini belirtmektedir (Akt. Konduz, 2015: 14).

Geçmiş dönemlerde “psikopat” olarak adlandırılırken bu terim ilerleyen dönemlerde toplumsal değerlendirilmesi nedeniyle “sosyopat” olarak adlandırılmış ve APA 1968’de yayınlanan DSM-II de “antisosyal kişilik” olarak tanımlamış ve 1980 de yayınlanan DSM-III te “antisosyal kişilik bozukluğu” olarak tanımlanmıştır, ancak son dönemlerde psikiyatri alanında “psikopat” terimi literatürde yeniden kullanılmaya başlanmıştır (Gençtan, 2015: 260). Kişilik bozuklukları arasında geçerlilik anlamında en kapsamlı araştırma bu alanda yapılmaktadır (Elyas, 2008: 18).

Antisosyal kişilik bozukluğunun yapılan araştırmalarda sosyoekonomik seviyesi düşük gruplarda daha yaygın görüldüğü ve alkolizm ile ciddi ilişkisi olduğu

belirtilmektedir. Bu kişilik bozukluğu teşhisi alan ve alkolizm olan kişilerin ailelerinde genel topluma göre 5 kat daha yaygınlık gösterdiği belirtilmektedir (Arıca ve Gençler, 2018: 215; Akt. Konduz, 2015: 14).

Antisosyal kişilik bozukluğuna sahip olan bireylerin özellikleri şu şekildedir: başka kişilere karşı empati kuramayan ve diğer kişilerin haklarını sabote eden, çevresindeki kişilere zarar veren, tekrar tekrar suç işlemeye meyilli (dolandırıcılık, hırsızlık, gasp, uyuşturucu ticareti vs. yapan), işledikleri suçlardan ders almayan, pişmanlığı olmayan, yüzeysel yaşayan, ciddi boyutta sorumsuz olan, yalan söyleyen, başkalarını kandırmaktan zevk alan, abartılmış öz benliğe sahip aynı zamanda bencil ve acımasızca davranan kişilik özellikleri bulunmaktadır (Arıca ve Gençler, 2018: 215; Çakmak, 2014: 20; Şahin, 2009: 49; Yıldırım ve Türeli, 2015: 98-99).

2.2.6.7. Histrionik Kişilik Bozukluğu

Histrionik kişilik bozukluğu genel olarak aşırı duygusal aynı zamanda da ilgi odağı olmak isteyen kişilerde yetişkinlik döneminden itibaren görülen ruhsal bozukluktur (Akt. Arıca ve Gençler, 2018: 216; Gençtan, 2015: 262). Köroğlu ve Bayraktar (2010) toplumda %2 ile %3 oranlarında yaygınlık gösterdiğini ayrıca kadınlarda daha yaygın görüldüğüne dair bilgi olsa da kesinlik kazanmamış tartışmalı bir durum olduğunu ifade etmektedir (Akt. Konduz, 2015: 15). Bu kişilik bozukluğu ile birlikte stres karşısında somatoform, duygudurum, histerikevroz ve alkolizm bozuklukları görülmektedir (Güleç, 2014: 54; Akt. Konduz, 2015: 15-16).

Histrionik kişilik bozukluğu olan bireylerde görülen özellikleri şu şekilde sıralayabiliriz: başkalarına karşı olumlu ya da olumsuz duygularını abartılı olarak yansıtan bu kişiler başkaları tarafından önemsenmeyi ve telkin edilmeyi bekleyen, ciddi boyutta dramatik aynı zamanda görüntüsü ve davranışlarıyla dikkat çekici bir şekilde baştan çıkarıcı davranışlar sergileyen, teşhirci ve cinsellik konusunda uygunsuz boyutta tahrik edici eylemleri olan, başkalarından çabucak etkilenen ve başkalarını etkilemek için konuşan, sürekli övülmek isteyen, ilgi bekleyen ilgi odağı olmadığı durumlarda rahatsız olan, duyguları birdenbire değişen (kahkaha atarken ağlayabilen), içten olmayan, çocuksu davranışlar sergileyen, bencil kişilik

özellikleri bulunmaktadır (Arıca ve Gençer, 2018: 216; Çakmak, 2014: 19; Güleç, 2014: 51-52; Gençtan, 2015: 262-263; Şahin, 2009: 51).

2.2.6.8. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Bağımlı kişilik bozukluğunun genel davranış örüntüsü uysal yapıya sahip, yapışkan, başkaları tarafından ilgilenilmenin gereksinim olarak hissedildiği, ayrılma ya da kaybetme korkularıyla diğer kişilerin üstüne oldukça titreme, itaat etme davranışları şeklindedir ve bu kişilik bozukluğu genç erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır (Doksat, 2008: 253;. Yakın, 2014: 1). Genel popülasyonda %2.5 civarında yaygınlık göstermekte ve kişilik bozukluklarının %14'ünü oluşturmaktadır. Öz-bildirim ölçek çalışmalarında kadınlarda daha fazla görüldüğüne yönelik bulgular olsa da, profektif ölçek çalışmalarında bağımlı kişilik bozukluğunun görülme sıklığının cinsiyetler arasında fark olmadığına yönelik bilgiler yer verilmektedir (Yakın, 2014: 1).

Bağımlı kişilikler genel olarak başkaları tarafından kabul görmek için cömert, sıcak ve aşırı saygılı davranış sergilemektedir, ayrıca tek başına karar veremeyen, her zaman başkasının desteğiyle hareket eden, özgüveni yetersiz, önemli sorumluluklarını başkasının desteğiyle alabilen, destek aldığı kişiyle farklı düşünceleri olsa da o kişiyi kaybetmemek için açıkça düşüncesini dile getiremeyen, hayatıyla ilgili konularda tek başına karar veremeyen, pasif, kendine güveni olmayan kendini eleştiren, özellikleri bulunmaktadır (Arıca ve Gençer, 2018: 217; Güleç, 2014: 55; Konduz, 2015: 17; Şahin, 2009: 53).

2.2.6.9. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Takıntılı ve zorlantılı kişilik bozukluğu olarak da adlandırılan obsesif kompulsif kişilik bozukluğu istemsiz olarak ve zorlantılı bir şekilde kontrol edilemeyen sürekli tekrarlayan düşünce ve davranış kalıplarına takılma şeklinde ifade edilebilir (Kocakula ve Altunoğlu, 2018: 116). Köroğlu ve Bayraktar (2010) ile Sadock ve Sadock (2009) obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun genel olarak toplumun %1'inde görüldüğünü, klinikte tedavi gören ve ayaktan hastaların %3 ile %10'u arasında olduğunu ve cinsiyet olarak erkeklerde daha yaygın olduğunu

belirtilmektedir (Akt. Konduz, 2015: 18; Şahin, 2009: 53). Genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkan bu kişilik esneklikten ödün vermeyen, mükemmeliyetçi, aşırı düzenli olma özellikleri ile karakterizedir (Bozok, 2016). Balck ve ark. obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerin %71'inde orta ve şiddetli olarak obsesif kompulsif kişilik bozukluğu görüldüğü belirtilmektedir (Akt. Türksoy, Tükel ve Özdemir, 2000: 93).

Obsesif kompulsif kişiliklerin genel özellikleri; yapılması gereken bir işin tamamlanmasını zorlaştıracak derecede mükemmeliyetçi olan, koyduğu kurallara diğer kişilerin uygulamasını bekleyen aksi taktirde bu kişilere karşı hoşgörüsü olmayan, para tutma ya da harcama konusunda cimri davranan, aşırı tutumlu, duygusal yönü zayıf, ahlaki değerleri önemseyen, boş zamanlarını yeni bir şey üretmekle geçiren, işine ve sorumluluklarına bağlı, eskimiş ya da kullanmadığı eşyalarını bir gün kullanırım düşüncesiyle atmayan eşyalarına bağlı, sosyal ilişkilerinde kısıtlı, sürekli program yaparak hareket eden spontane eylemlerden uzak duran kişilikler şeklindedir (Arıca ve Gençler, 2018: 217-218; Akt. Konduz, 2015: 18; Şahin, 2009: 54).

2.2.6.10. Kaçınan (Çekingen) Kişilik Bozukluğu

Kaçınan ya da çekingen kişilik bozukluğu ile ilgili kuramsal bilginin yetersiz olduğu ve şizoid kişilik bozukluğu tanısıyla benzerlik gösterdiği ve bu nedenle kaçınan ve şizoid kişiliklerin ayrımının net yapılamaması tartışma konusu olmuştur (Gençtan, 2015: 272). Genel olarak kaçınan kişilikler ürkek davranışları olan, kendini yetersiz hisseden, sosyal ilişkilerde aşırı duyarlı olan reddedilme korkuları yüksek olduğu için insanlarla yakın ilişki kurmaktan kaçınan davranışlar sergilemektedir (Gençtan, 2015: 272; Güleç, 2014: 55; Akt. Konduz, 2015: 17). Toplumda görülme yaygınlığı %0.5 ile %1 arasındadır, klinik olarak %10 yaygınlık göstermektedir (Şahin, 2009: 52).

Kaçınan kişiliklerin genel özellikleri; eleştirilme, rezil olma, kabul görmeme, dışlanma ya da beğenilmeme korkusuyla insanlarla ilişki kurmaktan kaçınan, öz benlik saygısı düşük, kendilerini yetersiz olarak gören, utangaç, konuşmaları saçma değerlendirileceği korkusuyla yüz kızarması, ses titremesi, ağlama korkusuyla gergin davranışlar sergileyen, alıngan kişiliklerdir (Arıca ve Gençler,

2018: 217; Çakmak, 2014: 20; Doksat, 2008: 253; Akt. Konduz, 2015: 17; Şahin, 2009: 53).

2.2.7. Cinsel Davranış Sapmaları (Parafililer)

Cinsel davranış sapmaları ya da sapkın cinsel davranışlar literatürde “parafililer” olarak tanımlanmaktadır (Akbaş, 2012: 2). Eski yunanca kökenli bir kelime olan “parafili= par-aphilia”: “para” yani “ötesinde, çarpıtılmış ya da hatalı” anlamına gelen ve “philia” yani “sevgi, sevi” anlamına gelen sözcüklerin bir araya gelmesiyle oluşan bir kavramdır. Joyal (2018)’e göre psikiyatri alanında kullanılan parafili “anomali” cinsel ilgiyi tarif etmektedir (Akt. Duman, 2018:1287).

Parafili “standart olmayan veya olağan olmayan cinsel ilgi” olarak tanımlanmakta ancak parafilik davranışlar için standart bir tanımlama bulunmamakta bu nedenle betimsel açıklamalar yapılmaktadır (A.g.e.:1287-1288).

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD)’a göre normal cinsel davranışın kişilerin cinsel birlikteliklerinden cinsel haz almaya yönelik olduğunu, ancak bu davranışın sürekli tekrarlayıcı şekilde sapma göstermesi cinsel davranış sapmaları olarak değerlendirilmektedir (Cetad, 2006: 61). Diğer bir ifadeyle parafililer kişinin cinsel uyarılma yaşamak için nesnelere kullanması, cinsel dürtülerini harekete geçirecek eylemlerde bulunması ve bunları yineleyici davranışlarla tekrarlama olarak açıklanmaktadır (Ertekin, vd., 2013: 70).

Cinsel sapkınlar ile ilgili birçok kavram ya da tanımlama bulunmaktadır ancak bu çalışmamızda yaygın olarak literatürde yer alan cinsel sapkın davranışlara yer verilmektedir. Bunlar; “Göstermecilik”, “Gözetlemecilik”, “Fetişizm”, “Pedofili”, “Transvestizm”, “Sadizm ve Mazoşizm” (Gençtan, 2015: 213-226).

2.2.7.1. Göstermecilik (Eksibisyonizm)

Göstermecilik cinsel sapkın davranışı teşhircilik ve eksibisyonizm kavramlarıyla da literatürde yer almaktadır. ICD 10’a göre bu sapkın davranışa sahip kişiler cinsel organını habersiz bir şekilde karşı cinsteki ya da yabancı kişilere inatçı bir şekilde göstermeye çalışmaktadır, bu cinsel sapkınlığı olan kişiler zorla bedensel bir ilişkide bulunmamaktadır (Geyran, Özdemir ve Uygur, 1994: 27).

2.2.7.2. Gözetlemecilik (Voyerizm)

Cinsel davranış sapkınlıklarından biri olan gözetlemecilik literatürde röntgencilik ve voyerizm kavramlarıyla da karşımıza çıkmaktadır. APA (2013) gözetlemecilik davranışının en az 6 ay süre zarfında kişinin düşüncelerinde ya da davranışlarında ortaya çıkan, karşısındaki kişinin bilgisi olmadan o kişiyi soyunur-giyinirken, çıplak ya da cinsel birliktelik halindeyken tekrarlayıcı bir şekilde gözetlemesi ve bunun sonucunda cinsel uyarılması şeklinde tanımlamaktadır (Akt. Tetik ve Başar, 2014: 34).

2.2.7.3. Fetişizm

Fetişizm davranışında görülen cinsel sapkınlık eylemleri kişinin cansız nesnelere üzerinde yoğun cinsel uyarılma yaşaması ve onu cezbeden eşyalarla fantezilerinin olması ve cinsel dürtülerinin tekrarlayıcı davranış örüntüsüyle ortaya çıkmasıdır. Söz konusu olan nesnelere en çok tercih edilen eşyalar kadınlara ait iç çamaşırı, kıyafet, ayakkabı, çoraptır. Fetişizm olan kişiler bu eşyalara özel bir anlam yükler ve dokunarak, öperek, koklayarak cinsel haz yaşamaktadır (Ertekin, vd., 2013: 70).

2.2.7.4. Pedofili

Cinsel davranış sapmalarından bir diğeri olan pedofili yetişkin bireyler tarafından ergenlik çağına gelmemiş çocuk ya da çocuklarla cinsel içerikli davranışların sergilenmesi olarak tanımlanabilmektedir. Ancak bu eylemlerin pedofili olarak değerlendirilmesi için cinsel sapkınlık eyleminin en az 6 ay süre zarfında gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Erdoğan, 2010: 132). DSM-V' e göre eylemin pedofli olarak değerlendirilebilmesi için eylemi uygulayan kişinin 16 yaşında/ 16 yaşından büyük olmalı ya da kurban olarak seçtiği çocuğun kendisinden en az 5 yaş küçük olması gerektiği tanımlanmıştır (Akt. Bulut, 2016: 282).

Genel olarak bu cinsel sapkınlık davranışı 40-70 yaş arasındaki erkekler tarafından gerçekleştirilmekte ve çocuğa yönelik sözel cinsel istismar, çocuğa cinsel organlarını gösterme ya da çocuğun bedenine sürme, cinsel içerikli dokunma ya da

okşama, çocuğu soyarak onun bedenini izleme, çocuğu cinsel birlikteliğe tanık etme, oral sekse zorlama gibi eylemler uygulanmaktadır (Erdoğan, 2010: 132).

2.2.7.5. Transvestizm

Cinsel davranış sapmalarından olan transvestizm bazı kaynaklarda transvestik fetişizm olarak da kullanılmaktadır. Bu davranış sapkınılığı ergenlik döneminde ya da ergenlik öncesinde kişilerin gizlice karşı cinsiyete ait giysiler kullanması ve davranışlar sergilemesiyle ortaya çıkmaktadır (Güney, Ceylan ve Şener, 2011: 183). Transvestizm kadın ve erkeklerin karşı cinsleri gibi görünmeye yönelik isteklerinin karşı cinsiyete ait giyim eşyalarını kullanma davranışlarında bulunarak ortaya çıkan cinsel sapkın davranış olarak değerlendirilmektedir (İnceler, 1991: 112). Yolcu (2012: 180) ise transvestizmi özetle şu şekilde tanımlamaktadır: “karşı cins gibi giyinme, karşı cinsle özgü davranış kalıplarına sahip olma demektir”. Akbaş (2012: 3) çalışmasında transvestizmin heteroseksüel erkeklerde cinsel uyarılma olması için kadın giysileri kullandıklarını, bazı erkeklerin tek çeşit kadın giysisi kullandığını bazı erkeklerin ise komple kadın gibi giyinip, makyaj yaptığını ifade etmektedir.

2.2.7.6. Sadizm ve Mazoşizm

Cinsel davranış sapmalarından cinsel sadizmi açıklamak için sadizm kavramını ele aldığımızda ilk kez Krafft tarafından yapılan tanımlamaya göre başkası tarafından küçük düşürülme, ağrı ya da yara oluşturarak kişinin orgazm olmasını sağlayacak cinsel doyum şeklinde ifade edilmektedir ve sadizm terimini “normal davranışlar” dan “canice davranışlar” a kadar geniş boyutta çalışmıştır (Güdücü, 2016: 35; Akt. Kılıç ve Balcıoğlu, 2012: 59). DSM V ölçütlerine göre cinsel sadizm “düşlemler, itkiler ya da davranışlar olarak kendini gösteren, bir başkasına bedensel ya da ruhsal acı çektirmekten, yineleyici bir biçimde, cinsel olarak uyarılma” olarak tanımlanmakta ve en az 6 aylık zamanda tekrarlayıcı özelliğinin olduğu belirtilmektedir (Akt. Eker, 2016: 9).

Mazoşizm ise cinsel açıdan uyarılmaya yönelik cinsel fantezi, dürtü ve davranışlarının aşağılanma, kırbaçlanma, tokatlanma gibi acı veren eylemlerle tekrarlayıcı olarak en az 6 aylık zaman diliminde yaşanmasıdır (Güdücü, 2016: 35).

Sadizm ve mazoşizm kavramların bütün olarak kullanılmasıyla literatürde “Sadomazoşizm” kavramına yer verilmektedir (Eker, 2016: 8). Sadomazoşizm ile ilgili davranışlar Moser (1988) tarafından “esaret”, “fiziksel disiplin”, yoğun uyarım”, duygusal yoksunluk” ve “vücut modifikasyonu” kavramlarıyla tanımlanmaktadır (A.g.e.: 11).

2.2.8. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsellik üzerine yapılan çalışmalar 20. yy da önem kazanmıştır ve insan davranışlarında cinsellik eylemleri ile ilgili en kapsamlı çalışma Kinsey arkadaşlarıyla birlikte 1953 yılında gerçekleştirmiş ve 1965 yılında Masters ve Johnson cinsellik ile ilgili bilimsel yeniliklere yer verilen “İnsanda Cinsel Davranış” kitabını yayınlamıştır (Gündüz, 2015: 10). Masters ve Johnson cinsel uyarımı harekete geçiren cinsel tepkinin 4 evrede gerçekleştiğine yönelik tanımlama yapmıştır. Bu evreler sırasıyla şu şekildedir:

- Uyarılma Evresi: Cinselliğin ilk evresinde kadın ve erkekte cinsellik üzerine duygu ve düşüncelerin belirlenmesi ile cinsel organın uyarılmasıdır.
- Plato Evresi: Cinsel organının uyarılması eyleminin etkili bir şekilde devam etmesi, cinsel hazzın artmasıyla plato evresine geçiş olur. Plato evresinde cinsel istek artış gösterir ve şiddetini arttırarak orgazm olunan seviyeye gelene kadar sürer.
- Orgazm Evresi: Cinsel hazzın en üst seviyeye ulaştığı, cinselliğin yoğun yaşandığı evredir. Cinsel hazzın çok yoğun olmasıyla kadın ve erkek cinsel organlarında kasılmalar oluşur.
- Çözülme Evresi: Kadın ve erkeğin orgazm olmaları ya da cinsel hazda en üst seviyeye ulaşamamaları durumunda cinsel organın ve vücutta oluşan fiziksel tepkilerin dakikalar içinde eski haline dönmesidir (İncesu, 2004:3).

Cinsellikle ilgili bu 4 evreye ek olarak H. Singer Kaplan 1979 yılında “cinsel istek” kavramını da eklemiştir (Gündüz, 2015: 10). Cinsel istek klinik olarak önemli bir süreç olarak değerlendirilmesi ve çözülme evresinin ise önemsiz olarak kabul görmesiyle cinsel işlevlerin “cinsel istek”, uyarılma” ve “orgazm” evrelerinin tamamlanmasıyla gerçekleştiği kabul edilmiştir. Bu durumda cinsel işlev bozukluğu da bu evrelerin işlevlerini tamamlayamaması nedeniyle ortaya çıkan bir bozukluk

olarak değerlendirilmektedir. Cinsel işlev bozukluğu, cinsel işlevlerde yer alan evrelerinin her birine karakterize olmuş farklı sendromlarla ortaya çıktığı kabul edilmektedir (İncesu, 2004:3).

DSM IV-TR kriterlerine göre cinsel işlev bozuklukları cinsel işlevin gerçekleşmesini sağlayan yani cinselliğe yanıt veren istek, uyarılma ve orgazm evrelerinin fiziksel ve ruhsal olarak bozulmasıyla meydana gelir ve kişinin ya da ilişkilerinde sıkıntı yaşanmasına neden olmaktadır (Doğan, 2011: 83). Dünyada çeşitli cinsel işlev bozukluklarının rastlanma oranlarının incelendiği çalışma sonucunda kadınlarda ve erkeklerde her üç kişiden birinde yaşam döngüleri boyunca en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları açıklanmaktadır (İncesu, 2004: 7).

Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu, cinsel istekte azalma olması ve fiziksel ve ruhsal değişikliklerin yaşanması sonucunda kişide rahatsızlık yaratacak sıkıntıya neden olması ve bireysel ilişkilerinde güçlük yaşanması durumudur (Mert ve Özen, 2011: 86).

Kadınlarda görülen cinsel işlev bozuklukları;

- Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu: Cinsel işlevin birinci evresinde görülen bu bozuklukta, kadınların cinselliğe yönelik geliştirdikleri cinsel fantezileri yoktur ve cinsel birlikteliğe karşı istekleri azalmış ya da tamamen isteksiz olmaları durumudur.
- Cinsel Uyarılma Bozukluğu: Cinsel işlevin ikinci evresinde görülmektedir. Kadınlarda cinsel birliktelik sırasında sürekli ve tekrarlayıcı olarak cinsel organında uyarılma yeterli değildir ya da uyarılma gerçekleşmiş olsa da birlikteliğin sonuna kadar devam eden uyarılmanın olmaması durumudur.
- Orgazm Bozukluğu: Cinsel işlevin kabul görmüş son evresinde görülmektedir. Cinsel birliktelikte uyarılma sonrasında orgazm olmakta gecikmenin gerçekleşmesi ya da orgazma ulaşamaması durumudur.

Erkeklerde görülen cinsel işlev bozuklukları;

- Sertleşme Bozukluğu: Cinsel istek bozukluğun olması ya da erken boşalma sorunuyla ortaya çıkabilen, cinsel etkinlik ya da birliktelik sırasında cinsel organında sertleşmenin yetersiz olması ya da orgazm olma işlevine kadar

sertleşmeyi sürdürememesine yönelik cinsel işlev bozukluğu durumudur. Genellikle anksiyete bağlı olarak sertleşme bozukluğu yaşanmaktadır. Erkek cinsel etkinlikte başarısız olacağı ya da performansının düşük olacağına dair kaygı durumu yaşayabilmektedir.

- Erken Boşalma: Cinsel etkinlik sırasında cinsel organının uyarılmasının çok kısa sürede gerçekleşmesi ve orgazma seviyesine ulaşarak boşalmanın gerçekleşmesi durumudur.
- Orgazm Bozukluğu: Cinsel etkinlik ya da birleşmenin cinsel uyarılma evresinden sonra erkek orgazm seviyesine gelmeyi ve cinsel hazza ulaşmayı amaçlar, ancak orgazm olunacak aşamaya geldiği zaman orgazm olmakta sürenin uzaması ya da orgazm olamaması durumudur (Doğan, 2011: 83).

2.2.9. Psikoaktif Madde Bağımlılıkları

Psikoaktif madde kişinin merkezi sinir sistemine etki ederek beyinin gerçek işlevinin geçici olarak değiştirmesine ve bu süreçte kişinin algısında, ruh yapısında, zihinsel eylemlerinde ve fiziksel davranışlarında değişim yaşamasına neden olan kimyasal maddelerdir (Başak, 2013: 5). Psikoloji Sözlüğü'ne göre "Madde" olarak kastedilen kavram ise kişilere sarhoşluk veren, kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına olumsuz etki eden alkol ve uyuşturucular olarak değerlendirilmektedir (Başkurt, 2003: 74-75).

DSM V'e göre psikoaktif madde bağımlılığı ise kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığına zarar veren, sosyal ilişkilerinde ve gündelik hayatlarında sıkıntı yaşamalarına neden olmasına rağmen istekleri doğrultusunda kendilerine engel olamadan madde kullanımına yönelik eylemlerini devamlı olarak tekrarlamasıdır. Psikoaktif madde kullanımı artıkça maddeye yönelik bağımlılık da artmakta ve kişide bedensel gerilmelere neden olmaktadır (Karaaziz ve Keskindağ, 2016: 138). Psikoaktif maddelerden sigara ve alkol en yaygın olarak kullanılan maddelerdir, bunların devamında diğer uyarıcı maddeler yer almaktadır (Ulukoca, Gökgöz ve Karakoç, 2013: 230).

Madde kullanımına bağımlı kişiler geçmiş dönemlerde günahkar ya da suçlu olarak değerlendirilirken bu konuyla ilgili olarak yapılan bilimsel çalışmalar sonucunda Dünya Sağlık Örgütü 1951 yılı itibarıyla madde bağımlılıklarını "hasta"

kategorisinde ele almaya başlamıştır (Güleç, Köşger ve Eşsizoğlu, 2015: 449). Ancak bilimsel açıdan ruhsal bozukluk olarak değerlendirilmesine karşın toplumsal açıdan psikoaktif madde bağımlıları birçok ülkede ahlaki yönü düşük, kişiliği zayıf, suç eğilimli kişiler olarak değerlendirilmeye devam etmekte ve bağımlılığı olan kişiler bu değer yargılarından dolayı toplumsal statü kaybı, toplumdan dışlanma ya da iş bulmada güçlük çekme gibi durumlar yaşamaktadır ve bu toplumsal baskı bağımlılarda yaralı/ lekeli benlik oluşmasına neden olmaktadır (Akt. Arıkan, vd., 2004: 53).

2.2.9.1. Alkol Bağımlılığı

Alkol bağımlılığı ya da alkolizm psikoaktif madde bağımlılıkları arasında sigara kullanımından sonra en yaygın görülen bozukluklardandır ve günümüzde alkol bağımlılıklarında artış olduğu belirtilmektedir (İnce, Doğruer ve Türkçapar, 2002: 82). Alkol bağımlılığı kadınlarda %3.5 ve erkeklerde %10 oranında yaygınlık göstermektedir (Özpoyraz, Tamam ve Şentürk, 1998: 59).

Alkol bağımlılığı ile ilgili yapılan araştırmalara baktığımızda Prof. Dr. Magnus Huss'un 1856 yılında ilk kez "alkolizm" kavramını kullanmış olduğunu görmekteyiz. Huss alkolizmi ispiroto içerikli maddelerin bütün bozukluklara neden olması şeklinde açıklamakta ve akut alkolizm ve kronik alkolizm olarak ikiye ayırmaktadır (Akt. Maden, 1991: 196). Akut alkolik kişinin içki içmeye yönelik dürtüsünün gelmesi sonucunda iradesini kullanmadan içkiye başvurması; kronik alkolik ise içki kullanımını alışkanlık haline kişilerin kendisine, ailesine ve topluma zarar vermesine rağmen bu alışkanlıktan kurtulmaya yönelik çabası olmayan, iradesine hakim olamayan kişilerdir (A.g.e.: 197).

Arıkan (2012: 105) Sağlık Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu "Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı"nda WHO'nun açıklamış olduğu alkol kullanım bozukluklarını; "psikotik bozukluk", "kalıntı veya geç başlayan psikotik bozukluk", "bağımlılık sendromu", "amnezik sendromu", "zararlı kullanım", "akut zehirlenme", "yoksunluk durumu", "yoksunluk durumu deliryum ile birlikte" ve "başka ruhsal ve davranışsal bozukluk" olarak belirtmektedir. Bu bilgilere ek olarak Bozkurt, vd., (2003: 124), çalışmasında alkol bağımlılarında genelde depresyon ile birlikte anksiyete ve kişilik bozuklukları görüldüğünü ve bağımlıların

%53'ünde ek ruhsal bozukluklar olduğu ifade etmektedir. Ayrıca Kushner, vd,'nin çalışmasında kronik alkolizmlerde sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi ve panik atak bozukluklarının görüldüğü bilgisine yer vermektedir.

2.2.9.2. Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığı kişinin beyin işlevini, algısını, zihinsel eylemlerini ve duygudurumunda değişiklik yaşamasına neden olan, kişiye kullandığı zaman haz ve mutluluk veren ilaç özelliğine sahip kimyasal maddeleri sürekli kullanma ihtiyacı duyması, kullanmadığı dönemlerde yoksunluk yaşaması nedeniyle davranış bozukluğuna neden olan ruhsal bozukluktur. (Ceyhun, Oğuztürk ve Ceyhun, 2001: 87; Ersöğütçü, 2015: 5).

Madde bağımlılığına neden olan kimyasal maddeler: yasa dışı olarak kullanılan esrar, eroin, kokain; yasal olarak reçete ile verilen amfetamin, diyazem, zanax, benzodiazepin, sedatif, hipnotik ilaçlar; alkol, sigara, ecstasy; halüsinojenler sınıfında yer alan liserjik asid dietilamid mescaline, psilocibin, dimetil triptamin, dietil triptalmin, dimetoksi metilamfetamin, uçucu özelliği olan (bali, tiner) gibi kafa yapıcı maddelerdir (Ceyhun, Oğuztürk ve Ceyhun, 2001: 87; Ersöğütçü, 2015: 5).

DSM IV tanı kriterlerine göre madde bağımlılığı kişinin gündelik hayata olan uyumunu bozmasına neden olacak, klinik tedavi görmesini gerektirecek şekilde madde kullanımının olması ve 1 yıl devam eden alışkanlığın olması sonucunda aşağıda yer alan maddelerden en az üçünün bulunması durumudur.

- Direnç artımı olması yani kişinin madde kullanımı isteğine karşı rahatlamak için maddeyi daha fazla kullanmaya yönelik tolerans gelişiminin olması,
- Yoksunluk hissetmesi, kişinin kullandığı maddeye yönelik yoksunluk belirtisi yaşaması ve madde kullanımını devam ettirmesi,
- Madde kullanımını planladığı süreden ve planladığı şekilden daha fazla almaya ihtiyaç duyması,
- Madde kullanımını denetlemek ya da madde kullanımını bırakmak için 1 yıl süre içinde çaba göstermesi,

- Maddeye ulaşmak, sahip olmak için uzun zaman harcaması,
- Maddenin etkisi altında kalması ve bu nedenle rutin işlerini aksatması,
- Bedensel veya ruhsal sorunu gidermek amacıyla ilaç kullanmasına rağmen, madde kullanımını devam ettirmesi (Bayar ve Yavuz, 2008: 224).

Bağımlılık yapan maddelerin kullanılmasıyla birlikte kişinin yaşamında aşağıdaki süreçler meydana gelmektedir:

- Madde alımının gerçekleşmesiyle birlikte bağımlılığın davranış, düşünce ve duygudurumunda değişim meydana gelir.
- Madde alan kişi kısa sürede rahatlama yaşar ve bunun etkisiyle gerçeklerden uzaklaşır (kullandığı maddeye göre sarhoşluk, hoşnut olma, keyif alma, uyarılma etkisiyle hayal dünyasına geçer).
- Madde kullanan kişi maddeden aldığı hazzı tekrar yaşamak adına zorluklara rağmen büyük bir istekle madde bulma arayışına içine girer.
- Madde kullanan kişi aldığı maddenin miktarını ve kullanım sıklığını zamanla arttırma ihtiyacı duyar.

Bu süreçlerden geçen kişide maddeye bağımlılık gelişmektedir (Arıkan, 2012: 247).

2.2.10. Organik Ruhsal Bozukluklar

Organik ruhsal bozukluklar herhangi bir sebepten dolayı kişinin beyin işlevlerinde yaygın bozulma olması nedeniyle kişinin düşünce, algı, davranış ve duygularında değişim yaşamasına bağlı ortaya çıkan ruhsal bozukluktur. Genellikle merkezi sinir sisteminin bozulması, fiziksel rahatsızlıklar, zehirlenme, beyin travması, iltihaplanma, ciddi hastalıklar gibi nedenlerin yaşanması organik ruhsal bozukların oluşmasına sebep olmaktadır (Güleç, 2014: 57).

Organik ruhsal bozukluklar Deliryum ve Demans olarak iki farklı bozukluk şeklinde değerlendirilmektedir.

2.2.10.1. Deliryum

Kişinin beyin işlevlerinde ani başlayan, değişik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan duygu durum, düşünce, bilinç, algı, bellek ve uyku-uyanıklık döngüsü işlevlerinin

bozulmasıyla karakterize olmuş organik beyin sendromu olarak değerlendirilmektedir (Güner ve Geenen, 2007: 37; Kaya, Sönmez ve Barlas, 2013: 70; Akt. Onur ve Cimilli, 2003: 127).

Deliryum hastanelerde tedavi gören kişilerin yaşadığı nöropsikiyatrik bir bozukluk türüdür; başlı başına bir hastalık değildir, hastanede tedavi gören insanların başka hastalıklarından dolayı ortaya çıkan akut ruhsal bozukluktur, klinik sendrom olarak değerlendirilmektedir (Dönmez, Gündoğar ve Demirci, 2007: 718; Kaya, Sönmez ve Barlas, 2013: 70;).

Wise ve Trezepacz (1996) çalışmasında yatan hasta gruplarında %11 ile %16 oranında yaygınlık gösterdiğini belirtmektedir. Kalp cerrahi operasyonu geçirmiş 47 hasta üzerinde araştırma yapılmış ve demans, HIV enfeksiyonu olan, kalp ameliyatı geçirmiş, yanık tedavisi alan, psikoaktif madde bağımlısı olan hastalarda deliryumun daha yaygın görüldüğü açıklanmaktadır (Akt. Onur ve Cimilli, 2003: 127). Bu hastalıklara ek olarak kanser hastaları, yoğun bakım hastaları, diyaliz tedavisi alan hastalarda da görülen bir bozukluktur (Güner ve Geenen, 2007: 38). Yaşlılarda görülme sıklığı genç insanlara göre daha fazladır (Kaya, Sönmez ve Barlas, 2013: 70).

Deliryum ortaya çıkmadan 1-3 gün öncesinde kişide huzursuzlukla birlikte anksiyete gelişmekte ve dikkat dağınıklığı, algıda bozukluk ve uyku bozukluğu gibi belirtiler oluşmaktadır. Deliryumun başlamasıyla birlikte kişide kabus ya da rahatsız edici rüyalar görme, anksiyeteye yönelik artış, baş ağrısı, yorgunluk hali, uyuşuk olma ve uyku problemleri görülmektedir (Güner ve Geenen, 2007: 38). Deliryum yaşayan kişilerin bilinçleri bulanıktır, şaşkın halleri vardır, anlamsız hareket edebilir, konuşmalarında kopukluk olabilir, tutarsız konuşmalar, dürtüsel anlatımlar, lisanda bozulmalar, isimlendirme bozuklukları, yazı bozuklukları görülmekte bazen de konuşma yitimi oluşabilmektedir (Dönmez, Gündoğar ve Demirci, 2007: 721).

2.2.10.2. Demans

Demans dilimizdeki adıyla “bunama” olarak kullanılmakta ve “kişinin aklını yitirmesi” anlamına gelmektedir (Eker, 1998: 43; Akt. Yavlav ve Güngör, 2016: 134). Kronik bir rahatsızlık olan demans bellek kapasitesinin azalması ile algıda

zorlanma, hesaplama yeteneğinde azalma, yargılamada düşünce sistemini kullanamama, soyut düşünmede zorlanma ve problem çözmeye yönelik biliş işlevlerinin en az ikisini yitirmesinden kaynaklı bir bozukluktur (Akyar, 2011: 79).

Klinik sendrom olarak değerlendirilen demans günümüzde beyin fonksiyonlarında bozulma olması nedeniyle kişinin belleğinde, zeka kapasitesinde, düşünme yetisinde, davranışlarında, duygudurumunda ve kişiliğinde dönüşü olmayan bozukluğu tanımlamak için kullanılmaktadır ve geri dönüşü olmayan bir bozukluk olması demansın en önemli özelliğidir (Eker, 1998: 43). Bilişsel işlev bozukluğu nedeniyle demansı olan kişilerin günlük aktivitelerinde, sosyal çevresinde meslek hayatında bozulmalar meydana gelmektedir (Şahin, vd. 2005: 249).

Demansın toplumda görülme sıklığı yaş artışıyla doğru orantılıdır. 65-75 yaş ve arası kişilerde %5 oranında, 75 yaş ve üzerinde %10 oranında, 80 yaş ve üzeri kişilerde ise %20 oranında yaygınlık göstermektedir (Aydemir ve Kısa, 2001: 203; Akt. Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015: 91). Demans 65-85 yaş aralığında her 5 yılda bir iki kat ilerleme göstermektedir ve hastanede tedavi gören yaşlı hastalarda topluma göre altı kat daha fazla yani %30 oranında yaygınlık göstermektedir (Aydemir ve Kısa, 2001: 203).

Demans sinsi olarak başlar ve sürekli ilerleme gösterir ancak travmaya bağlı olarak sendrom aniden meydana da gelebilmektedir. Ani ortaya çıkan demansta ilerleme gerçekleşmeyebilir (Eker, 1998: 43).

Demans klinik özelliklerine göre “Primer dejeneratif demanslar” ve “Sekonder demanslar” olarak sınıflandırılmaktadır. Bunlar ilerleyici özelliği olan demanslardır. Primer demansların etiyolojisi bilinmemektedir, Alzheimer hastalığı ve pick hastalığı bu kategoride yer almaktadır. Sekonder demanslarda ise tanımlanabilen patolojik değişiklikler gözlemlenebilmektedir ve tedavi edilebilir özelliktedir (Eker, 1998: 44; Öztürk, 2010: 16).

Demans tedavisi için uygulanan stratejiler “Hastalığı modifiye edici tedaviler”, “Semptomatik tedaviler” ve “Koruyucu Tedaviler” dir. Demans tedavi uygulanasından sonra kişilerde şu değişikliklerin gerçekleşmesi beklenilmektedir: bilişsel bozulmayı durağan hale getirebilmek ya da yavaşlatmak, davranışsal ve

psikiyatrik bozukları tedavi etmek, bakım evi veya hastanede tedaviyi olabildiğince geciktirmek (Ergun, 2010: 54).

2.2.11. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları kişinin tıbbi olarak rahatsızlık yaşamasına, sosyal ve psikolojik açıdan da sorun yaşamasına neden olan kişinin yaşam kalitesine olumsuz etki eden davranış bozukluğudur (Öyekçin ve Şahin, 2011: 29). Fairburn ve Harrison (2003) yeme bozukluklarının ölümle sonuçlanması nedeniyle psikiyatrik bozukluk olarak da değerlendirmektedir (Akt. Semiz, vd., 2012: 2).

Genellikle ergenlik döneminde ve genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır ve sıklıkla kadınlarda görülmektedir (Akdemir ve Nargis, 2013: 7; Güney ve Kuruoğlu, 2007: 93;).

Toplumda genç kadınlarda görülme yaygınlığı anoreksiya nevroza %0.3 oranında bulmia nevroza ise %1 oranındadır. Obezite hastalarını da yeme bozukluğu olarak değerlendirdiğimizde yaygınlık %5 ile %10 oranında olmaktadır (Akdemir ve Nargis, 2013: 7). Yeme bozukluklarının yaygınlık oranı giderek daha da artmaktadır ve bu durum gelecek dönemlerde obezite, anksiyete, depresyon ve intihar eylemlerinde ve ölüm oranlarında artış olmasına neden olmaktadır (Çaka, Çınar ve Altınkaynak, 2018: 203). DSM IV'e göre yeme bozuklukları başlıca anoreksiya nevroza ve bulimia nevroza olarak tanınan hastalıklardır, son dönemlerdeki görülme sıklığında artış olmasıyla klinik ortamlarında sıklıkla karşılaşılmaktadır (Semiz, vd., 2012: 2).

Yeme bozuklukları depresyon, anksiyete, afektif bozukluklar, kişilik bozuklukları ve psikoaktif madde bozuklukları gibi birçok ruhsal bozuklukta eş tanı olarak değerlendirilmektedir, özellikle depresyon ve anksiyete ile birlikte en çok yaygınlık göstermektedir. Depresyon ile birlikte görülme yaygınlığı %20 ile %45; anksiyete ile birlikte görülme yaygınlığı ise %31 ile % 71 oranındadır (A.g.e.).

2.2.11.1. Anoreksiya Nevroza

Anoreksiya nevroza ilk olarak 1873 yılında William W. Gull tarafından tanımlanmıştır ve "sinirsel iştahsızlık" anlamında kullanılmıştır. Tıp alanında uzun

süre “sinirsel iştahsızlık” olarak kullanılmış olsa da günümüzde anoreksiya nevroza olanların gerçek bir iştahsızlık yaşamadığı belirtilmektedir (Yücel, 2009: 40). Anoreksiya nevroza bozukluğu çok az ölçüde yemek yeme, yemek yemeyi reddetme davranışları sonucunda kilo verme ile karakterizedir (Öyekçin ve Şahin, 2011: 30). Ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkan bu bozukluk kızlarda erkeklere göre 10 kat daha fazla görülmektedir (Çaka, Çınar ve Altinkaynak, 2018: 203; Akt. Tahiroğlu, vd., 2005: 151).

Bu bozukluğu olan kişiler vücut kitle endeksinin en alt sınırında ya da daha az kiloda olmayı tercih ederler, vücut kitle indeksine göre en alt sınırdaki olmalarına rağmen kendilerini zayıf olarak görmezler ve kilo almaktan korkarlar. Bu nedenle anoreksiya nevrozalarda bedensel algılama bozukluğu mevcuttur (Öyekçin ve Şahin, 2011: 30).

2.2.11.2. Bulimia Nevroza

Bulimia nevroza rahatsızlığı kişinin zayıf olma isteğinin olması, vücudunda yağ birikmesinden korkmayla ilişkili beden ağırlığı ve vücut şekliyle karakterize olmuş bir yeme bozukluğudur (Ersoy, 1991: 95). Bu rahatsızlığı olan kişiler yemek yedikten sonra yemeklerin kendisine kilo-yağ yapmaması için yediklerini kusma, müshil gibi bağırsak temizliği yapan ilaçları tüketme ve idrar söktürücü, ödem attırıcı ilaçlar kullanma ya da aşırı spor yapma gibi yediklerini telafi edici eylemlerde bulunmaktadır. APA (2013)’e göre en az 3 ay süre boyunca haftada 1 devam ettirilmesiyse karakterize olmuş aynı zamanda kişinin kendisini görüntü ve kilo açısından olumsuz yargılaması sonucu ortaya çıkan bozukluktur (Akt. Aytaç ve Hocaoğlu, 2016: 158).

Bulimia nevrozlar kilo olarak normal kilolu ya da şişman görünümlü kişilerdir ancak anoreksiya nevrozu olanlarda da bu rahatsızlık görülebilmektedir (Ersoy, 1991: 96). Bulimia nevroza da anoreksiya nevroza gibi kadınlarda daha sık görülmektedir ve bu rahatsızlığın ortaya çıkması anoreksiya nevrozaya göre daha ileri yaşlarda olmaktadır (Yücel, 2009: 41).

2.3. Stres ve Distres

Stres genel anlamıyla üzüntü, endişe, kaygı sonucu ortaya çıkan bir kavram olarak tanımlanmaktadır ancak bu tanım stresi açıklamak için yetersizdir. Bu kavrama yönelik birçok tanım bulunmaktadır (Yüksel, 2014: 111). Geçmiş dönemlere baktığımızda 17 yy.’ da felaket, dert, bela gibi anlamlara yönelik kullanıldığını, 18 ve 19. Yy.’ da ise olay, nesne ya da ruhsal yapıya karşı güç, baskı ve zorluk anlamlarıyla ifade edildiğini görmekteyiz (Güçlü, 2001: 92). Stres kavramı sözlüklerde ise bir obje, olay ya da sisteme yönelik uygulanan güç, basınç olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım, 1991: 176).

Cüceloğlu (1994) göre stres kişinin yaşadığı çevreyle sosyal çevresindeki olumsuz koşullardan dolayı fiziksel ve ruhsal sınırlarının ilerisinde harcadığı çabadır (Akt, Güçlü, 2001: 92).

Walter Cannon (1925)’ e göre stres “acil durum tepkisi” dir şeklinde açıklamış ve stresin yaşamı tehdit eden duruma ve kişinin çevreye uyumuna karşı sebep olan uyarıcıya karşı gösterdiği savaş ya da kaç tepkisidir (Akt. Göksel ve Işıtan, 2016: 319).

Selye stres konusunda önemli çalışmalar yapmış bilim adamlarındandır ve Selye stresi “Vücuda yüklenilen herhangi bir özel olamayan isteme karşı, vücudun tepkisi” şeklinde açıklamaktadır (Güçlü, 2001: 92). Selye’nin bu tanımına göre stresin memnun edici olup olmamasına bakılmadan her türlü isteme (sıcak-soğuk, beden ısısı, korku, kan basıncı gibi) karşı organizmanın uyum sağlamak için her türlü değişime yönelik verdiği tepki olarak değerlendirilmektedir. Selye stresin kötü bir olay olabileceği gibi yaşam kaynağı olduğunu da ortaya koymuştur ve stresi “Eustres” iyi stres-yapıcı olumlu bir güç ve “Dystres” kötü stres-yıkıcı yani sıkıntı ve ıstırap veren güç olarak incelemiştir. (Akt. Çapık, 2015: 5; Akt. Gökler ve Işıtan, 2012: 157; Yüksel, 2014: 115). Seward (2012)’ye göre ise kişinin güzel bir olay karşısında yaşadığı stres iyi streştir, kişiye haz ve mutluluk verir. Distres ise kişinin sıkıntı yaşamasına neden olan bir durum ya da yaşadığı kötü bir olaydan kaynaklı streştir. Distres akut stres ve kronik stres olarak ikiye ayrılmaktadır (Akt. Yüksel, 2014: 115).

Akut stres geçmiş yaşantılardaki baskılarla ve yakın gelecekte oluşabilecek kısa dönemli baskılardır. Akut stres ileri düzeyde değilse heyecan verici olabilir ama yoğun akut stres kişiyi çok yormaktadır. Eğer kişi akut stres durumunu çok yoğun abartılı bir şekilde yaşıyorsa bu psikolojik problemlerin oluşmasına neden olmaktadır, duygusal problemler, öfke hali, kaygı ve endişe gibi belirtileri bulunmaktadır. Kronik stres ise etkisi uzun süreli olan kişiye gün geçtikçe eziyet veren, zihinleri ve bedeni yıpratıcı stres türüdür. Kişi yaşadığı durumun hiç bitmeyeceğine yönelik şiddetli baskı hisseder ve zamanla bu duruma alışır. Kronik stres kişilerde ciddi fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklara neden olmaktadır (Miller ve Simith, 2017; Dökmen, 2008: 32).

Bir başka tanımlamaya göre de stres; kişinin fiziksel ve zihinsel sağlığının içinde bulunduğu ortam ve koşullara bağlı olarak etkilenmesi sonucu psikolojik açıdan olumsuz bir durum yaşaması olarak değerlendirilmektedir (Balcı, 2014: 3). Bu durumu psikolojik distres olarak ifade edebiliriz. Psikolojik distres ise klinik tedavi gerektiren depresyon, anksiyete ve stres şeklinde tanımlanmaktadır, örneğin gebelikte fiziksel, duygusal değişimlerin yaşanması ebeveyn rolüne geçme, ekonomik sıkıntıların yaşanması gibi durumlar psikolojik distres ile ilişkilidir (Çapık, 2013:5).

Yapılan tanımlamalara baktığımızda stresin kendiliğinden oluşmadığı ve stres yaratan durumun (stres kaynağının) kişilerde duygusal tepkilere neden olduğu anlamı çıkarılabilmektedir. Stres yaratan durum her kişide farklı algılanabilmekte ve her kişide farklı tepkilerle ortaya çıkmaktadır (Yıldırım, 1991: 176). Kişilerin yaşamlarına, davranışlarına etki eden stres bazı kişilerde yoğun olarak yaşayabilmekteyken bazı kişilerde daha az etkiye sahiptir (Güçlü, 2001: 93).

Stresin kişiler üzerinde bazı belirtileri vardır, “fiziksel belirtiler”, “duygusal belirtiler”, “zihinsel belirtiler” ve “sosyal belirtiler” şeklinde dört sınıfta kategorize edilebilmektedir.

- Fiziksel olarak; uyku problemleri, baş-sırt ağrısı, vücutta kasılmalar, kabızlık ya da şişkinlik, mide rahatsızlıkları (hazımsızlık, ülser), , aşırı terleme, gerilme, yorgunluk, ishal, tansiyonun yükselmesi ve kalp krizi gibi belirtiler görülmektedir.

- Duygusal olarak; endişe, kaygı ya da korku oluşması, depresif olma, duygudurum bozukluğu, gerginlik hali, çabuk öfkelenme, saldırganlık, kişide kendine güvensizlik hissi oluşması, kırılma olma ya da düşmanlık ve tükenmişlik sendromu gibi belirtileri olmaktadır.
- Zihinsel olarak; konsantrasyon bozukluğu, kararsızlık, unutkanlık, hafızada bulanıklık, gerçeklerden uzaklaşma (hayallere dalma), hata yapmaya meyilli olma, konuşma bozukluğu gibi belirtiler görülmektedir.
- Sosyal olarak; ilişkilerin bozulmasına neden olacak davranışlarda bulunma (başkalarını suçlama, hata arama, rencide edici davranışlar sergilemek, kişilerle küsme), randevulara gecikme ya da son dakika iptal etme gibi belirtiler görülmektedir (Güleç, 2014: 95).

Schneiderman vd. (2005) yapılan çalışmaların stresin nöropsikolojik tepkilerle insan hayatını olumsuz etkilediğini açıklamaktadır. Stres kişinin psikolojik özellikleriyle etkileşim halindedir ve beynin hipotalamus bölgesinden salgılanan adrenalin (stres) ve kortizol (motivasyon) hormonları yoluyla kişinin organizmasını etkilemektedir. Ayrıca bilimsel çalışmalar stresin kardiyovasküler hastalıkların oluşumunda da etkili olduğunu ve ölüme neden olabilecek özellikte olduğunu açıklamaktadır (Akt. Eskin, vd., 2013: 132-133).

Kişi stresi yönetmediği zaman ya da üstesinden gelemediği durumlarda ortaya ruhsal bozukluklar çıkabilmektedir (Çapık, 2013:5). Bu durum stres ile ruh sağlığı arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu açıklamaktadır. Stres yaratan olaylar kişide majör depresyona neden olabileceği gibi anksiyete bozukluğu içinde travma sonrası stres bozukluğuna da neden olmaktadır. Eskin, Akoğlu ve Uygur'un (2006) çalışmasında intihar eylemlerinin kişinin strese maruz kalmasından kaynaklı olduğunu açıklanmaktadır (Akt. Eskin, vd.,2013: 133). Stres yaratan olaylara maruz kalan kişiler sigara, alkol ve diğer psikoaktif maddelerin kötüye kullanımına yönelik riski daha fazla olmaktadır (Akt. A.g.e.).

2.4. Kaygı

Kaygı diğer bir ifadeyle anksiyete kişilerde zihinsel hastalık olarak ortaya çıkan bir hastalık belirtisidir ve kaygının kişiler üzerinde zihinsel ve fiziksel etkileri görülmektedir. Bu etkiler arasında psikolojik rahatsızlıklarla birlikte dikkat

dağınıklığı, gürültüden rahatsız olma, sürekli hareket halinde olma, tedirginlik halinde olma, algılama problemleri, kalp bölgesinde daralma, zihinsel bozukluklar şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Özakkaş, 2014: 1).

Aynı zamanda kaygı kişiler tarafından hissedilen korkuya neden olabilecek stres yaratan gerginlik durumu şeklinde de ifade edilmektedir. Spielberger'e göre ise kaygı "Stres yaratan durumların oluşturduğu üzüntü, algılama ve gerginlik gibi hoş olmayan duygusal ve gözlemlenebilir tepkiler" şeklinde ifade edilmektedir (Akt. Büyüköztürk, 1997: 453). Rank'a göre ise bir kişinin kaygı durumu ilk olarak anne karnından dış dünyaya gelmesiyle ortaya çıktığını ve kişinin hayatındaki kaygıların kök nedeninin doğum anındaki sarsıntının olması ve bu süreçteki anneden ayrılmanın ayrılık kaygısına neden olduğunu ve yaşamındaki kaygıların da bu dönemden etkilendiğini böylece kaygı durumunun tekrarlandığına değinmiştir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003: 65-66).

Başka bir ifadeyle ise kaygı; kişilerin hayatlarında dönem dönem yaşamlarını tehdit eden ya da kişilerde tehdit edildiği algısı oluşan aynı zamanda fizyolojik olarak da kendilerinde hastalık hissettikleri, onları keyifsiz eden, rahatsızlık veren endişeli olma hali ve korku hissetme durumudur (Sertbaş, 1998: 17). Diğer taraftan ise kaygı tehlikeli durum ya da durumlara karşı tepki olarak algılanmaktadır ve tepkinin şiddeti, sürekliliği farklılık gösterebildiği gibi kişilerde beklenmedik psikolojik rahatsızlığa neden olabilmektedir. Eğer kişiler kaygılarını, korkularını kontrol altına alamazsa kendisini sürekli mutsuz, çaresiz, yaşadığı evrende yalnız kalmış olarak hissetmesine neden olabilmektedir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003: 65).

Kaygı Speilberger'in belirttiğine göre "sürekli kaygı" ve "durumluk kaygı" olarak iki türe ayrılmıştır. Sürekli kaygı kişide mevcut olan kaygı durumunun uzun süreli devam etmesi, kaygı durumunun yoğun yaşanması durumudur (Akt. Büyüköztürk, 1997: 424). Sürekli kaygı durumu yaşayan kişilerin genel olarak stresli bir yaşamları vardır, başkaları için normal karşılanan durumlar bu kişilerin algısında olumsuz olabilmekte ve onları duygusal, gergin, mutsuz, keyifsiz yapabilmektedir. Ayrıca sürekli kaygı yaşayan kişiler hassas, içe kapanık ve karamsar bir yapıya sahip olabilmektedir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003: 66). Durumluk kaygı ise Speilberger'e göre kişisel endişe, korku hissiyle birlikte mevcut bir duruma karşı

geçici ya da dönemseller olarak duygusal bir durum yaşanmasıdır (Akt. Büyüköztürk, 1997: 424). Durumluk kaygı kişiyi fizyolojik olarak etkileyebilmekte ve kişinin sinir sisteminde gerilme, vücutta terleme, yüzünde sararma ya da kızarma gibi fiziki yansımalarla kişinin huzursuz, stresli duygu durumunda olduğu anlaşılabilir. Ancak kişi de stres arttığı zamanlarda durumluk kaygı yükselirken, kişinin sakinleşmesi durumunda ise kaygı azalmaktadır (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003: 66).

2.5. Gebelik

Gebelik bir bireyin gelişim sürecinin başlaması aşamasıdır. Gebeliğin olması için anne adayının rahminde yumurta ile spermin buluşması ve yumurtanın döllenebilir olması gerekmektedir. Yumurtanın döllenebilirliğiyle anneden ve babadan gelen 23 kromozom birleşir böylece 46 kromozomlu zigot oluşur (Çelik, 2015: 53). 46 kromozomdan 44 kromozom benzerken diğer 2 kromozom cinsiyetin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Eğer bu 2 kromozom XX ise kız bebek, XY ise erkek bebek zigotu oluşmaktadır (Tarhan, 2005: 79). Zigotun anne rahminde oluşmasıyla birlikte gebelik başlamış olmaktadır, yaklaşık 266 gün sonra bebeğin anne karnında gelişimi tamamlanmış olur ve bu süreç gebelik dönemi ya da doğum öncesi süreç olarak adlandırılır (Çelik, 2015: 53).

Bazen gebelik dönemleri beklenen süreçten daha erken sürede tamamlanabilmektedir. Bebeklerin anne karnındaki gelişimleri 37. ve 38. haftalarda tamamlanmış olsa da bazı gebeliklerde doğum 37. haftadan önce gerçekleşebilmektedir ve bu gibi durumlar erken doğum olarak adlandırılmakta olup tıp dilinde ise “preterm doğum olarak ifade edilmektedir. Erken doğmuş bebeklere ise “prematüre bebek” denilmektedir (Bayram, 2006: 1). Bebekler 28. haftadan önce dünyaya gelmişse “aşırı prematürite”, 28.- 31. haftalar arasında doğmuşsa “ağır prematürite”, 32.- 33. haftalarda doğan bebeklere “orta prematürite” ve 34.- 36. haftalar arasında doğan bebeklere ise “geç prematürite” olarak adlandırılmaktadır (Derbent ve Turhan, 2009: 139).

Gebelik dönemi süresi ne kadar sürerse sürsün gebelik kadınlar için hayatları boyunca yaşadıkları en önemli olaylar arasında yer almaktadır ve bir kadının annelik süreci gebe kalmasıyla başlamakta doğumu gerçekleştirmesi itibarıyla

hayatının her evresinde devam etmektedir (Demirbaş ve Kadioğlu: 2014: 200; Yanıkekrem, Altıparmak ve Karadeniz, 2006: 36). Gebelik çok güzel bir olay olmakla birlikte kadının hayatında birçok değişim yaşamasına etki eden bir dönemdir (Webster, 2017: 31). Gebelik döneminin başlamasıyla birlikte kadınlarda biyolojik ve fizyolojik değişimler meydana gelmektedir ve bu değişimler anne adayında ruhsal değişimlere de etki olmaktadır (Erdem, vd., 2010: 24). Dolayısıyla gebelik dönemi kadınlarda doğal yaşam krizi olarak görülmektedir. Anne adayları olan kadınlar kendi geçmişinde ebeveynleriyle ilgili yaşanmışlıkları duygu, düşünce, tutumlarında etkili olmaktadır ve gebelik dönemindeki davranışlarına etki etmektedir. Hem biyolojik ve fizyolojik bir değişim içinde olmaları hem de geçmiş yaşantıları anne adayında psikososyal olarak değişik duygular yaşamasına neden olabilmektedir (Kuğu ve Akyüz, 2001: 61). Çünkü gebelik döneminde hormonlar farklı çalışmaktadır, ilk dönemde dişilik hormonu östrojen salgılanırken daha sonraları annelik duygusuna yönelik hormonlar salgılanmaktadır (Tarhan, 2005: 84). Bu durum kadın ve erkek cinsiyetleri arasındaki farklılığın en belirgin özelliğini yansıtmaktadır (Güner, 2018: 42),

Gebelikte ve doğumda kadın vücudunda salgılanan hormonlar şu şekildedir: Östrojen ve progesteron hormonları: kadın vücudunu doğuma hazırlayan hormonlardır doğum süreci başladığında bu hormonlarda azalma görülmektedir. Oksitosin hormonu sevgi hormonu olarak tanımlanmaktadır. Doğumun başlamasında salgılanan hormondur, stres ve gerginlik olması bu hormonun salgılanmasında olumsuz etki yapmaktadır. Endorfin hormonu; vücudumuzu zorladığımızda ya da ağrı olduğu zamanlarda meydana gelen stres hormonudur. Doğal ağrı kesici hormonu olarak da bilinir. Gebelikte egzersiz yapıldığı zamanlarda motivasyonu arttıran mutlu olmayı sağlayan hormondur. Endorfin hormonu yükseldikçe gebe kendi dünyasına ve bedenine yönelik odaklanabilmektedir böylece gebe doğum anında sakin olabilmektedir. Adrenalin ve noradrenalin hormonları korku, kaygı, heyecan gibi durumlarda bedenin strese karşı savaşmasını ya da stresten kaçmasını sağlayan heyecan hormonu olarak da bilinmektedir. Prolaktin hormonu; anneyi emzirmeye hazırlayan ve doğumdan sonra artış gösteren süt hormonudur (Özbirdir, 2015: 102-107).

Her kadın gebelik dönemini aynı geçirmez; gebelikte bazı kadınlarda geçmiş yaşantılarına yönelik yaşadıkları kaygı durumunda azalma görülürken, gebelik

yaşayan bazı kadınlarda ise kendine öz güven gelişmekte, kendini seçilmiş hissetme, varlığını ortaya koyarak değerli görme gibi duygular gelişmektedir (Özkan, 2013: 203) ve Beck (2004)'e göre bazı anne adayları gebelik sürecine rahat uyum sağlayabilirken, bazı anne adayları ise bu dönemden ruhsal olarak etkilenebilmekte, stres yaşayabilmekte ya da şiddetli ruh sağlığı problemi yaşayabilmekte hatta psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duyabilmektedir (Akt. Erdem, vd., 2010: 24). Gebelikte ve doğum sonrası dönemde her ilacın kullanımına izin verilmemektedir ve bu durumda anne ve anne adaylarında sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır o yüzden bu dönemlerde psikoterapi desteği alınması önerilmektedir (Tarhan, 2005: 85).

Gebelik dönemi kendine özgü farklı duygu durumların yaşandığı ve neslin devamını sağlayan önemli bir dönem olmasından dolayı çalışmamızın bu bölümünde gebelik dönemindeki kadınların ruhsal sağlığına yönelik yaşantıları “Gebelikte Kaygı”, “Gebelikte Stres”, “Gebelikte Depresyon” ve “Gebelikte Ruh Sağlığı” konu başlıklarıyla açıklanmaktadır.

2.5.1. Gebelikte Ruh Sağlığı

Gebelik dönemi kadınlar için kadın olma rolünden ziyade anne olma rolüne ilişkin duygularının yaşandığı, ruhsal ve davranışsal olarak çatışmaların ön plana çıktığı bir dönemdir (Kuğu ve Akyüz, 2001: 62). Gebelik dönemi, kadının ruh sağlığı yaşamını ve kadının duygusal durumunu etkilemekte (Dülgerler, Engin ve Erten, 2005: 116) ve kadınlar gebelik döneminde ruh sağlığı bozukluklarında en yüksek seviyeye ulaşmaktadır ve bu dönemde kadınlarda kalıcı ruhsal değişiklikler yaşanabilmektedir (Ayvaz, vd., 2006: 244; Karataylı, 2007: 6).

Zaman, Özkan ve Toprak (2018: 21) yaptıkları çalışmada, ruh sağlığına ilişkin çalışmalarda son 30 yılda gebelikte ruh sağlığı problemlerinin sık görüldüğünü ve özellikle depresyon ve anksiyete oranının en yüksek seviyede olduğunu belirtmiştir.

Gebeliğin her döneminde anne adayları psikolojik uyum süreci yaşamaktadırlar. Özellikle birinci dönemde ruhsal ve duygudurum bozuklukları daha fazla yaşanmaktadır ve genellikle depresif ruh hali bu dönemde çıkmaktadır (Dülgerler, Engin ve Erten, 2005: 116; Yücel, Çayır ve Yücel, 2013: 84).

Gebeliğe bağılı olarak kadınlarda yaşanan hormonal değişiklikler gebelik döneminin farklı evrelerinde çelişkili olma, içe dönük ruh hali, olaylara karşı pasif kalma, korku, endişe, kaygı gibi ruhsal sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (Kaplan, vd., 2007: 114; Yanıkekrem, Altıparmak ve Karadeniz, 2006: 36).

Bazı anne adayları gebelik döneminde oluşan değişikliklere kolaylıkla adapte olurken bazı anne adaylarında ise hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Sertbaş, 1998: 17). Özellikle gebelik öncesinde ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlar bu dönemde zorlanmaktadır (Akt. Pehlivan, 2006: 144).

Gebelik dönemi bir kadının biyolojik, fizyolojik ve ruh sağlığı açısından ciddi değişim yaşadığı bir dönem olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde anne adaylarının ruh sağlığında dikkat çekici bir problem olmadıkça genellikle sağlık çalışanları gebe kadının fiziksel ve biyolojik değişimlerine öncelik vermektedir (Kuğu ve Akyüz, 2001: 63). Özkan (1993) çalışmasında bu dönemde sağlık çalışanlarıyla anne adayı arasında kurulan iletişim çok önemli olduğunu ve anne adaylarının doğum eyleminden korkupunu ve kaygı yaşadığını; eğer sağlık çalışanlarıyla aralarında olumlu bir bağ kurulursa anne adayı için doğum eylemi nin daha rahat geçeceğini ifade etmiştir. (Akt. Dülgerler, Engin ve Erten, 2005: 118).

Gebelik döneminde yaşanan depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı bozuklukları hem anne adayının hem de bebeğin sağlık durumuna ciddi etki etmekte; bebeğin vaktinden önce doğmasına ya da düşük ağırlıklı doğuma neden olabilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011: 142; Akt. Şen ve Şirin, 2013: 159). Pehlivan (2006), yaptığı çalışmada ruh sağlığı bozukluğu ciddi boyutta olan gebeliklerde psikiyatrik ilaç kullanımının anne karnındaki bebeğin gelişimini olumsuz etkilemekte olduğunu, düşük ağırlıklı doğuma neden olabileceği gibi erken doğuma ve hatta fetal ölüme de neden olabileceğini ifade etmektedir (Pehlivan, 2006: 149).

Yücel, Çayır ve Yücel, (2013: 83) yaptıkları çalışmada gebelikte meydana gelen anksiyete depresyonu önlemek için birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin PRIME-MD tarzında ölçek kullanarak psikiyatrik değerlendirme yapabileceklerini, ruh sağlığı bozukluğu varsa teşhisinin erken konulması ve uygun tedavinin yapılması sonucunda anne ve bebek sağlığına ilişkin tehlike olabilecek durumların engellenebileceğini belirtmektedir.

Annenin ruh sağlığı durumu doğum sonrasında bebeğini sağlıklı b y tebilmesi, besleyebilmesi onun ihtiyaçlarını karşılaması açısından önem taşımaktadır (Annagür, ve Annagür, 2012: 279). Yapılan çalışmalarda ruhsal sağlık problemi yaşayan kadınların beklenmedik ya da istenmeyen gebelik yaşamaları durumunda bu kadınların bebekleri dünyaya geldikten sonra onların ihtiyaçlarını karşılayamadıkları belirtilmektedir (Pehlivan, 2006: 144).

2.5.2. Gebelikte Stres ve Distres

Stres kişilerin organizmasını, i ve dış dengesini psikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan bozabilecek bir g  ve tehdit edici bir durumdur (Balcıoğlu, 2005: 9; apık, 2013:5). Ebeveynlik ya da anne-baba olmak çok güzel bir olay olmakla birlikte yaşamın önemli bir evresinde tüm aileyi etkileyen bir dönemdir ve bebek sahibi olmaya hazırlık olan gebelik dönemi de anne-baba adayları için stres yaratan bir durumdur (şahin ve Kılıçarslan, 2010: 51; Akt. Yanıkekrem, Altıparmak ve Karadeniz: 2006: 36;). Yalom (2014: 283), bu durumla ilgili olarak “Evlilik Terapisi” adlı kitabında ebeveynlik rolüne geçiş sürecinin yıpratıcı bir deneyim olduğunu belirtmektedir.

Gebelik durumu, depresif problemlerin çıkmasında ya da şiddetlenmesinde stres faktörü olarak görülmektedir (elik, Köken ve Yılmazel, 2013: 110). Gebeliklerde ve doğum eylemlerinde kadınlar nöroendokrin ve psikososyal değişimler yaşamaktadır ve bu dönemlerdeki yaşantılar hayatın hiçbir dönemiyle kıyaslanmasının mümkün olmadığı gebeliğe önemli derecede etki eden strese neden olmaktadır (A.g.e.). Aynı zamanda gebelik dönemi aile ilişkilerini etkilemekte, yeni sorumlulukların ortaya çıkmasına neden olmakta, sosyal hayatı etkilemekte, çalışan gebe kadınlarda çalışma şartlarının zorluğu, doğum ve bebeğin bakımı gibi harcamaların olmasıyla ekonomik anlamda sıkıntıların yaşanmasına etki eden bu dönemde yaşanan değişiklikler gebelik dönemindeki kadınlarda kaygı ve stres oluşmasına neden olmaktadır (Ayvaz, vd., 2006: 244; Körükçü, vd., 2017: 159; Madazlı, 2005: 61). Bu dönemde yaşanan boşanma, ciddi sağlık sorunu yaşama, aile yakınlarından birinde ölüm yaşanması, işsizlik ve evsiz kalma gibi durumların olması, doğal afet olayları, uzun süren ekonomik sıkıntılar, tacize maruz kalma gibi durumlar ciddi stres faktörü olarak değerlendirilmektedir (Webster, 2017: 131).

Gebelik dönemindeki kadınların yaşadığı diğer bir değişiklik ise uyku durumudur. Sahota, Jain ve Dhand (2003) gebelik döneminde aşırı uykuya düşkünlük olabileceği gibi aşırı uykusuzluk durumunun da yaşanabileceğini ifade etmişlerdir (Akt. Köybaşı ve Oskay, 2017: 1). Gebeliğin birinci döneminde hormonal değişikliklere bağlı olarak mide bulantıları, iştahsızlık olması, yorgunluk hissetmesi gebe kadının uyku problemi yaşamasına neden olurken gebeliğin son dönemlerinde kadının fiziksel olarak karnının büyümesi, bebek hareketlerinin olması, bebeğin mesaneye baskı yapması, horlama, sırt ağrıları, bacaklarda kramplar yaşaması sonucunda sürekli idrar yapma ihtiyacının olması gibi nedenlerden dolayı uyku problemleri daha çok yaşanmaktadır (Akt. Köybaşı ve Oskay, 2017: 1; Pınar, vd., 2014: 171). Gebelikte yaşanan uyku kalitesinin yetersizliği gebe kadının gündelik yaşantısını hem fizyolojik hem de psikolojik sağlık açısından etkilemektedir (Çoban ve Yanıkekremler, 2010: 87). Pınar vd., (2014: 175) yaptıkları çalışmada istenmeyen gebeliklerde ve plansız gebeliklerde gebelerin uyku kalitelerinin kötü olduğunu ve algıladıkları stres oranının yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Gebelik döneminde kadınların beslenme alışkanlıklarının değişmesi durumu da gebe kadının stres yaşamasına neden olan faktörlerden biridir. Bazı anne adayları gebelikte sigara tüketme alışkanlığını devam ettirmektedir ve bu durum psikolojik açıdan anne adayında bebeğinin sağlığı zarar görecektir düşüncesiyle stres yaşamasına neden olmaktadır.

Bu maddelerin yanı sıra fiziksel olarak da; kadının doğum anında yaşayacağı ağrıyı düşünmesi, cerrahi müdahale görme olasılığı, doğum sırasında sağlık kurum/kuruluşuna yetişememe, doğum süresinin belirsizliği gibi durumların düşüncesi de gebelik dönemindeki kadınlar için kaygı ve strese neden olmakta gebenin psikososyal sağlığını olumsuz etkileyen risk faktörleri arasında yer almaktadır (Dönmez, Yeniel ve Kavlak, 2014: 910; Özşahin, Erdemoğlu, Karakayalı, 2018: 35). Gebelik döneminde anne adayının yaşadığı stres genellikle anksiyete ve depresyonla ortaya çıkmaktadır (Yücel, Çayır ve Yücel, 2013: 83). Çünkü kadınların çoğu doğum eyleminden korkmaktadır. Aynı zamanda doğum anında olabilecek riskler, bebeğin gelişim durumunda terslikler olması gibi ihtimallerin varlığı anneyi kaygılandırır ve stres yaşamasına neden olur (Şahin ve Kılıçarslan, 2010: 52).

Anne karnındaki bebek annenin duygularını hissedebilmektedir. Özellikle gebeliğin 26. haftasından sonra bebeklerde algılama, tepki verme, işitme gibi yetenekleri gelişmektedir ve bu süreçten sonra prenatal bağlanma gerçekleşmektedir. Ciddi boyutta yaşanan stres durumu anne bebek arasında oluşan iletişimi olumsuz etkilemektedir. Bu dönemde annenin gebeliğini ve bebeğini kabullenmesi, olumlu duygular yaşaması bebeğin duygusal gelişimi açısından önemlidir (Buko ve Özkan, 2016: 218; Webster, 2017: 131).

Doğum sonrası dönemde de annelerde stres hormonları yükselmekte ve bunun sonucunda lohusalığın ilk dönemlerinde annelerin %70'inde duygudurum değişikliği görülmektedir. Bazı kadınlarda hafif düzeyde bazı kadınlarda şiddetli bir şekilde yaşanan bu durum annelerde neşe, öfke, üzüntü, ağlama, korku gibi duygusal dalgalanmalar yaşamalarına neden olmaktadır (Serçekuş, 2015: 150; Tarhan, 2005: 85). Bu durum literatürde “Annelik Hüznü” olarak tanımlanmaktadır (Tarhan, 2005: 85). Annelik hüznünün 1-2 hafta içinde geçmesi beklenir, eğer 1 aylık süre içinde geçmiyorsa, duygudurum değişikliği devam ediyorsa annelik hüznü depresyon tanısı olarak değişmektedir (Serçekuş, 2015: 150). Yani annelerde stres hormonlarının yükselmesinin devam etmesi sonucunda depresyon yaşama riski artmaktadır (Tarhan, 2005: 85).

2.5.3. Gebelikte Kaygı

Anksiyete ya da kaygı, Gavin, vd. (2005) çalışmasında ruh sağlığı bozuklukları arasında en yaygın olarak görülen bir durum olduğunu ve kadınlarda anksiyetenin yaşanması durumunun erkeklere göre daha fazla olduğunu belirtmektedir (Akt. Karataylı, 2007: 21). Kaygı bozuklukları yaşlarını incelediğimizde de bu bozuklukların gebelik çağında ya da öncesinde olduğu görülmektedir. Panik bozukluklar ergenlik döneminden 30'lu yaşların ortasına kadar en sık görülen dönemdir, obsesif kompulsif bozukluklar ise kadınlarda 20-29 yaşlarda meydana gelmektedir (A.g.e.). Bu nedenle kadın hayatında gebelik döneminde anksiyete daha fazla görülmektedir. Bu dönemde kadınlar hormonal değişiklikler yaşamaktadır ve kadının müdahale edemediği hormonların değişimi onların fiziksel, duygusal ve psikolojik açılarından da yaşamlarının değişmesine neden olmaktadır (Koyun, vd., 2011: 77-78; Üst, vd., 2013: 110).

Gebelik döneminde oluşan değişimlerden sadece gebe kadın değil kişinin eşi, ailesi, sosyal çevresindeki kişilerde etkilenebilmektedir (Çakır ve Can, 2012: 37). Ancak gebelik döneminde oluşan değişikliklere bazı anne adayları kolaylıkla uyum sağlarken bazı anne adayları ise bu dönemde farklı şiddetlerde psikolojik sorun yaşayabilmektedir (Kaplan, vd., 2007: 114). Puget, vd. (2005) çalışmalarında bazı anne adaylarının ise hastanede tedavi görmeyi gerektirecek seviyede psikiyatrik problemler yaşayabildiğini belirtmektedir (Akt. Erdem, vd., 2010: 24). Yaşanan psikolojik sorunların nedeni ise gebelikte meydana gelen kaygı bozuklukları ve depresyondur (Karataylı, 2007: 6).

Gebelik döneminde kaygı durumunu Kuğu ve Akyüz (2001) “*Gebelik bir kadın için başlı başına anksiyete kaynağıdır*” şeklinde ifade etmektedir (Kuğu ve Akyüz, 2001: 63). Dağlar, vd., (2015: 30), çalışmasında bir çok çalışmanın sonucunda şu bilgiye yer vermektedir: bazı çalışmalarda gebeliğin ilk dönemlerinde duygulanım bozukluğunun yaygın olduğunu, bazı çalışmalarda ise depresyon görülme sıklığının gebeliğin ikinci ve üçüncü döneminde daha fazla olduğunu açıklamaktadır. Akbaş, vd., (2008: 85), çalışmasında da gebeliğin birinci ve üçüncü dönemlerinde depresyon ve kaygının daha fazla yaşandığı belirtmektedir. Gebeliğin üçüncü döneminde doğumun yaklaşmasıyla doğum sürecinin nasıl olacağı, bebeğin sağlık durumuna yönelik endişeli düşünceler ortaya çıkmaktadır (Kuğu ve Akyüz, 2001: 62). Anne adayının kendini güven içinde huzurlu hissetmesi bebeğinin sağlığını olumlu etkileyen faktörlerden olsa da, doğum fizyolojik bir olay olarak bilirse de doğum anı anne adayları için psikolojik kaygılara neden olan kriz olarak değerlendirilmektedir (Çoker, 2015: 31; Akt. Dönmez, Yeniçel, ve Kavlak, 2014: 910). Birçok kadın da doğum anından korkmaktadır ve doğum sırasında ortaya çıkabilecek riskler, bebeğin sağlığıyla ilgili olumsuz olabilecek ihtimaller anne adayının stres yaşamasına neden olmakta ve bu durumda kişide kaygı oluşturmaktadır (Üst, vd., 2013: 111).

Dağlar, vd., (2015: 30), çalışmasında gebelik döneminde yaşanan kaygının sebebinin anne adayının kendisinden çok bebeğine odaklanmasından kaynaklı olduğu belirtmektedir. Şen ve Şirin (2013: 159) ise bu durumu anne adayları gebelik döneminde bebeğini kaybetme korkusu yaşadığını, sonuç olarak da kişinin umutsuzluğa kapılmasına, kendini çaresiz hissetmesine neden olduğu bilgisine yer vermektedir.

Diğer taraftan ise gebelik döneminde kaygı seviyesinin yüksek olması ise erken doğum riskini ortaya çıkarmaktadır (A.g.e.). Finlandiya’da yapılan çalışmada gebeliğin erken dönemlerinde yaşanan kaygı bozukluğunun gebeliğe bağlı yüksek tansiyona ve preeklampsiye yani gebeliğin 20. Haftasından sonra oluşabilen gebelik zehirlenmesine neden olduğu açıklanmaktadır. Kaliforniya’da yapılan çalışmada ise gebelikte yaşanan bu sorunların erken doğumun gerçekleşmesi riskini arttırdığı sonucuna ulaşılmaktadır (Akt. Tekgöz, vd., 2009: 132-133).

Karataylı (2007) çalışmasında ise gebelik döneminde kaygı bozuklukları yaşayan kadınların doğum sonrasında depresyona daha eğilimli olduğunu, bu nedenle doğum sonrası dönemde depresyonu engellemek için doğum öncesindeki kaygı bozukluklarının teşhisinin konulması ve doğru tedavinin uygulanması doğum sonrası depresyonu önlemek açısından önem taşıdığını ifade etmektedir (Karataylı, 2007: 22).

2.5.4. Gebelikte Depresyon

Depresyon dünya genelinde en çok karşılaşılan duygudurum bozukluğudur ve kadınların gündelik zamanlarda bile depresyonu olduğu gibi yaşadıklarına dair görüş bulunmaktadır (Çelik, Köken ve Yılmaz, 2013: 111; Tarhan, 2005: 77).

Dağlar (2015) kadınların doğurganlık yeteneğini kazandığı dönemden itibaren üreme hormonlarında değişiklik yaşadığını belirtmektedir. Özellikle de gebelik dönemi, lohusalık dönemi ve menopoz dönemlerinde yaşanan hormonal değişiklikler kadınlarda depresyon görülme riskini arttırmaktadır (Dağlar, vd., 2015: 28). Gebelik döneminde görülen depresyon hem anne adayını hem de bebeği uzun süre olumsuz etkileyebilmektedir. O yüzden gebelik döneminde oluşan depresyon ne kadar erken fark edilir ve tedavisi gerçekleşirse olası risklerin azalmasına fayda sağlayacaktır (Çalık ve Aktaş, 2011: 142).

Gebelik döneminde depresyon kadınlarda mutsuzluğa neden olan, işlevselliğini etkileyen, iş gücü kaybına neden olan ve kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olan ciddi bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (Çelik, Köken ve Yılmaz, 2013: 111). Gebelikte depresyon tanısının konulabilmesi için öncelikle gebenin özenli izlenmesi gerekmektedir. Eğer gebe sürekli umutsuzluk ve

mutsuzluk yaşıyorsa, hayattan zevk almıyorsa, suçluluk psikolojisi varsa ve intihar etme düşüncesinin olduğu tespit edilmişse depresyon teşhisi konur (Dağlar, vd., 2015: 32). Gebelikte depresyon yaşanmasının sebepleri arasında kadının daha önceden kürtaj olma durumu, düşük gebelik geçirmiş olması, gebeliğe yönelik ikilemlerli duyguların yaşanması, geçmişte depresyon yaşaması, aile bireylerinde depresyon yaşanma durumu, erken yaşta gebelik yaşaması, çok fazla çocuk sahibi olması, istenmeyen gebelik yaşanması, evlilikte mutsuzluk olması, eşin vefatı ya da boşanma-ayrılma gibi durumların olması, aile içi şiddet, maddi sıkıntıların olması, ya da uzun süre çocuk sahibi olamaması gibi alt nedenler olabilmektedir (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008: 525; Akt. Dağlar, vd., 2015: 32).

Yücel, Çayır ve Yücel 'in 2013 yılında yayınlanan çalışmasında gebelikte depresyon görülme sıklığının birinci dönemde %7,4 ikinci dönemde %12,8 ve gebeliğin son döneminde %12 oranında görüldüğünü; Kurki ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelik depresyonunun %30 olduğunu, Marcus ve arkadaşlarının %20 olduğunu, ülkemizde Gölbaşı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %27,5 oranında doğum öncesi depresyon sıklığı olduğunu belirtmektedir (Akt. Yücel, Çayır ve Yücel, 2013: 86).

Gebelikte meydana gelen depresyon durumu hem anne adayını hem de bebeğin sağlık durumuna olumsuz etki yapmaktadır ve doğum sonrası lohusa depresyonun olmasına zemin hazırlamaktadır (A.g.e.: 84). Lohusalık dönemi hormonların eski haline gelmeye çalıştığı bir dönemdir ve kadınların en zayıf dönemlerinden biri olarak bilinmektedir (Tarhan, 2005: 85).

Lohusalık döneminde bazı kadınlarda postpartum psikoz olan ruh sağlığı bozukluğu görülmektedir (Tarhan, 2005: 84). Çeber ve arkadaşlarının yayınladıkları makalede doğum sonrası ilk bir yıl içinde kadınların ruh sağlığı bozukluğu nedeniyle sağlık kurumlarına başvurularında artış olduğuna yönelik bilgi vermektedir (Çeber, vd., 2010: 2). Kadınlarda hormonal değişiklikler yaşanması, fiziksel değişimin gerçekleşmesi, anne olma rolüne adapte olma ve sorumluluklarını getirmede zorlanma ya da kendini yetersiz hissetme gibi duyguların yaşanması sonucunda doğumdan sonraki ilk haftalarda ortaya çıkabilmektedir (Kocabaşoğlu, Balcıoğlu ve Şen, 1995: 67). Lohusalık döneminde meydana gelen depresif durum sonucunda anneye depresyon tanısı konulmuşsa, bu annelerin yenidoğan bebeklerinde bilişsel

gelişim süreci olumsuz etkilenmekte ve çocuk 4,5 yaşlarına geldiği zaman davranış problemleri yaşayabilmektedir (Çeber, vd., 2010: 2).

2.6. Türkiye’de Yapılan Benzer Çalışmalar

Gebelik dönemiyle ilgili ülkemizde birçok araştırma yapılmıştır ve yapılmaya da devam etmektedir. Çalışma konusu kapsamında ülkemizde yapılan çalışmalara, yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgura yer verilmektedir.

Benzer çalışmalara yer verilirken konu bütünlüğünü koruması amacıyla öncelikle olarak ruh sağlığı ve anksiyete üzerine yapılan çalışmalara daha sonra gebelikte distres ile ilgili çalışmalara yer verilmektedir. Çalışmalar kronojik tarih sıralamasına göre geçmişten günümüze şeklinde yerleştirilmiştir.

Kuğu ve Akyüz tarafından 2001 yılında yayınlanan “Gebelikte Ruhsal Durum” çalışmasında, doğum korkusu yaşayan 100 ardışık gebenin incelendiği çalışmaya ait bilgilere yer verilmektedir. Bu çalışmaya göre; gebelik dönemindeki kadınların %46’sında daha önceki doğum öykülerinde komplikasyon geçirmiş oldukları, %73’ünde doğum ekibi ve gereken desteğin sağlanması konusunda güven eksikliğinin olduğu, %65’inde bedensel ve düşünsel olarak doğum eyleminde yeteneksizliklerden dolayı korkunun olduğu, %55’inde yaşam kaybına yönelik korku olduğu, %44’ünde doğum anında kontrolünü kaybedeceğine yönelik korkuların olduğu ve %43’ünde doğum anında dayanılması zor ağrı beklentisinin olduğuna yönelik bulgulara yer verilmektedir (Akt. Kuğu ve Akyüz, 2001: 62).

Dülgerler, Engin ve Ertem tarafından 2005 yılında “Gebelerin Ruhsal Belirti Dağılımlarının İncelenmesi” çalışmasında İzmir’de iki hastaneye başvuru yapan 92 gebelik dönemindeki kadınlar üzerinde Kısa Semptomlar Envanteri kullanarak yaptıkları araştırmaya göre; gebelerde anksiyete ve paranoid düşüncelerinin orta düzeyde olduğu, eğitim durumları okuryazar ve daha eğitilmiş kişilerde ise paranoid düşüncelerin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulguya göre katılımcıların okuma yoluyla gebelik ve doğum süreci hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğu ve bunun sonucunda paranoid düşüncelerin ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır (Dülgerler, Engin ve Ertem, 2005: 121-122).

Çeber ve arkadaşlarının yaptığı 2010 yılında yayımlanan “İzmir’in Bornova İlçesinde Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon Riski” adlı çalışmasında Bornova İlçesinde 18 sağlık ocağına başvuran 32-36 hafta arasındaki tüm gebeler (327 gebe) ve doğum sonrası 4-8. Haftasında olan 273 gebeye ulaşılarak araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma sonucunda gebelik döneminde ve doğum sonrası döneme göre depresyon durumu karşılaştırılmış olup gebelik döneminde depresyon görülme riskinin %17; doğum sonrasında ise %22 oranında olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çeber, vd., 2010: 4).

Arslan ve arkadaşlarının 2011 yılında yayımlanan “Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme” adlı çalışmasının sonucuna göre gebelik dönemindeki 452 kadının %28,8’inde anksiyete belirtileri ve %35’inde ise depresyon belirtileri olduğuna ilişkin bulgulara ulaşılmıştır. Bu çalışmada gebelerin çalışma oranı arttıkça depresyon oranının düştüğü, gebelik sayısı arttıkça ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça anksiyete ve depresyonunda artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Arslan, vd., 2011: 82).

Çelik, Köken ve Yılmaz’ın 2013’te yayınladığı “Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler” çalışmasında 496 gebe üzerinde çalışma yapılmış ve bu çalışmada tüm gebelerde görülme yaygınlığının %27.2 olduğu ve gebelikte depresyon görülme belirtisinin ise %54.8 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Çelik, Köken ve Yılmaz, 2013: 112).

Özdamar, vd. (2014: 72) “Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar” adlı derlemesinde gebelik döneminde kadınlarda depresyon görülme sıklığının %7 ile %12 arasında değişim gösterdiğini ifade etmektedir. Özdamar, arkadaşlarına göre majör depresyonda görülen uyku bozukluğu, sinirlilik durumu, enerji düşüklüğü, iştah kaybı ya da kilo alımı gibi birçok klinik bulgu ve semptomların oluşması gebelik döneminde de görüldüğü için depresyon teşhisinin konulmasının gözden kaçtığını belirtmektedir.

Yücel, Çayır ve Yücel’in 2015 yılında yaptığı “Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu” çalışmasında gebeliğin birinci döneminde olan ve geçmişte ruhsal bozukluk tanısı almayan 111 gebe üzerinde gebelikte anksiyete ve depresyon konularını incelemişlerdir. Yapılan çalışma sonucunda katılımcıların %55,8’inde psikiyatrik bozukluklardan bir ya da daha fazla

görüldüğü; 30 yaşından büyük gebelerde depresyon ve anksiyete görülme sıklığının daha fazla olduğu ve gebelik sayısı arttıkça depresyon ve anksiyete durumunun da istatistiksel olarak artış gösterdiği, plansız gebeliklerde planlı gebeliklere göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yücel, Çayır ve Yücel, 2015: 83).

Can ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı “Gebelik Hezeyanı” çalışmasında 1935-2013 yılları arasında yapılan gebelik hezeyanı çalışmalarını araştırmışlar ve gebelikte hezeyan durumunun şizofreni, şizoaffektif bozukluk, duygudurum bozuklukları, paranoid bozukluk, demans ve organik beyin sendromlarında ortaya çıktığı sonucuna ulaşmışlardır (Can, vd., 2015: 21).

Çapık, Apay ve Sakar tarafından 2015 yılında yaptıkları “Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi” adlı çalışmasında 914 gebe örneklemini üzerinde çalışılmıştır. Çalışmada distres ölçeği ile (Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği) gebelerin demografik özellikleriyle karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre distres puan ortalaması (0-48 puan aralığında) 26.69 ± 4.92 bulunmuştur ve gebelikte distres düzeyini yaş, gelir düzeyi, eşinin mesleği ve gebelik türünün etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yaş ortalaması küçüldükçe distres düzeyinde artış olduğu, eğitim seviyesi üniversite ve üstünde olan katılımcılarda distresin diğer gruplara göre daha az olduğu, eşinin mesleğine göre ise eşi işsiz olanlarda distres oranının daha yüksek olduğu gelir seviyesi arttıkça distres oranında azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çapık, Apay ve Sakar, 2015:199-200).

Bacacı ve Apay’ın 2018 yılında “Gebelerde Beden İmajı Algısı ve Distres Arasındaki İlişki” çalışmasında 467 gebe örneklemini ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmaya göre gebelikte distres toplam puan ortalaması (0-48 puan aralığında) 20.02 ± 6.28 , olumsuz duygulanım alt boyutu (0-33 puan aralığında) 13.81 ± 5.69 puan ortalaması ve eş katılımı alt boyutu 6.20 ± 2.77 puan ortalaması sonuçlarına ulaşılmış olup gebelik dönemindeki kadınların %13,1 oranında distres yaşanması durumu tespit edilmiştir (Bacacı ve Apay, 2018:79).

Tunçel ve Süt tarafından 2019 yılında yayınlanan “Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi” çalışmasını incelediğimizde özel hastanenin kadın doğum polikliniğine başvuru yapan 319 gebe kadın üzerinde yapıldığını görmekteyiz. Bu çalışmaya göre katılımcıların %47.7 oranında anksiyetenin yaşandığını ve bunların %22.3’ünde

ankisietenin daha fazla yaşandığı, gebelik dönemlerine göre ise gebeliğin birinci döneminde olan kadınların %25.2'sinde, gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların %19.8 ve gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınların ise %21.7 oranında anksiyete olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmanın depresyona ilişkin bulgularına baktığımızda ise gebelerin %18.5'inde depresyon görüldüğü bunların %7.8'inde depresyonun daha fazla yaşandığı sonucuna ulaşıldığı ve gebelik dönemlerine göre ise gebeliğin birinci döneminde olan kadınların %11.2'sinde, gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların %5.7 'sinde ve gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınların %6.6'sında depresyon görüldüğü verilerine ulaşılmaktadır (Tunçel ve Süt, 2019: 11). Aynı çalışmada gebelik dönemindeki kadınların distrese yönelik bulgularına göre; gebeliğin birinci döneminde olan kadınlarda (0-34 puan aralığında) 9.7 ± 5.7 puan ortalaması, gebeliğin ikinci döneminde olan kadınlarda (0-27 puan aralığında) 9.2 ± 5.2 puan ortalaması, gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlarda (0-26 puan aralığında) 9.2 ± 4.8 puan ortalaması sonucuna ulaşılmıştır (Tunçel ve Süt, 2019: 13).

2.7. Dünyada Yapılan Benzer Çalışmalar

Gebelikte depresyonla ilgili yapılan araştırmalarda değişik kültürlerde depresyonun yaygınlığı Macaristan'da %17.9; Amerika'da %20; Kanada'da %25; Finlandiya'da %30 olarak bulunmuştur (Akt. Çalık ve Aktaş, 2011:144).

Doğum sonrasında depresyon görülme sıklığıyla ilgili 40 ülkede yapılan 143 çalışma sonucuna göre doğum sonrasında depresyon görülme sıklığının %60'a kadar ulaştığı sonucu elde edilmiştir. Özellikle depresyonun yaygın görüldüğü yerler Güney Amerika ve Asya bölgeleri; daha az yaygınlığı olan yerler ise Batı Avrupa, Avusturalya ve Orta Amerika olduğu belirtilmiştir (Akt. Çeber, vd., 2010:2)

Tunçel ve Süt'ün 2019 yılı çalışmasında 2017 yılında içinde Türkiye'nin de olduğu 25 ülkeyi kapsayan meta-analiz çalışmasında 66 çalışmanın değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu çalışmaya göre gebelik döneminde yaşanan anksiyete ve hafif şiddette depresyon belirtilerinin birlikte görülme durumu %9.5; orta şiddette ise %6.3 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tunçel ve Süt, 2019: 13).

İsviçre’de 2001 yılında gebelik dönemindeki kadınlara yönelik yapılan bir araştırmaya 1558 gebe üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Bu çalışmaya göre kadınların gebelik döneminde depreyon görülme yaygınlığının %17, doğum sonrası depresyonun görülme yaygınlığının ise %13 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı ölçeği kullanarak yapılan başka bir çalışmada 13.799 gebe kadın değerlendirilmeye alınmış ve gebelik döneminde %13.5 oranında; doğum sonrası 8. haftasında ise %9.1 oranında depresyon belirtilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Fransa’da 2005 yılında yapılan bir çalışmada ise 277 gebe kadın değerlendirilmeye alınmış bu çalışmaya göre gebelik dönemindeki kadınların %19.1 oranında depresyon görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. İskoçya’da 2001 yılında yapılan bir çalışmaya göre gebelikte depresyonun görülme yaygınlığının %13.5’ten daha yüksek olduğunu, İsviçre’de 1997 yılında yapılan başka bir çalışmada ise gebelikte depresyon görülme yaygınlığının %19,8 olduğu belirtilmiştir (Akt. Karataylı, 2007: 18).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Araştırmanın yöntem bölümünde araştırma modeli, evren ve örneklem, verilerin toplanması, elde edilen verilerin çözümlenmesi ve yorumlanması ile ilgili yöntemsel bilgilere yer verilmektedir.

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden genel tarama modeli kullanılmaktadır. Tarama Modeli; “Geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır” (Karasar, 1999: 77). Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının yordayıcıları olarak distress ve kaygı düzeylerinin incelenmesi ilişkisel tarama yöntemiyle yapılmıştır. Köklü ve Büyüköztürk (2000) çalışmasında ilişkisel tarama modelinin iki değişken arasındaki ilişkinin değişim durumunun bu değişkenlerden birinden kaynaklı olduğunu göstermesi olarak açıklamaktadır (Akt. Can, 2014: 9).

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Ağustos 2018-Mart 2019 yıllarında İstanbul’da yaşayan gebelik dönemindeki kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem grubu ise Bahçelievler bölgesinde sağlık kuruluşlarına başvuru yapan gebelik dönemindeki kadınlardan oluşmaktadır. Çalışma kapsamında 329 katılımcı anket verilerini doldurmuş fakat 12. hafta ve üzerinde olan gebe kadınların katılım gösterdikleri ölçme araçları değerlendirmeye alınmaktadır. Bu bağlamda gebelik haftası uymayan ve anket verilerini tam doldurmayan 25 kişinin formu değerlendirilmeye alınmamış olup, 304 katılımcının verilerine yönelik analiz yapılmıştır.

3.3. Veri Toplanma Araçları

Çalışma kapsamında katılımcıların demografik özelliklerini ve gebelik ile ilgili öznel bilgilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu; gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı durumlarını belirlemek amacıyla “Ruh Sağlığı Sürekliliği Ölçek Formu”; distres düzeyini belirlemek amacıyla “Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği” ve kaygı düzeyini belirlemek amacıyla “Sürekli Kaygı Envanteri” kullanılmıştır.

Çalışma kapsamında kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler aşağıdaki bölümde yer almaktadır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu 13 maddeden oluşmaktadır. Formda gebelik dönemindeki kadınların demografik özelliklerine yönelik ve gebeliğe özgü niteliklerine yönelik sorular yer almaktadır (EK 1).

Demografik özellikleri için “yaş”, “eğitim durumu”, “meslek”, “eşinin eğitim durumu”, “eşinin mesleği” ve “algıladığı ekonomik durum” a yönelik sorular yer almaktadır. Çalışma kapsamında demografik özelliklerden “yaş”, “eğitim durumu”, “meslek” ve “algılanan ekonomik durum” değerlendirmeye alınmıştır.

Gebeliğe özgü nitelikleri belirlemek amacıyla “gebelik sayısı”, “daha önce düşük yapma durumu”, “yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu)”, “gebelik türü”, “gebelik haftası”, “gebelik dönemi” ve “daha önce ruh sağlığı ile ilgili problem yaşama durumu” na yönelik sorular yer almaktadır. Çalışma kapsamında bu maddelerin hepsi değerlendirilmeye alınmıştır.

Gebelik sayısı değişkeni ile katılımcının anketi doldurduğu zaman diliminde kaçınıcı gebeliği olduğunu öğrenmeye yönelik sorulmaktadır. Bu sooru maddesinde ilk gebeliği olanlar için gebelik sayısı 1 değeri; ikinci gebeliği olanların gebelik sayısı 2 değeri ve 3 ve üstü gebeliği olanların gebelik sayısı 3 değeri ile ifade edilmektedir.

Daha önce düşük yapma durumu değişkeni ile ankete katılan gebelik dönemindeki kadınlar daha önce düşük yapmış ise “evet” değeri ile daha önce düşük yapmamışsa “hayır” değeri ile ifade edilmektedir.

Yaşayan çocuk sayısı değişkeni ile katılımcıların anketi doldurduğu zaman diliminde hayatta olan kaç çocuğu olduğuna yönelik soru yöneltilmiştir. Burada amaç kişinin 2. ya da 3 ve üstü gebeliği olabilir ancak hiç yaşayan çocuğu olmayabilir, bu nedenle bu soru kişisel bilgi anketine eklenmiştir. Yaşayan çocuğu hiç olmayanlar “yok” değeri ile yaşayan 1 çocuğu olanlar 1 değeri ile yaşayan 2 çocuğu olanlar 2 değeri ile ifade edilmektedir. Bu çalışmada yaşayan çocuk sayısı 3 olan 4 katılımcı ve yaşayan çocuk sayısı 4 ve üstü olan 1 katılımcı yer almaktadır. Ancak anova analiz tekniğinde 5 kişinin cevabı doğru bilgi vermeyeceği için yaşayan çocuk sayısı 3 ve yaşayan çocuk sayısı 4 ve üstü olan veriler yaşayan çocuk sayısı 2 değeri olan kişilere aktarılmış “2 ve üstü” olarak değer değiştirilmiştir.

Gebelik türü değişkeni ile katılımcıların gebeliği planlı bir şekilde gebeliği olduğu mu? Beklemediği bir gebelik olduğu mu? Tedavi yöntemleriyle mi gebeliği olduğu? Ayrıca istenmedik bir gebelik dönemi mi yaşadığı sorulmuştur. Frekans dağılımlarını incelediğimizde istenmedik gebeliği olan 3 katılımcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu 3 katılımcı beklenmedik gebeliği olan katılımcılara eklenmiş ve değerlendirme “Planlanmış Gebelik”, “Beklenmedik Gebelik” ve “Tüp bebek ve Tedavi Yöntemleri” maddeleri ile yapılmıştır.

Gebelik haftası değişkeni ile katılımcıların bulunduğu gebelik haftasına göre ruh sağlığı puanları arasında farklılaşma olup olmadığı değerlendirilmek amacıyla bu maddeye yer verilmektedir. Gebelik haftalarını belirlemek üzere 7 dönem belirlenmiştir. Başlangıç haftası Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği’nin 12 hafta ve üzerindeki gebelik dönemindeki kadınlara uygulanmasından 12. Hafta olarak belirlenmiştir. Ankette yer alan gebelik hatfaları açık uçlu soru tekniği ile belirtilmiş olup, analiz sırasında kategorize edilmiştir. Bu kategoriler: 12-15 hafta arasında gebeliği olanlar; 16-19 hafta arasında gebeliği olanlar; 20-23 hafta arasında gebeliği olanlar; 24-27 hafta arasında gebeliği olanlar; 28-31 hafta arasında gebeliği olanlar; 32-36 hafta arasında gebeliği olanlar; 36-40 ve üstü haftasında gebeliği olanlar şeklindedir. Bu şekilde belirlenmesinin nedeni gebelik

haftalarının eşit dağılımı olması için 4 haftalık periyodlar şeklinde planlanmış; gebelik döneminde yapılması gereken önemli testlere ve gebelik döneminde gerçekleşen haftalara göre önemi olan konular dikkate alınmıştır. Gebelik döneminde yapılan testler ve önemi olan konulara ait bilgiler aşağıda yer verilmektedir.

- 12-15 hafta arası olmasının nedeni: gebelik döneminde 11-14 haftalar arasında kan uyuşmazlığı ve ikili test yapılmaktadır. İkili test ile bebeğin ultrasonda ense kalınlığına bakılır ve kanda iki ayrı madde ölçümü ile “down sendromu” risk belirlenmektedir. Kan uyuşmazlığı testi ise anne-baba adayları arasında kan uyuşmazlığı varsa anne-bebek arasındaki kan uyuşmazlığı test edilmektedir (<https://www.annebebek.com.tr>) ve 4 haftada bir indirect- coombs (kan uyuşmazlık) testi tekrar olarak yapılmaktadır. Ancak kan uyuşmazlığından kaynaklı olabilecek riskleri önlemek amacıyla uygulanan tedavi yöntemi “Rhogam aşısı” denilen kan uyuşmazlık aşısı gebeliğin 28. Haftasında uygulanmaktadır. Kan uyuşmazlığı riski anne vücudunda bebek yabancı madde olarak algılanmaktadır ve bebeğin kan hücrelerine çeşitli antikor üretmesiyle kan hücreleri bebeğin dalak ve karaciğerine geçemediğinden dolayı bebekte kansızlık başlar ve kalp yetmezliğine kadar gidebilir ve bu sebeple anne karnında bebek hayatını kaybedebilir (<https://www.gebe.com>).
- 16-19 hafta arasında olmasının nedeni ise gebeliğin 16-18. Haftalarında üçlü test yapılmaktadır. Bu test ile kanda 3 hormon test edilmektedir ve “down sendromu” ve “nöral tüp defekti (beyin-omurilikte zarar)” gibi anomalilerin yani bebekte olabilecek sakatlıkların tespiti için bu test yapılmaktadır (<https://www.annebebek.com.tr>).
- 20-23 hafta arasında olmasının nedeni ise gebeliğin bu haftalarında ikinci düzey renkli ultrason ya da dört boyutlu doppler olarak da adı geçen “Doppler Ultrasonografi” yapılmaktadır. Bu ultrason ile bebeğin organları anne karnında detaylı olarak incelenmekte ve karaciğer, böbrek, troit gibi işlevlerini gösteren testlerde kan testi ile yapılmaktadır (A.g.e.).
- 24-27 hafta arasında olmasının nedeni ise gebelikte şeker yükleme testinin yapılmasıdır. Bu test laboratuvar ortamında kana bakılarak yapılan bir testtir. Anne adayına 50 -75-100 gr şeklinde anne adayının şeker hastalığı ile ilgili

genetik öyküsüne göre doktor tarafından ne kadar sürede kaç gram şeker yüklemesi alınacağı belirlenir. Anne adayının önce açlık şekerine bakılır sonra glükoz içildikten 1 saat sonra gebeliğe bağlı şeker hastalığı olup olmadığı test edilmektedir (A.g.e.).

- 28-31 hafta arasında olmasının nedeni ise gebelik döneminin son trimesterine yani 3. dönemine 28. hafta girilmektedir. Bu haftalarda anne adayları doğuma yönelik hazırlıklarını (alışveriş vs.) tamamlamaktadır. Ayrıca eşiyle kan uyuşmazlığı olan anne adayları 28. Haftada kan uyuşmazlık aşısı olabilmektedir.
- 32-35 hafta arasında olması ise özellikle çalışan anne adayları için önem teşkil etmektedir. Gebeliğin 32. Haftası ile birlikte çalışan anne adayı resmi olarak gebelik iznine bu haftalarda isteğe bağlı ya da riskli gebelik durumuna göre sosyal izin kullanabilmektedir. Eğer çalışmak anne ve bebek için risk oluşturmuyorsa 37. Haftaya kadar “çalışabilir raporu” verilerek çalışmaya devam edebileceği bu dönemde belirlenmektedir.
- 36 hafta ve üstü olmasının nedeni ise anne adayı artık gebeliğinin son haftalarına ulaşmıştır. Bu haftalarda doğum yapması beklenmektedir. Bu nedenle 37. Hafta itibariyle zorunlu olarak “doğum izni” başlamaktadır.

Gebelik dönemi değişkeni ile katılımcıların anketi yanıtladığı gebelik trimesterine göre değerlendirme yapılmaktadır. Gebelik dönemi toplamda 3 aylık periyodlarla 3 dönemin tamamını kapsamaktadır. Gebeliğin birinci dönemi 1- 13 hafta arasındaki gebelik sürecini; ikinci dönem ise 14-27 hafta arasındaki gebelik sürecini ve üçüncü dönem ise 28 hafta ve sonrası dönemi kapsamaktadır. Gebeliğin son döneminin 40. Haftaya kadar tamamlanması beklenmektedir. Ancak bazı gebelikler 42 haftaya kadar devam edebilmektedir. Bu çalışmada gebelik dönemi değişkeni ele alınırken 12 hafta öncesinde olan katılımcı olmadığı için; gebeliğin birinci döneminde olan 22 katılımcı gebeliğin ikinci dönemine alınarak, ikinci dönem 12-27 hafta olarak ve üçüncü dönem 28 hafta ve sonrası olarak değerlendirilmiştir.

Daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu değişkeni ile gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı ile ilgili geçmiş dönemine yönelik bilgi almak amacıyla belirlenmiştir.

3.3.2. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği

2011 yılında Pop ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bu ölçek gebelikteki distres (stres, kaygı ve depresyon) düzeyinin belirlenmesi amacıyla Hollanda’da geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 2015 yılında Çapık ve Pasinlioğlu tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte toplam olarak 16 madde yer almaktadır ve iki alt boyutu bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi “Olumsuz Duygulanım” alt boyutu diğeri ise “Eş Katılımı” alt boyutudur. Ölçek 4’lü likert tipindedir ve puanlamalar 0-3 arasında yer almaktadır. “0 puan: çok sık”, “1 puan: oldukça sık”, “2 puan: ara sıra”, “3 puan: nadiren veya hiç” şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçekten toplam alınacak puan 0-48 puan arasındadır.

Olumsuz Duygulanım alt boyutunda 11 madde yer almaktadır, bu maddeler sırasıyla 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. maddelerdir. Bu alt boyutta maddeler ters kodlanmaktadır ve toplam alınacak puan 0-33 puan arasındadır.

Eş Katılımı Alt Boyutu ise 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1, 2, 4, 8 ve 15. maddelerdir ve toplamda alınacak puan 0-15 puan arasındadır.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği 12 hafta ve üzerindeki gebelik dönemindeki kadınlara uygulanmaktadır. Ölçeğin toplam puanına göre 28 puan kesme noktasıdır. 28 ve üzerinde puan olması gebelik dönemindeki kadınların distres (stres, kaygı ve depresyon) açısından risk altında olduğu anlamına gelmektedir. Alt boyutlarda kesme noktaları ise, olumsuz duygulanım için 22 ve üzeri, eş katılımı için 10 ve üzeridir. Geçerlilik güvenilirlik çalışmasında 0.83 Cronbach Alpha değeri bulunmuştur (Çapık, Apay ve Sakar, 2015: 198). (EK-2).

3.3.3. Sürekli Kaygı Envanteri

Spielberger tarafından geliştirilen ölçek 1985 yılında Necla Öner ve Le Compte tarafından Türkçe formuna uyarlanmıştır. “*Kişinin içinde bulunduğu koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirleyen bir ölçektir*” (Mantar, 2008: 46; Akt. Yiğitoğlu, 2009: 34).

Sürekli Kaygı Envanterinde toplam 20 madde bulunmaktadır, 4’lü likert tipindedir. Puanlamalar 1-4 arasında değişmektedir. “1 puan: hemen hemen hiçbir zaman”, “2

puan: bazen”, “3 puan: çok zaman” ve “4 puan: hemen hemen her zaman” şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar “Olumlu Duygular” ve “Olumsuz Duygular” şeklindedir.

Olumlu Duyguları ifade eden 7 madde bulunmaktadır bunlar tersine çevrilmiştir. Bu maddeler: 1, 6, 7, 10, 13, 16 ve 19. maddelerdir. Bu maddelerde 1 puan değerinde olan maddeler 4 puana, 4 puan değerinde olanlar ise 1 puana çevrilmiştir. Olumlu duyguları ifade eden maddelerde 1 puan değerinde olanlar kaygının yüksekliğini ifade etmektedir.

Olumsuz Duyguları ifade eden 13 madde bulunmaktadır, bunlar 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18 ve 20. maddelerdir. Doğrudan ifadelerin yapıldığı olumsuz duygularda 4 puan değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini göstermektedir.

Ölçeğin puanlaması “Elle puanlama” ve “Bilgisayarda puanlama” olarak iki şekilde yapılmaktadır. Elle puanlama yapılırken olumlu duyguların toplam puanı ile olumsuz duyguların toplam puanı ayrı ayrı hesaplanır, olumsuz duyguların toplam ağırlık puanından olumlu duyguların toplam ağırlık puanı çıkarılır ve çıkan sonuca 35 puan (değişmeyen değer) eklenir. Bu işlemlerden sonra hesaplanan değer bireyin kaygı puanıdır. Bilgisayarla puanlama ise örneklemin büyük olduğu durumlarda istatistiksel değerlendirme yapılabilmesi için ölçeğin puanlaması bilgisayar programları kullanılarak yapılmaktadır. Ölçekten alınacak toplam puanlama 20-80 puan arasında değerdir. Küçük puan düşük kaygı düzeyini, büyük puan ise yüksek kaygı düzeyini göstermektedir.

Türkçe güvenirlik hesaplaması için test tekrar test güvenirliği tekniğiyle Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu hesaplanarak Alpha .71-.86 arasında değer bulunmuştur. İç tutarlılık ve homojenlik testi K. Richardson 20 formülü kullanılarak hesaplanmış ve sonuç .94-.96 arasında değer bulunmuştur. Sürekli kaygı envanteri maddelerinde 3 madde ve üzeri boş bırakılmışsa ölçek geçersiz sayılmakta ve değerlendirmeye alınmamaktadır (Yiğitoğlu, 2009: 56-57). (EK 3).

3.3.4. Ruh Sağlığı Sürekliliği Ölçeği

Ruh Sağlığı Sürekliliği Ölçeği 2008 yılında Keyes ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek kişilerin ruh sağlığının sürekliliğini temsil eden pozitif

duygular hissetmeyi ifade eden duygusal iyi olmayı, kişinin sosyal yaşamıyla ilgili sosyal uyum ve sosyal bütünleşmeyi ifade eden sosyal iyi olmayı ve kişilerin benliğini olumlu algılamasını ve yaşama yönelik amaçlarının farkında olmasını ifade eden psikolojik iyi olmayı ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik güvenilirliği Demirci ve Akın tarafından 2015 yılında yapılmıştır.

Ruh Sağlığı Sürekliliği Ölçeğinde toplam 14 madde bulunmaktadır, 6'lı likert tipi formatındadır ve puanlamalar 0-5 arasında değişmektedir. "0 puan: hiçbir zaman", "1 puan: bir veya iki kez", "2 puan: yaklaşık haftada bir", "3 puan: yaklaşık haftada 2-3 defa", "4 puan: neredeyse her gün" ve "5 puan: her gün" şeklinde derecelendirilmiştir.

Ölçeğin 3 alt boyutu vardır, bunlar: Duygusal İyi Olma alt boyutu 1, 2 ve 3. maddeler; Sosyal İyi Olma alt boyutu 4, 5, 6, 7 ve 8. maddeler; Psikolojik İyi Olma alt boyutu ise 9, 10, 11, 12, 13, ve 14. maddeleridir. Ölçekte tersine çevrilmiş madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınacak toplam puan 0-70 arasında değişmektedir. Ölçeğin her alt boyutunun yüksek olması o boyutla ilgili yüksek iyi olma anlamına gelmektedir.

Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri tamamı için .90; duygusal iyi olma alt boyutu için .84; sosyal iyi olma alt boyutu için .78 ve psikolojik iyi olma alt boyutu için ise .85 olarak bulunmuştur. (Demirci ve Akın, 2015: 56-57). (EK-4).

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışma kapsamında evreni temsil eden örneklem grubu basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle yapılmıştır. Basit tesadüfi örnekleme evreni oluşturan her kişinin örneğe alınma şansının eşit olduğu örnekleme türüdür (Arıkan, 2004: 141). Bu bağlamda hastanelerde kadın doğum polikliniğine başvuru yapan gebelik dönemindeki kadınlara kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağına dair bilgi verilmiş olup anket içeriği ve çalışmanın amacı belirtilerek kişisel bilgi formu ve ölçekler uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Verilen çözümlenmesi için ilk olarak çalışmada kullanılan ölçeklere uygun olmayan ve bilgileri eksik doldurulmuş 25 kişinin veri formu değerlendirilmeden çıkarılmış olup, analiz 304 kişi üzerinden yapılmıştır.

Bu çalışmanın bağımsız değişkenleri distres düzeyi, kaygı düzeyi ve katılımcıların demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, meslek ve algıladıkları ekonomik durum) ile gebeliğe özgü nitelikleri (gebelik sayısı, daha önce düşük yapma durumu, yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu), gebelik türü, gebelik haftası, gebelik dönemi ve daha önce ruh sağlığı ile ilgili problem yaşama durumu) dir. Çalışmanın bağımlı değişkeni ise ruh sağlığı durumudur.

Verilerin analizinde distres ve kaygı düzeyi bağımsız değişkenleri ile ruh sağlığı bağımlı değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Momentler Çarpım Katsayısı Korelasyon Katsayısı analizi ve distres ile kaygı düzeyi bağımsız değişkenlerinin ruh sağlığı bağımlı değişkenine etkisini analiz etmek amacıyla da Regresyon Linear analizi yapılmıştır.

Ruh sağlığı ve alt boyutlarının puan ortalamalarının katılımcıların demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, meslek ve algıladıkları ekonomik durum) ile gebeliğe özgü nitelikleri (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu), gebelik türü, gebelik haftası, gebelik dönemi) değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek için One Way Anova tekniği ile tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Farklılaşmanın gözlemlendiği durumlarda farklılaşmanın kaynağını bulmak için öncelikli olarak varyansların homojenliğini test etmek amacıyla Homogeneity of Variance Test yapılmış olup; homojenliğin gözlemlendiği durumlarda Tukey testi ile değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkın önem kontrolü yapılmıştır. Homojen dağılımın olmaması durumunda Games-Howell Test yapılmıştır. Ruh sağlığı puan ortalamalarının daha önce düşük yapma durumu, gebelik dönemi ve daha önce ruh sağlığı ile ilgili problem yaşama durumu değişkenlerine göre grupların arasındaki farkın önem kontrolünü yapmak amacıyla T testi analiz tekniği kullanılmıştır. Çalışma verilerinin analizini yapmak amacıyla SPSS 23 İstatistik Programından yararlanılmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin uygulanabilirliğini test etmek amacıyla faktör analizi ve güvenilirliğinin testini yapmak amacıyla güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Çalışma kapsamında kullanılan ölçeklerin ve soruların yer aldığı bilgilerin değerlendirilmesiyle yapılan faktör analizi testinde (KMO= .858; p=0.00) sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre KMO testi örneklem büyüklüğünün uygunluğu ile ilgili olarak 0.85 olması çalışmada kullanılan veriler için faktör analizinin kuvvetli bir biçimde anlamlı olarak kullanılabilceğini göstermektedir.

Çalışmada kullanılan verilere yönelik ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla güvenilirlik analizi testi yapılmıştır. Buna ilişkin güvenilirlik analizeine göre Cronbach's Alpha değerinin .75 olduğu görülmektedir. Alpha değerinin; $70 \leq \alpha < 85$ aralığında olması çalışmanın yüksek ölçüde güvenilir olduğu bilgisini vermektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların demografik özelliklerine, gebeliğe özgü niteliklerine, ruh sağlığı ile distres ve kaygı düzeyinin ilişki durumu ve denencelerle ilgili bulgulara yer verilmektedir.

4.1. Demografik Bilgilere Yönelik Bulgular

Çalışma kapsamında katılımcıların demografik özellikleri yaş, eğitim durumu, meslek ve algıladıkları ekonomik durum olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca katılımcıların gebelikle ilgili özellikleri hakkında bilgiler gebeliğe özgü nitelikler olarak belirtilmektedir ve gebelik sayısı, daha önce düşük yapma durumu, yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu), gebelik türü, gebelik haftası, gebelik dönemi ve daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 4.1.1: Gebelik Dönemindeki Kadınların Demografik Bilgileri Frekans ve Yüzde Değerleri

Değişkenler	Gruplar	<i>f</i>	%
Yaş	24 ve Altı	46	15,1
	25- 29 Arası	103	33,9
	30- 34 Arası	105	34,5
	35 ve Üstü	50	16,4
Eğitim Durumu	İlköğretim	24	7,9
	Lise	105	34,5
	Üniversite	150	49,3
	Yüksek Lisans-Doktora	25	8,2
Meslek	Beyaz Yaka	95	31,3
	Ev Hanımı/ Çalışmıyor	98	32,2
	Diğer	111	36,5
Algıladığınız Ekonomik Durum	Düşük	23	7,6
	Orta	206	67,8
	Yüksek	75	24,7

Tablo 4.1.1’de araştırmaya katılım gösteren katılımcıların yaş, eğitim durumu, meslek ve algıladıkları ekonomik duruma yönelik bilgiler yer almaktadır. Bu tabloya göre katılımcıların yaklaşık %68,4’ünün (n=208) 25-35 yaş arasında olduğunu, 24 yaş ve altının %15.1 (n=46) ve 35 yaş üstündeki kişilerinde %16.4 (n=50) oranında olduğunu görmekteyiz. Eğitim durumuna baktığımızda katılımcılar arasında hiç okuyazar olmayan katılımcı olmadığını ve katılımcıların yaklaşık %50’sinin (n=150) niversite mezunu, %8.2’sinin (n=25) yüksek lisans-doktora mezunu, %35’in (n=105) lise mezunu olduğunu görmekteyiz. Katılımcıların meslek durumu açısından incelediğimizde ise beyaz yaka olarak görev yapanların %31.3 (n=95), ev hanımı ya da çalışmayanların %32.2 (n=98) ve diğer görevlere sahip olanların %36.5 (n=111) oranında olduğunu görülmektedir. Katılımcıların algıladıkları ekonomik durum ise %7.6’sının (n=23) düşük, %67.8’sinin (n=206) orta ve %24.7’sinin (n=75) ise yüksek ekonomik durum algısı olduğunu bilgisi verilmektedir.

Tablo 4.1.2: Gebelik Dönemindeki Kadınların Gebeliğe zg Niteliklerine Yönelik Frekans ve Yüzde Değerleri

Değişkenler	Gruplar	<i>f</i>	%
Gebelik sayısı	1	164	53,9
	2	88	28,9
	3 ve st	52	17,1
Daha nce Düşük Yapma Durumu	Evet	60	19,7
	Hayır	244	80,3
	Yok	202	66,4
Yaşayan ocuk Sayısı	1	81	26,6
	2 ve st	21	6,9
Gebelik Türü	Plananmış Gebelik	206	67,8
	Beklenmedik Gebelik	77	25,3
	Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	21	6,9
Gebelik Haftası	12-15 Hafta Arası	38	12,5
	16-19 Hafta Arası	38	12,5
	20- 23 Hafta Arası	30	9,9
	24- 27 Hafta Arası	35	11,5
	28- 31 Hafta Arası	34	11,2
	32- 35 Hafta Arası	62	20,4
	36 Hafta ve st	67	22,0
Gebelik Dönemi	2. Dönem	141	46,4
	3. Dönem	163	53,6
Daha nce Ruh Sağlığı ile İlgili Problem Yaşama Durumu	Evet	29	9,5
	Hayır	275	90,5

Tablo 4.1.2’de katılımcıların kaçınıcı gebeliği olduğuna baktığımızda %53.9’unun (n=164) ilk gebeliği olduğunu, %28.9’unun (n=88) ikinci gebeliği olduğunu ve %17.1’inin (n=52) üç ve üstünde gebeliği olduğu; daha önce düşük yapma durumuna baktığımızda % 19.7’sinin (n=60) daha önce düşük yaptığını, %80.3’ünün (n=244) daha önce düşük yapmadığını; yaşayan kaç çocuğu olduğuna baktığımızda %66.4’ünün (n=202) yaşayan hiç çocuğunun olmadığını, %26,6’sının (n=81) 1 çocuğu olduğunu ve %6.9’unun (n=21) 2 ve daha fazla çocuğu olduğunu; gebelik türüne baktığımızda %67.8’inin (n=206) gebeliğinin planlı yani istenen bir gebeliği olduğunu, %25.3’ünün (n=77) beklenmedik gebeliği olduğunu ve %6.9’unun (n=21) tedavi sonucunda gebeliği olduğunu görmekteyiz. Gebelik haftalarına göre baktığımızda 12-15 haftası arasında gebeliği olanların %12.5’i (n=38) olduğunu, 16-19 haftası arasında gebeliği olanların %12.5 (n=38) olduğunu, 20-23 haftası arasında gebeliği olanların %9.9 (n=30) olduğunu, 24-27 haftası arasında gebeliği olanların %11.5 (n=35) olduğunu, 28-31 haftası arasında gebeliği olanların %11.2 (n=34) olduğunu, 32-35 haftası arasında gebeliği olanların %20.4 (n=62) olduğunu ve 36 hafta ve üstünde gebeliği olanların %22 (n=67) oranlarında olduğu görülmektedir. Gebelik dönemlerine göre baktığımızda ise %46.4’ünün (n=141) gebeliğin ikinci döneminde, %53.6’sının (n=163) gebeliğin son döneminde olduğu ve katılımcıların %9.5’nin (n=29) daha önce ruh sağlığı problemi geçirmiş olduğu görülmektedir.

4.2. Gebelik Dönemindeki Kadınların Distres ve Kaygı Düzeyleri ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bulgular

Bu bölümde gebelik dönemindeki kadınların distres ve kaygı düzeyleri ile ruh sağlığı arasındaki ilişki düzeyi Pearson Korelasyon Analiz Tekniği ile analiz edilmiştir. Distres ve kaygı düzeylerinin ruh sağlığına etki düzeyi ise Regresyon Linear Analiz tekniği kullanılarak yapılmıştır. Ayrıca ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutları puan ortalamalarının demografik özellikler ve gebeliğe özgü nitelikler değişkenleri arasında anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için One Way Anova ve T-Testi kullanılarak analiz edilmiştir. Tek yönlü varyans analizlerine ait denencelerin kabul edildiği durumlarda Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) tekniği kullanılmıştır. Homojenliğin eşit dağılım

gösterdiği durumlarda Tukey Testi, homojenliğin eşit olmadığı durumlarda ise Games-Howell testleri kullanılmıştır.

Denenceler

4.2.1. Ruh Sağlığı ve Distres Düzeyi İle İlgili Bulgular;

Bu bölümde gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı puan ortalamaları ve alt boyutları (duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma) puan ortalamaları ile Distres Düzeyi ve alt boyutları (olumsuz duygulanım ve eş katılımı) puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır.

Denence 1.1: Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı ile Distres Düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puanları ile distres düzeyi toplam puanı, olumsuz duygulanım ve eş katılımı alt boyutları puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon tekniği ile analizi yapılmış olup sonuçlara aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Tablo 4.2.1.1: Ruh Sağlığı Toplam Puanı İle Distres Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi

		Ruh Sağlığı Toplam	Olumsuz Duygulanım	Eş Katılımı	Distres Toplam Puan
Ruh Sağlığı Toplam	Pearson Correlation	1	-,332**	-,451**	-,476**
	Sig. (2-Tailed)		,000	,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumsuz Duygulanım	Pearson Correlation	-,332**	1	,127*	,904**
	Sig. (2-Tailed)	,000		,027	,000
	N	304	304	304	304
Eş Katılımı	Pearson Correlation	-,451**	,127*	1	,538**
	Sig. (2-Tailed)	,000	,027		,000
	N	304	304	304	304
Distres Toplam Puan	Pearson Correlation	-,476**	,904**	,538**	1
	Sig. (2-Tailed)	,000	,000	,000	
	N	304	304	304	304

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 4.2.1.1’i incelediğimizde ruh sağlığı toplam puanı ile distres toplam puanı, olumsuz duygulanım alt boyutu puanı ve eş katılımı alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 1.2: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan duygusal iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puanı ile distres düzeyi toplam puanı, olumsuz duygulanım ve eş katılımı alt boyutları puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon tekniği ile analizi yapılmış olup sonuçlara aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Tablo 4.2.1.2: Duygusal İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Distres Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi

		Duygusal İyi Olma	Olumsuz Duygulanım	Eş Katılımı	Distres Toplam Puan
Duygusal İyi Olma	Pearson Correlation	1	-,351**	-,449**	-,492**
	Sig. (2-Tailed)		,000	,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumsuz Duygulanım	Pearson Correlation	-,351**	1	,127*	,904**
	Sig. (2-Tailed)	,000		,027	,000
	N	304	304	304	304
Eş Katılımı	Pearson Correlation	-,449**	,127*	1	,538**
	Sig. (2-Tailed)	,000	,027		,000
	N	304	304	304	304
Distres Toplam Puan	Pearson Correlation	-,492**	,904**	,538**	1
	Sig. (2-Tailed)	,000	,000	,000	
	N	304	304	304	304

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 4.2.1.2’yi incelediğimizde duygusal iyi olma alt boyutu puanı ile distres toplam puanı, olumsuz duygulanım alt boyutu puanı ve eş katılımı alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan duygusal iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 1.3: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan sosyal iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puanı ile distres düzeyi toplam puanı, olumsuz duygulanım ve eş katılımı alt boyutları

puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon tekniği ile analizi yapılmış olup sonuçlara aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Tablo 4.2.1.3: Sosyal İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Distres Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi

		Sosyal İyi Olma	Olumsuz Duygulanım	Eş Katılımı	Distres Toplam Puan
Sosyal İyi Olma	Pearson Correlation	1	-,212**	-,334**	-,324**
	Sig. (2-Tailed)		,000	,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumsuz Duygulanım	Pearson Correlation	-,212**	1	,127*	,904**
	Sig. (2-Tailed)	,000		,027	,000
	N	304	304	304	304
Eş Katılımı	Pearson Correlation	-,334**	,127*	1	,538**
	Sig. (2-Tailed)	,000	,027		,000
	N	304	304	304	304
Distres Toplam Puan	Pearson Correlation	-,324**	,904**	,538**	1
	Sig. (2-Tailed)	,000	,000	,000	
	N	304	304	304	304

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 4.2.1.3'ü incelediğimizde sosyal iyi olma alt boyutu puanı ile distres toplam puanı, olumsuz duygulanım alt boyutu puanı ve eş katılımı alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan sosyal iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 1.4: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan psikolojik iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puanı ile distres düzeyi toplam puanı, olumsuz duygulanım ve eş katılımı alt boyutları

puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon tekniği ile analizi yapılmış olup sonuçlara aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Tablo 4.2.1.4: Psikolojik İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Distres Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi

		Psikolojik İyi Olma	Olumsuz Duygulanım	Eş Katılımı	Distres Toplam Puan
Psikolojik İyi Olma	Pearson Correlation	1	-,326**	-,417**	-,456**
	Sig. (2-Tailed)		,000	,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumsuz Duygulanım	Pearson Correlation	-,326**	1	,127*	,904**
	Sig. (2-Tailed)	,000		,027	,000
	N	304	304	304	304
Eş Katılımı	Pearson Correlation	-,417**	,127*	1	,538**
	Sig. (2-Tailed)	,000	,027		,000
	N	304	304	304	304
Distres Toplam Puan	Pearson Correlation	-,456**	,904**	,538**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	304	304	304	304

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 4.2.1.4'ü incelediğimizde psikolojik iyi olma alt boyutu puanı ile distres toplam puanı, olumsuz duygulanım alt boyutu puanı ve eş katılımı alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan psikolojik iyi olma ile distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır” denencesi kabul edilmiştir.

4.2.2. Ruh Sağlığı ve Kaygı Düzeyi İle İlgili Bulgular;

Bu bölümde gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı toplam puanı ile Kaygı Düzeyi toplam puanı ve alt boyutları puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için analiz yapılmıştır.

Denence 2.1: Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı ile Kaygı Düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı, olumsuz duygular alt boyutu puanı ve olumlu duygular alt boyutu puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon tekniği ile analizi yapılmış olup sonuçlara aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Tablo 4.2.2.1: Ruh Sağlığı Toplam Puanı İle Kaygı Düzeyi Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi

		Ruh Sağlığı Toplam	Olumsuz Duygular	Olumlu Duygular	Kaygı Toplam Puan
Ruh Sağlığı Toplam	Pearson Correlation	1	-,323**	,665**	-,555**
	Sig. (2-Tailed)		,000	,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumsuz Duygular	Pearson Correlation	-,323**	1	-,310**	,893**
	Sig. (2-Tailed)	,000		,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumlu Duygular	Pearson Correlation	,665**	-,310**	1	-,704**
	Sig. (2-Tailed)	,000	,000		,000
	N	304	304	304	304
Kaygı Toplam Puan	Pearson Correlation	-,555**	,893**	-,704**	1
	Sig. (2-Tailed)	,000	,000	,000	
	N	304	304	304	304

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 4.2.2.1'i incelediğimizde ruh sağlığı toplam puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı ve olumsuz duygular alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu ve ruh sağlığı toplam puanı ile olumlu duygular alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü (+) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda "Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır" denencesi kabul edilmiştir.

Denence 2.2: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan duygusal iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puanı puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı, olumsuz duygular alt boyutu puanı ve olumlu duygular alt boyutu puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon tekniği ile analizi yapılmış olup sonuçlara aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Tablo 4.2.2.2: Duygusal İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Kaygı Düzeyi Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi

		Duygusal İyi Olma	Olumsuz Duygular	Olumlu Duygular	Kaygı Toplam Puan
Duygusal İyi Olma	Pearson Correlation	1	-,282**	,642**	-,514**
	Sig. (2-Tailed)		,000	,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumsuz Duygular	Pearson Correlation	-,282**	1	-,310**	,893**
	Sig. (2-Tailed)	,000		,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumlu Duygular	Pearson Correlation	,642**	-,310**	1	-,704**
	Sig. (2-Tailed)	,000	,000		,000
	N	304	304	304	304
Kaygı Toplam Puan	Pearson Correlation	-,514**	,893**	-,704**	1
	Sig. (2-Tailed)	,000	,000	,000	
	N	304	304	304	304

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 4.2.2.2'yi incelediğimizde duygusal iyi olma alt boyutu puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı ve olumsuz duygular alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu ve duygusal iyi olma alt boyutu puanı ile olumlu duygular alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü (+) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan duygusal iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 2.3: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan sosyal iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı, olumsuz duygular alt boyutu puanı ve olumlu duygular alt boyutu puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon tekniği ile analizi yapılmış olup sonuçlara aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Tablo 4.2.2.3: Sosyal İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Kaygı Düzeyi Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi

		Sosyal İyi Olma	Olumsuz Duygular	Olumlu Duygular	Kaygı Toplam Puan
Sosyal İyi Olma	Pearson Correlation	1	-,315**	,474**	-,459**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumsuz Duygular	Pearson Correlation	-,315**	1	-,310**	,893**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumlu Duygular	Pearson Correlation	,474**	-,310**	1	-,704**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	304	304	304	304
Kaygı Toplam Puan	Pearson Correlation	-,459**	,893**	-,704**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	304	304	304	304

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 4.2.2.3'ü incelediğimizde sosyal iyi olma alt boyutu puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı ve olumsuz duygular alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu ve sosyal iyi olma alt boyutu puanı ile olumlu duygular alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü (+) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan sosyal iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 2.4: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan psikolojik iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı, olumsuz duygular alt boyutu puanı ve olumlu duygular alt boyutu puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon tekniği ile analizi yapılmış olup sonuçlara aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Tablo 4.2.2.4: Psikolojik İyi Olma Alt Boyutu Puanı İle Kaygı Düzeyi Toplam Puanı ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Düzeyi

		Psikolojik İyi Olma	Olumsuz Duygular	Olumlu Duygular	Kaygı Toplam Puan
Psikolojik İyi Olma	Pearson Correlation	1	-,250**	,641**	-,490**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumsuz Duygular	Pearson Correlation	-,250**	1	-,310**	,893**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	304	304	304	304
Olumlu Duygular	Pearson Correlation	,641**	-,310**	1	-,704**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	304	304	304	304
Kaygı Toplam Puan	Pearson Correlation	-,490**	,893**	-,704**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	304	304	304	304

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 4.2.2.4'ü incelediğimizde psikolojik iyi olma alt boyutu puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı ve olumsuz duygular alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu ve psikolojik iyi olma alt boyutu puanı ile olumlu duygular alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü (+) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda "Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığının alt boyutu olan psikolojik iyi olma ile kaygı düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır" denencesi kabul edilmiştir.

4.2.3. Distres Düzeyi ile Ruh Sağlığının Yordanması İle İlgili Bulgular;

Bu bölümde gebelik dönemindeki kadınların Distres Düzeyi ve alt boyutları (olumsuz duygulanım ve eş katılımı) puanlarının Ruh Sağlığı toplam puanına etkisini belirlemek için regresyon tekniği ile analiz yapılmıştır.

Denence 3.1: Gebelik dönemindeki kadınların Distres Düzeyi Ruh Sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların Distres Düzeyinin toplam puanının Ruh Sağlığı toplam puanını ne kadar etkilediği ve anlamlı bir şekilde yordayıcısı olup olmadığını belirlemek için Regresyon Analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.3.1: Distres Düzeyinin Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Yor. Std. Hatası
1	,476 ^a	,226	,224	13,42370

Tablo 4.2.3.1'e göre R=0.476, R²=0.226 olduğu görülmektedir, bu durumda ruh sağlığındaki varyansın %22.6' sının distres düzeyi tarafından açıklandığı ifade edilebilir.

Tablo 4.2.3.2: Distres Düzeyinin B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi

	B	Std. Hata	Beta	t	p
(Sabit)	56,707	1,694		33,478	,000
Distres Toplam Puan	-,904	,096	-,476	-9,401	,000

Regresyon analizi sonuçlarına göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu ifade edilebilmektedir ($F= 88.375$; $p < 0.05$). Distres düzeyi puanı ile ruh sağlığı puanı arasında ($B= -0.904$) negatif yönlü (-) ilişki olduğu ve t- değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t[-9.401]$; $p < .001$) görülmektedir. Sonuç olarak "Gebelik dönemindeki kadınların distres düzeyi ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir" denencesi kabul edilmiştir.

Denence 3.2: Gebelik dönemindeki kadınların Olumsuz Duygulanım alt boyutu Ruh Sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların Olumsuz Duygulanım alt boyutu puanının Ruh Sağlığı toplam puanını ne kadar etkilediği ve anlamlı bir şekilde yordayıcısı olup olmadığını belirlemek için Regresyon Analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.3.3: Olumsuz Duygulanım Alt Boyutunun Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Yor.Std.Hatası
1	,332 ^a	,110	,107	14,39879

Tablo 4.2.3.3'e göre R=0.332, R²=0.110 olduğu görülmektedir, bu durumda ruh sağlığındaki varyansın %11'inin olumsuz duygulanımdan kaynaklandığı ifade edilebilir.

Tablo 4.2.3.4: Olumsuz Duygulanım Alt Boyutunun B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi

	B	Std. Hata	Beta	t	p
(Sabit)	50,937	1,606		31,711	,000
Olumsuz Duygulanım	-,741	,121	-,332	-6,107	,000

Regresyon analizi sonuçlarına göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu ifade edilebilmektedir ($F=37.292$; $p < 0.05$). Olumsuz duygulanım alt boyutu puanı ile ruh sağlığı puanı arasında ($B = -0.741$) negatif yönlü (-) ilişki olduğu ve t-değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t[-6.107]$; $p < .001$) görülmektedir. Sonuç olarak "Gebelik dönemindeki kadınların olumsuz duygulanım alt boyutu ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir" denencesi kabul edilmiştir.

Denence 3.3: Gebelik dönemindeki kadınların Eş Katılımı alt boyutu Ruh Sağlığı anlamlı düzeyde etkilemektedir.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların Eş Katılımı alt boyutu puanının Ruh Sağlığı toplam puanını ne kadar etkilediği ve anlamlı bir şekilde yordayıcısı olup olmadığını belirlemek için Regresyon Analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.3.5: Eş Katılımı Alt Boyutunun Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Yor.Std.Hatası
1	,451 ^a	,203	,201	13,62306

Tablo 4.2.3.5'e göre $R=0.451$, $R^2=0.203$ olduğu görülmektedir Bu durumda ruh sağlığındaki varyansın %20.3'ünün eş katılımı alt boyutundan kaynaklandığı ifade edilebilir.

Tablo 4.2.3.6: Eş Katılımı Alt Boyutunun B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi

	B	Std. Hata	Beta	t	p
(Sabit)	51,159	1,256		40,718	,000
Eş Katılımı	-1,989	,227	-,451	-8,777	,000

Regresyon analizi sonuçlarına göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu ifade edilebilmektedir ($F=77.033$; $p < 0.05$). Eş katılımı alt boyutu puanı ile ruh sağlığı puanı arasında ($B = -1.989$) negatif yönlü (-) ilişki olduğu ve t- değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t[-8.777]$; $p < .001$) görülmektedir. Sonuç olarak “Gebelik dönemindeki kadınların eş katılımı alt boyutu ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir” denencesi kabul edilmiştir.

4.2.4. Kaygı Düzeyi ile Ruh Sağlığının Yordanması İle İlgili Bulgular;

Bu bölümde gebelik dönemindeki kadınların Kaygı Düzeyi ve alt boyutları puanlarının Ruh Sağlığı toplam puanına etkisini belirlemek için analiz yapılmıştır.

Denence 4.1: Gebelik dönemindeki kadınların Kaygı Düzeyi Ruh Sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların kaygı düzeyi toplam puanının ruh sağlığı toplam puanını ne kadar etkilediği ve anlamlı bir şekilde yordayıcısı olup olmadığını belirlemek için Regresyon Analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.4.1: Kaygı Düzeyinin Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Yor.Std.Hatası
1	,555 ^a	,308	,306	12,69504

Tablo 4.2.4.1'e göre R=0.555, R²=0.308 olduğu görülmektedir. Bu durumda ruh sağlığındaki varyansın %30.8'inin kaygı düzeyi tarafından açıklandığı ifade edilebilir.

Tablo 4.2.4.2: Kaygı Düzeyinin B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi

	B	Std. Hata	Beta	t	p
(Sabit)	87,048	3,908		22,274	,000
SKE Toplam Puan	-1,019	,088	-,555	-11,596	,000

Regresyon analizi sonuçlarına göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu ifade edilebilmektedir ($F=134.473$; $p < 0.05$). Kaygı düzeyi puanı ile ruh sağlığı puanı arasında ($B = -1.019$) negatif yönlü (-) ilişki olduğu ve t- değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t[-11.596]$; $p < .001$) görülmektedir. Sonuç olarak “Gebelik dönemindeki kadınların kaygı düzeyi ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 4.2: Gebelik dönemindeki kadınların Olumsuz Duygular alt boyutu Ruh Sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların olumsuz duygular alt boyutu puanının ruh sağlığı toplam puanını ne kadar etkilediği ve anlamlı bir şekilde

yordayıcısı olup olmadığını belirlemek için Regresyon Analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.4.3: Olumsuz Duygular Alt Boyutunun Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Yor.Std.Hatası
1	,323 ^a	,104	,101	14,44642

Tablo 4.2.4.3'e göre R=0.323, R²=0.104 olduğu görülmektedir. Bu durumda ruh sağlığındaki varyansın %10.4' ünün olumsuz duygulardan kaynaklandığı ifade edilebilir.

Tablo 4.2.4.4: Olumsuz Duygular Alt Boyutunun B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi

	B	Std. Hata	Beta	t	p
(Sabit)	65,091	3,900		16,688	,000
Olumsuz Duygular	-,793	,134	-,323	-5,921	,000

Regresyon analizi sonuçlarına göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu ifade edilebilmektedir ($F=35.059$; $p<0.05$). Olumsuz duygular alt boyutu boyutu puanı ile ruh sağlığı puanı arasında ($B= -0.793$) negatif yönlü (-) ilişki olduğu ve t-değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t[-5.921]$; $p<.001$) görülmektedir. Sonuç olarak “Gebelik dönemindeki kadınların olumsuz duygular alt boyutu ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 4.3: Gebelik dönemindeki kadınların Olumlu Duygular alt boyutu Ruh Sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların Olumlu Duygular alt boyutu puanının Ruh Sağlığı toplam puanını ne kadar etkilediği ve anlamlı bir şekilde yordayıcısı olup olmadığını belirlemek için Regresyon Analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.4.5: Olumlu Duygular Alt Boyutunun Ruh Sağlığını Yordama Düzeyi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Yor.Std.Hatası
1	,665 ^a	,442	,440	11,40253

Tablo 4.2.4.5'e göre R=0.665, R²=0.442 olduğu görülmektedir. Bu durumda ruh sağlığındaki varyansın %44.2'sinin olumlu duygulardan kaynaklandığı ifade edilebilir.

Tablo 4.2.4.6: Olumlu Duygular Alt Boyutunun B ve Beta Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyi

	B	Std. Hata	Beta	t	p
(Sabit)	-8,533	3,366		-2,535	,012
Olumlu Duygular	2,582	,167	,665	15,461	,000

Regresyon analizi sonuçlarına göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu ifade edilebilmektedir ($F=239.033$; $p < 0.05$). Olumlu duygular alt boyutu puanı ile ruh sağlığı puanı arasında ($B= 2.582$) pozitif yönlü (+) ilişki olduğu ve t- değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t[15.461]$; $p < .001$) görülmektedir. Sonuç olarak “Gebelik dönemindeki kadınların olumlu duygular alt boyutu ruh sağlığını anlamlı düzeyde etkilemektedir” denencesi kabul edilmiştir.

4.2.5. Gebelik Dönemindeki Kadınların Demografik Özellikleri ve Ruh Sağlığı İle İlgili Bulgular;

Bu bölümde gebelik dönemindeki kadınların Demografik Özellikleri ile Ruh Sağlığı ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşmanın olma durumunu değerlendirilmektedir. Tek yönlü varyans analiz tekniği kullanılmıştır, farklılaşmanın olduğu durumlarda dağılımın homojenliği test edilmiştir. Homojenliğin eşit dağılım gösterdiği durumlarda önem düzeyini belirlemek için Tukey testi, homojenliğin eşit dağılım göstermediği durumlarda ise önem düzeyini belirlemek için Games-Howell Testi yapılmıştır.

Denence 5.0. Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı toplam puan ortalamaları ile Duygusal İyi Olma, Sosyal İyi Olma ve Psikolojik İyi Olma alt boyutu puan ortalamaları gebe kadınların yaş, eğitim durumu, meslek ve algıladığı ekonomik durum değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı toplam puan ortalamaları ile Duygusal İyi Olma, Sosyal İyi Olma ve Psikolojik İyi Olma alt boyutları puan ortalamalarının gebe kadınların demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, meslek ve algıladıkları ekonomik durum) değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemeye yönelik analiz yapılmıştır. Bu temel denenceye bağlı olarak 4 alt denence doğrultusunda toplam 16 denence bulunmaktadır.

Denence 5.1. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları katılımcıların yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.1: Yaş Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
24 ve Altı	46	39,74	17,72	0,00	70,00
25- 29 Arası	103	43,33	14,73	0,00	70,00
30- 34 Arası	105	43,85	14,50	7,00	70,00
35 ve Üstü	50	40,64	15,28	11,00	67,00
Toplam	304	42,52	15,24	0,00	70,00

Tablo 4.2.5.1'e göre yaş değişkeninin ruh sağlığı puan ortalamaları 24 yaş ve altı (\bar{X} =39.73), 25-29 yaş arası (\bar{X} =43.33), 30-34 yaş arası (\bar{X} =43.85), 35 yaş ve üstü (\bar{X} =40.64) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.5.2: Yaş Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	Sig.
Gruplar arasında	785,111	3	261,704	1,129	,338
Gruplar içinde	69558,728	300	231,862		p>0.05
Toplam	70343,839	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların yaş değişkenine göre ruh sağlığı ($F=1.129$; $p>0.05$) olduğu için yaş değişkeni açısından ruh sağlığı toplam puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi reddedilmiştir.

Denence 5.1.1: Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.3: Yaş Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
24 ve Altı	46	9,59	4,18	0,00	15,00
25- 29 Arası	103	10,16	3,47	0,00	15,00
30- 34 Arası	105	10,47	3,68	0,00	15,00
35 ve Üstü	50	9,14	4,08	1,00	15,00
Toplam	304	10,01	3,77	0,00	15,00

Tablo 4.2.5.3’e göre yaş değişkeninin duygusal iyi olma puan ortalamalarına göre; 24 yaş ve altı ($\bar{X}=9.59$), 25-29 yaş arası ($\bar{X}=10.16$), 30-34 yaş arası ($\bar{X}=10.47$), 35 yaş ve üstü ($\bar{X}=9.14$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.5.4: Yaş Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	70,15	3	23,383	1,655	0,177
Gruplar içinde	4238,82	300	14,129		p>0,05
Toplam	4308,97	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların yaş değişkenine göre duygusal iyi olma ($F=1.655$; $p>0.05$) olduğu için yaş değişkeni açısından duygusal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebe kadınların yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi reddedilmiştir.

Denence 5.1.2: Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.5: Yaş Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
24 ve Altı	46	10,54	7,51	0,00	25,00
25- 29 Arası	103	11,92	6,36	0,00	25,00
30- 34 Arası	105	12,55	6,29	0,00	25,00
35 ve Üstü	50	11,58	6,11	0,00	23,00
Toplam	304	11,88	6,48	0,00	25,00

Tablo 4.2.5.5’e göre yaş değişkeninin sosyal iyi olma puan ortalamalarına göre; 24 yaş ve altı ($\bar{X}=10.54$), 25-29 yaş arası ($\bar{X}=11.92$), 30-34 yaş arası ($\bar{X}=12.55$), 35 yaş ve üstü ($\bar{X}=11.58$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.5.6: Yaş Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	134,316	3	44,772	1,066	0,364
Gruplar içinde	12602,9	300	42,01		p>0,05
Toplam	12737,3	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların yaş değişkenine göre sosyal iyi olma ($F=1.066$; $p>0.05$) olduğu için yaş değişkeni açısından sosyal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi reddedilmiştir.

Denence 5.1.3: Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır

Bu denencede katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.7: Yaş Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
24 ve Altı	46	19,61	8,11	0,00	30,00
25- 29 Arası	103	21,25	7,40	0,00	30,00
30- 34 Arası	105	20,83	6,73	3,00	30,00
35 ve Üstü	50	19,92	7,04	6,00	30,00
Toplam	304	20,64	7,22	0,00	30,00

Tablo 4.2.5.7’ye göre yaş değişkeninin psikolojik iyi olma puan ortalamalarına göre; 24 yaş ve altı ($\bar{X}=19.61$), 25-29 yaş arası ($\bar{X}=21.25$), 30-34 yaş arası ($\bar{X}=20.83$), 35 yaş ve üstü ($\bar{X}=19.92$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.5.8: Yaş Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	117,21	3	39,07	0,747	0,525
Gruplar içinde	15696,988	300	52,323		p>0,05
Toplam	15814,197	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların yaş değişkenine göre psikolojik iyi olma ($F=0.747$; $p>0.05$) olduğu için yaş değişkeni açısından psikolojik iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi reddedilmiştir.

Denence 5.2: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.9: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
İlköğretim	24	36,79	18,27	7,00	70,00
Lise	105	41,14	17,05	0,00	70,00
Üniversite	150	44,42	13,36	6,00	70,00
Yüksek Lisans-Doktora	25	42,44	13,41	14,00	63,00
Toplam	304	42,52	15,24	0,00	70,00

Tablo 4.2.5.9'a göre eğitim değişkenine göre ruh sağlığı puan ortalamaları: ilköğretim ($\bar{X}=36.79$), lise ($\bar{X}=41.14$), üniversite ($\bar{X}=44.42$), yüksek lisans-doktora ($\bar{X}=42.44$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.5.10: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	1528,323	3	509,441	2,221	0,086
Gruplar içinde	68815,515	300	229,385		p>0,05
Toplam	70343,839	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların eğitim durumu değişkenine göre ruh sağlığı ($F=2.221$; $p>0.05$) olduğu için eğitim durumu değişkeni açısından ruh sağlığı toplam puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi reddedilmiştir.

Denence 5.2.1: Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış, varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) testine bakılmış varyansların dağılımı homojen olmadığı için Post-Hoc testlerinden Games-Howell testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.11: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutu Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
İlköğretim	24	8,29	4,65	1,00	15,00
Lise	105	9,21	4,29	0,00	15,00
Üniversite	150	10,77	3,03	1,00	15,00
Yüksek Lisans-Doktora	25	10,48	3,55	3,00	15,00
Toplam	304	10,01	3,77	0,00	15,00

Tablo 4.2.5.11'e göre eğitim durumu değişkenin duygusal iyi olma puan ortalamaları; ilköğretim ($\bar{X}=8.29$), lise ($\bar{X}=9.21$), üniversite ($\bar{X}=10.77$), yüksek lisans-doktora ($\bar{X}=10.48$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.5.12: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	229,548	3	76,516	5,627	0,001
Gruplar içinde	4079,422	300	13,598		P<0,05
Toplam	4308,97	303			

Yukarıdaki tabloya göre ($F=5.627$; $p<0.05$) olduğu için eğitim durumu değişkeni ile duygusal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık olduğu görülmektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.5.13).

Tablo 4.2.5.13: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutu Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
9,005	3	300	,000

Yukarıdaki tabloya göre $p=0.000$; $p<0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Farklılaşmanın kaynağını belirlemek amacıyla Games-Howell Testi uygulanmıştır, sonuçlar Tablo 4.2.5.14'de gösterilmektedir.

Tablo 4.2.5.14: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutu Games-Howell Testi

Eğitim (I)	Eğitim (J)	Ortalamalar Arası Fark (I-J)	Std. Hata	P
İlköğretim	Lise	-,91786	1,03	,813
	Üniversite	-2,47500	,98	,079
	Yüksek Lisans-Doktora	-2,18833	1,18	,266
Lise	İlköğretim	,91786	1,03	,813
	Üniversite	-1,55714*	,48	,009
	Yüksek Lisans-Doktora	-1,27048	,82	,422
Üniversite	İlköğretim	2,47500	,98	,079
	Lise	1,55714*	,48	,009
	Yüksek Lisans-Doktora	,28667	,75	,981
Yüksek Lisans-Doktora	İlköğretim	2,18833	1,18	,266
	Lise	1,27048	,82	,422
	Üniversite	-,28667	,75	,981

Tablo 4.2.5.14'e göre eğitim durumu lise olan katılımcılar ile eğitim durumu üniversite olan katılımcıların duygusal iyi olma alt boyutu düzeylerinde anlamlı bir düzeyde farklılık olduğu görülmektedir. Diğer eğitim seviyelerinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde farklılaşma görülmemiştir.

Denence 5.2.2: Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.15: Eğitim Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Alt Boyutuna Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
İlköğretim	24	10,42	7,63	0,00	25,00
Lise	105	11,87	6,93	0,00	25,00
Üniversite	150	12,19	6,04	0,00	25,00
Yüksek Lisans-Doktora	25	11,40	6,12	1,00	20,00
Toplam	304	11,88	6,48	0,00	25,00

Tablo 4.2.5.15'e göre eğitim durumu değişkeninin sosyal iyi olma puan ortalamaları; ilköğretim (\bar{X} =10.42), lise (\bar{X} =11.87), üniversite (\bar{X} =12.19), yüksek lisans-doktora (\bar{X} =11.40) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.5.16: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	71,89	3	23,963	0,568	0,637
Gruplar içinde	12665,36	300	42,218		p>0,05
Toplam	12737,25	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların eğitim durumu değişkenine göre sosyal iyi olma ($F=0.568$; $p>0.05$) olduğu için eğitim durumu değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutu puanlarında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi reddedilmiştir.

Denence 5.2.3: Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.17: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Alt Boyutuna Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
İlköğretim	24	18,08	8,09	4,00	30,00
Lise	105	20,07	8,11	0,00	30,00
Üniversite	150	21,46	6,43	0,00	30,00
Yüksek Lisans-Doktora	25	20,56	6,51	8,00	30,00
Toplam	304	20,64	7,22	0,00	30,00

Tablo 4.2.5.17'ye göre eğitim durumu değişkenin psikolojik iyi olma puan ortalamaları; ilköğretim (\bar{X} =18.08), lise (\bar{X} =20.07), üniversite (\bar{X} =21.46), yüksek lisans-doktora (\bar{X} =20.56) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.5.18: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	292,411	3	97,47	1,884	0,132
Gruplar içinde	15521,787	300	51,739		p>0,05
Toplam	15814,197	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların eğitim durumu değişkenine göre psikolojik iyi olma ($F=1.884$; $p>0.05$) olduğu için eğitim durumu değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi reddedilmiştir.

Denence 5.3. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış, varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) testine bakılmış varyansların dağılımı homojen olmadığı için Post-Hoc testlerinden Games-Howell testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.19: Meslek Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Beyaz Yaka	95	45,96	12,50	14,00	70,00
Ev Hanımı	98	38,51	17,24	0,00	70,00
Diğer	111	43,13	14,80	7,00	70,00
Toplam	304	42,52	15,24	0,00	70,00

Tablo 4.2.5.19’u incelediğimizde gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre ruh sağlığı puan ortalamaları; beyaz yaka (\bar{X} =45.96), ev hanımı (\bar{X} =38.5) ve diğer meslek gruplarında (\bar{X} =43.13) olarak bulunduğunu görmekteyiz.

Tablo 4.2.5.20: Meslek Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	2739,283	2	1369,642	6,098	0,003
Gruplar içinde	67604,556	301	224,6		p<0.05
Toplam	70343,839	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre ruh sağlığı ($F=6.098$; $p<0.05$) olduğu için eğitim durumu değişkeni açısından ruh sağlığı toplam puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.5.21).

Tablo 4.2.5.21: Meslek Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
7,171	2	301	,001

Yukarıdaki tabloya göre $p=0.001$; $p<0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Farklılaşmanın kaynağını belirlemek amacıyla Games-Howell Testi uygulanmıştır, sonuçlar Tablo 4.2.5.22’de gösterilmektedir.

Tablo 4.2.5.22: Meslek Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Games-Howell Testi

(I) Meslek	(J) Meslek	Ortalamalar arası fark (I-J)	Std. Hata	p
Beyaz Yaka	Ev Hanımı	7,44769*	2,16224	,002
	Diğer	2,83177	1,90214	,298
Ev Hanımı	Beyaz Yaka	-7,44769*	2,16224	,002
	Diğer	-4,61592	2,23743	,100
Diğer	Beyaz Yaka	-2,83177	1,90214	,298
	Ev Hanımı	4,61592	2,23743	,100

Tablo 4.2.5.22'yi incelediğimizde meslek grubu beyaz yaka olan katılımcılar ile ev hanımı olan katılımcıların ruh sağlığı puan ortalamalarında ($p=0.002$; $p < 0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılık olduğu görülmektedir. Diğer meslek gruplarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Denence 5.3.1. Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) testine bakılmış varyansların dağılımı homojen olmadığı için Post-Hoc testlerinden Games-Howell testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.23: Meslek Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Puanlarına Göre Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Beyaz Yaka	95	10,76	3,11	1,00	15,00
Ev Hanımı	98	8,72	4,22	0,00	15,00
Diğer	111	10,50	3,61	1,00	15,00
Toplam	304	10,01	3,77	0,00	15,00

Tablo 4.2.5.23'ü incelediğimizde gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; beyaz yaka

(\bar{X} =10.76), ev hanımı (\bar{X} =8.72) ve diğer meslek gruplarında (\bar{X} =10.50) olarak bulunduğunu görmekteyiz.

Tablo 4.2.5.24: Meslek Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	242,230	2	121,115	8,964	,000
Gruplar içinde	4066,741	301	13,511		
Toplam	4308,970	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre duygusal iyi olma ($F= 8.964$; $p<0.05$) olduğu için meslek değişkeni açısından duygusal iyi olma puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.5.25).

Tablo 4.2.5.25: Meslek Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
8,548	2	301	,000

Yukarıdaki tabloya göre $p=0.000$; $p<0.05$ değeri bulunmuştur. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Farklılaşmanın kaynağını belirlemek amacıyla Games-Howell Testi uygulanmıştır, sonuçlar Tablo 4.2.5.26’da gösterilmektedir.

Tablo 4.2.5.26: Meslek Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Games-Howell Testi

(I) Mesleğiniz	(J) Mesleğiniz	Ortalamalar arası fark (I-J)	Std. Hata	Sig.
Beyaz Yaka	Ev Hanımı	2,03340*	,53252	,001
	Diğer	,25339	,46791	,851
Ev Hanımı	Beyaz Yaka	-2,03340*	,53252	,001
	Diğer	-1,78001*	,54665	,004
Diğer	Beyaz Yaka	-,25339	,46791	,851
	Ev Hanımı	1,78001*	,54665	,004

Tablo 4.2.5.26'yı incelediğimizde meslek grubu beyaz yaka olan katılımcılar ile ev hanımı olan katılımcıların ($p=0.001$; $p<0.05$) ve ev hanımı olan katılımcılar ile diğer meslek grubunda olan katılımcıların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında ($p=0.004$; $p<0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir.

Denence 5.3.2. Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.27: Meslek Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Puanlarına Göre Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Beyaz Yaka	95	12,93	5,99	0,00	25,00
Ev Hanımı	98	10,82	6,91	0,00	25,00
Diğer	111	11,91	6,41	0,00	25,00
Toplam	304	11,88	6,48	0,00	25,00

Tablo 4.2.5.27'yi incelediğimizde gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; beyaz yaka

(\bar{X} =12.93), ev hanımı (\bar{X} =10.82) ve diğer meslek gruplarında (\bar{X} =11.91) olarak bulunduğunu görmekteyiz.

Tablo 4.2.5.28: Meslek Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	214,973	2	107,486	2,584	0,077
Gruplar içinde	12522,277	301	41,602		p>0.05
Toplam	12737,25	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre duygusal iyi olma ($F= 2.584$; $p>0.05$) olduğu için meslek değişkeni açısından sosyal iyi olma puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi reddedilmiştir.

Denence 5.3.3. Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) testine bakılmış varyansların dağılımı homojen olmadığı için Post-Hoc testlerinden Games-Howell testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.29: Meslek Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Puanlarına Göre Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Beyaz Yaka	95	22,27	5,50	5,00	30,00
Ev Hanımı	98	18,97	8,61	0,00	30,00
Diğer	111	20,71	6,91	3,00	30,00
Toplam	304	20,64	7,22	0,00	30,00

Tablo 4.2.5.29’u incelediğimizde gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; beyaz yaka ($\bar{X}=22.27$), ev hanımı ($\bar{X}=18.97$) ve diğer meslek gruplarında ($\bar{X}=20.71$) olarak bulunduğunu görmekteyiz.

Tablo 4.2.5.30: Meslek Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	527,63	2	263,815	5,195	0,006
Gruplar içinde	15286,567	301	50,786		p<0.05
Toplam	15814,197	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre psikolojik iyi olma ($F= 5.195$; $p<0.05$) olduğu için meslek değişkeni açısından psikolojik iyi olma puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.5.31).

Tablo 4.2.5.31: Meslek Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
13,857	2	301	,000

Yukarıdaki tabloya göre $p=0.000$; $p<0.05$ değeri bulunmuştur. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Farklılaşmanın kaynağını belirlemek amacıyla Games-Howell Testi uygulanmıştır, sonuçlar Tablo 4.2.5.32’de gösterilmektedir.

Tablo 4.2.5.32: Meslek Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Games-Howell Testi

(I) Mesleğiniz	(J) Mesleğiniz	Ortalamalar arası farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.
Beyaz Yaka	Ev Hanımı	3,30430*	1,03693	,005
	Diğer	1,56197	,86500	,170
Ev Hanımı	Beyaz Yaka	-3,30430*	1,03693	,005
	Diğer	-1,74232	1,08938	,248
Diğer	Beyaz Yaka	-1,56197	,86500	,170
	Ev Hanımı	1,74232	1,08938	,248

Tablo 4.2.5.32'yi incelediğimizde meslek grubu beyaz yaka olan katılımcılar ile ev hanımı olan katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında ($p=0.005$; $p<0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir. Diğer meslek gruplarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Denence 5.4: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir ve Homogeneity of Variances Testi yapılmış olup varyansların dağılımının homojen olduğu görülmektedir. Dolayısıyla farklılaşmanın kaynağını test etmek amacıyla Post –Hoc testlerinden Tukey testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.33: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Düşük	23	31,73	13,32	0,00	58,00
Orta	206	43,16	15,79	0,00	70,00
Yüksek	75	44,06	12,90	14,00	67,00
Toplam	304	42,52	15,23	0,00	70,00

Tablo 4.2.5.33'e göre gebelik dönemindeki kadınların algıladığı ekonomik durum değişkeninin ruh sağlığı puan ortalamaları; düşük ($\bar{X}=31.73$), orta ($\bar{X}=43.16$), yüksek ($\bar{X}=44.06$) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.5.34: Gebelik Dönemindeki Kadınların Algıladığı Ekonomik Duruma Göre Ruh Sağlığına İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	2938,349	2	1469,175	6,561	0,002
Gruplar içinde	67405,49	301	223,939		P<0,05
Toplam	70343,839	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların algıladığı ekonomik durum değişkenine göre ruh sağlığı ($F= 6.561$; $p<0.05$) olduğu için algıladığı ekonomik durum değişkeni açısından ruh sağlığı toplam puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.5.35).

Tablo 4.2.5.35: Gebelik Dönemindeki Kadınların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
2,636	2	301	,073

Yukarıdaki tabloya göre $p=0.073$; $p>0.05$ değeri bulunmuştur. Bu sonuca göre katılımcıların algıladığı ekonomik durum değişkeninde varyanslar arasındaki dağılımın homojen olduğu görülmektedir. Farklılaşmanın kaynağını belirlemek amacıyla Tukey testi uygulanmıştır, sonuçlar Tablo 4.2.5.36'de gösterilmektedir.

Tablo 4.2.5.36. Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Ruh Sağlığının Tukey Testi

(I) Algıladığımız Ekonomik Durum	(J) Algıladığımız Ekonomik Durum	Ortalamaların farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.
Düşük	Orta	-11,42592*	3,28991	,002
	Yüksek	-12,32754*	3,56683	,002
Orta	Düşük	11,42592*	3,28991	,002
	Yüksek	-,90162	2,01815	,896
Yüksek	Düşük	12,32754*	3,56683	,002
	Orta	,90162	2,01815	,896

Tablo 4.2.5.36'yı incelediğimizde Tukey testi sonuçlarına göre algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile orta olan katılımcılar ($p=0.002$; $p < 0.05$) ve algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile yüksek olan ($p=0.002$; $p < 0.05$) katılımcıların ruh sağlığı puan ortalamalarında anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir

Denence 5.4.1: Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir ve Homogeneity of Variances Testi yapılmış olup varyansların dağılımının homojen olduğu görülmektedir. Dolayısıyla farklılaşmanın kaynağını test etmek amacıyla Post –Hoc testlerinden Tukey testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.37: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Duygusal İyi Olma Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Düşük	23	7,70	4,60	0,00	15,00
Orta	206	10,12	3,74	0,00	15,00
Yüksek	75	10,41	3,38	1,00	15,00
Toplam	304	10,01	3,77	0,00	15,00

Tablo 4.2.5.37’i incelediğimizde gebelik dönemindeki kadınların algıladığı ekonomik durum değişkenine göre duygusal iyi olma puan ortalamalarının; düşük ($\bar{X}=7.70$), orta ($\bar{X}=10.12$), yüksek ($\bar{X}=10.41$) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.5.38: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Duruma Göre Duygusal İyi Olma İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	137,948	2	68,974	4,977	0,007
Gruplar içinde	4171,022	301	13,857		p<0.05
Toplam	4308,97	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların algıladığı ekonomik durum değişkenine göre duygusal iyi olma ($F= 4.977$; $p<0.05$) olduğu için algıladığı ekonomik durum değişkeni açısından duygusal iyi olma alt boyutu puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.5.39).

Tablo 4.2.5.39: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
2,585	2	301	,077

Yukarıdaki tabloya göre $p=0.077$; $p>0.05$ değeri bulunmuştur. Bu sonuca göre katılımcıların algıladığı ekonomik durum değişkeninde varyanslar arasındaki dağılımın homojen olduğu görülmektedir. Farklılaşmanın kaynağını belirlemek amacıyla Tukey testi uygulanmıştır, sonuçlar Tablo 4.2.5.40'da gösterilmektedir.

Tablo 4.2.5.40: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Tukey Testi

(I) Algıladığınız Ekonomik Durum	(J) Algıladığınız Ekonomik Durum	Ortalamaların farkı (I-J)	Std. Hata	P
Düşük	Orta	-2,42571*	,81839	,009
	Yüksek	-2,71768*	,88727	,007
Orta	Düşük	2,42571*	,81839	,009
	Yüksek	-,29197	,50203	,830
Yüksek	Düşük	2,71768*	,88727	,007
	Orta	,29197	,50203	,830

Tablo 4.2.5.40'ı incelediğimizde Tukey testi sonuçlarına göre algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile orta olan katılımcılar ($p=0.009$; $p<0.05$) ve algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile yüksek olan ($p=0.007$; $p<0.05$) katılımcıların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir

Denence 5.4.2: Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir ve Homogeneity of Variances Testi yapılmış olup varyansların dağılımının homojen olduğu görülmektedir. Dolayısıyla farklılaşmanın kaynağını test etmek amacıyla Post –Hoc testlerinden Tukey testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.41: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Sosyal İyi Olma Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Düşük	23	7,09	5,38	0,00	21,00
Orta	206	12,19	6,64	0,00	25,00
Yüksek	75	12,48	5,81	0,00	23,00
Toplam	304	11,88	6,48	0,00	25,00

Tablo 4.2.5.41’i incelediğimizde gebelik dönemindeki kadınların algıladığı ekonomik durum değişkenine göre sosyal iyi olma puan ortalamalarının; düşük (\bar{X} =7.09), orta (\bar{X} =12.19), yüksek (\bar{X} =12.48) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.5.42: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Duruma Göre Sosyal İyi Olmaya İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	575,087	2	287,544	7,116	0,001
Gruplar içinde	12162,163	301	40,406		P<0.05
Toplam	12737,25	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların algıladığı ekonomik durum değişkenine göre sosyal iyi olma ($F= 7.116$; $p<0.05$) olduğu için algıladığı ekonomik durum değişkeni açısından sosyal iyi olma alt boyutu puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.5.43).

Tablo 4.2.5.43: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
1,667	2	301	,191

Yukarıdaki tabloya göre $p=0.191$; $p>0.05$ değeri bulunmuştur. Bu sonuca göre katılımcıların algıladığı ekonomik durum değişkeninde varyanslar arasındaki dağılımın homojen olduğu görülmektedir. Farklılaşmanın kaynağını belirlemek amacıyla Tukey testi uygulanmıştır, sonuçlar Tablo 4.2.5.44'de gösterilmektedir.

Tablo 4.2.5.44: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Tukey Testi

(I) Algıladığınız Ekonomik Durum	(J) Algıladığınız Ekonomik Durum	Ortalamalar farkı (I-J)	Std. Hata	P
Düşük	Orta	-5,10236*	1,39747	,001
	Yüksek	-5,39304*	1,51510	,001
Orta	Düşük	5,10236*	1,39747	,001
	Yüksek	-,29068	,85726	,939
Yüksek	Düşük	5,39304*	1,51510	,001
	Orta	,29068	,85726	,939

Tablo 4.2.5.44'ü incelediğimizde Tukey testi sonuçlarına göre algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile orta olan katılımcılar ($p=0.001$; $p < 0.05$) ve algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile yüksek olan ($p=0.001$; $p < 0.05$) katılımcıların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir.

Denence 5.4.3: Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir ve Homogeneity of Variances Testi yapılmış olup varyansların dağılımının homojen olduğu görülmektedir. Dolayısıyla farklılaşmanın kaynağını test etmek amacıyla Post –Hoc testlerinden Tukey testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.5.45: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olmaya Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Düşük	23	16,95	7,14	0,00	27,00
Orta	206	20,85	7,55	0,00	30,00
Yüksek	75	21,17	5,99	6,00	30,00
Toplam	304	20,63	7,22	0,00	30,00

Tablo 4.2.5.45’i incelediğimizde gebelik dönemindeki kadınların algıladığı ekonomik durum değişkenine göre psikolojik iyi olma puan ortalamalarının; düşük (\bar{X} =16.95), orta (\bar{X} =20.85), yüksek (\bar{X} =21.17) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.5.46: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Duruma Göre Psikolojik İyi Olma İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	P
Gruplar arasında	342,863	2	171,432	3,335	,037
Gruplar içinde	15471,334	301	51,400		p<0.05
Toplam	15814,197	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların algıladığı ekonomik durum değişkenine göre psikolojik iyi olma ($F=3.335$; $p<0.05$) olduğu için algıladığı ekonomik durum değişkeni açısından psikolojik iyi olma alt boyutu puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları algıladıkları ekonomik durum değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.5.47).

Tablo 4.2.5.47: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
2,441	2	301	,089

Yukarıdaki tabloya göre $p=0.089$; $p>0.05$ değeri bulunmuştur. Bu sonuca göre katılımcıların algıladığı ekonomik durum değişkeninde varyanslar arasındaki dağılımın homojen olduğu görülmektedir. Farklılaşmanın kaynağını belirlemek amacıyla Tukey testi uygulanmıştır, sonuçlar Tablo 4.2.5.48’de gösterilmektedir.

Tablo 4.2.5.48: Katılımcıların Algıladığı Ekonomik Durum Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Tukey Testi

(I) Algıladığınız Ekonomik Durum	(J) Algıladığınız Ekonomik Durum	Ortalamalar farkı (I-J)	Std. Hata	p
Düşük	Orta	-3,89785*	1,57616	,037
	Yüksek	-4,21681*	1,70883	,038
Orta	Düşük	3,89785*	1,57616	,037
	Yüksek	-,31896	,96687	,942
Yüksek	Düşük	4,21681*	1,70883	,038
	Orta	,31896	,96687	,942

Tablo 4.2.5.48’i incelediğimizde Tukey testi sonuçlarına göre algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile orta olan katılımcılar ($p=0.037$; $p<0.05$) ve algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile yüksek olan ($p=0.038$; $p<0.05$) katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir.

4.2.6. Gebelik Dönemindeki Kadınların Gebeliğe Özgü Nitelikler ve Ruh Sağlığı İle İlgili Bulgular;

Bu bölümde gebelik dönemindeki kadınların Gebeliğe Özgü Nitelikleri ile Ruh Sağlığı ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşmanın olup olmama durumu değerlendirilmektedir. Farklılaşma durumunu belirleyebilmek için tek yönlü varyans analiz tekniği ve T –testi kullanılmıştır. Farklılaşmanın olduğu durumlarda dağılımın homojenliği test edilmiştir. Homojenliğin eşit dağılım gösterdiği durumlarda önem düzeyini belirlemek için Tukey testi, homojenliğin eşit dağılım göstermediği durumlarda ise önem düzeyini belirlemek için Games-Howell Testi yapılmıştır

Denence 6.0. Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları ile duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebe kadınların gebelik sayısı, daha önce düşük yapma durumu, yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu), gebelik türü, gebelik haftası, gebelik dönemi ve daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı toplam puan ortalamaları ile Duygusal İyi Olma, Sosyal İyi Olma ve Psikolojik İyi Olma alt boyutları puan ortalamalarının gebe kadınların gebeliğe özgü nitelikleri (gebelik sayısı, daha önce düşük yapma durumu, yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu), gebelik türü, gebelik haftası, gebelik dönemi ve daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu) değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşp farklılaşmadığını belirlemeye yönelik analiz yapılmıştır. Bu bölümün genel denencesi olmaktadır bu bağlamda 7 alt denence doğrultusunda toplam 28 denence bulunmaktadır.

Denence 6.1: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların ruh sağlığı puan ortalamalarının gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir ve Homogeneity of Variances Testi yapılmış olup varyansların dağılımının homojen olduğu görülmektedir. Dolayısıyla farklılaşmanın kaynağını test etmek amacıyla Post –Hoc testlerinden Tukey testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.1: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
1	164	44,68	14,10	6,00	70,00
2	88	39,63	15,76	0,00	70,00
3 ve Üstü	52	40,62	16,92	0,00	70,00
Toplam	304	42,52	15,24	0,00	70,00

Tablo 4.2.6.1'e göre katılımcıların ruh sağlığı puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre; ilk gebeliği olanların ($\bar{X}=44.68$), 2. gebeliği olanların ($\bar{X}=39.62$), 3. ve üstü gebeliği olanların ($\bar{X}=40,62$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.2: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Ruh Sağlığına İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	1693,394	2	846,697	3,712	,026
Gruplar içinde	68650,445	301	228,075		
Toplam	70343,839	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik sayısı değişkenine göre ruh sağlığı ($F= 3.712$; $p<0.05$) olduğu için gebelik sayısı değişkeni açısından ruh sağlığı puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.6.3).

Tablo 4.2.6.3: Katılımcıların Gebelik Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
2,651	2	301	,072

Yukarıdaki tabloya göre $p=0.072$; $p>0.05$ değeri bulunmuştur. Bu sonuca göre katılımcıların gebelik sayısı değişkeninde varyanslar arasındaki dağılımın homojen olduğu görülmektedir. Farklılaşmanın kaynağını belirlemek amacıyla Tukey testi uygulanmıştır, sonuçlar Tablo 4.2.6.4'te gösterilmektedir.

**Tablo 4.2.6.4: Katılımcıların Gebelik Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığı
Tukey Testi**

(I) Kaçınıcı Gebeliğiniz	(I) Kaçınıcı Gebeliğiniz	Ortalamaların Farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.
1	2	5,05793*	1,99561	,031
	3 ve Üstü	4,06754	2,40349	,210
2	1	-5,05793*	1,99561	,031
	3 ve Üstü	-,99038	2,64155	,925
3 ve Üstü	1	-4,06754	2,40349	,210
	2	,99038	2,64155	,925

Tablo 4.2.5.6.4'ü incelediğimizde Tukey testi sonuçlarına göre ilk gebeliği olan katılımcılar ile ikinci gebeliği olan katılımcıların ruh sağlığı puan ortalamalarında ($p=0.031$; $p < 0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir. Diğer gruplar arasında ise istatistiksel açıdan farklılık bulunmamaktadır.

Denence 6.1.1: Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış, Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) testine bakılmış varyansların dağılımı homojen olmadığı için Post-Hoc testlerinden Games-Howell testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.5: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
1	164	10,79	3,31	1,00	15,00
2	88	9,11	3,96	0,00	15,00
3 ve Üstü	52	9,06	4,30	0,00	15,00
Toplam	304	10,01	3,77	0,00	15,00

Tablo 4.2.6.5'e göre katılımcıların duygusal iyi olma puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre; ilk gebeliği olanların ($\bar{X}=10.79$), 2. gebeliği olanların ($\bar{X}=9.11$), 3. ve üstü gebeliği olanların ($\bar{X}=9.06$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.6: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	218,329	2	109,164	8,033	0
Gruplar içinde	4090,642	301	13,59		P<0,05
Toplam	4308,97	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik sayısı değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutu ($F=8.033$; $p<0.05$) sonucu bulunmuştur. Bu sonuç katılımcıların gebelik sayısı değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutunda 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.6.7).

Tablo 4.2.6.7: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Duygusal İyi Olma Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
6,174	2	301	,002

Yukarıdaki tabloya göre $p=0.002$; $p<0.05$ değeri bulunmuştur. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Bu nedenle gebelik sayısı değişkeninde eşit olmayan varyansların dağılımını belirlemek amacıyla Games-Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.8: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Games-Howell Testi

(I) Kaçınıcı Gebeliğiniz	(J) Kaçınıcı Gebeliğiniz	Ortalamaların farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.
1	2	1,67905*	,49464	,003
	3 ve Üstü	1,73499*	,64937	,025
2	1	-1,67905*	,49464	,003
	3 ve Üstü	,05594	,72973	,997
3 ve Üstü	1	-1,73499*	,64937	,025
	2	-,05594	,72973	,997

Tablo 4.2.6.8'e göre ilk gebeliği olan katılımcılar ile ikinci gebeliği olan katılımcıların ($p=0.003$; $p<0.05$) ve ilk gebeliği olan katılımcılar ile 3 ve üstünde gebeliği olan katılımcıların ($p=0.025$; $p<0.05$) duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir.

Denence 6.1.2: Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.9: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
1	164	11,99	6,30	0,00	25,00
2	88	11,76	6,51	0,00	25,00
3 ve Üstü	52	11,71	7,12	0,00	25,00
Toplam	304	11,88	6,48	0,00	25,00

Tablo 4.2.6.9'a göre katılımcıların sosyal iyi olma puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre; ilk gebeliği olanların ($\bar{X}=11.99$), 2. gebeliği olanların ($\bar{X}=11.76$), 3. ve üstü gebeliği olanların ($\bar{X}=11.71$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.10: Katılımcıların Gebelik sayısına Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	4,613	2	2,306	0,055	0,947
Gruplar içinde	12732,637	301	42,301		p>0.05
Toplam	12737,25	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik sayısı değişkenine göre sosyal iyi olma ($F=0.055$; $p>0.05$) olduğu için gebelik sayısı değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi reddedilmiştir.

Denence 6.1.3: Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış, Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) testine bakılmış varyansların dağılımı homojen olduğu için Post-Hoc testlerinden Tukey testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.11: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
1	164	21,90	6,73	0,00	30,00
2	88	18,75	7,51	0,00	30,00
3 ve Üstü	52	19,85	7,58	0,00	30,00
Toplam	304	20,64	7,22	0,00	30,00

Tablo 4.2.6.11'e göre katılımcıların psikolojik iyi olma puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre; ilk gebeliği olanların ($\bar{X}=21.90$), 2. gebeliği olanların ($\bar{X}=18.75$), 3. ve üstü gebeliği olanların ($\bar{X}=19.85$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.12: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	608,489	2	304,245	6,023	0,003
Gruplar içinde	15205,708	301	50,517		P<0.05
Toplam	15814,197	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik sayısı değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutu ($F=6.023$; $p<0.05$) sonucu bulunmuştur. Bu sonuç katılımcıların gebelik sayısı değişkeni ile psikolojik iyi olma alt boyutu arasında 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 6.2.6.13).

Tablo 4.2.6.13: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Psikolojik İyi Olma Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
2,777	2	301	,064

Yukarıdaki tabloya göre $p=.064$; $p>0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olduğunu göstermektedir. Bu nedenle gebelik sayısı değişkeninde homojen varyansların dağılımını belirlemek amacıyla Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.14: Katılımcıların Gebelik Sayısına Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Tukey Testi

(I) Kaçınıcı Gebeliğiniz	(J) Kaçınıcı Gebeliğiniz	Ortalamalar farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.
1	2	3,15244*	,93920	,003
	3 ve Üstü	2,05629	1,13116	,165
2	1	-3,15244*	,93920	,003
	3 ve Üstü	-1,09615	1,24320	,652
3 ve Üstü	1	-2,05629	1,13116	,165
	2	1,09615	1,24320	,652

Tablo 4.2.6.14 Tukey testi sonuçlarına göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları katılımcıların gebelik sayısı değişkenine göre ilk gebeliği olan katılımcılar ile 2. gebeliği olan katılımcılar arasında ($p=0.003$; $p < 0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir. Katılımcıların psikolojik iyi olma durumu diğer gebelik sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Denence 6.2: Daha önce düşük yapmayan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede daha önce düşük yapmayan kadınların daha önce düşük yapan kadınlara göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T-testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.15: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Daha Önce Düşük Yaptınız mı?	N	\bar{X}	SS
Evet	60	41,23	14,94
Hayır	244	42,84	15,32

Tablo 4.2.6.15'e göre katılımcıların daha önce düşük yapma değişkenin ruh sağlığı puan ortalamalarına göre; daha önce düşük yapanların ($\bar{X}=41.23$), daha önce düşük yapmayanların ($\bar{X}=42.84$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.16: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi					
	F	p	t	Sd	P (2-tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	,153	,696	-,731	302	,465
Eşit varsayılmayan varyanslar			-,743	91,962	,460

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların daha önce düşük yapma durumu değişkenine göre ruh sağlığı ($F=0.153$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t [302] = -0.731$; $p>0.05$) gruplar arasında farklılaşma söz konusu değildir. Bu tabloya göre daha önce düşük yapan kadınlar ile daha önce düşük yapmayan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları arasında 0.05 düzeyinde anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmamaktadır. Dolayısıyla “Daha önce düşük yapmayan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi reddedilmiştir.

Denence 6.2.1: Daha önce düşük yapmayan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede daha önce düşük yapmayan kadınların daha önce düşük yapan kadınlara göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.17: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Daha Önce Düşük Yaptınız mı?	N	\bar{X}	SS
Evet	60	9,20	4,12
Hayır	244	10,20	3,65

Tablo 4.2.6.17'ye göre gebelik dönemindeki kadınların daha önce düşük yapma durumu değişkeninin duygusal iyi olma puan ortalamalarına göre; daha önce düşük yapanların ($\bar{X}=9.20$), daha önce düşük yapmayanların ($\bar{X}=10.20$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.18: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi	F	p	t	Sd	P (2-tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	2,722	,100	-1,864	302	,063
Eşit varsayılmayan varyanslar			-1,733	83,248	,087

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların daha önce düşük yapma durumu değişkenine göre duygusal iyi olma ($F=2.722$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t[302] = -1.864$; $p>0.05$) olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusu değildir. Bu tabloya göre daha önce düşük yapan kadınlar ile daha önce düşük yapmayan kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında 0.05 düzeyinde anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmamaktadır. Dolayısıyla “Daha önce düşük yapmayan kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi reddedilmiştir.

Denence 6.2.2: Daha önce düşük yapmayan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede daha önce düşük yapmayan kadınların daha önce düşük yapan kadınlara göre sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.19: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Daha Önce Düşük Yaptınız mı?	N	\bar{X}	SS
Evet	60	12,23	6,36
Hayır	244	11,78	6,52

Tablo 4.2.6.19'a göre gebelik dönemindeki kadınların daha önce düşük yapma değişkeninin sosyal iyi olma puan ortalamalarına göre; daha önce düşük yapanların (\bar{X} =12.23), düşük yapmayanların (\bar{X} =11.78) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.20: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi	F	p	t	Sd	P (2-tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	012	,912	,477	302	,634
Eşit varsayılmayan varyanslar			,484	91,942	,629

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların daha önce düşük yapma durumu değişkenine göre sosyal iyi olma ($F= 0.012$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t[302]= -0.477$; $p>0.05$) olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusu değildir. Bu tabloya göre daha önce düşük yapan kadınlar ile daha önce düşük yapmayan kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında 0.05 düzeyinde anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmamaktadır. Dolayısıyla “Daha önce düşük yapmayan kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi reddedilmiştir.

Denence 6.2.3: Daha önce düşük yapmayan kadınların psikolojik iyi olma puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede daha önce düşük yapmayan kadınların daha önce düşük yapan kadınlara göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.21: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Daha Önce Düşük Yaptınız mı?	N	\bar{X}	SS
Evet	60	19,80	6,98
Hayır	244	20,84	7,28

Tablo 4.2.6.21'e göre gebelik dönemindeki kadınların daha önce düşük yapma değişkenin psikolojik iyi olma puan ortalamalarına göre; daha önce düşük yapanların ($\bar{X}=19.80$) düşük yapmayanların ($\bar{X}=20.84$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.22: Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi	F	P	t	Sd	p (2-tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	,119	,731	-1,003	302	,317
Eşit varsayılmayan varyanslar			-1,029	93,174	,306

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların daha önce düşük yapma durumu değişkenine göre psikolojik iyi olma ($F=0.119$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t[302] = -1.003$; $p>0.05$) olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusu değildir. Bu tabloya göre daha önce düşük yapan katılımcılar ile daha önce düşük yapmayan katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında 0.05 düzeyinde anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmamaktadır. Dolayısıyla “Daha önce düşük yapmayan kadınların psikolojik

iyi olma alt boyutu puan ortalamaları daha önce düşük yapan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi reddedilmiştir.

Denence 6.3: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları katılımcıların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.23: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Yok	202	43,91	14,33	2,00	70,00
1	81	41,28	15,25	0,00	70,00
2 ve Üstü	21	33,95	20,49	0,00	70,00
Toplam	304	42,52	15,24	0,00	70,00

Tablo 4.2.6.23’e göre katılımcıların ruh sağlığı puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre; çocuğu olmayanların (\bar{X} =43.91), 1 çocuğu olanların (\bar{X} =41.28), 2 ve daha çok çocuğu olanların (\bar{X} =33.95) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.24: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	2056,021	2	1028,011	4,531	0,012
Gruplar içinde	68287,818	301	226,87		p<0,05
Toplam	70343,839	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre ruh sağlığı ($F= 4.531$; $p<0.05$) olduğu için yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre ruh sağlığı puanında anlamlı

düzeyde farklılık bulunmuştur. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 6.2.6.25).

Tablo 4.2.6.25: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
4,415	2	301	,013

Yukarıdaki tabloya göre $p < 0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Bu nedenle gebelik sayısı değişkeninde homojen olmayan varyansların dağılımını belirlemek amacıyla Games- Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.26: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Games Howell Testi

(I) Yaşayan Çocuk Sayısı	(J) Yaşayan Çocuk Sayısı	Ortalama Farkı (I-J)	Std.Hata	Sig.
Yok	1	2,62694	1,97187	,380
	2 ve Üstü	9,95851	4,58259	,098
1	Yok	-2,62694	1,97187	,380
	2 ve Üstü	7,33157	4,78065	,292
2 ve Üstü	Yok	-9,95851	4,58259	,098
	1	-7,33157	4,78065	,292

Yukarıdaki tabloya göre yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre ruh sağlığında, ($p > 0.05$) olduğu için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmemektedir.

Denence 6.3.1: Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları kadınların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.27: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Yok	202	10,56	3,45	0,00	15,00
1	81	9,37	3,87	0,00	15,00
2 ve Üstü	21	7,19	4,75	0,00	15,00
Toplam	304	10,01	3,77	0,00	15,00

Tablo 4.26.27'ye göre katılımcıların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkeninin duygusal iyi olma puan ortalamalarına göre; çocuğu olmayanların (\bar{X} =10.56), 1 çocuğu olanların (\bar{X} =9.37), 2 ve daha çok çocuğu olanların (\bar{X} =7.19) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.28: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	261,056	2	130,528	9,706	,000
Gruplar içinde	4047,914	301	13,448		
Toplam	4308,970	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre duygusal iyi olma ($F= 9.706$; $p < 0.05$) olduğu için yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları kadınların yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.29: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
3,863	2	301	,022

Yukarıdaki tabloya göre $p < 0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Bu nedenle yaşayan çocuk sayısı değişkeninde homojen olmayan varyansların dağılımını belirlemek amacıyla Games- Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.30: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Games Howell Testi

(I) Yaşayan Çocuk Sayısı	(J) Yaşayan Çocuk Sayısı	Ortalama fark (I-J)	Std. Hata	Sig.
Yok	1	1,18904*	,49403	,046
	2 ve Üstü	3,36893*	1,06463	,012
1	Yok	-1,18904*	,49403	,046
	2 ve Üstü	2,17989	1,12223	,146
2 ve Üstü	Yok	-3,36893*	1,06463	,012
	1	-2,17989	1,12223	,146

Yukarıdaki tabloya göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları katılımcıların yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre hiç çocuğu olmayanlar ile 1 çocuğu olan katılımcılar arasında ($p=0.046$; $p < 0.05$) ve hiç çocuğu olmayanlar ile 2 ve daha çok çocuğu olanlar arasında ($p=0.012$; $p < 0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir.

Denence 6.3.2: Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları katılımcıların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu)

değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.31: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Yok	202	12,02	6,25	0,00	25,00
1	81	11,89	6,75	0,00	25,00
2 ve Üstü	21	10,38	7,68	0,00	25,00
Toplam	304	11,88	6,48	0,00	25,00

Tablo 4.2.6.31'e göre katılımcıların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenin sosyal iyi olma puan ortalamalarına göre; çocuğu olmayanların (\bar{X} =12.02), 1 çocuğu olanların (\bar{X} =11.89), 2 ve daha çok çocuğu olanların (\bar{X} =10.38) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.32: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	51,421	2	25,711	0,61	0,544
Gruplar içinde	12685,829	301	42,146		p>0.05
Toplam	12737,25	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre sosyal iyi olma ($F= 0.610$; $p>0.05$) olduğu için yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları kadınların yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi reddedilmiştir.

Denence 6.3.3: Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma puan ortalamaları kadınların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.33: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Yok	202	21,33	6,90	0,00	30,00
1	81	20,02	7,09	0,00	30,00
2 ve Üstü	21	16,38	9,26	0,00	30,00
Toplam	304	20,64	7,22	0,00	30,00

Tablo 4.2.6.33'e göre katılımcıların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenin psikolojik iyi olma puan ortalamalarına göre; çocuğu olmayanların (\bar{X} =21.33), 1 çocuğu olanların (\bar{X} =20.02), 2 ve daha çok çocuğu olanların (\bar{X} =16.38) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.34: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	506,859	2	253,429	4,983	,007
Gruplar içinde	15307,339	301	50,855		
Toplam	15814,197	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre psikolojik iyi olma $F = 4.983$; $p < 0.05$) olduğu için yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.35: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
3,322	2	301	,037

Yukarıdaki tabloya göre $p < 0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Bu nedenle yaşayan çocuk sayısı değişkeninde homojen olmayan varyansların dağılımını belirlemek amacıyla Games- Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.36: Katılımcıların Yaşayan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Alt Boyutuna İlişkin Games Howell Testi

(I) Yaşayan Çocuk Sayısı	(J) Yaşayan Çocuk Sayısı	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	Sig.
Yok	1	1,30204	,92555	,340
	2 ve Üstü	4,94578	2,07819	,065
1	Yok	-1,30204	,92555	,340
	2 ve Üstü	3,64374	2,16892	,231
2 ve Üstü	Yok	-4,94578	2,07819	,065
	1	-3,64374	2,16892	,231

Yukarıdaki tabloya göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları katılımcıların yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre $p > 0.05$ olduğu için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde farklılaşma görülmemektedir

Denence 6.4: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları katılımcıların gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) testine bakılmış varyansların dağılımı homojen olmadığı için Post-Hoc testlerinden

Games-Howell testi ve Tukey ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.37: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Planlanmış Gebelik	206	43,81	14,46	0,00	70,00
Beklenmedik Gebelik	77	38,51	17,45	0,00	70,00
Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	21	44,62	11,52	15,00	67,00
Toplam	304	42,52	15,24	0,00	70,00

Tablo 4.2.6.37’yi incelediğimizde katılımcıların gebelik türü değişkenin ruh sağlığı puan ortalamalarına göre; planlanmış gebelik ($\bar{X}= 43.81$), beklenmedik gebelik ($\bar{X}=38.51$), tüp bebek vb. tedavi yöntemleri ($\bar{X}=44.62$) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.6.38: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	1676,023	2	838,012	3,673	0,027
Gruplar içinde	68667,816	301	228,132		P<0.05
Toplam	70343,839	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik türü değişkenine göre ruh sağlığı ($F= 3.673$; $p<0.05$) sonucu bulunmuştur. Bu sonuç katılımcıların gebelik türü değişkeni ile ruh sağlığı arasında 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 6.2.6.39).

Tablo 4.2.6.39: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
6,252	2	301	,002

Yukarıdaki tabloya göre $p < 0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Bu nedenle gebelik türü değişkeninde eşit olmayan varyansların dağılımını belirlemek amacıyla Games-Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.40: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Games-Howell Testi

(I) Gebelik Türü	(I) Gebelik Türü	Ortalamalar Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Planlanmış Gebelik	Beklenmedik Gebelik	5,30419*	2,22934	,049
	Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	-,80837	2,70772	,952
Beklenmedik Gebelik	Planlanmış Gebelik	-5,30419*	2,22934	,049
	Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	-6,11255	3,20489	,148
Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	Planlanmış Gebelik	,80837	2,70772	,952
	Beklenmedik Gebelik	6,11255	3,20489	,148

Yukarıdaki tabloya göre ruh sağlığı puan ortalamaları katılımcıların gebelik türü değişkenine göre planlanmış gebeliği olanlar ile beklenmedike gebeliği olan katılımcılar arasında ($p=0.049$; $p < 0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir. Diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma görülmemektedir.

Denence 6.4.1: Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış, Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) testine bakılmış varyansların dağılımı homojen olduğu için Post-Hoc testlerinden Tukey testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.41: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Planlanmış Gebelik	206	10,46	3,65	0,00	15,00
Beklenmedik Gebelik	77	8,87	4,00	0,00	15,00
Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	21	9,81	3,30	3,00	14,00
Toplam	304	10,01	3,77	0,00	15,00

Tablo 4.2.6.41’i incelediğimizde katılımcıların gebelik türü değişkenin duygusal iyi olma puan ortalamalarına göre; planlanmış gebelik ($\bar{X}=10.46$), beklenmedik gebelik ($\bar{X}=8.87$), tüp bebek vb. tedavi yöntemleri ($\bar{X}=9.81$) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.6.42: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	141,924	2	70,962	5,126	,006
Gruplar içinde	4167,046	301	13,844		P<0.05
Toplam	4308,970	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik türü değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutu ($F= 5.126$; $p<0.05$) sonucu bulunmuştur. Bu sonuç katılımcıların gebelik türü değişkeni ile duygusal iyi olma alt boyutunda 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla “Gebelik

dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.6.43).

Tablo 4.2.6.43: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
1,952	2	301	,144

Yukarıdaki tabloya göre $p > 0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olduğunu göstermektedir. Bu nedenle gebelik türü değişkeninde homojen varyansların dağılımını belirlemek amacıyla Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.44: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Tukey Testi

(I) Gebelik Türü	(J) Gebelik Türü	Ortalamalar Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Planlanmış Gebelik	Beklenmedik Gebelik	1,58618*	,49699	,004
	Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	,64679	,85232	,728
Beklenmedik Gebelik	Planlanmış Gebelik	-1,58618*	,49699	,004
	Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	-,93939	,91599	,561
Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	Planlanmış Gebelik	-,64679	,85232	,728
	Beklenmedik Gebelik	,93939	,91599	,561

Tablo 4.2.6.44 Tukey testi sonuçlarına göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik dönemindeki kadınların gebelik türü değişkenine göre planlanmış gebeliği olan katılımcılar ile beklenmedik gebeliği olan katılımcılar arasında ($p=0.004$; $p < 0.05$) anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir. Katılımcıların duygusal iyi olma durumu diğer gebelik türüne göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Denence 6.4.2: Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.45: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Planlanmış Gebelik	206	12,10	6,34	0,00	25,00
Beklenmedik Gebelik	77	10,95	7,07	0,00	25,00
Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	21	13,10	5,38	5,00	24,00
Toplam	304	11,88	6,48	0,00	25,00

Tablo 4.2.6.45'i incelediğimizde katılımcıların gebelik türü değişkeninin sosyal iyi olma puan ortalamalarına göre; planlanmış gebelik ($\bar{X}=12.10$), beklenmedik gebelik ($\bar{X}=10.95$) ve tüp bebek vb. tedavi yöntemleri ($\bar{X}=13.10$) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.6.46: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	107,590	2	53,795	1,282	,279
Gruplar içinde	12629,660	301	41,959		
Toplam	12737,250	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik türü değişkenine göre sosyal iyi olma ($F= 1.282$; $p>0.05$) olduğu için gebelik türü değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları kadınların gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi reddedilmiştir.

Denence 6.4.3: Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.47: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Planlanmış Gebelik	206	21,26	6,89	0,00	30,00
Beklenmedik Gebelik	77	18,69	8,16	0,00	30,00
Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	21	21,71	5,58	6,00	29,00
Toplam	304	20,64	7,22	0,00	30,00

Tablo 4.2.6.47’yi incelediğimizde katılımcıların gebelik türü değişkeninin psikolojik iyi olma puan ortalamalarına göre; planlanmış gebelik (\bar{X} =21.26), beklenmedik gebelik (\bar{X} =18.69), tüp bebek vb. tedavi yöntemleri (\bar{X} =21.71) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.6.48: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	396,028	2	198,014	3,866	,022
Gruplar içinde	15418,169	301	51,223		P <0.05
Toplam	15814,197	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik türü değişkenine göre psikolojik iyi olma ($F= 3.866; p<0.05$) olduğu için gebelik türü değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık olduğu görülmektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi kabul edilmiştir.

Tablo 4.2.6.49: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
6,245	2	301	,002

Yukarıdaki tabloya göre $p < 0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Bu nedenle gebelik türü değişkeninde homojen olmayan varyansların dağılımını belirlemek amacıyla Games Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.50: Katılımcıların Gebelik Türü Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Games Howell Testi

(I) Gebelik Türü	(I) Gebelik Türü	Ortalamaların Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Planlanmış Gebelik	Beklenmedik Gebelik	2,56897*	1,04628	,041
	Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	-,45700	1,30853	,935
Beklenmedik Gebelik	Planlanmış Gebelik	-2,56897*	1,04628	,041
	Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	-3,02597	1,53157	,130
Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri	Planlanmış Gebelik	,45700	1,30853	,935
	Beklenmedik Gebelik	3,02597	1,53157	,130

Tablo 4.2.6.50 Games Howell testi sonuçlarına göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik dönemindeki kadınların gebelik türü değişkenine göre planlanmış gebeliği olan katılımcılar ile beklenmedik gebeliği olan katılımcılar arasında ($p=0.041$; $p < 0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir. Katılımcıların duygusal iyi olma durumu diğer gebelik türüne göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Denence 6.5: Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede katılımcıların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebelik haftası değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış, Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) testine bakılmış varyansların dağılımı homojen olduğu için Post –Hoc testlerinden Tukey testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.51: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
12-15 Hafta Arası	38	38,97	17,07	0,00	62,00
16-19 Hafta Arası	38	42,37	14,71	7,00	67,00
20- 23 Hafta Arası	30	39,73	14,72	10,00	60,00
24- 27 Hafta Arası	35	40,69	13,40	6,00	70,00
28- 31 Hafta Arası	34	45,18	17,14	14,00	70,00
32- 35 Hafta Arası	62	39,50	15,27	0,00	70,00
36 Hafta ve Üstü	67	48,28	13,14	11,00	70,00
Toplam	304	42,52	15,24	0,00	70,00

Tablo 4.2.6.51’i incelediğimizde katılımcıların gebelik haftası değişkeninin ruh sağlığı puan ortalamalarına göre; 12-15 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} =38.97), 16-19 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} =42.37), 20-23 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} =39.73), 24-27 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} =40.69), 28-31 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} =45.18), 32-35 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} =39.50), 36 hafta ve üstü gebeliği olanların (\bar{X} =48.28) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.6.52: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	P
Gruplar arasında	3860,560	6	643,427		,010
Gruplar içinde	66483,278	297	223,849	2,874	P<0.05
Toplam	70343,839	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik haftası değişkenine göre ruh sağlığı ($F= 2.874$; $p<0.05$) sonucu bulunmuştur. Bu sonuç katılımcıların gebelik haftası değişkenine göre ruh sağlığı puanında 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebelik haftası değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 6.2.93).

Tablo 4.2.6.53: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
1,181	6	297	,316

Yukarıdaki tabloya göre $p>0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olduğunu göstermektedir. Bu nedenle gebelik haftası değişkeninde homojen varyansların dağılımını belirlemek amacıyla Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.54: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeyine İlişkin Tukey Testi

(I) Gebelik Haftası	(J) Gebelik Haftası	Ortalamalar Farkı (I-J)	Std. Hata	p
12-15 Hafta Arası	16-19 Hafta Arası	-3,39474	3,43243	,956
	20-23 Hafta Arası	-,75965	3,65410	1,000
	24-27 Hafta Arası	-1,71203	3,50521	,999
	28-31 Hafta Arası	-6,20279	3,53194	,579
	32-35 Hafta Arası	-,52632	3,08241	1,000
	36 Hafta ve Üstü	-9,30990*	3,03839	,038
16-19 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	3,39474	3,43243	,956
	20-23 Hafta Arası	2,63509	3,65410	,991
	24-27 Hafta Arası	1,68271	3,50521	,999
	28-31 Hafta Arası	-2,80805	3,53194	,985
	32-35 Hafta Arası	2,86842	3,08241	,967
	36 Hafta ve Üstü	-5,91516	3,03839	,451
20-23 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	,75965	3,65410	1,000
	16-19 Hafta Arası	-2,63509	3,65410	,991
	24-27 Hafta Arası	-,95238	3,72255	1,000
	28-31 Hafta Arası	-5,44314	3,74773	,773
	32-35 Hafta Arası	,23333	3,32748	1,000
	36 Hafta ve Üstü	-8,55025	3,28674	,129
24-27 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	1,71203	3,50521	,999
	16-19 Hafta Arası	-1,68271	3,50521	,999
	20-23 Hafta Arası	,95238	3,72255	1,000
	28-31 Hafta Arası	-4,49076	3,60271	,875
	32-35 Hafta Arası	1,18571	3,16325	1,000
	36 Hafta ve Üstü	-7,59787	3,12037	,188
28-31 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	6,20279	3,53194	,579
	16-19 Hafta Arası	2,80805	3,53194	,985
	20-23 Hafta Arası	5,44314	3,74773	,773
	24-27 Hafta Arası	4,49076	3,60271	,875
	32-35 Hafta Arası	5,67647	3,19285	,564
	36 Hafta ve Üstü	-3,10711	3,15037	,957
32-35 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	,52632	3,08241	1,000
	16-19 Hafta Arası	-2,86842	3,08241	,967
	20-23 Hafta Arası	-,23333	3,32748	1,000
	24-27 Hafta Arası	-1,18571	3,16325	1,000
	28-31 Hafta Arası	-5,67647	3,19285	,564
	36 Hafta ve Üstü	-8,78358*	2,63657	,017
36 Hafta ve Üstü	12-15 Hafta Arası	9,30990*	3,03839	,038
	16-19 Hafta Arası	5,91516	3,03839	,451
	20-23 Hafta Arası	8,55025	3,28674	,129
	24-27 Hafta Arası	7,59787	3,12037	,188
	28-31 Hafta Arası	3,10711	3,15037	,957
	32-35 Hafta Arası	8,78358*	2,63657	,017

Tablo 4.2.6.54 Tukey testi sonuçlarına göre gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları kadınların gebelik haftası değişkenine göre; 12-15 hafta arasında gebeliği olanlar ile gebeliğin 36. haftasında ve yukarısında olanlar ve 32-35 hafta arasında gebeliği olanlarla gebeliğin 36. haftasında ve yukarısında olanlar arasında ruh sağlığı toplam puanlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı durumu diğer gebelik haftalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Denence 6.5.1: Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftası değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış, Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) testine bakılmış varyansların dağılımı homojen olmadığı için Post-Hoc testlerinden Games-Howell testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.55: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
12-15 Hafta Arası	38	9,32	4,44	0,00	15,00
16-19 Hafta Arası	38	10,11	3,54	1,00	15,00
20- 23 Hafta Arası	30	9,33	4,16	0,00	15,00
24- 27 Hafta Arası	35	9,54	3,55	1,00	15,00
28- 31 Hafta Arası	34	10,59	3,87	1,00	15,00
32- 35 Hafta Arası	62	9,27	4,00	0,00	15,00
36 Hafta ve Üstü	67	11,28	2,81	5,00	15,00
Toplam	304	10,01	3,77	0,00	15,00

Tablo 4.2.6.55'i incelediğimizde katılımcıların gebelik haftası değişkeninin duygusal iyi olma puan ortalamalarına göre; 12-15 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 9.31), 19-19 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 10.10), 20-23 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 9.33), 24-27 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 9.54), 28-

31 hafta arasında gebeliği olanların ($\bar{X}= 10.58$) 32-35 hafta arasında gebeliği olanların ($\bar{X}= 9.27$), 36 hafta ve üstünde gebeliği olanların ($\bar{X}= 11.28$) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.6.56: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	193,643	6	32,274		,033
Gruplar içinde	4115,328	297	13,856	2,329	P<0.05
Toplam	4308,970	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik haftası değişkenine göre duygusal iyi olma ($F= 2.329 ; p<0.05$) sonucu bulunmuştur. Bu sonuç katılımcıların gebelik haftası değişkeni ile duygusal iyi olma arasında 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftası değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.97).

Tablo 4.2.6.57: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
3,026	6	297	,007

Yukarıdaki tabloya göre $p < 0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Bu nedenle gebelik haftası değişkeninde homojen olmayan varyansların dağılımını belirlemek amacıyla Games-Howell testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.58: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeyine İlişkin Games-Howell Testi

(I) Gebelik Haftası	(J) Gebelik Haftası	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	p
12-15 Hafta Arası	16-19 Hafta Arası	-,78947	,92145	,978
	20-23 Hafta Arası	-,01754	1,04744	1,000
	24-27 Hafta Arası	-,22707	,93787	1,000
	28-31 Hafta Arası	-1,27245	,97972	,850
	32-35 Hafta Arası	,04160	,88146	1,000
	36 Hafta ve Üstü	-1,96779	,79832	,193
16-19 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	,78947	,92145	,978
	20-23 Hafta Arası	,77193	,95262	,983
	24-27 Hafta Arası	,56241	,83064	,993
	28-31 Hafta Arası	-,48297	,87762	,998
	32-35 Hafta Arası	,83107	,76638	,931
	36 Hafta ve Üstü	-1,17832	,66908	,579
20-23 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	,01754	1,04744	1,000
	16-19 Hafta Arası	-,77193	,95262	,983
	24-27 Hafta Arası	-,20952	,96851	1,000
	28-31 Hafta Arası	-1,25490	1,00909	,874
	32-35 Hafta Arası	,05914	,91400	1,000
	36 Hafta ve Üstü	-1,95025	,83411	,251
24-27 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	,22707	,93787	1,000
	16-19 Hafta Arası	-,56241	,83064	,993
	20-23 Hafta Arası	,20952	,96851	1,000
	28-31 Hafta Arası	-1,04538	,89484	,903
	32-35 Hafta Arası	,26866	,78604	1,000
	36 Hafta ve Üstü	-1,74072	,69152	,173
28-31 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	1,27245	,97972	,850
	16-19 Hafta Arası	,48297	,87762	,998
	20-23 Hafta Arası	1,25490	1,00909	,874
	24-27 Hafta Arası	1,04538	,89484	,903
	32-35 Hafta Arası	1,31404	,83554	,700
	36 Hafta ve Üstü	-,69535	,74730	,966
32-35 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	-,04160	,88146	1,000
	16-19 Hafta Arası	-,83107	,76638	,931
	20-23 Hafta Arası	-,05914	,91400	1,000
	24-27 Hafta Arası	-,26866	,78604	1,000
	28-31 Hafta Arası	-1,31404	,83554	,700
	36 Hafta ve Üstü	-2,00939*	,61285	,023
36 Hafta ve Üstü	12-15 Hafta Arası	1,96779	,79832	,193
	16-19 Hafta Arası	1,17832	,66908	,579
	20-23 Hafta Arası	1,95025	,83411	,251
	24-27 Hafta Arası	1,74072	,69152	,173
	28-31 Hafta Arası	,69535	,74730	,966
	32-35 Hafta Arası	2,00939*	,61285	,023

Tablo 4.2.58'e göre 32-35 hafta arasında gebeliği olan katılımcılar ile 36. Hafta ve üstünde gebeliği olan katılımcıların duygusal iyi olma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Katılımcıların duygusal iyi olma durumu diğer gebelik haftalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır

Denence 6.5.2: Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftası değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış, Varyans analiz sonucuna göre 0.05 anlamlılık düzeyinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Homogeneity of Variances Test (varyansların homojenliği) testine bakılmış varyansların dağılımı homojen olduğu için Post-Hoc testlerinden Tukey testi ile analiz yapılmış olup ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.59: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
12-15 Hafta Arası	38	10,13	5,37	0,00	21,00
16-19 Hafta Arası	38	11,63	6,30	1,00	24,00
20- 23 Hafta Arası	30	10,90	6,79	0,00	23,00
24- 27 Hafta Arası	35	11,49	6,55	0,00	25,00
28- 31 Hafta Arası	34	13,47	7,12	0,00	25,00
32- 35 Hafta Arası	62	10,61	6,39	0,00	25,00
36 Hafta ve Üstü	67	14,00	6,28	0,00	25,00
Toplam	304	11,88	6,48	0,00	25,00

Tablo 4.2.6.59'a göre katılımcıların gebelik haftası değişkeninin sosyal iyi olma puan ortalamalarına göre; 12-15 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 10.13), 16-19 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 11.63), 20-23 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 10.90), 24-27 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 11.48), 28-31 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 13.47), 32-35 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 10.61), 36 hafta ve üstünde gebeliği olanların (\bar{X} = 14.00) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.60: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	639,443	6	106,574		,017
Gruplar içinde	12097,807	297	40,733	2,616	P<0.05
Toplam	12737,250	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik haftası değişkenine göre sosyal iyi olma ($F= 2,616$; $p<0.05$) sonucu bulunmuştur. Bu sonuç katılımcıların gebelik haftası değişkeni ile sosyal iyi olma arasında 0.05 düzeyinde anlamlı bir düzeyde farklılık olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftası değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir. Varyansların dağılımının homojen olup olmadığını belirlemek için ise Homogeneity of Variances Testi yapılmıştır (Tablo 4.2.6.61).

Tablo 4.2.6.61: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Sosyal İyi Olma Sağlığı Homojenlik Testi

Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
,598	6	297	,732

Yukarıdaki tabloya göre $p>0.05$ değeri çıkmıştır. Bu sonuç varyanslar arasındaki dağılımın homojen olduğunu göstermektedir. Bu nedenle gebelik haftası değişkeninde homojen varyansların dağılımını belirlemek amacıyla Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 4.2.6.62. Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeyine İlişkin Tukey Testi

(I) Gebelik Haftası	(J) Gebelik Haftası	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	p
12-15 Hafta Arası	16-19 Hafta Arası	-1,50000	1,46419	,948
	20-23 Hafta Arası	-,76842	1,55875	,999
	24-27 Hafta Arası	-1,35414	1,49524	,971
	28-31 Hafta Arası	-3,33901	1,50664	,290
	32-35 Hafta Arası	-,48132	1,31488	1,000
	36 Hafta ve Üstü	-3,86842*	1,29611	,048
16-19 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	1,50000	1,46419	,948
	20-23 Hafta Arası	,73158	1,55875	,999
	24-27 Hafta Arası	,14586	1,49524	1,000
	28-31 Hafta Arası	-1,83901	1,50664	,886
	32-35 Hafta Arası	1,01868	1,31488	,987
	36 Hafta ve Üstü	-2,36842	1,29611	,531
20-23 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	,76842	1,55875	,999
	16-19 Hafta Arası	-,73158	1,55875	,999
	24-27 Hafta Arası	-,58571	1,58795	1,000
	28-31 Hafta Arası	-2,57059	1,59869	,677
	32-35 Hafta Arası	,28710	1,41943	1,000
	36 Hafta ve Üstü	-3,10000	1,40205	,293
24-27 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	1,35414	1,49524	,971
	16-19 Hafta Arası	-,14586	1,49524	1,000
	20-23 Hafta Arası	,58571	1,58795	1,000
	28-31 Hafta Arası	-1,98487	1,53683	,856
	32-35 Hafta Arası	,87281	1,34937	,995
	36 Hafta ve Üstü	-2,51429	1,33108	,489
28-31 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	3,33901	1,50664	,290
	16-19 Hafta Arası	1,83901	1,50664	,886
	20-23 Hafta Arası	2,57059	1,59869	,677
	24-27 Hafta Arası	1,98487	1,53683	,856
	32-35 Hafta Arası	2,85769	1,36199	,356
	36 Hafta ve Üstü	-,52941	1,34388	1,000
32-35 Hafta Arası	12-15 Hafta Arası	,48132	1,31488	1,000
	16-19 Hafta Arası	-1,01868	1,31488	,987
	20-23 Hafta Arası	-,28710	1,41943	1,000
	24-27 Hafta Arası	-,87281	1,34937	,995
	28-31 Hafta Arası	-2,85769	1,36199	,356
	36 Hafta ve Üstü	-3,38710*	1,12470	,044
36 Hafta ve Üstü	12-15 Hafta Arası	3,86842*	1,29611	,048
	16-19 Hafta Arası	2,36842	1,29611	,531
	20-23 Hafta Arası	3,10000	1,40205	,293
	24-27 Hafta Arası	2,51429	1,33108	,489
	28-31 Hafta Arası	,52941	1,34388	1,000
	32-35 Hafta Arası	3,38710*	1,12470	,044

Tablo 4.2.6.62 Tukey testi sonuçlarına göre sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik dönemindeki kadınların gebelik haftası değişkenine göre 12-15 hafta arasında gebeliği olanlar ile hafta 36 hafta ve üstünde gebeliği olanlar ve 32-35 hafta arasında gebeliği olanlar ile hafta 36 hafta ve üstünde gebeliği olanlar arasında sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir. Katılımcıların sosyal iyi olma durumu diğer gebelik haftalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

Denence 6.5.3: Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftaları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

Bu denencede katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan gebelik haftası değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için anova analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.63: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gruplar	N	\bar{X}	SS	Min.	Max.
12-15 Hafta Arası	38	19,53	8,95	0,00	30,00
16-19 Hafta Arası	38	20,63	6,96	3,00	30,00
20- 23 Hafta Arası	30	19,50	7,42	0,00	30,00
24- 27 Hafta Arası	35	19,66	6,80	0,00	30,00
28- 31 Hafta Arası	34	21,12	7,62	5,00	30,00
32- 35 Hafta Arası	62	19,61	7,10	0,00	30,00
36 Hafta ve Üstü	67	23,00	5,94	6,00	30,00
Toplam	304	20,64	7,22	0,00	30,00

Tablo 4.2.6.63'e göre katılımcıların gebelik haftası değişkenin psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarına göre; 12-15 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 19.52), 16-19 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 20.63), 20-23 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 19.5), 24-27 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 19.65), 28-31 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 21.11), 32-35 hafta arasında gebeliği olanların (\bar{X} = 19.61), 36 hafta ve üstünde gebeliği olanların (\bar{X} =n23.00) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.64: Katılımcıların Gebelik Haftası Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeyine İlişkin Varyans Analizi Bulguları

Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar arasında	566,257	6	94,376		,091
Gruplar içinde	15247,941	297	51,340	1,838	p>0.05
Toplam	15814,197	303			

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik haftası değişkenine göre psikolojik iyi olma ($F= 1.838$; $p>0.05$) olduğu için gebelik haftası değişkenine göre psikolojik iyi olma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Dolayısıyla “Gebelik dönemindeki kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftası değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.” denencesi reddedilmiştir.

Denence 6.6: Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemi değişkenine göre; gebeliğinin ikinci döneminde olan kadınların gebeliğinin üçüncü döneminde olan kadınlara göre ruh sağlığı toplam puan ortalamalarında anlamlı bir düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir

Tablo 4.2.6.65: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gebelik Dönemi	N	\bar{X}	SS
2. Dönem	141	40,47	14,98
3. Dönem	163	44,29	15,27

Tablo 4.2.6.65’e göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik dönemi değişkenine göre ruh sağlığı puan ortalamaları; gebeliğinin 2. döneminde bulunanların ($\bar{X}=40.47$), gebeliğinin 3. döneminde bulunanların ($\bar{X}=44.29$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.66: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi	F	Sig.	t	df	Sig. (2tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	,032	,858	-2,193	302	,029
Eşit varsayılmayan varyanslar			-2,196	297,277	,029

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik dönemi değişkenine göre ruh sağlığı ($F= 0.032$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t[302]= -2.193$; $p<0.05$) şeklindedir. Ancak p değerlerinin iki grupta da $p=0.029$ olması grupların ortalamaları birbirlerinden farklı olmuş olsa bile p değeri aynı olduğu için gebeliğin 2. Dönemi puan ortalamaları ile gebeliğin 3. Dönemi puan ortalamalarının birbirine denktir diyebiliriz. Sonuç olarak “Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi reddedilmiştir.

Denence 6.6.1: Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemi değişkenine göre; gebeliğinin ikinci döneminde olan kadınların gebeliğinin üçüncü döneminde olan kadınlara göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı bir düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.67: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gebelik Dönemi	N	\bar{X}	SS
2. Dönem	141	9,59	3,91
3. Dönem	163	10,37	3,62

Tablo 4.2.6.67'e göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik dönemi değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; gebeliğinin 2. döneminde bulunanların ($\bar{X}=9.59$), gebeliğinin 3. döneminde bulunanların ($\bar{X}=10.37$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.68: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi					
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	1,942	,165	-1,818	302	,070
Eşit varsayılmayan varyanslar			-1,808	287,813	,072

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik dönemi değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutu ($F= 1.932$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t[302] = -1.818$; $p < 0.05$) olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusudur. Bu durumda gebeliğin 3. döneminde olan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamaları ($\bar{X}= 10.37$), gebeliğin 2. döneminde olan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamalarından ($\bar{X}=9.59$) daha yüksektir. Sonuç olarak “Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 6.6.2: Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemi değişkenine göre; gebeliğinin ikinci döneminde olan kadınların gebeliğinin üçüncü döneminde olan kadınlara göre sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı bir düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.69: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gebelik Dönemi	N	\bar{X}	SS
2. Dönem	141	11,04	6,20
3. Dönem	163	12,60	6,65

Tablo 4.2.6.69'a göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik dönemi değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; gebeliğinin 2. döneminde bulunanların ($\bar{X}=11.04$,) gebeliğinin 3. döneminde bulunanların ($\bar{X}=12.60$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.70: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi					
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	,397	,529	-2,112	302	,036
Eşit varsayılmayan varyanslar			-2,123	300,300	,035

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik dönemi değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutu ($F= 0.397$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t[302]=-2.112$; $p <0.05$) olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusudur. Bu durumda gebeliğin 3. döneminde olan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamaları ($\bar{X}= 12.60$), gebeliğin 2. döneminde olan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamalarından ($\bar{X}=11.04$) daha yüksektir. Sonuç olarak “Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 6.6.3: Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede gebelik dönemi değişkenine göre; gebeliğinin ikinci döneminde olan kadınların gebeliğinin üçüncü döneminde olan kadınlara göre kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı bir düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.71: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Gebelik Dönemi	N	\bar{X}	SS
2. Dönem	141	19,85	7,54
3. Dönem	163	21,32	6,89

Tablo 4.2.6.71'e göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik dönemi değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; gebeliğinin 2. döneminde bulunanların ($\bar{X}=19.85$), gebeliğinin 3. döneminde bulunanların ($\bar{X}=21.32$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.72: Katılımcıların Gebelik Dönemi Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	1,024	,312	-1,773	302	,077
Eşit varsayılmayan varyanslar			-1,761	286,236	,079

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların gebelik dönemi değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutu ($F= 1.024$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t[302]= -1.773$; $p>0.05$) olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusu değildir. Dolayısıyla Gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları

gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi reddedilmiştir.

Denence 6.7: Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınların daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınlara göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.73: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığı Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Daha Önce Ruh Sağlığı ile İlgili Problem Yaşadınız mı?	N	\bar{X}	SS
Evet	29	32,72	13,45
Hayır	275	43,55	15,06

Tablo 4.2.6.73'e göre katılımcıların daha önce ruh sağlığı problemi yaşama değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları; daha önce ruh sağlığı problemi yaşayanların ($\bar{X}= 32.72$), daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayanların ($\bar{X}=43.55$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.74: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Ruh Sağlığına Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi	F	p	t	Sd	P (2-tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	,257	,612	-3,718	302	,000
Eşit varsayılmayan varyanslar			-4,073	35,825	,000

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların daha önce ruh sağlığı problemi yaşama değişkenine göre ruh sağlığı ($F= 0.257$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t[302]= -3.718$; $p<0.05$) olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusudur. Bu durumda daha önce ruh sağlığı

problemi yaşamayan kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları ($\bar{X}= 43.55$), daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınların ruh sağlığı puan ortalamalarından ($\bar{X}= 32.72$) daha yüksektir Dolayısıyla “Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 6.7.1: Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınların daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınlara göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.75: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Daha Önce Ruh Sağlığı ile İlgili Problem Yaşadınız Mı?	N	\bar{X}	SS
Evet	29	8,00	3,71
Hayır	275	10,22	3,72

Tablo 4.2.6.75’e göre katılımcıların daha önce ruh sağlığı problemi yaşama değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; daha önce ruh sağlığı problemi yaşayanların ($\bar{X}=8.00$), daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayanların ($\bar{X}=10.22$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.76: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Duygusal İyi Olma Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi	F	p	t	Sd	P (2-tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	,102	,750	-3,059	302	,002
Eşit varsayılmayan varyanslar			-3,064	34,206	,004

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu değişkenine göre duygusal iyi olma ($F= 0.102$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t[302]= -3.059$; $p <0.05$) olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusudur. Bu durumda daha önce ruh sağlığı problemini yaşamayan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamaları ($\bar{X}= 10.22$), daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamalarından ($\bar{X}= 8.00$) daha yüksektir. Dolayısıyla “Daha önce ruh sağlığı problemini yaşamayan kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 6.7.2: Daha önce ruh sağlığı problemini yaşamayan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede daha önce ruh sağlığı problemini yaşayan kadınların daha önce ruh sağlığı problemini yaşamayan kadınlara göre sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.77: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Daha Önce Ruh Sağlığı ile İlgili Problem Yaşadınız mı?	N	\bar{X}	SS
Evet	29	8,44	5,11
Hayır	275	12,23	6,51

Tablo 4.2.6.77'ye göre katılımcıların daha önce ruh sağlığı problemi yaşama değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; daha önce ruh sağlığı problemi yaşayanların ($\bar{X}= 8.44$), daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayanların ($\bar{X}=12.23$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.78: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Sosyal İyi Olma Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi	F	P	t	Sd	P (2-tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	3,223	,074	-3,033	302	,003
Eşit varsayılmayan varyanslar			-3,684	38,274	,001

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu değişkenine göre sosyal iyi olma ($F= 3.223$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t[302] = -3.033$; $p < 0.05$) olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusudur. Bu durumda daha önce ruh sağlığı probelemi yaşamayan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamaları ($\bar{X}= 12.23$), daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamalarından ($\bar{X}= 8.44$) daha yüksektir. Dolayısıyla “Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir.

Denence 6.7.3: Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların psikolojik iyi olma puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Bu denencede daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınların daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınlara göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını belirlemek için T testi ile analiz yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.6.79: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Düzeylerine Ait N, \bar{X} , SS Değerleri

Daha Önce Ruh Sağlığı ile İlgili Problem Yaşadınız mı?	N	\bar{X}	SS
Evet	29	16,27	7,69
Hayır	275	21,09	7,03

Tablo 4.2.6.79'a göre katılımcıların daha önce ruh sağlığı problemi yaşama değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; daha önce ruh sağlığı problemi yaşayanların ortalaması 16.27, daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayanların ortalaması ise 21.09 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.6.80: Katılımcıların Daha Önce Ruh Sağlığı Problemi Yaşama Durumu Değişkenine Göre Psikolojik İyi Olma Ait T Testi Analizi

Levene'nin Varyans Homojenliği Testi	F	p	t	Sd	P (2-tailed)
Eşit varsayılan varyanslar	1,316	,252	-3,481	302	,001
Eşit varsayılmayan varyanslar			-3,234	33,115	,003

Yukarıdaki tabloya göre gebelik dönemindeki kadınların daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu değişkenine göre psikolojik iyi olma ($F= 1.316$; $p>0.05$) olduğu görülmektedir. Bu durumda varyansların dağılımının homojen olduğunu söyleyebiliriz. T testi tablosuna baktığımızda ($t[302] = -3.481$; $p < 0.05$) olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusudur. Bu durumda daha önce ruh sağlığı probelemi yaşamayan kadınların psikolojik iyi olma puan ortalamaları ($\bar{X}= 21.09$), daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınların psikolojik iyi olma puan ortalamalarından ($\bar{X}= 16.27$) daha yüksektir. Dolayısıyla “Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” denencesi kabul edilmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

DEĞERLENDİRME ve TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde ilk olarak literatür taramasında edinilen bilgilere ve araştırmanın bulgularına bağlı olarak konu tartışılmakta ve öneriler sunulmaktadır. İkinci bölümde ise çalışmanın bağımlı değişkeni olan ruh sağlığı ile bağımsız değişkenleri olan distres, kaygı düzeyi ve gebelik dönemindeki kadınların demografik özellikleri ve gebeliğe özgü niteliklerle ilgili araştırmanın sonuca yönelik bilgilere yer verilmektedir.

5.1.Genel Değerlendirme- Tartışma ve Öneri

Önceki zamanlarda gebelik dönemi psikiyatrik rahatsızlıklar için koruyucu bir dönem olarak algılanmaktayken artık günümüzde stresli, endişeli, kaygılı bir bekleyiş, kişinin kendisinde aşırı bir yüklenme olması gibi ruhsal duyguların yoğun yaşandığı bir süreç olarak görülmektedir (Çapık, 2013: 1). Yaşanan bu ruhsal problemler gebelik dönemi sürecinde kadınlarda çelişki içinde olma, içe dönük olma, belirsizlik yaşama, duygusal olma, pasif bir kişiliğe sahip olma kaygı ve korku gibi psikolojik değişikliklerle ortaya çıkabilmektedir (Sertbaş, 1998: 16).

Yapılan çalışmalara da baktığımızda gebelikte yaşanan ruhsal bozuklukların ciddi bir orana sahip olduğu görülmektedir. Buna örnek vermek gerekirse; Çalık ve Aktaş 2011 yılında “Gebelikte Depresyon” adlı çalışmasında Türkiye’de yapılan bazı çalışmaların sonuçlarına yer vermektedir. Bu çalışmada depresyonun gebelikte yaygınlığı 1999’da yapılan çalışma sonucunda %27,90; 2005 yılında yapılan çalışmaya göre %36.30; 2007 yılında yapılan çalışmaya göre %28.60 ve 2009’da yapılan araştırmaya göre %27.30 oranında görüldüğü aktarılmaktadır (Akt. Çalık ve Aktaş, 2011:144).

2012 yılında Okyay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre gebelik çağındaki kadınlarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığının %35,5 oranında olduğunu, Dönmez ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı çalışmada ise kadın olmanın anksiyete görülme riskini 3,56 kat; duygulanım bozukluğunu ise 2,07 kat arttırdığını belirtmektedir (Dağlar, vd., 2015: 28).

Tarhan da Kadın psikolojisi adlı kitabında kadınların depresyon ve anksiyeteyi erkeklere göre daha fazla yaşadığını belirtmiştir (Tarhan, 2005). Uluslararası yapılan çalışmalarda ise kadınlarda 18-44 yaş arasında depresyonun daha fazla görüldüğü bu yaş aralığının kadınların gebelik, lohusalık ve doğum sonrası dönemi kapsadığı belirtilmektedir (Akt. Çalık ve Aktaş, 2011:143).

Bu verilere dayanarak cinsiyet karşılaştırmalarında kadınların ruhsal bozuklukları yaşamaya daha yatkın olduğu ve özellikle de doğurganlığı kapsayan yaş aralığında bu problemlerin daha fazla ortaya çıktığı sonucuna ulaşılabilmekteyiz. Genel olarak yapılan çalışmaları değerlendirdiğimizde gebelikte depresyon ve anksiyetnin görülme yaygınlığının yaklaşık %30 ile %35 civarında olduğu yani 3-4 gebe kadından 1'inde depresyon ve anksiyete yaşama riskinin olduğu sonucuna ulaşabilmekteyiz. Bu dönemde yaşanan ruhsal bozukluklar anne adayının duygu durumunu olumsuz yönde etkilediği gibi ciddi olumsuz sonuçların yaşanmasına, gebelikte intihar girişimlerinin olmasına neden olabilmekte ve morbidite-mortalite hızını arttırmaktadır (A.g.e.:150).

Diğer taraftan gebelikte distres yaygınlığı ile ilgili olarak Çapık, Apay ve Sakar, (2015) çalışmasında distres görülme yaygınlık oranlarında farklılık olduğunu belirtmektedir. 59 çalışma üzerinden yapılan bir meta analizine göre gebelik döneminde görülen depresyon oranının sanayileşmiş ülkelerdeki kadınlarda %8 ile %24 arasında olduğu; gebelikte psikolojik distresin araştırıldığı bazı çalışmalarda ise %13 ile %25 oranında distres olduğu özellikle de depresyon ve anksiyete üzerine psikolojik distres atakların geçirildiği; diğer bir çalışmaya göre ise gebelik döneminde distresin %41,7 ile %51 oranında değişim gösterdiğine yönelik araştırma sonuçları yer almaktadır (Çapık, Apay ve Sakar, 2015:197). Bacacı ve Apay'ın 2018 yılında yaptığı çalışmada bu durumu şu şekilde açıklamaktadır: "Gebelik döneminde yaşanan psikolojik distresin %11.9 ile %51 oranında değişim göstermektedir" (Bacacı ve Apay, 2018: 77). Bu sonuçlardan yola çıkarak ciddi

değişim aralığına sahip olan gebelikte distrese yönelik çalışmalarının artırılması gerektiği önerilmektedir. Çalışmaların yaşanan bölgelere göre, sosyo ekonomik duruma göre, yaş, eğitim durumu gibi önemli demografik özelliklere göre yapılması distresi daha yoğun yaşayan kitlenin belirlenmesinde yardımcı olacağı ve gebelikte distresi önlemeye yönelik yapılacak çalışmalar da yol göstereceği düşünülmektedir.

Araştırmacı tarafından yapılan bu çalışmada son 20 yılda gebelik dönemi ile ilgili yapılan çalışmalara göre gebelik dönemi yaş ortalamalarının geçmişten günümüze değişim gösterdiği dikkat çekmektedir. 2000 yılında Öztürk ve Şirin'in gebelik ile ilgili yaptığı çalışmaya göre yaş ortalamasının 26.22 ± 4.32 olduğu, 2005 yılında Dülgerler, Engin ve Ertem'in yaptığı çalışmaya göre gebelerin yaş ortalamasının 26.36 ± 5.93 olduğu, 2013 yılında Şen ve Şirin'in gebelik dönemine ilişkin yaptığı çalışmada 24-29 yaş aralığındaki kadınlar çalışmanın %31.00'ini ve 30-35 yaş arasında olan kadınlar ise çalışmanın %28.3'ünü oluşturduğu, yani %59.3'ünün 25-35 yaş arasındaki kadınlar olduğu, 2015 yılında Çapık, Apay ve Sakar tarafından yapılan araştırmaya göre yaş ortalamasının 26.69 ± 4.92 olduğu, 2018 yılında Bacacı ve Apay'ın yaptığı araştırmada gebelik dönemindeki kadınların %65.1'inin yaş ortalamasının 25-35 yaş arasında olduğu, 2019 yılında yapılan başka bir çalışmaya göre ise yaş ortalamasının 28.66 ± 4.53 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bacacı ve Apay, 2018; Çapık, Apay ve Sakar, 2015: 196; Dülgerler, Engin ve Ertem, 2005: 115-119; Şen ve Şirin, 2013: 161; Tunçel ve Süt, 2019:11).

Araştırmacı tarafından yapılan bu çalışma da ise 304 katılımcının %33,9'u (n=103) 25-29 yaş aralığında ve %34,5'i (n=105) ise 30-34 yaş aralığında olduğu yani 25-35 yaş arasında olan %68,4 oranında gebe kadınların olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle 2000'li yılların başında yapılan çalışmalarda gebelik 25-30 yaşları arasında fazla görülürken 2019 yılına yakın tarihlerde yapılan çalışmalara göre 25-35 yaş arasındaki kadınlarda gebeliğin daha fazla yaşandığı görülmektedir. Bu veriler bize özellikle gebelik dönemini yaşayan kadınların büyük çoğunluğunun yaş ortalaması hakkında bilgi vermektedir. Gebelik döneminde oluşabilecek risklerin azaltılması için gebelikte ruhsal bozukları önlemeye yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir ve bu çalışmaların genel hedef kitlesinin 25-35 yaş arasında yoğun olarak yapılması öngörülmektedir.

Diğer taraftan gebelikle ilgili olarak literatürde yer alan “Sempatik Gebelik” konusuna değinmenin gebelikte ruhsal bozuklukların kişiye yaşattığı etkisini açıklamaya yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu konuyla ilgili olarak Sevil ve Kavlak’ın 2003 yılında yapmış olduğu “Sempatik Gebelik” adlı çalışmayı incelediğimizde; eşleri gebe olan erkeklerde de gebeliğin ilk üç ayının sonlarına doğru gebelik belirtileri yaşayan erkekler üzerinde çalışmanın yapıldığı görülmektedir. Çalışmada erkeklerin de gebelikle ilgili fiziksel semptomlar (karın büyümesi, kokuya karşı hassasiyet, bacaklarda kramp, halsizlik gibi birçok semptom) yaşadıklarına dair bilgi verilmektedir. Ayrıca psikolojik olarak da stres, anksiyete, depresyon gibi ruhsal bozukluklar yaşadıkları ve vücudun bütünlüğünün algısında değişiklik olduğunu belirtmişlerdir (Sevil ve Kavlak, 2003: 3).

Gebelik sadece kadınlara özgü bir olay olmuş olsa da etki düzeyinin yüksek olduğu, baba adaylarında da gebeliği yaşamasalar bile gebe semptomlarına sahip olduğu ve gebelikte kadınlarda görülen stres, depresyon ve anksiyeteye bağlı ruh sağlığı sorunları yaşamaları gebelik döneminin ruh sağlığı açısından önemini göstermektedir. Bu çalışmada ve yapılan diğer birçok çalışmada görüldüğü üzere gebelik dönemi eski dönemlerdeki duygusal iyi olma halinden çıkmış, ruh sağlığı açısından önemi daha çok artmıştır. Gebelik döneminde yaşanan ruh sağlığı sorunlarının hem anne adaylarını hem de anne karnındaki bebeğin sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Çeber, vd., (2010: 2), tarafından yapılan çalışmada gebelik döneminde ruhsal bozukluk yaşayan annelerin çocuklarında 4,5 yaşından itibaren ruh sağlığı bozukluğunun görülme riskinin daha fazla olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle gebelik dönemi neslin devamını sağlayan bir dönem olması açısından da üstünde durulması gereken bir konudur. Gebelik döneminde annelerin psikolojik destek almaları, ruh sağlığı problemi yaşıyorsa erken teşhisin yapılması ve doğru tedavi yöntemlerinin uygulanması gelecek nesil için önem taşımaktadır.

Bu bağlamda gebelikle ilgili olarak anne-baba adaylarına gebelik dönemi öncesinde ve gebelik döneminde eğitim alabileceği gebe okullarının sayısının artırılması önerilmektedir.

Gebelik dönemi öncesinde ve gebelik döneminde danışmanlık alabilecekleri uzmanların yetiştirilmesi ve ruh sağlığını belirlemeye yönelik tarama programların başlatılması ve uygulanması önerilmektedir.

Gebelik dönemindeki anne adaylarında ruh sağlığı problemi oluşmaması ya da düzeltilmesine yardımcı olması için yoga-meditasyon gibi zihinsel aktivite yapabilecekleri merkezlerin artırılması özellikle de hastanelerde bu konuyla ilgili aktivite mekanlarının yer alması önerilmektedir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında ilgili çalışanların da gebelikte ruh sağlığının öneminin aktarılması için gerekli bilgilendirme çalışmalarının yapılması önerilmektedir. Ayrıca gebelik dönemindeki kadınlara, yakınlarına ve ilgili sağlık çalışanlarına bu dönemin önemini ve oluşabilecek risklerin azaltılmasına yönelik yapılması gereken bilgilerin yazılı-basılı, işitsel ve görsel malzemelerle ulaşılması önerilmektedir.

Doğum eyleminin gerçekleştirileceği ortamın huzurlu olması, sağlık kurum/kuruluş çalışanlarının olumlu iletişim kurması, saygı ve güven ortamında doğum sürecinin geçirilmesi için sağlık çalışanlarına yönelik bilgilendirme eğitimleri yapılması önerilmektedir.

5.2. Araştırmanın Anlattıkları

Yüksek lisans tezi olarak yapılan bu çalışmada gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı durumu distres ve kaygı düzeyi açısından incelenmiştir. Çalışma kapsamında ruh sağlığı konusu; ruhsal bozukluklara ve alt maddelerine ilişkin bilgilere yer verilmekte, ayrıca stres ve distres, kaygı ve gebelik konuları literatürde yer alan bilgilere göre aktarılmıştır. Gebelik döneminde yaşanan stres, kaygı, ruh sağlığı ve depresyon durumu ise ayrı başlıklar halinde incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda gebeliklerde yaklaşık %30- 35 civarında gebelikte kaygı ve depresyon görülme sıklığının yaygın olduğu ve distres düzeyinin ise gebeliklerde %11 ile yaklaşık %50 oranlarında değişiklik gösterdiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu çalışma ile gebeliğin 12. Haftası ve üstünde olan 304 kişiye anket uygulanmış olup araştırmaya yönelik bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı ile distres düzeyi ve kaygı düzeyi arasında yüksek ölçüde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığındaki değişimin %22.6'sının distres düzeyinden kaynaklandığı ve %30.8'inin ise kaygı düzeyinden kaynaklı olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Gebelik dönemindeki kadınların demografik özelliklerine göre ruh sağlığı açısından değerlendirdiğimizde ise yapılan bu çalışmaya göre; yaş değişkeninin gebelikte ruh sağlığı toplam puanı ve alt boyutları açısından farklılaşmadığı verilerine ulaşılmıştır.

Eğitim durumlarına incelediğimizde ise ruh sağlığı toplam ve sosyal iyi olma ile psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında farklılaşmaya neden olmadığını ama duygusal iyi olma alt boyutu açısından farklılaşma olduğu, farklılaşmanın kaynağının ise lise mezunları ile üniversite mezunları arasında olduğu, üniversite mezunlarının duygusal iyi olma ortalamama puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Gebelik dönemindeki kadınları mesleklerine göre değerlendirdiğimizde ise ruh sağlığının sürekliliği açısından ruh sağlığı toplam ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında beyaz yaka olan kadınlar ile ev hanımı olan kadınlar arasında farklılık olduğu, beyaz yaka çalışan kadınların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu, duygusal iyi olma açısından ise ev hanımları ile beyaz yaka ve diğer çalışanlar arasında farklılaşma olduğu, ev hanımlarının duygusal iyi olma ortalama puanlarının düşük olduğu görülmektedir.

Sosyo ekonomik düzeyleri açısından değerlendirdiğimizde ise ruh sağlığı ve alt boyutlarının algıladıkları ekonomik duruma göre ruh sağlığı arasında farklılaşma olduğu görülmektedir. Farklılaşmanın kaynağının ise algıladıkları ekonomik durumu düşük olanlar ile orta ve yüksek olanlar arasında farklılaşma olduğu, düşük ekonomik durumu algısı olan kadınlarda ruh sağlığı ve alt boyutlarında puan ortalamalarının daha düşük olduğu sonuçlarına ulaşılmaktadır.

Yapılan araştırmaya göre gebeliğe özgü nitelikler açısından ruh sağlığı ve alt boyutlarında anlamlı düzeyde farklılaşma olup olmadığını incelediğimizde; katılımcıların gebelik sayısı değişkenine göre ruh sağlığı toplam puanında, duygusal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu, farklılaşmanın kaynağının ise ruh sağlığı toplam puanı ve psikolojik iyi olma puan ortalamalarının ilk gebeliği olanlar ile ikinci gebeliği olanlar arasında farklılaşma olduğu, ilk gebeliği olanların daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ve duygusal iyi olma alt boyutuna göre ise ilk gebeliği olanlar ile ikinci gebeliği – 3 ve daha fazla gebeliği olanlar arasında farklılaşma olduğu, ilk gebeliği olanların puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Daha önce düşük yapma durumları açısından incelediğimizde ise ruh sağlığı ve alt boyutları arasında anlamlı bir düzeyde farklılaşma olmadığı bilgilerine ulaşılmıştır.

Gebelik dönemindeki kadınların yaşayan kaç tane çocuğu olduğuna göre ruh sağlığı ve alt boyutlarını değerlendirdiğimizde ise; ruh sağlığı toplam puanı, duygusal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutlarında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu ancak istatistiksel olarak sadece duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamasında hiç çocuğu olmayanlar ile 1 çocuğu olanlar- 2 ve daha fazla çocuğu olanlar arasında farklılaşma olduğu görülmektedir.

Gebelik türüne göre ruh sağlığı ve alt boyutlarını değerlendirdiğimizde, ruh sağlığı toplam puan, duygusal iyi olma ve psikolojik iyi olma puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu, farklılaşmanın planlanmış gebeliği olan kadınlar ile beklenmedik gebeliği olanlar kadınlar arasında olduğu, planlanmış gebeliğe sahip olanlarının puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Gebelik haftalarına göre ruh sağlığı ve alt boyutlarına ilişkin bilgiler ise; ruh sağlığı, duygusal iyi olma ve sosyal iyi olma puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu, ruh sağlığı toplam puanı ile sosyal iyi olma alt boyutuna göre gebeliğin 12-15 hafta arasında olanlar ve gebeliğin 32-35 hafta arasında olanlar ile gebeliğin son haftaları olan 36 ve üstünde olan kadınlar arasında; duygusal iyi olma alt boyutuna göre ise gebeliğin 32-35 haftasında olanlar ile gebeliğin 36 hafta ve üstünde olan kadınlar arasında farklılaşma olduğu görülmektedir.

Gebelik dönemlerine göre ruh sağlığı ve alt boyutlarına ilişkin bilgiler ise; ruh sağlığı toplam ve sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu, gebeliğin üçüncü döneminde bulunan kadınların puan ortalamalarının gebeliğin ikinci döneminde bulunan kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Son olarak çalışmada ruh sağlığı ve alt boyutları gebelik dönemindeki kadınların daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumuna göre değerlendirilmiştir. Bu bölümde ruh sağlığı toplam puan ve alt boyutlarının puan ortalamalarının gruplar arasında farklılaşma olduğu gözlenmektedir. Daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların ruh sağlığı toplam puan ve alt boyutlarının puan ortalamalarının daha önce ruh sağlığı problemi yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bilgilerine ulaşılmıştır.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Gebelik dönemi 3 aylık periyodlarla 3 dönemden ve normal şartlarda 40 haftalık süreci kapsayan bir dönemdir. Gebeliğin her dönemi kendine özgü özellikleri içermektedir, bu özellikler biyolojik yapıda olabileceği gibi fiziksel değişimlerde gebeliğin dönemlerine göre şekillenmektedir. Diğer bir ifadeyle gebelik dönemi bir kadının hayatında fiziksel, biyolojik değişimlerin yaşandığı ve ruhsal hayatına etki eden bir dönemdir diyebiliriz.

Bu çalışma gebelik döneminde olan 304 katılımcının yanıtladığı bilgiler neticesinde değerlendirilmektedir. Çalışmanın bu bölümünde araştırma kapsamında elde edilen verilerin sonuçlarına yer verilmektedir.

İlk olarak katılımcıların demografik özelliklerine göre frekans ve yüzdelik dağılımlarına yönelik bilgiler aşağıda yer almaktadır. Araştırma sonuçlarına göre;

- Yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık %68,4'ünün 25-35 yaş arasında olduğunu, 24 yaş ve altının %15.1 ve 35 yaş üstündeki kişilerinde %16.4 oranında olduğunu görmekteyiz.
- Eğitim durumuna baktığımızda ise katılımcılar arasında hiç okuryazar olmayan katılımcı olmadığını ve katılımcıların yaklaşık %50'sinin üniversite mezunu, %8.2'sinin de yüksek lisans-doktora mezunu, %35'in de lise mezunu olduğunu görmekteyiz.
- Katılımcıların meslek durumu açısından incelediğimizde ise beyaz yaka olarak görev yapanların %31.3, ev hanımı ya da çalışmayanların %32.2 ve diğer görevlere sahip olanların %36.5 oranında olduğunu görülmektedir.

- Katılımcıların algıladıkları ekonomik durum ise %7.6'sının düşük, %67.8'sinin orta ve %24.7'sinin ise yüksek ekonomik durum algısı olduğunu bilgisi verilmektedir.

Gebeliğe özgü nitelikler olarak değerlendirdiğimiz bölümde katılımcıların frekans ve yüzde dağılımlarına yönelik bilgiler aşağıda yer almaktadır. Araştırma sonuçlarına göre;

- Katılımcıların kaçınıcı gebeliği olduğuna baktığımızda %53.9'unun (n=164) ilk gebeliği olduğunu, %28.9'unun (n=88) ikinci gebeliği olduğunu ve %17.1'inin (n=52) üç ve üstünde gebeliği olduğu,
- Daha önce düşük yapma durumuna baktığımızda % 19.7'sinin (n=60) daha önce düşük yaptığını, %80.3'ünün (n=244) daha önce düşük yapmadığını,
- Yaşayan kaç çocuğu olduğuna baktığımızda %66.4'ünün (n=202) yaşayan hiç çocuğunun olmadığını, %26,6'sının (n=81) 1 çocuğu olduğunu ve %6.9'unun (n=21) 2 ve daha fazla çocuğu olduğunu,
- Gebelik türüne baktığımızda %67.8'inin (n=206) gebeliğinin planlı yani istenen bir gebeliği olduğunu, %25.3'ünün (n=77) beklenmedik gebeliği olduğunu ve %6.9'unun (n=21) tedavi sonucunda gebeliği olduğunu,
- Gebelik haftalarına göre baktığımızda 12-15 haftası arasında gebeliği olanların %12.5'i (n=38) olduğunu, 16-19 haftası arasında gebeliği olanların %12.5 (n=38) olduğunu, 20-23 haftası arasında gebeliği olanların %9.9 (n=30) olduğunu, 24-27 haftası arasında gebeliği olanların %11.5 (n=35) olduğunu, 28-31 haftası arasında gebeliği olanların %11.2 (n=34) olduğunu, 32-35 haftası arasında gebeliği olanların %20.4 (n=62) olduğunu ve 36 hafta ve üstünde gebeliği olanların %22 (n=67) oranlarında olduğu,
- Gebelik dönemlerine göre baktığımızda ise %46.4'ünün (n=141) gebeliğin ikinci döneminde, %53.6'sının (n=163) gebeliğin son döneminde olduğu,
- Katılımcıların %9.5'nin (n=29) daha önce ruh sağlığı problemi geçirmiş olduğu görülmektedir.

Ruh Sağlığı ve Distres Düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analiz tekniği kullanılmış olup, araştırma sonuçlarına aşağıda yer verilmektedir.

- Ruh sağlığı toplam puanı ile distres toplam puanı, olumsuz duygulanım alt boyutu puanı ve eş katılımı alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) 0.01 düzeyinde anlamlı ilişki olduğu,
- Duygusal iyi olma alt boyutu puanı ile distres toplam puanı, olumsuz duygulanım alt boyutu puanı ve eş katılımı alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu,
- Sosyal iyi olma alt boyutu puanı ile distres toplam puanı, olumsuz duygulanım alt boyutu puanı ve eş katılımı alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu,
- Psikolojik iyi olma alt boyutu puanı ile distres toplam puanı, olumsuz duygulanım alt boyutu puanı ve eş katılımı alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Ruh Sağlığı ve Kaygı Düzeyi İle arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analiz tekniği kullanılmış olup, araştırma sonuçlarına aşağıda yer verilmektedir.

- Ruh sağlığı toplam puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı ve olumsuz duygular alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu ve ruh sağlığı toplam puanı ile olumlu duygular alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü (+) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu,
- Duygusal iyi olma alt boyutu puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı ve olumsuz duygular alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu ve duygusal iyi olma alt boyutu puanı ile olumlu duygular alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü (+) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu,
- Sosyal iyi olma alt boyutu puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı ve olumsuz duygular alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu ve sosyal iyi olma alt boyutu puanı ile olumlu duygular alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü (+) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu,
- Psikolojik iyi olma alt boyutu puanı ile kaygı düzeyi toplam puanı ve olumsuz duygular alt boyutu puanları arasında negatif yönlü (-) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu ve psikolojik iyi olma alt boyutu

puanı ile olumlu duygular alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü (+) $p=0.00$; $p<0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Ruh sağlığının yordayıcısı olarak distres düzeyi ve alt boyutları (olumsuz duygulanım ve eş katılımı) arasındaki ilişki incelemek için regresyon analiz tekniği kullanılmış olup araştırma sonuçlarına ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

- Ruh sağlığının yordayıcısı olarak distres düzeyi $R^2=0.226$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç ruh sağlığındaki değişimin %22.6'sının distres düzeyinden kaynaklandığını ve $p=0.00$; $p <0.05$ düzeyinde ($\beta= -0.904$) negatif yönlü (-) ilişki olduğu ve t- değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t = -9.401$; $p =0.000$),
- Ruh sağlığının yordayıcısı olarak olumsuz duygulanım alt boyutu $R^2=0.110$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç ruh sağlığındaki değişimin %11'inin olumsuz duygulanım alt boyutundan kaynaklandığını ve $p=0.00$; $p <0.05$ düzeyinde ($\beta= -0.741$) negatif yönlü (-) ilişki olduğu ve t- değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t = -6.107$; $p =0.000$),
- Ruh sağlığının yordayıcısı olarak eş katılımı alt boyutu $R^2=0.203$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç ruh sağlığındaki değişimin %20.3'ünün eş katılımı alt boyutundan kaynaklandığı ve $p=0.00$; $p <0.05$ düzeyinde ($\beta= -1.989$) negatif yönlü (-) ilişki olduğu ve t- değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t = -8.777$; $p =0.000$) sonuçlarına ulaşılmıştır.

Ruh sağlığının yordayıcısı olarak kaygı düzeyi ve alt boyutları (olumsuz duygular ve olumlu duygular) arasındaki ilişki incelemek için regresyon analiz tekniği kullanılmış olup araştırma sonuçlarına ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

- Ruh sağlığının yordayıcısı olarak kaygı düzeyi $R^2=0.308$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç ruh sağlığındaki değişimin %30.8'inin kaygı düzeyi tarafından açıklandığı ve $p=0.00$; $p <0.05$ düzeyinde ($\beta= -1.019$) negatif yönlü (-) ilişki olduğu ve t- değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t = -11.596$; $p =0.000$),
- Ruh sağlığının yordayıcısı olarak olumsuz duygular $R^2=0.104$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç ruh sağlığındaki değişimin %10.4'ünün olumsuz duygular alt boyutu tarafından açıklandığı ve $p=0.00$; $p <0.05$ düzeyinde

($\beta = -0.793$) negatif yönlü (-) ilişki olduğu ve t- değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t = -5.921$; $p = 0.000$),

- Ruh sağlığının yordayıcısı olarak olumlu duygular $R^2=0.442$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç ruh sağlığındaki değişimin %44.2'sinin olumlu duygular alt boyutu tarafından açıklandığı ve $p=0.00$; $p < 0.05$ düzeyinde ($\beta = 2.582$) pozitif yönlü (+) ilişki olduğu ve t- değerinden bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($t = -15.461$; $p = 0.000$) sonuçlarına ulaşılmıştır.

Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları (duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu) puan ortalamalarının katılımcıların demografik özellikleri; yaş, eğitim durumu, meslek ve algıladığı ekonomik durum değişkenlerine göre farklılaşmanın olup olmadığına ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

Yaş değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları olan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları sonuçları ve yaş değişkenine göre puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık olup olmama durumuna ait bilgilere aşağıda yer verilmektedir:

- Yaş değişkenine göre ruh sağlığı puan ortalamaları (0-70 puan aralığında) 24 yaş ve altı ortalaması 39.73, 25-29 yaş arası ortalaması 43.33, 30-34 yaş arası ortalaması 43.85, 35 yaş ve üstü ortalaması 40.64 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonucuna göre $p=0.338$ olduğu için 0.05 düzeyinde yaş değişkeni açısından ruh sağlığı toplam puanında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı,
- Yaş değişkeninin duygusal iyi olma puan ortalamalarına göre (0-15 puan aralığında); 24 yaş ve altı ortalaması 9.59, 25-29 yaş arası ortalaması 10.16, 30-34 yaş arası ortalaması 10.47, 35 yaş ve üstü ortalaması 9.14 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonucuna göre $p=0.177$; $p > 0.05$ olduğu için yaş değişkeni açısından duygusal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık olmadığı,
- Yaş değişkeninin sosyal iyi olma puan ortalamalarına göre (0-25 puan aralığında); 24 yaş ve altı ortalaması 10.54, 25-29 yaş arası ortalaması 11.92, 30-34 yaş arası ortalaması 12.55, 35 yaş ve üstü ortalaması 11.58

olarak bulunmuş ve varyans analizi sonucuna göre $p=0.364$; $p>0.05$ olduğu için yaş değişkeni açısından sosyal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık olmadığı,

- Yaş değişkeninin psikolojik iyi olma puan ortalamalarına göre (0-35 puan aralığında); 24 yaş ve altı ortalaması 19.61, 25-29 yaş arası ortalaması 21.25, 30-34 yaş arası ortalaması 20.83, 35 yaş ve üstü ortalaması 19.92 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonucuna göre $p=0.525$; $p>0.05$ olduğu için yaş değişkeni açısından psikolojik iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Eğitim durumu değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları olan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları sonuçları ve eğitim durumu değişkenine göre puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık olup olmama durumuna ait bilgilere aşağıda yer verilmektedir:

- Eğitim durumu değişkeninin ruh sağlığı puan ortalamaları: ilköğretim ortalaması 36.79, lise ortalaması 41.14, üniversite ortalaması 44.42, yüksek lisans-doktora ortalaması 42.44 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonucuna göre $p=0.086$; $p>0.05$ olduğu için eğitim durumu değişkeni açısından ruh sağlığı toplam puanında anlamlı bir düzeyde farklılık olmadığı,
- Eğitim durumu değişkeninin duygusal iyi olma puan ortalamaları; ilköğretim ortalaması 8.29, lise ortalaması 9.21, üniversite ortalaması 10.77, yüksek lisans-doktora ortalaması 10.48 olarak bulunmuş ve $p=0.001$; $p<0.05$ olduğu için eğitim durumu değişkeni ile duygusal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık olduğu görülmüştür. Farklılaşmanın eğitim durumu lise olan katılımcılar ile üniversite olan katılımcıların duygusal iyi olma alt boyutu düzeylerinde anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu; diğer eğitim seviyelerinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde farklılaşmanın olmadığı,
- Eğitim durumu değişkeninin sosyal iyi olma puan ortalamaları; ilköğretim ortalaması 10.42, lise ortalaması 11.87, üniversite ortalaması 12.19, yüksek lisans-doktora ortalaması 11.40 olarak bulunmuş ve $p=0.637$; $p>0.05$

olduğu için eğitim durumu değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutu puanlarında anlamlı bir düzeyde farklılık olmadığı,

- Eğitim durumu değişkeninin psikolojik iyi olma puan ortalamaları; ilköğretim ortalaması 18.08, lise ortalaması 20.07, üniversite ortalaması 21.46, yüksek lisans-doktora ortalaması 20.56 olarak bulunmuş ve $p=0.132$; $p>0.05$ olduğu için eğitim durumu değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Meslek değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları olan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları sonuçları ve meslek değişkenine göre puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık olup olmama durumuna ait bilgilere aşağıda yer verilmektedir:

- Gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre ruh sağlığı puan ortalamaları; beyaz yaka olanların puan ortalaması 45.96, ev hanımı olanların puan ortalaması 38.51 ve diğer meslek gruplarında olanların puan ortalamasının 43.13 olduğu ve $p=0.003$; $p<0.05$ olduğu için eğitim durumu değişkeni açısından ruh sağlığı toplam puanında anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Meslek grubu beyaz yaka olan katılımcılar ile ev hanımı olan katılımcıların ruh sağlığı puan ortalamalarında ($p=0.002$; $p<0.005$) anlamlı bir düzeyde farklılık olduğu ve diğer meslek gruplarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı,
- Gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; beyaz yaka olanların puan ortalaması 10.76, ev hanımı olanların puan ortalaması 8.72 ve diğer meslek gruplarında olanların puan ortalamasının 10.50 olarak bulunmuş ve $p=0.000$; $p<0.05$ olduğu için meslek değişkeni açısından duygusal iyi olma puanında anlamlı bir düzeyde farklılık olduğu görülmektedir. Meslek grubu beyaz yaka olan katılımcılar ile ev hanımı olan katılımcıların ($p=0.001$; $p<0.05$) ve ev hanımı olan katılımcılar ile diğer meslek grubunda olan katılımcıların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında ($p=0.004$; $p<0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu,

- Gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; beyaz yaka olanların puan ortalaması 12.93, ev hanımı olanların puan ortalaması 10.82 ve diğer meslek gruplarında olanların puan ortalamasının 11.91 olarak bulunmuş ve $p=0.077$; $p>0.05$ olduğu için meslek değişkeni açısından sosyal iyi olma puanında anlamlı bir düzeyde farklılık olmadığı,
- Gebelik dönemindeki kadınların meslek değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; beyaz yaka olanların puan ortalaması 22.27, ev hanımı olanların puan ortalaması 18.97 ve diğer meslek gruplarında olanların puan ortalamasının 20.71 olarak bulunmuş ve $p=0.006$; $p<0.05$ olduğu için meslek değişkeni açısından psikolojik iyi olma puanında anlamlı bir düzeyde farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre meslek grubu beyaz yaka olan katılımcılar ile ev hanımı olan katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında ($p=0.005$; $p<0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu ve diğer meslek gruplarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği

Gebelik dönemindeki kadınların algıladığı ekonomik durum değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları olan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları sonuçları ve algıladığı ekonomik durum değişkenine göre puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık olup olmama durumuna ait bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

- Algıladığı ekonomik durum değişkeninin ruh sağlığı puan ortalamaları; düşük ekonomik durumu algılayanların ortalaması 31.73, orta olarak ekonomik durumu algılayanların ortalaması 43.16, yüksek ekonomik durumu algılayanların ortalaması 44.06 olarak bulunmuş ve $p=0.002$; $p<0.05$ olduğu için algıladığı ekonomik durum değişkeni açısından ruh sağlığı toplam puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir Tukey testi sonuçlarına göre algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile orta olan katılımcılar ($p=0.002$; $p <0.05$) ve algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile yüksek olan ($p=0.002$; $p <0.05$) katılımcıların ruh sağlığı puan ortalamalarında anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu,
- Algıladığı ekonomik durum değişkenine göre duygusal iyi olma puan ortalamalarının; düşük ekonomik durumu algılayanların ortalaması 7.70,

orta olarak ekonomik durumu algılayanların ortalaması 10.12, yüksek ekonomik durumu algılayanların ortalaması 10.41 olarak bulunmuş ve $p=0.007$; $p<0.05$ olduğu için algıladığı ekonomik durum değişkeni açısından duygusal iyi olma alt boyutu puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Tukey testi sonuçlarına göre algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile orta olan katılımcılar ($p=0.009$; $p <0.05$) ve algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile yüksek olan ($p=0.007$; $p <0.05$) katılımcıların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu,

- Algıladığı ekonomik durum değişkenine göre sosyal iyi olma puan ortalamalarının; düşük ekonomik durumu algılayanların ortalaması 7.09, orta olarak ekonomik durumu algılayanların ortalaması 12,19, yüksek ekonomik durumu algılayanların ortalaması 12.48 olarak bulunmuş ve $p=0.001$; $p<0.05$ olduğu için algıladığı ekonomik durum değişkeni açısından sosyal iyi olma alt boyutu puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Tukey testi sonuçlarına göre algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile orta olan katılımcılar ($p=0.001$; $p <0.05$) ve algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile yüksek olan ($p=0.001$; $p <0.05$) katılımcıların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu,
- Algıladığı ekonomik durum değişkenine göre psikolojik iyi olma puan ortalamalarının; düşük ekonomik durumu algılayanların ortalaması 16.95, orta olarak ekonomik durumu algılayanların ortalaması 20.85, yüksek ekonomik durumu algılayanların ortalaması 21.17 olarak bulunmuş ve $p=0.037$; $p<0.05$ olduğu için algıladığı ekonomik durum değişkeni açısından psikolojik iyi olma alt boyutu puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Tukey testi sonuçlarına göre algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile orta olan katılımcılar ($p=0.037$; $p <0.05$) ve algıladıkları ekonomik durum düşük olan katılımcılar ile yüksek olan ($p=0.038$; $p<0.05$) katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu bölümde Gebelik dönemindeki kadınların Ruh Sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları (duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu) puan ortalamalarının katılımcıların gebeliğe özgü nitelikleri olan; gebelik sayısı, daha önce düşük yapma durumu, yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu), gebelik türü, gebelik haftası, gebelik dönemi ve daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmanın olup olmadığına ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

Gebelik sayısı değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları olan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları sonuçları ve gebelik sayısı değişkenine göre puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık olup olmama durumuna ait bilgilere aşağıda yer verilmektedir:

- Gebelik sayısı değişkenine göre katılımcıların ruh sağlığı puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre; ilk gebeliği olanların ortalaması 44.68, 2. gebeliği olanların ortalaması 39.62, 3. ve üstü gebeliği olanların ortalaması 40,62 olarak bulunmuş ve $p=0.026$; $p<0.05$ olduğu için gebelik sayısı değişkeni açısından ruh sağlığı puanında anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Tukey testi sonuçlarına göre ilk gebeliği olan katılımcılar ile ikinci gebeliği olan katılımcıların ruh sağlığı puan ortalamalarında ($p=0.031$; $p <0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu ve diğer gruplar arasında ise istatistiksel açıdan farklılık bulunmadığı,
- Duygusal iyi olma puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre; ilk gebeliği olanların ortalaması 10.79, 2. gebeliği olanların ortalaması 9.11, 3. ve üstü gebeliği olanların ortalaması 9.06 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonuçlarına göre $p=0.000$; $p<0.05$ olduğu için gebelik sayısı değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutunda 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İlk gebeliği olan katılımcılar ile ikinci gebeliği olan katılımcıların ($p=0.003$; $p<0.05$) ve ilk gebeliği olan katılımcılar ile 3 ve üstünde gebeliği olan katılımcıların ($p=0.025$; $p<0.05$) duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı,

- Sosyal iyi olma puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre; ilk gebeliği olanların ortalaması 11.99, 2. gebeliği olanların ortalaması 11.76, 3. ve üstü gebeliği olanların ortalaması 11.71 olarak bulunmuş ve $p=0.947$; $p>0.05$ düzeyinde olduğu için gebelik sayısı değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık olmadığı,
- Psikolojik iyi olma puan ortalamaları gebelik sayısı değişkenine göre; ilk gebeliği olanların ortalaması 21.90, 2. gebeliği olanların ortalaması 18.75, 3. ve üstü gebeliği olanların ortalaması 19.85 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonucuna göre $p=0.003$; $p<0.05$ olduğu için katılımcıların gebelik sayısı değişkeni ile psikolojik iyi olma alt boyutu arasında 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tukey testi sonuçlarına göre ilk gebeliği olan katılımcılar ile 2. gebeliği olan katılımcılar arasında ($p=0.003$; $p <0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu, katılımcıların psikolojik iyi olma durumunun diğer gebelik sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Daha önce düşük yapma durumu değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları olan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları sonuçları ve daha önce düşük yapma durumu değişkenine göre puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık olup olmama durumuna ait bilgilere aşağıda yer verilmektedir:

- Daha önce düşük yapma değişkeninin ruh sağlığı puan ortalamalarına göre; daha önce düşük yapanların ortalaması 41.23, daha önce düşük yapmayanların ortalaması ise 42.84 olarak bulunmuş ve $p= 0.465$; $p>0.05$ olduğu için daha önce düşük yapan kadınlar ile daha önce düşük yapmayan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları arasında 0.05 düzeyinde anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmadığı,
- Daha önce düşük yapma durumu değişkeninin duygusal iyi olma puan ortalamalarına göre; daha önce düşük yapanların ortalaması 9.20, düşük yapmayanların ortalaması ise 10.20 olarak bulunmuş ve $p= 0.063$ $p>0.05$ olduğu için daha önce düşük yapan kadınlar ile daha önce düşük yapmayan kadınların duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında 0.05 düzeyinde anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı,

- Daha önce düşük yapma değişkeninin sosyal iyi olma puan ortalamalarına göre; daha önce düşük yapanların ortalaması 12.23, düşük yapmayanların ortalaması ise 11.78 olarak bulunmuş ve $p= 0.634$; $p>0.05$ olduğu için daha önce düşük yapan kadınlar ile daha önce düşük yapmayan kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında 0.05 düzeyinde anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı,
- Daha önce düşük yapma değişkeninin psikolojik iyi olma puan ortalamalarına göre; daha önce düşük yapanların ortalaması 19.80 düşük yapmayanların ortalaması ise 20.84 olarak bulunmuş ve $p= 0.317$; $p>0.05$ olduğu için daha önce düşük yapan katılımcılar ile daha önce düşük yapmayan katılımcıların psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında 0.05 düzeyinde anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Gebelik dönemindeki kadınların yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları olan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları sonuçları ve yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık olup olmama durumuna ait bilgilere aşağıda yer verilmektedir:

- Ruh sağlığı puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre; çocuğu olmayanların ortalaması 43.91, 1 çocuğu olanların ortalaması 41.28, 2 ve üstü çocuğu olanların ortalaması da 33.95 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonuçlarına göre $p=0.012$; $p<0.05$ olduğu için yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre ruh sağlığı puanında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Ancak Games- Howell testi sonuçlarına baktığımızda yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre ruh sağlığında, $p>0.05$ olduğu için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı,
- Duygusal iyi olma puan ortalamaları katılımcıların yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre; çocuğu olmayanların ortalaması 10.56, 1 çocuğu olanların ortalaması 9.37, 2 ve daha çok çocuğu olanların ortalaması da 7.19 olarak bulunmuş ve $p=0.000$; $p <0.05$ olduğu için yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Duygusal iyi olma alt boyutu puan

ortalamları katılımcıların yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre hiç çocuğu olmayanlar ile 1 çocuğu olan katılımcılar arasında ($p=0.046$; $p < 0.05$) ve hiç çocuğu olmayanlar ile 2 ve daha çok çocuğu olanlar arasında ($p=0.012$; $p < 0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu,

- Sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre; çocuğu olmayanların ortalaması 12.02, 1 çocuğu olanların ortalaması 11.89, 2 ve daha çok çocuğu olanların ortalaması da 10.38 olarak bulunmuş ve $p=.0544$; $p > 0.05$ olduğu için yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık olmadığı,
- Psikolojik iyi olma puan ortalamaları yaşayan çocuk sayısı (yaşayan kaç çocuğu olduğu) değişkenine göre; çocuğu olmayanların ortalaması 21.33, 1 çocuğu olanların ortalaması 20.02, 2 ve daha çok çocuğu olanların ortalaması da 16.38 olarak bulunmuş ve $p=0.007$; $p < 0.05$ olduğu için yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık görülmektedir. Games- Howell testi sonuçlarına göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları katılımcıların yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre $p > 0.05$ olduğu için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde farklılaşma olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Gebelik türü değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları olan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları sonuçları ve gebelik türü değişkenine göre puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık olup olmama durumuna ait bilgilere aşağıda yer verilmektedir:

- Gebelik türü değişkenin ruh sağlığı puan ortalamalarına göre; planlanmış gebelik ortalaması 43.81, beklenmedik gebelik ortalaması 38.51, tüp bebek vb. tedavi yöntemleri ortalaması 44.62 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonuçlarına göre $p=0.027$; $p < 0.05$ olduğu için gebelik türü değişkenine göre ruh sağlığı toplam puanında 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Games-Howell testi sonuçlarına göre ruh sağlığı puan ortalamaları katılımcıların gebelik türü değişkenine göre planlanmış

gebeliği olanlar ile beklenmedik gebeliği olan katılımcılar arasında ($p=0.049$; $p < 0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu ve diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı,

- Duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre; planlanmış gebelik ortalaması 10.46, beklenmedik gebelik ortalaması 8.87, tüp bebek vb. tedavi yöntemleri ortalaması 9.81 olarak bulunmuş ve $p=0.006$ $p < 0.05$ olduğu için gebelik türü değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutunda 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Tukey testi sonuçlarına göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik dönemindeki kadınların gebelik türü değişkenine göre planlanmış gebeliği olan katılımcılar ile beklenmedik gebeliği olan katılımcılar arasında ($p=0.004$; $p < 0.05$) anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu ve diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı,
- Sosyal iyi olma alt puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre planlanmış gebelik ortalaması 12.10, beklenmedik gebelik ortalaması 10.95 ve tüp bebek vb. tedavi yöntemleri ortalaması 13.10 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonuçlarına göre $p=0.279$; $p > 0.05$ olduğu için gebelik türü değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık olmadığı,
- Psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik türü değişkenine göre; planlanmış gebelik ortalaması 21.26, beklenmedik gebelik ortalaması 18.69, tüp bebek vb. tedavi yöntemleri ortalaması 21.71 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonuçlarına göre $p=0.022$; $p < 0.05$ olduğu için gebelik türü değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutunda anlamlı bir düzeyde farklılık olduğu görülmektedir. Games Howell testi sonuçlarına göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik dönemindeki kadınların gebelik türü değişkenine göre planlanmış gebeliği olan katılımcılar ile beklenmedik gebeliği olan katılımcılar arasında ($p=0.041$; $p < 0.05$) anlamlı bir düzeyde farklılaşma olduğu ve diğer gebelik türüne göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Gebelik haftaları değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları olan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu

puan ortalamaları sonuçları ve gebelik haftaları değişkenine göre puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık olup olmama durumuna ait bilgilere aşağıda yer verilmektedir:

- Gebelik haftası değişkeninin ruh sağlığı puan ortalamalarına göre; 12-15 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 38.97, 16-19 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 42.37, 20-23 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 39.73, 24-27 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 40.69, 28-31 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 45.18, 32-35 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 39.50, 36 hafta ve üstü gebeliği olanların ortalaması ise 48.28 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonuçlarına göre $p=0.010$; $p<0.05$ olduğu için gebelik haftası değişkenine göre ruh sağlığı toplam puanında 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Tukey testi sonuçlarına göre gebelik dönemindeki kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları kadınların gebelik haftası değişkenine göre; 12-15 hafta arasında gebeliği olanlar ile gebeliğin 36. haftasında ve yukarısında olanlar ve 32-35 hafta arasında gebeliği olanlarla gebeliğin 36. haftasında ve yukarısında olanlar arasında ruh sağlığı toplam puanlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı durumu diğer gebelik haftalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı,
- Duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftası değişkenine göre; 12-15 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 9.31, 19-19 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 10.10, 20-23 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 9.33, 24-27 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 9.54, 28-31 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 10.58, 32-35 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 9.27, 36 hafta ve üstünde gebeliği olanların ortalaması ise 11.28 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonucuna göre $p=0.033$ $p<0.05$ olduğu için gebelik haftası değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Games-Howell testi sonuçlarına göre 32-35 hafta arasında gebeliği olan katılımcılar ile 36. Hafta ve üstünde gebeliği olan katılımcıların duygusal iyi olma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunduğu ve.

diğer gebelik haftalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı,

- Sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftası değişkenine göre; 12-15 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 10.13, 19-19 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 11.63, 20-23 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 10.90, 24-27 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 11.48, 28-31 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 13.47, 32-35 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 10.61, 36 hafta ve üstünde gebeliği olanların ortalaması ise 14.00 olarak bulunmuş ve $p=0.017$; $p<0.05$ olduğu için gebelik haftası değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutunda 0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Tukey testi sonuçlarına göre sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik dönemindeki kadınların gebelik haftası değişkenine göre 12-15 hafta arasında gebeliği olanlar ile hafta 36 hafta ve üstünde gebeliği olanlar ve 32-35 hafta arasında gebeliği olanlar ile hafta 36 hafta ve üstünde gebeliği olanlar arasında sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu ve diğer gebelik haftalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı,
- psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları gebelik haftası değişkenine göre; 12-15 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 19.52, 16-19 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 20.63, 20-23 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 19.5, 24-27 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 19.65, 28-31 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 21.11, 32-35 hafta arasında gebeliği olanların ortalaması 19.61, 36 hafta ve üstünde gebeliği olanların ortalaması ise 23.00 olarak bulunmuş ve varyans analizi sonuçlarına göre $p=0.091$; $p>0.05$ olduğu için gebelik haftası değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Gebelik dönemi değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları olan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları sonuçları ve gebelik dönemi değişkenine göre puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık olup olmama durumuna ait bilgilere aşağıda yer verilmektedir:

- Gebelik dönemi değişkenin ruh sağlığı puan ortalamalarına göre; gebeliğinin 2. döneminde bulunanların ortalaması 40.47, gebeliğinin 3. döneminde bulunanların ortalaması 44.29 olarak bulunmuş ve T testi sonuçlarına göre iki grupta da $p=0.029$ sonuçlarına ulaşıldığı için gebeliğin 2. dönemi puan ortalamaları ile gebeliğin 3. dönemi puan ortalamalarının birbirine denktir. Bu nedenle gebeliğin ikinci döneminde olan kadınların ruh sağlığı toplam puan ortalamaları gebeliğin üçüncü döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı,
- Gebelik dönemi değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; gebeliğinin 2. döneminde bulunanların puan ortalaması 9.59, gebeliğinin 3. döneminde bulunanların puan ortalaması 10.37 olarak bulunmuş ve T testi tablosuna göre $p= 0.070$; $p <0.05$ olduğu için gruplar arasında farklılaşma olduğu gebeliğin 3. döneminde olan kadınların duygusal iyi olma düzeyi ($\bar{X}= 10.37$), gebeliğin 2. döneminde olan kadınların duygusal iyi olma düzeylerinden ($\bar{X}=9.59$) daha yüksek olduğu,
- Gebelik dönemi değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; gebeliğinin 2. döneminde bulunanların puan ortalaması 11.04, gebeliğinin 3. döneminde bulunanların puan ortalaması 12.60 olarak bulunmuş ve T testi sonucuna göre $p= 0.036$; $p <0.05$ olduğu için gruplar arasında farklılaşma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gebeliğin 3. döneminde olan kadınların sosyal iyi olma alt boyutunun puan ortalamaları ($\bar{X}= 12.60$), gebeliğin 2. döneminde olan kadınların sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamalarının ($\bar{X}=11.04$) daha yüksek olduğu,
- Gebelik dönemi değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; gebeliğinin 2. döneminde bulunanların puan ortalaması 19.85, gebeliğinin 3. döneminde bulunanların puan ortalaması 21.32 olarak bulunmuş ve T testi sonuçlarına göre ve $p= 0.077$; $p>0.05$ olduğu için gruplar arasında farklılaşma olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları ile alt boyutları olan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları sonuçları ve daha önce ruh sağlığı problemi değişkenine göre puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılık olup olmama durumuna ait bilgilere aşağıda yer verilmektedir:

- Daha önce ruh sağlığı problemi yaşama değişkenine göre ruh sağlığı toplam puan ortalamaları; daha önce ruh sağlığı problemi yaşayanların ortalaması 32.72, daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayanların ortalaması ise 43.55 olarak bulunmuş ve T testi sonuçlarına göre $p=0.000$; $p<0.05$ olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusudur. Bu durumda daha önce ruh sağlığı probelemi yaşamayan kadınların ruh sağlığı puan ortalamaları ($\bar{X}=43.55$), daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınların ruh sağlığı puan ortalamalarından ($\bar{X}=32.72$) daha yüksek olduğu,
- Daha önce ruh sağlığı problemi yaşama değişkenine göre duygusal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; daha önce ruh sağlığı problemi yaşayanların ortalaması 8.00, daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayanların ortalaması ise 10.22 olarak bulunmuş ve T testi sonuçlarına göre $p=0.002$ $p<0.05$ olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusudur. Bu durumda daha önce ruh sağlığı probelemi yaşamayan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamaları ($\bar{X}=10.22$), daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınların duygusal iyi olma puan ortalamalarından ($\bar{X}=8.00$) daha yüksek olduğu,
- Daha önce ruh sağlığı problemi yaşama durumu değişkenine göre sosyal iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; daha önce ruh sağlığı problemi yaşayanların ortalaması 8.44, daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayanların ortalaması ise 12.23 olarak bulunmuş ve T testi sonucuna göre $p=0.003$; $p<0.05$ olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusudur. Bu durumda daha önce ruh sağlığı probelemi yaşamayan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamaları ($\bar{X}=12.23$), daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınların sosyal iyi olma puan ortalamalarından ($\bar{X}=8.44$) daha yüksek olduğu,
- Daha önce ruh sağlığı problemi yaşama değişkenine göre psikolojik iyi olma alt boyutu puan ortalamaları; daha önce ruh sağlığı problemi yaşayanların ortalaması 16.27, daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayanların ortalaması ise 21.09 olarak bulunmuş ve T testi sonuçlarına göre $p=0.001$; $p<0.05$ olduğu için gruplar arasında farklılaşma söz konusudur. Bu durumda daha önce ruh sağlığı problemi yaşamayan kadınların psikolojik iyi olma puan ortalamaları ($\bar{X}=21.09$), daha önce ruh sağlığı problemi yaşayan kadınların psikolojik iyi olma puan ortalamalarından ($\bar{X}=16.27$) daha yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Gebelik dönemi ve ruh sağlığı ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda ise genel yargı olarak şunu ifade söyleyebiliriz: gebeliğin birinci ve üçüncü döneminde ruh sağlığına yönelik problemlerin daha fazla yaşanmakta ve gebeliğin ikinci döneminde ruhsal problemler daha az görülmektedir. Birinci dönemde yaygın olarak yaşanan ruhsal bozukluklar özellikle istenmeyen gebeliklerde anksiyete ve depresyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Üçüncü dönem gebeliklerde ise doğumun yaklaşmasından kaynaklı bebeğin sağlığına yönelik endişelerin olması, sağlıklı bir doğum süreci, doğum anının nasıl geçeceği, doğumhane ya da ameliyathaneye yönelik endişeleri bulunmaktadır.

Gebelikte ve doğum anında yaşanan korku gerginliğe neden olmaktadır gerginlikte stres ve anksiyete olarak karşımıza çıkmaktadır ya da stres altında olan anne adayı gergin olmakta ve bu durum da korkuya neden olmaktadır yani stres, kaygı, korku ve gerginlik sürekli birbirlerini tetiklemekte ve kişinin ruhsal sağlığına olumsuz etki etmektedir. Bu durum sonucunda gebelikte ve doğumda yaşanan stres, kaygı, korku bebeğin sağlığına ve anneye olumsuz etkiler edebileceği gibi doğum anında da bu olumsuzlukların yaşanması doğumun sıkıntılı geçmesi ile sonuçlanmaktadır. Çünkü doğum anında stres ve anksiyeteye bağlı olarak doğumda kasılmalar artmakta ve anne sağlıklı oksijen alamamaktadır, bebeğe yeterince oksijen gitmemesi sonucunda bebeğin sağlık durumunun tehlikeye girmesine neden olmaktadır.

Diğer taraftan gebelik döneminde yaşanan ruhsal bozukluklar doğum sonrası dönemi de olumsuz etkileyebilmekte çocuğun yaşamında da sıkıntı oluşmasına neden olabilmektedir. Lohusalık döneminde meydana gelen depresif durum sonucunda anneye depresyon tanısı konulmuşsa, bu annelerin yenidoğan bebeklerinde bilişsel gelişim süreci olumsuz etkilenmekte ve yenidoğan bebek ile anne arasında bağlanma kurulmasını olumsuz yönde etki etmekte, çocuklarda fiziksel olarak büyümede gerilik yaşanmasına neden olmakta, motor ve dil gelişimine olumsuz etki etmekte ve duygusal gelişimi ve davranışsal bozuklukların oluşmasına neden olmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak Çeber ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada lohusalık teşhisi konan annelerin çocuklarında 4.5 yaşlarına geldiği zaman davranış problemlerinin ortaya çıktığını belirtmektedir. Ayrıca gebelik döneminde yaşanan depresyon ya da ruhsal bozukluklar doğum sonrası dönem için lohusalık depresyonu oluşma riskini 6.5 kat arttırdığı ifade edilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011:152; Çeber, vd., 2010: 2).

Sonuç olarak, yapılan araştırmaların sonuçları, benzer çalışmaların sonuçları, literatürde yer alan kaynakları ve çalışmanın genelini değerlendirdiğimizde gebelik döneminde yapılan araştırmalarda değişik oranlarda ruhsal bozukluklar olduğu, gebeliğin dönemlerine göre bu bozuklukların görülme yaygınlığı farklılık gösterdiği sonuçlarına ulaşılmış olsa da bilinen bir gerçek var o da gebelik döneminde stresin, depresyonun, anksiyetenin ve diğer ruhsal bozuklukların mutlaka yařandđı ve bazı durumlarda ölüm ya da intihar gibi ciddi sonuçlara neden olduğu ve doğum sonrası dönemi de ciddi etkilediği bilgisidir.

Bu nedenle gebelik döneminde yaşanan ruhsal bozukluklar erken teşhis edilip doğru tedavi uygulanırsa hem gebelik döneminde hem de gebelik sonrası dönemde ciddi sorunların yaşanması engellenecek ve ölkemizde fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı nesillerin yetişmesine zemin olabilecektir.

KAYNAKÇA

- Akbaş, E., vd. (2008). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 85-91.
- Akbaş, G. (2012). Parafili: Cinsel Sapkınlık. *Pivolka*, 7(22): 2-4.
- Akdemir, A. ve Nargis, B. S. (2013). Yeme Bozukluğu ve Bipolar Bozukluk Birlikteliği. *Klinik Psikiyatri*, 16: 175-180.
- Akyar, İ. (2011). Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 79-88.
- Alisinanoğlu, F. ve Ulutaş, İ. (2003). Çocukların Kaygı Düzeyleri ile Annelerinin Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi Eğitim ve Bilim*, 28(128): 65-71.
- Alpat, B. (2017). *Konversiyon bozukluğunda psikolojik dayanıklılığın ve başa çıkma tarzlarının etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Altınbaş, E. Y. (2006). *Panik bozuklukta yaşam kalitesi: 3 aylık izlem çalışması* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana.
- Annagür, B. B. ve Annagür, A. (2012). Doğum Sonrası Ruhsal Durum ve Emzirme İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3): 279-292.
- Arıca, S. ve Gençer, M. Z. (2018). Kişilik Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri*, 9(3): 213-219.
- Arıkan, R. (2004). *Araştırma Teknikleri ve Rapor Hazırlama*. Ankara: Asil Yayın.

- Arıkan, Z. (2012). Alkol Kullanım Bozukluğu. Sağlık Bakanlığı (Der.), *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, Ankara: Pozitif Matbaa, 105-124.
- (2012). Madde Bağımlılığı, Düzeltme (Remisyon), Nüks (Relaps) ve Önlenmesi. Sağlık Bakanlığı (Der.), *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, Ankara: Pozitif Matbaa, 243-259.
- Arıkan, Z., vd. (2004). Alkol ve Diğer Madde Bağımlılıklarında Hastalar ve Yakınlarında Etiketleme. *Bağımlılık Dergisi*, 5(2): 52-56.
- Arslan, B., vd. (2011). Gebelik Anksiyete Ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğit. Hast. Dergisi*, 21 (2): 79-84.
- Aslan, A.A., Sarı, B.A. ve Kuruoğlu, A. (2012). Depresif Duygudurumdan Major Depresyona Klinik Spektrum. *Klinik Psikiyatri*, 15: 56-64.
- Aslan, S. (2008). Kişilik, Huy ve Psikopatoloji. *RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*, 2(1-2): 7-18.
- Atay, S. (2009). Narsistik Kişilik Envanterinin Türkçe'ye Standardizasyonu. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(1):181-196.
- Aydemir, Ç. ve Kısa, C. (2001). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Demans. *Klinik Psikiyatri*, 4: 203-211.
- Aydemir, Ö. (2006). Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Klinik Uygulamalarda Kullanımı. *Sağlıkta Birikim Dergisi*, 1: 9-13.
- Aydemir, Ö., vd. (2006). Borderline Kişilik Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanması, Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(1): 6-10.
- Aydemir, Ö., vd. (2009). Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3): 205-212.
- Aytaç, H. M. ve Hoccoğlu, Ç. (2016). Bulimiya Nervoza ile Birlikte Yaşamak: Bir Vaka Sunumu. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)*, 6(3):158-63.

- Ayvaz, S., vd. (2006). Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4): 243-251.
- Bacacı, H. ve Apay, S. E. (2018). Gebelerde Beden İmajı Algısı ve Distres Arasındaki İlişki. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2): 76-82.
- Bal, U. (2010). *Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana.
- Balcı, A. (2014). *Çalışanlarda stres kaynakları, stresle başa çıkma yöntemleri ve sağlık sektörü* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Balcıoğlu, İ. (2005, Aralık). Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Balcıoğlu, Y.H. ve Balcıoğlu, İ. (2018). Dissosiyatif Bozuklukların Tanımı ve Tanı Ölçütleri. Öztürk E. (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon*. Ankara: Türkiye Klinikleri, 8-13.
- Başak, A.S. (2013). Psikoaktif Maddelerin Analiz ve Bilirkişilik Boyutu. *Yeni Nesil Psiko-aktif Maddeler Sempozyumu*. Adli Tıp Kurumu, İstanbul.
- Başkurt, İ. (2003). Gençlik, madde bağımlılığı ve korunma Yolları (Psiko-Sosyal Bir Yaklaşım). İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 8: 73-114.
- Bayar, R. ve Yavuz, M. (2008, Mart). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- (2008, Mart). Alkol Bağımlılığı. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.

- Bayraktar S. (2018). Ruhsal Travma, Dissosiyasyon ve Porttravmatik Stres Bozukluğu. E. Öztürk (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon*. Ankara: Türkiye Klinikleri, 1-7.
- Bayram, N. (2006). *Riskli pretermelerde transport edilen ve edilmeyen grupların morbidite ve mortalite yönünden karşılaştırılması* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Beck, A.T. ve Emery, G. (2017). Anksiyeteyi Yenmek: Genel Bir Bakış. T. Özakkaş (Ed.), *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler*. (V. Öztürk, (Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Belene, E. (2009). *Şizofreni’de anksiyete belirtilerinin, pozitif, negatif ve depresif belirtiler, intihar düşüncesi, içgörü ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Bilge, A., vd. (2016). Türkiye’deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2): 1-5.
- Binbay, T., vd. (2012). İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşam Boyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23: 1-12.
- Bozkurt, O., vd. (2003). Anksiyete ve Alkol Kullanım Bozukluğu İlişkisi: Bir Olgu Sunumu. *Bağımlılık Dergisi*; 4: 123-126.
- Bozok, D. (2016). Takıntılı-Zorlantılı (Obsesif Kompulsif) Kişilik Bozukluğu. <https://www.guncelpsikoloji.net/psikopatoloji/takintili-zorantili-obsesif-kompulsif-kisilik-bozuklugu-h3258.html>. [8 Mayıs 2019].
- Buko, G. ve Özcan, H. (2016). Gebelerin Duygusal Zekâları ile Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4): 217-224.
- Bulut, H. (2016). Pedofilik Bozukluk ve Ensest: Olgu Sunumu. *Düşünen Adam*, 29(3): 281-285.

- Burger, J.M. (2006). *Kişilik*. (İ. D. Erguvan Sarıoğlu, Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Büyüköztürk, Ş. (1997). Araştırmaya Yönelik Kaygı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Eğitim Yönetimi*, 3(4) :453-464.
- Can, A. (2014). *Spss ile Bilimsel Arastırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*. Ankara: Pegem Akademi.
- Can, G., vd. (2015). Gebelik Hezeyanı. *Literatür Sempozyum Psikiyatri, Nöroloji, Davranış Bilimleri Dergisi*, 1(5): 21-30.
- Ceyhun, B., Oğuztürk, Ö. ve Ceyhun, A.G. (2001). Madde Kullanma Eğilimi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri*, 4: 87-93.
- Cüceloğlu, D. (2006). *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çaka, S.N., Çınar, N. ve Altınkaynak, S. (2018). Adolesanlarda Yeme Bozuklukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 203-209.
- Çakır, L. ve Can, H. (2012). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(2): 35-42.
- Çakmak, K.Ç. (2014). *Ruh Sağlığı Kavramı ve Psikolojik Bozukluklar*. Aydın: Aydın Emniyet Müdürlüğü Rehberlik ve Psikolojik Danışma Büro Amirliği.
- Çalık, K.Y. ve Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1): 142-162.
- Çapık, A. (2013). *Tilburg gebelikte distres ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Çapık, A., Apay, S.E. ve Sakar, T. (2015). Gebelikte Distres Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3): 196-203.

- Çeber, E., vd. (2010). İzmir'in Bornova İlçesinde Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon Riski. *Türkiye Klinikleri*, 20(1): 1-9.
- Çelik, F., Köken, G.N. ve Yılmaz M. (2013). Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 7(2): 110-117.
- Çelik, S. B. (2015). Bedensel ve Devinimsel Gelişim. M.E. Deniz (Ed.), *Eğitim Psikolojisi*, Ankara: Maya Akademi, 51-72.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. (2006). Cinsel Yaşam Sorunları. *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi*, 21-64. <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/21/pdf>. [10 Mayıs 2019].
- Çoban, A. ve Yanıkekrem, U.E. (2010). Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi. *Ege Tıp Dergisi*, 49(2): 87-94.
- Çoker, H. (2015). Gebelik ve Doğumda Yardım Alabileceğiniz Meslekler. H. Okumuş (Ed.), *Anne Baba Adayları İçin Doğal Doğum*, İstanbul: Deomed Yayıncılık, 31-38.
- Dağlar, G., vd. (2015). Gebelikte Duygulanım Bozukluğu. *Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Dergisi*, 2(1): 27-40.
- Demirbaş, H. ve Kadioğlu, H. (2014). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4): 200-206.
- Demirci, İ. ve Akın, A. (2015). Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'nun Geçerliliği ve Güvenirliği. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 48(1): 49-64.
- Demirci, O.O., Sağaltıcı, O. ve Yıldırım, A. (2015). Özgül Fobinin Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yineleme Yöntemi ile Tedavisi: Bir Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 18: 124-129.

- Derbent, A. ve Turhan, N. Ö. (2009). Erken Doğum Riski ve Tahmini. *Yeni Tıp Dergisi*, 26: 139-144.
- Dilnaz, N. (1997). Sosyal Fobi. Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği. *Psikiyatri Dünyası*, 1: 18-24.
- Doğan, S. (2011). Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon ve Antidepresanlar. *Journal of Mood Disorders*, 1(2):81-6.
- Doğan, S., Uğurlu, M. ve Canat, S. (2007). Narsistik Kişilik Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri*, 3(12): 53-60.
- Doksat, M. K. (2008, Mart). Kişilik Bozuklukları. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Dökmen, Ü. (2008). *Yaşama Yerleşmek*. İstanbul.
- Dönmez, M.C., Gündoğar, D. ve Demirci, S. (2007). Deliryum: Nedenleri ve Klinik Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri*, 27: 718-724.
- Dönmez, S., Yeniçel, Ö.A. ve Kavlak, O. (2014). Vajinal Doğum ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3): 908-920.
- Duman, N. (2018). Parafililer ve DSM’lerdeki Seyri. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9 (16), 1285-1306.
- Dülgerler, Ş., Engin, E. ve Erten, G. (2005). Gebelerin Ruhsal Belirti Dağılımlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1): 115-126.
- Eker, B. (2016). *Cinsel sadizm, cinsel mazoşizm ve fetişizm ölçeklerinin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliliği* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Eker, E. (1998, Kasım). Yaşlıda Demans. *Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.

- Elyas, Z. (2008). *Antisosyal kişilik bozukluğunda yenilik arayışı ve dopamin reseptör D4 polimorfizmi ilişkisinin araştırılması* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya.
- E-Psikiyatri (2000). Paranoid Bozukluklar. <https://www.e-psikiyatri.com/PARANOID-BOZUKLUKLAR-211> [8 Mayıs, 2019].
- Er, Sezer. (2006). *Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Erdem, Ö., vd. (2010). Prepartum ve Postpartum Dönemde Annelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi*, 12(3): 24-31.
- Erdoğan, A. (2012). Pedofili: Klinik Özellikleri, Nedenleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2): 132-160.
- Ersoy, G. (1991). Yeme Davranışı Bozuklukları Anoreksia ve Bulimia Nervoza. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 20: 95-106.
- Ergün, U. (2010). Demansta Kognitif Semptomların Güncel Tedavisi. *Türk Geriatri Dergisi*, 13(3): 53-60.
- Eroğlu, M. Z. ve Özpoyraz, N. (2010). Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2):206-236.
- Ersöğütçü, F. (2015). *Madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde sosyal işlevsellik ve benlik saygısı* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Ertekin, H., vd. (2013). Fetiflizm ve Voyörizm Birlikteliği: Bir olgu sunumu. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 17(2):70-72.
- Eskin, M., vd. (2013). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlik Analizi. *Yeni Symposium Journal*, 51(3): 132-140.
- Gençtan, E. (2015). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları.

- Geyran, P.Ç., Özdemir, F. ve Uygur, N. (1994). " Teşhircilik" te Ceza Ehliyeti. *Düşünen Adam*, 7(3): 25-29.
- Göklér, R. ve Işıtan, İ. (2012). Modern Çağın Hastalığı; Stres ve Etkileri. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 1(3): 154-168.
- Göksel, A. ve Tomruk, Z. (2016). Akademisyenlerde Stres Kaynakları ile Stresle Başa Çıkmada ve Stres Durumunda Gösterilen Davranışların İlişkisi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Ağustos: 315-343.
- Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1): 91-109.
- Güdücü, B. (2016). "Erkek" Cinsel Kimliği, Sadizm Mazozizm Üzerine Bir Saha Araştırması. *Aydın Toplum ve İnsan Dergisi*, 2,33-45.
- Güleç, C. (2014). *Psikiyatrinin ABC'si*. İstanbul: Say Yayınları.
- Güleç, G., Köşger, F. ve Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4): 448-460.
- Gültekin, B. K. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (4) : 583-594.
- Gümüş, A.B., vd. (2011). Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı ile İlişkili Özellikler. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 5(1): 7-14.
- Gündüz, A. (2015). *Psoriasis hastalarında cinsel işlev bozuklukları, yaşam kalitesi ve cinsel işlevlerle beden bölgelerinden ve işlevlerinden memnuniyetin ilişkileri* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Güner, N. (2018). Eski ve Orta Türkçede Anelik Kavramı Etrafında Geliştirilmiş Söz Varlığı. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi XLV*, 2: 39-59.
- Güner, P. ve Geenen, O. (2007). Atlanması Kolay Bir Bozukluk: Deliryum. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (1): 37-46.

- Güney, E., Ceylan, M. F. ve Şener, Ş. (2011). Sertralin ile Başarılı Bir Şekilde Tedavi Olan Bir Prebubertal Transvestik Fetiflizm Vak'ası. *Yeni Symposium Journal*, 49(3): 181-184. <http://yenisymposium.com/Pdf/TR-YeniSempozyum-35b92075.PDF> [15 Mayıs 2019].
- Güney, E. ve Kuruoğlu, A.Ç. (2007). Yeme Bozukluklarında Beyin Görüntüleme Yöntemleri. *Klinik Psikiyatri*, 10: 93-101
- Hocaoğlu, Ç. (2015). Farklı Bir Hipokondriyazis: Bir Vaka Sunumu. *Journal of Mood Disorders*, 5(1):36-39.
- İnce, A., Doğruer, Z. ve Türkçapar, M.H. (2002). Erken ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 5: 82-91.
- İnceler, H. (1991). Cinsiyet Sapmaları ve Sosyal Yapımızdaki Etkileri. *Dergipark*, 23: 109-136. <https://dergipark.org.tr/download/article-file/101253> [12 Mayıs 2019].
- İncesu, C. (2004). Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 3: 3-13.
- Kaplan, S., Bahar, A. ve Sertbaş, G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1): 113-121.
- Karaaziz, M. ve Keskindağ, B. (2016). Gençler Arasındaki Popüler Psikoaktif Madde; Sentetik Kannabinoid (Bonzai): Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 19: 137-144.
- Karabekiroğlu, A., vd. (2010). İlk Epizod Major Depresyon ve Yineleyici Major Depresyon Grupları Arasında Yönetici İşlev Farklılıkları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4): 280-288.
- Karadağ, E. ve Sölpük, N. (2018). Türkiye'de Yapılan Çalışmalarda Depresyon ve Kaygı İlişkisi: Bir Meta-Analiz Çalışması. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31: 163-176.

- Karamustafaoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*; 45 (2): 65-74.
- Karanfil, R., Akçan, R. ve Orhan, Ö. (2010). Çocuğun Cinsel İstismarı ile İlgili Asılsız İddialar ve Paranoid Bozukluk: İki Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21: 1-5.
- Karasar, N. (1999). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel.
- Karataylı, S. (2007). *Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya.
- Kaya, E., Sönmez, S. ve Barlas, F. (2013). Deliryum. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(2): 70-74.
- Kılıç, Ö. ve Balcıoğlu, İ. (2012). Seri Cinayet ve Cinsel Sadizm. *Adli Tıp Dergisi*, 27(1): 54-63.
- Kitapçioğlu, G., vd. (2008). Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*; 9(1) : 47 – 54.
- Kocabaşoğlu, N., Balcıoğlu, İ. ve Şen, C. (1995). Puerperal (Doğum Sonrası) Psikoz. *Perinatoloji Dergisi*, 3(1-2): 67-69.
- Kocakula, Ö. ve Altunoğlu, A. E. (2018). Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğunun Karar Süreçlerine Etkisi. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 1(2): 114-131.
- Konduz, N. (2015). *DSM-5'e göre kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların kişiler arası işlevsellikte yeterlilik düzeyleri* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Aydın Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Koptagel İ.G. (1999). Hekimlik Açısından Somatizasyon ve Somatoform Bozukluklar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri*, 1: 50-54.

- Koyun, A., Taşkın, L., ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 3(1):67-99.
- Körükçü, Ö., vd. (2017). Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu ile Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7 (4), 159-165.
- Köybaşı, E.Ş. ve Oskay, Ü.Y. (2017). Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 59: 1-5.
- Kuğu, N. ve Akyüz, G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23 (1): 61-64.
- Lök, N., Günbayı, İ. ve Buldukoğlu, K. (2015). Demansı Olan Birey ile Yaşamak: Olgubilim Çalışması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(2): 91-99.
- Madazlı, R. (2005, Aralık). Gebelik ve Stres. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Maden, A. (1991). Psikosomatik Hastalıklar ve Kültür. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 35(2): 196-205.
- Mantar, A. (2008). *Anksiyete duyarlılığı indeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.
- Marakoğlu, K. ve Sahsıvar, M. Ş. (2008). Gebelikte Depresyon. *Türkiye Klinikleri*, 28: 525-532.
- Mert, D.G. ve Özen, N.E. (2011). Genel Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Kadın Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve İlişkili Sosyokültürel Parametrelerin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 14.85-93.
- Miller, L.H. ve Smith A.D. (2017). *Stres Türleri ve Etkileri* (H. G. Çitak, Çev.). <http://www.guncelpsikoloji.net/psikolojikarastirmalar/2017/04/09/stres-turleri-ve-etkileri/>. [20.Mayıs 2019].

- Oflaz, F., vd. (2010). Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları. *Psikiyatri Hemşireleri Dergisi*, 1(1): 1-6.
- Onur, E., Cimilli, C. ve Ulaş, H. (2003). Psikiyatri Konsültasyonlarında Deliryum. *Demans Dergisi*, 3: 127-130.
- Ozan, E., vd. (2008). Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Gelişim Süreçleri ve Yaşamı. *RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*, 2(1-2): 25-39.
- Öner, Ö., Tuğcu, H. ve Özsan, H.H. (2002). Şizofreni Hastalarında Somatizasyon. *Türk Klinikleri Psikiyatri*, 3: 1-5.
- Özakkaş, T. (2014). *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 19.
- Özbirdir, G. G. (2015). Doğum. H. Okumuş (Ed.), *Anne Baba Adayları İçin Doğal Doğum*, İstanbul: Deomed Yayıncılık, 101-146.
- Özçetin, A., vd. (2008). Deprem Sonucu Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Kişilik Bozuklukları Arasında İlişki. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 2: 8-18.
- Özdamar, Ö., vd. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45: 71-77.
- Özdeş, T., vd. (2014). Kısa Psikotik Bozuklukla İlgili Üç Olgu Sunumu. *Abant Medical Journal*, 3(1):70-74.
- Özenli, Y., vd. (2009). Türkiye’de Bir eğitim Fakültesinde Somatizasyon Bozukluğu Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenlerinin Araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10: 131-136.
- Özgen, F. ve Aydın, H. (1999). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1: 34-41.
- Özkan, S. (1993). Kadın Hastalıkları ve Doğumun Psikiyatrik Yönleri. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. *Roche Müstahzarları Sanayi*, 203-206.

- Özpoyraz, N., Tamam, L.ve Şentürk, A. (1998). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Galeons*, Ocak: 58-66.
- Özşahin, Z., Erdemoğlu, Ç. ve Karakayalı, Ç. (2018). Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2): 34-46.
- Öztürk, Ş. (2010). Demansların Klinik ve Nöropatolojik Sınıflaması. *Türk Geriatri Dergisi*, 13(3): 15-19.
- Öyekçin, D. G. ve Şahin, E. M. (2011). Yeme Bozukluklarına Yaklaşım. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 15(1): 29-35.
- Padir, İ. (2015). *Dünyada ve Türkiye 'de Anne Ölümleri*.
http://www.phd.org.tr/19kongresunum/ibrahim_padir.pdf [14 Mayıs 2017].
- Pehlivan, K. (2006). Psikiyatrik Kadın Hastalarda Evlilik ve Ebeveyn Olma: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam Dergisi*, 19(3): 143-154.
- Pınar, Ş.E., vd. (2014). Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 7(3): 171-177. <http://www.deuhyoedergi.org> [1 Mart 2019].
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023*. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 847.
- Savrun, M. (1999, Aralık). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Sayar, K., vd. (2000). Yaygın Sosyal Fobi Hastalarında Çekingen Kişilik Bozukluğu ve Psikopatolojiye Etkileri. *Klinik Psikiyatri*, 3: 163-169.
- Sayın, A. ve Aslan, S. (2005). Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4): 276-283.

- Semiz, M., vd. (2012). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23: 1-9.
- Serçekuş, P. (2015). Doğum Sonrası Dönem. H. Okumuş (Ed.), *Anne Baba Adayları İçin Doğal Doğum*, İstanbul: Deomed Yayıncılık, 149-171.
- Sertbaş, G. (1998). Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk- Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Hemşireler Dergisi* 48(6):16-19.
- Sevil, Ü. ve Kavlak, O. (2003). Couvade Sendromu (Sempatik Gebelik). *Aile ve Toplum*, 5(2): 1-6.
- Songur, C., Saylavcı, E. ve Kıran, Ş. (2017). Avrupa’da ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırılmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3 (4): 276-289.
- Şahin, D. (2009). Kişilik Bozuklukları. *Klinik Gelişim Dergisi*, 22(4): 45-55.
- Şahin, E.M. ve Kılıçarslan, S. (2010). Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 27(1): 51-58.
- Şahin, M., vd. (2005). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Demans Ve Depresyon. *Türk Geriatri Dergisi*; 8(1): 249-251.
- Şar, V. (1998). Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu: Tanı ve Nozolojik Sorunlar. *Klinik Psikiyatri*, 1: 13-21.
- Şen, E. ve Şirin, A. (2013). Preterm Tanısı Alan Gebelerin Kaygı, Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 19(3): 159-163.
- Tahiroğlu, A. Y., vd. (2005). Erkek Çocuklarda Yeme Bozuklukları; Bir Anoreksiya Nervosa Vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48: 151-157.

- Tamam, L., Özpoyraz, N. ve Ünal, M. (1996). Çoğul Kişilik Bozukluğu (Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu): Bir gözden geçirme. *3P Dergisi*, (4)1: 45-53.
- Tarhan, N. (2005). Kadınlara Has Ruhsal Sorunlar. Z.Ü. Bakiler. (Ed.), *Kadın Psikolojisi*, İstanbul: Nesil Matbaacılık: 77-100.
- Tekgöz, İ. ve Ark. (2009). Gebeliğin Son 3 Ayında Anksiyete Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Dergisi*, 13(3): 132-136.
- Tekin, M. ve Tekin, A. (2014). Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4):330-339.
- Tetik, S. ve Başar, K. (2014). Gözetlemecilik Yakınması ile Başvuran Bir Erkek Eşcinselin Tanı ve Tedavi Süreci: Olgu Sunumu. *Kriz Dergisi*, 22 (1-2-3): 33-39.
- Tezcan, A.E., Millet, B. ve Kuloğlu, M. (1998). Türkiye ve Fransa’da Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Görüngüsel Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 1: 35-41.
- Tuncel, N.T. ve Süt, H.K. (2019). Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi. *Jinekoloji -Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1): 9-17.
- Türk Perinatoloji Derneği. (2006). *Gebenin El Kitabı*. İstanbul: Depar Matbaacılık.
- (2007). *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Türksoy, N., Tükel, R. ve Özdemir, Ö. (2000). Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3: 92-98.
- Ulukoca, N., Gökgöz, Ş. ve Karakoç, A. (2013). Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4): 230-234.

- Uytun, M.Ç., Durmuş, R. ve Öztop, D. B. (2014). Dissosiyatif Bozuklukta Tanı ve Ayırıcı Tanı: Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 17: 41-48.
- Uzun, Ö. (2013). *Psikojenik nöbet tipinde konversiyon bozukluğu olan ergenlerde çocukluk çağı travmaları, bağlanma ve aleksitimi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
- Ünal, S. (1999). Somatoform Bozukluklar; Nozoloji ve Tarihçe. *Türk Klinik Psikiyatri*, 1: 1-6.
- Üst, S., Pasinlioğlu, T. ve Özkan, H. (2013). Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2): 110-115.
- Vahip, S. (2004). Bipolar Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 1: 41-44.
- Webster, I. (2017). *A'dan Z'ye Sağlıklı ve Bilinçli Hamilelik*. (İ. Yılmazlı, Çev.). İstanbul: Geoturka.
- Yanıkekrem, E., Altıparmak, S. ve Karadeniz, G. (2006). Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 8: 3(10): 35-42.
- Yakın, D. (2014). Bağımlı Kişilik Örüntüsü ve Terapötik İşbirliği: Şema Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulaması. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(2): 1-13.
- Yalom, I. D. ve Kessler, H. (2014). *Evlilik Terapisi*. (Y. Ö. Şallı, Çev.). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Yalom, I.D. ve Roth, W.T. (2016). *Anksiyete Terapisi*. (B. Büyükdere, Çev.). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Yavlav, F. ve Güngör, H. A. (2016). Demansta Klinik Bulgular. *Nükleer Tıp Seminerleri*. Galenos Yayınevi, İstanbul.

- Yıldırım, A. ve Türel, D. (2015). Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Nörogörüntüleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1): 98-108.
- Yıldırım, İ. (1991). Stres ve Stresle Başa Çıkma Gevşeme Teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6: 175-189.
- Yıldız, H. (2011). Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1): 63-74.
- Yılmaz, E.B. ve Öz, F. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3): 82-89.
- Yığıtoğlu, S. (2009). *Adölesan gebe ve eşlerinin antenatal ve postnatal kaygı düzeyleri ile evlilikte uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yolcu, M. A. (2012). Koryak ve Çukçi Şamanlığında Transvestizm. *Çevrimiçi Tematik Türkoloji Dergisi*, 2(1): 174-189.
- Yücel, B. (2009). Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Yeme Bozuklukları. *Klinik Gelişim*, 22 (4): 39-44.
- Yücel, P., Çayır, Y. ve Yücel, M. (2013). Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16: 83-87.
- Yüksel, H. (2014). Çalışma Yaşamı ve Stres Kavramı: Durumsal Bir Yaklaşım. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(3): 110-131.
- Zaman, F.K., Özkan, N. ve Toprak, D. (2018). Gebelikte Depresyon ve Anksiyete. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1): 20-25.

EKLER

EK 1

Değerli Katılımcı,

Bu anketlerde yer alan maddeler Gebelik Dönemindeki Kadınların Kaygı Düzeyleri ile Ruh Sağlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla düzenlenmiştir. Anketlerde kimlik bilgileriniz sorulmamaktadır. Çalışma kapsamında vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve sadece araştırmanın amacı kapsamında kullanılacaktır. Aşağıda yer alan sorularda size uygun olan cevapları vermenizi ve boş soru bırakmamanızı rica eder, değerli katılımlarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Danışman: Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ

Makbule UYSAL TEPEBAŞ

KİŞİSEL BİLGİ ANKETİ

1) Yaşınız? a) 24 ve Altı b) 25- 29 Arası c) 30- 34 Arası d) 35- 39 Arası e) 40 ve Üstü
2) Eğitim Durumunuz? a) Okuryazar Değil b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite e) Yüksek Lisans- Doktora
3) Mesleğiniz?
4) Eşinizin Eğitim Durumu? a) Okuryazar Değil b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite e) Yüksek Lisans- Doktora
5) Eşinizin Mesleği?
6) Algıladığınız ekonomik durum? a) Dar Gelirli b) Ortanın Altı c) Orta Halli d) Ortanın Üstü e) Varlıklı
7) Kaçınıcı Gebeliğiniz? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üstü
8) Daha önce düşük yaptınız mı? a) Evet b) Hayır
9) Yaşayan Çocuk Sayısı: a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ve üstü
10) Gebelik türünüz? a) Planlanmış Gebelik b) Beklenmedik Gebelik c) Tüp Bebek vb. Tedavi Yöntemleri d) İstenmeyen
11) Gebelik Haftanız?
12) Gebelik Döneminiz? a) I. Dönem (0-3 ay) b) II. Dönem (3-6 ay) c) III. Dönem (6-9 ay)
13) Daha önce ruh sağlığı ile ilgili bir problem yaşadınız mı? a) Evet b) Hayır

EK 2
TILBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ

Aşağıda gebeliğiniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. Gebelik döneminiz boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden kutucuğu işaretleyiniz. Lütfen her bir soru için sadece bir cevap işaretleyiniz.

Teşekkür ederim.

	İfadeler	Çok sık	Oldukça sık	Ara sıra	Nadiren veya hiç
1.	Gebeliğimden keyif alıyorum.				
2.	Eşimle birlikte, gebelik sürecinden keyif aldığımı hissediyorum.				
3.	Gebelik ile ilgili endişelerim var.				
4.	Gebelik eşimle beni daha da yakınlaştırdı.				
5.	Doğum eylemi ile ilgili endişelerim var.				
6.	Bebeğimin sağlığı konusunda endişelerim var.				
7.	Doğumdan sonra eşimle ilgili sorunlar yaşayabileceğim konusunda endişelerim var.				
8.	Eşim tarafından desteklendiğimi hissediyorum.				
9.	Doğumdan sonraki dönemle ilgili ekonomik durumumuza yönelik endişelerim var.				
10.	Doğum esnasında kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.				
11.	Doğum eylemi ile ilgili seçenekler (normal doğum, sezaryen, ağrısız doğum, evde doğum vb.) üzerinde sıklıkla düşünüyorum.				
12.	Doğum eylemi beni korkutuyor.				
13.	Doğum eylemi ile ilgili anlatılan hikâyeler beni çok geriyor.				
14.	Gebeliğin getirdiği fiziksel rahatsızlıklarım doğumdan sonra da devam edebileceği endişesini yaşıyorum.				
15.	Duygu ve düşüncelerimi eşimle gerçekten paylaşabiliyorum.				
16.	Gebelikte çok fazla kilo alacağım diye endişeleniyorum.				

EK 3

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Aşağıdaki maddelerde kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Gebelik dönemi boyunca genellikle nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden kutucuğu işaretleyiniz. Lütfen her bir soru için sadece bir cevap işaretleyiniz.

Teşekkür

ederim.

	İfadeler	Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Her Zaman
1	Genellikle keyfim yerindedir				
2	Genellikle çabuk yorulurum				
3	Genellikle kolay ağlarım				
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım				
6	Kendimi dinlenmiş hissederim				
7	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım				
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim				
9	Önemsiz şeyler için endişelenirim				
10	Genellikle mutluyum				
11	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim				
12	Genellikle kendime güvenim yoktur				
13	Genellikle kendimi emniyette hissederim				
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim				
16	Genellikle hayatımdan memnunum				
17	Olur, olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
18	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam				
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder				

EK 4

RUH SAĞLIĞI SÜREKLİLİĞİ ÖLÇEĞİ

Son 1 ay boyunca ne kadar sıklıkla bu duyguları hissettiniz?		Hiçbir Zaman	Bir veya iki kez	Yaklaşık haftada bir	Yaklaşık haftada 2-3 defa	Neredeyse her gün	Her gün
1	Mutlu hissettim.						
2	Yaşamla ilgilendiğimi hissettim.						
3	Memnun hissettim.						
4	Topluma katkıda bulunmak için önemli bir şeyler yaptığımı hissettim.						
5	Bir topluluğa ait olduğumu (sosyal grup, okul, mahalle) hissettim.						
6	Toplumun benim gibi insanlar için daha iyi bir yer haline geldiğini hissettim						
7	İnsanların temelde iyi olduğunu hissettim.						
8	Toplumun çalışma şeklinin, bana anlamlı geldiğini hissettim.						
9	Kişiliğimin birçok yönünü sevdiğimi hissettim.						
10	Günlük hayatın sorumluluklarını yerine getirmekte başarılı olduğumu hissettim						
11	Diğer insanlarla Sıcak ve güvene dayalı bir ilişkim olduğunu hissettim.						
12	Yaşadığım deneyimlerin beni gelişmeye ve daha iyi bir insan olmaya zorladığımı hissettim.						
13	Düşüncelerime ya da fikir ve görüşlerimi ifade edişime güvendiğimi hissettim.						
14	Yaşamımın bir yönü ve amacı olduğunu hissettim.						

ÖZGEÇMİŞ

Adı/ Soyadı: Makbule UYSAL TEPEBAŞ

Doğum Tarihi: 12.01.1984

Doğum Yeri: İstanbul

E-posta : makbuletepebas@gmail.com

Eğitim Bilgileri:

Lise: (1997-2000) Özel Çavuşoğlu Koleji- Türkçe Sosyal Bölümü (4.29/ 5.00)

Lisans: (2002-2008) Anadolu Üniversitesi- İletişim Bilimleri Fakültesi İletişim Bölümü (Örgün Eğitim) (3.29/ 4.00)

Yüksek Lisans: (2008-2010) Beykent Üniversitesi- Sosyal Bilimler Enstitüsü- İnsan Kaynakları ve Örgütsel Değişim (3.25/4.00)

Mesleki Deneyim:

2010- 2012: Kuyumcukent İşletme A.Ş.- Wedding World AVM İletişim Uzmanı

2012- Halen: Özel Vital Hospital- Hasta Hakları ve Halkla İlişkiler Müdürü

Bağlı Olduğu Kurumlar:

2014- Halen: KIZKORDER (Kız Çocuklarını Koruma Derneği) – Üyesi

Sosyal Sorumluluk Projeleri:

2008: Kadına Yönelik Şiddete Son Avrupa Birliği Projesi- Eskişehir Anadolu Üniversitesi- Proje Takım Üyesi

2015: Korumaya Muhtaç Kız Çocukları Yararına Tiyatro Projesi- Proje Yöneticisi

2017: Korumaya Muhtaç Kız Çocukları Yararına Farkındalık Projesi – Proje Yöneticisi

2018: Korumaya Muhtaç Kız Çocukları Yararına Kültür Şöleni Organizasyonu- Proje Takım Üyesi

