KADINLARDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİNİN DOĞUM SONRASI PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE İLİŞKİSİ

Anna Gülsoy
181180160

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ezel Avcı

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2020

KADINLARDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİNİN DOĞUM SONRASI PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE İLİŞKİSİ

Anna Gülsoy
181180160
Orcid: 000-0001-5336-085X

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ezel Avcı

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2020



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

maltepe üniversitesi	LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	Doküman No	FR-178
		İlk Yayın Tarihi	01.03.2018
		Revizyon Tarihi	23.01.2020
		Revizyon No	01
		Sayfa	1

25/02/2020

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Anna Gülsoy

Hazırlayan: Enstitü Sekreterliği	Onaylayan: Kalite Yönetim Koordinatörlüğü

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez çalışmamı gerçekleştirdiğim süre boyunca bilgi ve tecrübesiyle destek sağlayan ve geri bildirimde bulunan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ezel Avcı'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Tez yazım sürecim içerisinde, her ihtiyacım olduğunda fikirleri ve bilgileri ile desteklerini esirgemeyen değerli dostlarım ve meslektaşlarım Hilal Göksal ve Tuğba İbrahimağaoğlu'na teşekkür ederim.

Sabırları, bana olan inançları, üzerimdeki emekleri, verdikleri maddi ve manevi destek için çok değerli aileme çok teşekkür ederim. Son olarak bu zorlu süreçte desteğini eksik etmeyen sevgili eşim Koray Gülsoy'a teşekkür
ederim.

Anna Gülsoy

Şubat, 2020

ÖZ

KADINLARDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME BECERİLERİNİN DOĞUM SONRASI PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE İLİŞKİSİ

Anna Gülsoy
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğrt. Üyesi Ezel Avcı
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2020

Bu araştırmada doğum sonrası dönemde kadınların kişilik özellikleri ve kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile psikolojik belirtileri arasında ki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Örneklem olarak 18 yaş üzeri, 2-15 hafta önce doğum yapmış ve okuryazar kişiler seçilerek, sağlık ocaklarına kontrol için geldiklerinde ulaşılmıştır. Katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Büyük Beşli Kişilik Envanteri (BBKE), Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulanmıştır. Kriterlere uygun 200 katılımcının verileri SPSS programı ile analiz edilmiştir. Yapılan korelasyon çalışmasına göre Nevrotiklik, Uyumluluk ve Özdenetim başta olmak üzere kişilik özellikleri psikolojik bozukluklarla ilişkili bulunmuş ve yine çeşitli kişilik özellikleri toplam psikolojik belirti puanlarındaki varyansın önemli bir kısmını açıklamıştır. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerine bakıldığında, Felaketleştirme, Kendini Suçlama ve Diğerlerini Suçlama stratejileri başta olmak üzere psikolojik bozukluklarla ilişkili bulunmuş ve regresyon analizine göre toplam psikolojik belirti puanlarındaki varyansın önemli bir kısmını açıklamıştır. Sonuç kısmında bulgular tartışılarak önerilere yer verilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Doğum sonrası psikolojik belirtiler; Kişilik özellikleri; Bilişsel duygu düzenleme.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY TRAITS AND COGNITIVE EMOTION REGULATION SKILLS WITH PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN WOMEN AFTER BIRTH

Anna Gulsoy
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Thesis Advisor: Asst. Prof. Ezel Avcı
Maltepe University, Graduate School, 2020

In this paper, relationship between personality traits and preferred cognitive emotion regulation strategies with psychological symptoms in women in the period after birth was investigated. The sample consisted of adult and literate women who gave birth 2-15 weeks ago. They were reached through primary health care centers. Personal Information Form, Big Five Inventory, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire and Brief Symptom Inventory were used to collect data from participants. Data that belongs to 200 participants was used in the analysis using SPSS. According to results from the first correlational analysis, especially neuroticism, agreeableness and conscientiousness was found to be related with psychological symptoms. Also, results from the first hierarchical regression analysis demonstrated that; after controlling for socio-demographic variables, a significant variation in psychological symptom score was explained by the personality traits. Correlational results for cognitive emotion regulation strategies showed significant correlation between psychological symptoms and catastrophizing, self-blame and other blame. Also, in the second hierarchical regression analysis, after controlling for person related variables, significant amount of variation in psychological symptom score was explained by cognitive emotion regulation strategies. Results are discussed.

Keywords: Postpartum psychological symptoms; Personality traits; Cognitive emotion regulation.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ..... İİ
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI ..... İİİ
TEŞEKKÜR ..... İV
ÖZ V
ABSTRACT ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
SİMGELER LİSTESİ X
KISALTMALAR ..... Xİ
ÖZGEÇMİŞ ..... Xİİ
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1. Doğum Sonrası Psikolojik Bozukluklar 3
1.1.1. Annelik Hüznü 3
1.1.2. Doğum Sonrası Depresyon 4
1.1.3. Doğum Sonrası Psikoz 7
1.1.4. Doğum Sonrası Diğer Bozukluklar 9
1.2. Kişilik Kavramı 11
1.2.1. Psikanalitik Kuram 12
1.2.2. Hümanistik Kuram 14
1.2.3. Sosyal-Bilişsel Kuram 14
1.2.4. Kişilik Özellikleri Kuramı 16
1.2.5. Kişiliğin Beş Faktörü (Büyük Beşli) 17
1.2.6. Kişiliğin Beş Faktörü ve Psikolojik Belirtiler 18
1.3. Duygu Düzenleme 19
1.3.1. Bilişsel Duygu Düzenleme 20
1.3.2. Bilişsel Duygu Düzenleme ve Psikolojik Belirtiler 22
1.4. Araştırmanın Amacı 23
1.5. Araştırmanın Önemi 24
1.6. Varsayımlar ve Sınırlılıklar 25
BÖLÜM 2. YÖNTEM 26
2.1. Katılımcılar 26
2.2. Veri Toplama Araçları 30
2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 30
2.2.2. Kişisel Bilgi Formu 30
2.2.3. Kısa Semptom Envanteri 30
2.2.4. Büyük Beşli Kişilik Envanteri (BFI) 31
2.2.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği 32
2.3. İşlem 33
2.4. Verilerin Çözümlenmesi 34
BÖLÜM 3. BULGULAR 35
3.1. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri 35
3.2. Ölçekler Arasında Yapılan Korelasyon Analizleri 36
3.3. Ölçekler Arasında Yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizleri 40
BÖLÜM 4. SONUÇ 42
4.1. Özet ve Yargı 42

4.1.1. Kişilik Özelliklerinin Psikolojik Belirtilerle İlişkisi ve Etkisinin Yorumlanması ..42
4.1.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Psikolojik Belirtilerle İlişkisi ve Etkisinin Yorumlanması....46
4.1.3. Sosyo-demografik Değişkenlerin Psikolojik Belirtilere Etkisinin Yorumlanması .51
4.2. Sınırlılıklar....53
4.3. Öneriler....54
4.3.1. Araştırma Önerileri....54
4.3.2. Uygulama Önerileri....55
EKLER....56
Ek 1: Demografik ve Kişisel Bilgiler Formu....56
Ek 2: Kısa Semptom Envanteri....58
Ek 3: Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği....62
Ek 4: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği....64
KAYNAKÇA....67

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Örneklem Grubunun Yaş İstatistikleri 26
Tablo 2.2. Örneklem Grubunun Sosyo-Demografik Bilgilere Göre Dağılımı 27
Tablo 2.3. Örneklem Grubunun Sosyo-Demografik Bilgilere Göre Dağılımı (Devamı) 28
Tablo 2.4. Örneklem Grubunun Sosyo-Demografik Bilgilere Göre Dağılımı (Devamı) 29
Tablo 3.1. Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutlarının Betimsel Özellikleri 35
Tablo 3.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Alt Boyutlarının Betimsel Özellikleri 35
Tablo 3.3. Büyük Beşli Kişilik Envanteri Alt Boyutlarının Betimsel Özellikleri 36
Tablo 3.4. Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutu Puanlarıyla, Büyük Beşli Kişilik Envanteri ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 36
Tablo 3.5. Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutu Puanlarıyla Bilişsel Duygu Düzenleme ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 37
Tablo 3.6. Sosyo-Demografik ve Kişilik Özellikleri Psikolojik Belirtilere Etkisi 40
Tablo 3.7. Sosyo-Demografik Değişkenler ve Bilişsel Duygu Düzenlemenin Psikolojik Belirtilere Etkisi 41

SİMGELER LİSTESİ

Ort.	:Ortalama
Ss	:Standart Sapma
N	:Toplam Sayı
p	:Anlamlılık Düzeyi
r	:Korelasyon Katsayısı
R^2	:Determinasyon Katsayısı (açıklanan değişim oranı)
T	:T-Testinin Değeri
A	:Cronbach Alfa, İç tutarlılık
β	:Standardize Edilmiş Çoklu Regresyon Katsayısı
%	:Yüzde

KISALTMALAR

BBKÖ : Büyük Beşli Kişilik Envanteri

BDDÖ : Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

DSD : Doğum Sonrası Depresyon

DSKB : Doğum Sonrası Kaygı Bozukluğu

DSM-5 : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

DSP : Doğum Sonrası Psikoz

KSE : Kısa Semptom Envanteri

MMPI : Minnesota Multiphasic Personality Inventory

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÖZGEÇMİŞ

Anna Gülsoy

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece Yıl		*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y.Ls.	2020	Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji
Ls.	2017	İstanbul Şehir Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji (İngilizce) Bölümü
Lise	2011	Maltepe Anadolu İmam Hatip Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2019 Şubat-Aralık	Clinica Dragos Psikolojik Danışmanlık ve Eğitim Merkezi
2018 Ekim-2019 Ocak	Stajyer Psikolog. Naisa Psikoloji Danışmanlık ve Eğitim Merkezi
2018 Mart-Haziran	Stajyer Psikolog. Özel Fransız Lape Hastanesi

Alınan Burs ve Ödüller

Yıl	*Burs/Ödül*
2017	Onur Derecesi ile Mezun - İstanbul Şehir Üniversitesi

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

Mesleğe Hazırlık Eğitimi	**Eğitim ve Uygulama**	2017
Ölüm ve Yas Terapisi Eğitimi	**Eğitim**	2017
Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi	**Eğitim ve Uygulama**	2018
Aile Danışmanlığı Eğitimi	**Eğitim ve Uygulama**	2020

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı : Moskova, 1992 Cinsiyet: K
Yabancı diller : İngilizce (Çok İyi); Rusça (Çok İyi)
e-posta : annazharkova@inbox.ru

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Annenin yaşadığı psikolojik problemler kendisinin yanı sıra eşi ve onunla ilişkisini, bebeğini ve gelişimini de etkilemektedir. Bu açıdan bakıldığında psikolojik bozuklukları önleme çalışmalarının yapılması, bozukluk geliştiyse doğru tanı konulması ve psikolojik destek veya tedaviye yönlendirilmesi büyük önem arz etmektedir. Doğum sonrası görülen psikolojik rahatsızlıkların bağımsız mı yoksa zaten görülen rahatsızlıkların doğum sonrasına denk gelmiş halleri mi oldukları uzun bir süre belirlenememiştir. Brockington'a göre (1988) bu süreç sonunda doğumun da diğer stresli yaşam olayları gibi sayılarak kişide var olan kırılgan yapıya zarar vermesi sonucu birçok psikolojik bozukluğa sebep verdiği fikri genel olarak kabul görmüştür (aktaran Lorenzo-Veigas & Soto-González, 2003).

DSM-5'e göre doğum sonrası evrede, nöroendokrin seviyelerinin değişmesi, duygu durum bozukluğu öyküsünün varlığı ve ruhsal ve sosyal olarak uyum sürecinin nasıl geçtiği daha sonra tekrar çocuk sahibi olma isteğini etkilediği için çok özel bir evre olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). Yaşayabileceği zorluklar açısından kadın bu dönemi sağlıklı bir şekilde atlatmazsa tekrar bebek sahibi olmak istemeyecektir.

Doğumdan sonra görülen psikolojik bozuklukların bebeğin sağlığı ve gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Annenin en temel sorumluluğu sayılabilecek bebeği besleme ve doğum sonrası kaygı bozukluğu (DSKB) ilişkisini inceleyen bir meta-analiz çalışmasına göre DSKB semptomları olan kadınlar sadece emzirme eğilimi daha düşükken, emzirmeyi daha erken bırakma eğilimi daha fazla olarak saptanmıştır. Ayrıca henüz hastane sürecinde, emzirmeyi başlatma davranışının DSKB grubu için daha az olduğu görülürken, bebek maması tercih etmenin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Emziren kadınlar için ise DSKB'nin öz yeterliliği azalttığı, emzirme zorluğunu arttırdığı ve süt tüketimini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Fallon ve ark., 2016). Benzer bir çalışma doğum sonrası depresyon (DSD) tanısı almış anneler için de gerçekleştirilmiştir. DSD tanısı almış annelerin bebeklerinde uyku ve yeme problemleri daha fazla gözlemlenirken daha az sesli ve görsel iletişim kurdukları, daha az bedensel etkileşim kurdukları ve

birbirlerine daha az gülümsedikleri gözlemlenmiştir (Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet, & Manzano, 2002). DSD'nin anne bebek etkileşimini önemli ölçüde etkilediğini gösteren meta-analiz çalışması da alan yazında mevcuttur (Beck, 1995). Anne-bebek bağlanmasına etkisi açısından doğum sonrası psikolojik bozuklukların etkisini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Parfitt & Ayers, 2009; Tietz, Zietlow, & Reck, 2014). Bu çalışmalar doğum sonrası annelerin yaşayabileceği psikolojik bozuklukların bebeklerini sadece fiziksel değil ruhsal olarak da etkileyebileceğini göstermektedir.

Örnekleminde DSD ve DSKB tanısı alan ve tanı almayan kadınlardan oluşan üç grubu içeren bir çalışma anneleri evlerinde ziyaret ederek bebeklerinin gelişimini takip etmiştir. DSD grubundaki katılımcıların bebekleri dokuzuncu ayda olgun düzenleme davranışları (mature regulation behavior), sosyal katılım konularında en düşük puanı alırlarken olumsuz duygusallık ve kortizol seviyesi bakımından en yüksek puanları almışlardır. DSKB olan annelerle herhangi bir bozukluğu olmayan anneler karşılaştırıldığında, DSKB grubu annelik hassasiyeti ve bebeğin sosyal katılımı açısından ideal puanlar alamamıştır (Feldman ve ark., 2009). Yapılan bu çalışma annelerin yaşadığı bozuklukların bebekleri üzerinde gelişimsel açıdan belirli etkileri olabileceğini göstermektedir.

Doğum sonrasında görülen psikolojik bozuklukların bebek üzerine olduğu gibi annenin kendisine, partneri ile ilişkisine de etkileri bulunmaktadır. DSD ve DSKB'nin annelik özgüvenine olumsuz etkilerinin varlığı bildirilmiştir (Reck, Noe, Gerstenlauer, & Stehle, 2012). Partnerleri ile ilişkilerine bakıldığında DSD geçiren kadınların destek almak için en çok eşlerine başvurdukları ve bu durumun ilişkilerinde gerilimi arttıran bir faktör olduğunu belirten alan yazın bulunmaktadır (Holopainen, 2002). Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile DSD'nin partner ilişkisi üzerine etkisini araştıran diğer bir çalışmaya göre ise TSSB'nin direkt bir etkisi bulunmazken DSD'un ilişki kalitesini önemli derecede olumsuz bir etkisi olduğu saptanmıştır (Parfitt & Ayers, 2009). DSD'nin evlilik ilişkisine ve partnerin kendisine negatif etkisini destekleyen başka bir çalışma ise DSD'nin partnerlerin ve ailelerin sırtına ayrıca bir yük yüklediğini, sosyal ve boş vakit aktivitelerini etkilediğini ve ekonomik problemlere sebep olduğunu belirlemiştir (Boath, Pryce, & Cox,

1998). Bu yönlerden bakıldığında doğum sonrası görülen psikolojik bozuklukların birçok alanı etkilediği ortaya çıkmaktadır.

Doğum sonrası psikolojik bozuklukların özellikle bebeğin gelişimi, sağlığı gibi alanlara etkili olduğu göz önüne alındığında bu alanda yapılacak çalışmaların önemi anlaşılmaktadır. Bu bozuklukların çeşitliliği ve yaygınlığı da düşünüldüğü zaman bu önem daha da artmaktadır. Annelerin yaşadığı bu dönemin uzun vadede topluma belirli etkileri olabilmektedir. Bu doğrultuda, araştırmada doğum sonrasında görülen psikolojik bozukluklar ve bunların kişilik özellikleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileriyle ilişkileri incelenmiştir.

1.1. Doğum Sonrası Psikolojik Bozukluklar

Gebelik ve doğum sonrası süreç fiziksel, duygusal ve sosyal olarak kadınların büyük değişikliklere maruz kaldıkları bir zaman dilimidir. Genel olarak incelendiğinde doğum sonrasında görülen psikolojik semptomlar üç kategoriye ayrılırlar. Bunlar; annelik hüznü, doğum sonrası depresyonu ve doğum sonrası psikozdur (Lorenzo-Veigas & Soto-González, 2003). Bunların dışında kaygı bozuklukları veya doğumun yol açtığı travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi durumlar da gözlemlenebilmektedir.

1.1.1. Annelik Hüznü

Annelik hüznü hafif depresyon semptomlarıyla seyreden, akıl karışıklığı, ağlama isteği, kaygı, sinirlilik, uyku yitimi, değişken duygu durumu ve genel bir hüzün hali ile tanımlanan, doğumdan sonra 1 ile 10 gün arasında annelerin %26-85 ‘inde gözlemlenen geçici psikolojik bozukluktur (Faisal-Cury, Menezes, Tedesco, Kahalle, & Zugaib, 2008; Newport, Hostetter, Arnold, & Stowe, 2002; O’Hara, Schlechte, Lewis, & Wright, 1991). Kısa süreli ve hafif olarak seyretmesinden dolayı genelde tedaviye gereksinim duyulmadan sosyal destek ve empati ile kendiliğinden ortadan kalkar. Annelik hüznünün fiziksel ve duygusal strese verilen bir tepki olup olmadığını araştıran bir çalışma yapılmıştır. Jinekolojik ameliyat sonrası ve doğum sonrası iki grup karşılaştırılan bu çalışmada, doğum sonrası grubun annelik hüznü puanlarının önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (Iles, Gath, &

Kennerley, 1989). Bu durum annelik hüznünün doğum sonrasında yaşanan özel bir durum olduğunu ortaya koymuştur.

Annelik hüznü ile doğum sonrası ani hormonsal değişikliği anlamlı şekilde ilişkili bulan çalışmalar bulunmaktadır (Ehlert, Patalla, Kirschbaum, Piedmont, & Hellhammer, 1990; Feksi, Harris, Walker, Riad-Fahmy, & Newcombe, 1984; Harris ve ark., 1994). Ayrıca gebelik öncesi ve sırasında veya adet öncesi dönemde depresif semptomların yaşanması ve bebeğe bakım stresi doğum sonrasında annelik hüznünün yaşanmasını yordamıştır. Annelik hüznü yaşayan kadınların %21-25'i bu durumu kolaylıkla atlatamayarak doğum sonrası depresyon geliştirmektedirler (O'Hara ve ark., 1991). Özellikle ağır bir annelik hüznü dönemi geçirmek ve daha önce yaşanan depresyon öyküsü bağımsız değişkenler olarak DSD gelişimini neredeyse üç kat arttırmıştır (Henshaw, Foreman, & Cox, 2004).

1.1.2. Doğum Sonrası Depresyon

Doğum sonrasında en sık görülen problemlerden biri olan doğum sonrası depresyon DSM-5'te ayrı bir tanı olarak değerlendirilmemektedir. Doğum olayı bir stresör kabul edilerek, yaşanan bozukluk Majör Depresyon olarak değerlendirilmektedir. DSM-5'e göre Majör Depresyon;

Belirtilerden en az biri çökkün duygu durum (1) veya ilgi kaybı (2) olmak üzere, iki haftalık dönem boyunca işlevsellik düzeyi düşecek şekilde aşağıdaki belirtilerden en az beşi gözlemlenmelidir.

1. Kişinin belirttiği veya gözlemlenebilen çökkün duygu durum hali.
2. Daha önce zevk alınan ilgilenilen durumlardan zevk alamama ve ilgi duymama hali.
3. Özel bir çaba harcamadan kilo alma veya verme, iştahta artma veya azalma durumu.
4. Çok uyuma veya uykusuzluk.
5. Davranışlarda gözlemlenebilen yavaşlama ya da ajitasyon hali.
6. İçsel gücün kalmaması veya bitkinlik hali.
7. Uygunsuz suçluluk veya değersizlik duyguları.
8. Kararsızlık yaşama ve düşünmekte, odaklanmakta güçlük.

9. Kendini öldürme düşünceleri, planları veya girişimleri.

Bu belirtiler başka bir bozuklukla daha iyi açıklanamamalı, maddeye veya fizyolojik rahatsızlığa bağlı olmamalıdır. Belirtiler kişinin günlük işlevselliğini negatif yönde etkilemelidir (American Psychiatric Association, 2013). DSM 5'e göre doğum zamanı ortaya çıkan depresyonun belirtilmesi gerekmektedir. Yani doğum sonrası depresyon ayrı bir başlık olarak değerlendirilmese de gebelik sırasında veya doğum sonrası ilk dört hafta içinde semptomlar gözlemleniyorsa majör depresyon tanısı alırken bu semptomların doğum sonrası başladığının belirtilmesi gerekmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Doğum sonrası depresyon ile ilgili yapılan birçok çalışmayı içeren bir meta-analiz çalışmasına göre DSD yaygınlığı %7,1 olarak saptanırken DSM-5'e göre kadınların %3-6'sı gebelik sırasında veya sonrasında majör depresyon belirtileri göstermektedir (American Psychiatric Association, 2013; Gavin ve ark., 2005). Türkiye'de yapılan çalışmalar ise DSD'nin yaygınlığının %6 ile %14 arası olduğunu belirtmektedir (Durukan, İlhan, Bumin, & Aycan, 2011; Kırpınar, Gözüm, & Pasinlioğlu, 2010; Kırpınar, Öztürk-Tepeli, Gözüm, & Pasinlioğlu, 2012). DSD yaşayan kadınların önemli bir oranının (%41-57), komorbid olarak obsesif kompulsif düşünceleri olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Brandes, Soares, & Cohen, 2004). Bu durum tanı koymayı ve tedaviyi şekillendirmeyi etkileyen faktörler arasında yer almaktadır.

DSD'nin gelişmesinde hormonsal değişimlerin etkisini destekleyen alan yazın bulunmaktadır. Hormonların gebelik boyunca normal hormonsal değerlerin 200 katına kadar artıp doğum sonrası 24 saat içerisinde ani bir düşüş yaşadığı düşünülürse bu gayet olasıdır (Bloch ve ark., 2000). Gebe olmayan katılımcılara gebelik hormonlarının verildiği ve sonrasında kesildiği (doğumda olduğu gibi) bir çalışmada, depresyon öyküsü olan grubun %62,5'i tekrar depresyon belirtileri göstermeye başlarken, depresyon öyküsü olmayan gruptaki katılımcılardan hiç biri belirtileri göstermemiştir (Bloch ve ark., 2000). Bu çalışma riskli gruplarda ani hormonsal değişimlerin DSD geliştirmesinde etkisi olabileceğini vurgulamaktadır. Yapılan meta-analiz çalışmaları DSD risk faktörleri olarak doğum ve gebelik öncesi depresyon öyküsü, düşük özsaygı, bebeğe bakım stresi, doğum öncesi kaygı bozukluğu, yaşam stresi, sosyal destek, evlilik ilişkisi, bebeğin mizacı, annelik

hüznü yaşanması, medeni hal, sosyoekonomik seviye, istenmeyen/planlanmayan gebelik olması, genç yaş, işsizlik durumu, gebelik sırasında sigara ve alkol kullanımı ve gebelik sırasında sağlık problemi yaşanması olarak belirlenmiştir (Beck, 2001; Bowen, Bowen, Butt, Rahman, & Muhajarine, 2012; Katon, Russo, & Gavin, 2014).

DSD'yi önleme çalışmalarına bakıldığında yüksek risk gruplarına doğumdan hemen sonra verilen antidepresan ilaçların DSD geçirme ihtimalini plasebo gruplarına göre önemli ölçüde azalttığını gösteren bulgular elde edilmiştir (Wisner ve ark., 2004; Wisner & Wheeler, 1994). İlk akla gelen önleyici müdahale olan ilaç müdahalesinin etkisi bu çalışmalar ile ortaya konmuştur. Gebeliğinde depresyon tanısı almış kadınlara Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) desteği sağlayan bir çalışma ise, bu terapi desteğini alan ve almayan iki grubu doğum sonrasında karşılaştırmıştır. Böylece BDT desteği alan grubun önemli ölçüde daha az DSD semptomları gösterdiği ve evlilik içi ilişki doyumlarının daha fazla olduğunu belirlenmiştir (Cho, Kwon, & Lee, 2008). Bu sonuç psikoterapi çalışmalarının sadece tedavi edici değil önleyici olarak da kullanılabileceğini göstermektedir. Neredeyse 17.000 katılımcının verilerinin kullanıldığı bir meta-analiz çalışmasında ise özelikle psikolojik ve psiko-sosyal değişkenlerin DSD önlenmesindeki etkisi analiz edilmiştir. Bu çalışmaya göre doğum sonrasında halk sağlığı hemşirelerinin ve ebelerin ev ziyareti yapmasının, doğum sonrası telefon desteği verilmesinin ve bireysel psikoterapi desteğinin DSD önlenmesinde etkili bulunduğu belirlenmiştir. Ayrıca risk gruplarının belirlenmesinin DSD önlenmesinde önemli bir rol oynadığı anlaşılmıştır (Dennis & Dowswell, 2013). Diğer bir meta-analiz çalışmasına göre ise bireysel psikoterapi ve riskli grupları hedefleyen yaklaşımlar en etkili DSD önleme girişimleri olarak belirlenmiştir (Werner, Miller, Osborne, Kuzava, & Monk, 2015).

Yapılan çalışmalar DSD tedavisi için dört ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar; hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretleri (listening visits), kişiler arası psikoterapi, BDT ve psikodinamik psikoterapidir. Hemşireler tarafından doğum sonrası yapılan düzenli ev ziyaretleri anneler tarafından yararlı bulunmuş, anne bebek ilişkisini iyi yönde etkilemiş ve DSD semptomlarını azaltmıştır (Mayberry, Horowitz, & Declercq, 2007; Turner, Chew-Graham, Folkes, & Sharp, 2010). Kişiler arası psikoterapi desteği alan ve almayan DSD bozukluğu olan katılımcılar karşılaştırıldığında, her iki grupta düzelme gözlemlenirken

psikoterapi desteği alan kadınlarda gözlemlenen düzelmenin önemli ölçüde fazla olduğu belirlenmiştir (Clark, Tluczek, & Wenzel, 2003; Miniati ve ark., 2014; Mulcahy, Reay, Wilkinson, & Owen, 2010). BDT ve kısa süreli psikodinamik terapinin, rutin sağlık görüşmeler ile karşılaştırıldığında DSD semptomlarını azaltmasında etkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Cooper, Murray, Wilson, & Romaniuk, 2003; Dennis & Hodnett, 2007). Belirtilen psikolojik müdahaleleri içeren meta-analiz çalışmasına göre ise müdahale almayan gruplarla karşılaştırıldığında müdahale alan grupların DSD semptomlarında azalma olduğu belirlenmiştir (Dennis & Hodnett, 2007).

1.1.3. Doğum Sonrası Psikoz

Doğum sonrası psikoz (DSP) DSM-5'te ayrı bir kategori olarak değil iki uçlu bozukluk ve kısa süreli psikoz bozukluğunun altında, doğumdan sonra başlangıç gösteren olarak belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre doğumdan hemen sonra DSP semptomları gösteren kişilere bakıldığına %72-88'i iki uçlu bozukluk veya şizoafektif bozukluk tanısı alırken, %12'si şizofreni tanısı almıştır (Sit, Rothschild, & Wisner, 2006). Yine DSM-5'e ve çeşitli çalışmalara göre DSP vakaları 500-1000 doğumda bir ve genelde ilk doğumdan sonra daha sık görülmektedir (American Psychiatric Association, 2013; Kendell, Chalmers, & Platz, 1987; Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Mors, & Mortensen, 2006). Bir çalışmada DSD (%75,6) veya iki uçlu bozukluk (%24,4) tanısıyla hastaneye yatışı yapılan katılımcılardan oluşmuştur. DSD ile yatışı yapılanların %64,7'si hastanede yattığı süre içerisinde mani veya hipomani belirtileri gözlemlenmesi sonucu, taburcu olma zamanlarında tanıları iki uçlu bozukluk olarak değiştirilmiştir (Kim, Choi, & Ha, 2008). Bu sonuç yanlış depresyon tanısı alan annelerin bulunabileceğinin ve DSP'nin var olduğundan az raporlanabileceğinin altını çizmektedir.

DSP semptomları depresif ve/veya yükselmiş duygu durumu, ajitasyon, sanrılar, varsanılar ve depersonalizasyon olarak sıralanabilir (Friedman, 2015). Özellikle bebeğine zarar vermekle ilgili sanrı ve varsanılar bu dönemde ortaya çıkabilmektedir (American Psychiatric Association, 2013). Bu dönemde görülen en büyük riskler intihar, bebeği ihmal ve bebeği öldürme girişimleridir (Friedman, 2015). Bu yüzden ne kadar nadir olarak görülse de belirtilere dikkat edilerek saptandığı zaman tam bir psikiyatrik acil durum sayılmalıdır. Vakaların çoğunda hastaneye yatış gereklidir (Spinelli, 2009). Ayrıca bir

kadın DSP belirtileri gösterdiyse diğer doğumlarında da aynı belirtileri gösterme olasılığı %30-50 arasında değişmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

DSP'nin en büyük sebebi genetik geçiş ve biyolojik sebepler olarak belirlenmiştir (American Psychiatric Association, 2013). İki uçlu bozukluğu olan kadınların örneklem olarak alındığı bir çalışmada, ilk dereceden akrabasında DSP olan grupla olmayan grup karşılaştırılmıştır. Katılımcılarda DSP görülme oranı var olan grup için %74 olarak belirlenirken, olmayan grup için bu oran %30 olarak belirlenmiştir (Jones & Craddock, 2001). Bu durum genetik geçişin önemini vurgulamaktadır. Biyolojik ve genetik etmenler dışında 1987 yılında büyük bir örneklemle yapılan çalışmaya göre evli olmamak, ilk bebeğe doğum yapmış olmak, doğum zamanı bebeği kaybetmek ve sezaryen doğum şekli, psikiyatrik hastaneye yatış ihtimalini arttıran değişkenler olarak saptanmış ve psikolojik stresin etkisini ortaya koymuştur (Kendell ve ark., 1987). Daha güncel bir çalışmaya bakıldığı zaman, genç yaş, düşük gelir seviyesi, doğum öncesi ve sonrası yaşanan sağlık problemleri ve eşin doğum zamanında yanında olmayışı DSP için risk faktörleri olarak belirlenmiştir (Upadhyaya, Sharma, & Raval, 2014).

Önleme çalışmalarına bakıldığı zaman, daha önce DSP geçiren kadınlara sonraki doğumlarının hemen ardından önleyici ilaçlar verildiğinde DSP tekrarlama ihtimali önemli oranda düşmüştür. Ayrıca iki uçlu bozukluğa sahip kadınların örneklem olarak alındığı çalışmada, gebelik boyunca ilaçlarına devam eden grubun DSP görülme oranı %23 iken gebelikte ilaçlara ara veren grup için bu oran %66 olduğu gözlemlenmiştir (Wesseloo ve ark., 2016). Yüksek risk grubunda gebeliğin son üç ayında doğum sonrası emzirmemek şartı ile lityum kullanımının doğum sonrası psikoz riskini düşürdüğü görülmüştür (Stewart, Klompenhouwer, Kendell, & Van Hulst, 1991). Bu çalışmalar DSP için yüksek risk gruplarında ilaç kullanımının önemini ortaya koymaktadır.

Tedavi için çeşitli ilaçların kullanımı söz konusudur. DSP tedavisi için lityum kullanımını destekleyen alan yazın mevcuttur (Lichtenberg, Navon, Wertman, Dasberg, & Lerer, 1988). Özellikle ilaç kullanımının yarar sağlamadığı psikoz durumunda tedavi için Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) kullanılmasını destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır (Focht & Kellner, 2012; Forray, Focseneanu, Pittman, McDougle, & Epperson, 2010). Son olarak tedavi amacıyla, hastalara östrojen (estradiol) verilmesi, progesteron verilmesi veya

hormon replasman tedavisi verilmesi desteklenmektedir (Ahokas, Aito, & Turtiainen, 2000; Atkinson & Atkinson, 1983; Huang, Wang, & Chan, 2008)

1.1.4. Doğum Sonrası Diğer Bozukluklar

Doğum sonrası psikolojik bozukluklar ile ilgili yapılan çoğu çalışma DSD'ye odaklanırken kaygı bozuklukları genelde arka planda kalmıştır. Halbuki depresyon ve kaygı bozuklukları sıklıkla komorbid olarak gözlemlenebilirken, bebeğin ileriki yaşamında psikolojik bozuklukla karşılaşma ihtimalini de arttırmaktadır. Depresyon ve kaygının birlikte gözlemlendiği durumlarda, gidişatın daha kötü olduğunu ve bütün semptomların ayrı ayrı ele alınması gerektiği gözlemlenmiştir (Ballenger ve ark., 1999). Ayrıca doğum yapmış kadınlar örnekleminde kaygı bozukluklarının depresyondan daha çok yaşandığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Erdem, Erten-Bucaktepe, Özen, & Kara, 2010; Matthey, Barnett, Howie, & Kavanagh, 2003; Wenzel, Haugen, Jackson, & Robinson, 2003). Bu durum sadece DSD'ye odaklanmak yerine semptom taraması yaparken kaygı bozukluklarını göz önünde bulundurmanın gerekliliğini göstermektedir.

Tedavi planlaması yapılırken sadece kaygıyı değil, kaygının odak noktasını saptamak oldukça önemlidir. Doğum sonrası kaygı belirtileri çoğunlukla bebekle ilgili olarak ortaya çıkmaktadır. De Armond (1954)'a göre, doğum sonrasında aniden omuza yüklenen sorumluluk duygusu patolojik seviyelere çıkabilirken, çoğu anne bu durumla eşinden ve sosyal çevresinden destek alarak baş etmektedir (aktaran Brockington, 2004). Anne kaygı odağı olarak bebeğinin öleceği ile ilgili düşüncelere sahip olabilir. Bu düşünceler nedeniyle gece uykusundan yoksun kalarak sürekli bebeğin nefes alışını takip etme davranışı gösterebilir (Weightman, Dalal, & Brockington, 1998). Gece uykusunun olmayışı bazen aylar sürerek anneler için ciddi bir uyku yoksunluğuna sebep verebilir.

Ayrıca alan yazında annenin ayrılık kaygısı olarak tanımlanan, annenin bebeğinin/çocuğunun yanında olmadığı kısa süreler içerisinde güvenliği ve sağlığı ile ilgili duyduğu bir kaygı türünü tanımlar (Cooklin, Giallo, D'Esposito, Crawford, & Nicholson, 2013; Hock & Schirtzinger, 1992). Annenin ayrılık kaygısının aşırı koruyucu ebeveynlik yapmasına sebep vererek, çocuğun sosyal gelişimi olumsuz olarak etkileyebilir (Cooklin ve ark., 2013). Bazen kadınlar kaygıyla birlikte fobik bir reaksiyon olarak bebeklerinden uzak durmak isteyebilirler. Doğumdan sonra ilk 12 ay içerisinde psikiyatri hastanesine yatışı

yapılmış 66 kadınla yapılan çalışmada bu fobik reaksiyonu yaşayanların oranı %13,6 olarak gözlemlenmiştir (Sved-Williams, 1992). Bebeğin anneden uzak kalmasının, bebekte bağlanma problemlerine neden olması neredeyse kaçınılmazdır.

Kaynaklarda sıklıkla yer verilmemesine karşın, doğum sonrasında psikolojik bozuklukları konu alan bazı çalışmalar uyum bozukluğunu da bir başlık olarak almışlardır. Doğum sonrası dönemde kadının annelik rolüne, yeni günlük düzenine, uyku eksikliğine, emzirmeye, kısaca yeni sorumluluklarına alışmaya çalıştığı bir dönem olarak düşünüldüğünde, uyum bozukluğunun ortaya çıkabilme olasılığı göz ardı edilmemelidir. Uyum bozukluğunu bir başlık olarak dahil eden bir çalışmada yaygınlığı düşük risk grubunda %7,3 olarak saptanırken, yüksek risk grubunda %18 olarak saptanmıştır (Bloch, Rotenberg, Koren, & Klein, 2005).

Doğumdan sonraki dönemde annelerde Obsesif Kompulsif Bozukluk da (OKB) görülebilen bozuklukların arasındadır. Bozukluğun semptomları girişken düşünceler ve/veya kompulsif durdurulamayan davranışlar olarak tanımlanabilir. Doğum sonrasında görülen OKB'de düşünceler; kirlilik bulaşması, bebeğe zarar verme, aşağılayıcı veya şiddet içerikli cinsel görüntüler, dini eğilimler ve simetri takıntısıyla ilgili olmaktadır (Jennings, Ross, Popper, & Elmore, 1999). 400 katılımcılı bir çalışmada OKB yaygınlığı %9 olarak saptanırken doğumdan sonra ilk defa OKB semptomları gösterenlerin oranı %2,3 olarak belirlenmiştir (Zambaldi ve ark., 2009). Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada ise OKB'nin doğum sonrasında ilk defa ortaya çıkma oranını %4 olarak saptanmıştır (Uguz, Akman, Kaya, & Cilli, 2007). Gebelik ve doğum sonrası dönemde OKB yaygınlığı ile ilgili 29 çalışmayı içeren bir meta-analiz çalışmasına göre ise yaygınlık gebe kadınlar için %2 iken doğum sonrası dönemde olan kadınlar için %2,5'tir (Russell, Fawcett, & Mazmanian, 2013). Sadece OKB tanısı alan bir grup kadın katılımcı ile yapılan çalışmada hamilelik geçiren grubun %32,1'i OKB semptomlarının ilk kez geç gebelik ve doğum döneminde ortaya çıktığını, %15,4'i gebelik sırasında, %15,4'i doğumdan sonra, %1,3'i ise düşük sonrasında ilk kez bu semptomların ortaya çıktığını raporlamışlardır (Forray ve ark., 2010).

Doğum sonrasında ortaya çıkabilecek bir diğer psikolojik bozukluk ise travma sonrası stres bozukluğudur. TSSB geliştirmeye sebep olan risk faktörlerinin başında kadınların doğumlarıyla ilgili öznel değerlendirmeleri ve duydukları sıkıntı yer almaktadır

(Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012; Garthus-Niegel, Von Soest, Vollrath, & Eberhard-Gran, 2013). Yani kadınların doğum sürecini ne şekilde algılayıp yorumladıkları ve bu konuda duydukları sıkıntı TSSB geliştirme durumunu etkilemektedir. İlk doğumlarını gerçekleştiren kadınların olduğu örneklemle yapılan bir çalışmada risk faktörleri olarak aile üyelerinden ve sağlık çalışanlarından alınan düşük destek olarak saptarken TSSB yaygınlığını %1,25 olarak belirlemiştir (Cigoli, Gilli, & Saita, 2006). TSSB yaygınlığı ile ilgili yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre ise doğumdan sonra TSSB gözlemlenmesinin yaygınlığı genel popülasyonda %3,1 olarak saptanırken, riskli gruplarda bu oran %15,7 olarak saptanmıştır. Doğumdan sonra TSSB geliştirmenin genel popülasyon için risk faktörleri, var olan depresyon belirtileri, sağlık çalışanlarıyla yaşanan karşılıklı etkileşimler ve psikopatoloji öyküsü olarak belirlenmiştir. Riskli gruplar için ise risk faktörleri var olan depresyon belirtileri ve bebeğin sağlık problemleri olarak tanımlanmıştır (Grekin & O'Hara, 2014). Ayrıca doğum sonrası TSSB ve subklinik TSSB tanısı alan ve almayan katılımcılar karşılaştırıldığında, tanıyı alan katılımcıların stres (%73), kaygı bozukluğu (%64) ve depresyon (%73) yaşama ihtimallerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Onoye, Goebert, Morland, Matsu, & Wright, 2009). Bu sonuç birçok bozukluğun doğum sonrası süreçte iç içe geçebileceğini göstermektedir.

1.2. Kişilik Kavramı

Kişilik bireysel farklılıklar olarak nitelendirilen, zaman ve olaylar arası tutarlı davranış kalıpları ve kişinin içinde oluşan, nasıl hissettiğini ve davrandığını etkileyen duygusal, motivasyonel ve bilişsel süreçlerin hepsini kapsayan içsel süreçler bütünü olarak tanımlanabilir (Burger, 2015). Berens'in (1999) yaptığı benzer tanıma göre ise, kişinin davranış, duygu ve düşüncelerindeki farklılıkların, içinde bulunulan an, biyolojik durum, veya sosyal ortamdan bağımsız olarak başka bir biçimde açıklanamayan, kişiye ait özellikler ve eğilimler bütünü kişilik olarak tanımlanır (aktaran Taymur & Türkçapar, 2012).

Kişilik teorileri üzerine çalışan birçok psikolog kişiliğin gelişimi hakkında farklı bakış açılarına sahip olmuştur. Psikanalitik (Freudian ve Neo-Freudian), humanistik, sosyal-bilişsel ve özellik teorileri kişilik açısından temel teoriler olarak sıralanabilir.

1.2.1. Psikanalitik Kuram

Freud'a göre kişilik erken çocukluk dönemindeki yaşantılarla ve temelde beş dönemden geçerek gelişir. Bu gelişim psikoseksüel gelişim olarak adlandırılır ve kişilikle beraber cinsellik de bu dönemlerle gelişir (Westen, Gabbard, & Ortigo, 2008). Dönemler sırasına göre; 0-1 yaş arası oral dönem, 1-3 yaş arası anal dönem, 3-6 yaş fallik dönem, 6-11 latens dönem ve 11 yaş sonrası genital dönem olarak tanımlanmaktadır (Özdemir, Özdemir, Kadak, & Nasıroğlu, 2012). Bu dönemlerden özellikle genital dönem öncesi olan yaşantılar üç birimden süzülerek değerlendirilir.

Yapısal kurama göre kişiliğin temelindeki bu üç birim; doğuştan gelen ve mantık aramadan, anında zevklerin tatminini talep eden id; süperego ile id arasındaki dengeyi sağlayan ego; kusursuz doğruluk halini temsil eden, toplumsal ahlakın içselleştirilmiş hali olan süperegodur. Bu yapılardan ve aralarındaki içsel çatışmalardan kişilik şekillenmiş olur (Westen, Gabbard, & Ortigo, 2008).

Freud ayrıca insan davranışlarını üç kaynağa ayırmıştır. Bunlar, mantıksal ve gerçeğe uygun çerçeve içinde bulunan ve farkında olduğumuz yaşantılardan oluşan bilinç; davranışlarımızı sürekli etkileyen, düşününce bilinç seviyesine çıkarabildiğimiz yaşantıları saklayan bilinçaltı; sadece belirli tekniklerle ortaya çıkarabildiğimiz, unutulan veya bastırılan anılar, dürtüler, içgüdüler, ilkel cinsellik ve bastırılmış karmaşaları barındıran bilinçdışıdır (Sevinç, 2019).

Freud'un bazı düşüncelerine katılmayan diğer teorisyenler, onun fikirlerini temel alıp başka katkılarda da bulunarak farklı kişilik teorileri ortaya koymuşlardır. Bu yönelime Neo-Freudian ismi verilmiştir. Freud'un teorisine gelen temel eleştiriler; kişiliğin sadece 5-6 yaşına kadar geliştiği, sosyal ve kültürel çevrenin etkisinin yok sayıldığı ve insan doğasını kötümser ve aşağılayıcı görmesi olmuştur (Burger, 2015).

Alfred Adler'e göre üstünlük arayışı, doğum sırası ve ebeveynlerin çocuklarının hayatlarındaki yerleri de kişiliğin önemli şekillendiricilerindendir. Adler insanın motivasyonun Freud'un belirttiği gibi cinsellik ve saldırganlık değil aşağılık duygusu ile ortaya çıkan üstün olma çabası olduğunu düşünmüştür (Barone, Hersen, & Van Hasselt,

1998). Bir diğer kavram olan doğum sırası; en büyük, ortanca ve en küçük çocuk arasında kişilik farklılığını vurgulamaktadır. Buna göre yaşça en büyük çocuk sorunlu, ortanca çocuk uyumlu ve başarılı, en küçük çocuk ise bağımlı bir kişiliğe sahip olur. Son olarak kişilikte ebeveyn etkisinden bahseden Adler'e göre gerektiğinden çok ilgilenen ebeveynlerin çocukları bağımlı ve aşağılık kompleksli yetişirken, ihmalkâr ebeveynlerin çocukları soğuk ve şüpheci olarak yetişir (Burger, 2015; Cloninger, 2003).

Carl Jung ne kadar Freud'un yakın öğrencilerinden olsa da onunda kolektif bilinçdışı adını verdiği teorisi, Freud'un teorisinden en büyük ayırıcı olarak bahsedilebilir. Kolektif bilinçdışı ile Jung, iç güdüler gibi her insanın birlikte doğduğu bir takım ortak materyallerin (arketipler gibi) var olduğunu ve davranışlarımızı etkilediğini savunur. Önemli arketipler erkeğin dişi tarafı olan "anima", kadının erkek tarafı olan "animus" ve kişiliğin karanlık taraflarını bilinçdışında tutan "gölge" olarak tanımlanmaktadır (Burger, 2015). Bunlar Jung'a göre insanın kişiliğini etkileyen en önemli faktörlerdir.

Erik Erikson'un kişiliğe bakış açısına bakıldığında egoyu olumlu bir yapı olarak görmüştür. Alana en büyük etkisi kişilik gelişiminin Freud'un düşüncesinin aksine ömür boyu devam ettiğine inanmasıdır. Erikson toplamda kişinin sekiz gelişimsel evre ile kişiliğinin geliştiğine inanıyordu. Bunlar; temel güvene karşı güvensizlik (0-1 yaş), özerkliğe karşı kuşku ve utanç (1-3 yaş), girişimciliğe karşı suçluluk (3-6 yaş), başarıya karşı aşağılık duygusu (6 yaş-ergenlik), kimlik kazanımına karşı rol karmaşası (ergenlik), yakınlığa karşı yalıtılmışlık (17-30 yaş), üretkenliğe karşı durgunluk (olgun çağ), benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk (yaşamın son yılları) olarak sıralanmıştır (Burger, 2015; Cloninger, 2003).

Freud'un kadın ve erkeklerin farklı kişiliklerle doğduğu fikrini eleştiren Karen Horney bunun biyolojik değil, sosyal ve kültürel bir durumdan kaynaklandığını ileri sürmüştür. Ayrıca insanların ebeveynlerinden dolayı gelişen üç tip kaygıyla başa çıkma yolu tanımlamıştır; insanlara yönelen tip, saldırgan tip ve kopuk tip. Horney'a göre bu temel kaygıyla başa çıkma tipleri ana olarak kişiliği oluşturan etmenlerdir (Burger, 2015).

1.2.2. Hümanistik Kuram

Psikanalitik ve bilişsel teorilerde kişiliğin önemli sayılan parçalarından özgür irade ve insan onurunun eksikliğini hisseden üçüncü dalga teorisyenler, insanı daha farklı tanımlama yoluna gitmişlerdir. En büyük farklılıklar, psikanalitik kuramın aksine insan doğasına olumlu bakış açısı ve kişilerin hareketlerinden çoğunlukla kendilerinin sorumlu sayılmaları olmuştur (Burger, 2015). Teorisyenlere göre (Abraham Maslow ve Carl Rogers) temel ihtiyaçlarımız karşılandığında kendimizi gerçekleştirmeye doğru hareket eder, koşulsuz olumlu kabul ile büyütüldüğümüzde öz farkındalık geliştirerek gerçekçi ve olumlu bir benlik kavramı geliştiririz (Burger, 2015; Cloninger, 2003).

1.2.3. Sosyal-Bilişsel Kuram

Bu kurama göre insanların davranışlarının (kişilik davranışları tahmin etmek için geliştirilen bir terim) sebebi, edimsel koşullanma, gözlemsel öğrenme ve bunların bilişlerle etkileşime girmesidir (Burger, 2015). Bu kuramın kökeni davranışçı kuramlardır (Barone ve ark., 1998).

Julian Rotter klinisyenlerin danışanlarının davranışlarını tahmin edilebilmesi ve daha iyi hizmet verebilmeleri için çalışmalar yapmıştır. Kendisine göre kişiliği anlayabilmek için kişi ile onun için anlamlı olan çevrenin ilişkisi incelenmelidir (Kelland, 2015). Rotter'e göre insanlar yeni yaşantılar deneyimledikçe bu yaşantılar kişiliklerine etki ederken diğer taraftan eski yaşantıları yeni öğrenmeleri de etkileyerek kişiliğin stabil kalmasına da yol açmaktadır (Burger, 2015; Kelland, 2015). Kişinin davranışlarını tahmin etmek için davranış potansiyeline, beklentisine, pekiştirme değerine ve psikolojik durumuna bakılmalıdır. Rotter bu düşüncesini matematiksel bir formüle dökmüştür (Kelland, 2015). Rotter'a göre davranışın altında yatan en önemli kavramlar ise içsel ve dışsal kontrol odağıdır (Barone ve ark., 1998). İnsanlar hayatlarının kontrolünü içsel (kendilerinde) veya dışsal (Tanrı, kader) kavramlarına bağlamaktadırlar. Bu kavramlar aileden öğrenme ile veya davranışlarının sonuçları olduğunu fark etmesiyle oluşmaktadır (Barone ve ark., 1998; Burger, 2015; Kelland, 2015).

Albert Bandura pekiştirme ve cezalandırma gibi dışsal süreçler ile insanı karmaşık hale getiren içsel süreçleri bir araya getirerek kapsamlı bir kişilik teorisi geliştirmiştir

(Kelland, 2015). Karşılıklı belirlemecilik (reciprocal determinisim) adını verdiği kavram ile davranış, sosyo-demografikfaktörler ve çevresel faktörler eşit ve iç içe bir şekilde birbirini belirlediğini ileri sürmüştür. Başka bir deyişle çevremizi tamamen değiştirme ve etkileme yeteneğimiz bulunmaktadır. Biz bu değişiklikleri gerçekleştirdiğimizde çevre de bizi etkilemektedir (Burger, 2015; Kelland, 2015). Bandura Bobo Doll (hacıyatmaz) deneyi ve model alma kavramı aracılığıyla, çocukların istenen ve istenmeyen davranışları gözlemsel öğrenmeyle modellerden (özellikle ebeveynlerden) öğrendiklerini ve tekrarladıklarını belirlemiştir (Cloninger, 2003; Kelland, 2015). Gözlemlenen davranışın neden her zaman tekrarlanmadığını, öğrenmenin dört adımda gerçekleşmesiyle açıklamıştır. Kişi önce dikkatini vermeli (attend), yapılan davranışı hatırlamalı (recall), davranışı tekrarlamak için fırsat bulmalı ve son olarak davranışın ödülle (içsel veya dışsal) sonuçlanacağını bilmelidir (Burger, 2015). Öz düzenleme ve öz yeterlilik kavramları bilişsel süreçleri yakından ilgilendirmektedir. Buna göre öz düzenleme ile davranışlar, dışsal süreçleri reddetmeden içsel süreçler aracılığıyla (pekiştirme veya ceza) düzenlenmektedir. Öz yeterlilik ile ise davranışla amaca ulaşılıp ulaşılamayacağıyla düzenlenmektedir (Kelland, 2015).

Walter Mischel'in bilişsel-duyuşsal kuramına göre, kişilik özellikleri kuramları gibi kuramların aksine, kişilik özellikleri olaylar ve zaman içerisinde stabil kalan yapılar değildirler. Bir bireyin aynı durumlarda farklı tepkiler verebileceğinin altını çizerek davranışının çevresel faktörler tarafından da belirlendiğini öne sürmektedir (Mischel & Shoda, 2008). Davranışın sadece çevresel faktörlerde dramatik bir değişim olmadığı sürece daha önce yapılan davranışın aynısını beklemekle tahmin edilebileceğini söylemektedir. Eğer çevrede dramatik bir değişiklik gerçekleşirse davranışlar tahmin edilemez hale gelir ve hatta zamanla davranış yapısında fark edilir değişimler yaşanabilir (Kelland, 2015). Bilişsel Duyuşsal İşlemleme Sistemi'ni de geliştiren Mischel kişilik paradoksunu bu şekilde çözüme ulaştırmıştır. Mischel'e göre kişilik dinamiktir, dolaysıyla yaşantılarla beraber değişir (Mischel & Shoda, 2008). Olaydan bağımsız tutarlı davranışlar spesifik kişilik özelliklerinden oluşur ve bunlar kişinin nasıl biri olduğunu genel hatları ile belirler. Diğer bir taraftan da farklı durumlarda insanların nasıl farklı tepki verdikleriyle ilgili tutarlılık bulunur. Bu ayırıcı tutarlılık kişinin genel özelliklerini tanımlayan çeşitli "…. ise, o zaman ….." kalıpları ile anlaşılabilir (Mischel 2004, aktaran Kelland, 2015).

1.2.4. Kişilik Özellikleri Kuramı

Kişiliğin tanımlanması istenildiğinde çoğu kişi otomatik olarak utangaç, konuşkan, neşeli gibi sıfatlar sıralayarak kendini diğerlerinden ayıran ve devamlı sahip olduğu özellikleri sıralamaya başlar. Belki de bu yüzden insanları özelliklerine göre ayırmaya çalışma denemeleri antik Yunan tarihinden beri yapılmaya çalışılıyordu (Burger, 2015). Kişilik Özellikleri kuramı bu yüzden iki ana temele oturtulmuştur. Kişilik özellikleri zaman içinde ve olaylara yayıldıklarında stabillerdir. Diğer bir deyişle zaman içinde veya olaydan olaya kişinin kişilik özellikleri değişmemelidir. Ayrıca bir kişi bir kişilik özelliği ile tanımlanırken, mesela utangaç, diğer insanlara görece farklılaşmalı ve diğerlerinden daha utangaç olmalıdır (ortalamadan daha fazla) (Burger, 2015).

Gordon Allport kişiliğin özellikleri kuramında tanınan ilk isim olarak adlandırılabilir. Allport binlerce kişilik özelliği tanımlamış ve bunları üç ana başlığa ayırmıştır; özellikler merkezi kişilik özellikleri (central traits), ikincil kişilik özellikleri (secondary traits) ve başlıca kişilik özellikleri (cardinal traits) (Burger, 2015; Cloninger, 2003). Ayrıca iki çeşit kişilik tanımlama yaklaşımı isimlendirmiştir; nomotetik ve idiografik yaklaşım. Nomotetik yaklaşımda diğer bireylerle olan ortak yanlara odaklanılır, her bireyde var olduğu varsayılan özellikler belirlenerek, hangi özellikten belirli kişilerde ne kadar var olduğu saptanmaya çalışılır. İdiografik yaklaşımda ise, kişisel ve detaylı bir biçimde bireyler incelenerek bireysel farklılıklar araştırılır (Burger, 2015; McLeod, 2019).

Henry Murray kişilik ile ilgili teorilerinde hem psikanalitik yaklaşımdan hem de kişilik özellikleri yaklaşımından etkilenmiştir. Personoloji ismini verdiği psikojenik ihtiyaçların kişiliği oluşturduğunu öne sürmüştür. Bu fikre göre, kişiler belirli şartlar altında belirli tepkiler vermeye hazırdırlar. Bu şekilde Murray başarı, düzen, otonomi gibi 27 adet ihtiyaç belirlemiştir (Cloninger, 2003). Bu ihtiyaçlar her birey için kişisel ihtiyaçlar hiyerarşisinde sıralanırlar. Sıralamanın yukarısında olan ihtiyaçlar kişi için kişilik özelliği olarak daha baskın olarak tanımlanır. Bu özellikler baskı (press) ismini verdiği durumlarda ortaya çıkarlar (Burger, 2015).

Bir kimyacı olan Cattel'e göre ise kimyacılar hangi elementler var olabilir listesiyle ortaya çıkıp elementleri aramadıklarına göre psikologlar da böyle bir liste ile kişilik

özelliklerini aramamaları gerektiği görüşünü savunur. Bu yüzden çalışmalarını kaç tane kişilik özelliği olduğunu belirlemeye odaklayarak bu konuda faktör analizleri yaptı ve daha kapsayıcı olan kişilik özelliklerine "kaynak özellikler" (source traits) ismini verdi. Çalışmalarının sonucunda 16 temel kişilik özelliği keşfeden Cattel, On altı Kişilik Faktörü Ölçeğini (16PF) geliştirdi (Burger, 2015; Cloninger, 2003).

1.2.5. Kişiliğin Beş Faktörü (Büyük Beşli)

Kişiliğin temel faktörlerini belirleme çalışmaları Cattel'den sonra da devam etti. Donald Fiske 1949 yılında yaptığı çalışmada faktör analiz ile kişiliğin ilk beş faktörünü bularak sonrasında yapılan çalışmaları bir nevi yönlendirmiş oldu. Önceden belirlenen kişilik özelliklerini araştırmak yerine, yapılan bu çalışma ile kişiliğin ana başlıklarını buldu (Burger, 2015). Sonrasında yapılan birçok çalışma kişiliğin beş faktörünü belirleyerek şuan alan yazında Büyük Beşli (Big Five) olarak adlandırılan başlığı ortaya çıkartmış oldu (Costa & McCrae, 1997; Digman, 1990; Goldberg, 1992; Trapnell & Wiggins, 1990).

Büyük beşli olarak tabir edilen özellikler; dışadönüklük (extraversion), uyumluluk (agreeableness), özdenetim (conscientiousness), değişime açıklık (openness to experience) ve nevrotiklik (neuroticisim) olarak isimlendirilmektedir. Dışadönüklük kişilik özelliği bir taraftan tamamen dışadönük kişilik yapısını bir uca koyarken, diğer tarafa içedönüklüğü koyar (Burger, 2015). Dışadönük kişiler; sosyal, arkadaş canlısı, kendine güvenen, insancıl, heyecanlı, optimist ve enerjik olarak tanımlanırlar (John, Naumann, & Soto, 2008; Karaman, Doğan, & Çoban, 2010). Uyumluluk kişilik özelliğinde; bireyler fedakar, yumuşak başlı, güven verici, yardımsever, uyumlu, sevecen ve mütevazı olarak tanımlanmaktadırlar (John ve ark., 2008; Karaman ve ark., 2010). Özdenetim kişilik özelliği; öz disiplin gösterme eğilimi olan, sorumlu davranan, hedefe götüren davranışlara sahip, kuralara ve normlara uyan, başarı için çaba gösteren, planlı, titiz şeklinde nitelendirilir (John ve ark., 2008; Karaman ve ark., 2010). Değişime açıklık kişilik özelliğine gelindiğinde ise; maceracı, sanata yatkın, farklı fikirleri olan, hayal eden, meraklı, cesur, akli ve deneyimsel dünyasında derinlik ve zenginlik bulunan ve yaratıcı insanları diğerlerinden ayıran özellikler bütünüdür (John ve ark., 2008; Karaman ve ark., 2010). Son olarak nevrotiklik; öfke, korku, kaygı, gerginlik gibi olumsuz duygulara sahip

olma eğilimi olarak tanımlanırken, duygusal dengesizlik olduğu da belirtilmektedir (Burger, 2015; John ve ark., 2008; Karaman ve ark., 2010).

1.2.6. Kişiliğin Beş Faktörü ve Psikolojik Belirtiler

Alan yazında kişilik özellikleriyle psikolojik belirtileri çalışan birçok çalışma bulunmaktadır. Genel psikopatoloji olarak bakıldığında pozitif akıl sağlığı ve demografik değişkenler kontrol altına alındığında psikopatoloji puanının yüksek olması özellikle duygusal denge puanının düşük olması ile ilişkili bulunmuştur (Lamers, Westerhof, Kovács, & Bohlmeijer, 2012). Anksiyete ve depresyon tanısı almış gruplarda nevrotiklik özelliğini yüksek olup olmadığını araştıran bir çalışma, kontrol grubuyla karşılaştırdığında tanı almış grupların daha yüksek puan aldığını, özellikle anksiyete- depresyon komorbid grubunun bu alanda en yüksek puana sahip olduğunu saptamıştır (Weinstock & Whisman, 2006). Aynı şekilde Bunevicius ve arkadaşlarının ve Bore ve arkadaşlarının tıp ve sosyal bilimler öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyon puanları nevrotiklik ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Bore, Ashley-Brown, Gallagher, & Powis, 2008; Bunevicius, Katkute, & Bunevicius, 2008). Goodwin ve Gotlib tarafından yapılan diğer bir çalışmada cinsiyet ve depresyon ilişkisinin arasında kişilik özelliklerinin rolü araştırılmıştır. Nevrotiklik özelliğinin, kadın olma ve depresyon arasındaki ilişkide moderatör değişken olduğu anlaşılmıştır. Kadınlarda daha fazla majör depresyon görülmesinin sebebi olarak nevrotiklik puanlarının erkekler ile karşılaştırınca daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Goodwin & Gotlib, 2004).

Yeme bozukluğu ile ilgili bir çalışmada, hayatı boyunca yeme bozukluğu olan grup ile kontrol grubu karşılaştırıldığında, daha düşük seviyede uyumluluk, duygusal denge (nevrotikliğin tersi) ve özdenetim özelliklerine sahip oldukları saptanmıştır (Ghaderi & Scott, 2000). İleri yaş örneklemde kişilik özellikleri ile tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar (somatizasyon) üzerine bir çalışma yapılmıştır. Tıbbi olarak açıklanamayan grup, açıklanabilir grup ve depresyon grubunun yanı sıra bir de kontrol grubu kullanılmış ve kişilik özellikleri ve sağlık anksiyetesi açısından karşılaştırılmışlardır. Sonuçlara göre sağlık anksiyetesi kişilik özelliklerinden özellikle nevrotikliğin yüksek olmasıyla bağlantılı bulunmuştur. Ayrıca somatizasyon grubu ile depresyon grubu karşılaştırıldığında, depresyon grubunun nevrotiklik puanı daha yüksek belirlenirken, dışadönüklük puanı daha

düşük bulunmuştur (van Dijk ve ark., 2016). Bu sonuç kişilik özelliklerinin somatizasyon ve özellikle depresyon ile ilişkili olduğunu bir kez daha doğrulamıştır. Özetle, nevrotiklik kişilik özelliği çeşitli psikolojik belirtilerle önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur.

1.3. Duygu Düzenleme

Duygunun, tanımı yapılan birçok çalışmaya rağmen net olarak ortaya konması zor bir terim olduğu Gross tarafından belirtilmiştir çünkü duygu çok yoğun veya hafif, uzun veya kısa süreli, basit veya karmaşık, özel veya açık olabilen çok geniş tepkiler dizilimidir (Gross, 2014). Lazarus'un Bilişsel Değerlendirme Teorisine göre (Appraisal Theory) duygularımız uyarıcıyı değerlendirmemize göre oluşmaktadır. Duyguların oluşması için olaya dikkatimizi vermeli ve o anki amacımızla bağlantılı olarak değerlendirmeliyiz. Yani değerlendirme süreci ani ve bilinçdışı olsa da, uyarıcı ve duygusal tepki arasındaki aracıdır (Lazarus, 1991). Duygular bütün vücudu ilgilendiren bir olay olarak tanımlanmaktadır. Çünkü duygular, kişisel deneyimi, davranışları, merkezi ve çevresel fizyolojiyi etkilemektedir (Mauss, McCarter, Levenson, Wilhelm, & Gross, 2005).

Duygunun modal modeline göre, duygular kişi ve durum arasındaki etkileşim ile başlar. Sonrasında bu etkileşim kişinin dikkatini çeker ve kişi bu etkileşimi şu anki amacına uygun olarak anlamlı bulur. Düzenli ama aynı zamanda esnek, çok sistemli tepkiler zinciri başladıktan sonra ise yine kişi ve durum etkileşimini etkiler. Bir diğer deyişle, döngü psikolojik olarak alakalı bulduğumuz bir durum ile başlar, alakalı bulmanın sebebi içsel veya dışsal olabilir. Sonrasında dikkat, değerlendirme ve tepki ile devam eder. Çoğu zaman verdiğimiz tepkiler duygu döngüsünü başlatan ilk baştaki durumun değişmesine sebebiyet verir ve böylece döngü devam eder (Gross, 2014).

Hissedilen duygular, dünyayı algılamamızda bize yarar sağlar. Bazı durumlarda, özellikle duygularımız olması gerekenden daha yoğun, uzun süreli veya durumla eşleşmeyen duygularsa onları düzenleme ihtiyacı duyarız. Thompson duygu düzenlemeyi duygusal tepkilerimizin özellikle yoğun ve geçici özelliklerini bir amaca ulaşmak için, içsel ve dışsal süreçler yolu ile gözlemlemek, değerlendirmek ve değiştirmek olarak tanımlamıştır. Duygu düzenlemenin niteliklerine bakıldığında bu süreç duygunun sürdürülmesinde, uyarılmasında veya bastırılmasında kullanılmaktadır. Ayrıca kişinin

sadece kendisi tarafından değil çevresindekiler tarafından da duyguları düzenlenebilmektedir. Duygu düzenleme bazen kişi tarafından deneyimlenen belirli duyguları etkileyebilmekteyken daha çok yoğun ve geçici duyguları düzenlemektedir. Son olarak duygu düzenleme belirli bir durumda kişinin amacına uygun olarak işlevsel olmalıdır (Thompson, 1994).

Duygu düzenlemenin süreç modeli (process model) başlangıç olarak duygunun modal modelini kabul eder ve bu modelde duygunun oluşmasında etkili olan durum öncesi dahil her bir parçayı (durum öncesi, durum, dikkat, değerlendirme ve tepki) duygu düzenlemede kullanılabilir olarak görür. Buna göre;

- Durum seçme: Durum öncesinde bulunduğumuz durumu seçerek (örneğin; huysuz komşu ile karşılaşmaktan kaçınmak) duyguları düzenleme.
- Durumu değiştirme: Durum sırasında durum ile alakalı çevresel değişiklikler yaparak (örneğin; annenin odanın dağınıklığına kızmaması için kıyafetleri dolaba saklamak) duyguları düzenleme.
- Dikkati konuşlandırma: Dikkat kısmında dikkati durumun başka taraflarına vermek veya dikkati konudan tamamen başka yöne çevirerek duyguları düzenlemek.
- Bilişsel değişim: Değerlendirme kısmında bilişsel olarak değişim yaparak (örneğin; sınav öncesi hissedilen kaygıyı motivasyon olarak değerlendirmek) duyguları düzenlemek.
- Tepki ayarlama: Tepki kısmında da tepkimizi değiştirerek (örneğin; nefes egzersizleri veya tepkilerin bastırılması) duygularımızı düzenlemek (Gross, 1998, 2014).

Belirtilen bu duygu düzenleme stratejileri de öncül odaklı yani duygu ortaya çıkmadan önceki stratejiler (durumu seçme, durumu değiştirme, dikkati konuşlandırma ve bilişsel değişim) ve sonuç odaklı yani duygu ortaya çıktıktan sonraki strateji (tepki düzenleme) olarak iki gruba ayrılır (Gross, 1998, 2014).

1.3.1. Bilişsel Duygu Düzenleme

Farklı kişilerin aynı duruma farklı tepkiler vermesinden dolayı yaşanılan durumu değerlendirmenin duyguların oluşum sürecinde zorunlu bir parça olduğunu gözlemliyoruz.

Biliş ile duygunun ayrıştırılması oldukça güçtür. Bunun sebebi, dikkat, değerlendirme, bağlamlandırma ve anılarımız duygular ile karmaşık bir şekilde bağlantılı olmasındandır (Joormann, Yoon, & Siemer, 2010). Bilişsel duygu düzenleme, duygusal olarak bizi etkileyecek bir bilgi edindiğimizde bilişsel olarak bu bilgiyle başa çıkmamızı (coping) ifade eder (Thompson, 1991). Özellikle olumsuz bir durum deneyimlediğimizde, bilişsel süreçler aracılığıyla bilinçli veya bilinçsiz (inkâr ve yansıtma gibi) olarak bu durumla başa çıkmaya çalışabiliriz (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002). Bu genel duygu düzenlemenin bir parçası olarak kabul edilir. Bilinçli bilişsel duygu düzenlemeye örnek verecek olursak, kimi olumsuz bir durum yaşadığında durumun ne kadar kötü olduğu ile ilgili tekrar tekrar düşünürken (ruminasyon) kimi de olayın olumlu taraflarına odaklanmaya çalışır (pozitif tekrar odaklanma). Bunlar iki farklı bilişsel duygu düzenleme stratejisidir (Garnefski & Kraaij, 2007).

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri Garnefski, Kraaij ve Spinhoven tarafından tanımlanmış ve ölçülmeleri için bir ölçek geliştirmişlerdir. Buna göre uyumlu ve uyumsuz iki grup stratejiden bahsedilebilir. Uyumlu olan stratejiler; pozitif tekrar odaklama, kabul etme, planlamaya tekrar odaklanma, pozitif yeniden değerlendirme ve bakış açısına yerleştirme olarak sıralanırken uyumsuz stratejiler; kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve başkalarını suçlama olarak sıralanmaktadır (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). Bu başa çıkma stratejileri ayrıntılı olarak tanımlandığında;

- Pozitif tekrar odaklanma: Gerçekleşen durum yerine diğer olumlu, keyifli bir olayı düşünmek (4., 13., 22., 31. Maddeler bu alt ölçeğe aittir).
- Kabul etme: Gerçekleşen durumu kabul etme ile ilgili düşüncelere sahip olmak (2., 11., 20., 29. Maddeler bu alt ölçeğe aittir).
- Planlamaya tekrar odaklanma: durumla baş etmek için ne gibi adımlar atmak gerektiği ile ilgili düşünmek (5., 14., 23., 32. Maddeler bu alt ölçeğe aittir).
- Pozitif yeniden değerlendirme: Kişisel gelişim açısından yaşanan olumsuz duruma olumlu bir anlam yüklemek (6., 15., 24., 33. Maddeler bu alt ölçeğe aittir).
- Bakış açısına yerleştirme: Diğer durumlarla karşılaştırıldığında, durumun ciddiyetinin azaldığı düşüncelerine sahip olmak (7.,16., 25., 34 Maddeleri bu alt ölçeğe aittir).

- Kendini suçlama: Yaşanılan durumdan dolayı kendini sorumlu tutarak, suçlama ile ilgili düşüncelere sahip olmak (1., 10., 19., 28. Maddeler bu alt ölçeğe aittir).
- Ruminasyon: Hissedilen olumsuz duygular ve gerçekleşen olumsuz olay ile ilgili sürekli olarak düşüncelere sahip olmak (3., 12., 21., 30. Maddeler bu alt ölçeğe aittir).
- Felaketleştirme: Gerçekleşen durumla ilgili dehşetli yönlere düşüncelerde açık bir şekilde önem vermek (8., 17., 26., 35. Maddeler bu alt ölçeğe aittir).
- Diğerlerini suçlama: Gerçekleşen durumla ilgili başka kişileri suçlamak ile ilgili düşüncelere sahip olmak (9., 18., 27., 36. Maddeler bu alt ölçeğe aittir) (Garnefski ve ark., 2002).

1.3.2. Bilişsel Duygu Düzenleme ve Psikolojik Belirtiler

Kişilerin hangi bilişsel duygu düzenleme stratejileri kullandıkları çeşitli psikolojik belirtilerle birçok çalışmada ilişkili bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete ile kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejileri arsındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden özellikle ruminasyon, felaketleştirme, kendini suçlama ve pozitif tekrar odaklanma (tersine olarak) hem ergen hem de yetişkin örneklemlerinde depresyon ve anksiyete puanlarıyla ilişkili bulunmuştur (Garnefski & Kraaij, 2007; Garnefski ve ark., 2001; Martin & Dahlen, 2005). Ayrıca öfkelenme duygusuna meyil etmenin yordayıcıları olarak yüksek ruminasyon, yüksek felaketleştirme ve düşük pozitif yeniden odaklanma stratejilerinin kullanımı olduğu saptanmıştır (Martin & Dahlen, 2005). Endişe, stres ve kaygının bilişsel duygu düzenleme stratejileriyle ilişkisini inceleyen başka bir çalışma ise, kadınlar için kendini suçlama ve felaketleştirme stratejisini, erkekler içinse ruminasyon ve felaketleştirmeyi belirtilen değişkenlerle ilişkili bulmuştur (Zlomke & Hahn, 2010).

Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında alan yazının bu konuda sınırlı olmasıyla birlikte yapılan çalışmalarda sonuçlar yurtdışında yapılanlardan çok da farklı değildir. Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan çalışmaya göre, kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejileri, depresif belirtiler ile kaygı düzeyi açısından incelenmiştir. Kabul ve pozitif yeniden odaklanma stratejilerinin az kullanılması, depresif belirtileri yordamıştır. Felaketleştirme, ruminasyon stratejilerinin çok kullanılması ve kabul stratejisinin az

kullanılması ise sürekli kaygı düzeyini yordadığı ortaya konmuştur (Ataman-Temizel & Dağ, 2014). Yapılan bir tez çalışmasında ise diğerlerini suçlama ve felaketleştirme stratejilerinin kullanımı artıp, plana tekrar odaklanma stratejisinin kullanımının azalması sonucu kaygının arttığı bulunmuştur (Leblebicioğlu, 2018).

1.4. Araştırmanın Amacı

Daha önce kişilik özellikleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin doğum yapmış kadınların psikolojik belirtileri üzerine etkisini araştıran bir çalışma araştırmacı tarafından belirlenememiştir. Alan yazın incelendiğinde, özellikle Türkiye genelinde yeni doğum yapmış kadınların psikolojik belirtileri ile ilgili çalışmaların sınırlı olduğu gözlemlenmiştir. Türkiye'de var olan çalışmalar genelde derleme şeklinde yapılmıştır. Araştırmanın amacı bu konuya dikkat çekip alan yazına katkıda bulunarak daha fazla çalışma yapılmasının yolunu açmaktır.

Araştırmaya ait hipotezler şu şekilde sıralanabilir;

1. Doğum sonrası psikolojik belirtilerle nevrotiklik kişilik özelliğinin arasında pozitif ilişki vardır.
2. Doğum sonrası psikolojik belirtilerle dışadönüklük, uyumluluk, özdenetim ve değişime açıklık kişilik özellikleri arasında negatif ilişki vardır.
3. Sosyo-demografik değişkenler kontrol altında tutulduğunda, kişilik özelliklerinin doğum sonrası psikolojik belirtilere etkisi vardır.
4. Doğum sonrası psikolojik belirtilerle kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve diğerlerini suçlama bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında pozitif bir ilişki vardır.
5. Doğum sonrası psikolojik belirtilerle pozitif tekrar odaklama, kabul etme, planlamaya tekrar odaklanma, pozitif yeniden değerlendirme ve bakış açısına yerleştirme bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında negatif bir ilişki vardır.
6. Sosyo-demografik değişkenler kontrol altında tutulduğunda bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin doğum sonrası psikolojik belirtilere etkisi vardır.

1.5. Araştırmanın Önemi

Giriş kısmında anlatıldığı üzere, doğum sonrası yaşanabilecek psikolojik bozuklukların anne, bebek ve aile üzerinde olumsuz etkileri bulunmakta ve ilişkilerini etkileyebilmektedir. Özellikle duruma uzun vadeli bakıldığında annelerin yaşadığı psikolojik problemlerin, çocuklarını etkilemesiyle birlikte toplumu da etkileyebileceği anlaşılabilmektedir. Çalışmanın ilk bölümünde bahsedilen alan yazında doğum sonrası psikolojik belirtilerle ilişkili bulunan ve risk faktörleri olarak değerlendirilen değişkenlerin çalışmaya alınmasının sebebi Türkiye'de ki bir örneklemde bu risk faktörlerinin etkisini görmektir. Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı olduğu için alan yazına bu konuda katkı yapılması beklenmektedir.

Kişilik özellikleri açısından bakıldığında, kişilik özelliklerinin psikoterapi süreçleri üzerinde etkisi bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Arthur, 2001; Bagby, Quilty, & Ryder, 2008; Ogrodniczuk, Piper, Joyce, McCallum, & Rosie, 2003). Buna göre psikoterapi planlaması ve yönelimin belirlenmesi, danışandan beklenebilecek performansın anlaşılması ve danışanın terapiden en yüksek verimi aldığına dair emin olunması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca psikolojik bozuklukları daha kolay saptamak amacıyla risk gruplarının belirlenmesinin önemi ortadadır. Kişilik özelliklerinden nevrotiklik özelliğinin çeşitli psikolojik bozukluklarla ilişkili bulunduğu bilinmektedir. Bu sebeplerden kişilik özellikleri önemli bulunarak değişken olarak belirlenmiş ve çalışmaya dâhil edilmiştir.

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile kişilik özelliklerini yetişkin örneklem üzerinde çalışan bir araştırma nevrotiklik ve içe dönüklük ile uyumsuz stratejiler arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır (Hassani, Azadfallah, Tabatabaie, & Ashayeri, 2009). Ayrıca uyumsuz stratejileri kullanımının psikolojik bozukluğa sahip olma riskini arttırdığı görülmüştür (Garnefski ve ark., 2002). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden uyumsuz olanların, psikoterapi desteği ile kullanımının azaldığını gösteren çalışmalar vardır (Naderi, Moradi, Hasani, & Noohi, 2015; Sina & Jalil, 2016). Bu yüzden özellikle bilişsel davranışçı terapi süreci içerisinde, uyumsuz stratejilerin üzerinde çalışılıp bunların uyumlu olanlarla değiştirilmesi sonucunda psikolojik bozuklukların azaltılması mümkün olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmalara dayanarak, bilişsel duygu düzenleme stratejileri önemli bulunarak değişken olarak çalışmaya alınmıştır.

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve kişilik özelliklerinin doğum sonrası psikolojik belirtilerle ilişkisinin anlaşılıp bu açıdan alan yazına katkı yapılması beklenmektedir. Ayrıca bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve kişilik özelikleri ile psikolojik belirti puanları ilişkili bulunduğu takdirde, psikoterapistlerin doğum sonrası psikolojik belirti gösteren kadınlar için tedaviyi planlama ve yapılandırma amacıyla bu bulguları kullanabilecekleri düşünülmektedir.

1.6. Varsayımlar ve Sınırlılıklar

Araştırmaya dair varsayımlar;

1. Örneklemi oluşturan katılımcıların kullanılan ölçeklerin tüm sorularına samimiyet ile kendilerini temsil edecek şekilde cevap verdikleri varsayılmaktadır.

2. Araştırmanın örnekleminin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

Araştırmaya dair sınırlılıklar;

1. Araştırmanın kapsamı, 2018-2019 yılında İstanbul ilinde ikamet eden, 2-15 hafta önce doğum yapmış, 18 yaşından büyük ve okur yazar olan kadın katılımcılar ile sınırlıdır.

2. Araştırmanın kapsamında kullanılan ölçeklerin, ölçtüklerini iddia ettikleri değişkenleri ölçmeleriyle sınırlıdır.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Bu bölümde katılımcılar, kullanılan veri toplama araçları, işlem ve verilerin çözümlenmesi ile ilgili bilgiler aktarılmaktadır.

2.1. Katılımcılar

Katılımcı olarak 2-15 hafta önce doğum yapmış 200-400 arası katılımcı hedeflenmiştir. Katılımcılar İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan izin sonucunda, İstanbul ili Maltepe ilçesinde bulunan dört farklı Aile Sağlığı Merkezinden, Eylül 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında bebeğini aylık aşıya getiren annelerden seçilmiştir. Sonuç olarak 221 katılımcıya ulaşılmış, işlemler sonrasında istatistik işlemlerine katılması için 200 katılımcıya ait veriler analize dahil edilmiştir. Bu bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 2.1. Örneklem Grubunun Yaş İstatistikleri

N				
Kişi	**Kayıp**	**Ort.**	**Min.**	**Max.**
181	19	29,84	22	44

Tabloda görüldüğü üzere, örneklemin grubunun yaş ortalaması 29,84, en küçük yaş 22, en büyük yaş 44'tür.

Tablo 2.2. Örneklem Grubunun Sosyo-Demografik Bilgilere Göre Dağılımı

Soru		f	%
Bebek Hafta	2-6	73	36,5
	6-10	81	40,5
	10-14	38	19,0
	14 ve üzeri	8	4,0
	Toplam	200	100,0
Medeni Durum	Evli	195	97,5
	Boşanmış	4	2,0
	Birlikte Yaşayan	1	0,5
	Toplam	200	100,0
Eğitim Durumu	Hiç	2	1,0
	İlk Okul	8	4,0
	Orta Okul	10	5,0
	Lise	60	30,0
	M.Y.O.	31	15,5
	Üniversite	75	37,5
	Yüksek Lisans	14	7,0
	Toplam	200	100,0
Maddi Durum	Düşük	18	9,0
	Orta	88	44,0
	İyi	91	45,5
	Çok İyi	3	1,5
	Toplam	200	100,0
İlişki Kaliteniz	Kötü	10	5,0
	Orta	42	21,0
	İyi	93	46,5
	Çok İyi	55	27,5
	Toplam	200	100,0

Tablo incelendiğinde örneklem grubunda bebeklerin %36,5'i 2-6 haftalık, %40,5'i 6-10 haftalık, %19,0'ı 10-14 haftalık ve %4,0'ı 14 ve üzeri haftalık olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumları %97,5'i evli, %2,0'ı boşanmış, %0,5'i birlikte yaşıyordur. Eğitim durumları %1,0'ı hiç okula gitmemiş, %4,0'ı ilkokul, %5,0'ı ortaokul, %30,0'u lise, %15,5'i meslek yüksekokulu, %37,5'i üniversite, %7,0'ı yüksek lisans mezunudur. Maddi durum olarak %9,0'ı düşük, %44,0'ı orta, %45,5'i iyi, %1,5'i çok iyi olarak tanımlarken ilişki kalitesi %5,0'ı kötü, %21,0'ı orta, %46,5'i iyi, %27,5'i çok iyi olarak tanımlanmıştır.

Tablo 2.3. Örneklem Grubunun Sosyo-Demografik Bilgilere Göre Dağılımı (Devamı)

Soru		f	%
Psikolojik Yardım Alma Durumu	Hayır	135	67,5
	Evet	64	32,0
	Toplam	199	99,5
Kayıp		1	0,5
Toplam		200	100,0
Geçmişte Psikolojik Sorun Yaşanmışlığı	Hayır	165	82,5
	Evet	34	17,0
	Toplam	199	99,5
Kayıp		1	0,5
Toplam		200	100,0
Ailede Psikolojik Sorun Birey Varlığı	Hayır	146	73,0
	Evet	53	26,5
	Toplam	199	99,5
Kayıp		1	0,5
Toplam		200	100,0
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Hayır	33	16,5
	Evet	167	83,5
	Toplam	200	100,0
Hamilelik Sırasında Sağlık Problemi	Hayır	147	73,5
	Evet	52	26,0
	Toplam	199	99,5
Kayıp		1	0,5
Toplam		200	100,0
Doğum Şekli	Vajinal	81	40,5
	Sezaryen	119	59,5
	Toplam	200	100,0
Doğum Sırasında Komplikasyon	Hayır	179	89,5
	Evet	20	10
	Toplam	199	99,5
Kayıp		1	0,5
Toplam		200	100
Doğum Sonrasında Komplikasyon	Hayır	181	90,5
	Evet	19	9,5
	Toplam	200	100

Tabloda görüldüğü üzere, katılımcılardan %67,5'i önceden psikolojik yardım almamış, %32,0'ı ise almıştır. Katılımcıların geçmişte psikolojik sorun yaşayanlar %82,5 iken, yaşamayanlar %17,0'dir. Ailede psikolojik sorun yaşayan aile bireyi bulunma durumu %73,0'ı hayır, %26,5'i evettir. Katılımcılardan %16,5'inin gebeliği planlı değilken, %83,5'i planlı olduğu görülmüştür. Hamilelik sırasında sağlık problemi yaşanma durumu

katılımcılardan %73,5'i için hayır, %26,0'ı için evet. Katılımcılardan %40,5'i vajinal %59,5'ı sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Annelerin %89,5'i doğum sırasında komplikasyon yaşamamış, %10,0'ı doğum sırasında komplikasyon yaşamıştır, %90,5'i doğum sonrasında komplikasyon yaşamazken, %9,5'i doğum sonrasında komplikasyon yaşamıştır.

Tablo 2.4. Örneklem Grubunun Sosyo-Demografik Bilgilere Göre Dağılımı (Devamı)

Soru		f	%
Bebekte Sağlık Problemi Varlığı	Hayır	171	85,5
	Evet	28	14
	Toplam	199	99,5
Kayıp		1	0,5
Toplam		200	100
Bebeğin Mizacı	Kolay bir bebektir	44	22
	Ortalama bir bebektir	109	54,5
	Zor bir bebektir	47	23,5
	Toplam	200	100
Bebeği Besleme Şekli	Anne sütü	125	62,5
	Bebek maması	14	7
	Anne Sütü+ Bebek Maması	61	30,5
	Toplam	200	100
Bebeğe Bakımda Destek Alma	Evet	170	85
	Hayır	29	14,5
	Toplam	199	99,5
Kayıp		1	5
Toplam		200	100
Bebek Bakım Stres	Hayır	46	23
	Orta seviyede	101	50,5
	Çok fazla değil	27	13,5
	Çokça	26	13
	Toplam	200	100

Tablodan anlaşılabileceği gibi, örneklem grubunun %14,0'ının bebeğinde sağlık sorunu var ve %85,5'inde ise yoktur, bebeklerin mizacının %22,0'ı kolay, %54,5'i ortalama, %23,5'i zordur. Bebeklerin %62,5'i anne sütüyle beslenirken, %7,0'ı bebek mamasıyla, %30,5'i anne sütü + bebek maması ile beslenmiştir. Annelerin %85,0'ı bebek bakımında destek almış, %14,5'i bebek bakımında destek almamıştır ve annelerin bebek bakımında %23,0'ı yok, %50,5'i orta, %13,5'i çok fazla, %13,0'ı çokça stres yaşadığı belirlenmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

İlk olarak kadın, bebek ve doğum ile ilgili bilgilerin alındığı bir bilgi formu kullanılmıştır. Sonrasında katılımcıların kişilik özelliklerini ölçmek amacıyla Büyük Beşli Kişilik Envanteri kullanılırken, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ise katılımcıların hangi bilişsel duygu düzenleme stratejilerini daha fazla kullandıklarını öğrenmek maksadıyla kullanılmıştır. Katılımcıların psikolojik belirtilerinin ölçülmesi amacıyla SCL-90'ın kısaltılmış formu olan Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Anketlere başlanmadan önce katılımcıları çalışma ile ilgili bilgilendirerek, çalışmanın gönüllülük esasına dayandığını belirtmek amacıyla bilgilendirilmiş onam formu ile onayları istenmiştir. Gizlilik esasları ve anketten istedikleri zaman çekilebilecekleri bu formla katılımcılara iletilmiştir.

2.2.2. Kişisel Bilgi Formu

Burada araştırmacı tarafından oluşturan daha önce yapılan alan yazın taramasına göre doğum sonrası psikolojik belirtiler ile ilişkili bulunan eğitim durumu, çocuk sayısı, doğum sonrası destek, bebek mizacı gibi risk faktörlerini belirlemek amacıyla sorulan sorular bulunmaktadır. Ayrıca katılımcıların genel bilgileri de aynı form aracılığıyla edinilmiştir.

2.2.3. Kısa Semptom Envanteri

Katılımcıların psikolojik belirtilerini belirlemek için Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır. KSE bir nevi SCL-90 formunun kısa hali olarak Derogatis ve Melisaratos tarafından 1983 yılında geliştirilerek, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu ölçek kendini değerlendirme ölçeğidir ve toplamda dokuz alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar; obsesif-kompulsif, paranoid düşünceler, hostilite, fobik anksiyete, psikotisizm, somatizasyon, kişilerarası ilişkiler, depresyon ve anksiyetedir. Ayrıca global rahatsızlık belirleyicisi olarak 3 alt ölçek daha bulunmaktadır; "Rahatsızlık Ciddiyeti", "Belirti Toplamı" ve "Semptom Rahatsızlık İndexi" (Şahin & Durak, 1994). Toplamda 53 sorusu bulunan ve cevapları 0-4 arası değerlendirilen likert tipi bir ölçektir. Puanlaması

yapılırken her alt ölçeğin puanı toplanıp madde sayısına bölünerek bulunmaktadır. Böylece her alt ölçek için ayrı bir puan elde edilmektedir (Şahin & Durak, 1994).

İç tutarlılık ve test tekrar test olarak ölçülen güvenirlik yeterli derecede bulunurken SLC-90 ile karşılaştırıldığında çok yüksek puanlı korelasyon gözlemlenmiştir (Derogatis & Melisaratos, 1983). Geçerlik açısından bakıldığından uyuşum geçerliği SCL-90 formundan çıkarılan maddeler olmasına rağmen KSE'nin alt ölçekleri Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ile karşılaştırıldığında yüksek çıkmıştır. Yapı geçerliği deneysel faktör yapısı ile boyutsal yapı arasında farklar bulunmasına rağmen aralarındaki tutarlılık tutarsızlıktan daha yüksek bulunmuştur. Yordayıcı geçerlik için çeşitli çalışmalar yapılmış ve ölçeğin alanda kullanılabileceğini göstermiştir (Derogatis & Melisaratos, 1983).

KSE'nin Türkçeye uyarlanması Şahin ve Durak tarafından 1994 yılında yapılmıştır ve bu çalışmanın örneklemi üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Alt ölçeklerin Cronbach alfaları α=.63 ile α=.86 arasında değişirken bu sayılar önemli bulunmuştur. Strese Yatkınlık, Boyuneğicilik, UCLA-Yalnızlık, Offer-Yalnızlık ve Beck Depresyon ölçekleri ile KSE'nin alt ölçekleri ve 3 index puanı arasında ilişkiye bakıldığında beklendiği gibi pozitif ve anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. SCL-90'ın alt ölçekleri ile KSE'nin alt ölçeklerinin aralarındaki korelasyonuna bakıldığında r=.41 ile r=.84 arası değiştiği gözlemlenmiştir. Faktörlerin beşe indirgenebileceği gözlemlenerek bu işlem gerçekleştirilmiştir. Buna göre yeni faktörler; anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve depresyondur. Özet olarak Şahin ve Durak'ın çalışmasına göre ölçek geçerli ve güvenilir bulunurken SCL-90'dan daha kısa oluşu sebebiyle kullanılması yazarlar tarafından tavsiye edilmiştir (1994).

2.2.4. Büyük Beşli Kişilik Envanteri (BFI)

Büyük beşli kişilik envanteri Oliver P. John tarafından çalışmalar yapılarak 44 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiştir (John, Donahue, & Kentle, 1991). Her sorunun cevabı 1-5 arası likert şeklinde cevaplandırılmaktadır. Ölçekte nevrotiklik ve dışadönüklük faktörleri 8'er madde, uyumluluk ve özdenetim faktörleri 9'ar madde, değişime açıklık faktörü ise 10 madde ile ölçülmektedir.

Türkçeye uyarlama çalışması 2010 yılında Karaman, Doğan ve Çoban tarafından 1153 üniversite öğrencisi üzerinde yapılmıştır. İçerik geçerliği uzmanların çeviri tekrar

çeviri yöntemiyle yapılarak yeterli bulunmuştur. Dil eşdeğerliliği İngilizce öğretmenliği okuyan bir grup öğrenci üzerinde yapılmıştır. İki dil arasındaki korelasyon puanları her alt ölçek için; Dışadönüklük r=.64, Yumuşak Başlılık r=.50, Özdenetim r=.72, Nevrotiklik r=.70, Deneyime Açıklık r=.56 olarak bulunmuştur. İç tutarlılığı her alt ölçek için; Dışadönüklük α=.77, Uyumluluk α=.81, Özdenetim α=.84, Nevrotiklik α=.75, Deneyime Açıklık α=.86 olarak kabul edilebilir olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak, Türkiye'de kişiliğin beş boyutunu ölçmek için güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu kanısına varılmıştır (Karaman ve ark., 2010).

2.2.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği 2002 yılında Garnefski, Kraaij ve Spinhoven tarafından geliştirilmiştir. Toplamda 9 adet stratejinin alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçekler; Kendini suçlama: Yaşadıklarından dolayı kendini suçlama düşüncesi. Kabul etme: Yaşadıklarını kabul etme düşüncesi. Ruminasyon: Olumsuz olaylarla ilgili düşünceler ve duygular ile ilgili devamlı düşünme. Pozitif Tekrar Odaklanma: Gerçek olumsuz olay yerine güzel konular hakkında düşünme. Planlamaya Tekrar Odaklanma: Olumsuz olayla başa çıkmak için ne yapılması gerektiği hakkında düşünme. Pozitif Yeniden Değerlendirme: Kişisel gelişim açısından yaşanan olumsuz olaya anlam verme. Bakış Açısına Yerleştirmek: Başka olumsuz olaylarla karşılaştırıldığında yaşanan olayın önemini hafifleten düşünceler. Felaketleştirme: Bariz bir şekilde yaşantının dehşetini vurgulama düşünceleri. Başkalarını Suçlama: Yaşantının suçunu diğerlerine yükleme düşüncesi (Garnefski ve ark., 2002).

Bunlardan kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve diğerlerini suçlama uyumsuz stratejiler olarak adlandırılırken geri kalanlar uyumlu olarak adlandırılmaktadır. Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Test tekrar test güvenirlik çalışmasında her alt ölçek için değerler .48-.65 arası bulunmuştur. Bu da kişilik özellikleri kadar olmada da bu stratejilerin değişmez olduğunu göstermiştir (Garnefski ve ark., 2002). Alt ölçeklerin birbirleriyle korelasyonlarına bakıldığında puanlar .30-.70 arasında değişkenlik göstermektedirler ve yazarlar bu puanların ölçeğin çok boyutluluğu desteklediğini belirtmektedirler. Faktöriyel geçerliğe bakıldığında, alt gruplar için (erken ergenler, ergenler, yetişkinler ve geç yetişkinler) faktör yapısı neredeyse değişimsiz kalmıştır. Yaşın ve cinsiyetin önemli bir etkisi bulunmamıştır. Çoğu puan .80 üzeri ve en düşük puan .68

olmak üzere iç tutarlılık iyi/çok iyi olarak saptanmıştır. Bir maddenin ölçeğin geri kalanıyla korelasyonuna bakıldığında çoğunluğu .40'ın çok üzerinde çıkmıştır. Böylece ölçeğin homojen olduğu anlaşılmıştır (Garnefski ve ark., 2002).

Ayırıcı özelliklerine bakıldığında psikopatolojisi olan katılımcıların olmayanlarla karşılaştırıldıklarında beklendiği üzere uyumsuz stratejileri daha fazla kullandıkları ve kadınların erkeklerle karşılaştırıldığında genel olarak daha fazla strateji kullandıkları gözlemlenmiştir. Son olarak, yapı geçerliğinde en yüksek korelasyon stresli olaylarla başa çıkma ölçeği ile bulunurken kişilik, özsaygı, öz-yeterlilik ile bazı maddeler korale bulunsa da farklı kavramlar oldukları anlaşılmıştır. Son olarak, beklendiği üzere bazı psikopatoloji göstergeleri ile kendini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme alt ölçekleri ilişkili bulunmuştur (Garnefski ve ark., 2002).

Türkçeye uyarlanması 2010 yılında Onat ve Otrar tarafından yapılmıştır. 466 üniversite öğrencisinin katılımı ile yapılan çalışmada ölçeğin güvenirlik ve geçerliğine bakılmıştır. Ölçeğin çevirisi ve kontrolü 6 uzman ile çeviri tekrar çeviri yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Ölçüt geçerliği yöntemi kullanılarak Olumsuz Duygudurum Ölçeği ile aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=.-572). Güvenirlik çalışmalarında Cronbach Alpha değeri α=.78, test tekrar test güvenirlik katsayısı r=1,00 olarak ve madde toplam korelasyonları .18 ile .46 arası bulunurken madde kalan korelasyon değeri .10 ile .39 arası bulunmuştur. Ayrıca her maddenin ayırt edicilik gücü yüksek olarak saptanmıştır. Sonuç olarak Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerliği ve güvenirliği yüksek bir ölçek olarak nitelendirilmiştir (Onat & Otrar, 2010).

2.3. İşlem

Çalışma İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan izin sonrasında İstanbul ilinde toplamda dört ayrı sağlık ocağında, doğum sonrası takibi yapılan 221 annenin gönüllülük esaslı katılımıyla gerçekleşti. Katılım onayı veren annelere Bilgilendirilmiş Onam Formu, ölçekleri ve Katılım Sonrası Bilgilendirme içeren online bağlantı gönderilerek anketleri doldurmaları istendi. Anketler https://docs.google.com/ sitesi üzerinden hazırlanarak katılımcıların erişime sunuldu. Anketlerin doldurulması toplamda 20-25 dakika kadar sürdü. Veri toplama işlemleri Eylül 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

2.4. Verilerin Çözümlenmesi

Bu çalışmada, elde edilen verilerin analizi yapılırken, veriler bilgisayara sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS 25.0) kullanılarak istatistiksel analizleri yapılmıştır. Analizlere başlamadan önce veriler normal dağılım açısından incelenmiştir. Araştırma değişkenlerinin örneklem grubunda normallik dağılımının analizi için yapılan Basıklık-Çarpıklık değerleri kontrolünde bütün ölçeklerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Bütün ölçekler ve alt ölçeklerde değerler -2, +2 arasında olduğundan kaynaklı normal dağılımı göstermektedir (George & Mallery, 2010). Uygulanan analizinde %95 güvenilirlik düzeyi esas alınmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiştir. Cohen'in Korelasyon gücünün referans değerleri; 0,10 – 0,29 zayıf ilişkili, 0,30 – 0,49 orta düzeyde ilişkili ve 0,50 – 1,00 yüksek düzeyde ilişkili olarak alınmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkene etkisini görmek için Çoklu Hiyerarşik Regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ olarak alınmıştır.

BÖLÜM 3. BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak araştırmada yer alan KSE, BDDÖ ve BBKE ölçekleri için hesaplanan betimsel istatistik sonuçları yer almaktadır. Değişkenler arasında yapılan korelasyon analizleri sonrasında çalışmanın hipotezlerine uygun olarak yapılan analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

3.1. Ölçeklerin Betimsel Özellikleri

Tablo 3.1. Kısa Semptom Envanteri Alt Boyutlarının Betimsel Özellikleri

Alt Ölçekler	N	Ort.	Ss.
Anksiyete	200	1,21	1,01
Depresyon	200	1,58	1,09
Olumsuz Benlik	200	1,43	1,11
Somatizasyon	200	1,07	0,91
Hostilite	200	1,41	0,95

Tabloda görüldüğü üzere, Anksiyete ortalaması 1.21(ss=1.01), Depresyon ortalaması 1.58(ss=1.09), Olumsuz Benlik ortalaması 1.43(ss=1.11), Somatizasyon ortalaması 1.07(ss=0.91), Hostilite ortalaması 1.41(ss=0.95)'dir.

Tablo 3.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Alt Boyutlarının Betimsel Özellikleri

Alt Ölçekler	N	Ort.	Ss.
Kendini Suçlama	200	2,88	0,77
Kabul Etme	200	3,19	0,85
Ruminasyon	200	3,47	0,88
Pozitif Tekrar Odaklanma	200	3,40	1,21
Plana Tekrar Odaklanma	200	3,76	0,93
Pozitif Yeniden Değerlendirme	200	3,84	0,89
Felaketleştirme	200	2,53	1,01
Diğerlerini Suçlama	200	2,94	0,76
Bakış Açısına Yerleştirme	200	3,76	1,08

Tabloda görüldüğü üzere, Kendini Suçlama ortalaması 2.88(ss=0.77), Kabul Etme ortalaması 3.19(ss=0.85), Ruminasyon ortalaması 3.47(ss=0.88), Pozitif Tekrar Odaklanma ortalaması 3.40(ss=1.21), Plana Tekrar Odaklanma ortalaması 3.76(ss=0.93), Pozitif

Yeniden Değerlendirme 3.84(ss=0.89), Felaketleştirme ortalaması 2.53(ss=1.01), Diğerlerini Suçlama 2.94(ss=0.76), Bakış Açısına Yerleştirme 3.76(ss=1.08)'dır.

Tablo 3.3. **Büyük Beşli Kişilik Envanteri Alt Boyutlarının Betimsel Özellikleri**

Alt Ölçekler	N	Ort.	Ss.
Dışa Dönüklük	200	3,25	0,73
Uyumluluk	200	3,66	0,46
Özdenetim	200	3,87	0,66
Nevrotiklik	200	2,83	0,75
Deneyime Açıklık	200	3,48	0,67

Tabloda görüldüğü üzere, Dışa Dönüklük ortalaması 3,25(ss=0,73), Uyumluluk ortalaması 3.66(ss=0.46), Özdenetim ortalaması 3,87(ss=0,66), Nevrotiklik ortalaması 2,83(ss=0,75), Deneyime Açıklık ortalaması 3,48(ss=0,67)'dir.

3.2. Ölçekler Arasında Yapılan Korelasyon Analizleri

Tablo 3.4. Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutu Puanlarıyla, Büyük Beşli Kişilik Envanteri ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		Dışa Dönüklük	Uyumluluk	Özdenetim	Nevrotiklik	Deneyime Açıklık
Anksiyete	r	-0,054	-,220**	-,150*	,524**	-0,033
	p	0,449	0,002	0,035	0,000	0,644
	N	200	200	200	200	200
Depresyon	r	-,149*	-,244**	-,210**	,562**	-0,066
	p	0,036	0,001	0,003	0,000	0,351
	N	200	200	200	200	200
Olumsuz Benlik	r	-0,135	-,192**	-,182**	,522**	-0,024
	p	0,057	0,007	0,010	0,000	0,734
	N	200	200	200	200	200
Somatizasyon	r	-0,043	-,317**	-,202**	,420**	-0,007
	p	0,542	0,000	0,004	0,000	0,926
	N	200	200	200	200	200
Hostilite	r	0,056	-,274**	-,255**	,492**	-0,002
	p	0,435	0,000	0,000	0,000	0,981
	N	200	200	200	200	200

**p < .05, **p < .01*

Tabloda görüldüğü üzere Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutları ile Büyük Beşli Kişilik Envanteri ve Alt Boyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda;

Anksiyete Alt Boyutu toplam puanı ile Uyumluluk (r=-220, p<.01) ve Özdenetim (r=-150, p<.01) Alt Boyutu puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde, Nevrotiklik (r=524, p<.01) Alt Boyutu puanı arasında ise pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Depresyon Alt Boyutu toplam puanı ile Dışa Dönüklük (r=-149, p<.01), Uyumluluk (r=-244, p<.01) ve Özdenetim (r=-210, p<.01) Alt Boyutu puanları arasında negatif yönde zayıf, Nevrotiklik (r=562, p<.01) Alt Boyutu puanı arasında ise pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Olumsuz Benlik Alt Boyutu toplam puanı ile Uyumluluk (r=-192, p<.01) ve Özdenetim (r=-182, p<.01) Alt Boyutu puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde, Nevrotiklik (r=522, p<.01) Alt Boyutu puanı arasında ise pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Somatizasyon Alt Boyutu toplam puanı ile Uyumluluk (r=-317, p<.01) Alt Boyutu puanı arasında negatif yönde orta düzeyde, Özdenetim (r=-202, p<.01) Alt Boyutu puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde ve Nevrotiklik (r=402, p<.01) Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Hostilite Alt Boyutu toplam puanı ile Uyumluluk (r=-274, p<.01) ve Özdenetim (r=-255, p<.01) Alt Boyutu puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde, Nevrotiklik (r=492, p<.01) Alt Boyutu puanı arasında ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 3.5. Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutu Puanlarıyla Bilişsel Duygu Düzenleme ve Alt Boyutu Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite
Kendini Suçlama	r	,413**	,384**	,376**	,286**	,278**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	200	200	200	200	200
Kabul Etme	r	0,051	0,034	0,053	0,008	0,016
	p	0,477	0,631	0,459	0,913	0,826
	N	200	200	200	200	200
Ruminasyon	r	,150*	0,112	,176*	-0,006	0,079
	p	0,034	0,114	0,012	0,937	0,264
	N	200	200	200	200	200
Pozitif Tekrar Odaklanma	r	-0,095	-0,078	-0,036	-0,061	-,221**
	p	0,181	0,274	0,613	0,391	0,002
	N	200	200	200	200	200
Plana Tekrar Odaklanma	r	-,150*	-,198**	-0,122	-0,121	-,223**
	p	0,034	0,005	0,085	0,088	0,001
	N	200	200	200	200	200
Pozitif Yeniden Değerlendirme	r	-0,134	-,173*	-,144*	-0,132	-,294**
	p	0,059	0,014	0,042	0,063	0,000
	N	200	200	200	200	200
Felaketleştirme	r	,578**	,521**	,546**	,384**	,453**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	200	200	200	200	200
Diğerlerini Suçlama	r	,443**	,340**	,444**	,269**	,478**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	200	200	200	200	200
Bakış Açısına Yerleştirme	r	-0,022	-0,001	-0,021	-0,042	-,188**
	p	0,759	0,989	0,772	0,557	0,008
	N	200	200	200	200	200

**p < .05, **p < .01*

Tabloda görüldüğü üzere Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutları ile Büyük Beşli Kişilik Envanteri ve Alt Boyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda;

Kendini Suçlama Alt Boyutu toplam puanı ile Anksiyete (r=413, p<.01), Depresyon (r=384, p<.01) ve Olumsuz Benlik (r=376, p<.01) Alt Boyutu puanları arasında pozitif

yönde orta düzeyde, Somatizasyon (r=286, p<.01) ve Hostilite (r=278, p<.01) Alt Boyutu puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Ruminasyon Alt Boyutu toplam puanı ile Anksiyete (r=150, p<.01) ve Olumsuz Benlik (r=176, p<.01) Alt Boyutu puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Pozitif Tekrar Odaklanma Alt Boyutu toplam puanı ile Hostilite (r=-221, p<.01) Alt Boyutu puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Plana Tekrar Odaklanma Alt Boyutu toplam puanı ile Anksiyete (r=-150, p<.01), Depresyon (r=-198, p<.01) ve Hostilite (r=-223, p<.01) Alt Boyutu puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Pozitif Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu toplam puanı ile Depresyon (r=-173, p<.01), Olumsuz Benlik (r=-144, p<.01) ve Hostilite (r=-294, p<.01) Alt Boyutu puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Felaketleştirme Alt Boyutu toplam puanı ile ve Depresyon (r=521, p<.01), Somatizasyon (r=384, p<.01) ve Hostilite (r=453, p<.01) Alt Boyutu puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ve Anksiyete (r=578, p<.01) ve Olumsuz Benlik (r=546, p<.01) Alt Boyutu puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Diğerlerini Suçlama Alt Boyutu toplam puanı ile Anksiyete (r=443, p<.01), Depresyon (r=340, p<.01), Olumsuz Benlik (r=444, p<.01) ve Hostilite (r=478, p<.01) Alt Boyutu puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde, Somatizasyon (r=269, p<.01) Alt Boyutu puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bakış Açısına Yerleştirme Alt Boyutu toplam puanı ile Hostilite Alt Boyutu puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-188, p<.01).

3.3. Ölçekler Arasında Yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizleri

Tablo 3.6. Sosyo-Demografik ve Kişilik Özellikleri Psikolojik Belirtilere Etkisi

Basamak	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	p	R^2
1	Psikolojik Belirti	(Sabit)	-	0,005	0,135
		Psikolojik Yardım Alma Durumu	0,218	0,012	
		Partner ile İlişki Kalitesi	-0,168	0,023	
		Doğum Sonrasında Komplikasyon	0,161	0,028	
		Eğitim Durumu	-0,114	0,115	
		Gebeliğin Planlı Olma Durumu	-0,077	0,262	
		Geçmişte Psikolojik Sorun Yaşanması	-0,062	0,482	
		Doğum Sırasında Komplikasyon	0,022	0,766	
2	Psikolojik Belirti	(Sabit)	-	0,554	0,410
		Nevrotiklik	0,489	0,000	
		Uyumluluk	-0,157	0,010	
		Deneyime Açıklık	0,156	0,027	
		Doğum Sonrasında Komplikasyon	0,121	0,050	
		Dışa Dönüklük	-0,071	0,297	
		Geçmişte Psikolojik Sorun Yaşanması	-0,052	0,485	
		Özdenetim	-0,038	0,536	
		Doğum Sırasında Komplikasyon	0,021	0,742	

Tabloda görüldüğü üzere, eğitim durumu, ilişki kalitesi, psikolojik yardım alma durumu, gebeliğin planı olma durumu, doğum sırasında ve sonrasında komplikasyon yaşanması ve psikolojik sorun öyküsü psikolojik belirtileri anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir (R^2=.135, p<.0.05). Adı geçen değişkenler birlikte psikolojik belirtilerin toplam varyansın yaklaşık %13'ünü açıklamaktadır. Sosyo-demografik değişkenlerle birlikte kişilik özellikleri regresyona katıldığında etkisi %41'e çıkmıştır. (R^2=.410, p<.0.05). R^2 değişimine göre karakterin psikolojik belirtilere etkisi %28'dir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise psikolojik yardım, doğum sonrası komplikasyon, nevrotiklik, deneyime açıklık, uyumluluk psikolojik belirtiler için anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerin önemli bir etkisi yoktur.

Tablo 3.7. Sosyo-Demografik Değişkenler ve Bilişsel Duygu Düzenlemenin Psikolojik Belirtilere Etkisi

Basamak	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	p	R^2
1	Psikolojik Belirti	(Sabit)	-	0,005	0,135
		Psikolojik Yardım Alma Durumu	0,218	0,012	
		Partner ile İlişki Kalitesi	-0,168	0,023	
		Doğum Sonrasında Komplikasyon	0,161	0,028	
		Eğitim Durumu	-0,114	0,115	
		Gebeliğin Planlı Olma Durumu	-0,077	0,262	
		Geçmişte Psikolojik Sorun Yaşanması	-0,062	0,482	
		Doğum Sırasında Komplikasyon	0,022	0,766	
2	Psikolojik Belirti	(Sabit)		0,005	0,486
		Felaketleştirme	0,424	0,000	
		Diğerlerini Suçlama	0,213	0,002	
		Kendini Suçlama	0,201	0,002	
		Plana Tekrar Odaklanma	-0,191	0,033	
		Kabul Etme	-0,172	0,011	
		Psikolojik Yardım Alma Durumu	0,169	0,016	
		Pozitif Tekrar Odaklanma	0,156	0,087	
		Ruminasyon	-0,142	0,047	
		Partner ile İlişki Kalitesi	-0,134	0,030	
		Bakış Açısına Yerleştirme	0,098	0,259	
		Doğum Sonrasında Komplikasyon	0,090	0,131	
		Gebeliğin Planlı Olma Durumu	-0,086	0,120	
		Geçmişte Psikolojik Sorun Yaşanması	-0,074	0,302	
		Eğitim Durumu	-0,056	0,334	
		Doğum Sırasında Komplikasyon	0,021	0,726	
		Pozitif Yeniden Değerlendirme	-0,021	0,781	

Tabloda görüldüğü üzere anne eğitim durumu, ilişki kalitesi, psikolojik yardım alma durumu, gebelik planı, doğum sırasında ve sonrasında komplikasyon, geçmişte yaşanan psikolojik sorun psikolojik belirtileri anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir (R^2=.135, p<.0.05). Adı geçen değişkenlerle birlikte psikolojik belirtilerin toplam varyansın yaklaşık %13'ünü açıklamaktadır. Sosyo-demografik değişkenlerle birlikte bilişsel duygu düzenleme regresyona katıldığında, etkisi %49'a çıkmıştır. (R^2=.486, p<.0.05). R^2 değişimine göre karakterin psikolojik belirtilere etkisi %36'dır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise ilişki kalitesi, psikolojik yardım, ruminasyon, kabul etme, plana tekrar odaklanma, kendini suçlama, felaketleştirme, diğerlerini suçlama psikolojik belirtiler için anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerin önemli bir etkisi yoktur.

BÖLÜM 4. SONUÇ

4.1. Özet ve Yargı

Gerçekleştirilen çalışma, yeni doğum yapan kadın örnekleminde psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak, kişilik özellikleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerini incelemiştir. Elde edilen veriler SPSS programında betimsel, korelasyonel ve çoklu hiyerarşik regresyon analizleri kullanılarak incelenmiştir. Bu bölümde, analizler sonucunda erişilen bulguların özetine, bunlarla ilgili yargılara ve son olarak çalışmanın sınırlılıklarıyla önerilere yer verilmektedir.

4.1.1. Kişilik Özelliklerinin Psikolojik Belirtilerle İlişkisi ve Etkisinin Yorumlanması

Korelasyon çalışmasının sonuçlarına bakıldığında nevrotiklik kişilik özelliği anksiyete, depresyon olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Diğer bir deyişle, bu kişilik özelliğinden alınan puan arttıkça tüm belirtilerde artış gözlemlenmiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak hipotez bir kabul edilmiştir. Nevrotiklik arttıkça bireylerin durumları kontrol edebilme, duygu düzenleme ve muhakeme gücünde zorlanmalar yaşaması farklı psikolojik semptomlara neden olabilmektedir. Ayrıca gerçekleştirilen çalışmada, kişilik özelliklerinden nevrotiklik, regresyon analizine göre psikolojik belirtilerin en önemli yordayıcısı olarak belirlenmiştir. Bu sonuç üçüncü hipotezin kısmen kabul edilebileceğini göstermektedir. Yapılan çalışmaya benzer bir örneklemle yani doğum yapmış kadınlarla gerçekleştirilen çalışmalarla, bu çalışmanın sonuçları paralel bulunmuştur. Doğumdan sonra depresyon ve anksiyete ile bu kişilik özelliğinin ilişkisini rapor eden çalışmalar bulunmaktadır (Boyce, Parker, Barnett, Cooney, & Smith, 1991; Iliadis ve ark., 2015; Udovičić, 2014; van Bussel, Spitz, & Demyttenaere, 2009; Verkerk ve ark., 2005). Karışıklığa neden olan faktörler kontrol altında tutulduğunda bile nevrotikliğin çalışma sonucundaki önemi değişmemiştir. Kişilik özelliklerinin yaşam boyunca stabil kaldığını düşündüğümüzde, nevrotiklik kişilik özelliği bulunan kişilerin yaşamlarının çeşitli dönemlerinde psikolojik belirtiler göstermeye daha yatkın oldukları düşünülmektedir. Doğum olayının gerçekleşmesi yaşadıkları bir stresör olarak kabul edilebilir ve psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasını tetikleyebilir (Lorenzo-Veigas & Soto-González, 2003).

Çeşitli örneklemlerde, depresyonla nevrotiklik kişilik özelliklerinin ilişkisini rapor eden çalışmalar bulunmaktadır (Bunevicius ve ark., 2008; Goodwin & Gotlib, 2004; Naragon-Gainey, Watson, & Markon, 2009). Ayrıca alan yazına göre, genel psikolojik belirti puanı da nevrotiklikle ilişkili bulunmuştur (Bore ve ark., 2008). Bulguları destekleyici şekilde Ebstrup, Eplov, Pisinger ve Jorgensen (2011)'in yaptığı araştırmada algılanan stres ile nevrotiklik arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Yeme bozukluğu ve sosyal kaygı bozukluğuyla bu kişilik özelliğini ilişkilendiren çalışmalar da mevcuttur (Ghaderi & Scott, 2000; Naragon-Gainey ve ark., 2009). Tüm bu araştırmaların sonuçları, gerçekleştirilen çalışmanın sonucu ile uyumludur. Sadece doğum sonrası dönemde değil çeşitli örneklemlerde ve çeşitli psikolojik bozukluklar bu kişilik özelliği ile ilişkilidir. Nevrotikliğin bireyin korku, suçluluk ve üzüntü gibi olumsuz duyguları yaşamaya genel bir eğilim olarak tanımlandığı düşünüldüğünde bu sonuçlar oldukça beklenen sonuçlardır. Özellikle anksiyete düzeyindeki değişimlerin burada son derece önemli rol oynadığı söylenebilir. Doğum sonrası kaygı düzeylerinin nevrotiklik kişilik özelliği ve doğum sonrası depresyon arasındaki ilişkiyi oluşturduğunu gösteren ve bu savı destekleyen literatür de mevcuttur (Roman, Bostan, Diaconu-Gherasim, & Constantin, 2019b). Dolayısıyla bireylerin nevrotiklik düzeylerindeki artışın psikolojik semptomları arttırmasının beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Uyumluluk kişilik özelliğinde, kişide bu özelliğin azalması sonucu anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanlarında artma gözlemlenmiştir. Kişilik özelliklerinin psikolojik belirtilere etkisi açısından bakıldığında ise etki büyüklüğü açısından uyumluluk kişilik özelliğinin nevrotiklikten sonra ikinci sırada olduğu anlaşılmıştır. Uyumluluk kişilik özelliği alan yazında çeşitli çalışmalarla psikolojik belirtilerle ilişkili bulunmuştur. Yapılan birçok farklı örneklemi içeren bir meta-analiz çalışması düşük uyumluluk özelliği gösteren kişilerde klinik bozuklukların daha fazla gözlemlendiğini ortaya koymuştur (Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005). Alan yazın incelendiğinde, doğum sonrası kadınları katılımcı olarak alan bir çalışmada, uyumluluk özelliği sezaryen doğum yapan katılımcı grubunda doğum sonrası depresyon ile ilişkili bulunmuştur (Roman ve ark., 2019). Yine doğum yapmış kadınları katılımcı olarak alan bir çalışma benzer şekilde depresyon ve düşük uyumluluk puanının ilişkisini ortaya koymuştur (Song, Sun, Song, Wu, & Qi, 2010). Diğer örneklemler ve çeşitli psikolojik bulgular ele

alındığında intihar ve bozuklukların komorbid olması durumu ile düşük uyumluluk puanı arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. (Cuijpers, Van Straten, & Donker, 2005; Draper, Kõlves, De Leo, & Snowdon, 2014). Hem doğum sonrası örneklemi bulunan hem de farklı örneklemleri bulunan çalışmaların sonuçları yapılan çalışmada elde edilen bulguları destekleyici niteliktedir. Uyumluluğun psikolojik belirtilerle ilişkisinin önemli sayılamayacak kadar küçük olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Öğrenci grubunda depresyon ve anksiyete yaygınlığını ve kişilik özellikleri ile ilişkisini araştıran bir çalışmada, uyumluluğun önemli bir rolü bulunamamıştır (Bunevicius ve ark., 2008). Belirtilen çalışmanın sonucu bulgularımızla paralel değildir. Uyumluluk stratejisinin yeni doğum yapmış kadın grubunda önemli çıkmasının sebebi, daha önce yapılan bir çalışmada bu stratejinin erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınlar tarafından daha sık kullanılmasının olduğu düşünülebilir (Goodwin & Gotlib, 2004). Sosyal olarak bakıldığında bu sonucun sebebi kadınların daha uyumlu bireyler olarak yetiştirilmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu sonuç çalışmanın üçüncü hipotezini desteklemektedir.

Özdenetim kişilik özelliği zayıf bir şekilde olsa da anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ile negatif ilişkili bulunmuştur. Regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında ise özdenetim kişilik özelliği psikolojik belirtileri açıklamada yetersiz kalmıştır. Alan yazında benzer bulgular elde eden çalışmalar bulunmaktadır (Cuijpers ve ark., 2005; Kaplan ve ark., 2015; Van Straten, Cuijpers, Van Zuuren, Smits, & Donker, 2007). Doğum yapmış kadınlarla yapılan bir çalışma ise özdenetim kişilik özelliğini doğum sonrası depresyonu yordayan bir özellik olduğunu göstermiştir (Udovičić, 2014). Ayrıca vajinal doğum yapan kadınlarda da bu kişilik özelliğini depresyonla ilişkili çalışma literatürde mevcuttur (Roman, Bostan, Diaconu-Gherasim, & Constantin, 2019a). Yapılan çalışma ile bahsi geçen çalışmaların sonuçları çatışmaktadır. Bunun sebebi kültür farklılıkları, çalışmaların yapılışındaki farklılıklar gibi sebeplerin olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan çalışmada, korelasyonel açıdan bakıldığında dışa dönüklük kişilik özelliği azaldıkça sadece depresyon puanının arttığı görülmüştür. Diğer bir taraftan bu kişilik özelliği psikolojik belirtileri açıklamakta yetersiz kaldığı gözlemlenmiştir. Alan yazında bu kişilik özelliği ve psikolojik bozukluklar arasındaki ilişki ile ilgili farklı sonuçların olduğu

gözlemlenmiştir. Doğum sonrası kadınların oluşturduğu örneklemlerle yapılan çalışmalar incelendiğinde dışa dönüklüğün depresyonla ilişkisini rapor eden çalışma mevcutken (Podolska ve ark., 2010) bu kişilik özelliğinin anlamlı bir etkisinin/ilişkisinin bulunmadığı çalışmalar da bulunmaktadır (Roman ve ark., 2019; Udovičić, 2014). Dışa dönüklüğü farklı ve çeşitli örneklemlerde depresyon, yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirti puanı ile ilişkili bulan çalışmalar mevcuttur (Bienvenu ve ark., 2004; Bunevicius ve ark., 2008; Ghaderi & Scott, 2000; Malouff ve ark., 2005; Van Straten, Cuijpers, Van Zuuren, Smits, & Donker, 2007). Bu bulguların aksine, dışa dönüklüğün psikolojik bozukluklar veya dayanıklılıkla ilişkili olmadığını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006; Cuijpers ve ark., 2005). Çalışmaların yapıldığı ülkelerin, kültürlerin, kullanılan ölçeklerin ve araştırdıkları psikolojik bozuklukların farklı olduğu düşünüldüğünde sonuçlardaki bu farklılıklar anlaşılabilmektedir. Yapılan çalışmada elde edilen sonuçla, dışa dönüklüğü ilişkili bulmayan çalışmaların sonuçları paralellik göstermektedir. Kişinin dışa veya içe dönük olmasının değil, yaşadığı çevrenin bu duruma uygun olup kendisini o çevrede iyi hissetmesinin psikolojik sağlıklılık açısından daha önemli olabileceği düşünülebilir. Dışa dönüklük kişilik özelliği hakkında daha büyük örneklemi olan çalışmaların yapılması psikolojik belirtilerle ilişkisini daha iyi anlayabilmek açısından yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Deneyime açıklık özelliğinin psikolojik belirti alt puanlarıyla korelasyonu önemli bulunmamıştır. Böylece deneyime açıklık kişilik özelliği harici hipotez iki kabul edilmiştir. Kişiliğin alt bileşenlerinin birinde yaşanan bir zorlantı diğer bileşenleri de harekete geçirebilir. Bu bağlamda çalışmanın sonuçları kapsamında da kişilik özelliklerinin yüksek puan ile sonuçlanması bireylerde psikolojik semptomların artmasına/azalmasına neden olmakta veya var olan psikolojik altyapının ortaya çıkısını hızlandırmaktadır. Regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında ise deneyime açıklık kişilik özelliği gerçekleştirilen çalışma ile psikolojik belirtilerin bir yordayıcısı olarak belirlenmiştir. Kişilik özellikleri ve doğum sonrası psikolojik bozuklukları çalışan bir çok çalışma bu kişilik özelliği ile anlamlı bir ilişki ortaya koyamazken yapılan bir çalışma deneyime açıklıktan alınan yüksek puanın doğum sonrası psikolojik belirtileri etkilediğini göstermiştir (Podolska ve ark., 2010) Alan yazında çeşitli örneklemlerle bu konu ile ilgili yapılan birçok çalışma bu kişilik özelliğini psikolojik belirtilerle önemli bir şekilde ilişkilendirememiştir (Bore ve ark., 2008;

Bunevicius ve ark., 2008; Malouff ve ark., 2005). Diğer bir yandan, OKB, sosyal kaygı bozukluğu, duygu durum semptomları ve intihar ile deneyime açıklık kişilik özelliğini ilişkilendiren çalışmalar da bulunmaktadır (Bienvenu ve ark., 2004; Draper ve ark., 2014; Duberstein & Heisel, 2007; Kaplan, Levinson, Rodebaugh, Menatti, & Weeks, 2015). Bu araştırmalara bakıldığında, geçekleştirilen çalışmanın sonuçlarını destekleyen ve çelişen sonuçlar olduğu gözlemlenmiştir. Deneyime açıklık kişilik özelliğinin maceracı, akli ve deneyimsel olarak tanımlandığı düşünülürse, doğum sonrası grupta bu kişilik özelliğine sahip annelerin yeni rollerine ve düzenlerine uyum sağlama konusunda daha yumuşak bir geçiş yaşayabileceklerinden, psikolojik belirtileri yordama açısından bu kişilik özelliğinin etkili olduğu düşünülmüştür. Bu kişilik özelliğinin psikolojik belirtiler ile ilişkisini daha iyi anlamak için daha geniş ve çeşitli örneklemler ile yeni araştırmalar yapılabilir.

Alan yazında yapılan çoğu çalışma belirtilen değişkenler arasında ilişki varlığına vurgu yapmaktadır. Ayrıca, kişinin içinde bulunduğu sosyal çevre, öğrenme ortamı, aile dinamikleri ve yaşantıları da son derece önemlidir. Bu bağlamda gerçekleştirilen hiyerarşik regresyon analizine göre; kadın, bebek ve doğum ile ilgili değişkenler kontrol altında tutulduğunda, katılımcıların kişilik özellikleri psikolojik belirti varyansının önemli bir kısmını açıkladığı görülmektedir. Bu sonuç psikolojik belirtileri yordamada özellikle nevrotiklik kişilik özelliği başta olmak üzere, kişilik özelliklerinin önemini göstermektedir. Tüm bu değerlendirmelere bakıldığında, üçüncü hipotez yani sosyo-demografik değişkenler kontrol altında tutulduğunda, kişilik özelliklerinin psikolojik belirtilere etkisi olduğu da kabul edilmiştir. Değişen ve dönüşen koşullara, çalışmaların farklı zamanlarda yapılmış olmasına ve örneklem gruplarının farklı olmasına rağmen, alandaki çalışmaların yine de yaklaşık sonuçlar vermesi bu değişkenler arasındaki ilişkinin niteliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

4.1.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Psikolojik Belirtilerle İlişkisi ve Etkisinin Yorumlanması

Yapılan korelasyon çalışması sonucunda birçok bilişsel duygu düzenleme stratejisi ile psikolojik belirtiler ilişkili bulunmuştur. Felaketleştirme stratejisinin kullanımının artışı sonucu, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite artışı gözlemlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu olarak bu çalışmada da

felaketleştirme stratejisinin kullanılmasının psikolojik belirtileri yordadığı gözlemlenmiştir. Doğum sonrası psikolojik belirtiler ile bilişsel duygu düzenlemeyi birlikte çalışan çalışmalar sınırlı olsa da tespit edilebilen bir çalışmada felaketleştirme stratejisi aynı şekilde depresyon ile ilk sırada olarak anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (Haga ve ark., 2012). Farklı örneklemlerle yapılan çalışmalar incelendiğinde; psikiyatrik hasta grubuyla tanı almayan grubu karşılaştıran bir çalışmanın sonucuna göre hasta grubunun ruminasyon, felaketleştirme, kendini suçlama ve diğerlerini suçlama stratejilerini daha fazla kullandıkları görülmüştür (Garnefski & Kraaij, 2006). Felaketleştirme stratejisi ile ilgili birçok çalışma aynı sonuca vararak psikolojik belirtilerle bu stratejinin kullanımını ilişkili bulmuştur (Garnefski ve ark., 2002; Lei ve ark., 2014; Zlomke & Hahn, 2010). Bütün bu araştırmalar, felaketleştirme stratejisinin kullanımını psikopatolojilere bağlamış ve yapılan çalışmanın sonucu bu çalışmalar ile paralellik göstermiştir. Bu stratejinin olumsuz olay karşısında dehşetli bir biçimde olayın olumsuz taraflarına odaklanma ve bu düşüncelerle meşgul olma olarak tanımlandığını düşünürsek, elde edilen sonuç son derece beklenen bir sonuçtur. Yaşanan olumsuz olayın sadece olumsuz yönlerine odaklanmak ve bunları dehşetli bir şekilde yorumlamanın olayı gerçekçi ve çözülebilir bir bakış açısıyla görmeyi engellemesine sebep olabilmektedir. Sürekli bir biçimde bu stratejinin kullanılması zamanla psikolojik belirtilerin de ortaya çıkmasına sebep verebileceği düşünülmektedir.

Diğerlerini suçlama stratejisinin kullanımı arttıkça anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite belirtilerinde artış saptanmıştır. Diğerlerini suçlama stratejisi açısından bakıldığında bu stratejiyi psikolojik belirtilerle alakalı bulan çalışmalara rastlanmıştır (Garnefski & Kraaij, 2006; Lei ve ark., 2014). Bu çalışmaların sonuçlarının yapılan çalışma ile uyumlu olduğu gözlemlenmektedir. Felaketleştirme stratejisinden sonra puanı en yüksek ikinci strateji olmasına rağmen, alan yazın incelendiğinde psikolojik belirtilerle ilişkisinin daha seyrek bulunduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle, diğer uyumsuz stratejilerle karşılaştırıldığında psikolojik belirtilerle ilişkisi daha az rapor edilmiştir. Bu stratejinin kullanımının olumsuz etkisinin, kişilerin durumları üzerinde kontrol sahibi olmadıklarını düşünmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu değişkenin etkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için çeşitli örneklemlerle çalışmanın tekrarlanması gerektiği düşünülmüştür.

Katılımcılar kendini suçlama stratejisini daha çok kullanıldıkça anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite belirtilerinin daha çok olduğu görülmüştür. Beklendiği gibi uyumsuz stratejilerden olan kendini suçlama alan yazınla uyumlu olarak, psikolojik belirtilerle ilişkili bulunmuştur. Bu stratejiyi kullanan kişilerin olumsuz olaylar karşısında kendini suçlayıcı düşüncelerle meşgul oldukları düşünüldüğünde bu sonucun elde edilmesi beklenmekteydi. Doğum sonrası kadınların katılımcı olduğu bir çalışmada bu bilişsel duygu düzenleme stratejisi doğum sonrası depresyon ile ilişkili bulunmuştur (Haga ve ark., 2012). Klinik ve klinik olmayan iki örneklemi bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanarak ayırt etmeye çalışan bir çalışmaya göre, kendini suçlama stratejisinin kullanımının klinik grupta daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir (Garnefski ve ark., 2002). Yapılan çeşitli çalışmalar kendini suçlama stratejisinin kullanımını psikolojik belirtilerle ilişkili olarak saptamıştır (Garnefski & Kraaij, 2006; Lei ve ark., 2014; Martin & Dahlen, 2005; Zlomke & Hahn, 2010). Alan yazında gözlemlenen bu sonuçlar yapılan çalışmanın sonuçlarıyla paralel bulunmuştur.

Plana tekrar odaklanma stratejisi incelendiğinde, bu stratejinin daha az kullanımı anksiyete, depresyon ve hostilite puanlarının artmasıyla sonuçlanmıştır. Plana tekrar odaklanma stratejisini kaygı, depresyon, endişe ve stres düzeyleriyle erkek grubunda ilişkili, kadın grubunda ise ilişkisiz bulan bir çalışma ile yapılan çalışmanın bulguları çakışmaktadır. Bu çalışmada sadece kadın katılımcıların bulunmasına rağmen, plana tekrar odaklanma stratejisi negatif bir şekilde psikolojik belirti puanlarıyla ilişkili bulunmuştur (Zlomke & Hahn, 2010). Doğum sonrası depresyon ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerini araştıran çalışmanın sonucunda ise bu stratejinin depresyon ile negatif ilişkili olduğu göstermiştir (Haga ve ark., 2012) Psikolojik bozukluklara dirençliliği araştıran bir çalışmaya göre ise plana tekrar odaklanma stratejisinin, ortak olarak kullanılan bir strateji olduğu rapor edilmiştir (Min, Yu, Lee, & Chae, 2013). Bu çalışmaların sonuçları incelendiğinde, yapılan çalışma ile uyumlu olduğu belirlenmiştir. Bu strateji olumsuz bir olay yaşandığında geleceğe odaklanıp davranışları düzenleme üzerine düşünme olarak tanımlanır. Böyle bir stratejinin psikolojik belirtiler karşısında koruyucu etkisinin olabileceği anlaşılmaktadır. Ayrıca bu stratejinin kullanımı bağlamında cinsiyetin rolünün daha iyi anlaşılması için iki cinsiyeti de örneklem olarak alarak karşılaştıran çalışmaların gerçekleştirilmesi alan yazına yarar sağlayabilir.

Pozitif yeniden değerlendirme stratejisinin kullanımı azaldıkça depresyon, olumsuz benlik ve hostilite puanlarında artış gözlemlenmiştir. Birçok çalışma pozitif yeniden değerlendirme stratejisini olumsuz duygudurum ve çeşitli psikolojik belirtilerle ilişkili olduğunu rapor etmiştir (Martin & Dahlen, 2005; Wang ve ark., 2014; Zlomke & Hahn, 2010). Klinik ve klinik olmayan grubu karşılaştıran bir çalışmaya göre ise klinik olmayan grup pozitif yeniden değerlendirme stratejisini önemli ölçüde daha fazla kullanmıştır (Garnefski ve ark., 2002). Hatta bulunabilen tek doğum sonrası örneklemde bilişsel duygu düzenleme stratejilerini araştıran çalışma, depresyon ile bu stratejinin ilişkisinin varlığını göstermiştir. Yapılan çalışma, bu konuda diğer çalışmalardan farklılaşmaktadır. Elde edilen regresyon analizi sonuçlarına göre, korelasyon görülmesine rağmen, pozitif yeniden değerlendirme stratejisi psikolojik belirti puanlarını açıklamada yetersiz kalmıştır. Bu farklılıkların sebebi çalışmaların farklı ülkelerde ve dolayısıyla farklı kültürlerde gerçekleştirilmiş olması olabilir. Stratejinin daha iyi anlaşılabilmesi için çeşitli örneklemlerle tekrar edilmesinin gerekli olduğu düşünülmüştür.

Ruminasyon stratejisi anksiyete ve olumsuz benlik puanları arasında negatif ilişki saptanmıştır. Yapılan çalışma sonucuna göre ruminasyon da psikolojik belirti puanlarını yordayan bir stratejidir. Bu strateji ile ilgili alan yazın incelendiğinde ise doğum sonrası grupta bu stratejinin kullanımını depresyon ile ilişkili olarak raporlayan çalışma mevcuttur (Haga ve ark., 2012). Cinsiyet farklılıklarına odaklanan bir çalışma ise özellikle kadın grubunda bu stratejiyi yüksek stres düzeyi ve aşırı endişelenme durumlarıyla ilişkili bulmuştur (Zlomke & Hahn, 2010). Ayrıca farklı örneklemlerde psikolojik belirtiler açısından bakıldığında, depresyon ve anksiyete gibi bozukluklarla bu stratejinin kullanımını alakalı bulan çalışmalar tespit edilmiştir (Ataman-Temizel & Dağ, 2014; Garnefski & Kraaij, 2006; Lei ve ark., 2014; Martin & Dahlen, 2005). Yaşanan bir olumsuz durum karşısında, durumu tekrar tekrar düşünmenin olumlu bir sonuca ulaştırmayıp, zihni olayın olumsuz taraflarıyla sürekli meşgul edebileceği düşünüldüğünde bu ilişki tahmin edilebilir bir ilişkidir.

Bakış açısına yerleştirme stratejisinin kullanımı azaldıkça hostilite puanında artış görülmüştür. Bakış açısına yerleştirme stratejisinin depresyon ile zayıf da olsa ilişkisi olduğunu rapor eden çalışmalara rağmen (Garnefski & Kraaij, 2006; Martin & Dahlen, 2005; Omran, 2011). Yaptığımız çalışmada ise bu stratejinin psikolojik belirtileri

açıklamada yeri bulunamadı. Haga ve arkadaşları tarafından yapılan, doğum sonrası örneklemde depresyon ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ilişkisini inceleyen çalışmada yapılan çalışma ile paralel sonuçlar elde edilerek bu stratejinin psikolojik belirtiler ile ilişkisinin olmadığı gözlemlendi (2012). Sonuçların bu şekilde farklılaşması örneklemlerin farklı olmasından dolayı kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Pozitif tekrar odaklanma stratejisinin kullanımı azaldıkça sadece hostilite puanında artış görülmüştür. Regresyon analizine göre ise pozitif tekrar odaklanma stratejisi psikolojik belirtileri açıklayamamıştır. Doğum sonrası grupta yapılan çalışma benzer şekilde depresyon ile bu stratejinin anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermiştir (Haga ve ark., 2012). Alan yazında farklı örneklemler ile yapılan çalışmalara bakıldığında ise, psikolojik belirtilerle bu stratejinin ilişkisini saptayan (Garnefski et al., 2001; Omran, 2011; Zlomke & Hahn, 2010) ve saptayamayan çalışmalar mevcuttur (Garnefski & Kraaij, 2006). Uyuşmayan sonuçların sebebi örneklemlerin özelliklerinin birbirinden farklılaşması olabileceği düşünülmüştür. Sonuç olarak elde edilen sonuçlarla ters düşen olduğu kadar destekleyen çalışmaların varlığı gözlemlenmiştir.

Son olarak, kabul etme stratejisi ile bozukluklar anlamlı bir korelasyon göstermemiştir. Diğer bir yandan regresyon analizinin sonuçları kabul etme stratejisinin psikolojik belirti puanlarını yordadığını göstermiştir. Bu stratejiyi psikolojik belirtilerle negatif bir şekilde ilişkili bulan çalışmalar bulunmaktadır. Dağ ve Ataman-Temizel (2014) tarafından yapılan çalışmaya göre kabul etme stratejisi depresyon ve kaygı bozukluğu puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Bu ilişkinin kabul etme stratejisinin kullanımının artmasıyla psikolojik belirti puanlarının azalması yönünde olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca bu strateji hakkında benzer sonuçlar, farklı örneklemlerle psikolojik belirti puanlarıyla bilişsel duygu düzenleme stratejilerini çalışan farklı çalışmalar tarafından da rapor edilmiştir (Lei ve ark., 2014; Wang ve ark., 2014; Zlomke & Hahn, 2010). Doğum sonrası bir örneklemde depresyon ie bilişsel duygu düzenleme stratejilerini araştıran bir çalışma ise kabul etme ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptayamamışır (Haga ve ark., 2012). Yapılan çalışma ile bu sonuçların uyumlu olduğu düşünülmektedir. Yaşanan olumsuz durumun kabul edilmesi peşinde daha kolay bir şekilde problem çözme becerilerini harekete geçirerek olumlu duyguları getirebilir.

Alan yazında çokça belirtildiği üzere uyumsuz stratejiler psikolojik belirtilerle ilişkili olduğu için bu sonuç beklenmekteydi. Kabul etme stratejisinin kullanımı dışında üçüncü hipotez de kabul edilmiş ve uyumlu stratejilerin kullanımının psikolojik belirtilerle ilişkisi bir kez daha gösterilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında dördüncü hipotez kabul edilmektedir.

Bireyin çevresinde olan bitenler, doğum süreci sırasında yaşanabilen zorluklar gibi başka da faktörlerin etkisini göz ardı edilmemelidir. Bu yüzden kabul edilen hipotez altı için gerçekleştirilen hiyerarşik regresyon analizine göre; kadın, bebek ve doğum ile ilgili değişkenler kontrol altında tutulduğunda kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejileri psikolojik belirtilerin varyansının önemli bir kısmını açıkladığı gözlemlenmektedir. Bu sonuç meme kanseri kadın örneklem grubu ile yapılan ve hiyerarşik regresyon analizinin kullanıldığı bir çalışma ile paralellik göstermektedir. Wang ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmaya göre, bahsedilen örneklemde sosyo-demografik ve sağlıkla ilgili değişkenler kontrol edilirken, depresyon ve anksiyete puan varyansının büyük bir kısmını bilişsel duygu düzenleme stratejileri açıklamıştır (Wang ve ark., 2014). Bu sonuç yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Özetlemek gerekirse, yapılan çalışmanın dördüncü, beşinci ve altıncı hipotezleri de bu sonuçlarla birlikte kabul edilmiştir. Çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde, örneklem grubunun niteliklerinden kaynaklanan etki, zamansal farklılıklar, örneklem sayısı, sosyal koşullar ve çalışmaların sınırlılıkları farklı sonuçların gözlemlenmesine sebebiyet vermiş olabilir. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin daha iyi anlaşılması için çeşitli örneklemler ile arasında karşılaştırmalar yapacak çalışmalar gerçekleştirilmesinin yarar sağlayabileceği düşünülmektedir.

4.1.3. Sosyo-demografik Değişkenlerin Psikolojik Belirtilere Etkisinin Yorumlanması

Sosyo-demografik değişkenler iki regresyon analizi ile öncelikle kişilik özellikleriyle sonrasında bilişsel duygu düzenleme stratejileriyle analize alınmıştır. Sonuçlara göre iki analizde de sosyo-demografik değişkenler psikolojik belirti varyansının önemli bir kısmını açıkladığı gözlemlenmiştir. Her iki regresyonda, psikolojik belirti puanlarını yordayan değişkenler; eğitim seviyesi, partneri ile ilişki kalitesi, daha önce psikolojik yardım alma durumu, gebeliğin planlı olma durumu, doğum sırasında ve

sonrasında komplikasyon yaşanması ve geçmişte yaşanan psikolojik problem varlığı olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında, diğer değişkenlerin önemli bir etkisi gözlemlenmemiştir. İnsan içinde bulunduğu toplumsal, ekonomik, kültürel ve politik tüm faktörlerden etkilenmektedir. Özellikle yakın çevre ve önemli ötekilerle oluşan ilişki örüntüsü kişinin psikolojik sağlamlığını etkileyebilir. Bu bağlamda duygu düzenleme, muhakeme etme ve sebep sonuç ilişkisi kurmada bazı sorunlar yaşanabilir. Sonuçta, kişinin bazı psikolojik semptomlar yaşamasını daha kolay hale getirebilir.

Alan yazın incelendiğinde doğum sonrası psikolojik belirtileri yordama ve risk faktörlerini belirleme ile ilgili çeşitli çalışmalar dikkat çekmektedir. Eğitim durumunun psikolojik belirtileri doğum sonrası dönemde olan kadın örnekleminde önemli olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır (Field, 2018; Mayberry ve ark., 2007). Bu çalışmaların sonuçları yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir. Partner ile ilişkinin doğum sonrası depresyonu yordadığını gösteren çalışmalar mevcuttur ve bu çalışmaların sonuçları yapılan çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur (Cox, Connor, & Kendell, 1982; Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen, & Opjordsmoen, 2002; Norhayati, Nik Hazlina, Asrenee, & Wan Emilin, 2015). Geçmişte psikolojik bozukluk öyküsünün olması ve bu konuda yardım alınmış olmasını doğum sonrası dönem içinde olan grupta, psikolojik belirti gösterme açısından risk faktörü olarak belirleyen araştırmalar alan yazında mevcuttur (Bloch, Rotenberg, Koren, & Klein, 2006; Eberhard-Gran ve ark., 2002; Gelabert ve ark., 2012; Norhayati ve ark., 2015). Bu araştırmaların sonuçları gerçekleştirilen araştırma ile paralel olduğu gözlemlenmiştir.

Alan yazında gebeliğin istenen veya istenmeyen olmasının psikolojik belirtileri etkilediğini gösteren çeşitli araştırmalar belirlenmiştir (Beck, 2001; Nakku, Nakasi, & Mirembe, 2006). Belirtilen bu çalışmaların sonuçlarıyla yapılan çalışmanın sonuçları bu açıdan uyuşmaktadır. Doğum sırasında yaşanabilecek komplikasyonlar şüphesiz ki çoğu anne için korku sebebidir. Bu komplikasyonlar alan yazında da belirtildiği gibi (Murray & Cartwright, 1993; O'Hara, Schlechte, Lewis, & Varner, 1991) bizim çalışmamızda da psikolojik belirtilerle de ilişkili bulunmuştur. Son olarak yapılan çalışma ile doğum sonrasında yaşanan komplikasyonların psikolojik belirtilere etkisi saptanırken bu sonuçlar

alan yazın ile de desteklenmiştir (Gaillard, Le Strat, Mandelbrot, Keïta, & Dubertret, 2014; Setse ve ark., 2009).

Genç yaşı bir risk faktörü olarak tanımlayan çalışmaların bulunmasına rağmen (Field, 2018; Mayberry ve ark., 2007; Nakku ve ark., 2006) gerçekleştirdiğimiz çalışma, yaş ile psikolojik belirtilerin bir ilişkisini saptayamamıştır. Bunun nedeni sadece reşit katılımcıların çalışmaya alınması sonucu çok genç yaşta doğum yapmış kişilerin dahil edilmemesinin olduğu düşünülmektedir. Aynı şekilde düşük gelir durumu risk faktörü olarak gözlemlense de (Mayberry ve ark., 2007; Stewart ve ark., 2003) çalışma ile bu sonuca ulaşılamamıştır. Olumsuz yaşam olaylarını doğum sonrası psikolojik belirtilerle ilişkili bulan çalışmaların olmasına rağmen (Eberhard-Gran ve ark., 2002; Norhayati ve ark., 2015; Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet, & Manzano, 1998) bu sonuçlar yapılan çalışmada tekrarlanamamıştır. Bebeğe bakımda stres yaşanıp yaşanmadığı da literatürde psikolojik belirtilerle ilişkili bulunmuştur (Park, Shin, Ryu, Cheon, & Moon, 2004). Fakat bu sonuç yapılan çalışmada gözlemlenmemiştir.

Çalışmanın temel amacı olan; doğum sonrası dönemde kadınların kişilik özellikleri ve kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile psikolojik belirtileri arasında ki ilişkinin incelenmesi kapsamında yapılan çalışmanın sonuçları bütüncül olarak değerlendirildiğinde, kişinin doğuştan getirdiği özelliklerinin yanı sıra yaşanan travmatik deneyimler ve sosyal çevre, yetiştirilme tarzı gibi faktörler kişiliğin bileşenleri üzerinde son derece önemli etkiye sahip olduğu söylenebilir. Özellikle toplumsal cinsiyet rolleri, cinsiyetten kaynaklanan farklılıklar ve diğer sosyo demografik değişkenler bu kişilik organizasyonunda önemli bir etkiye sahiptir. Literatür çalışmalarında görüldüğü üzere kişilik özellikleri ve psikolojik semptomlar ve bilişsel duygu düzenleme arasında önemli ilişkide sosyo demografik özellikler dahil olduğunda ilişki daha da güçlenmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesinde örneklem grubunun niteliği, soruları cevaplama samimiyetleri, sayısı, zaman farkı vb. faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

4.2. Sınırlılıklar

Her çalışmada olduğu gibi bu çalışmanın da belirli sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk sınırlılık katılımcı sayısının yüksek olmayışı ve katılımcıların İstanbul ili Maltepe ilçesinde

bulunan dört sağlık ocağına kontrole gelebilen kişilerle sınırlı olmasıdır. Anket formlarına cevaplar, katılımcıların bebekleri ile aile sağlığı merkezinde zorlanabileceği düşünülerek online olarak toplanmıştır. Anketleri doldurdukları çevre ile ilgili bir kontrol mekanizması olmadığı için bu da bir sınırlılık olarak düşünülebilir. Psikolojik belirtilerin belirlenmesi görüşme şeklinde değil de ölçek aracılığıyla öz-bildirim ile yapıldığından, kişilerin sorulara içtenlikle cevap verdikleri varsayılmıştır. Bu durum bir sınırlılık olarak sayılabilir.

Bu çalışma sadece son dönemde doğum yapmış kadınları örneklem olarak almıştır ve doğum yapmamış kadınların bulunduğu bir karşılaştırma grubu bulunmamaktadır. Bundan dolayı, doğum olayının gerçek etkisi iki grup arası karşılaştırma yapılarak anlaşılamamıştır. Bu durum önemli bir sınırlılık olarak düşünülebilir.

Ölçekler açısından bakıldığında, psikolojik belirtilerin ölçülmesi KSE'nin Türkçeye uyarlanmış halinin ölçebildiği beş faktör ile sınırlıdır. Kişilik özelliklerinin ölçümü büyük beşli kişilik envanterinin ölçtüğünü iddia ettiği faktörlerle sınırlıdır. Son olarak katılımcılar tarafından kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejileri, BDDÖ'nün ölçtüğünü iddia ettiği faktörlerle sınırlıdır.

4.3. Öneriler

4.3.1. Araştırma Önerileri

1. Bu çalışma örneklemine yakın zamanda doğum yapmış kadınlar dahil edilmiş dolayısıyla sadece onların psikolojik belirtileri incelenmiştir. İleride yapılacak çalışmalar aynı yaş grubunda olan ama yakın zamanda doğum yapmamış kadınlarla, yapılan çalışmadaki kadınları karşılaştıracak şekilde tasarlanabilir. Böylece doğum olayının psikolojik belirtilere etkisi olup olmadığı anlaşılabilir.
2. Doğum öncesi ve doğum sonrası ölçümlerin yapılabileceği kontrol gruplu ön –son test ölçümü kullanılan çalışmaların daha nitelikli sonuçlar verebileceği düşünülmektedir. Özellikle doğum öncesi psikolojik semptomları olan ve olmayan grupları karşılaştırma çalışmaları yapılabilir.
3. Yapılacak bir çalışma ile doğum sonrası psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasında katkı sağlayabilecek durumların tespiti yapılarak risk faktörleri daha ayrıntılı belirlenebilir. Çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı, daha önce düşük ve/veya ölü doğum yapma durumu, gebelikte sağlık problemi yaşama, kişinin kaçıcı

doğumu/çocuğu olduğu durumu ve pre-menstural sendrom varlığı gibi maddelerin risk faktörleri araştırmasında ele alınabileceği düşünülmüştür.

4.3.2. Uygulama Önerileri

1. Elde edilen sonuçlar bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin, psikolojik bozuklukları saptama, önleme ve tedavi etmede kullanılabilecek bir araç olabileceğini anlaşılmıştır. Saha çalışmalarında bu ölçeğin kullanımı önerilebilir.
2. Elde edilen bilgilerin ışığında kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin psikolojik belirtileri etkilediği anlaşıldığından, özellikle bilişlerle çalışan psikoterapi yönelimleri, uyumsuz stratejilerin kullanımını azaltırken uyumlu stratejilerin kullanımını destekleyebilir.
3. Sonuçlara göre, uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri psikolojik işlevselliği pozitif yönde etkilediğinden bireylerin uyumlu stratejileri kullanmaları için destekleyici ve farkındalık kazandırıcı eğitimlerin düzenlenmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.
4. Çalışmanın sonuçlarına göre kişilik özellikleri psikolojik belirtilerle ilişkili bulunduğu için psikoterapi süreçleri içerisinde kişilik özelliklerinin göz önünde bulundurulmasının önemli olacağı düşünülmektedir.
5. Sosyo-demografik değişkenlerden psikolojik belirtileri etkileyenler risk faktörleri olarak düşünülerek takip yapma ve tanı koyma açısından göz önünde bulundurulabilir.
6. Gebelik ve yeni doğan takibi yapan kurumların (aile sağlığı merkezi veya hastaneler) çalışanları, doğum sonrasında görülebilecek psikolojik bozukluklar ve risk faktörleri hakkında eğitilip, gerekli durumlarda anneleri hem kendi hem de bebeklerinin sağlığı için uygun kurumlara yönlendirmeleri sağlanabilir.
7. Gebelik döneminde olan kadınlara, psikolojik sağlıklılıkla ilgili farkındalık eğitimleri ve bu konuda olumsuz bir durum yaşadıklarında başvurabilecekleri yerler ile ilgili bilgilendirmeler aile sağlığı merkezleri ve çeşitli özel kurumlar aracılığıyla verilebilir.

EKLER

Ek 1: Demografik ve Kişisel Bilgiler Formu

1. Bebeğiniz kaç haftalık? (Bitirdiği hafta) …….
2. Doğum yılınız nedir? …….
3. Medeni durumunuz nedir?

   ○ Bekar ○ Evli ○ Boşanmış ○ Ayrılmış ○ Diğer …….

4. En son mezun olduğunuz okul nedir?

   ○İlk Okul ○Orta Okul ○Lise ○Meslek Yüksek Okulu

   ○ Üniversite ○Yüksek Lisans ○Doktora

5. Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

   ○ Düşük ○ Orta ○ İyi ○ Çok iyi

6. (Varsa) Partnerinizle ilişki kalitenizi nasıl tanımlarsınız?

   ○ Kötü ○Orta ○İyi ○ Çok iyi

7. Kaç çocuğunuz var? …….
8. Yakın zamanda yaşadığınız ve sizi olumsuz etkileyen bir olay oldu mu? (yakın ölümü, iş kaybı, ayrılık vs. gibi)

   ○ Evet …….. ○ Hayır

9. Geçmişinizde herhangi bir psikolojik bozukluk geçirdiniz mi?

   ○ Evet …….. ○ Hayır

10. Geçmişinizde hiç psikolojik yardım aldınız mı?

    ○ Evet …….. ○ Hayır

11. Ailenizde psikolojik bozukluk yaşayan aile bireyi var mı? Varsa size yakınlık derecesi nedir?

    ○ Var …….. ○ Yok

12. Gebeliğiniz planlı/istenen bir gebelik miydi?

    ○ Evet istenen/planlı bir gebelikti ○ Hayır istenen/planlı bir gebelik değildi

13. Hamileliğiniz sırasında sağlık problemi yaşadınız mı?

    ○ Evet …….. ○ Hayır

14. Doğum şekliniz nasıldı?

    ○ Normal doğum ○ Sezaryen

15. Kaçıncı haftada doğum yaptınız? …….

16. Doğum sırasında komplikasyon yaşadınız mı?

O Evet …….. O Hayır

17. Doğum sonrasında komplikasyon yaşadınız mı?

O Evet …….. O Hayır

18. Bebeğinizin herhangi bir sağlık sorunu var mı?

O Evet …….. O Hayır

19. Bebeğinizin mizacını nasıl tanımlarsınız?

O Kolay bir bebektir O Ortalama bir bebektir (ne kolay ne zor) O Zor bir bebektir

20. Bebeğinizi nasıl besliyorsunuz?

O Anne sütü O Bebek maması O Anne sütü + Bebek maması O Diğer……..

21. Bebeğe bakımda destek aldığınız birileri var mı? (Eş, anne, kardeş, kayınvalide vs. gibi)

O Var …….. O Yok

22. Bebeğinize bakım konusunda stres yaşadığınızı düşünüyor musunuz?

O Evet, çok fazla O Evet, ortalamadan biraz fazla O Orta seviyede O Hayır, düşünmüyorum

Ek 2: Kısa Semptom Envanteri

Açıklama: Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DÂHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU aşağıdaki derecelendirmeye göre uygun olan yeri işaretleyiniz. Hiçbir maddeyi atlamamayı ve de tek bir yeri işaretlemeye özen gösteriniz. TEŞEKKÜRLER

1: Hiç yok. 2: Biraz var. 3: Orta derecede var. 4: Epey var. 5: Çok fazla var

1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali.

1 2 3 4 5

2. Baygınlık, baş dönmesi.

1 2 3 4 5

3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri.

1 2 3 4 5

4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu.

1 2 3 4 5

5. Olayları hatırlamada güçlük.

1 2 3 4 5

6. Çok kolayca kızıp öfkelenme.

1 2 3 4 5

7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.

1 2 3 4 5

8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu.

1 2 3 4 5

9. Yaşamınıza son verme düşünceleri.

1 2 3 4 5

10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi.

1 2 3 4 5

11. İştahta bozukluklar.

1 2 3 4 5

12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular.

1 2 3 4 5

13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.

1 2 3 4 5

14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek.

1 2 3 4 5

15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek.

1 2 3 4 5

16. Yalnızlık hissetmek.

1 2 3 4 5

17. Hüzünlü, kederli hissetmek.

1 2 3 4 5

18. Hiçbir şeye ilgi duymamak.

1 2 3 4 5

19. Ağlamaklı hissetmek.

1 2 3 4 5

20. Kolayca incinebilmek, kırılmak.

1 2 3 4 5

21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak.

1 2 3 4 5

22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek.

1 2 3 4 5

23. Mide bozukluğu, bulantı.

1 2 3 4 5

24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi.

1 2 3 4 5

25. Uykuya dalmada güçlük.

1 2 3 4 5

26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğrumu diye kontrol etmek.

1 2 3 4 5

27.Karar vermede güçlükler.

1 2 3 4 5

28.Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak.

1 2 3 4 5

29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak.

1 2 3 4 5

30. Sıcak soğuk basmaları.

1 2 3 4 5

31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak.

1 2 3 4 5

32. Kafanızın "bomboş" kalması.

1 2 3 4 5

33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar.

1 2 3 4 5

34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği.

1 2 3 4 5

35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları.

1 2 3 4 5

36. Konsantrasyon (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak.

1 2 3 4 5

37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi.

1 2 3 4 5

38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek.

1 2 3 4 5

39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler.

1 2 3 4 5

40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği.

1 2 3 4 5

41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği.

1 2 3 4 5

42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak.

1 2 3 4 5

43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak.

1 2 3 4 5

44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak.

1 2 3 4 5

45. Dehşet ve panik nöbetleri.

1 2 3 4 5

46. Sık sık tartışmaya girmek.

1 2 3 4 5

47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek.

1 2 3 4 5

48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek.

1 2 3 4 5

49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek

1 2 3 4 5

50. Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları.

1 2 3 4 5

51. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu.

1 2 3 4 5

52. Suçluluk duyguları.

1 2 3 4 5

53. Aklında bir bozukluk olduğu fikri.

1 2 3 4 5

Ek 3: Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği

Aşağıda sizi kısmen tanımlayan (ya da pek tanımlamayan) birtakım özellikler sunulmaktadır. Lütfen verilen özelliklerin sizi ne oranda yansıttığını ya da yansıtmadığını belirtmek için size en uygun dereceyi işaretleyiniz.

1: Hiç yansıtmıyor 2: Yansıtmıyor 3: Ne Yansıtıyor Ne Yansıtmıyor

4: Yansıtıyor 5: Tamamen Yansıtıyor

1. Konuşkan	1	2	3	4	5
2. Başkalarında hata arayan	1	2	3	4	5
3. İşini tam yapan	1	2	3	4	5
4. Bunalımlı, melankolik	1	2	3	4	5
5. Orijinal, yeni görüşler ortaya koyan	1	2	3	4	5
6. Çekingen	1	2	3	4	5
7. Yardımsever ve çıkarcı olmayan	1	2	3	4	5
8. Umursamaz	1	2	3	4	5
9. Rahat, stresle kolay baş eden	1	2	3	4	5
10. Çok değişik konuları merak eden	1	2	3	4	5
11. Enerji dolu	1	2	3	4	5
12. Başkalarıyla sürekli didişen	1	2	3	4	5
13. Güvenilir bir çalışan	1	2	3	4	5
15. Maharetli, derin düşünen	1	2	3	4	5
16. Heyecan yaratabilen	1	2	3	4	5
17. Affedici bir yapıya sahip	1	2	3	4	5
18. Dağınık olma eğiliminde	1	2	3	4	5
19. Çok endişelenen	1	2	3	4	5
20. Hayal gücü yüksek	1	2	3	4	5
21. Sessiz bir yapıda	1	2	3	4	5
22. Genellikle başkalarına güvenen	1	2	3	4	5
23. Tembel olma eğiliminde olan	1	2	3	4	5
24. Duygusal olarak dengeli, kolayca keyfi kaçmayan	1	2	3	4	5
25. Keşfeden, icat eden	1	2	3	4	5
26. Atılgan bir kişiliğe sahip	1	2	3	4	5

27. Soğuk ve mesafeli olabilen	1	2	3	4	5
28. Görevi tamamlanıncaya kadar sabır gösterebilen	1	2	3	4	5
29. Dakikası dakikasına uymayan	1	2	3	4	5
30. Sanata ve estetik değerlere önem veren	1	2	3	4	5
31. Bazen utangaç, çekingen olan	1	2	3	4	5
32. Hemen hemen herkese karşı saygılı ve nazik olan	1	2	3	4	5
33. İşleri verimli yapan	1	2	3	4	5
34. Gergin ortamlarda sakin kalabilen	1	2	3	4	5
35. Rutin işleri yapmayı tercih eden	1	2	3	4	5
36. Sosyal, girişken	1	2	3	4	5
37. Bazen başkalarına kaba davranabilen	1	2	3	4	5
38. Planlar yapan ve bunları takip eden	1	2	3	4	5
39. Kolayca sinirlenen	1	2	3	4	5
40. Düşünmeyi seven, fikirler geliştirebilen	1	2	3	4	5
41. Sanata ilgisi çok az olan	1	2	3	4	5
42. Başkalarıyla iş birliği yapmayı seven	1	2	3	4	5
43. Kolaylıkla dikkati dağılabilen	1	2	3	4	5
44. Sanat, müzik ve edebiyatta çok bilgili olan	1	2	3	4	5

Ek 4: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

İstenmeyen veya tatsız bir durumla karşılaştığınızda genellikle ne şekilde düşündüğünüzü, aşağıda yer alan sorular aracılığıyla belirtmeniz istenmektedir.

1:(Neredeyse) Hiçbir zaman 2: Bazen 3: Düzenli olarak

4: Sık sık 5: (Neredeyse) Her zaman

1. Gerçekten olaydan dolayı kendimi suçlarım.

1 2 3 4 5

2. Bu olay yaşandı, gerçekleşen durumu bu şekilde kabullenmem gerektiğini düşünürüm.

1 2 3 4 5

3. Yaşadığım olayın bende uyandırdığı duyguları düşünürüm.

1 2 3 4 5

4. Yaşadığım tatsız olaydan daha iyi bir şeyler düşünürüm.

1 2 3 4 5

5. Yapabileceğim en iyi hamleyi düşünürüm.

1 2 3 4 5

6. Yaşanan tatsız olaydan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.

1 2 3 4 5

7. Yaşananlar çok daha kötü bir şekilde de gerçekleşebilirdi diye düşünürüm.

1 2 3 4 5

8. Başımdan geçen olayın diğerlerinin başına gelenlerden daha kötü olduğunu düşünürüm.

1 2 3 4 5

9. Gerçekleşen olay karşısında başkalarını suçlarım.

1 2 3 4 5

10. Gerçekleşen olayın sorumlusu olarak kendimi görürüm.

1 2 3 4 5

11. Yaşanan kötü olayı kabul etmem gerektiğini düşünürüm.

1 2 3 4 5

12. Yaşanan olay karşısında ne düşündüğüm ve ne hissettiğimle meşgul olurum.

1 2 3 4 5

13. Bu olayla ilgisi olmayan güzel şeyler düşünürüm.

1 2 3 4 5

14. Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.

1 2 3 4 5

15. Yaşananların bir sonucu olarak daha güçlü bir kişi haline dönüştüğümü düşünürüm.

1 2 3 4 5

16. Diğer insanların çok daha kötü deneyimler yaşayabileceklerini düşünürüm.

1 2 3 4 5

17. Yaşadığım olayın ne kadar kötü olduğunu sürekli düşünürüm.

1 2 3 4 5

18. Gerçekleşen olayda yaptığım hataları düşünürüm.

1 2 3 4 5

19. Gerçekleşen olayda yaptığım hataları düşünürüm.

1 2 3 4 5

20. Yaşanan bu olayla ilgili değiştirebileceğim bir şey olmadığını düşünürüm.

1 2 3 4 5

21. Yaşanan olayın, üzerimde neden bu şekilde bir duygu yarattığını anlamak isterim.

1 2 3 4 5

22. Yaşanan bu kötü olayı düşünmek yerine güzel şeyler düşünürüm.

1 2 3 4 5

23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.

1 2 3 4 5

24. Yaşanan kötü olayın aynı zamanda olumlu yönlerinin de bulunduğunu düşünürüm.

1 2 3 4 5

25. Diğer şeylerle karşılaştığımda bu olayın çok da kötü olmadığını düşünürüm.

1 2 3 4 5

26. Yaşadığım olayın, bir insanın başına gelebilecek en kötü olay olduğunu düşünürüm.

1 2 3 4 5

27. Gerçekleşen olayda başkalarının yaptığı hataları düşünürüm.

1 2 3 4 5

28. Yaşananların kaynağı olarak kendimi görürüm.

1 2 3 4 5

29. Bununla yaşamayı öğrenmek zorundayım diye düşünürüm.

1 2 3 4 5

30. Başımdan geçen kötü olayın, bende harekete geçirdiği duygular üzerinde düşünürüm.

1 2 3 4 5

31. Beni mutlu eden başka olayları düşünürüm.

1 2 3 4 5

32. Yapabileceğim hamlelerle ilgili bir plan düşünürüm.

1 2 3 4 5

33. Durumun pozitif yönlerini ararım.

1 2 3 4 5

34. Kendi kendime hayatta daha kötü şeyler olduğunu söylerim.

1 2 3 4 5

35. Durumun ne kadar korkunç olduğunu sürekli düşünürüm.

1 2 3 4 5

36. Bu soruna temelde başkalarının neden olduğunu düşünürüm.

1 2 3 4 5

KAYNAKÇA

Ahokas, A., Aito, M., & Turtiainen, S. (2000). Association Between Oestradiol and Puerperal Psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(2), 167–170. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.96005.x

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. Baskı). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05

Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk Factors for Developing Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth: A Systematic Review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *91*(11), 1261–1272. https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x

Arthur, A. R. (2001). Personality, Epistemology and Psychotherapists' Choice of Theoretical Model: A Review and Analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, *4*(1), 45–64. https://doi.org/10.1080/13642530110040082

Ataman-Temizel, E., & Dağ, İ. (2014). Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkiler. *Klinik Psikiyatri*, *17*, 7–17.

Atkinson, S., & Atkinson, T. (1983). Puerperal Psychosis - a Personal Experience. Part 1. Through a Husband's Eyes. Part 2. Through a Patient's Eyes. *Health Visitor*, *56*(1), 17–19. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6550037 kaynağından alınmıştır.

Bagby, R. M., Quilty, L. C., & Ryder, A. C. (2008). Personality and Depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *53*(1), 14–25. https://doi.org/10.1177/070674370805300104

Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Goldberg, D., Magruder, K. M., … Wittchen, H. U. (1999). Consensus Statement on the Primary Care Management of Depression from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*, 54–61. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10326875 kaynağından alınmıştır.

Barone, D. F., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (Eds.). (1998). *Advanced Personality*. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8580-4

Beck, C. T. (1995). The Effects of Postpartum Depression on Maternal-Infant Interaction. *Nursing Research*, *44*(5), 298–305. https://doi.org/10.1097/00006199-199509000-00007

Beck, C. T. (2001). Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research*, Vol. 50, pp. 275–285. https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4824

Berens, L. V. (1999). *Sixteen Personality Types: Descriptions for Self-Discovery*. California: Telos Publications.

Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and Depressive Disorders and the Five-Factor Model of Personality: A Higher- and Lower-Order Personality Trait Investigation in a Community Sample. *Depression and Anxiety*, *20*(2), 92–97. https://doi.org/10.1002/da.20026

Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2005). Risk Factors Associated with the Development of Postpartum Mood Disorders. *Journal of Affective Disorders*, *88*(1), 9–18. https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.04.007

Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of Gonadal Steroids in Women with a History of Postpartum Depression. *American Journal of Psychiatry*, *157*(6), 924–930. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.924

Boath, E. H., Pryce, A. J., & Cox, J. L. (1998). Postnatal Depression: The Impact on the Family. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *16*(2–3), 199–203. https://doi.org/10.1080/02646839808404568

Bore, M., Ashley-Brown, G., Gallagher, E., & Powis, D. A. (2008). Personality & the Prevalence of Psychiatric Symptoms in Medicine & Psychology Students. In S. Boag (Ed.), *Personality Down Under: Perspectives from Australia.* New York: Nova Science Publishers Inc.

Bowen, A., Bowen, R., Butt, P., Rahman, K., & Muhajarine, N. (2012). Patterns of Depression and Treatment in Pregnant and Postpartum Women. *Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(3), 161–167. https://doi.org/10.1177/070674371205700305

Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M., & Smith, F. (1991). Personality as a Vulnerability Factor to Depression. *British Journal of Psychiatry*, *159*(JUL), 106–114. https://doi.org/10.1192/bjp.159.1.106

Brandes, M., Soares, C. N., & Cohen, L. S. (2004). Postpartum Onset Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *Archives of Women's Mental Health*, *7*(2), 99–110. https://doi.org/10.1007/s00737-003-0035-3

Brockington, I. (2004). Postpartum Psychiatric Disorders. *Lancet*, *363*, 303–310. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15390-1

Bunevicius, A., Katkute, A., & Bunevicius, R. (2008). Symptoms of Anxiety and Depression in Medical Students and in Humanities Students: Relationship with Big-Five Personality Dimensions and Vulnerability to Stress. *International Journal of Social Psychiatry*, *54*(6), 494–501. https://doi.org/10.1177/0020764008090843

Burger, J. M. (2015). *Personality* (10. Baskı). Boston: Cengage Learning.

Cho, H. J., Kwon, J. H., & Lee, J. J. (2008). Antenatal Cognitive-Behavioral Therapy for Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Study. *Yonsei Medical Journal*, *49*(4), 553–562. https://doi.org/10.3349/ymj.2008.49.4.553

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational Factors in Psychopathological Responses to Childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *27*(2), 91–97. https://doi.org/10.1080/01674820600714566

Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for Postpartum Depression: A Preliminary Report. *American Journal of Orthopsychiatry*, *73*(4), 441–454. https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.4.441

Cloninger, S. C. (2003). *Theories of Personality - Understanding Persons* (4. Baskı). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Cooklin, A. R., Giallo, R., D'Esposito, F., Crawford, S., & Nicholson, J. M. (2013). Postpartum Maternal Separation Anxiety, Overprotective Parenting, and Children's Social-Emotional Well-Being: Longitudinal Evidence from an Australian Cohort. *Journal of Family Psychology*, *27*(4), 618–628. https://doi.org/10.1037/a0033332

Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled Trial of the Short and Long-Term Effect of Psychological Rreatment of Post-Partum Depression. I. Impact on Maternal Mood. *British Journal of Psychiatry*, *182*(MAY), 412–419. https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.412

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1997). Personality Trait Structures as a Human Universal. *American Psychologist*, *52*(5), 509–516. https://doi.org/10.1002/0471142735.im1803s100

Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and Psychological Interventions for Preventing Postpartum Depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Makale No:*(2). https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3

Dennis, C. L., & Hodnett, E. D. (2007). Psychosocial and Psychological Interventions for Treating Postpartum Depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Makale No:*(4). https://doi.org/10.1002/14651858.CD006116.pub2

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An Introductory Report. *Psychological Medicine*, *13*(3), 595–605. https://doi.org/10.1017/S0033291700048017

Digman, J. M. (1990). Personality Structure Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*, *41*, 417–440.

Durukan, E., İlhan, M. N., Bumin, M. A., & Aycan, S. (2011). 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*, *28*(4), 385–393. https://doi.org/10.5174/tutfd.2010.04117.3

Ebstrup, J. F., Eplov, L. F., Pisinger, C., & Jørgensen, T. (2011). Association between the Five Factor Personality Traits and Perceived Stress: Is the Effect Mediated by General Self-Efficacy? *Anxiety, Stress and Coping*, *24*(4), 407–419. https://doi.org/10.1080/10615806.2010.540012

Ehlert, U., Patalla, U., Kirschbaum, C., Piedmont, E., & Hellhammer, D. H. (1990). Postpartum Blues: Salivary Cortisol and Psychological Factors. *Journal of Psychosomatic Research*, *34*(3), 319–325. https://doi.org/10.1016/0022-3999(90)90088-L

Erdem, Ö., Erten-Bucaktepe, G., Özen, Ş., & Kara, İ. H. (2010). Prepartum ve Postpartum Dönemde Annelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi*, *12*(3), 24–31.

Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., Tedesco, J. J. A., Kahalle, S., & Zugaib, M. (2008). Maternity "Blues": Prevalence and Risk Factors. *The Spanish Journal of Psychology*, *11*(2), 593–599. https://doi.org/10.1017/s1138741600004595

Fallon, V., Groves, R., Halford, J., Grovenor, C., Bennett, K. M., & Harrold, J. A. (2016). Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Human Lactation*, *32*(4), 740–758. https://doi.org/10.1177/0890334416662241

Feksi, A., Harris, B., Walker, R. F., Riad-Fahmy, D., & Newcombe, R. G. (1984). "Maternity Blues" and Hormone Levels in Saliva. *Journal of Affective Disorders*, *6*(3–4), 351–355. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(84)80013-0

Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(9), 919–927. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b21651

Focht, A., & Kellner, C. H. (2012). Electroconvulsive Therapy (ECT) in the Treatment of Postpartum Psychosis. *Journal of Electroconvulsive Therapy*, *28*(1), 31–33. https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3182315aa8

Forray, A., Focseneanu, M., Pittman, B., McDougle, C. J., & Epperson, C. N. (2010). Onset and Exacerbation of Obsessive-Compulsive Disorder in Pregnancy and the Postpartum Period. *Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(8), 1061–1068. https://doi.org/10.4088/JCP.09m05381blu

Friedman, S. H. (2015). Postpartum Psychosis. In A. Jamieson & A. Moenssens (Eds.), *Wiley Encyclopedia of Forensic Science* (pp. 1–6). https://doi.org/10.1002/9780470061589.fsa294.pub3

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, *23*(3), 141–149.

https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation and Emotional Problems. *Personality and Individual Difference*, *30*, 1311–1327. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the Use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (pp. 1–47). pp. 1–47. Leiden: Leiden University.

Garthus-Niegel, S., Von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The Impact of Subjective Birth Experiences on Post-Traumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Study. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(1), 1–10. https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics and Gynecology*, *106*(5), 1071–1083.

George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step : A Simple Guide and Reference, 17.0 Update* (10., Ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Ghaderi, A., & Scott, B. (2000). The Big Five and Eating Disorders: A Prospective Study in the General Population. *European Journal of Personality*, *14*, 311–323. https://doi.org/10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<311::AID-PER378>3.0.CO;2-8

Goldberg, L. R. (1992). The Development of Markers for the Big-Five Factor Structure. *Psychological Assessment, Vol. 4*(1), 26–42.

Goodwin, R. D., & Gotlib, I. H. (2004). Gender Differences in Depression: The Role of Personality Factors. *Psychiatry Research*, *126*(2), 135–142. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.12.024

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(5), 389–401. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271–299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Gross, J. J. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and Emprical Foundations. In *Handbook of Emotion Regulation* (2nd ed., pp. 3–7). New York: Guilford Press.

Haga, S. M., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T. B., & Staff, A. (2012). A Longitudinal Study of Postpartum Depressive Symptoms: Multilevel Growth Curve Analyses of Emotion Regulation Strategies, Breastfeeding Self-Efficacy, and Social Support. *Archives of Women's Mental Health*, *15*(3), 175–184. https://doi.org/10.1007/s00737-012-0274-2

Harris, B., Lovett, L., Newcombe, R. G., Read, G. F., Walker, R., & Riad-Fahmy, D. (1994). Maternity Blues and Major Endocrine Changes: Cardiff Puerperal Mood and Hormone Study II. *BMJ*, *308*(6934), 949. https://doi.org/10.1136/bmj.308.6934.949

Hassani, J., Azadfallah, P., Tabatabaie, S. K. R., & Ashayeri, H. (2009). The Assessment of Cognitive Emotion Regulation Strategies According to Neuroticism and Extraversion Personality Dimensions. *Advances in Cognitive Science*, *10*(4), 1–13.

Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal Blues: A Risk Factor for Postnatal Depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *25*(3–4), 267–272. https://doi.org/10.1080/01674820400024414

Hock, E., & Schirtzinger, M. B. (1992). Maternal Separation Anxiety: Its Developmental Course and Relation to Maternal Mental Health. *Child Development*, *63*(1), 93–102. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb03598.x

Holopainen, D. (2002). The Experience of Seeking Help for Postnatal Depression. *The Australian Journal of Advanced Nursing : A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, *19*(3), 39–44. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12002628 kaynağından alınmıştır.

Huang, M. C., Wang, Y. B., & Chan, C. H. (2008). Estrogen-Progesterone Combination for Treatment-Refractory Post-Partum Mania. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *62*(1), 126. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01782.x

Iles, S., Gath, D., & Kennerley, H. (1989). Maternity Blues. II. A Comparison Between Post-Operative Women and Post-Natal Women. *British Journal of Psychiatry*, *155*, 363–366. https://doi.org/10.1192/bjp.155.3.363

Iliadis, S. I., Koulouris, P., Gingnell, M., Sylvén, S. M., Sundström-Poromaa, I., Ekselius, L., … Skalkidou, A. (2015). Personality and Risk for Postpartum Depressive Symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(3), 539–546. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0478-8

Jennings, K. D., Ross, S., Popper, S., & Elmore, M. (1999). Thoughts of Harming Infants in Depressed and non-Depressed Mothers. *Journal of Affective Disorders*, *54*(1–2), 21–28. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00185-2

John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *Big Five Inventory (BFI). The Big Five Inventory--Versions 4a and 54*. https://www.ocf.berkeley.edu/~johnlab/bfi.php kaynağından alınmıştır.

John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm Shift to The Integrative Big Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Conceptual Issues. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of Personality Theory and Research* (3., pp. 114–158). New York: Guilford Press.

Jones, I., & Craddock, N. (2001). Familiality of the Puerperal Trigger in Bipolar Disorder:

Results of a Family Study. *American Journal of Psychiatry*, *158*(6), 913–917. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.913

Joormann, J., Yoon, K. L., & Siemer, M. (2010). Chapter 8: Cognition and Emotion Regulation. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 174–203). https://doi.org/10.1080/16506073.2010.524747

Karaman, N. G., Doğan, T., & Çoban, A. E. (2010). A Study to Adapt the Big Five Inventory to Turkish. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, *2*, 2357–2359. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.336

Katon, W., Russo, J., & Gavin, A. (2014). Predictors of Postpartum Depression. *Journal of Women's Health*, *23*(9), 753–759. https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4824

Kelland, M. D. (2015). *Personality Theory in a Cultural Context*.

Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of Puerperal Psychoses. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 662–673. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)47286-7

Kim, J. H., Choi, S. S., & Ha, K. (2008). A Closer Look at Depression in Mothers who Kill Their children: Is it Unipolar or Bipolar Depression? *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(10), 1625–1631. https://doi.org/10.4088/JCP.v69n1013

Kırpınar, İ., Gözüm, S., & Pasinlioğlu, T. (2010). Prospective Study of Postpartum Depression in Eastern Turkey Prevalence, Socio-Demographic and Obstetric Correlates, Prenatal Anxiety and Early Awareness. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(3–4), 422–431. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03046.x

Kırpınar, İ., Öztürk-Tepeli, I., Gözüm, S., & Pasinlioğlu, T. (2012). Erzurum İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyonlarının Sıklık ve Yaygınlığı ile DSM-IV Tanısal Dağılımı: İleriye Dönük Bir Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *13*(1), 16–23.

Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Kovács, V., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Differential Relationships in the Association of the Big Five Personality Traits with Positive Mental Health and Psychopathology. *Journal of Research in Personality*, *46*, 517–524. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.05.012

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion & Adaptation*. New York: Oxford University Press.

Leblebicioğlu, M. (2018). *Algılanan Stres, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Yeme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Maltepe Üniversitesi.

Lichtenberg, P., Navon, R., Wertman, E., Dasberg, H., & Lerer, B. (1988). Post-Partum Psychosis in Adult GM 2 Gangliosidosis. *British Journal of Psychiatry*, *153*(3), 387–389. https://doi.org/10.1192/bjp.153.3.387

Lorenzo-Veigas, A. M., & Soto-González, M. (2003). Risk Factors for Postpartum Depression. In *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions* (pp. 11–70). https://doi.org/10.1016/j.ft.2013.07.001

Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The Relationship Between the Five-Factor Model of Personality and Symptoms of Clinical Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *27*(2), 101–114. https://doi.org/10.1007/s10862-005-5384-y

Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive Emotion Regulation in the Prediction of Depression, Anxiety, Stress, and Anger. *Personality and Individual Differences*, *39*(7), 1249–1260. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004

Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing Postpartum Depression in Mothers and Fathers: Whatever Happened to Anxiety? *Journal of Affective Disorders*, *74*(2), 139–147. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00012-5

Mauss, I. B., McCarter, L., Levenson, R. W., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The Tie That Binds? Coherence Among Emotion Experience, Behavior, and Physiology. *Emotion*, *5*(2), 175–190. https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.2.175

Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression Symptom Prevalence and Demographic Risk Factors Among U.S. Women During the First 2 Years Postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nurses*, *36*(6), 542–549. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00191.x

McLeod, S. A. (2019). Nomothetic Idiographic Debate The Nomothetic Approach The Idiographic Approach. https://www.simplypsychology.org/nomothetic-idiographic.html kaynağından alınmıştır.

Miniati, M., Callari, A., Calugi, S., Rucci, P., Savino, M., Mauri, M., & Dell'Osso, L. (2014). Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression: A Systematic Review. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(4), 257–268. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0442-7

Mischel, W., & Shoda, Y. (2008). Toward a Unified Theory of Personality. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of Personality* (3., pp. 208–241). New York: The Guilford Press.

Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B., & Owen, C. (2010). A Randomised Control Trial for the Effectiveness of Group Interpersonal Psychotherapy for Postnatal Depression. *Archives of Women's Mental Health*, *13*(2), 125–139. https://doi.org/10.1007/s00737-009-0101-6

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New Parents and Mental Disorders: A Population-Based Register Study. *Journal of the American Medical Association*, *296*(21), 2582–2589. https://doi.org/10.1001/jama.296.21.2582

Naderi, Y., Moradi, A. R., Hasani, J., & Noohi, S. (2015). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies of Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder Veterans. *Quarterly of Iranian Journal of War & Public Health*, *7*(3), 147–155.

Naragon-Gainey, K., Watson, D., & Markon, K. E. (2009). Supplemental Material for Differential Relations of Depression and Social Anxiety Symptoms to the Facets of Extraversion/Positive Emotionality. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(2), 299–310. https://doi.org/10.1037/a0015637.supp

Newport, D. J., Hostetter, A., Arnold, A., & Stowe, Z. N. (2002). The Treatment of Postpartum Depression: Minimizing Infant Exposures. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(7), 31–44.

O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective Study of Postpartum Blues: Biologic and Psychosocial Factors. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 48, pp. 801–806. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330025004

Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Rosie, J. S. (2003). NEO-Five Factor Personality Traits as Predictors of Response to Two Forms of Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, *53*(4), 417–442. https://doi.org/10.1521/ijgp.53.4.417.42832

Onat, O., & Otrar, M. (2010). Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 31*, 123–143. http://dspace.marmara.edu.tr/bitstream/handle/11424/961/853-1654-1-SM.pdf?sequence=1 kaynağından alınmıştır.

Onoye, J. M., Goebert, D., Morland, L., Matsu, C., & Wright, T. (2009). PTSD and Postpartum Mental Health in a Sample of Caucasian, Asian, and Pacific Islander Women. *Archives of Women's Mental Health*, *12*(6), 393–400. https://doi.org/10.1007/s00737-009-0087-0

Özdemir, O., Özdemir, P. G., Kadak, M. T., & Nasıroğlu, S. (2012). Kişilik Gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4*(4), 566–589. https://doi.org/10.5455/cap.20120433

Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The Effect of Post-Natal Symptoms of Post-Traumatic Stress and Depression on the Couple's Relationship and Parent-Baby Bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(2), 127–142. https://doi.org/10.1080/02646830802350831

Podolska, M. Z., Bidzan, M., Majkowicz, M., Podolski, J., Sipak-Szmigiel, O., & Ronin-Walknowska, E. (2010). Personality Traits Assessed by the NEO Five-Factor İnventory (NEO-FFI) as Part of the Perinatal Depression Screening Program. *Case Reports and Clinical Practice Review*, *16*(9), 77–81.

Reck, C., Noe, D., Gerstenlauer, J., & Stehle, E. (2012). Effects of Postpartum Anxiety

Disorders and Depression on Maternal Self-Confidence. *Infant Behavior and Development*, *35*(2), 264–272. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.12.005

Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum Depression and Mother-Infant Relationship at 3 Months Old. *Journal of Affective Disorders*, *70*(3), 291–306. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00367-6

Roman, M., Bostan, C. M., Diaconu-Gherasim, L. R., & Constantin, T. (2019a). Personality Traits and Postnatal Depression: The Mediated Role of Postnatal Anxiety and Moderated Role of Type of Birth. *Frontiers in Psychology*, *10*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01625

Roman, M., Bostan, C. M., Diaconu-Gherasim, L. R., & Constantin, T. (2019b). Personality Traits and Postnatal Depression: The Mediated role of Postnatal Anxiety and Moderated Role of Type of Birth. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1–14. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01625

Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of Obsessive-Compulsive Disorder in Pregnant and Postpartum Women: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(4), 377–385. https://doi.org/10.4088/JCP.12r07917

Şahin, H. N., & Durak, A. (1994). Kısa Semprom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk Gençleri için Uyarlanması. *Türk Psikloji Dergisi*, Vol. 9, pp. 44–56.

Sevinç, K. (2019). Freudyen Psikolojide Bilinçaltı ve Bilinçdışı Kavramları Arasındaki Benzerlikler ve Farklılıklar. *Kilitbahit*, *15*, 125–158.

Sina, E. M., & Jalil, D. (2016). *The Effectiveness of Cognitıve-Behavıoral Group Therapy on Emotional Regulation of Divorced Women*. https://www.sid.ir/en/seminar/ViewPaper.aspx?id=8164 kaynağından alınmıştır.

Sit, D., Rothschild, A. J., & Wisner, K. L. (2006). A Review of Postpartum Psychosis. *Journal of Women's Health*, *15*(4), 352–368. https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.352

Song, Y., Sun, H., Song, R., Wu, Y., & Qi, F. (2010). The Impact of Personality and Coping Style on Postpartum Depression. *Western Pacific Region Index Medicus*, *19*(11), 994–995. https://doi.org/10.3760/CMA.J.ISSN.1674-6554.2010.11.013

Spinelli, M. G. (2009). Postpartum Psychosis: Detection of Risk and Management. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 166, pp. 405–408. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08121899

Stewart, D. E., Klompenhouwer, J. L., Kendell, R. E., & Van Hulst, A. M. (1991). Prophylactic Lithium in Puerperal Psychosis; The Experience of Three Centres. *British Journal of Psychiatry*, *158*(MAR.), 393–397. https://doi.org/10.1192/bjp.158.3.393

Sved-Williams, A. E. (1992). Phobic Reactions of Mothers to Their Own Babies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 26, pp. 631–638. https://doi.org/10.3109/00048679209072099

Taymur, İ., & Türkçapar, M. H. (2012). Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *4*(2), 154–177. https://doi.org/10.5455/cap.20120410

Thompson, R. A. (1991). Emotional Regulation and Emotional Development. *Educational Psychology Review*, *3*(4), 269–307. https://doi.org/1040-726X/91/1200-0269506.50/

Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*(2–3), 25–52. https://doi.org/10.2307/1166137

Tietz, A., Zietlow, A. L., & Reck, C. (2014). Maternal Bonding in Mothers with Postpartum Anxiety Disorder: the Crucial Role of Subclinical Depressive Symptoms and Maternal Avoidance Behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(5), 433–442. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0423-x

Trapnell, P. D., & Wiggins, J. S. (1990). Extension of the Interpersonal Adjective Scales to Include the Big Five Dimensions of Personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(4), 781–790.

Turner, K. M., Chew-Graham, C., Folkes, L., & Sharp, D. (2010). Women's Experiences of Health Visitor Delivered Listening Visits as a Treatment for Postnatal Depression: A Qualitative Study. *Patient Education and Counseling*, *78*(2), 234–239. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.05.022

Udovičić, S. (2014). Big Five Personality Traits and Social Support as Predictors of Postpartum Depression. *Journal of European Psychology Students*, *5*(3), 66–73. https://doi.org/10.5334/jeps.ck

Uguz, F., Akman, C., Kaya, N., & Cilli, A. S. (2007). Postpartum-Onset Obsessive-Compulsive Disorder: Incidence, Clinical Features, and Related Factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(1), 132–138. https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0118

Upadhyaya, S. K., Sharma, A., & Raval, C. M. (2014). Postpartum Psychosis: Risk Factors Identification. *North American Journal of Medical Sciences*, *6*(6), 35–38. https://doi.org/10.4103/1947-2714.134373

van Dijk, S. D. M., Hanssen, D., Naarding, P., Lucassen, P., Comijs, H., & Oude Voshaar, R. (2016). Big Five Personality Traits and Medically Unexplained Symptoms in Later Life. *European Psychiatry*, *38*, 23–30. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.05.002

Van Straten, A., Cuijpers, P., Van Zuuren, F. J., Smits, N., & Donker, M. (2007). Personality Traits and Health-Related Quality of Life in Patients with Mood and Anxiety Disorders. *Quality of Life Research*, *16*(1), 1–8. https://doi.org/10.1007/s11136-006-9124-x

Verkerk, G. J. M., Denollet, J., Van Heck, G. L., Van Son, M. J. M., & Pop, V. J. M. (2005). Personality Factors as Determinants of Depression in Postpartum Women: A Prospective 1-year Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine*, *67*(4), 632–637. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000170832.14718.98

Weightman, H., Dalal, B. M., & Brockington, I. F. (1998). Pathological Fear of Cot Death. *Psychopathology*, *31*(5), 246–249. https://doi.org/10.1159/000029046

Weinstock, L. M., & Whisman, M. A. (2006). Neuroticism as a Common Feature of the Depressive and Anxiety Disorders: A Test of the Revised Integrative Hierarchical Model in a National Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*(1), 68–74. https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.1.68

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Robinson, K. (2003). Prevalence of Generalized Anxiety at Eight Weeks Postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, *6*(1), 43–49. https://doi.org/10.1007/s00737-002-0154-2

Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing Postpartum Depression: Review and Recommendations. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(1), 41–60. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0475-y

Wesseloo, R., Kamperman, A. M., Munk-Olsen, T., Pop, V. J. M., Kushner, S. A., & Bergink, V. (2016). Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *173*(2), 117–127. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15010124

Westen, D., Gabbard, G. O., & Ortigo, K. M. (2008). Psychoanalytic Approaches to Personality. In *Handbook of Personality* (3., pp. 61–113). New York: Guilford Pres.

Wisner, K. L., Perel, J. M., Peindl, K. S., Hanusa, B. H., Piontek, C. M., & Findling, R. L. (2004). Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry*, *161*(7), 1290–1292. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1290

Wisner, K. L., & Wheeler, S. B. (1994). Prevention of Recurrent Postpartum Major Depression. *Hospital and Community Psychiatry*, *45*(12), 1191–1196. https://doi.org/10.1176/ps.45.12.1191

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Montenegro, A. C., Paes, J. A., de Albuquerque, T. L. C., & Sougey, E. B. (2009). Postpartum Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence and Clinical Characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(6), 503–509. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2008.11.014

Zlomke, K. R., & Hahn, K. S. (2010). Cognitive Emotion Regulation Strategies: Gender Differences and Associations to Worry. *Personality and Individual Differences*, *48*, 408–413. https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.007