

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**GEBELİKTE DEPRESYON BELİRTİLERİNİN ORTAYA
ÇIKMASINDA PSİKOSOSYAL FAKTÖRLERİN VE KİŞİLERİN
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞININ ETKİLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Ecem Alım GELENBE ÖZTÜRK

İstanbul, 2017

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**GEBELİKTE DEPRESYON BELİRTİLERİNİN ORTAYA
ÇIKMASINDA PSİKOSOSYAL FAKTÖRLERİN VE KİŞİLERİN
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞININ ETKİLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Ecem Alım GELENBE ÖZTÜRK

Öğrenci No:

130790021

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ

İstanbul, 2017

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Gebelikte Depresyon Belirtilerinin Ortaya Çıkmasında Psikososyal Faktörlerin ve Kişilerin Psikolojik Dayanıklılığının Etkileri” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.
07/04/2017



Aday: Ecem Alım Gelenbe Öztürk

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 130790021 numaralı *Ecem Ahm GELENBE ÖZTÜRK*'ün "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Gebelikte Depresyon Belirtilerinin Ortaya Çıkmasında Psikososyal Faktörlerin ve Kişilerin Psikolojik Dayanıklılığın Etkileri*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 11.04.2017 tarih ve 2017/14 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Melek ASTAR
(FSM Vakıf Üniversitesi)



ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez yazma sürecindeki emeklerinden ötürü tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ'ye, akademik gelişimimde emeği olan bütün hocalarıma, veri toplama sürecimde benden desteğini esirgemeyen ve araştırmamın hedef kitlesine ulaşmam konusunda bütün samimiyeti ve iyi niyetiyle bana yardımcı olan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr. Sibel AÇIKALIN'a ve tez hazırlama döneminde bana manevi destek olan ve cesaretlendiren dostlarıma teşekkür ederim.

Bütün hayatım boyunca benden hiçbir konuda desteğini esirgemeyen, sonsuz fedakarlıkla yanımda olan annem Sevim GELENBE'ye, beni merak eden, sorgulayan, bilimle ilgilenen bir insan olarak yetişmemde emeği yadsınamaz olan rahmetli babam Tefvik GELENBE'ye, tez hazırlama süresince beni cesaretlendiren, en stresli dönemlerimde bile desteğini hep hissettiğim, benden yardımlarını esirgemeyen eşim Serkan ÖZTÜRK'e, tez çalışmalarına zaman ayırabilmem konusunda bana yardımcı olan sevgili teyzem Sibel ÜZER'e ve son olarak varlığıyla beni motive ve mutlu eden oğlum Mustafa Kemal ÖZTÜRK'e sonsuz teşekkür ederim.

Adı ve Soyadı : Ecem Alım GELENBE ÖZTÜRK
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2017
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Depresyon, Gebelik, Psikolojik Dayanıklılık, Antenatal

ÖZ

GEBELİKTE DEPRESYON BELİRTİLERİNİN ORTAYA ÇIKMASINDA PSİKOSOSYAL FAKTÖRLERİN VE KİŞİLERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞININ ETKİLERİ

Bu çalışmada gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında psikososyal faktörlerin ve kişilerin psikolojik dayanıklılığının etkilerini araştırmak amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra, gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında sosyo-demografik değişkenlerin, önceki gebelik deneyimlerinin, gebelik, doğum ve doğum sonrası beklentilerin etkisi de incelenmiştir.

Araştırmanın örneklemini İstanbul ili Çekmeköy, Ümraniye, Kadıköy ve Maltepe ilçelerinde ikamet eden rastgele yöntemle seçilmiş 215 gebe kadın oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama amacıyla, Beck Depresyon Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Analizler sonucunda elde edilen bulgularda gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında kişilerin psikolojik dayanıklılığının etkisi olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra araştırmada, gebelerin medeni durumu, evlilik süreleri, eşleriyle olan ilişkileri, cinsel yaşam problemlerinin gebelik depresyonuyla anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Araştırmanın diğer bulgularına göre; gebelikte sigara kullanımı, gebeliğin plansız ve istenmeyen bir gebelik olması, önceden psikiyatrik bir problem yaşamış olmak, doğum süreci hakkındaki olumsuz beklentiler ve doğum sonrası sosyal yaşamla ilgili olumsuz beklentiler gibi faktörler ile gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkması arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Name Surname : Ecem Alım GELENBE ÖZTÜRK
Supervisor : Asst. Prof. Hüseyin EBADİ
Degree and Date : Master's degree, 2017
Major : Clinical Psychology
Key Words : Depression, Antenatal, Resilience, Psychosocial, Pregnancy

ABSTRACT

THE EFFECTS OF PSYCHOSOCIAL FACTORS AND RESILIENCE ON OCCURRENCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PREGNANCY

In this study, it is aimed to study the effects of psychosocial factors and resilience on occurrence depressive symptoms in pregnancy. Furthermore, this study aimed to search about the effects of sociodemographic variables, previous pregnancy experiences, the expectations about the process of pregnancy and birth on the occurrence of the symptoms of depression in pregnancy.

The sample of this study includes 215 pregnant women that were chosen randomly and they live in Ümraniye, Kadıköy and Maltepe in İstanbul. Beck Depression Scale, Resilience Scale and Personal Information Form that was prepared by researcher were used in this study to collect data.

SPSS 23.0 package program was used to analyze data. It is found that; resilience has an impact on the occurrence depressive symptoms in pregnancy. Furthermore, it is found that; the marital status, the duration of marriage, the relationship between husband and the pregnant woman, the problems about sexuality has an impact on the occurrence depressive symptoms in pregnancy. In addition, this study found relations between smoking in pregnancy period, unwilling pregnancy, previous psychiatric problems, negative expectations about birth, negative expectations about their social relations after birth and the occurrence depressive symptoms in pregnancy.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZ	i
ABSTRACT	ii
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
SİMGELER	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

DEPRESYON

1.1. Depresyonun Tanımı.....	3
1.2. Depresyonun Tarihçesi	4
1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	5
1.4. Depresyonun Etiyolojisi	6
1.4.1. Genetik.....	6
1.4.2. Kuramsal Yaklaşımlar	7
1.4.2.1. Psikanalitik ve Psikodinamik Etmenler.....	7
1.4.2.2. Davranışçı Kuram ve Öğrenilmiş Çaresizlik	8
1.4.2.3. Bilişsel Kuram.....	8
1.4.2.4. Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Yönden Yaklaşım.....	9
1.4.2.5. Varoluşçu Yaklaşım	10
1.4.3. Biyolojik Etmenler ve Beyin Anormallikleri.....	11
1.5. Depresyon Belirtileri.....	11
1.5.1. Majör Depresyon Bozukluğunun DSM-V e Göre Tanı Kriterleri.....	11
1.5.2. Klinik Belirtiler.....	12
1.6. Depresyonda Farmakoloji Harici Tedavi Yöntemleri	14
1.6.1. Psikoterapi.....	14

1.6.1.1. Psikodinamik Terapi	14
1.6.1.2. Bilişsel Davranışçı Terapi	15
1.6.1.3. Davranışçı Terapi	16
1.6.1.4. Aile ve Çift Terapisi.....	16
1.6.1.5. Destekleyici Terapi	16
1.6.1.6. Kişilerarası Terapi.....	17
1.6.1.7. Elektrokonvülsif Terapi (EKT)	17
1.6.1.8. Işık Tedavisi	18

İKİNCİ BÖLÜM

GEBELİK

2.1. Jinekolojik ve obstetrik bilgiler	19
2.1.1. Prematüre Doğum.....	19
2.1.1.1. Prematüre Sınıflandırması.....	19
2.1.2. Kürtaj	20
2.1.3. Düşük	20
2.1.4. Doğum Şekilleri.....	21
2.1.4.1. Doğal Doğum (Normal Doğum)	21
2.1.4.2. Sezaryen Doğum	21
2.2. Gebelik depresyonu (Antenatal depresyon).....	21
2.2.1. Gebelik Depresyonunun Yaygınlığı	22
2.2.2. Gebelik Depresyonu Belirtileri.....	23
2.2.3. Gebelik Depresyonu Etkileyen Risk Faktörleri	23
2.2.4. Gebelik Depresyonunun Tedavisi.....	25
2.2.4.1. Psikoterapi.....	25
2.2.4.2. Farmakolojik Tedaviler	26
2.2.4.3. Farmakoloji Dışı Teknikler	27

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

3.1. Psikolojik Dayanıklılık Tanımı.....	28
3.2. Psikolojik Dayanıklılığı Yüksek Bireylerin Özellikleri.....	29
3.3. Psikolojik Dayanıklılık Risk ve Koruyucu Faktörler, Olumlu Sonuçlar	31

3.3.1. Risk Faktörleri	31
3.3.2. Koruyucu Faktörler	33
3.3.3. Olumlu Sonuçlar	35
3.4. Psikolojik Dayanıklılığı Geliştirmek İçin Öneriler	35
3.5. Psikolojik Dayanıklılık Ve Depresyon	37

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Amacı	38
4.2. Araştırmanın Önemi	38
4.3. Araştırmanın Modeli	38
4.4. Araştırmanın Problemleri Ve Alt Problemleri	39
4.5. Araştırmanın Hipotezleri	39
4.6. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	42
4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
4.8. Sayıtlılar	42
4.9. Etik	43
4.10. Verilerin Toplanması	43
4.11. Veri Toplama Araçları	43
4.11.1. Kişisel Bilgi Formu	44
4.11.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	44
4.11.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – III R	44
4.12. Verilerin İstatistiksel Analizi	46

BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR

5.1. Grubun Genel Yapısına İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri	47
5.2. Ölçeklere Ait Güvenirlik Analizi Sonuçları	54
5.3. Ölçeklere Ait Betimleyici İstatistikler	55
5.4. Hipotezlerin Sınanması	56

ALTINCI BÖLÜM
SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar	67
6.2. Öneriler	68
7. TARTIŞMA ve YORUM.....	71
KAYNAKÇA.....	75
EKLER	91
Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	91
Ek-2: Kişisel Bilgi Formu	92
Ek-3 Beck Duygudurum Değerlendirmesi.....	98
Ek-4 Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	102
Ek-5 Özgeçmiş.....	103

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1. Grubun Genel Yapısına İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri	47
Tablo 2. Beck Depresyon Ölçeği Güvenirlik Analizi	54
Tablo 3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Güvenirlik Analizi Tablosu.....	54
Tablo 4. Beck Depresyon Ölçeğinin Betimleyici Analizi (Kesme Puan 17).....	55
Tablo 5. Beck Depresyon Ölçeği'ne Ait Betimleyici İstatistikler Tablosu (Düzeyine göre) 55	
Tablo 6. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistik Tablosu	56
Tablo 7. Gebelerin Yaş Grupları ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması	56
Tablo 8. Gebelerin Evlilik Yaptıkları Yaş ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması.....	57
Tablo 9. Gebelerin Evlilik Süreleri ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması	57
Tablo 10. Gebelerin Eğitim Durumları ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması	57
Tablo 11. Gebelerin Çalışma Durumu ve Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	58
Tablo 12. Gebelerin aile gelirleri ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması	58
Tablo 13. Gebelik Sayısı Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması	58
Tablo 14. Daha Önce Düşük Yapmış Gebelerin Beck Depresyon Puanları ile Yapmamış Kadınların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması .	59
Tablo 15. Daha Önce Kürtaj Olmuş Gebelerin Beck Depresyon Puanları ile Olmamış Kadınların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması .	59
Tablo 16. Gebelikte Sigara Kullananlar ile Kullanmayanların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	60
Tablo 17. Planlı/İstenen Gebelik Yaşayanlar ile Plansız/İstenmeyen Gebelik Yaşayanların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	60
Tablo 18. Doğumdan Sonra Sosyal Hayatının Kısıtlanacağını Düşünen Gebeler ile Düşünmeyen Gebelerin Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	61

Tablo 19. Gebelik Süresince Cinsel Yaşamı Olumsuz Etkilenen Gebeler ile Etkilenmeyen Gebelerin Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması ..	61
Tablo 20. Eşleriyle İlişkilerini Olumlu Değerlendiren Gebeler ile Olumsuz Değerlendiren Gebelerin Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması ..	62
Tablo 21. Gebe Kalabilmek İçin Tedavi Görenler ile Görmeyenlerin Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	62
Tablo 22. Gebe kalmak için tedavi görenlerin tedavi sürelerinin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması.....	63
Tablo 23. Gebelerin Doğum Sürecinin Nasıl İlerleyeceği ile ilgili Beklentileri ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması.....	63
Tablo 24. Gebelerin Bir Önceki Doğumlarının Sonlanış Şekli ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması.....	64
Tablo 25. Bir Önceki Gebeliğinde Tıbbi Bir Sorun Yaşayanlar ile Yaşamayanların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	64
Tablo 26. Bir Önceki Gebeliğinde Psikiyatrik Bir Sorun Yaşayanlar ile Yaşamayanların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması	64
Tablo 27. Gebeliğin dönemleri ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması	65
Tablo 28. Gebelerin Meslek Grupları ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması	65
Tablo 29. Gebelerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanları ile Beck Depresyon Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Spearman Korelasyon Testi ile İncelenmesi.....	66

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No:

Şekil 1. Prematüre Sınıflandırması..... 20



KISALTMALAR

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

PDÖ: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

EEG: Elektroensefalografi

DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

EKT: Elektrokonvülsif Terapi

KİT: Kişilerarası Terapi

SSRI: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü

SNRI: Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri

APA: American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SİMGELER

N : Denek Sayısı

x^2 : Kruskal-Wallis test istatistiği

sd : Serbestlik Derecesi

p : Anlamlılık Düzeyi

U : Mann- Whitney U istatistiği

z : Z İstatistiği

r : Korelasyon Katsayısı

GİRİŞ

Depresyon tüm dünyada en sık görülen ve kişinin işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu etkileyip yaşam kalitesini düşüren önemli bir ruh sağlığı sorunudur (Sağduyu, Ögel, Özmen, & Boratav, 2000). Depresyon en yaygın olarak 18-44 yaş arası kadınlarda görülmektedir (Stewart, 2005). Bu yaş aralığının kadınlarda doğurganlık, gebelik, doğum ve lohusalık gibi önemli dönemleri kapsadığı söylenebilir. Bu araştırmanın da ilgi alanına hem gebelik dönemi gerek psikolojik faktörlerin hem fizyolojik faktörlerin hem de sosyal faktörlerin büyük değişime uğradığı için kadınların hayatında oldukça önemli bir dönemdir. Belli bir süre öncesine kadar gebelik döneminin ruhsal sorunlardan bir koruyucu olduğu düşünülse de (Lee, ve diğerleri, 2004), günümüzde bu görüş kabul edilmemekte ve gebelik sürecinde yaşanan psikolojik sorunlar hakkında araştırmalar yapılmaktadır. Gebelerin gebeliklerini algılayışlarındaki farklılıklar, yaşanabilmesi muhtemel psikolojik sorunlara temel oluşturabilmektedir.

Gebelik depresyonu hem anne hem de bebek için çeşitli riskler oluşturmaktadır. Bu konuda yapılmış bir çalışma gebelikte depresyon yaşayan kadınların düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma olasılığını %15, erken doğum olasılığını %13 artırdığı görülmüştür (Diego, ve diğerleri, 2009). Başka bir çalışma ise gebelikte depresyonda olan annelerin bebeklerinin doğum sonrası daha geç uykuya daldıkları, daha sık ağladığı ve zor avunduğunu göstermiştir (Zuckerman, Amaro, Baucher, & Cabral, 1989). Literatürde görülen başka bir çalışmada ise; depresyonda olan gebelerde bulantı-kusma, mide ağrısı, solunum problemleri, kalp çarpıntısı, baş dönmesi, gastro-intestinal sistem yakınmaları gibi sorunların daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Bowen & Muhajarine, 2006). Aynı çalışmanın bir başka bulgusuna göre ise, bunların yanı sıra gebelik depresyonunun tüm bu olumsuz sonuç ve etkilerinin gebelik sonrası (postpartum) depresyon riskini yaklaşık 6,5 kat artırdığı saptanmıştır. Belirtilen araştırmalar ve literatürdeki konu ile ilgili diğer araştırmalara bakıldığında zaman zaman gebelik depresyonunun hem anne hem de bebek için kritik öneme sahip olduğu, birçok alanda riskler oluşturduğu ve birçok etkene göre değişim gösterdiği görülebilmektedir.

Araştırmanın amacı gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında psikososyal faktörlerin ve kişilerin psikolojik dayanıklılığının etkilerini araştırmaktır. Bulguları ile literatüre katkı sağlamak, gebelik depresyonunda rol oynayan risk faktörleri hakkında veriler ortaya koymak, gebelik depresyonuyla ilgili önleyici çalışmalar yapma amacıyla olan ve gebelerin sağlıklı bir ruh durumuyla gebelikleri sürdürmelerine destek olmak isteyen, ilgili uzmanlara bu konuda veri sağlayabilmek bu araştırmayı önemli kılmaktadır.



1. BÖLÜM

DEPRESYON

Bu bölümde depresyonun tanımı, tarihçesi, epidemiyolojisi, etiyojisi, tanı kriterleri ve tedavi yöntemleri konularını içeren kuramsal çerçeve incelenmiştir.

1.1. Depresyonun Tanımı

Zihin, duygulanım, biliş ve davranış alanlarındaki değişimlerle karakterize olan depresyon tarih boyunca birçok kuramcı tarafından çalışılmış ve tanımlanmış bir bozukluktur. Zevk alma ve ilgide azalma en belirgin özelliği olmakla birlikte ruhsal çökkünlük hali depresyonda baskın bir olgudur. Depresyon tanımlamalarında ortak birçok nokta olsa da depresyonun tanımı farklı kuramcılar tarafından çeşitli biçimlerde tanımlanmıştır.

Depresyonu derin üzüntülü bir duygu durumu içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile (Köknel, 1989), fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi özellikleri içeren bir sendrom olarak tanımlanmıştır (Öztürk, 1997).

Günümüzde toplumsal yaşamı etkileyen rahatsızlıklardan biri olan depresyon hakkında Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2001 yılında yayınlamış olduğu raporda, 340 milyon kişinin klinik tanımlara uygun depresyon yaşadığını öne sürmüştür. Bu rapor aynı zamanda 2020 yılına gelindiğinde depresyonun çalışma yaşamını etkileyen hastalıklar arasında birinci sıraya yerleşeceği öngörmüştür (WHO, 2001).

Depresyon kişilerde çökkünlük hali olarak gözlemlense de buna eşlik eden birtakım bulgular söz konudur. Depresyon, karamsarlık, ümitsizlik, özgüven eksikliği, değersizlik, olaylarda devamlı kendisini suçlama, yeme ve uyku problemleri, fiziksel ağrı, hobilere karşı ilgisizlik gibi çeşitli belirtileri olan belirli olaylara bağlı ortaya çıkabilen çökkünlük halidir. Normal şartlarda depresyon, geçici ve sık karşılaşılan bir ruh hali şeklinde tanımlanabilir. Bu ruh hali durumu her zaman klinik depresyon olarak nitelendirilmeyip bir tedavi gerektirmeyebilir fakat belirtilerin uzun süre devam etmesi durumunda ve günlük işlevselliği ciddi derecede etkilemesi durumunda ruhsal bozukluk olarak nitelendirilir (Budak, 2000).

Depresyon kavramını daha anlaşılır kılmak adına bu tanıyı almış kişilerde gözlemlenebilen bazı belirtilerden söz etmek gerekebilir. Depresyon tanısı almış birçok kişi bu süreçte yaşadığı duygu durumunu tarif etmişlerdir. Bu kişiler, hayatlarındaki hiçbir şeyden zevk alamadıklarını (anhedoni) belirtirlerken zevk alabilecekleri etkinlikler gerçekleştirmeye çalışan bu kişiler, hiçbir duygu hissedemediklerini ifade etmişlerdir. Depresyondaki kişilerde belirtiler benzerlik gösterse de bu belirtilerin yaşanış biçimi kişilere göre değişim gösterebilmektedir. Depresyonda iştah, uyku, fiziksel aktivite gibi alanlarda değişimler görülmektedir. Bazı kişilerde iştah kaybı görülebilirken bazı kişilerde ise aşırı yemek tüketimi görülebilir, aynı şekilde bazı kişiler uykusuzluk sorunu yaşarken bazıları bütün gün uyumak isteyebilir (Hoeksema, 2011).

Depresyon tanısı almış kişilerde psikomotor alanda ve bilişsel alanda da değişimler gözlenebilir. Psikomotor hareketlerde yavaşlama görülebilir, bu kişiler daha yavaş hareket edebilir, konuşmalarında yavaşlama görülebilir. Hatta bu kişiler bazı kazalardan kurtulmak için gerekli olan hızlı tepkiyi veremediği için çeşitli kazalara maruz kalabilirler. Depresyonda görülebilen bir başka durum ise kronik bitkinlik hali ve enerjide belirgin azalma durumudur. Bazı nadir vakalarda ise, kişinin gerçeklik algısında bozulma, delüzyonlar ve halüsinasyonlar yaşandığı bilinmektedir. Bu halüsinasyon ve delüzyonlar genelde olumsuz içeriklidir (Hoeksema, 2011).

1.2. Depresyonun Tarihçesi

Psikiyatrik bozukluklar içinde bilinen en eski bozukluk depresyondur. Hipokrat tıp literatüründe depresyonu tanımlayan ilk kişidir. Hipokrat bu tabloyu kara safra fazlalığı ile açıkladığı için “melaine chole” olarak adlandırmıştır. Galen’e göre melankoli “korku ve depresyon, yaşamdan hoşnutsuzluk, tüm insanlardan nefret” ile kendini göstermektedir (Akiskal, 1995).

Tamamen duygudurum bozukluklarına ayrılmış ilk İngilizce metin, R. Burton ‘un 1621’de yayınlanan “Melankolinin Anatomisi” adlı eseridir. Bu eserde Burton çeşitli nedensel kategoriler de oluşturmuş ve bu doğrultuda sınıflandırma getirmiştir; önceleri nedensiz olarak gösterilen melankolilerin haricinde Burton yas ve aşk melankolileri, hipokondriyazis gibi kategoriler getirmiştir (Babaoğlu, 2002).

Fransa’da hekimleri kilisenin müdahalesinden özgür kılan Kartezyen düşünce On yedinci yüzyılda bedeni zihinden kavramsal olarak ayırmıştır. İsviçreli A. Mayer 20. yüzyılın başında “psikobiyoloji” terimini getirmiş ve psikososyal etkenlerin önemi ortaya çıkmıştır. Biyolojik çağrışımları olmadığı için “depresyon” “pressed down” (aşağı bastırılmış) terimini, Melankoli terimi yerine tercih etmiştir (Akiskal, 1995).

1.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon dünya da ve ülkemizde psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülen hastalıkların başında gelmektedir. Depresyon, belirtilerin yaşamı etkileme düzeyine göre değişmekle beraber hem yaygınlığı hem yaşandığı süreçte kişinin yaşam kalitesini etkilemesi hem olası sonuçları nedeniyle önemli bir halk sorunu olarak görülebilir. Depresyonun Dünyada ki yaygınlığı %13-20, Türkiye’deki yaygınlığı %10 olarak belirtilmiştir. Genel popülasyonda yaklaşık her beş kişiden biri yaşam boyu en az bir kez depresif nöbet yaşamaktadır (Ürün, 2012). Bu popülasyonda cinsiyet faktörü ele alındığında; depresyonlu kadınların sayısının erkeklerin sayısının yaklaşık iki katı olduğu ifade edilmektedir. Yani, kadınlar erkeklere oranla depresif bozukluk veya hafif depresyon belirtileri yaşama bakımından 2 kat daha risk altındadır (Hoeksema, 2011). Bu cinsiyet farklılığı birçok ülkede birçok etnik grupta ve bütün yetişkin yaş gruplarında görülmektedir.

Yaşam boyu majör depresyon yaygınlığı (prevalans) %4.4 - %19.6 ve %17.1 yıllık yaygınlık kadınlarda %8, erkeklerde %3 civarında olduğu bildirilmiştir. Türkiye’de de bu konu ile ilgili yapılmış araştırmalar da vardır (Binbay, 2011). Türkiye’deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren çalışmanın tespit ettiği sonuçlara göre (Küey & Güleç, 1993):

- Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalans %10 dolayındadır;
- Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük (yaklaşık %10) nokta prevalans hızlarına sahiptir;

- Kronik fizik hastalığa sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeydedir (%4-8.8);
- Hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir.

Ülkemizde yapılan başka bir çalışma ise Sivas'ta yapılmış olup, çalışmada majör depresyon ayrı yaşayan, boşanmış ve dul olanlarda en yüksek oranda, evliler de en düşük oranda bulunmuştur (Doğan, 2010). Evlilik, depresyonu cinsiyetlere göre farklı etkilemektedir. Evlilik depresyon görülme sıklığını erkeklerde azaltırken, kadınlarda artırmaktadır (Altınay S. , 1999).

Depresyonun görülme sıklığına bakılacak olursa, farklı yaş gruplarında depresyon görülme sıklığının değişim gösterdiği görülmektedir. Depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Majör depresyon orta yaş ve 45 yaş altında daha sık görülür. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır. 60 yaşın üstündeki kişilerde depresyon oranı düşüktür. Bunun bazı nedenlerine bakılırsa; depresyon tanısı koymak yaşlılarda daha karmaşıktır (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). Öncelikle yaşlılar, depresyon belirtilerini bildirmekte gençlere göre daha az isteklidir. İkincil olarak, yaşlılarda görülen depresyon belirtileri yaşlılıktan kaynaklı bazı sağlık sorunlarıyla karıştırılabildiği için tanılama daha güç olmaktadır. Adolesan döneme baktığımızda ise gençlerin %24'ü 20 yaşından önce majör depresyon epizodunu deneyimlediği belirtilmektedir. Son olarak, gençlere oranla yaşlılarda bilişsel bozulmalar daha sık görüldüğünden depresif bozukluklar ile erken dönem bilişsel bozukluk belirtilerini ayırt etmek güçleşmektedir (Hoeksema, 2011)

1.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun etiyolojisinde genetik, psikolojik ve biyolojik etmenlerin rol oynadığı görülmektedir.

1.4.1. Genetik

Depresyonun genetik etiyolojisi araştırıldığına bazı çalışmaların Unipolar depresyonu olan kişilerin birinci derece yakınlarında, depresyonu olmayan kişilerin

birinci derece yakınlarına göre depresyon görülme olasılığının 2-3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. (Klein, Lewinsohn, Seely, & Rohde, 2001)

Genetik faktörleri inceleyen başka çalışmalarda ise; affektif bozukluklarda genetik, monozigot ikizlerde %50-100 arasında değişmekte iken, dizigot ikizlerde %25 oranında gözlenmektedir. Evlatlık çalışmalarında; biyolojik anne babalarında depresyon olan evlatlıkların, depresyona yakalanma ihtimali, biyolojik anne babalarında depresyon olmayan evlatlıkların depresyona yakalanma ihtimalinden daha yüksek bulunmuştur (Hoeksema, 2011).

1.4.2. Kuramsal Yaklaşımlar

Bu bölümde depresyonun gelişiminde etkisi olduğu düşünülen psikolojik görüşlerden bazıları psikanalitik görüşler, davranışçı kuram, bilişsel kuram, kişiler arası kuram, varoluşçu kuram olarak gösterilebilir. Bu bölümde, depresyon gelişiminde etkisi olan psikolojik etmenler detaylı olarak ele alınmıştır.

1.4.2.1. Psikanalitik ve Psikodinamik Etmenler

Freud tarafından geliştirilen klasik psikanalitik teoriye göre, depresyonda, gerçek ya da gerçek olmayan bir sevgi nesnesi kayıp olmuştur. Bunun sonucunda bireyde terk edilmişlik duygusu, öz güvende azalma ve benlik saygısında düşüş meydana gelmektedir. Kaybedilen nesneye karşı duyulan nefret ve saldırganlık dürtüleri zamanla bireyin kendisine dönmektedir. Birey içe alma ile, kaybedilen nesneyle özdeşim kurmaktadır. Bunun aslında bireyin kayıp duygusuna yönelik kullandığı bir savunma mekanizması olduğu düşünülmektedir (Alper, 2002). Psikanalitik yaklaşımda önemli bir yer tutan rüya analizi ile ilgili yapılan bir çalışmada depresif hastaların rüyalarında depresyonu olmayan hastalara göre hoş olmayan duygulanımlara daha sık rastlandığı bulunmuştur (Türkçapar & Sargın, 2012).

Bu kuramda depresyon bozukluğunun temelinde sevilen, önem verilen gerçek veya imgesel bir nesnenin gerçek ya da simgesel kaybı bulunur. Bu nesnelere genelde kişinin erken yaşlarındaki kıymetli kişilerdir. Analitik kuram kişinin erken dönemde bu tip bir kaybı yaşaması, yetişkinlik döneminde bir kayıp veya düş kırıklığı

yaşadığında bu durumun kişide depresyona sebep olabileceğini kabul eder (Clay, Anderson, & Dixon, 1993).

Karl Abraham ise depresyonun temelinde psikoseksüel sorunların yattığını öne sürer. Bireyin engellemelerle karşılaştığında geriye dönüş yaşadığı, saplantı gösterdiği ve bunun neticesinde depresyon yaşadığı ileri sürülmüş olup, saplantılı davranışlar kendini öfke gibi çeşitli duygular olarak göstermekte ve bunun sonucunda da depresyon belirtileri ortaya çıkmaktadır (Uzun, 2013).

1.4.2.2. Davranışçı Kuram ve Öğrenilmiş Çaresizlik

Depresyonda etiyolojik faktörleri açıklayan psikolojik görüşlerden bir diğeri Davranışçı kuramdır. Davranışsal teoriler yaşam stresinin depresyonu tetiklediğini çünkü pozitif pekiştiricileri azalttığını ileri sürer. Fester; cezalandırılma, ani çevre değişiklikleri, pekiştirmedeki değişikliklerin depresyona sebep olduğunu ileri sürerken, Skinner sosyal çevrenin pekiştiricileri durdurması sonucunda davranışta ortaya çıkan zayıflamayı depresyon olarak tanımlamıştır (Uzun, 2013).

Öğrenilmiş çaresizlik kavramını açıklamak gerekirse; kişiler bazı olumsuz yaşam olaylarını sık ve kronik bir biçime dönüşmüş olarak yaşadıklarında, bu durum kişilerde etraflarında yaşanan olumsuz olayların sonuçları üzerinde kontrol sahibi olma noktasında çaresiz olduklarına dair bir algı oluşur. Bu çaresizlik duygusu da kişilerde motivasyon kaybına yol açmakla beraber kişiler çevrelerinde kontrol edebilecekleri olgulara karşı da tepkisiz olmaya başlar. Bu öğrenilmiş çaresizlik durumu düşük motivasyon, pasiflik, kararsızlık gibi depresyon semptomlarına benzemektedir. (Seligman, 1975)

1.4.2.3. Bilişsel Kuram

Depresyonda etiyolojik faktörleri açıklamaya çalışan bir diğer psikolojik kuram bilişsel kuramdır. Bilişsel işlevlerle kastedilen şey genel yaklaşım olarak, klinik anlamda kişinin kendisi, çevresi, geleceği ve yaşantıları hakkında algı, anlamlandırma, düşünce, değerlendirme ve yorumlamalarıdır. Bilişsel kuramın ele aldığı temel kavramlar bilgi işleme süreci, algı, duyu ve biliş olarak gösterilebilir.

Beck, depresyona yatkın olan insanların bilişsel düzeylerinde zihinlerinde çarpıtılmış, gerçek dışı davranış kalıpları ve bilişler bulunduğunu ifade eder (Uzun, 2013). Bilişsel kurama göre, yaygın bilişsel yanlış yorumlamalar yaşam deneyimini olumsuz çarpıtma, kendini olumsuz değerlendirme, kötümserlik ve umutsuzluktur. Bu öğrenilmiş olumsuz görüşler daha sonra depresyon duygusuna yol açmaktadır. Bu yaklaşım çevresel nedenlerin birey üzerindeki etkisine odaklanmak yerine depresyondun nedenlerinin bireyden kaynaklandığını öne sürer. Depresyonu bir duygulanım bozukluğundan çok bir düşünce bozukluğu olarak ele alan bu yaklaşım dünyanın anlamsız, benliğin değersiz ve geleceğin umutsuz görülmesinin depresyonun ortaya çıkmasında temel öge olarak görür. Bu yaklaşımda bozulmuş düşünce biçimleri depresyonun köklerini oluşturur (Aslıhan, 1998).

Aaron Beck (1967) depresyonu olan kişilerin dünyaya negatif bilişsel üçlü çerçevesinden baktığını öne sürer. Bu kişilerin kendileriyle, dünyayla ve gelecekle ilgili olumsuz bakışı vardır. Bu kişiler yaşam olaylarına bakarken kendi negatif bilişsel üçlemelerini destekleyecek biçimde düşünürler; olumlu olayları reddeder ve olumsuz olayları abartırlar (Hoeksema, 2011).

Bilişsel kuram incelenirken üzerinde durulacak diğer kavram ise “bilişsel şemalardır. Şemalar bireyin önceki yaşantılarının ve öğrenmelerinin sonucu olarak belirlenmektedir. Şemalar kişinin maruz kaldığı uyaranları eleme, ayırt etme ve kodlama yoluyla şekillendirerek bilişleri oluşturan zihinsel örüntülerdir. Kişiler çevreden gelen uyaranlara belli şemalar ile cevap verirler. Depresyonda olan kişiler olumsuz şemaları daha sık kullanır ve çevreyle uzlaşma sağlayamaz, bunun sonucunda dışarıdan gelen uyaranlar gerçekte olduklarından farklı algılanır, kendi hakkında olumsuz düşünmeye ve bu düşünceye uygun şekilde olumsuz davranmaya başlar (Uzun, 2013).

1.4.2.4. Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Yönden Yaklaşım

Kişiler günlük yaşamlarında dış dünyayla sürekli bir iletişim halindedir. Kişilerin sosyal çevrelerinde iletişim içinde bulunduğu kişiler, bu kişilerle ilişkilerinde sahip olduğu roller, bağlanma ilişkileri gibi kavramlar bu kişiler arası ilişkiler yaklaşımının dikkat çektiği noktalar arasındadır.

Depresyonda kişiler arası ilişkiler, çoğulcu bütünleştirici görüşü temsil etmektedir. Bu nedenle depresyon ve umut yitimi, bağlanma ilişkilerinin oluşturulması, sürdürülmesi ya da yenilenmesindeki sorunlardan kaynaklanabilir (Aşkın, 1999). Sosyal çevre ve kişiler arası ortam, bozulmuş sosyal roller ve doyumsuz insan ilişkileri, depresyonda çok önemli etkenlerdir (Öztürk, 1997)

Kişilerarası ilişkilerle bağlı olarak depresyonun gelişiminde etkili olduğu düşünülen başka bir kavram ise sosyal faktörlerdir. Depresyona neden olan sosyal faktörler kişinin düşünce ve duygu yatırımı yapmış olduğu davranış şekilleridir. Bunlardan oluşan sosyal olaylar, çatışmalar sebebiyle veya yitirilen duygu yatırımları nedeni ile depresyona neden olmaktadır. Toplumsal ve kültürel normlar ile kişi arasında beliren çatışmalar strese ve depresyona neden olmaktadır. Yapılan araştırmalara göre bireylerin hızlı olmayan kültürel ve sosyal gelişimlere uyduğu, fakat hızlı gerçekleşen gelişmelere uyum konusunda sorun yaşadığı ve çatıştığı tespit edilmiştir (Köknel, 1989).

1.4.2.5. Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçu kuram; felsefedeki varoluşçu yaklaşımın psikolojiye uyarlanmış biçimidir. Bu kuramın depresyonla ilişkili olarak incelenebilecek en önemli yaklaşımları; geçmiş ve gelecekte ziyade yaşanan ana odaklanmak, bireyin denetim altında olmasındansa özgür bırakılması, insan yaşamını anlamlı kılmak, iç görü yöntemini kullanmak olarak belirtilebilir.

Varoluşçu yaklaşım incelendiğinde; M. Boss'a göre, depresif kişi; yaşam sorumluluklarını üstlenme anlamında kendisini varlığa ve yaşamın olanaklarına açmayan, dolayısıyla otantik, bağımsız ve özgür olamayan kimsedir. Bundan dolayı kişi kendisini başkalarının arzu, istek ve beklentilerine göre ayarlamaya, onların sevgilerini korumalarını yitirmemeye uğraşmaktadır ve depresyonda görülen suçluluk ve kendini küçük görme eğilimlerine bu varoluşsal suçluluk duygusu kaynaklık etmektedir (Alper, 1997).

1.4.3. Biyolojik Etmenler ve Beyin Anormallikleri

Depresyonla ilişkili başka bir faktör ise biyolojik nedenlerdir. Depresyonla ilişkili olan nörotransmitterler başlıca norepinefrin, serotonin ve dopamindir. Bu nörotransmitterler uyku, iştah ve duygusal süreci yöneten beynin limbik sistem bölümünde yoğun olarak bulunmaktadır. Nörotransmitterlerin işlevini etkileyen beyin hücrelerindeki bazı işlemler depresyon süresince ters işlev gösterebilir. Örnek olarak, nöronlarda tritofan ve tyrosine den sentezlenen serotonin ve nöropinefrin ile ilgili bazı çalışmalar göstermiştir ki, bu sentez işlemindeki anormallikler depresyon oluşumuna yol açar (Hoeksema, 2011).

Çalışmalarda depresyon tanısı almış kişilerin beyninin prefrontal korteks, hipokampus, amigdala ve cingulate bölgelerinde anormallik saptanmıştır. Çalışmalar kişilerde dikkat, kısa-sürelili hafıza, planlama ve problem çözme alanlarından sorumlu olan prefrontal korteksin ileri düzey depresyon hastalarında gri madde hacminin azaldığı görülmüştür (Dougherty & Rauch, 2007). Bunun yanı sıra yapılan EEG çalışmaları prefrontal korteksin sol tarafındaki beyin dalgası aktivitelerinin depresif kişilerde depresif olmayan kişilere oranla daha az olduğu saptanmıştır (Davidson, Pizzagalli, & Nitschke, 2009)

1.5. Depresyon Belirtileri

Bu bölümde depresyon belirtileri DSM-V'e göre tanı kriterleri ve klinik belirtiler olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir.

1.5.1. Majör Depresyon Bozukluğunun DSM-V e Göre Tanı Kriterleri

DSM-V'e göre majör depresyon tanı kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013);

Major Depresyon Bozukluğu

A- Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur.

1- Çökkün duygu durum neredeyse günün tamamına hâkimdir ve kişinin kendisi veya başkaları bu durumu bildirir.

2- Neredeyse bütün etkinliklerin tamamına karşı zevk alamama ve ilgi kaybı bulunur.

3- Kilo vermeye ya da almaya çalışmıyorken kilo alımı ya da artışı olur. Yemek yeme isteği artmış ya da azalmıştır.

4- Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5- Neredeyse her gün psikodevinsel kışkırtma ya da yavaşlama gözlemlenir.

6- Neredeyse her gün bitkinlik ya da enerji düşüklüğü.

7- Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı suçluluk duyguları.

8- Neredeyse her gün düşünmekte ve odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.

9- Yineleyici ölüm düşünceleri ya da öznel bir eylem tasarlama.

B- Bu belirtiler, klinik, toplumsal ve işlevsel anlamda sıkıntıya yol açmaktadır.

C- Bu belirtiler madde kullanımı, başka bir sağlık durumu veya nörolojik bir durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D- Bu dönemi ortaya çıkaran şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış durumlarla daha iyi açıklanamaz.

E- Hiçbir zaman bir mani ya da hipomani dönemi geçirmemiştir.

1.5.2. Klinik Belirtiler

Depresyonda klinik olarak gözlemlenebilecek bazı belirtiler mevcuttur. Depresyonda genelde bulunan başlıca belirtiler; bunaltı ruh hali, çökkünlük, psikomotor yavaşlık, istekte azalma, yorulmada çabukluk, önceden zevk alınan şeylerden artık zevk alamama, ilgilerin sınırlanması, dalgınlık, dikkat toplamada güçlükler, gelecekte umutsuzluk ve geçmişten pişmanlık, uyku bozuklukları, iştahta azalma, cinsel istekte azalma, intihar düşünceleri olarak sıralanmıştır (Öztürk, 1997).

Klinik bulgulara bakıldığı zaman kişilerde anhedoni- zevk alamama durumu görülebilir. Bunun yanı sıra arkadaşlar ve aileden uzaklaşma, güdülenme yokluğu ve engellenmeye dayanma gücünde azalma, göz temasında azalma, vücudun öne eğilmesi, kişisel görünüme dikkat etmeme depresyonun klinik bulguları arasında gösterilebilir (Kaplan & Sadock, 1995).

Bazı hastalarda kaygılı, öfkeli, tedirgin olmakla beraber ağlama nöbetleri geçirme ve yerinde duramama görülür (Küllü, 2008). Hastalar kendilerini sabaha oranla akşam daha iyi hissedebilir, anksiyete sabah erken saatlerde daha belirgindir (Tan, 2008). Hastalarda yerinde duramama, sürekli dolaşma, el ovuşturma, saçları, deriyi, giysileri ya da diğer objeleri ovma ya da çekiştirme görülebilir (Geçtan, 2006).

Depresyon görülen kişilerde çabuk öfkelenme, çevresindekilerden nefret etme, nadir de olsa sevdiklerine karşı bütün duygularını kaybetme gözlenebilir (Öztürk, 1997).

Depresyon hastalarında vejetatif belirtiler olarak bilinen libido kaybı, iştahsızlık, yorgunluk, adet düzensizliği, uykusuzluk veya aşırı uyuma diğer klinik bulgular arasındadır. Bunun yanı sıra çökkün duygudurum, konuşmanın azlığı ya da konuşmama, tek hecelerle, uzun aralıklarla konuşma ve konuşmanın hafif, düşük tonda ve monoton sürmesi sık görülen bulgular arasındadır (Kaplan & Sadock, 1995). Kendilerini ifade ederken sıkıntı, mutsuzluk, karamsarlığı anlatan kelimeler seçebilir. Mimiklerle olumsuz duygularını yansıtır (Köknel, 1989).

Depresyonda görülen düşünce içeriklerinde ise; karar vermede zorluk (Köknel, 1989), kişinin gelecek ile ilgili olumsuz beklentileri ve bu beklentilerin hiç değişmeyeceği yönündeki inançlar sık görülür (Geçtan, 2006). Çökkün hastaların %60'ında öz kırım düşünceleri ve %15'inde tamamlanmamış öz yıkım; obsesif yinelemeler, yaygın umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk duyguları; bedenle ilgili zihinsel uğraşlar, kararsızlık; içerik yetersizliği, varsanı ve sanrılar görülür. (Kaplan & Sadock, 1995)

Depresyon geçirmekte olan kişilerdeki bedensel yakınmalar ise depresyonu maskeleyebilir, özellikle kalp sindirim sistemi, boşaltım sistemi, sırtın alt tarafında ağrı ve ortopedik yakınmalar görülür (Kaplan & Sadock, 1995). Depresyon hastalarında huzursuzluk, gerginlik ve sıkıntı sonucunda kalp çarpıntısı, nefes darlığı, yutkunma güçlüğü, tansiyon değişiklikleri, vücutta yanma ya da karıncalanma görülebilir (Tan, 2008).

Depresyon değişik yaşlarda farklı şekillerde görülebilir (Kaplan & Sadock, 1995):

- Puberte ncesi: Somatik yakınmalar, ajitasyon, tek sesli işitsel varsanılar, kaygı bozuklukları ve fobiler.
- Ergenlik: Madde kötüye kullanımı, antisosyal davranış, huzursuzluk, okuldan kaçma, okul güçlükleri, gelişigüzel cinsel ilişkiler, reddedilmeye aşırı duyarlılık, yetersiz temizlik.
- Yaşlılık: Bilişsel kusurlar (bellek yitimi, yönelim bozukluğu ve konfüzyon, demans ya da depresyonun defans sendromu, apati)

1.6. Depresyonda Farmakoloji Harici Tedavi Yöntemleri

Depresyonda akut dönemde kısmen düzelme olduktan sonra, fayda ve gerekliliği ispatlanan psikososyal seçenekler söz konusu olmaktadır (Yüksel, 2000). Bu bölümde depresyon tedavisinde kullanılan farmakoloji (ilaç) tedavisi harici uygulamalardan söz edilmektedir.

1.6.1. Psikoterapi

Psikoterapilerin, depresyonda ilaç tedavisi haricinde veya eş zamanlı olarak en sık kullanılan yöntem olduğu söylenebilir. Psikoterapiler, terapistin yönelimine ve hastanın ihtiyaçlarına göre değişim gösterebilir. Bu yaklaşımlar ayrı ayrı kullanılabilir gibi, eklektik olarak hastanın ihtiyaçları doğrultusunda bir arada da kullanılabilirler.

1.6.1.1. Psikodinamik Terapi

Psikodinamik terapilerin depresyon tedavisinde etkili olduğu saptanmıştır (Leichsening, 2001; Leichsening & Rebung, 2008). Dinamik Psikoterapi yüksek benlik ideallerine ulaşamayan kişinin bilinçdışı çatışmalar ve hayal kırıklıkları üzerinde yoğunlaşır (Elbi Mete, 2008).

Psikodinamik terapi sürecinde, hastanın kişilik örgütlenmesinin anlaşılması, çocukluk dönemi saplantıları, yas gibi kavramlar gündeme alınabilir. Psikoseksüel

evreler, savunma mekanizmaları ve bilinçdışı süreçler bu terapi yönteminde önemli olmakla birlikte serbest çağrışım, rüya yorumlama gibi uygulamalar Psikodinamik terapilerde kullanılan teknikler arasında gösterilebilir.

Depresyonun dinamik yönelimli tedavisinden terapistle iş birliği ilişkisinde hareket edebilen, yeterli iç görü sahibi, bireysel ilişkilerinde tutarlı olan hastaların fayda sağlaması daha olasıdır. Bu terapide amaç, depresyonla alakalı çatışmalara çözüm bulmaktır (Yüksel, 2000).

1.6.1.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı, ‘şimdi ve burada’ ile ilgilenen, davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş, bir tedavi şeklidir (Demiralp & Oflaz, 2007). Kişinin kendisi, çevre ve gelecekle ilgili inanç, ve tutumlarının değiştirilmesini hedefleyen (Elbi Mete, 2008) ve depresyon tedavisinde etkili bu terapi modeli olan BDT, kişinin otomatik düşünceleri ve bilişsel kalıpları ve çaresizlik duyguları tarafından belirlenen duygu durumuna ve davranışına yönelik uygulanır. Bilişsel tedaviler uygun olmayan, işe yaramayan tutumları, olumsuz içerikli düşünceleri irdeleyip değiştirmeyi amaçlar (Yüksel, 2000).

İş birliğine dayalı bir terapi yöntemi olarak ifade edilebilen BDT depresyonda; umutsuzluk, eylemsizlik, sosyal çekinme gibi uyumsuz düşünce biçimlerini ve olumsuz zihinsel tasarımları yok etmeye yönelik planlanabilir ve bu terapi yönteminin kısa süreli, yapılandırılmış olduğu ifade edilebilir. Bu terapi yönteminde ev ödevi ve sistematik duyarsızlaştırma gibi yöntemlerin kullanıldığı söylenebilir.

BDT üç temel önermeye dayanmaktadır: bilişsel aktivite davranışı etkiler, bilişsel aktivite izlenebilir ve değişebilir, istenilen davranış değişikliği bilişsel değişim yoluyla sağlanabilir. (Dobson, 2001; Cox, ve diğerleri, 2012)

1.6.1.3. Davranışçı Terapi

Davranışsal terapi kişilere çevreleriyle ve diğer insanlarla ilişkileri hakkındaki bilişsel ve davranışsal kalıplarını değiştirmelerine yardım ederek pozitif pekiştireçlerin artırılması ve caydırıcı unsurların azaltılmasını sağlama odaklıdır. (Hollon, Haman, & Brown, 2002) Davranışçı terapiler kısa süreli planlanır ve ortalama 12 haftada sonlandırılır (Hoeksema, 2011).

1.6.1.4. Aile ve Çift Terapisi

Depresyonda Aile ve çift terapisinin kullanımı aile içi dinamiklerin, depresyonun oluşturulması ve devam ettirilmesinin ana nedeni olabileceği varsayımıyla hareket eder. Başka bir bakışa göre de ortaya çıkan depresyon önceden var olmayan aile problemlerinin oluşmasına neden olabilir. (Samancı & Ekici, 1998; Ünal & Özcan, 2000)

Sorunlarını bir araya gelip çözebilen, birbirine duygusal olarak bağlı ve birbirlerinin özgürlüklerini önlemeyecek şekilde ilgili, herkesin kendi rolünü etkili bir biçimde yerine getirebildiği, birbirlerinin davranışlarını aşırıya kaçmadan kontrol eden ve aralarında açık ve dolaysız bir iletişim bulunan aileler, işlevlerini yerine getirebilen, sağlıklı aileler olarak tanımlanmıştır (Ebstein, Baldwin, & Bishop, 2007).

Aile ve çift terapisinin depresyon tedavisinde kullandığı modeller:

- Sistemik aile terapisi
- Psikoegitsel aile terapisi
- Davranışsal aile terapisi
- Nesne ilişkileri aile terapisi
- Yapısal aile terapisi
- Çözüm odaklı aile terapisi

1.6.1.5. Destekleyici Terapi

Bireyin, depresyon öncesi psikolojik bütünlüğünün tekrardan inşasını sağlamak, önlem olarak kişinin işlevselliğinin daha fazla zarar görmesini engellemek,

olumlu yanlarının algılanması sağlamak depresyonda destekleyici terapilerin amaçlarındandır (Yüksel, 2000).

1.6.1.6. Kişilerarası Terapi

Klerman, Weissman ve arkadaşları tarafından 1970’de unipolar depresyon tedavisi için geliştirilen KİT, depresyonu kişilerarası ve psikososyal durumlarla açıklar. Depresyona sebep olan kişilerarası ilişkileri çözmek KİT’in amaçlarındandır ve şimdi ve burada prensibine odaklanır (Klerman, Dimascio, Weissman, Prusoff, & Paykel, 1974)

Kişilerarası Terapi’nin aşamaları (Alkan, 2007)

1. Aşama: Depresyon belirtilerini değerlendirme, bu belirtilerin kişilerarası ilişkilerdeki sorunlarla ilişkilendirme, sağaltım sürecinin odağını belirleme
2. Aşama: Sosyal rol değişiklikleri, rol çatışmaları, komplike yas gibi alanlardan birine odaklanır.
3. Aşama: Sağaltımın kazanımları gözden geçirilir, hastanın güçlü yanları desteklenir.

Yineleyen depresyon geçiren hastalar için KİT depresyonun akut (12-16 hafta) tedavisi olarak uzun süreli koruyucu strateji olduğu ifade edilmiştir (Klerman, Dimascio, Weissman, Prusoff, & Paykel, 1974; Frank, ve diğerleri, 1990; Stuart & O’Hara, 1995).

1.6.1.7. Elektrokonvülsif Terapi (EKT)

Öz kırım riski yüksek, gıda almama, susuz kalma gibi uzun tedavi sonucunu beklemenin riskli olduğu durumlarda veya diğer tedavilerin denenip başarısız olduğu durumlarda EKT (şok tedavisi) önemli rol oynamaktadır. EKT önlem alınmış ortamda hastaya grand mal epileptik nöbet geçirtilmesidir (Elbi Mete, 2008)

EKT aşağıdaki koşullar söz konusu olduğunda depresyon tedavisinde birinci öncelikte kullanılır (Tomruk & Oral, 2007) :

- Yüksek intihar riski
- Kesin hızlı yanıt gerekliliği
- Tedaviye dirençli depresyon
- Ağır psikomotor retardasyon
- Beslenememe ya da fiziksel durumda bozulma
- Antidepresan ve antipsikotiklerin olası teratojen etkilerinden endişe edilen gebelik

1.6.1.8. Işıık Tedavisi

Kış depresyonu geçiren bazı hastalarda parlak beyaz ışığın depresyon belirtilerine iyi geldiği gözlemi ile sabah ya da akşamları 30 dakika ışık uygulaması tedavisidir (Elbi Mete, 2008).

2. BÖLÜM GEBELİK

Gebeliğin kadınların yaşamındaki en önemli deneyimlerden biri olduğu söylenebilir. Kadınların gebeliği algılayış biçimi, fizyolojik faktörler gibi faktörlere bağlı olarak değişim gösterebileceği gibi bu araştırmada da incelendiği üzere bu algı psikososyal faktörlere, önceki gebelik deneyimlerine göre de değişim gösterebilmektedir. Araştırmanın bu bölümünde gebelik hakkında genel bilgilerle beraber gebelik depresyonu hakkında bilgiler yer almaktadır.

2.1. Jinekolojik ve obstetrik bilgiler

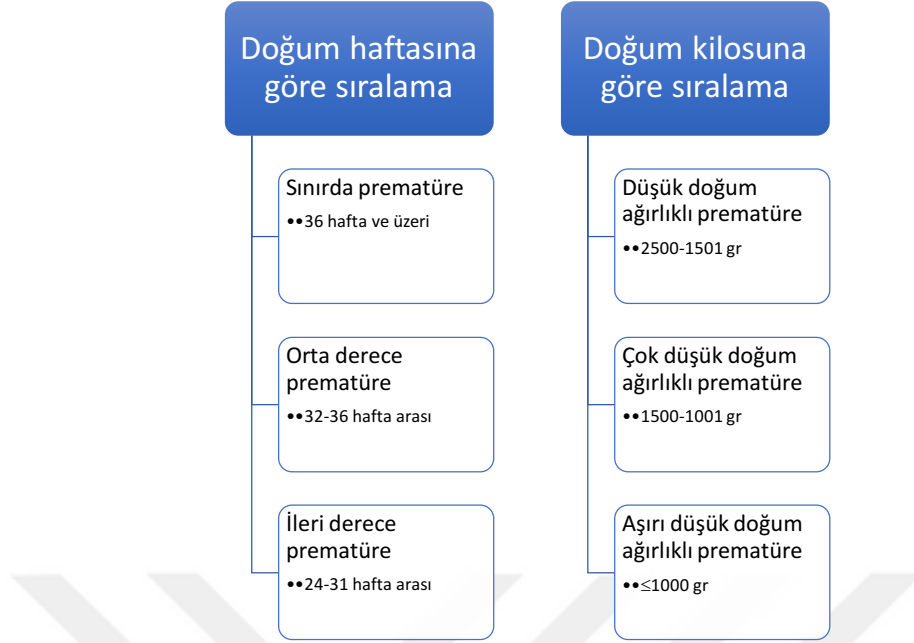
Gebelik süresi gebenin son âdet kanamasının ilk gününden doğuma kadar geçen süre olarak tanımlanır. 38 ile 42 hafta arasında değişmekle beraber normal bir gebelik süresi 40 haftadır. Zamanında, miadında doğum olarak nitelendirilen yeni doğanlar bu süre içinde doğan bebeklerdir (Olçay, 2002). Önceleri yeni doğanın dış ortamda yaşayabilme sınırı 28 hafta olarak belirtilirken, bilimsel gelişmeler neticesinde 24 haftaya kadar inmiştir (Yeşinel, 2006).

2.1.1. Prematüre Doğum

Son adet tarihinden itibaren 37. Gebelik haftasından önce doğan tüm canlı doğumları Dünya sağlık örgütü (WHO) “prematüre doğum” olarak isimlendirmiştir. (Behrman, Kliegman, & Jenson, 2000).

2.1.1.1. Prematüre Sınıflandırması

Prematüre doğumlar bebeğin doğum haftası ve doğum kilosunu baz alarak iki farklı şekilde sınıflandırılır.



Şekil 1. Prematüre Sınıflandırması

Kaynak: (Behrman, Kliegman, & Jenson, 2000; Olcay, 2002)

2.1.2. Kürtaj

Gebelik gerek tıbbi zorunluluklar gereği gerekse isteğe bağlı olarak yasal sınırlamalar çerçevesinde hekim tarafından sonlandırılabilir.

Gebelik kürtajı, rahim içine yerleşmiş olan gebeliğin kadının kendi isteğiyle veya tıbbi zorunluluk nedeniyle yazılı onay alarak çeşitli yöntemlerle hekim tarafından sona erdirilmesi işlemidir (Şahin, Cevahir, & Sözeri, 2003).

2.1.3. Düşük

Bazı gebelikler düşük ile sonlanabilir. Düşük; 20. haftadan önce gebeliğin kendiliğinden sonlanmasına denir. Düşük de meydana geldiği hafta itibarıyla ikiye ayrılır; 12-20. Hafta arasında gerçekleşen düşükler geç abortus olarak tanımlanırken, 12. Gebelik haftasından öne gerçekleşen düşükler erken abortus olarak adlandırılır (Taşhan, 2007).

2.1.4. Doğum Şekilleri

Doğumlar gerçekleşme biçimine göre ikiye ayrılır. Doğal yolla gerçekleşen doğumlar ve operasyonla yöntemlerle gerçekleşen doğumlar olarak gruplandırılırlar.

2.1.4.1. Doğal Doğum (Normal Doğum)

Doğum eylemi, düzenli gelip giden rahatsız edici sancılı uterus kasılmalarının serviksin giderek incelmesine (silinmesine) ve genişlemesine (dilatasyonuna) yol açtığı fizyolojik bir süreçtir (Zlatnik, 1997). Evreleri itibariyle üçe ayrılır;

Açılma Periyodu: Eylemin başlangıcı ile başlar ve servikal dilatasyon 10 cm olunca biter (Russel, Manoj, & Biswas, 1994).

İtilme Periyodu: Tam servikal açıklıktan başlayarak bebeğin doğumuyla sonlanır.

Doğum Sonu Periyodu: Bebeğin doğumundan sonra plasenta ve membranların çıktığı evredir (Gürgüç, 1987; Öncel, 1968)

2.1.4.2. Sezaryen Doğum

Sezaryen, fetüsün karın yoluyla uterus duvarına yapılan insizyondan doğurtulmasıdır (Özgünen & Evrüke, 2001).

Tıbbi olarak zorunlu gerçekleştirilen sezaryen doğumlar haricinde kadınların kendi istekleri üzerine yani planlı sezaryen ile doğum yapmak istemelerinin çeşitli sebepleri bulunmaktadır. Bu eksende yapılan çalışmalar göstermiştir ki; gebelerin doğum konusundaki bilgi eksiklikleri, doğum ağrısı korkusu, doğumhane korkusu, doğumda psikolojik destek yoksunluğu, epidural anestezinin bir seçenek olarak sunulmaması ve hakkında yeterli bilgilendirme yapılmaması gibi etkenler gebelerin planlı sezaryene yönelmelerine sebep olmaktadır (Hotun Şahin, 2009).

2.2. Gebelik depresyonu (Antenatal depresyon)

Depresyon, farklı düzeylerde, hamilelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (Ayvaz, Hocaoglu, Tiryaki, & Ak, 2006). Antenatal depresyon temel bir bozukluk

olmasına karşın doğum sonrası (postpartum) depresyon kadar hakkında araştırma yapılmış bir alan değildir (Lee & Chung, 2007). Öncelerde gebelik ruhsal bozukluklar için koruyucu faktör olarak düşünülse de (Lee, ve diğerleri, 2004) bu durum yapılan çalışmalar neticesinde değişiklik göstermiştir. Bu değişikliğin nedenlerine bakıldığı zaman gebelerin, gebeliklerini algılama biçimine göre farklılık gösterdiği görülmektedir; kadınlar gebeliklerini neşe, olgunluk, doyum, mutluluk kaynağı olarak algılayabilecekleri gibi aynı zamanda stres, endişe, kaygılı bekleyiş gibi olumsuz duygulanım yaşadıkları bir dönem olarak da görebilirler (Özkan, 1993). Gebelik depresyonu fetüsü ve anneyi olumsuz etkilemesinin yanı sıra postpartum (doğum sonrası) depresyon geliştirmesi için bir risk faktörü olduğundan mümkün olan en erken zamanda tanınıp tedavi için gerekli planlamaların yapılması gerekmektedir. (Bunevicius R. , ve diğerleri, 2009)

2.2.1. Gebelik Depresyonunun Yaygınlığı

Depresif belirtilerin gebelerde görülme sıklığı %12-36 arasında değişmektedir. Antenatal depresyon (gebelik depresyonu) öz kıyım girişimini ve doğum sonrası depresyon (postpartum) geliştirme riskini artırma ihtimali olan bir durumdur (Yeşilçiçek Çalık & Aktaş, 2011). Kültürlerarası yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon belirtilerinin görülme sıklığı Macaristan'da %17.9 (Bödecs, Horvath, Kovács, Németh, & Sándor, 2009), Amerika'da %20 (Marcus, Flynn, Blow, & Barry, 2003), Kanada'da %25 (Deborah, Larouche, Dritsa, & Brender, 2000), Finlandiya'da %30 (Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila, & Ylikorkola, 2000) olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada depresyon yaygınlığı; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bildirilmiştir (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004). Ülkemizde gebelik depresyonu üzerine yapılan çalışmaların sayısı fazla olmamasına rağmen, Kesme puanı 17 ve üzeri olarak alınan Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığı; %27.9 (Altınay S. , 1999), %36.3 (Sevindik, 2005) olarak bulunmuşlardır.

Antenatal depresyonun düzeylerine yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında; gebelerin %46.6'sında depresif belirti olmadığını, %34.5'inde hafif, %13.9'unda orta düzeyde, %4.8'inin de ağır depresif belirtilerinin olduğunu öne sürülürken (Yeşilçiçek

Çalık & Aktaş, 2011), başka bir çalışmada; gebelerin %30'unda depresif belirti olmadığını, %33.8'inde hafif, %23.8 ininde orta ve %12.5'inin de ağır düzeyde depresif belirti bildirmiştir (Sevindik, 2005). 36 ve üzeri gebelik haftası yaşayan gebelerde depresyon sıklığı araştırılan çalışmada ise; gebelerin %42.3'ünün hafif, %39.4'ünün orta ve %18.3'ünün şiddetli ve ağır depresyon belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir (Vırt, Akbaş, Savaş, Sertbaş, & Kandemir, 2008)

2.2.2. Gebelik Depresyonu Belirtileri

Antenatal depresyonun belirtilerine baktığımız zaman, gebelikte görülen depresyon belirtilerinin genel depresyon belirtilerinden farklı olmadığını ancak, gebelik depresyonunda somatik belirtilerden mide rahatsızlıkları, sık nefes alıp verme, baş ağrısı gibi yakınmaların daha sık görüldüğü söylenebilir (Bowen & Muhajarine, 2006). Gebelikten kaynaklanan fizyolojik rahatsızlıklardan uyku ve iştah değişimleri, istek kaybı ve enerji düşüklüğü gibi belirtiler majör depresyon belirtileri ile örtüştüğü için, gebelikte depresyon tanısı sıklıkla atlanır veya tanı koymayı daha karmaşık bir hale getirir.

2.2.3. Gebelik Depresyonu Etkileyen Risk Faktörleri

Çalışmalar depresyonda genetik faktörlerin etkisinin %40-50 arasında olduğunu göstermiş olsa da (Nestler, ve diğerleri, 2002), duygudurum bozuklukları ile ilgili yapılan genetik çalışmalar, özel duyarlılık genleri veya bu genlerin kalıtım düzeni hakkında henüz kesin bir kanıt bulamadı (Duffy, Grof, Robertson, & Alda, 2000).

Depresyonla ilişkili çevresel faktörler stres (fiziksel, zihinsel, duygusal travma), viral enfeksiyonlar, hormonal bozukluklar, kronik hastalıklar (Nestler, ve diğerleri, 2002) gibi unsurları barındırır. Fakat, bu çevresel etmenler tek başına etki etmezler, hastalığa genetik yatkınlık var ise, bunun riskinin artırırılar.

Genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin yanı sıra antenatal depresyon geliştirilmesinde etkili olan sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerden de bahsedilebilir. Sosyal risk faktörleri partner yokluğu veya evlilik sorunları (Burcusa & Iacono, 2007), düşük sosyoekonomik seviye (Lorant, ve diğerleri, 2003), sosyal izolasyon (Forman, Videbech, Hedegaard, Salvig, & Secher, 2000), başlıca yaşam

olayları, aile içi şiddet (Leigh & Milgrom, 2008) gibi unsurları içerirken, psikolojik faktörler arasında anksiyete (Milgrom, ve diğerleri, 2008) ve depresyon geçmişi (Rich-Edwards, ve diğerleri, 2006) sayılabilir.

Antenatal depresyonun ortaya çıkmasında birçok risk faktörü vardır. Yapılan bir çalışmanın sonucu gebelik depresyonu için; düşük benlik saygısı, gebelikte anksiyete, düşük sosyal destek, olumsuz bilişsel stil, önemli yaşam olayları, düşük gelir ve istismar öyküsü gibi faktörlerin belirleyici olduğunu göstermiştir (Leigh & Milgrom, 2008). 230 gebe üzerinde yapılan bir çalışmada ise gebeliğin ilk trimesterında şiddetli bulantı ve kusmanın gebelikteki yaşanan anksiyete ve depresyonla ilişkisinin olduğu saptanmıştır (Köken, ve diğerleri, 2008). Antenatal depresyonu etkileyen sosyo-demografik faktörler incelendiğinde; gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında evlilik süresi, eğitim düzeyi, hane bireyi sayısı gibi unsurların etkili olduğu görülmüştür (Vırit, Akbaş, Savaş, Sertbaş, & Kandemir, 2008).

Gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkması hakkında yapılan bir başka çalışmada adolesan gebelik veya daha küçük yaşta yaşanan gebeliklerin depresyon için risk faktörü oluşturduğu bulunmuştur (Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007). Bir başka çalışmada ise erken yaşta gebe kalma ve istenmeyen gebelik durumu ile depresyon belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Lau & Keung, 2007).

Gebelerin gelir düzeyi de gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili bir faktördür. Bunun hakkında yapılan bir çalışma gelir getiren bir işte çalışmayan gebelerde depresyonun daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Bödecs, Horvath, Kovács, Németh, & Sándor, 2009), Bu araştırmayı destekler nitelikte olan bir diğer çalışma da gelir düzeyi düşük gebelerde depresyonun, gelir düzeyi yüksek gebelere oranla anlamlı biçimde arttığı bulunmuştur (Leigh & Milgrom, 2008)

Gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olan diğer etmenler ise; olumsuz gebelik deneyimi (düşük, kürtaj), gebelikte yaşanan duygusal ve fiziksel sorunlar (Altınay Cebeci, Aydemir, & Göka, 2002), evlilik uyumu (Gözüyeşil Yalçın, Şirin, & Çetinkaya, 2008), gebelikte kilo alma gibi fizyolojik değişiklikler (Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton, & Milgrom, 2009), gebelik anksiyetesi (Bödecs,

Horvath, Kovács, Németh, & Sándor, 2009) ve doğum korkusu (Sidebotham, 2008) olarak sıralanabilir.

Antenatal depresyonun üzerinde durulması gereken önemli risk faktörlerinden biri de sosyal destek eksikliğidir. Gebelerin sosyal destek alma durumları ile depresyon geliştirmeleri arasında bir ilişki bulunmaktadır (Vırt, Akbaş, Savaş, Sertbaş, & Kandemir, 2008). Gebelerin sosyal destek alma durumları ile depresyonları arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğunu belirlenmiştir (Aktaş, ve diğerleri, 2009). Kanada’da yapılan bir çalışmada (Xie, He, Koszycki, Walker, & Wen, 2009), gebelikte düşük düzeyde sosyal destek sistemine sahip olanlarda hem gebelik hem de postpartum depresyon riskinin anlamlı derecede arttığı gözlenmiştir.

2.2.4. Gebelik Depresyonunun Tedavisi

Gebelik depresyonun tedavisine baktığımız zaman farklı yaklaşımlar göze çarpmaktadır. Bu yaklaşımlar aşağıda verilmiştir.

2.2.4.1. Psikoterapi

Gebelik depresyonunda kullanılan yöntemler arasında fizyolojik yan etkileri nedeniyle ilaçtan daha sık psikoterapi yönteminin kullanıldığı ifade edilebilir. Genel depresyonda kullanılan psikoterapi yöntemleri ile gebelik depresyonunda kullanılan psikoterapi yöntemleri benzerlik göstermektedir.

2.2.4.1.1. Psikodinamik Psikoterapi

Dinamik Psikoterapide önemli olan bir kavram “aktarım”dır. Antenatal depresyon tedavisinde kullanılan dinamik yaklaşım da hastanın terapistine yönelik aktarım duyguları geliştirmesi ve bağlanması üzerinde durur. Terapist hastanın öyküsünü dinlerken depresyonun temelindeki dinamik sebepleri kavramaya çalışır. Terapist burada daha açıklayıcı ve araştırmacı bir role sahiptir ve hastaya yaşamında yeni yollar bulması için yardım eder (Durat, 2003).

2.2.4.1.2. Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT)

KİT, günlük kişilerarası ilişkiler ile kişilerin ruhsal sorunlarının bağlantılı olduğu varsayımı üzerine inşa edilmiştir. Bu terapide amaç, gebenin depresif belirtilerinin azaltılması ve güncel kişilerarası ilişkilerini çözümlayebilmeleri için gerekli sosyal becerileri kazanmasıdır (Alkan, 2009).

2.2.4.1.3. Bilişsel Davranışsal Terapi (BDT)

BDT, “şimdi ve burada” ile ilgilenen ve kişilerin üstesinden gelemedikleri günlük yaşam olaylarıyla baş etme becerileri geliştirmelerinde yardım eden ve bu doğrultuda davranışçı psikolojik danışma kuramından yola çıkarak inşa edilen bir psikoterapi yöntemidir (Demiralp & Oflaz, 2007). Gebelikte BDT uygulamaları ise gebelerin gebelik sürecine uyumu ve gebelikte karşılaşılan sorunlarla baş etme mekanizmalarının geliştirilmesiyle ilgilidir. Gebelerin memnuniyet düzeyinin artırılması, istenmeyen davranışların azaltılması ve sosyal becerilerin geliştirilmesi gebelikte BDT uygulamalarının temel amaçları arasındadır (Demiralp & Oflaz, 2007).

2.2.4.2. Farmakolojik Tedaviler

Antenatal süreçte çıkan depresyon belirtilerinin tedavisinde ilaç kullanımı hakkında çeşitli bilgiler vardır.

Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve trisiklik antidepresanlar antenatal depresyonda en sık kullanılan ilaç gruplarıdır (Ter Horst & Smit, 2009). Literatürü incelendiği zaman gebeliğin son trimesterinde SSRI grubu antidepresan kullanan annelerin bebeklerin 30% unda neonatal depresyon belirtilerinin görüldüğü belirtilmiş olmakla birlikte bu bulguların bebekte hipotermi, hipoglisemi, bulantı, huzursuzluk, anormal kas tonüsü, solunum sıkıntısı, yeme bozukluğu ve taşikardi olarak bildirilmiştir (Muzik, Marcus, Heringhausen, & Flynn, 2009).

Bunun yanı sıra göz ardı edilmemesi gereken en önemli husus ortaya çıkarılmamış, fark edilmemiş veya atlanmış gebelik depresyonunun hem gebe hem de fetüs için risk oluşturduğudur. Yapılan bir çalışma göstermiştir ki; ileri düzeyde

gebelik depresyonu belirtileri gösteren gebelerin %86'sı herhangi bir tedavi almamaktadır (Bowen & Muhajarine, 2006). Gebelik depresyonunun tedavisi için gebenin çok yönlü değerlendirilmeye alınması ve uygun tedavi yönteminin belirlenmesi gerekir.

2.2.4.3. Farmakoloji Dışı Teknikler

Gebelikte uygulanan psikoterapi dışında farmakolojik olmayan diğer yöntemlere; masaj, yoga, meditasyon, egzersiz ve Elektrokonvülsif Terapi (EKT) örnek olarak gösterilebilir (Dimidjian & Goodman, 2009). Bunun yanı sıra, beslenme düzenleme ve özellikle omega-3 takviyesi de depresyon süresince uygulanan yöntemler arasındadır (Leung & Kaplan, 2009).

Bunların yanı sıra, Işık tedavisi farmakolojik yaklaşıma alternatif olarak kullanılabilir ve antenatal depresyonun tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Güdücü, Çalıyurt, Vardar, Tuğlu, & Abay, 2005).

3. BÖLÜM

PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

İnsanlar yaşamlarında stres kaynağı olan, yaşamlarını güçleştiren ve başa çıkmaları gereken birçok sorunla karşılaşır. Bu stres kaynağı yaşantılar günlük yaşam olaylarını kapsayabilirken bazıları ise travmatik yaşantılar olabilir. Bazı insanlar bu tip olayların üstesinden gelmekte zorluklar yaşarken kimileri ise bu tip olaylarla başa çıkmaya diğerlerine nazaran daha yatkındır. Bu kişilerin psikolojik dayanıklılığının yüksek bireyler olduğu söylenebilir. Bu bölümde “Psikolojik Dayanıklılık” kavramı detaylı olarak ele alınmıştır.

3.1. Psikolojik Dayanıklılık Tanımı

Psikolojik dayanıklılık kavramının çeşitli tanımlarına bakmadan önce bu kavramın literatürde yer alan farklı çevirilerine bakmak faydalı olacaktır. İngiltere’de “Resilience” olarak kullanılan psikolojik dayanıklılık kavramı Türkçeye çeşitli biçimlerde çevrilmiştir. Bu çalışmada da kullanılacağı gibi “psikolojik dayanıklılık” olarak kullanılan bu kavram (Eminağaoğlu, 2006), “yılmazlık” olarak da ele alınırken (Öğülmüş, 2001), başka bir çalışmada bu kavram “kendini toparlama gücü” olarak belirtmiştir (Terzi, 2008).

“Psikolojik dayanıklılık” kavramı yerine farklı araştırmacılar tarafından birbirinden farklı kavramlar kullanıldığı gibi, bu kavramla ilgili farklı tanımlamalar da mevcuttur. Köklerini özellikle bireyin travmaya verdiği tepki, yoksulluk ve şizofreni konularında yapılan araştırmalardan alan psikolojik dayanıklılık kavramını (Cicchetti & Garmezy, 1993) iyi uyum süreci olarak da ele alınmış ve bu iyi uyum sürecini problemlerle karşılaşma, travma, tehdit ve stres kaynaklarının oluşturduğu belirtilmiştir (Windle, 2011). Amerikan Psikoloji Derneği, psikolojik dayanıklılığı; kişiler tarafından sıkıntı, travma, trajedi, tehdit gibi stres kaynaklarına karşı gösterilen adaptasyon süreci olarak tanımlamaktadır (Southwick, Bonanno, Masten, Panter Brick, & Yehuda, 2014).

Psikolojik Dayanıklılık kavramının diğer tanımlarına bakılacak olursa; araştırmacılar tarafından kişinin yaşamındaki zorlukları içinde barındıran ve olumlu

adaptasyonu da kapsayan dinamik bir süreç olarak ele alınan psikolojik dayanıklılık kavramı (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000) aynı zamanda bir karakter, kişilik ve başa çıkma yeteneği olarak da tanımlanmıştır (Agaibi & Wilson, 2005).

Yıkıcı olayların etkilerini izole edebilme yeteneği olarak da tanımlanan psikolojik dayanıklılık (Bonanno, 2004; Masten A. , 2001), ciddi tehdit ve risklerin yarattığı koşullara adaptasyon sağlayarak iyi sonuçlar elde etme olarak da tanımlanmıştır.

Önemli bir değişiklik, sıkıntı veya riskle başa çıkma kapasitesi olarak (Lee & Cranford, 2008) da tanımlandığını görülen bu kavram (Cencirulo, 2001) tarafından, stresli yaşam olaylarına karşın bireylerin kendilerine olumlu bakış açısı kazandırma stratejisi olarak belirtmiştir. Genel tanımlamalara bakıldığında bir yetenek olarak ifade edilen psikolojik dayanıklılık, sıkıntı yaratan yaşam koşulları, mutsuzluk ve stresle başarılı bir şekilde baş etme imkânı sağlamaktadır (Rutter, 2007).

Güç yaşam tecrübelerinin karşısında kişinin kendini toparlama gücü olarak da tanımlanan (Garmezy, 1991) psikolojik dayanıklılık kavramı değişim veya felaketlerin başarılı biçimde üstesinden gelme yeteneği olarak da ifade edilebilir (Wagnild & Young, 1993). Psikolojik dayanıklılık kişinin uyum sağlama süreci olarak görülmektedir (Tusaie & Dyer, 2004). Psikolojik dayanıklılık kavramını daha genel bir ifadeyle ele almak gerekirse; stresli yaşantıya karşı uyum gösterebilme ve etkili bir şekilde başa çıkabilip, stresli durumun etkisini kontrol ederek kendini yeterli gösterebilme olarak da ifade edilebilmektedir (Şahin, Yetim, & Çelik, 2012).

3.2. Psikolojik Dayanıklılığı Yüksek Bireylerin Özellikleri

Mandleco ve Peery'e (2000) göre psikolojik sağlamlık/dayanıklılığı etkileyen psikolojik özellikler zekâ, başa çıkma, özsaygı ve iyimserliktir. Psikolojik dayanıklılık yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerden etkilenebilmektedir. Yapılan bir çalışmada yaş küçük olan çocuklara kıyasla yaş büyük olan çocukların daha fazla psikolojik dayanıklılık faktörü kullandıkları ifade edilmiştir (Grotberg, 1995). Cinsiyet ile ilgili yapılan çalışmalarda ise çevresel stres faktörleri, aile anlaşmazlıkları ve diğer risk

faktörlerden erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla etkilendiği öne sürülmektedir (Garnezy, 1993).

Psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek kişilerin stres kaynağı olan olumsuz durumlarla başa çıkabilecekleri inancını taşıyan ve geçmişe odaklanıp takılıp kalmadan hatalarını farkına varıp her olayda daha da güçlenen kişiler olduğu belirtilmiştir (Henderson & Milstein, 1996). Psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireylerin özellikleri farklı araştırmacılar tarafından çeşitli şekillerde ifade edilmişlerdir. Bu özelliklerden bazıları:

Nowack (1986);

- Sosyal destek ağı açısından zengin
- Sağlıklı alışkanlıkları olan
- Yaşanan olaylara pozitif bir şekilde bakabilen
- A tipi kişilik özelliğine sahip: hırslı, çaba gösteren, duygularını dışa vurabilen, çalışkan

Crowley (1997);

- Olaylara olumlu bakış açısıyla yaklaşan
- Mevcut destek hizmetlerinden yararlanabilen
- Öz-denetimi sağlayabilen
- Yardım arayabilen
- Sorumluluklarını kabul eden
- Daha az kaçınmacı stratejiler kullanan
- Pozitif bilişsel yapıya sahip
- Hayatından genel olarak memnun olan ve doyum alabilen

Özer ve Deniz (2014);

- Duygusal zekâsı yüksek
- Gelişime açık ve dışa dönük olma

Koç Yıldırım (2014);

- Duygularını fark ve kontrol edebilme
- Engellenmeye dayanabilme
- İletişim becerilerini etkin şekilde kullanabilme
- Yeni durumlara kolay bir şekilde uyum sağlayabilme
- Olumlu ilişkiler kurabilme ve bu ilişkileri sürdürebilme

Bernard (2004);

- Şefkat duygusuna sahip olma
- Fedakâr bir yapıda olma
- Planlama yapabilme
- Esneklik gösterebilme
- Öz farkındalık sahibi olma
- Yaratıcı olma
- Hayal kurma
- İyimser olma
- Umut edebilme

3.3. Psikolojik Dayanıklılık Risk ve Koruyucu Faktörler, Olumlu Sonuçlar

Psikolojik dayanıklılık, diğer bir ifadeyle sağlamlık, değişik risk durumlarına karşı koyabilmek ve bunun içinde farklı koruyucu faktörlere adaptasyonu gerektirmektedir (Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999). Hayatın zorlukları içerisinde kişiler benzer problemler yaşasa da bu kişilerin bu problemlere verdiği yanıt ve uyum süreci aynı olmamaktadır. Bu, kişilerin psikolojik dayanıklılığı ile ilişkili olmakla birlikte kişilerin yaşamlarındaki risk ve koruyucu faktörler de bu durumu etkileyebilir.

3.3.1. Risk Faktörleri

Risk kavramını (Terzi Ş. , 2005) olası negatif sonuçları öngören bir değişken olarak, negatif hayat koşulları olarak kullanır. Kişinin kendi özelliklerinden kaynaklı bireysel risk faktörleri var olabileceği gibi insanın sosyal bir varlık olduğu düşünülürse

aile ve çevresel risk faktörlerinin etkisi de kişi üzerinde oldukça etkilenir. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen risk faktörleri bireysel, ailesel ve çevresel olarak üçe ayrılır.

1) Bireysel Risk Faktörleri

- Zayıf dürtü kontrolü (Jenson & Fraser, 2006)
- Dikkat eksikliği (Jenson & Fraser, 2006)
- Hiperaktivite (Jenson & Fraser, 2006)
- Gelişim Geriliği (Engle, Castle, & Purnima, 1996)
- Düşük doğum ağırlığı (Engle, Castle, & Purnima, 1996)
- Düşük zekâ düzeyi (Engle, Castle, & Purnima, 1996)
- Fiziksel engellilik (Engle, Castle, & Purnima, 1996)
- Madde bağımlılığı (Engle, Castle, & Purnima, 1996)
- Sağlık problemleri (Engle, Castle, & Purnima, 1996)
- Özgüven eksikliği (Joseph, Yule, & Williams, 1993)
- Başa çıkma mekanizması eksikliği (Joseph, Yule, & Williams, 1993)

2) Ailesel Risk Faktörleri

- Aile içinde yaşanan çatışma (Jenson & Fraser, 2006)
- Ebeveyn-çocuk arasında sağlıklı ilişkilerin kurulamaması (Jenson & Fraser, 2006)
- Kötü aile yönetimi uygulamaları (Jenson & Fraser, 2006)
- Ailede alkol ve uyuşturucu kullanımı (Jenson & Fraser, 2006)
- Ebeveynlerin ayrı yaşaması, boşanması (Masten A. S., 1994)
- Ailede ihmal ve istismar (Flores, Cicchetti, & Rogosch, 2005)
- Ailevi hastalıklar (Masten A. S., 1994)

3) Çevresel Risk Faktörleri

- Yoksulluk ve ekonomik yoksunluk (Jenson & Fraser, 2006)
- Akranlar tarafından dışlanma (Jenson & Fraser, 2006)
- Yüksek suç oranının olduğu yerlerde yaşama (Engle, Castle, & Purnima, 1996)
- Erken dönem uyumsuz şemalar Yasalar (Jenson & Fraser, 2006)
- Çevre düzensizlikleri (Jenson & Fraser, 2006)
- Zayıf komşuluk ilişkileri (Jenson & Fraser, 2006)

- Politik şiddetin bulunduğu toplumların var olması (Engle, Castle, & Purnima, 1996)
- Toplumsal şiddet (Criss, Pettit, Bates, Dodge, & Lapp, 2002)

Sonuç olarak hem bireysel hem ailesel hem de toplumsal sistemlerin her birinin tek başına veya birbirleriyle eşzamanlı ve etkileşimli olarak bireyin psikolojik dayanıklılığına etki ettiği anlaşılmaktadır (Walsh, 1998).

3.3.2. Koruyucu Faktörler

Masten (1994) koruyucu faktörleri; risk ya da zorluğun etkisini azaltan veya ortadan kaldıran, sağlıklı uyum ve bireyin yeterliliklerini geliştiren durumlar olarak tanımlarken, (Tümlü & Receptoğlu, 2013) koruyucu faktörleri, risk faktörlerinin kişiler üzerinde psikolojik ve biyolojik açıdan olumsuz sonuçlar doğurma olasılığını azaltan olumlu özellikler olarak tanımlamıştır.

Koruyucu faktörler aynı zamanda iç ve dış koruyucu faktörler olarak da ikiye ayrılır. İçsel faktörler kişisel faktörleri kapsarken, Dışsal faktörler aile ve çevre faktörlerini kapsarlar. Bu faktörlerden bazıları içsel ve dışsal faktörler olarak ele alınır.

İçsel Faktörler (Gürkan, 2006);

- Öz-saygı
- Öz-farkındalık
- Öz-yeterlilik
- Mizaç
- İç kontrol odağı
- Bağımsızlık
- İyimserlik
- Umutlu olmak
- Sosyal yeterlilik
- Etkili problem çözme yeteneğine sahip olmak

Dışsal Faktörler (Krovetz, 1999);

- Olumlu aile ikliminin varlığı
- Güvenilir ebeveynlere sahip olmak
- Anne-baba ve diğer yetişkinlerle yakın ilişkilerin olması
- Düzenli bir ev ortamının olması
- Anne-babanın eğitim düzeyinin yüksek olması
- Eğitimin desteklenmesi
- Sosyo-ekonomik avantajların var olması
- Sosyal organizasyonlarla ilişkili olunması
- Etkili bir okulun varlığı
- Güven düzeyinin yüksek olması
- Sorumlu ve kurallara uyan arkadaşların olması

Bu içsel ve dışsal faktörlere daha detaylı bakılacak olursa Bireysel, Aile ve Çevresel Faktörler olarak gruplanabileceği söylenebilir. Koruyucu faktörlerden bazıları aşağıdaki gibidir (Öz & Bahadır Yılmaz, 2009).

1) Bireysel Koruyucu Faktörler

- İyi düzeyde zekâ/bilişsel yetenek
- Akademik yeterliliğin olumlu algılanması
- Yüksek benlik saygısı
- Gelecek için plan yapma
- İyimser olma
- Kendi hayatı üstünde kontrol sahibi olma
- Mizah duygusuna sahip olma
- Etkili problem çözme becerilerine sahip olma
- Empati duygusu
- Sorumluluk duygusu
- Yardımseverlik duygusu

2) Ailesel Koruyucu Faktörler

- Aile içinde yaşanan çatışma (Jenson & Fraser, 2006)
- Ebeveyn-çocuk arasında sağlıklı ilişkilerin kurulamaması (Jenson & Fraser, 2006)

- Kötü aile yönetimi uygulamaları (Jenson & Fraser, 2006)
- Ailede alkol ve uyuşturucu kullanımı (Jenson & Fraser, 2006)
- Ebeveynlerin ayrı yaşaması, boşanması (Masten A. S., 1994)
- Ailede ihmal ve istismar (Flores, Cicchetti, & Rogosch, 2005)
- Ailevi hastalıklar (Masten A. S., 1994)

3) Çevresel Koruyucu Faktörler

- Olumlu toplumsal destek
- Olumlu okul ilişkileri
- Olumlu arkadaş desteği
- Olumlu bir rol modelin olması
- Bir yetişkinle olumlu bir ilişkiye sahip olma

3.3.3. Olumlu Sonuçlar

Kişinin, risk faktörlerinin üstesinde gelirken sahip olduğu içsel ve dışsal motivasyonları kullanması sonucu kazandığı yeterliliklerdir. Bu yeterliliklerden bazıları şunlardır (Tümlü & Recepoğlu, 2013):

- Bireyin gelişim görevlerini yerine getirmesi
- Olumlu sosyal ilişkilerinin olması
- Mutlu olması
- Akademik başarının olması
- Suç davranışından uzak olması
- Duygusal problemlerin az olması
- Sosyal yardım çalışmalarında yer alması
- Psikopatolojisinin bulunmaması
- İyilik hali
- Yaşam doyumu

3.4. Psikolojik Dayanıklılığı Geliştirmek İçin Öneriler

Yaygın bakış açısı her ne kadar psikolojik dayanıklılığı bir kişilik özelliği olarak ifade edip, yapısal bir yetenek olarak ifade etse de yapılan bazı çalışmalar

sayesinde psikolojik dayanıklılığın zaman içinde “öğrenilebilir” ve “geliştirilebilir” olduğu kabul edilmeye başlanmıştır (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003).

Bu doğrultuda Amerikan Psikoloji Birliği (American Psychological Association/APA), on adımdan oluşan bir yapılandırma süreci önermektedir (APA, 2017).

1. İlişki Kurmak: Kişinin psikolojik dayanıklılığını geliştirmesinde yakın aile üyeleri, arkadaşları ve diğerleriyle iyi ilişkiler içerisinde olması önemlidir. Kişiyi dinleyen, onunla ilgilenen kişilerden yardım ve destek kabulü psikolojik dayanıklılığı güçlendirir. Bunun yanı sıra, sivil organizasyonlarda aktif olmak da psikolojik dayanıklılığı güçlendirir.

2. Sorunları Aşılmaz Görmek: Kişiler her ne kadar yaşadıkları stresli bir yaşam olayını değiştiremese de bu olaya yaklaşımlarını, yorumlamalarını ve tepkilerini değiştirebilirler. Bunun üstesinden gelinebilir bir sorun yönünde düşünce geliştirmesi gereken bu kişiler aynı zamanda kendilerine bu sorunla baş ederken daha iyi hissettiren ince yöntemlerini de akıllarında tutabilirler.

3. Değişimi Yaşamın Bir Parçası Olarak Görmek: Yaşamda değiştirilemeyecek koşulların olabileceğini kabullenip, değiştirilebilir olanlara odaklanmak daha faydalı olacaktır.

4. Amaca Yönelik Hareket Etmek: Gerçekçi amaçlar ve hedefler koymak önemlidir. Uzun vadeli ve ulaşılması uzun zaman alacak hedeflere odaklanmak yerine bu uzun vadeli hedefler için kısa vadede nasıl adımlar atılması gerektiği üzerine yoğunlaşmak önemlidir.

5. Kararlı Bir Şekilde Önlemler Almak: Stres kaynağı problemlerin olabildiğince üstüne gidilmelidir. Problemlerden ve yaşanan stresten kaçmak veya hiçbir önlem almayıp sadece sorunların bitmesini beklemek yerine kararlı adımlar atılmalıdır.

6. Kendini Keşfetmek İçin Fırsatlar Bulmak: Krizler ve büyük sorunlar, bireylerin kendi potansiyellerini keşfetmesi için yeni fırsatlar olarak görülebilir. Bu dönemler, bireylerin kendini yeniden tanımasını ve kendisine

olan saygısını yeniden kazanmasını sağlayabilir. Araştırmalar, bu sorunları yaşayan kişilerin önemli bir kısmında öz değer artışı olduğunu göstermektedir.

7. Kendi Olumlu Yönlerini Beslemek: Bireysel problem çözme becerilerinize ve içgüdülerinize güvenmek psikolojik dayanıklılığın geliştirilmesinde önemlidir.

8. Uzun Vadeli Perspektifler Oluşturmak: Yaşanan olaylar ne kadar sıkıntı ve acı verici olursa olsun, bununla ilgili uzun vadeli perspektifler oluşturulmalı ve geniş bir çerçevede ele alınmalıdır.

9. Umutlu-İyimser Olmak: İyimser bakış açısı gelecekte iyi şeyler olacağına dair inancı barındırır ve kişi, korkuları hakkında endişelenmek yerine gelecekte istediklerini hayal etmelidir.

10. Kendine Dikkat Etmek: Psikolojik dayanıklılığı güçlendirmek için kişi kendi ihtiyaç ve duygularına önem vermelidir. Kişi bunu, zevk aldığı etkinliklere katılarak, rahatlayarak, düzenli egzersiz yaparak sağlayabilir. Kendine dikkat eden ve önem veren kişiler başa çıkmaları gereken bir durum söz konusu olduğunda daha dayanıklı olurlar.

11. Yardımı Olabilecek Diğer Unsurlar: Psikolojik dayanıklılığı güçlendirecek diğer unsurlar; yaşanan olaylarla ilgili duygu ve düşüncelerini yazmak, meditasyon yapmak gibi faaliyetler olarak gösterilebilir.

3.5. Psikolojik Dayanıklılık Ve Depresyon

Araştırmalar, psikolojik dayanıklılığın depresif semptomlar üzerinde hafifletici etkisi ve koruyucu özelliği olduğunu öne sürmektedir (Bitsika, Shapley, & Bell, 2013; Kukihara, Yamawaki, Uchiyama, Arai, & Horikawa, 2014). Çalışmalar psikolojik dayanıklılığın, depresif semptomlar ve kişinin fiziksel-psikolojik sağlık durumu arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Çalışmalar, depresif semptomların şiddetinin psikolojik dayanıklılığın seviyesiyle negatif bir ilişki içerisinde olduğu göstermektedir (Holden, Bradford, Hall, & Belton, 2013; Schure, Odden, & Goins, 2013; Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015). Psikolojik dayanıklılığın depresyon için koruyucu bir faktör olduğu söylenebilir (Edward, 2005).

4. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın amacı, önemi, araştırmanın problemleri, hipotezleri ve araştırmada kullanılan yöntem hakkında bilgiler verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasını etkileyen psikososyal faktörleri incelemek ve gebelerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin depresyon seviyelerine etki edip etmediğini incelemek amacıyla yapılmıştır.

4.2. Araştırmanın Önemi

Literatürde yapılan araştırmalar neticesinde, gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında demografik ve psikososyal faktörler ile buna ek olarak psikolojik dayanıklılığın etkisinin olup olmadığına yönelik herhangi bir çalışma bulunamamıştır.

Bu çalışmayı;

- Elde edilen bulgular ile literatüre katkıda bulunmak,
- Gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında rol oynayan risk faktörlerini belirlemek ve bu sayede önleyici çalışmalarını planlayabilecek verileri sunmak,
- Gebelerin sağlıklı bir ruh durumuyla gebelikleri sürdürmelerine destek olmak isteyen ilgili uzmanlara bu konuda veri sağlayabilmek önemli klmaktadır.

4.3. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek ve muhtemel sonuçları tahmin için kullanılan ve iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişki düzeyini istatistiksel testler kullanılarak ölçmeye çalışan (Metin, 2014) “İlişkisel Tarama Modeli” uygulanmıştır.

4.4. Araştırmanın Problemleri Ve Alt Problemleri

Bu çalışmanın ana problem cümlesi “Gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında psikososyal faktörlerin ve kişilerin psikolojik dayanıklılığının etkisi var mıdır?” şeklinde belirlenmiştir. Çalışmaya ait alt problemler ise;

- Demografik değişkenler (yaş, maddi durum, medeni durum, evlenme yaşı, eğitim durumu, sosyal güvence olup olmaması, evlilik süresi, evlenme şekilleri, meslek grubu, gelir düzeyi vd.) gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkması üzerinde anlamlı bir etki yaratmakta mıdır?
- Gebelerin psikolojik dayanıklılığı gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkması üzerinde anlamlı bir etki yaratmakta mıdır?
- Önceki gebelik (düşük, kürtaj, doğum yöntemi, tıbbi/psikiyatrik bir problem yaşamak) ve annelik deneyimleri (çocuk büyütürken zorlanmak) gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkması üzerinde anlamlı bir etki yaratmakta mıdır?
- Gebelik süresince kişilerin yaşam ve ilişki biçimlerinin (sosyal destek, gebelik ile ilgili okumalar yapmak, sigara/alkol kullanımı, evlilik ilişkisi, cinsel yaşam, çalışma durumu vd.) gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkması üzerinde anlamlı bir etki yaratmakta mıdır?
- Gebelerin mevcut gebeliklerine ilişkin yaklaşımları (istenmeyen gebelik, gebelik sayısı, gebelik durumu, gebelik dönemi, gebe kalmak için tedavi görmek ve bu tedavinin süresi) gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkması üzerinde anlamlı bir etki yaratmakta mıdır?
- Gebelerin doğum (doğum süreci) ve doğum sonrası (sosyal hayatın kısıtlanması endişesi) ile ilgili beklentileri gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkması üzerinde anlamlı bir etki yaratmakta mıdır?

4.5. Araştırmanın Hipotezleri

Bu bölümde araştırmada test edilen hipotezler verilmiştir.

H1: Gebelerin yaşları, gebelerin Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H2: Gebelerin sosyal güvence durumları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H3: Gebelerin medeni durumları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H4: Gebelerin evlilik yaptıkları yaşları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H5: Gebelerin evli oldukları süre ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H6: Gebelerin evlenme şekilleri ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H7: Gebelerin eğitim durumları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H8: Gebelikte çalışma durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H9: Gebelerin aile gelirleri ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H10: Gebelik sayısı ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H11: Gebeliğin tekil veya çoğul gebelik olması ile gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H12: Gebelerin daha önceki düşük deneyimi ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H13: Gebelerin daha önceki kürtaj deneyimi ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H14: Gebelerin, gebelikleri ile ilgili internetten okuma yapmaları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H15: Gebelikte alkol kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H16: Gebelikte sigara kullanımı ile gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H17: Gebeliğin Planlı ve İstenen bir gebelik olma durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H18: Doğumdan sonra sosyal hayatının kısıtlanacağı beklentisi ile gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H19: Gebelik süresince cinsel yaşamın olumsuz etkilenmesi ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H20: Gebelerin eşleriyle ilişkilerini değerlendirme biçimi ile gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H21: Gebe kalmak için tedavi görme durumu ile gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H22: Çocuk sahibi olmak için tedavi görenlerin tedavi süreleri ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H23: Gebelerin doğum sürecinin nasıl ilerleyeceği ile ilgili beklentileri ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H24: Bir önceki gebeliğin sonlanış şekli ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H25: Bir önceki gebeliğinde tıbbi bir sorun yaşama durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H26: Bir önceki gebelikte psikiyatrik bir sorun yaşama durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H27: Gebeliğin dönemleri ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H28: Gebelerin meslek grupları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H29: Gebelerin Psikolojik Dayanıklılık ölçeği puanları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

4.6. Araştırmanın Evreni Ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini İstanbul'da ikamet eden gebeler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise; Ümraniye, Çekmeköy, Maltepe ve Kadıköy ilçelerinde 15 Ekim 2016- 8 Aralık 2016 tarihleri arasında gebe olan rastgele yöntemle seçilmiş 215 gebe oluşturmaktadır.

4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Aşağıda bu çalışmanın sınırlılıkları sıralanmıştır.

- Demografik değişkenler ve psikososyal faktörler kişisel bilgi formunda kullanılan sorular ile sınırlıdır.
- Depresyon düzeyi Beck Depresyon Envanterinin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.
- Psikolojik Dayanıklılık düzeyi Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

4.8. Sayıtlar

Aşağıda bu çalışmanın sayıtları gösterilmiştir.

- Örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

- Veri toplama araçlarının ölçmeyi hedefledikleri verileri ölçebilecek nitelikte oldukları varsayılmıştır.
- Katılımcıların veri toplama araçlarına içtenlikle ve dürüstçe yanıt verdikleri varsayılmıştır.

4.9. Etik

15 Ekim 2016- 8 Aralık 2016 tarihleri arasında İstanbul İlinde Ümraniye, Maltepe, Kadıköy, Kartal ve Çekmeköy ilçelerinde yaşayan örneklem grubu gebelere haklarının korunacağı garantisini verilmiştir. Katılımcılar hem yüz yüze yapılan testlerde hem de online oluşturulan formlarda Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK 1) nu okuyup kabul etmişlerdir.

Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylere ölçeklerde verdikleri cevapların hiçbir kişisel bilgi paylaşımı olmadan istatistiksel analizlerde kullanılacağı ve bu şekilde tez çalışmasında yer alacağı konusunda onay alınmış olup katılımcılara araştırmanın istedikleri evresinde araştırmadan çekilme hakkı olduğu bilgisi verilmiştir.

4.10. Verilerin Toplanması

Bu araştırmada katılımcılara öncelikle Bilgilendirilmiş Onam Formu iletilmiş ve kabul eden katılımcılarla araştırmaya devam edilmiştir. Veriler toplanırken, 200 adet basılı form katılımcılara yüz yüze iletilmiş olup 50 adet online form katılımcılara e-mail yoluyla iletilmiştir. 35 adet formda Bilgilendirilmiş Onam Formu reddedildiği için iptal edilmiş ve değerlendirmeye alınmamıştır.

4.11. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri toplanırken, öncelikle katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu iletilmiştir. Bu araştırmada veri toplamak için ise 3 farklı araç kullanılmıştır. Beck Depresyon Envanteri, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve araştırmacı tarafından katılımcıların demografik ve gebelik bilgilerini elde etmek amacıyla hazırlanan Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır.

4.11.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Kişisel Bilgi Formu; sosyo-demografik bilgileri, gebelik sürecine ve gebelerin önceki gebelik deneyimlerine ilişkin verileri sorgulayan sorulardan oluşturulmuştur.

4.11.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Bu araştırmada, gebelerde depresyonu ölçmek için Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanmıştır. Beck tarafından geliştirilen ölçek, depresyonda görülen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir. 1978'de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beck Depresyon Envanteri, depresyonda görülen duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçmektedir. Envanterin hedefi tanı koymak olmayıp, depresyon belirtilerinin şiddetini sayısal olarak göstermektir. Belirti kategorileri 21 adet kendini değerlendirme temelli belirti kategorisinden oluşmaktadır. Bu belirti kategorileri; duygu durum, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, kendinden hoşnutsuzluk, kendini suçlama, intihar eğilimi, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, beden imgesinin çarpıtılması, çalışabilirliğin engellenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştah azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel istek kaybı, cezalandırma duygusudur. Maddeler 0-3 arasında puanlanır ve alınacak en yüksek puan 63'tür. Alınan yüksek puan depresyon belirtilerinin şiddetinin yükseldiğini göstermektedir (Savaşır & Şahin, 1997). Ölçeğin kesme noktası 17'dir ve 17 ve üstü puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 oranında ayırt edebileceği belirtilmektedir (Hisli, 1988).

BDE'nin çevirisi Hisli (1988-1989) tarafından Türkçe 'ye çevirisi yapılmıştır. Envanterin güvenilirlik incelemesinde 259 üniversite öğrencisinde iki yarım test güvenilirlik katsayısı .74 olarak elde edilmiştir. (Hisli, 1989)

4.11.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği – III R

Madi ve Kobasa tarafından geliştirilmiş Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği-III R (PDÖ) 'nin (Durak, 2002) tarafından Türkçe' ye uyarlama çalışması yapılmıştır.

Bağlanma, kontrol ve meydan okuma olarak üç alt boyuttan oluşan ve kişinin kendisi ve yaşama ilişkin inançlarını ifade eden 18 maddeden oluşmaktadır.

PDÖ 0-3 arasında puanlanan 4'lü likert tipinde bir ölçektir. Ölçek maddeleri (0) hiç doğru değil, (1) biraz doğru, (2) çoğunlukla doğru, (3) çok doğru şeklinde işaretlenmektedir. Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler bulunmaktadır. 3, 4, 6, 8, 10 ve 11. maddeler tersine çevrilmiş maddelerdir ve ters yönde puanlanmaktadır. Belirtilen üç alt boyutun ayrı ayrı puanlanması yapılar ve genel psikolojik dayanıklılık puanı elde edilir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği psikolojik dayanıklılığın azaldığını, ölçekten alınan puanların düşüklüğü ise psikolojik dayanıklılığın arttığını göstermektedir (Terzi, 2008).

Ölçeğin güvenirlik çalışması (Durak, 2002) tarafından madde toplam puan korelasyonu ve iç tutarlık katsayısı bulunarak yapılmıştır. 18 maddeden oluşan orijinal ölçeğin 2, 8, 13, 14, 16 ve 18. maddelerinin madde toplam puan korelasyonları .20'nin altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır. Buna göre ölçeğin madde toplam korelasyon katsayıları .23 ile .50 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı ise .68 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin yapı geçerliği, psikolojik dayanıklılık kavramının kuramsal tanımına ne denli uyduğunu belirlemek amacıyla (Durak, 2002) tarafından yapılmıştır. Bu amaçla Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinden elde edilen toplam puanın Başa Çıkma Yolları Ölçeğinin alt ölçek puanları, Çok Boyutlu Sosyal Destek Algısı Ölçeğinin alt ölçek puanları ve toplam puanı, Kısa Semptom Envanteri toplam puanı ve Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Durumları Envanteri toplam puanı ile korelasyonları incelenmiştir. Bulgular kuramsal beklentiler paralelinde olmuştur; psikolojik dayanıklılık toplam puanı ile stres semptomları ve duygu odaklı başa çıkma arasında negatif bir ilişki, problem odaklı başa çıkma ve sosyal destek algısı ile pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Psikolojik Dayanıklılık ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda (Klag & Bradley, 2004; Maddi & Khosbaba, 1994; Maddi, ve diğerleri, 2006) psikolojik dayanıklılık, toplam puan olarak kullanılmalarının yanında bağlanma, kontrol ve güçlük olmak üzere üç ayrı boyutta incelenmiştir. Bununla birlikte bazı araştırmacılar da (Durak, 2002;

Terzi, 2008; Sezgin, 2012), psikolojik dayanıklılığı bütünsel açıdan ele alarak toplam bir dayanıklılık puanı elde etmişlerdir. Bunun nedeni özellikle Türkiye’de yapılan çalışmalarda dayanıklılığın bağlanma ve kontrol boyutlarının çalıştığı bununla birlikte, güçlük boyutunun ise yeterince ayrışmadığının görülmesidir. Dayanıklılık konusundaki çalışmalarda genellikle bağlanma ve kontrol boyutlarının güçlük boyutuna göre daha iyi yordayıcılar olduğu ve güçlük boyutunun yapısal olarak zayıf bir görüntü çizdiği dikkat çekmektedir (Durak, 2002). Bu çalışmada da dayanıklılık ölçeğinin Türkiye’de yapılan geçerlik çalışmaları üç ayrı boyutu net olarak ortaya çıkaramadığı için toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

4.12. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda Beck Depresyon ve Psikolojik Dayanıklılık ölçeklerinin dağılımının normal dağılmadığı saptanmıştır (sırasıyla, $z=.121$ $p=0.000$; $z=.099$ $p=0.045$) Ölçekler normal dağılım göstermediği için istatistik değerlendirmelerde Parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı analiz etmek için Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliği faktör analizi ile ölçülmüştür.

Araştırmada kullanılan ölçeklerden alınan puanların arasındaki ilişki Spearman korelasyon ile analiz edilmiştir.

5. BÖLÜM BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde grubun genel yapısına ilişkin frekans ve yüzdeler, ölçeklere ait güvenirlik analizi sonuçları, ölçeklere ait betimleyici istatistikler ve hipotezlerin sınanması konuları ele alınmıştır.

5.1. Grubun Genel Yapısına İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Tablo 1. Grubun Genel Yapısına İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

	Frekans	Yüzde
Yaş		
18-25	21	9.8
26-33	153	71.2
34-41	37	17.2
41 üzeri	4	1.9
Sosyal Güvence Durumu		
Evet	211	98.1
Hayır	4	1.9
Medeni Durum		
Evli	212	98.6
Bekar	3	1.4
Evlenme Yaşı		
-18	1	0.5
18-25	97	45.8
26-33	105	49.5
34-41	9	4.2
Evlilik Süresi		
1-3	112	53.1
4-6	54	25.6
7-9	26	12.3
10-13	15	7.1
14+	4	1.9
Evlenme Şekli		
Aşk	189	90.0
Akraba	2	1.0
Görücü	17	8.1
Mantık	2	1.0

	Frekans	Yüzde
Eğitim Durumu		
İlkokul	1	0.5
Ortaokul	3	1.4
Lise	26	12.1
Üniversite	130	60.5
Yüksek Lisans ve Üstü	55	25.6
Meslek Grubu		
Eğitim	75	35.2
Sağlık	19	8.9
Finans	30	14.1
Mühendislik	16	0.5
Diğer	73	34.3
Mevcut Çalışma Durumu		
Evet	139	64.7
Hayır	76	35.3
Gebelik Öncesi Çalışma Durumu		
Evet	32	42.1
Hayır	44	57.9
Gebeliğin Çalışma Hayatına Ara Vermedeki Etkisi		
Evet	31	41.3
Hayır	44	58.7
Aile Geliri Algısı		
Kötü	3	3.6
Ortaokul	32	38.1
İyi	42	50.0
Çok iyi	7	8.3
Gebelik Sayısı		
İlk	141	65.6
İkinci	50	23.3
Üçüncü	21	9.8
4 ve üstü	3	1.4
Gebelik Durumu		
Tekil	210	97.7
Çoğul	5	2.3

	Frekans	Yüzde
Kürtaj Geçmişi		
Evet	33	15.3
Hayır	182	84.7
Düşük Geçmişi		
Evet	43	20.0
Hayır	171	79.5
Gebelik Dönemi		
1. Trimester	49	23.4
2. Trimester	78	37.3
3. Trimester	82	39.2
Doğum Yöntemi Tercih		
Normal Doğum	146	68.2
Sezaryen	68	31.8
Doğum Süreci Beklentisi		
Ağrılı	12	7.0
Olması gerektiği gibi	136	63.6
Rahat	47	22.0
Olabileceğinin en iyisi	16	7.5
Sosyal Destek Talebi		
Eş	155	72.1
Anne	33	15.3
Arkadaş	10	4.7
Terapist	11	5.1
Diğer	6	2.8
Gebelik ile İlgili İnternette Okuma Yapma Durumu		
Evet	211	98.1
Hayır	4	1.9
Gebelikte Alkol Kullanımı		
Evet	2	0.9
Hayır	213	99.1
Gebelikte Sigara Kullanımı		
Evet	16	92.6
Hayır	199	7.4

	Frekans	Yüzde
Gebeliğin Planlı ve İstenen Olması		
Evet	191	88.8
Hayır	24	11.2
Doğum Sonrası Sosyal Hayatın Kısıtlanacağı Beklentisi		
Evet	107	49.8
Hayır	108	50.2
Gebelikten Dolayı Cinsel Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi		
Evet	115	53.5
Hayır	100	46.5
Eş ile İlişki Değerlendirilmesi		
Olumlu	204	94.9
Olumsuz	11	5.1
Bir Önceki Gebeliğin Sonlanma Şekli		
Düşük	11	14.5
Kürtaj	7	9.2
Normal Doğum	19	25.0
Ölü Doğum	2	2.6
Planlı Sezaryen	18	23.7
Zorunlu Sezaryen	19	25.0
Bir Önceki Gebelikte Tıbbi Sorun Yaşanma Durumu		
Evet	13	17.1
Hayır	63	82.9
Bir Önceki Gebelikte Psikiyatrik bir Sorun Yaşanma Durumu		
Evet	12	15.8
Hayır	64	84.2

	Frekans	Yüzde
Önceki Annelik Deneyimi		
Çok zorlandım	2	2.9
Kolaydı	8	11.8
Oldukça kolaydı	7	10.3
Olması gerektiği gibiydi	41	60.3
Zorlandım	10	14.7
Gebe Kalmak İçin Tedavi Görme Durumu		
Evet	33	15.3
Hayır	182	84.7
Gebe Kalmak İçin Görülen Tedavinin Süresi		
6 aydan az	20	60.6
6 ay 1 yıl arası	7	21.2
1-3 yıl arası	5	15.2
3 yıldan fazla	1	3.0

Örneklem grubunu 215 gebe oluşturmaktadır. Örneklem grubundaki katılımcıların %71.2'sinin 26-33 yaş arasında, %17.2'sinin 34-41 yaş arasında, %9.8'inin 18-25 yaş arasında, %1.9'unun 41 yaş üzerinde olduğu görülmüştür. Örneklem grubundaki katılımcıların %98.1'inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %1.9'unun sosyal güvencesinin bulunmadığı görülmüştür.

Grubundaki katılımcıların %98.6'sı evli, %1.4'ü bekar. Örneklem grubunu oluşturan katılımcılardan evli olanların %48.8'inin 26-33 yaş arasında, %45.1'inin 18-25 yaş arasında, %4.2'sinin 34-41 yaş arasında ve 1'inin 18 yaşından küçük olduğu görülmüştür. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların evli olanlarının ve bu soruyu cevaplandıranların %53.1'inin 1-3 yıl arasında, %25.6'sının 4-6 yıl arasında, %12.3'ünün 7-9 yıl arasında, %7.1'inin 10-13 yıl arasında ve %1.9'unun 14 yıldan fazla evli oldukları görülmüştür. Örneklem grubunu oluşturan ve bu soruyu cevaplandıran katılımcılardan evli olanların %90.0'ı aşk evliliği yaptığını, %8.1'i

görcü usulü evlendiği, %1.0'nin mantık evliliği, %1.0'nin akraba evliliği yaptığını belirtmiştir.

Grubun %60.5'inin üniversite mezunu olduğu, %25.6'sının yüksek lisans ve üstü eğitim düzeyinde olduğu, %12.1'inin lise mezunu olduğu, %1.4'ünün ortaokul mezunu, %0.5'inin ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Grupta bulunan katılımcıların %35.2'si Eğitim, %14.1'i Finans, %8.9'u Sağlık, %7.5'i Mühendislik sektörlerine ait mesleklere sahipken, %34.3'ü diğer sektörlerde ait mesleklere sahip oldukları görülmüştür.

Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların %64.7'si gebelik süresince çalışırken, %35.3'ü gebelik süresince çalışmadıklarını ifade etmişlerdir. Gebelik süresince çalışmayan katılımcıların, gebe kalmadan önce çalışıp çalışmadığı sorgulanmış ve gebelik süresince çalışmayan katılımcıların %57.9'unun gebelik öncesinde de çalışmadığı, %42.1'inin ise gebelik öncesinde çalıştığı ve gebelikten sonra çalışmayı bıraktıkları görülmüştür. Gebelik öncesinde çalışıp, gebelik süresince işi bırakan ve bu soruya yanıt veren katılımcıların %58.7'si gebeliği çalışmamaları için önemli bir etken olarak görmezken, %41.3'ü gebeliği çalışmamalarında önemli bir etken olarak görmektedir.

Örneklem grubunu oluşturan ve bu soruyu yanıtlayan gebelerin %50'si aile gelirlerini iyi, %38.1'i orta, %8.3'ü çok iyi, %1.4'ü kötü olarak algıladıkları görülmüştür. Gebelik sayısına bakıldığında; örneklem grubunu oluşturan katılımcıların mevcut gebeliklerinin %65.6'sının ilk, %23.3'ünün ikinci, %9.8'inin üçüncü, %1.4'ünün 4. ve üstü gebeliği olduğu görülmüştür. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların %97.7'sinin tekil, %2.3'ünün çoğul gebelik yaşadığı görülmüştür. Katılımcıların %84.7'sinde daha önce kürtaj deneyimi olmadığı, %15.3'ünün daha önce kürtaj deneyimi olduğu görülmüştür. Katılımcıların %79.9'unun daha önce düşük deneyimi olmadığı, %20.1'inin daha önce düşük deneyimi olduğu görülmüştür. Örneklem grubunu oluşturan gebelerin, gebeliğin hangi dönemlerinde oldukları araştırılmış ve katılımcıların %39,2'sinin gebeliklerinin 3. Trimester'ını yaşadıkları, %37.0'ının gebeliklerinin 2. Trimester'ını yaşadıkları, %23.4'ünün ise gebeliklerinin 1. Trimester'ını yaşadıkları görülmüştür. Örneklem grubunu oluşturan ve bu soruya yanıt veren katılımcıların %68.2'si doğum yöntemi

olarak normal doğum planlarken, %31.8'si doğumunu Sezaryen yöntemiyle gerçekleştirmeyi planlamaktadır.

Örneklem grubunu oluşturan ve bu soruya yanıt veren katılımcıların %63.6'sı doğum sürecinin olması gerektiği gibi ilerleyeceğine, %22.0'ının doğum sürecinin rahat ilerleyeceğine, %7.5'inin doğum sürecinin olabileceğinin en iyisi şeklinde ilerleyeceğine, %7.0'ının doğum sürecinin ağırlı ilerleyeceğine yönelik beklenti içinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların gebeliklerinde kimden destek aldıkları araştırılmış ve %72.1'inin gebelik süresince bir sıkıntı yaşadıklarında eşlerinden, %15.3'ünün annelerinden, %5.1'inin terapistten, %4.7'sinin arkadaşlarından, %2.8'inin diğer kişilerden destek talebinde bulunduğu görülmüştür. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların %98.1'inin gebelikleriyle ilgili internetten araştırma/okuma yaptıkları, %1.9'unun gebelikleriyle ilgili internetten araştırma/okuma yapmadıkları görülmüştür. Katılımcıların %99.1'inin gebelikte alkol kullanmadıkları, %0.9'unun ise gebelikte alkol kullandıkları görülmüştür. Katılımcıların %92.6'sının gebelikte sigara kullanmadıkları, %7.4'ünün gebelikte sigara kullandıkları görülmüştür. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların %88.8'inin gebeliklerinin planlı/istenen bir gebelik olduğu, %11.2'sinin gebeliklerinin plansız/istenmeyen gebelik olduğu görülmüştür. Katılımcıların %50.2'sinin doğumdan sonra sosyal yaşamlarının kısıtlanmayacağını düşündüğü, %49.8'inin doğumdan sonra sosyal yaşamlarının kısıtlanacağını düşündüğü görülmektedir.

Gebelikte cinsel yaşama bakıldığı zaman ise örneklem grubunu oluşturan katılımcıların %53.5'inin gebelikte cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği, %46.5'inin ise gebelikte cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmediği görülmüştür. Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların %94.9'unun eşleriyle ilişkilerini olumlu, %5.1'inin ise olumsuz değerlendirdiği görülmüştür.

Örneklem grubunu oluşturan, ilk gebeliği olmayan ve bu soruyu yanıtlayan katılımcıların %25.0'ının bir önceki gebeliğinin zorunlu sezaryen, %25.0'ının normal doğum, %23.7'sinin planlı sezaryen, %14.5'inin düşük, %9.2'sinin kürtaj, %2.6'sının ölü doğum ile sonlandığı görülmüştür. Örneklem grubunu oluşturan, ilk gebeliği olmayan ve bu soruyu yanıtlayan katılımcıların %82.9'unun bir önceki gebeliğinde tıbbi bir sorun yaşamadığı, %17.1'inin bir önceki gebeliğinde tıbbi bir sorun yaşadığı

görülmüştür. Örneklem grubunu oluşturan, ilk gebeliği olmayan ve bu soruyu yanıtlayan katılımcıların %84.2'sinin bir önceki gebeliğinde psikiyatrik bir sorun yaşamadığı, %15.8'inin bir önceki gebeliğinde psikiyatrik bir sorun yaşadığı görülmüştür. Katılımcıların %60.3'ünün önceki annelik deneyimini olması gerektiği gibi, %14.7'sinin zor, %11.8'inin kolay, %10.3'ünün oldukça kolay, %2.9'unun ise çok zor olarak betimlediği görülmüştür.

Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların %84.7'sinin gebe kalabilmek için tedavi görmediği, %15.3'ünün gebe kalabilmek için tedavi gördüğü görülmüştür. Örneklem grubunu oluşturan ve gebe kalmak için tedavi gören katılımcıların %60.6'sının gebe kalmak için 6 aydan az, %21.2'sinin 6 ay 1 yıl arası, %15.2'sinin 1-3 yıl arası, %3.0'ının ise 3 yıldan fazla tedavi gördükleri görülmüştür.

5.2. Ölçeklere Ait Güvenirlik Analizi Sonuçları

Araştırma kapsamında kullanılan Beck Depresyon Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği 'ne ait güvenilirlik sonuçları ayrı tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 2. Beck Depresyon Ölçeği Güvenirlik Analizi

Güvenirlik İstatistiği	
Cronbach Alfa	Soru Sayısı
.806	21

Beck Depresyon Envanteri Güvenirlik Analizinde Cronbach Alfa Değeri, 0.806 olarak hesaplanmıştır. Güvenirlik analizinde, herhangi bir faktörün $0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ arasında değer alması yüksek derecede güvenilir olduğunu gösterir (Kalaycı, 2009). Bu nedenle Beck Depresyon Envanteri Güvenirlik Analizinin sonucunun yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Güvenirlik Analizi Tablosu

Madde Sayısı	KMO	Barlett X2	Açıklanan Varyans	Faktör Yüğü		Cronbach Alfa
				En Düşük	En Yüksek	
Psikolojik Dayanıklılık	.64					
10	p<.001	336.193	%62.7	.65	.90	.61

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'ne uygulanan faktör analizi sonucunda sekiz madde (1,4,6,9,10,14,16,17) çıkarılmış, 10 madde değerlendirmeye alınmıştır. Değerlendirme sonucu; Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği için KMO değerinin .64, Barlett's (X²) katsayısının 336.193 (p <.001) ve açıklanan varyansın %62.7 olduğu görülmektedir. Faktör yüklerinin .90 ile .65 arasında değiştiği görülürken Cronbach Alfa Katsayısı .61 olarak bulunmuştur.

5.3. Ölçklere Ait Betimleyici İstatistikler

Bu başlık altında Beck Depresyon Envanteri ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğine ait betimleyici istatistikler sunulmuştur.

Tablo 4. Beck Depresyon Ölçeğinin Betimleyici Analizi (Kesme Puan 17)

	Frekans	Yüzde
Depresyon Sınır Puan Altı	184	85.6
Depresyon Sınır Puan Üstü	31	14.4
Toplam	215	100.0

Araştırma kapsamında 215 gebeye uygulanan Beck Depresyon Ölçeği incelendiğinde Klinik düzeyde depresyon olarak tanımlanan (17 puan ve üstü) depresyon belirti düzeyinin 184 gebede (%85.6) sınır puanın altında, 31 gebede (%14.4) sınır puanın üstünde depresyon puanı aldıkları görülmüştür.

Tablo 5. Beck Depresyon Ölçeği' ne Ait Betimleyici İstatistikler Tablosu (Düzeyine göre)

	Frekans	Yüzde
Depresyon belirtisi yok	120	55.8
Hafif düzeyde depresif belirtiler	64	29.8
Orta düzeyde depresif belirtiler	29	13.5
Şiddetli düzeyde depresif belirtiler	2	.9
Toplam	215	100.0

Araştırmaya katılan 215 gebenin BDÖ puanları incelendiğinde; gebelerin 120'sinde (%55.8) depresyon belirtileri görülmezken, 64'ünde (%29.8) hafif düzeyde depresif belirtiler, 29'unda (%13.5) orta düzeyde depresif belirtiler, 2'sinde ise (%0.9) şiddetli düzeyde depresif belirtiler görüldüğü saptanmıştır.

Tablo 6. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistik Tablosu

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	215	3.00	28	120.791	4.15902	0.407

Araştırmaya katılan 215 gebedeki en düşük psikolojik dayanıklılık puanının 3.00, en yüksek 28.00 olduğu görülürken, katılımcıların psikolojik dayanıklılık puan ortalaması 12.07'dir (ss=4.15).

5.4. Hipotezlerin Sınanması

Bu bölümde, hipotezlerin sınanması amacıyla, araştırma doğrultusunda örneklem grubundan toplanan verilerin çözümlenmesiyle elde edilen sonuçların tabloları, yorumları ile birlikte sunulmuştur.

Tablo 7. Gebelerin Yaş Grupları ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	x^2	sd	p
Beck	18-25 yaş arası	21	87.90			
Depresyon	26-33 yaş arası	153	106.76	2.382	2	.304
Ölçeği	34-41 yaş arası	37	113.12			

Tablo 7'de görüldüğü gibi; gebelerin yaş grupları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Tablo 8. Gebelerin Evlilik Yaptıkları Yaş ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	x^2	sd	p
Beck	18-25 yaş arası	97	108.28			
Depresyon	26-33 yaş arası	105	107.13	3.633	2	.163
Ölçeği	34-41 yaş arası	9	68.22			

Tablo 8’de görüldüğü gibi; gebelerin evlilik yaptıkları yaş ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 9. Gebelerin Evlilik Süreleri ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	x^2	sd	p
Beck	1-3 yıl arası	112	97.35			
Depresyon	4-6 yıl arası	54	104.96	18.291	3	.000
Ölçeği	7-9 yıl arası	26	147.06			
	10-13 yıl arası	15	75.57			

$p<0.001$

Tablo 9’da görüldüğü gibi gebelerin evli oldukları süre ile Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmış ve anlamlı fark bulunmuştur ($x^2=18.291$, $p=.000$). Bu işlemin ardından Kruskal Wallis H sonrası belirlenen anlamlı farklılığının hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Beck depresyon ölçeği puanları açısından 7-9 yıl arası evli olanlar aleyhine anlamlı bir fark vardır. Bir başka deyişle, 7-9 yıl arası evli olanlarda depresyon belirtileri gösterme düzeyinin diğer gebelere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Gebelerin Eğitim Durumları ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	<i>Sıra Ort.</i>	x^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Beck Depresyon Ölçeği	Lise	26	121.25	3.90	2	.142
	Üniversite	130	128.02			
	Yüksek Lisans ve Üstü	55	94.02			

Tablo 10’da görüldüğü gibi; gebelerin eğitim durumları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 11. Gebelerin Çalışma Durumu ve Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	<i>Sıra Ort.</i>	<i>Sıra Top.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	139	103.86	14436.50	4706.500	-1.323	.186
	Hayır	76	115.57	8783.50			

Tablo 11’de görüldüğü gibi; gebelik döneminde çalışan ve çalışmayan gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmış ve anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($U=4706.500$, $p>0.05$).

Tablo 12. Gebelerin aile gelirleri ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	<i>Sıra Ort.</i>	x^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Beck Depresyon Ölçeği	Kötü	3	51.67	3.363	3	.339
	Orta	32	43.81			
	İyi	42	43.40			
	Çok iyi	7	27.14			

Tablo 12’de görüldüğü gibi; gebelerin aile gelirleri ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 13. Gebelik Sayısı Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	<i>Sıra Ort.</i>	x^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Beck Depresyon Ölçeği	İlk	141	104.01			
	2.	50	108.58	1.070	2	.586
	3.	21	118.29			

Tablo 13’de görüldüğü gibi; gebelerin gebelik sayısı ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 14. Daha Önce Düşük Yapmış Gebelerin Beck Depresyon Puanları ile Yapmamış Kadınların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	<i>Sıra Ort.</i>	<i>Sıra Top.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	43	115.03	4946.50	3352.500	-.895	.371
	Hayır	171	105.61	18058.50			

Tablo 14’te görüldüğü gibi; daha önce düşük yapmış gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile yapmamış kadınların Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($U=3353.500$, $p>0.05$).

Tablo 15. Daha Önce Kürtaj Olmuş Gebelerin Beck Depresyon Puanları ile Olmamış Kadınların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	<i>Sıra Ort.</i>	<i>Sıra Top.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	33	119.26	3935.50	2631.500	-1.132	.258
	Hayır	182	105.96	19284.50			

Tablo 15’te görüldüğü gibi; daha önce kürtaj olmuş gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile olmamış kadınların Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (U=2631.500, p>0.05).

Tablo 16. Gebelikte Sigara Kullananlar ile Kullanmayanların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	<i>Sıra Ort.</i>	<i>Sıra Top.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	16	156.41	2502.50	817.500	-3.242	.001
	Hayır	199	104.11	20717.50			

p=0.001

Tablo 16’da görüldüğü gibi; sigara kullanan ve kullanmayan gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmış ve sigara kullananlar aleyhine anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (U=817.500, p < 0.05). Bir başka deyişle, sigara kullanan gebelerde depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 17. Planlı/İstenen Gebelik Yaşayanlar ile Plansız/İstenmeyen Gebelik Yaşayanların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	z	P
Beck Depresyon Ölçeği	Planlı/İstenen	191	103.23	19716.00	1380.000	-3.182	.001
	Plansız/İstenmeyen	24	146.00	3504.00			

p=0.001

Tablo 17’de görüldüğü gibi; planlı/istenen gebelik ve plansız/istenen gebelik yaşayan gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmış ve plansız/istenen gebelik yaşayanlar aleyhine anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (U=1380.000, p < 0.001). Bir başka deyişle, plansız/istenen gebelik yaşayan kadınlarda planlı gebelik yaşayanlara oranla depresyon belirtileri gösterme düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Tablo 18. Doğumdan Sonra Sosyal Hayatının Kısıtlanacağını Düşünen Gebeler ile Düşünmeyen Gebelerin Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	z	P
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	107	118.31	12659.50	4674.500	-2.425	.015
	Hayır	108	97.78	10560.50			

Tablo 18’de görüldüğü gibi; doğumdan sonra sosyal hayatının kısıtlanacağını düşünen gebeler ile düşünmeyen gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmış ve doğumdan sonra sosyal hayatının kısıtlanacağını düşünen gebeler aleyhine anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (U=4674.500, p < 0.05). Bir başka deyişle, doğumdan sonra sosyal hayatının kısıtlanacağını düşünen gebelerin böyle düşünmeyenlere oranla depresyon belirtileri gösterme düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Tablo 19. Gebelik Süresince Cinsel Yaşamı Olumsuz Etkilenen Gebeler ile Etkilenmeyen Gebelerin Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	z	p
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	115	122.03	14033.00	4137.000	-3.553	.000
	Hayır	100	91.87	4187.00			

p<0,001

Tablo 19’da görüldüğü gibi; gebelik süresince cinsel yaşamı olumsuz etkilenen gebeler ile olumsuz etkilenmeyen gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmış ve gebelik süresince cinsel yaşamı olumsuz etkilenen gebeler aleyhine anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (U=4137.000, p<0.001). Bir başka deyişle, gebelik süresince cinsel yaşamı olumsuz etkilenen gebelerin, cinsel yaşamı olumsuz etkilenmeyenlere oranla depresyon belirtileri gösterme düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Tablo 20. Eşleriyle İlişkilerini Olumlu Değerlendiren Gebeler ile Olumsuz Değerlendiren Gebelerin Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	z	p
Beck Depresyon Ölçeği	Olumlu	204	104.33	21282.50	372.500	-3.737	.000
	Olumsuz	11	176.14	1937.50			

p<0.001

Tablo 20’de görüldüğü gibi; eşleriyle ilişkilerini olumlu olarak değerlendiren gebeler ile olumsuz değerlendiren gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmış ve eşleriyle ilişkilerini olumsuz olarak değerlendiren gebeler aleyhine anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (U=372.500, p <0.001). Bir başka deyişle, eşleriyle ilişkilerini olumsuz olarak değerlendiren gebelerin, olumlu olarak değerlendiren gebelere oranla depresyon belirtileri gösterme düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Tablo 21. Gebe Kalabilmek İçin Tedavi Görenler ile Görmeyenlerin Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	z	p
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	33	105.02	3465.50	2904.50	-.300	.764
	Hayır	182	108.54	19759.50			

Tablo 21’de görüldüğü gibi; gebe kalmak için tedavi görenler ile görmeyenlerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (U=2904.50, p>0.05).

Tablo 22. Gebe kalmak için tedavi görenlerin tedavi sürelerinin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	x^2	sd	p
Beck Depresyon Ölçeği	6 aydan az	20	17.68	0.848	2	.654
	6 ay-1 yıl arası	7	14.64			
	1-3 yıl arası	5	14.40			

Tablo 22’de görüldüğü gibi; gebe kalmak için tedavi görenlerin tedavi süreleri ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Tablo 23. Gebelerin Doğum Sürecinin Nasıl İlerleyeceği ile ilgili Beklentileri ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	x^2	sd	p
Beck Depresyon Ölçeği	Ağrılı	15	150.17	8.995	3	.029
	Olması gerektiği gibi	136	106.94			
	Rahat Olabileceğinin en iyisi	47	101.79			
		16	89.03			

Tablo 23’de görüldüğü gibi gebelerin doğum sürecinin nasıl ilerleyeceği ile ilgili beklentileri ile Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmış ve anlamlı fark bulunmuştur ($x^2=8.995$, $p=.029$). Bu işlemin ardından Kruskal Wallis H sonrası belirlenen anlamlı farklılığının hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniği olarak Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Beck depresyon ölçeği puanları açısından doğum sürecinin ağırlı geçeceğini bekleyenler aleyhine anlamlı bir fark vardır. Bir başka deyişle, doğum sürecinin ağırlı geçeceğini bekleyen gebelerin depresyon belirtileri gösterme düzeyinin diğer gebelere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 24. Gebelerin Bir Önceki Doğumlarının Sonlanış Şekli ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	x^2	sd	p
Beck Depresyon Ölçeği	Düşük	11	32.41	2.824	4	.588
	Kürtaj	7	44.43			
	Normal doğum	19	42.34			
	Planlı sezaryen	18	34.14			
	Zorunlu sezaryen	19	36.24			

Tablo 24’te görüldüğü gibi; gebelerin bir önceki gebeliklerinin sonlanış şekli ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 25. Bir Önceki Gebeliğinde Tıbbi Bir Sorun Yaşayanlar ile Yaşamayanların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	z	p
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	13	43.04	559.50	350.500	-.816	.415
	Hayır	63	37.56	2366.50			

Tablo 25’te görüldüğü gibi; bir önceki gebeliğinde tıbbi bir sorun yaşamış gebeler ile yaşamamış gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($U=350.500$, $p>0.05$).

Tablo 26. Bir Önceki Gebeliğinde Psikiyatrik Bir Sorun Yaşayanlar ile Yaşamayanların Beck Depresyon Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	<i>Sıra Ort.</i>	<i>Sıra Top.</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	12	50.08	601.00	245.000	-1.985	.047
	Hayır	64	36.33	2325.00			

Tablo 26’da görüldüğü gibi; bir önceki gebeliğinde psikiyatrik bir sorun yaşayan gebeler ile yaşamayan gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U Testi yapılmış ve bir önceki gebeliğinde psikiyatrik bir problem yaşayan gebeler aleyhine anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($U=245.00$, $p < 0.05$). Bir başka deyişle, bir önceki gebeliğinde psikiyatrik bir sorun yaşayan gebelerde yaşamayan gebelere oranla depresyon belirtileri gösterme düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Tablo 27. Gebeliğin dönemleri ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	<i>Sıra Ort.</i>	x^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Beck Depresyon Ölçeği	1.Trimester	49	107.21	1.183	2	.553
	2.Trimester	78	99.20			
	3.Trimester	82	109.20			

Tablo 27’de görüldüğü gibi; gebeliğin dönemleri ile gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 28. Gebelerin Meslek Grupları ile Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Kruskal Wallis H Testi ile Karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	Sıra Ort.	x^2	sd	p
Beck Depresyon Ölçeği	Eğitim	75	100.45	3.516	4	.475
	Sağlık	19	116.00			
	Finans	30	110.58			
	Mühendislik	16	129.19			
	Diğer	73	105.05			

Tablo 28’de görüldüğü gibi; gebelerin meslek grupları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 29. Gebelerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanları ile Beck Depresyon Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Spearman Korelasyon Testi ile İncelenmesi

Değişkenler	N	r	p
Beck Depresyon Ölçeği Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	215	.360	.000

$P<0.001$

Tablo 29’da görüldüğü gibi gebelerin Beck Depresyon Puanları ile Psikolojik Dayanıklılık Puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Spearman Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.001$, $r=.360$). Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinde alınan puanların yüksekliği Psikolojik Dayanıklılığın azaldığını ifade ettiği için gebelerin psikolojik dayanıklılığı arttıkça, depresyon düzeylerinin azaldığı görülmüştür.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonuçları sıralanmış olup, gerekli olduğu düşünülen öneriler sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibidir:

- Gebelerin evlilik süreleriyle Beck depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak çok güçlü ve anlamlı bir fark bulunmaktadır. Evlilik süreleri ve depresyon puanları arasında orantısal bir ilişki bulunmasa da özellikle 7-9 yıl arası evli olan gebelerde depresyon belirtileri gösterme düzeyinin yüksekliği dikkat çekmektedir.
- Gebelikte sigara kullanımı ile Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak çok güçlü ve anlamlı bir fark bulunmaktadır. Gebelik süresince sigara kullanan gebelerde gebelik depresyonu belirtileri gösterme düzeyinin arttığı saptanmıştır.
- Planlı ve istenen gebelik yaşayan gebeler ile plansız ve istenmeyen gebelik yaşayan gebelerin Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak çok güçlü ve anlamlı bir fark bulunmaktadır. Plansız ve istenmeyen gebelik yaşayanlarda depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır.
- Doğumdan sonra sosyal hayatının kısıtlanacağı beklentisi olan gebeler ile olmayan gebelerin Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Doğum sonrası sosyal hayatlarının kısıtlanacağını düşünen gebelerde depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır.
- Gebelikte cinsel yaşamı olumsuz etkilenen gebeler ile etkilenmeyen gebeler arasında Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak çok güçlü ve anlamlı bir fark bulunmaktadır. Gebelikte cinsel yaşamları olumsuz etkilenen gebelerde depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır.

- Eşleriyle ilişkilerini olumlu olarak değerlendiren gebeler ile olumsuz değerlendiren gebelerin Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak çok güçlü ve anlamlı bir fark bulunmaktadır. Eşleriyle ilişkilerini olumsuz olarak nitelendiren gebelerde depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır.
- Gebelerin doğum süreciyle ilgili beklentileri ile Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Doğum sürecinin ağırlı geçeceği beklentisinde olan gebelerde gebelik depresyonu gösterme düzeyinin fazla olduğu bulunmuştur.
- Bir önceki gebeliğinde psikiyatrik bir sorun yaşamış gebeler ile yaşamamış gebelerin arasında Beck depresyon puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır. Bir önceki gebeliğinde psikiyatrik bir sorun yaşayan gebelerin mevcut gebeliklerinde depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu bulunmuştur.
- Gebelerin Psikolojik dayanıklılık ölçeği puanları ile Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak çok güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Gebelerin psikolojik dayanıklılığı azaldıkça, depresyon belirtileri gösterme düzeyinin arttığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu bölümde, gebelikte depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında psikososyal faktörlerin ve kişilerin psikolojik dayanıklılığın etkisi olduğu düşünülerek yapılan bu araştırmanın sonuçlarından yola çıkarak konu ile ilgili uzmanlara, gebelere, bu ve benzeri konularda çalışma yapacak araştırmacılara yararlı olacağı düşünülen öneriler oluşturulmuştur.

Araştırmanın örnekleminin sosyoekonomik farklılıkları da kapsayacak çeşitlilikte olmasına da özen gösterilmesinin ve kişisel bilgi formundaki soruların çeşitlendirilip sosyal faktörler alanında daha fazla soru eklenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada kullanılacak ölçeklerin belirlenmesinde psikolojik dayanıklılık seviyelerini ölçmek için kullanılacak ölçeğin gebelik dönemine daha uygun olması ve

güvenilirliğinin daha yüksek olmasına dikkat edilmesinin daha faydalı olacağı düşünülmektedir.

Gebelikte sigara kullanan gebelerin depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda toplum sağlığı konusunda çalışma yapan uzmanların, aile hekimlerinin ve ilgili uzmanların kadınlara sigara kullanımının olumsuz psikolojik etkileri konusunda bilgilendirme yapmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Plansız ve istenmeyen gebelik yaşayan kişilerde depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, kadınların düzenli jinekolojik kontrolden geçmelerinin, gebe kalmayı planlayan kadınların jinekolojik muayeneden geçmelerinin, gebe kalmak için kendini hazır hissetmeme ve ilgili kaygılar, evlilik sorunları gibi problemler yaşamakta olan kadınların gebe kalmadan önce psikolojik destek almalarının faydalı olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte plansız ve istenmeyen bir gebelik yaşamakta olan gebenin psikolojik destek almasının kritik bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir.

Doğum sonrasında sosyal hayatlarının kısıtlanacağı ile ilgili bir beklentide olan gebelerin depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır, araştırmada aynı zamanda bekar gebelerde ve eşleriyle ilişkilerini olumsuz nitelendiren gebelerin de depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda gebelikte eş desteğinin önemi anlaşılmaktadır. Eşlerinin gebelere karşı anlayışlı, sabırlı davranmaları ve ona destek olmalarının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda gebeler için doğum sonrası sürecin endişe yaratabileceği de göz önünde bulundurularak hem eşlerin hem diğer aile bireylerinin hem de sosyal çevresinin gebelik yaşamakta olan kadına güven vermeleri ve bebek dünyaya geldikten sonra kendisine destek olunacağı konusunda güven vermenin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Gebelikte cinsel yaşamı olumsuz etkilenen kadınlarda depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda kadın sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının gebeleri gebelikte cinsel yaşam konusunda bilgilendirmesinin, bu konudaki çekincelerini konuşması ve soru sorması konusunda

cesaretlendirmesinin, oldukça faydalı olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda gebelik ile ilgili çalışan ruh sağlığı uzmanlarının gerek gebelik eğitimlerinde gerek ise seminerlerde gebelikte cinsel yaşam konusuna sunumlarında yer vermesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Gebelikte doğum sürecinin ağırlı geçeceğine dair bir beklenti içinde olan gebelerde depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda gerek kadın sağlığı ve hastalıkları uzmanının gerekse gebelik takibi yapılan aile hekimliğindeki sorumlu ebenin gebeye doğum süreci, epidural anestezi, spinal anestezi gibi konularda bilgilendirme yapmasının gebenin bir beklenti içine girmemesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Bir önceki gebeliğinde psikiyatrik bir problem yaşayan gebelerde depresyon belirtileri gösterme düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda tedavi gerektiren, klinik depresyon olarak tanımlanacak biçimde depresyon yaşayan gebelerin bu süreçte uygun tedavi sürecine girmelerinin hem kişisel ruh sağlığı hem mevcut gebeliği hem de gelecekte yaşama ihtimali olan gebeliği için faydalı olacağı düşünülmektedir.

Gebelerin psikolojik dayanıklılığı azaldıkça depresyon belirtileri gösterme düzeyinin arttığı bulunmuştur. Bu doğrultuda, gebelere ve gebe kalmayı planlayan kişilere yaşamlarındaki koruyucu faktörlerin farkında olmaları, psikolojik dayanıklılıklarını artırmak amacıyla uzmanlarca önerilen çalışmalarda bulunmalarının faydalı olacağı düşünülmektedir.

7. BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Daha önce de belirtildiği üzere bu çalışmanın amacı gebelerde depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasında psikososyal etmenlerin ve kişilerin psikolojik dayanıklılığının etkilerini araştırmaktır. Bu amaç doğrultusunda rastgele yöntemle seçilen 215 gebeye daha önce belirtilen ölçekler uygulanmış, sonuçlar analiz edilmiş ve bazı bulgular elde edilmiştir. Bu bölümde araştırmanın sonuçları ilgili araştırmalarla karşılaştırıp, tartışılacaktır.

Türkiye’de sınırlı sayıda da olsa gebelik depresyonunun yaygınlığıyla ilgili yapılan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan bazılarında gebelik depresyonun görülme sıklığı %27.3 (Karaçam & Ançel, 2009), %27.9 (Altınay S. , 1999), %36.3 (Sevindik, 2005) olarak bulunmuştur. Araştırmamızda ise, BDÖ kesme puanı 17 olarak alındığında gebelikte depresyon görülme sıklığı %14.4 olarak bulunmuştur. Bu verilere bakıldığı zaman, gebelik depresyonunun görülme sıklığının farklılığı dikkat çekmektedir. Bu farklılığı etkileyen faktörlerle ilgili çalışma yapılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülebilir.

Gebelikte depresyonunun düzeyiyle ilgili yapılan bir çalışma; gebelerin %30’unda depresif belirti olmadığını, %33.8’inde hafif, %23.8 ininde orta ve %12.5’inin de ağır düzeyde depresif belirti bildirmişken (Sevindik, 2005), bu konuda yapılmış başka bir çalışma ise gebelerin %46.6’sında depresif belirti olmadığını, %34.5’inde hafif, %13.9’unda orta düzeyde, % 4.8’inin de ağır düzeyde depresif belirtilerinin olduğunu göstermiştir (Aktaş, ve diğerleri, 2009). Araştırmamızda ise BDÖ verileri göz önünde bulundurularak yapılan analizde gebelerin; %55.8’inde depresyon belirtileri görülmezken, %29.8’inde hafif düzeyde depresif belirtiler, %13.5’inde orta düzeyde depresif belirtiler, %0.9’unda ise şiddetli düzeyde depresif belirtiler görüldüğü saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde gebelikte depresyon belirtilerinin gözlemlenmesinin gebeliğin dönemlerine (trimester) göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu konuda yapılmış bir çalışmada; Bennet ve arkadaşlarının, sistematik gözden geçirme çalışmasında depresyon yaygınlığı; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci

trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bildirilmiştir (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004). Depresyonun gebeliğin dönemlerinde görülme sıklığını araştıran başka bir çalışmada ise gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğü bulunmuştur (Bunevicius R. , ve diğerleri, 2009). Araştırmamızda gebelikte depresyon görülme sıklığının gebeliğin dönemlerine göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Araştırmamızın bulguları belirtilen araştırmaların sonuçlarıyla uyumsuzluk göstermektedir.

Avustralya’da yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, gebelikte depresyon görülmesinin gebeliğin kaçınıcı gebelik olduğuna göre değişim gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışmada ilk gebeliğini yaşayanların depresyon düzeylerinin diğerlerine göre fazla olduğu bulunmuştur (Leigh & Milgrom, 2008). Araştırmamızda ise gebeliğin kaçınıcı gebelik olduğuna göre gebelerin depresyon düzeylerinin anlamlı bir şekilde değişiklik göstermediği saptanmıştır. Araştırmamızın bulguları belirtilen araştırmaların sonuçlarıyla uyumsuzluk göstermektedir.

Başka bir çalışmada ise gebelerin depresyon düzeyinin evlilik süresi ve eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya göre gebelikte depresyon belirtileri gösterme düzeyi evlilik süresiyle pozitif, eğitim düzeyiyle negatif bir ilişki içerisindedir. Bir başka deyişle, gebelikte depresyon düzeyi evlilik süresi uzadıkça artmakta, eğitim düzeyi arttıkça azalmaktadır. Yaptığımız çalışmada ise, gebelik depresyonunun eğitim düzeyiyle bir ilişkisi bulunamamakla birlikte evlilik süresiyle ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Gebelerin yaşları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise, ergenlik dönemindeki gebelerin hem gebelikte hem de postpartum dönemde depresyon belirti gösterme düzeyinin fazla olduğu bulunmuştur (Figueiredo, Pacheco, & Costa, 2007). Aynı konuyla ilgili yapılan başka bir çalışmada ise genç yaşta olma ve gebelik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Lau & Keung, 2007). Bir başka deyişle, genç yaşta gebelerde depresyon düzeyinin fazla olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın sonuçlarına bakılacak olursa, gebelik depresyonunun gebelerin yaşlarıyla bir ilişkisi olduğu saptanmamıştır, gebelerin yaşları ve depresyon düzeyleri ile ilgili olan bu bulgunun konuyla ilgili literatürdeki çalışmalarla uyumlu olmadığı ifade edilebilir.

Önceden de atıf yapılan Lau ve Keung (2007) tarafından yapılan çalışmanın gösterdiği bir diğer bulgu ise gebelikte depresyonun istenmeyen gebelik yaşayan gebelerde daha fazla görüldüğüdür. Araştırmamızın sonuçlarına göre de gebeliğin plansız ve istenmeyen bir gebelik olması ve gebelerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bir başka deyişle, gebelikte depresyonun istenmeyen gebelik yaşayan gebelerde daha fazla görüldüğü saptanmış olup bu bulgu literatürdeki diğer araştırmayla uyumlu bulunmuştur.

Gebelerin gelir düzeyleri ve gelir getiren bir işte çalışıp çalışmadıklarıyla ilgili literatürde yer alan çalışmalara bakıldığı zaman; bir araştırmanın gebelik depresyonunun çalışmayanlarda daha çok görüldüğünü belirttiği görülmüştür (Bödecs, Horvath, Kovács, Németh, & Sándor, 2009). Bir başka çalışmada ise gelir düzeyi düşük gebelerin depresyon düzeyinin gelir durumu iyi olan gebelere kıyasla anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur (Leigh & Milgrom, 2008). Yaptığımız araştırmada ise gebelerin depresyonunun gelir düzeyleri ve çalışıp çalışmadıklarına göre anlamlı bir fark oluşturmadığı bulunmuştur.

Araştırmamızın incelediği bir diğer faktör ise gebelerin geçmişinde psikiyatrik bir problemi olup olmamasıyla gebelik depresyonu arasındaki ilişkinin incelenmesi olmuştur. Yaptığımız araştırmada önceden psikiyatrik bir sorun yaşamış gebelerde gebelik depresyonunun daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Bu faktörle ilgili yapılan bir çalışmada da gebelerin geçmişlerindeki psikiyatrik rahatsızlıkların gebelik depresyonunu etkileyen bir faktör olduğu bulunmuştur (Leung & Kaplan, 2009). Bu bulgulara bakarak kişilerin yaşamış olduğu psikiyatrik sorunların gebelik döneminde depresyon yaşama ihtimalini artırdığı ifade edilebilir.

Aynı araştırmanın bir başka bulgusu ise; evlilik sorunlarının gebelik depresyonuyla ilişki içinde olduğudur. Yaptığımız çalışmada da gebelerin eşleriyle olan ilişkilerini olumsuz olarak nitelendirmeleri, gebelikte cinsel sorunlar gibi partnerle ilişki sorunlarının gebelik depresyonuyla oldukça güçlü bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur. Bunu destekleyen başka bir çalışmada ise evlilik uyumu iyi olmayan gebelerde gebelikte depresyon düzeyinin yüksek olduğu ifade edilmiştir. (Gözüyeşil Yalçın, Şirin, & Çetinkaya, 2008).

Gebelikte depresyon düzeyinin düşük ve kürtaj ile ilişkisini araştıran bir çalışmada, gebelik depresyonunun düşük ve kürtaj sayılarıyla pozitif bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur (Gözüyeşil Yalçın, Şirin, & Çetinkaya, 2008). Yaptığımız araştırmada ise; gebelerin düşük ve kürtaj durumları ile gebelik depresyonu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmamızın bu bulgusunun literatürdeki araştırmayla uyumlu olmadığı ifade edilebilir.

Araştırmamızın bir başka bulgusuna göre; gebelerin doğum sürecinin nasıl ilerleyeceği ile ilgili beklentilerinin gebelik depresyonuyla arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bir başka deyişle, doğum sürecinin ağırlı geçeceğini düşünen gebelerde gebelik depresyonunun daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Literatürde bu bulguyu destekleyen bir çalışma ise doğum korkusunun gebelik depresyonunu arttırdığına yönelik bir bulguyu göstermiştir (Sidebotham, 2008)

Aynı zamanda, gebelerin sigara tüketiminin de gebelik depresyonuyla güçlü bir ilişki içinde olduğu saptanmıştır. Bir başka deyişle, gebelikte sigara kullanımı gebelikte depresyon belirtileri gösterme düzeyini artırmaktadır (Gözüyeşil Yalçın, Şirin, & Çetinkaya, 2008). Bu araştırma da ise; gebelikte alkol kullanımının da gebelik depresyonu ile pozitif bir ilişki içinde olduğunu öne sürerken, araştırmamızda alkol tüketimi ile gebelik depresyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Literatürde gebelerin gebeliklerinde bir sorun yaşadıklarında bir uzmana danışmak yerine internetten araştırma yapmaları, gebelerin medeni durumlarıyla, gebelerin evlenme yaşlarıyla, evlenme şekilleriyle, tekil veya çoğul gebelik yaşamalarıyla, gebelerin doğum sonrası beklentileriyle, gebelikte cinsel yaşam sorunlarıyla, gebe kalmak için tedavi görülüp görülmemesi ve bu tedavinin süresiyle, gebelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleriyle, gebelerin meslek gruplarıyla gebelerin depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli çalışma bulunamamış olup, bu değişkenleri inceleyecek yeni çalışmalar literatüre katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Öncel, B. (1968). *Ebe ve Hemşirenin Doğum Kitabı*. İstanbul: AR Basım yayım ve dağıtım A.Ş.
- Öz, F., & Bahadır Yılmaz, E. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 82-89.
- Özer, E., & Deniz, M. (2014). Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin duygusal zekâ açısından incelenmesi. *İlköğretim Online*, 13(4), 1240-1248.
- Özgünen, T., & Evrûke, C. (2001). Sezaryen. S. Beksaç, N. Demir, A. Koç, & A. Yüksel içinde, *Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji* (s. 1322-1328). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri Kitabı*. İstanbul: Roche.
- Öztürk, M. O. (1997). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Öğülmüş, S. (2001, Mart 29-30). Bir kişilik özelliği olarak yılmazlık. *I.Ulusal Çocuk Ve Suç: Nedenler Ve Önleme Çalışmaları Sempozyumu*. Ankara: Türkiye Çocuklara Yeniden Özgürlük Vakfı.
- Aşkın, R. (1999). *Depresyon El Kitabı*. İstanbul: Roche.
- Agaibi, C., & Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literatur. *Trauma, Violence & Abuse*(6(3)), 195-216.
- Akiskal, H. S. (1995). *Mood Disorders: Introduction and Overview. Comprehensive Textbook of Psychiatry* (1st ed b.). Williams and Wilkins.
- Aktaş, S., Yeşilçiçek Çalık, K., Dinçkol, M., Kara, H., Budak, S., & Güney, S. (2009, Ocak 15-18). Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik

depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki. 9. *Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi*, 459-460. Bursa.

Alkan, M. (2007). Major depresyon ve yineleyici depresyonda kişilerarası ilişkiler terapisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*.

Alkan, M. (2009). Kişilerarası ilişkiler terapisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*(2), 14-20.

Alper, Y. (1997). *Depresyon Psikoterapisi*. İstanbul: Era Yayıncılık.

Alper, Y. (2002). Freud'dan Bugüne Yaratıcı-Sanatçı Psikodinamiğe Bakış. 11. *Anadolu Psikiyatri Günleri*.

Altınay Cebeci, S., Aydemir, Ç., & Göka, E. (2002). Puerperal dönemde depresyon belirti prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*(10), 11-18.

Altınay, S. (1999). Gebelikte Depresyon Prevelansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. *Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi*. Ankara Hastanesi.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM V Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

APA. (2017). *Road to Resilience*. 03 19, 2017 tarihinde American Psychological Association: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> adresinden alındı

Aslıhan, M. N. (1998). Parçalanmış ve Tam Aileye Sahip Çocukların Öz Kavramı, Depresyon Düzeyi ve Akademik Başarılarının Yaş ve Cinsiyet Yönünden Karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi*. Adana.

Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., Tiryaki, A., & Ak, İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*(17), 243-251.

- Bödecs, T., Horvath, B., Kovács, L., Németh, M. D., & Sándor, J. (2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orvosi Hetilap*(150), 1888-1893.
- Babaoğlu, A. (2002). *Psikiyatri Tarihi*. İstanbul: Okuyan Us Yayın.
- Behrman, R., Kliegman, R., & Jenson, H. (2000). *Nelson Textbook of Pediatrics* (16 b.). Saunders.
- Bennett, H., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetric&Gynecology*(103), 698-709.
- Bernard, B. (2004). *Resiliency: What We Have Learned*. San Fransisco: WastEd.
- Binbay, Z. (2011). Major depresyonu olan hastaların birinci dereceden yakınlarında depresyon varlığının araştırılması, stresle başa çıkma yöntemleri, mizaç ve karakter özellikleri. *Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi.
- Bitsika, V., Shapley, C., & Bell, R. (2013). The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents with an Autism Spectrum Disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*(25(5)), 533-543.
- Bonanno, G. (2004). Loss, Trauma And Human Resilience: Have We Underestimated The Human Capacity To Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*(59), 20-28.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Antenatal Depression. *Canadian Nurse Journal*(102), 26-30.
- Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R. J., Jureniene, K., & Pop, V. J. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*(8), 599-605.

- Burcusa, S., & Iacono, W. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*(27), 959-985.
- Cencirulo, R. (2001). The Relationship Between Hardiness and Job Satisfaction In Elementary School Teachers. *Yayınlanmamış doktora tezi. University of La Sierra.*
- Cicchetti, D., & Garmezy, N. (1993). Prospects and Promises in The Study of Resilience. *Development and Psychopathology*(5), 497-502.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E., Paxton, S., & Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *Journal Of Health Psychology*(14), 27-35.
- Clay, D., Anderson, W., & Dixon, W. (1993, September). Relationship Between Anger Expression And Stres In Predicting Depression. *Journal Of Counseling And Development. Journal of counseling and development*, 72(1), 91-94.
- Cox, G., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S., Parker, A., & Hetrick, S. (2012, November). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*. doi:10.1002/14651858.CD008324.pub2
- Criss, M., Pettit, G., Bates, J., Dodge, K., & Lapp, A. (2002, July). Family Adversity, Positive Peer Relationships, and Children's Externalizing Behavior: A Longitudinal Perspective on Risk and Resilience. *Child Development*, 73(4), 1220-1237.
- Crowley, B. (1997). The relationships between hardiness and responses to life events in adulthood. *University of North Texas, Yayınlanmamış master tezi. Texas.*
- Davidson, R. J., Pizzagalli, D. A., & Nitschke, J. B. (2009). Representation and regulation of emotion in depression: Perspectives from affective neuroscience. I. H. Gotlib, & C. L. Hammen içinde, *Handbook of depression* (2 b., s. 218-248). New York: Guilford Press.

- Deborah, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal Of Affect Disorder*, 59(1), 31-40.
- Demiralp, M., & Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 132-139.
- Diego, M., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., & Gonzalez-Quintero, V. H. (2009, January). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development*, 85(1), 65-67.
- Dimidjian, S., & Goodman, S. H. (2009). Nonpharmacologic Intervention and Prevention Strategies for Depression During Pregnancy and the Postpartum. *Clinical obstetrics and gynecology*, 52(3), 498-515.
- Dobson, K. (2001). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (Cilt 2). London: Guilford Press.
- Dougherty, D., & Rauch, S. (2007, April). Brain Correlates of Antidepressant Treatment Outcome from Neuroimaging Studies in Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(1), 91-103.
- Doğan, O. (2010). Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji Çalışmalarında Özgün Bir Örnek: Sivas'ta Yapılan Araştırmaların Önemli Bulguları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 13, 1, 12.
- Duffy, A., Grof, P., Robertson, C., & Alda, M. (2000, October). The Implications of Genetic Studies of Major Mood Disorders for Clinical Practice. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(9), 630-637.
- Durak, M. (2002). Predictive role of hardiness on psychological symptomatology of university students experienced earthquake. *Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Tezi*. Ankara.
- Durat, G. (2003). Sakarya ilindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik

Uygulamalarının Etkinliği. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi*. İstanbul.

Ebstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (2007, June). The McMaster Family Assessment Device. *Journal Of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.

Edward, K. L. (2005). Resilience: A protector from depression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(4), 241-243.

Elbi Mete, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri(11)*, 3-18.

Eminağaoğlu, N. (2006). Güç koşullarda yaşayan sokak çocuklarında dayanıklılık (sağamlık). *Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İzmir.

Engle, P., Castle, S., & Purnima, M. (1996). Child development: Vulnerability and resilience. *Social Science and Medicine*, 43(4), 621-635.

Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. A. (2007, June). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 10(3), 103-109.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009, February). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363-391.

Flores, E., Cicchetti, D., & Rogosch, F. (2005). Predictors of Resilience in Maltreated and Nonmaltreated Latino Children. *Developmental Psychology*, 41(2), 338-351.

Forman, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Salvig, J., & Secher, N. J. (2000). Postpartum depression: Identification of women at risk. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(10), 1210-1217.

Frank, E., Kupfer, D., Perel, J., Cornes, C., Jarrett, D., Mallinger, A., . . . Grochocinski, V. (1990, January). 3-Year Outcomes for Maintenance Therapies in Recurrent Depression. *Archives Of General Psychiatry*, 47(12), 1093-1099.

- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J., & Martinussen, M. (2003, June). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76.
- Gözüyeşil Yalçın, E., Şirin, A., & Çetinkaya, Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9), 40-46.
- Güdücü, F., Çalıyurt, O., Vardar, E., Tuğlu, C., & Abay, E. (2005). Majör depresyonda sertralin ile birlikte uygulanan uyku yoksunluğu ve ışık tedavisinin etkinliğinin sertralin tedavisi ile karşılaştırılması. *TürkPsikiyatri Dergisi*, 16(4), 245-51.
- Gürgüç, A. (1987). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Propedötik*. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Gürkan, U. (2006). Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeyine Etkisi. *Yayımlanmamış doktora tezi*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Garnezy, N. (1991). Resilience and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated with Poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.
- Garnezy, N. (1993, March). Children in Poverty: Resilience Despite Risk. *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes*, 56(1), 127-136.
- Geçtan, E. (2006). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Grotberg, E. (1995). *A Guide the Promoting Resilience and Children: Strengthening the Human Spirit* (Cilt 8).
- Heller, S. S., Larrieu, J., D'Imperio, R., & Boris, N. (1999). Research on resilience to child maltreatment: empirical considerations. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 321-388.

- Henderson, N., & Milstein, M. (1996). *Resiliency in Schools: Making It Happen for Students and Educators*. CA: Corwin Press.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri' nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*(7(23)), 3-13.
- Hoeksema, S. N. (2011). Mood Disorders. S. N. Hoeksema içinde, *Abnormal Psychology* (5 b., s. 180-220). New York: McGraw-Hill.
- Holden, K., Bradford, L., Hall, S., & Belton, A. (2013). Prevalence and correlates of depressive symptoms and resiliency among African American women in a community-based primary health care center. *J. Health Care Poor Underserved*, 24(4), 79-93.
- Hollon, S., Haman, K., & Brown, L. (2002). Cognitive-behavioral treatment of depression. I. Gotlib, & C. Hammen içinde, *Handbook of depression* (s. 383-403). New York: Guilford Press.
- Hotun Şahin, N. (2009). Seksio – Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 94-96.
- Ünal, S., & Özcan, M. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.
- Ürün, Ö. (2012). Majör depresyon tanısı alan olgularda intihar düşüncesi ve davranışının bağlanma biçimi ve aile özellikleriyle ilişkisi. *Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Jenson, J., & Fraser, M. (2006). A risk and resilience framework for child, youth, and family policy. J. Jenson, & M. Fraser içinde, *Social Policy for Children and Families: A Risk and Resilience Perspective*.

- Joseph, S., Yule, W., & Williams, R. (1993). Post-traumatic stress: Attributional aspects. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 501-513.
- Köken, G., Yılmaz, M., Coşar, E., Kır Şahin, F., Çevrioglu, S., & Geçici, Ö. (2008). Nausea and vomiting in early pregnancy: relationship with anxiety and depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 91-95.
- Köknel, Ö. (1989). *Depresyon: Ruhsal Çöküntü*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Küey, L., & Güleç, C. (1993). *Depresyonun Epidemiyolojisi*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Küllü, Z. (2008). Özürlü Çocuk Sahibi Ebeveynlerde Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*. Kayseri.
- Kalaycı, Ş. (2009). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayıncılık.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1995). *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry* (2nd b.). New York: William and Wilkins.
- Karaçam, Z., & Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in Turkish population. *Midwifery*(25), 344-356.
- Klag, S., & Bradley, G. (2004). The role of hardiness in stress and illness: An exploration of the effect of negative affectivity and gender. *British Journal of Health Psychology*(9), 137-161.
- Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., Seely, J. R., & Rohde, P. (2001). A family study of major depressive disorder in a community sample of adolescents. *Archives of General Psychiatry*(58), 13-20.
- Klerman, G., Dimascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., & Paykel, E. (1974). Interpersonal and social rhythm therapy: treatment of depression by drugs and psychotherapy. *The American Journal Of Psychiatry*(131), 186-191.

- Koç Yıldırım, P. (2014). Ergenlerde Psikolojik Dayanıklılık İle Benlik Kurgusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, 38. İstanbul.
- Krovetz, M. (1999). *Fostering Resiliency: Expecting All Students to Use Their Minds and Hearts Well*. Inc. California: Corwin Press.
- Kukihara, H., Yamawaki, N., Uchiyama, K., Arai, S., & Horikawa, E. (2014). The Trauma, Depression, and Resilience of Earthquake/Tsunami/Nuclear Disaster Survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(7), 524-533.
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., & Ylikorkola, O. (2000, May). Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. *Obstetric and Gynecology*, 95(4), 487-490.
- Lau, Y., & Keung, D. (2007). Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1802-1811.
- Lee, D. T., & Chung, T. K. (2007). Postnatal depression: An update. *Best Practice Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*(21), 183-191.
- Lee, D., Chan, S., Sahota, D., Yip, A., Tsui, M., & Chung, T. (2004). A Prevalence Study of Antenatal Depression Among Chinese Women. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 93-99.
- Lee, H., & Cranford, J. (2008). Does resilience moderate the associations between parental problem drinking and adolescents' internalizing and externalizing behaviors? A study of Korean adolescents. *Drug And Alcohol Dependence*, 96(3), 213-221.
- Leichsening, F. (2001). Comparative effects of short term psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 401-419.

- Leichsening, F., & Rebung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta analysis. *JAMA(300)*, 1551-1565.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8(1), 24.
- Leung, B., & Kaplan, B. (2009). Perinatal Depression: Prevalence, Risks, and the Nutrition Link-A Review of the Literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(9), 1566-1577.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Lu, J. L., Persico, M., & Brow, M. (2006). The personality construct of hardiness, III: Relationships between repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of Personality* (74(2)), 575-598.
- Maddi, S., & Khosbaba, D. (1994). Hardiness and Mental Health. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 265-74.
- Mandleco, B., & Perry, J. (2000). An Organizational Framework for Conceptualizing Resilience in Children. *Journal of Child Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(3), 99-112.
- Marcus, S., Flynn, H., Blow, F., & Barry, K. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 12(4), 372-380.
- Masten, A. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.

- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: successful adapta on despite risk and adversity. M. C. Wang, & E. W. Gordon içinde, *Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and Prospects* (s. 3-25).
- Metin, M. (2014). *Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Milgrom, J., Gemmill, A., Bilszta, J., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affect Disorders, 108*(1-2), 147-157.
- Muzik, M., Marcus, S., Heringhausen, J., & Flynn, H. (2009). When Depression Complicates Childbearing: Guidelines for Screening and Treatment During Antenatal and Postpartum Obstetric Care. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 36*(4), 771-788.
- Nestler, E., Barrot, M., DiLeone, R., Eisch, A., Gold, S., & Monteggia, L. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron, 34*(1), 13-25.
- Nowack, K. (1986). Who are the hardy? *Training and Development Journal, 40*(5), 116-119.
- Olçay, N. (2002). *Pediatrici* (Cilt 1). Nobel.
- Rich-Edwards, J., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B., McLaughlin, T., Joffe, H., & Gillman, M. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*, 221-227.
- Russel, K., Manoj, K., & Biswas, M. (1994). *Normal Eylem ve Doğumun Seyri* (Cilt 1). İstanbul: Barış Kitabevi.
- Rutter, M. (2007). Resilience, Competence, and Coping. *Child Abuse ve Neglect, 31*(3), 205-209.
- Samancı, A., & Ekici, G. (1998). *Aile Terapisi*. Düşünen Adam.

- Savaşır, I., & Şahin, N. (1997). *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Sağduyu, A., Ögel, K., Özmen, E., & Boratav, C. (2000). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 3-16.
- Schure, M., Odden, M., & Goins, R. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The Native Elder Care Study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 20(2), 27-41.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: Cooper.
- Sevindik, F. (2005). Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*. Elazığ.
- Sezgin, F. (2012). İlköğretim okulu öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*(20(2)), 489-502.
- Sidebotham, M. (2008). Mental Health Problems. C. Henderson, & S. MacDonald içinde, *Mayer's Midwifery: A Textbook For Midwives* (13 b., s. 918-934). London: Elsevier.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 114.
- Stewart, D. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51(8), 1061-1063.
- Stuart, S., & O'Hara, M. (1995). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a treatment program. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4(1), 18-29.

- Şahin, M., Yetim, A., & Çelik, A. (2012, December). Psikolojik Sağlamlığın Gelişiminde Koruyucu Bir Faktör Olarak Spor ve Fiziksel Aktivite. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 5(8), 373-380.
- Şahin, S., Cevahir, R., & Sözeri, C. (2003). Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne İsteğe Bağlı Kürtaj İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*(1), 1.
- Tümlü, G. Ü., & Recepoğlu, E. (2013, Aralık). Üniversite Akademik Personelinin Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3(3), 205-213.
- Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar*, 1(1), 7-14.
- Taşhan, F. (2007). Tekrarlayan erken gebelik kayıplarında maternal trombofiller. *Uzmanlık Tezi*, 7. İstanbul.
- Tan, O. (2008). *Depresyon*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tan-Kristanto, S., & Kiropoulos, L. (2015). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 1-11.
- Ter Horst, P., & Smit, J. (2009). Antidepressants during pregnancy and lactation. *Tijdschr Psychiatr*, 51(5), 307-314.
- Terzi, Ş. (2005). Öznel İyi Olmaya İlişkin Psikolojik Dayanıklılık Modeli. *Gazi Üniversitesi Doktora Tezi*. Ankara.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*(3(29)), 1-11.

- Terzi, Ş. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 4.
- Tomruk, N., & Oral, T. (2007). Elektrokonvulsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 302-309.
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A Historical Review of the Construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 3-8.
- Uzun, Ç. (2013). Anne-babası boşanmış ve boşanmamış çocuklarda depresyon ve sosyal becerilerin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Bitirme Tezi*.
- Vırt, O., Akbaş, E., Savaş, H. A., Sertbaş, G., & Kandemir, H. (2008). Gebelikte sosyo-demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*(45), 85.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Publications.
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- Windle, G. (2011, May). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(02), 152-169.
- Xie, R.-H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression. *Annals of Epidemiology*, 19(9), 637-643.
- Yüksel, N. (2000). *Birinci Basamakta Depresyon Tanı ve Tedavi*. İstanbul: Çizgi Tıp Yayınevi.
- Yeşilçiçek Çalık, K., & Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.

Yeşinel, S. (2006). Çok düşük doğum ağırlıklı riskli prematürelere somatik gelişmelerine etki eden faktörler. *Uzmanlık Tezi*, 4. İstanbul.

Zlatnik, F. (1997). *Normal Doğum Eylemi ve Doğum* (Cilt 1). (S. Erez, Çev.) İstanbul: Çevik Matbaacılık.

Zuckerman, B., Amaro, H., Baucher, H., & Cabral, H. (1989, May). Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviours. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(5), 1107-1111.



EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bu araştırma Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında öğrenim gören Psikolojik Danışman Ecem A. Gelenbe Öztürk tarafından yüksek lisans tezinde kullanılmak amacıyla gerçekleştirilmektedir.

Çalışmanın amacı kadınların gebelik sürecinde yaşadıkları duyguları etkileyen faktörleri bulmaktır. Sizden istenilen size iletilen formları doldurmanızdır.

Sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve hiçbir şekilde kişisel bilgileriniz yer almayacaktır. Araştırmaya katılımda gönüllü olmanız gerekmektedir. Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çekilme hakkınız vardır.

Yukarıdaki açıklama size yeterli güveni sağlıyorsa lütfen “EVET” i işaretleyerek uygulamaya başlayabilirsiniz.

Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Herhangi bir soru ve destek için araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

Araştırmaya katılmak için gönüllüyüm.

EVET () HAYIR ()

Ad-Soyad:

Tarih:/...../2016

İmza:

Psikolojik Danışman Ecem A. GELENBE ÖZTÜRK

E-mail: ecemgelenbe@gmail.com

Ek-2: Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgiler

Kaç yaşındasınız?

- A) 18 yaş altı
- B) 18-25 yaş arası
- C) 26-33 yaş arası
- D) 34-41 yaş arası
- E) 41 yaş üstü

Sosyal Güvenliğiniz var mı? Evet () Hayır ()

Medeni Durumunuz: Evli () Bekar ()

Evli iseniz;

Kaç yaşında evlendiniz?

- A) 18'den küçük
- B) 18-25
- C) 26-33
- D) 34-41
- E) 41+

Kaç yıllık evlisiniz?

- A) 1-3
- B) 4-6
- C) 7-9
- D) 10-13
- E) 14+

Evlenme şekliniz?

- A) Aşk evliliği
- B) Görücü usulü
- C) Akraba evliliği
- D) Diğer

Eğitim durumunuz:

- A) Okur-Yazar değil
- B) Okur-Yazar
- C) İlkokul
- D) Ortaokul
- E) Lise
- F) Üniversite
- G) Yüksek Lisans ve üstü

Mesleğiniz

Şu anda çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Hayır ise,

Gebelik öncesinde çalışıyor muydunuz? Evet () Hayır ()

Gebelik şu anda çalışmamanızda önemli bir etken mi? Evet () Hayır ()

Ailenizin gelirini nasıl değerlendiriyorsunuz?

A) Çok iyi

B) İyi

C) Orta

D) Kötü

E) Çok kötü

Şu anki gebeliğe ilişkin bilgiler

Kaçıncı gebeliğiniz?

A) İlk

B) 2.

C) 3.

D) 4 ve üstü

Gebelik durumunuz nedir?

A) Tekil gebelik

B) Çoğul gebelik (İkiz, Üçüz...)

Hiç kürtaj oldunuz mı? Evet () Hayır ()

Hiç düşük yaptınız mı? Evet () Hayır ()

Gebeliğin hangi dönemindeyiniz?

() 1.Trimester (İlk 13 hafta)

() 2.Trimester (14.-26. haftalar)

() 3.Trimester (27.-40. haftalar)

Şu andaki gebeliğiniz için nasıl bir doğum şeklinizi nasıl planlıyorsunuz?

A) Normal Doğum B) Sezaryen

Doğum sürecinin nasıl ilerleyeceğini düşünüyorsunuz?

A) Rahat

B) Ağrılı

C) Olması gerektiği gibi

D) Olabileceğinin en iyisi

Gebelik süresince bir sıkıntınız olduğunda sosyal çevrenizden kimden yardım/destek istersiniz?

A) Eş

B) Anne

C) Doktor

D) Arkadaş

E) Psikolog

*Gebeliğiniz ile ilgili internetten araştırmalar/okumalar yapıyor musunuz? Evet ()
Hayır ()*

Gebelikte alkol kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Gebelikte sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

şu anki hamileliğiniz planlı/istenene bir gebelik mi? Evet () Hayır ()

*Doęumdan sonra sosyal hayatınızın kısıtlanacağını dūřünüyor musunuz? Evet ()
Hayır ()*

Gebelikten dolayı cinsel yaşamınız olumsuz etkilendi mi? Evet () Hayır ()

Evli iseniz eşinizle ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

A) Olumlu B) Olumsuz

Çocuk sahibi olmak için bir tedavi gördünüz mü? Evet () Hayır ()

Gördüyseniz ne kadar süre?

A) 6 aydan az

B) 6 ay- 1 yıl

C) 1-3 yıl

D) 3 ve daha fazla

Önceki gebeliğe ilişkin bilgiler;

Eğer ilk gebeliğiniz ise bu bölümdeki soruları yanıtlamayınız.

Bir önceki gebeliğiniz nasıl sonlandı?

A) Normal Doğum

B) Planlı Sezaryen

C) Zorunlu Sezaryen

D) Ölü Doğum

E) Düşük

F) Kürtaj

Önceki hamileliğiniz kaçınıcı haftada sonlandı?

A) 24. ve 30. haftalar arası

B) 32. ve 36. haftalar arası

C) 36. ve 38. haftalar arası

D) 38. ve 41. haftalar arası

Önceki gebelikte tıbbi bir sorun yaşandı mı? Evet () Hayır ()

Daha önce psikiyatrik bir sorun yaşadınız mı? Evet () Hayır ()

Sağlıklı bir doğum gerçekleştirdiyseniz çocuğunuzu büyütürken...

A) Çok zorlandım

B) Zorlandım

C) Olması gerektiği gibiydi

D) Kolaydı

E) Oldukça kolaydı

Ek-3 Beck Duygudurum Değerlendirmesi

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz.

BUGÜN DAHİL, GEBELİK SÜRENİZCE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki KUTUCUĒU işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyiniz.

- a. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 - b. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - c. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - d. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
-
- a. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - b. Gelecek hakkında karamsarım.
 - c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - d. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
-
- a. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 - b. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 - c. Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - d. Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
-
- a. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - b. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 - c. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - d. Her şeyden sıkılıyorum.

- a. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
- b. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- c. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- d. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- a. Kendimden memnunum.
- b. Kendi kendimden pek memnun değilim.
- c. Kendime çok kızıyorum.
- d. Kendimden nefret ediyorum.

- a. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- b. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
- c. Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
- d. Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

- a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- b. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.
- c. Kendimi öldürmek isterdim.
- d. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

- a. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
- b. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- c. Çoğu zaman ağlıyorum.
- d. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- a. Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
- b. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.
- c. Şimdi hep sinirliyim.
- d. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- a. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 - b. Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 - c. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
 - d. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
-
- a. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 - b. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 - c. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 - d. Artık hiç karar veremiyorum.
-
- a. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 - b. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 - c. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 - d. Kendimi çok çirkin buluyorum.
-
- a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 - b. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 - c. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 - d. Hiçbir şey yapamıyorum.
-
- a. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 - b. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 - c. Her zamankinden bir iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 - d. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
-
- a. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 - b. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 - c. Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
 - d. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
-
- a. İştahım her zamanki gibi.

- b. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
- c. İştahım çok azaldı.
- d. Artık hiç iştahım yok.

- a. Son zamanlarda kilo vermedim.
- b. İki kilodan fazla kilo verdim.
- c. Dört kilodan fazla kilo verdim.
- d. Altı kilodan fazla kilo verdim.

- a. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- b. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- c. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
- d. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum

- a. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
- b. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
- c. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
- d. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

- a. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
- b. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
- c. Cezalandırılmayı bekliyorum.
- d. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

Ek-4 Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ(PDÖ)		Hiç Doğru Değil	Biraz Doğru	Çoğunlukla Doğru	Çok Doğru
Aşağıda kendinize ve davranışlarınıza ilişkin birtakım ifadeler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuduktan sonra ifadelerin size uygunluk derecesini işaretleyiniz.					
1.	Çok çalışarak her zaman amacıma ulaşabilirim.	0	1	2	3
2.	Günlük programımda değişiklik yapmaktan hoşlanmam.	0	1	2	3
3.	Her gün işe/okula gitmeyi dört gözle beklerim.	0	1	2	3
4.	Hayatın beklenmeyen sorunlarını çözmek için yeterince güçlü değilim.	0	1	2	3
5.	Hayatta her şey olacağına varır.	0	1	2	3
6.	Plan yaptığımda, bunları gerçekleştireceğimden eminim.	0	1	2	3
7.	Ne kadar uğraşırsam uğraşayım, genellikle çabalarım boşa çıkar.	0	1	2	3
8.	İşimde çeşitlilikten hoşlanırım.	0	1	2	3
9.	Genellikle insanlar benim söylediklerimi dikkatle dinlerler.	0	1	2	3
10.	Kendimi özgür bir insan olarak düşünmem, bana sadece hayal kırıklığı yaşatır.	0	1	2	3
11.	Elimden gelenin en iyisini yapmak hemen her zaman iyi sonuç verir.	0	1	2	3
12.	Yaptığım hataları genellikle düzeltmek zordur.	0	1	2	3
13.	Günlük programımda herhangi bir aksama olması beni rahatsız eder.	0	1	2	3
14.	Çoğu zaman hayata bıraktığım yerden başlamak isteği ile yataktan kalkarım.	0	1	2	3
15.	Çoğu zaman ne istediğimi bilmem.	0	1	2	3
16.	Alışılan düzendeki(rutindeki) değişiklikler beni öğrenmeye zorlar.	0	1	2	3
17.	Çoğu günler yaşam benim için gerçekten ilginç ve heyecan vericidir.	0	1	2	3
18.	Bir kişinin iş konusunda heyecanlanabileceğini hayal edemem.	0	1	2	3

Ek-5 Özgeçmiş

22 Ocak 1990 tarihinde İstanbul'da doğdum. İlk, orta ve lise eğitimimi aynı ilde tamamlayıp 2007 yılında Özel Sezin Lisesi'nden mezun oldum. 2012 tarihinde Yeditepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans bölümünden mezun oldum.

Lisans döneminde okul stajlarımın yanında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde staj yaptım. 2013 yılında Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji yüksek lisans programına başladım.

2012 yılından itibaren Taşdelen İMKB Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde Rehber öğretmen olarak görev yapmaktayım.

Yabancı dilim İngilizce olup, evli ve bir çocuk annesiyim.