T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

DUYGUSAL ÖZGÜRLÜK TEKNİKLERİ (EFT)'NİN POSTPARTUM DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

NERİMAN GÜDÜCÜ

DANIŞMAN
PROF. DR. NESLİHAN ÖZCAN

EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK PROGRAMI

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI

(Bu sayfa yerine, başarılı geçen Tez Sınavı sonrası sınav tutanağı ekinde yer alan Tez Onay sayfası gelecektir.)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Neriman GÜDÜCÜ

(İmza)

İTHAF

En kıymetlim, canım kızım DEFNE'ye ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın, yüksek lisans ve doktora eğitimimin her aşamasında desteğini, yardımını ve bilgilerini esirgemeyen, her zaman pozitif ve anlayışlı yaklaşımıyla beni yönlendiren, daima teşvik eden ve özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof..Dr. Neslihan KESER ÖZCAN'a,

Doktora eğitimimin her aşamasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Ebelik Bölüm Başkanı değerli hocam Prof. Dr. Gülümser DOLGUN'a ve Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki tüm hocalarıma,

Tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Melike DİŞSİZ ve Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ'a,

Bu süreçte bana her türlü destek ve yardımda bulunan Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tez çalışmamın yapılabilmesinde gerekli izni veren, değerli katkılarını ve desteklerini esirgemeyen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Fahri ÖÇER'e,

Tez çalışmamın uygulama aşamasında yardımları ve destekleri için, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniği ebelerine,

Hayatım boyunca beni destekleyen, sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen annem, babam ve eşim Oğuzhan GÜDÜCÜ'ye çok teşekkür ederim.

İÇINDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇINDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Xİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... XİV
ÖZET ..... XVİ
ABSTRACT ..... XVİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 7
2.1. Postpartum Dönem 7
2.1.1. Postpartum Dönemde Ruhsal Değişimler 8
2.1.2. Postpartum Dönem ve Ruh Sağlığı Tarihi 8
2.1.3. Postpartum Duygusal Bozukluklar 9
2.1.3.1. Annelik Hüznü (Maternity Blues, Postpartum Blues) 10
2.1.3.2. Postpartum Psikoz 11
2.1.3.3. Postpartum Depresyon (PPD) 13
2.1.3.3.1. Postpartum Depresyonu Tanılamada Kullanılan Araçlar 14
2.1.3.3.2. Postpartum Depresyon Prevalansı 16
2.1.3.3.3. Postpartum Depresyon Risk Faktörleri 18
2.1.3.3.4. Postpartum Depresyon Patofizyolojisi 19
2.1.3.3.5. Postpartum Depresyon Klinik Özellikleri 22
2.1.3.3.6. Postpartum Depresyonun Anne ve Fetüse Etkileri 23
2.1.3.3.7. Postpartum Depresyon Önlenmesi, Tedavisi ve Yönetimi 24
2.2. Enerji Psikolojisi (EP) 39
2.3. Duygusal Özgürlük Tekniği (EFT) 41
2.3.1. EFT'nin Tarihi ve Gelişimi 42
2.3.2. EFT'nin Nörofizyolojisi ve Etki Mekanizması 44
2.3.3. EFT Tekniği 50

2.3.4. EFT Uygulama Protokolleri 54
2.3.4.1. EFT Öykü Protokolü 54
2.3.4.2. EFT Beden Protokolü 55
2.3.4.3. Dikkate Dayalı EFT Protokolü 56
2.3.4.4. EFT Serbest Akış Protokolü 57
2.3.4.5. Başkasının Yerine EFT protokolü 57
2.3.5. EFT'nin Kullanım Alanları 58
2.4. Postpartum Depresyonun Önlenmesinde ve Postpartum Depresyon Sürecinde Ebenin Rolü 61
3. GEREÇ VE YÖNTEM 65
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı 65
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 65
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi 66
3.3.1. Örneklem Seçimi 66
3.3.2. Çalışmaya Alınma Ölçütleri (Uygulama ve kontrol grupları için): 70
3.3.3. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri (Uygulama ve kontrol grupları için: 70
3.3.4. Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri (Uygulama ve kontrol grupları için): 70
3.3.5. Araştırmanın hipotezleri; 70
3.3.6. Araştırmanın Değişkenleri 71
3.4. Veri Toplama Araçları 71
3.4.1. Gebeler İçin Hazırlanan Bilgi Formu 71
3.4.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) 72
3.4.3. Yaşam Olayları Listesi 72
3.4.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) 73
3.4.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) 74
3.4.6. SUE (Subjective Units of Experience) (Subjektif Deneyim Birimi) Skalası .. 75
3.4.7. Doğum Sonrası Görüşme Formu 76
3.5. Verilerin Toplanması 77
3.5.1. Araştırmacının Ön Hazırlığı 77
3.5.2. Yaşam Olayları Listesinin Oluşturulması 78
3.5.3. Uygulama Basamakları 78
3.5.3.1. Bilgilendirme 78
3.5.3.2. Grupların Oluşturulması 78

3.5.3.3. Uygulama 79
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi 82
3.7. Araştırmanın Yasal ve Etik Yönleri 83
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri 84
3.9. Araştırmada Veri Toplama Sırasında Karşılaşılan Güçlükler 84
4. BULGULAR 86
4.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 87
4.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 89
4.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Psikososyal Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 90
4.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Ölçek Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 92
4.4.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 92
4.4.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 93
4.4.2.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 94
4.4.2.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 95
4.4.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Alt Boyutlarına Ait Puanların Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 97
4.4.3.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 97
4.4.3.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin SBÇTÖ İyimser Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 99

4.4.3.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin SBÇTÖ Sosyal Desteğe Başvurma Alt Boyutu Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 101
4.4.3.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin SBÇTÖ Çaresiz Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 103
4.4.3.5. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin SBÇTÖ Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 104
4.4.3.6. Deney Grubundaki Gebelerin SUE (Subjektif Deneyim Birimi) Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 106
4.5. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular 107
4.6. Deney Grubundaki Gebelerin EPDÖ Puan Ortalamaları ve SUE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular 110
4.7. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerde STAI ve SBÇTÖ (Düzeyinin) Alt Boyutları Puan Toplamlarının Depresyon Üzerindeki Etkisi 111
4.7.1. EFT Uygulaması Öncesi Gebelerde STAI ve SBÇTÖ (Düzeyinin) Alt Boyutları Puan Toplamlarının Depresyon Üzerindeki Etkisi 111
4.8. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel ve Psikososyal Özellikleri ile EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ... 113
4.9. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Postpartum Dönem Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 120
5. TARTIŞMA 123
5.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 124
5.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 126
5.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Psikososyal Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 127
5.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Ölçek Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 129
5.5. Deney Grubundaki Gebelerin EPDÖ Puanı ve SUE Puanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması 136

5.6. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması 137
5.7. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerde STAI ve SBÇTÖ (Düzeyinin) Alt Boyutları Puan Toplamlarının Depresyon Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması 140
5.8. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyodemografik ve Psikososyal Özellikleri ile EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması 142
5.9. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Postpartum Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 145
KAYNAKLAR 152
FORMLAR 195
EK 14: ETİK KURUL KARARI 218
EK 15: KURUM İZNİ 219
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 224
ÖZGEÇMİŞ 225

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Postpartum Duygusal Bozukluklar: Başlangıç, Süre ve Tedavi Özeti.....13
Tablo 2-2: EFT'nin Kullanım Alanlarına Ait Yapılmış Çalışmalar 59
Tablo 3-2: Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....83
Tablo 4-1: Gebelerin Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılması 88
Tablo 4-2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması 89
Tablo 4-3: Gebelerin Psikososyal Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması 91
Tablo 4-4: Gebelerin EPDÖ Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı 92
Tablo 4-5: Gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı 94
Tablo 4-6: Gebelerin Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı 96
Tablo 4-7: Gebelerin SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı 98
Tablo 4-8: Gebelerin SBÇTÖ İyimser Yaklaşım Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı 100
Tablo 4-9: Gebelerin SBÇTÖ Sosyal Desteğe Başvurma Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı 101
Tablo 4-10: Gebelerin SBÇTÖ Çaresiz Yaklaşım Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı 103
Tablo 4-11: Gebelerin SBÇTÖ Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı 105
Tablo 4-12: Gebelerin SUE (Subjektif Deneyim Birimi) Skalası Puanlarının Dönemlere Göre Karşılaştırması 106
Tablo 4-13: Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki.....108
Tablo 4-14: Deney Grubundaki Gebelerin EPDÖ Puan Ortalamaları ve SUE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....110
Tablo 4-15: Regresyonun ANOVA (Varyans Analizi) Tablosu.....111
Tablo 4-16: Model Katsayılar Tablosu 111
Tablo 4-17: Model Açıklayıcılığı Tablosu 112

Tablo 4-18: Gebelerin Çalışma Durumu İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 113
Tablo 4-19: Gebelerde Aile Öyküsünde Depresyon Bulunma Durumu İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 114
Tablo 4-20: Gebelerin Eş İlişkileri İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 115
Tablo 4-21: Gebelerin Eşlerinin Destek Olma Durumu İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamlarının Karşılaştırılması 116
Tablo 4-22: Gebelerin Kendi Aileleriyle Olan İlişkileri İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamlarının Karşılaştırılması 118
Tablo 4-23: Gebelerin Eşlerinin Aileleriyle Olan İlişkileri İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamlarının Karşılaştırılması 119
Tablo 4-24: Grupların Postpartum Döneme İlişkin Özellikleri 121

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1: CONSORT-SPI 2018 Akış Şeması (http://www.consort-statement.org/).....68
Şekil 3-2: Araştırma Akış Şeması.....69
Şekil 2-2: SUE Skalası.....76

Grafik 4-1: Gebelerin EPDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri.....93
Grafik 4-2: Gebelerin DKÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri.....95
Grafik 4-3: Gebelerin Sürekli Kaygı Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri.....97
Grafik 4-4: Gebelerin SBÇTÖ-Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri 99
Grafik 4-5: Gebelerin SBÇTÖ- İyimser Yaklaşım Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri 101
Grafik 4-6: Gebelerin SBÇTÖ- Sosyal Desteğe Başvurma Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri 102
Grafik 4-7: Gebelerin SBÇTÖ-Çaresiz Yaklaşım Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri 104
Grafik 4-8: Gebelerin SBÇTÖ- Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri 106

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG: Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists)

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

APA: Amerikam Psikiyatri Birliği (American Psychological Association)

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BORDEPTA: Boratav Depresyon Tarama Ölçeği

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention)

CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale)

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials (Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar)

CRF: Kortikotropin Salıcı Faktör (Corticotropin Releasing Hormone)

DDTÖ: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği

DHA: Dokosaheksaenoik asit

DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

EEG: Elektroensefalografi

EFT: Duygusal Özgürlük Teknikleri (Emotional Freedom Techniques)

EPA: Eikosapentanoik asit

EPDÖ: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

EKT: Elektro Konvülsif Tedavi

FFF: Savaş, Kaç ya da Donakal (Flight/Flight/Freeze)

fMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans

GABA: Gamma Amino Bütirik Asit

GSA: Genel Sağlık Anketi

HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

ICD: Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

KİPT: Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi

MADÖ: Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği

NICE: Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence)

NLP: Duyu Dil Programları (Neuro Linguistic Pramming)

NST: Nonstress Test

PHQ: Hasta Sağlık Anketi (The Patient Health Questionnaire)

PPD: Postpartum Depresyon

SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Science

STAI: Durumluk/Sürekli Kaygı (Anksiyete) Ölçeği

SUE: Subjektif Deneyim Birimi (Subjective Units of Experience)

TBG: Tiroksin Bağlayıcı Hormon

TFT: Düşünce Alanı Terapisi (Thought Field Theraphy)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ZKDDÖ: Zung Kendini Derecelendirme Depresyon Ölçeği

ÖZET

Güdücü, N. (2020). Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT)'nin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT)'nin postpartum depresyon üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yürütülen bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniği'nde 15.04.2018-15.07.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Deney ve kontrol gruplarına toplam 140 depresyon riski olan gebe alınmış, deney grubuna EFT seansları uygulanmış, kontrol grubuna ise rutin ebelik bakımı verilerek gebelik, doğum ve postpartum süreç hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Uygulama başlangıcında, son seans bitiminde, seansların bitiminden 3 ve 6 ay sonra her iki grup için değerlendirme gerçekleştirilmiştir. Veri toplamada Gebeler İçin Anket Formu, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ), Yaşam Olayları Listesi, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI) ve Doğum Sonrası Görüşme Formu kullanılmıştır.

Deney grubunda; EPDÖ, SBÇTÖ çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları, durumluk ve sürekli kaygı puanlarında zaman içinde görülen düşme istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,01$). SBÇTÖ kendine güven, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma alt boyutlarında zaman içinde görülen artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,01$).

Sonuç olarak, depresyon riski yüksek olan gebelere uygulanan EFT (Emotional Freedom Techniques), gebelikte ve postpartum dönemde depresyon riskini ve kaygıyı azaltmakta, stresle başa çıkmada aktif tarzların (sosyal desteğe başvurma, iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım) kullanımının artmasını sağlamakta ve azalarak da olsa uzun dönemli bir koruma sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Postpartum depresyon, kaygı, emotional freedom techniques (EFT), başa çıkma, ebelik, stres

ABSTRACT

Güdücü, N. (2020). The Effect of Emotional Freedom Techniques (EFT) on Postpartum Depression. Istanbul University-Cerrahpasa Institute of Graduate Studies, Midwifery Department. Doctoral Dissertation. Istanbul.

The current randomized controlled experimental study to determine the effect of Emotional Freedom Techniques (EFT) on postpartum depression was conducted in the Pregnancy Outpatient Clinic of Istanbul University Cerrahpasa Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynaecology between April 15, 2018 and July 15, 2019. A total of 140 pregnant women at risk of depression were taken into experimental and control groups, and EFT sessions were applied to the experimental group. In the control group, routine midwifery care was given, and the group was informed of pregnancy, birth and postpartum process. The evaluation was carried out for both groups at the beginning of the application, at the end of the last session, in addition, three and six months after the end of the sessions. Survey Form for Pregnant Women, Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), Life Events List, Stress Coping Styles Scale (SCSS), The State and Trait Anxiety Inventory (STAI) and Postpartum Interview Form were used to collect data.

The decrease of helpless behaviour and submissive behaviour sub-dimensions, state and trait anxiety scores in Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and Stress Coping Styles Scale (SCSS) over time was found to be statistically significant in the experimental group ($p < 0.01$). The increase observed in the sub-dimensions of self-confidence, optimistic approach and social support in Stress Coping Styles Scale (SCSS) over time was found to be statistically significant ($p<0,01$).

As a result, EFT (Emotional Freedom Techniques), which is applied to pregnant women with high risk of depression, reduces the risk of depression and anxiety during pregnancy and postpartum period, provides an increase in the use of active styles (social support, optimistic approach and self-confident approach) in coping with stress, and a long-term protection despite its decrease.

Key Words: Postpartum depression, anxiety, emotional freedom techniques (EFT), coping, midwifery, stress

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadınlar için doğal bir yaşam olayı olan gebelik, önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (Bennett ve ark. 2004; Beydağ 2007; Çalık ve Aktaş, 2011; Koyun ve ark. 2011; McCallion 2012; Biaggi ve ark. 2016; Erdemoğlu ve ark. 2018). Birçok kadın gebelik ve doğumla meydana gelen bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda ise çeşitli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (Karaçam ve Kitiş 2008). Ruhsal hastalıklardan biri olan depresyonun büyük çoğunluğu, üreme hormonlarında değişimlerin yaşandığı gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görülmektedir (Cott ve Wisner 2003; Stewart 2005). Konuyla ilgili bir meta-analiz, gebelik ve postpartum dönemde depresyon başlangıç oranının arttığına işaret etmektedir (O'Hara ve Swain 1996). Ancak gebelik semptomları ile major depresif bozukluğun bazı semptomlarının örtüşmesi nedeniyle (uyku değişiklikleri, iştah değişiklikleri ve yorgunluk) gebelikte depresyon tanısının konulması zor olabilmektedir (Pearlstein 2015).

Gebelikte depresyon, tüm aile bireyleri için ciddi etkilere neden olabilir (Bunevicius ve ark. 2009; Aydın ve Güleç 2013 pp. 262-263). İyi yönetilemeyen gebelik depresyonu, madde kötüye kullanımı, yetersiz prenatal bakım ve intihar girişimi gibi beraberinde getirdiği sorunlar nedeniyle gelişmekte olan fetusa zarar verebilir (Bunevicius ve ark. 2009). Aynı zamanda kortizol düzeyinin artmasına neden olurak insülin direncine ve eğer telafi edilmezse, gebelik diyabetinin ortaya çıkmasına neden olabilir Ayrıca bu süreçte yükselmiş norepinefrin ve kortizol uterusa olan kan akımını azaltarak hem gebe, hem fetüs üzerinde çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurmakta ve HT, preeklemsi gibi gebeliğe bağlı istenmeyen olaylar da artmaktadır. Gebelik döneminde tedavi edilmemiş depresyonun en olumsuz sonucu da postpartum depresyon (PPD) dur (MacArthur ve ark. 2002; Çalık ve Aktaş, 2011; Aydın ve Güleç 2013 pp. 262-263). Postpartum ilk yılda başlayan ve ilk yılın sonuna kadar uzanan, ilk bir yıl içerisinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilen, hatta iki yıla kadar uzayabilen, psikotik olmayan, hafif ile orta dereceli depresif bir dönemi içeren PPD ise, başta anne-bebek etkileşimi olmak üzere, annenin ve diğer aile üyelerinin üzerinde önemli bir etkiye sahip ciddi ve yaygın bir duygusal bozukluktur (O'Hara ve Swain 1996; Gibson ve ark.

2009; Gülseren 2013 pp. 289; Seven ve Akyüz 2013). Araştırmalar, postpartum dönemde tanımlanan depresif bozuklukların önemli bir kısmının gebelik sırasında var olabileceğini ve doğum sonrası dönem için sadece tarama girişimlerine odaklanmanın, depresyon seyrinde daha önce müdahale fırsatı olduğunu göstermiştir (Evans ve ark. 2001; Lee ve ark. 2007). Öyle ki; DSM-V'te de gebelik depresyonu ve postpartum depresyon ayrı durumlar olarak değerlendirilmemiş, semptomların başlangıcı gebelik sırasında veya doğumdan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkarsa "peripartum başlangıç belirleyicisi" adı kullanılmıştır (Rai ve ark. 2015). Yapılan çalışmalarda, maternal depresyonu ile birlikte, preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı riskinin arttığı da bildirilmiştir (Marcus 2009; Grote ve ark. 2010; Grigoriadis ve ark. 2013; Szegda ve ark. 2014). Uzun vadede ise duygusal sorunlarda artmış risk (özellikle anksiyete ve depresyon), çocukluk döneminde IQ skorları da dahil olmak üzere zayıf bilişsel gelişim, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve davranış bozuklukları semptomları ile ilişkilendirilmiştir (Stein ve ark. 2014; Gentile 2017). Antenatal depresyon ve PPD'nin anne ve bebeğin fiziksel ve zihinsel sağlığı ile anne-bebek ve evlilik ilişkileri üzerindeki zararlı etkileri göz önüne alındığında, bu durumun belirlenmesi ve tedavisi, önemli bir halk sağlığı konusudur (Moura ve ark. 2016).

Antenatal depresyon prevalansı çalışmalarda farklılık göstermekle birlikte, yüksek gelirli ülkelerde yaygınlığı %7 ile %20 arasında olduğu (Evans ve ark. 2001; Andersson ve ark. 2003; Gaynes ve ark. 2005; Melville ve ark. 2010), düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %20 veya daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Faisal-Cury ve ark. 2009; Gölbaşı ve ark. 2010; Husain ve ark. 2012). Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir (Çalık ve Aktaş 2011). Gavin ve ark. (2005), birinci trimesterde antenatal depresyon prevalansını %11 olarak saptamış, daha sonra ikinci ve üçüncü trimesterde prevalansın %8.5'e düştüğünü belirlemiştir. Buna karşın, Bennett ve ark. (2004), birinci trimesterde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 prevalans ile karşıt bir eğilim bulmuştur.

59 çalışmanın (n = 12.810) bir meta-analizi, psikotik olmayan PPD'nin ise ortalama prevalans oranının %13 olduğunu bulmuştur (O'Hara ve Swain 1996). PPD prevalansı 28 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede ise gebeliğin farklı trimesterlerinde ve ilk doğum sonrası aylarda %6.5 ile %12.9 arasında değişik oranlarda bulunmuş olup, tüm depresyonun dönem prevalansı postnatal dönemde ilk 12 haftada %19.2; major depresyon için ise dönem prevalansı (doğumdan sonraki 3 ay) %7.1 olarak

saptanmıştır (Gaynes ve ark. 2005). Türkiye'de 52 çalışmanın sonuçları ile yapılan bir meta-analiz sonucunda ise, PPD yaygınlığı %23.8 olarak bulunmuş olup, prevalans değerlerinin %5 - %61.8 arasında değiştiği de saptanmıştır (Özcan ve ark. 2017). Bu metaanalizden 1 yıl sonra yayınlanan, 48 çalışmayla yapılan başka bir metaanalizde ise Türkiye'deki prevalans %24 olarak saptanmış, bu oranın %9 ile %51 arasında değiştiği bulunmuştur (Karaçam ve ark. 2018).

Major belirlenmiş risk faktörleri; önceki postpartum depresyon ya da genel olarak psikiyatrik bozukluk hikayesi, stresli yaşam olayları, sosyal destek eksikliği, kötü evlilik ilişkisi, düşük benlik saygısı, düşük sosyoekonomik düzey, bekar anne olmak, istenmeyen gebelik, yenidoğan sağlığı ile ilgili sorunlar ve zorlu bebek mizaçlarıdır (Beck 1996, O'Hara ve Swain 1996; Beck 2001; Robertson ve ark. 2004). Literatürde pek çok çalışmada, kişinin yaşadığı stresli yaşam olaylarının postpartum depresyon ve antenatal depresyonu için majör risk faktörlerinden birisi olduğuna vurgu yapılmıştır (O'Hara ve Swain 1996; Beck 2001; Robertsonve ark. 2004; Özcan ve ark. 2017).

Gebelik sırasında ve doğum sonrasında kadının anneliğe uyum sağlamaya çalışması, stresin asıl kaynağı olmakla birlikte çevrenin kadından iyi bir anne olmasını beklemesi de stresi artıran faktörlerden birisidir (Oskay 2004). Stres hem uyarıcı, hem davranım, hem de bu ikisi arasındaki etkileşimi içeren bir kavramdır. Aynı zamanda stres, bireysel farklar ve/veya psikolojik süreçler yoluyla gösterilen uyumsal bir davranış olup bireyin üzerinde psikolojik ve/veya fiziksel aşırı baskı yapan herhangi bir dış çevresel hareket, durum veya olayın organizmaya yansıması sonucu ortaya çıkar (Kaya ve ark. 2007). Bireyin koruyucu sağlık davranışı kazanması stresle başa çıkma becerilerini geliştirmesiyle ilişkilidir. Stresle başa çıkma tarzları da, ruh sağlığı açısından koruyucu rol oynamaktadır. Bazı tarzlar, bireyi stresli yaşam olaylarından uzak tutmakta, bazıları ise ruhsal bozukluklara karşı bireyin duyarlılığını arttırmaktadır (Muris ve ark. 2001). Gebelik ve postpartum dönemde yeterli ve uygun başa çıkma tarzlarının kullanılması; davranış sorunlarının daha az sıklıkta ortaya çıkmasını, depresif belirti sıklığının azalmasını ve uyumun olumlu bir şekilde gerçekleşmesini sağlamaktadır. Uygun başa çıkma tarzları, kişinin uyum sorunlarının çözümünde büyük katkılar sağlamaktadır (Steiner ve ark. 2002).

Antenatal depresyonun ve postpartum depresyonun başlangıç tedavisinde, iyi bir psikososyal değerlendirme, destek sistemlerinin aktif hale getirilmesi ve entegre tedavilerin birlikte kullanımı en ideal seçenektir (Gülseren 2013 pp. 295; Austin ve Marcé

Society Position Statement Advisory Committee 2014; Milgrom ve Gemmill 2014). Antenatal depresyon ve postpartum depresyon için tedavi seçenekleri psikoterapi (kişilerarası ilişkiler terapisi ve bilişsel - davranışçı terapi), ilaçla tedavi ve farmakoloji dışı (non-farmakolojik) uygulamalardır. Hafif düzeydeki depresyonda ilk seçenek olarak psikoterapi ve farmakoloji dışı yaklaşımların uygulanması önerilirken, orta ve şiddetli depresyonda farmakolojik tedavilerin (antidepresanların) kullanımı öne çıkmaktadır (Spinelli ve Endicott, 2003; Dimidjian ve Goodman 2009; Spinelli ve ark. 2013; Deligiannidis ve Freeman 2014; Dimidjian ve Goodman 2014; Pearlstein 2015).

Gebelik ve postpartum dönemde gebeliğin ve yeni duruma uyumun getirdiği sorunlar ve ülke sağlık politikaları nedeniyle kadınların pek çoğu yaşadıkları ruhsal sorunlarla baş edebilmek için bir psikiyatri profesyonelinden yardım alamamaktadır. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, kadınların yardım almasını engelleyen faktörlerin arasında; duygularını açıklayamamaları bunda da etkili olan şeyin aile üyeleri ve sağlık çalışanlarının annelerin duygusal ve nesnel ihtiyaçlarına cevap vermedeki isteksizlikleridir. Annelerin postpartum depresyon ve semptomları konusunda bilgi sahibi olmamaları yardım almamaktaki önemli nedenlerden biri olarak gösterilmektedir. Kadınların sağlık profesyonellerinden farmakolojik müdahaleler almak yerine yargısız biriyle konuşmayı tercih ettikleri de saptanmıştır (Dennis ve Chung-Lee 2006). Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği (ACOG) bu konuda kadın doğum uzmanlarını uyarmakta ve gebelik döneminde kadınların en az bir kez standart ve geçerli ölçüm araçları ile depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklar açısından kontrol edilmesi ve gerektiği durumlarda sevk edilmesini tavsiye etmektedir (ACOG 2015a). Aynı şekilde ebeler için hazırlanan ulusal rehberler de gebelik ve postpartum dönemde kadın ile uzun süre birlikte olan ebelerin de bu konuda duyarlı olması gerektiği ve hafif düzeyde depresyon varlığında ebelerin terapötik ilişki sayesinde, kadının var olan destek kaynaklarını harekete geçirerek depresyonun önlenmesinde rolü olduğuna vurgu yapmaktadır (NICE 2017). Türkiye'de ise, PPD değerlendirmesi yapılması T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde yer almaktadır. Rehberde annenin doğum sonrası ebeler tarafından yapılan 6. izleminde (postpartum 30-42. günlerde) Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ile değerlendirilmesi, ölçekten 12 puan ve üzeri alanların sevk edilmesi yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014). Alan yazına bakıldığında da gebe ve lohusa kadın ile uzun süreli ve yakın ilişki kurması bakımından hafif düzeyde postpartum depresyonun önlenmesi ve tedavisinde ebelerin yer aldığı pek

çok araştırmaya da rastlamak mümkündür (Mauthner 1997; Lavender ve Walkinshaw 1998; MacArthur ve ark. 2002; Hassan Zahraee ve ark. 2003; Jones ve ark. 2012; Anding ve ark. 2015; Posmontier ve ark. 2016). Postpartum depresyonun ülkemizde görülme sıklığının yüksekliği, bu dönemde ilaç kullanım riski, psikiyatrik tedaviye ulaşımla ilgili engeller (damgalanma olasılığı, sorunun farkına varamama, ruhsal belirtilerin gebelik ve lohusalık dönemine özgü olduğunu sanma, uzman yokluğu,..) göz önüne alındığında gebe ve lohusa kadınla daha sık ve uzun süreli beraberliği açısından ebelere ruh sağlığının korunması ve gerekli eğitimleri aldıktan sonra kısa süreli terapötik girişimlerin uygulanmasında sorumluluklar düşmektedir.

Son yıllarda sayıları hızla artan, kısa süreli psikoterapötik tekniklerden birisi de duygusal özgürlük teknikleri (EFT)' dir. Tüm dünyada gerekli eğitim alındıktan sonra bireylerin kendileri ya da profesyoneller tarafından rahatlıkla uygulayabilen bir girişimdir. EFT en yaygın kullanılan enerji psikolojisi yöntemidir. Enerji Psikolojisi, insanı fizyolojisi, duyguları, düşünce, davranışı ve çevresini de kapsayan bütün bir enerji alanı olarak ele alır. Bu yaklaşımın temel taşları olan meridyen terapileri, bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ruhsal durumunu etkileyen enerji alanlarının dengelenip düzenlemesi ilkesinden hareket eder. Mühendis olan Gary Craig, EFT'yi geliştirmiş ve yaygın olarak kullanılmasını sağlamıştır (Sezgin 2017). EFT; bilişsel terapi, kabul ve kararlılık terapisi ve akupunktur nokta uyarımı unsurlarını birleştirir ve akupunktur iğnelerini kullanmak yerine, Shiatsu veya diğer akupressür masaj şekillerine özgü akupunktur noktalarının manuel uyarılmasına dayanır (Stapleton ve ark. 2013). Akupunktur bölgeleri üzerindeki manuel basıncın akupunktur iğneleme tekniği kadar etkili olduğu bulunmuştur (Cherkin ve ark. 2009).

Depresyon tedavisinde EFT uygulanan kişilerin elektroensefalogramlarında bilişsel tekniklere göre daha kısa sürelerde değişimler yaşandığı belirlenmiştir (Church ve Brooks 2010a). Korkudan kaynaklanan beyin frekanslarının EFT sonrasında düzenlendiği tespit edilmiştir (Swingle ve ark. 2004). Alan yazında EFT'nin olumsuz herhangi bir etkisi bildirilmemiştir.

EFT, depresyon, anksiyete, fobiler ve post travmatik stres bozukluk gibi çeşitli psikolojik durumların başarılı bir şekilde tedavisini içeren kapsamlı bir araştırma bibliyografyasına sahiptir. Bu araştırmalarda tedavi süresi bir ile on oturum arasında değişmektedir (Wells ve ark. 2003; Swingle ve ark. 2004; Rowe 2005; Brattberg 2008; Cherkin ve ark. 2009; Church ve Brooks 2010a; Sebastian ve Nelms 2017). Church ve

ark. (2012)' nın aktardığına göre, Feinstein, bir takip değerlendirmesi içeren EFT çalışmalarında katılımcıların kazançlarını koruduğunu ve rehabilitasyon süresinin 3 ay ile 2 yıl arasında değiştiğini belirtmektedir (Church ve ark. 2012a).

Tüm bu veriler ele alındığında, koruyucu ve terapötik girişimlerin geliştirilmesi için öncelikle doğum öncesi döneme odaklanılması gerekmektedir. Bu amaçla, literatüre baktığımızda, EFT'nin depresyon üzerindeki etkinliğinin değerlendirildiği bilimsel çalışmalara yer verilmiş, ancak gebelik döneminde EFT'nin depresyonun önlenmesi ya da tedavisinde uygulandığı çalışmaya rastlanmamış, gebelik döneminde EFT'nin uygulandığı 3 çalışmaya rastlanmış, ancak bunların da stres ve dayanıklılık (Ghamsari ve Lavasani 2015), doğum korkusu (Vural ve Aslan 2019) ve anksiyete (Mardjan ve ark. 2018) ile ilgili olduğu görülmüştür. Bu çalışma ile EFT gibi uygulanması kolay, maliyeti bulunmayan bir terapötik yöntemin, gebelik ve postpartum depresyonu önlemeye yönelik tedavilerin içinde yer alması yolunda önemli bir adım atılmış olacak ve başta ebelik olmak üzere kadın sağlığı ile ilgilenen tüm profesyonellerin bu tekniği kullanmasını sağlamak/yaygınlaştırmak için kanıtlar aranmaya çalışılacaktır.

Bu doğrultuda amacımız; EFT'nin postpartum depresyon üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Postpartum Dönem

Doğum sonu dönem (postpartum dönem, dördüncü trimester, lohusalık, postnatal, puerperium), bebeğin, plasenta ve eklerinin doğmasıyla başlayan, 6-12 haftayı içeren, plasentanın doğumuyla hormon baskısından kurtulan tüm vücut sistemlerinin, özellikle de üreme organlarının gebelik öncesi durumlarına mümkün olduğu kadar geri döndüğü, anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin çok hızlı gerçekleştiği bir zaman dilimidir (Güneri 2013; Seven ve Akyüz 2013; Taşkın 2016 p. 462; Bay 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (World Health Organization-WHO)'ne göre postpartum dönem bebeğin doğumundan sonraki 6 haftayı (42 gün) kapsayan, bu süre içinde birbirini izleyen üç farklı dönemden oluşan bir süreçtir. Postpartum ilk 24 saat "acil puerperium" ilk 7-10 güne kadar olan dönem "erken puerperium", emzirmeyen kadınlarda 10 günden sonraki 6 haftalık dönem, emziren kadınlarda ise 6 aya kadar süren dönem "geç puerperium" olarak tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009; WHO 2010; Bulut ve ark. 2016; Eser 2017) Literatürde postpartum dönem için farklı sınıflandırmalar da bulunmaktadır.

Başlangıç Dönemi: Postpartum kanama, amnios sıvı embolisi, uterin inversiyon ve eklampsi gibi acil sorunların yaşanabileceği postpartum ilk 6-12 saati kapsamaktadır.

İkinci Dönem (Subakut postpartum dönem): Bu dönem, hemodinamik, genitoüriner sistem, metabolizma ve duygusal durum ile ilgili değişikliklerin oluştuğu 2-6 haftalık süreci kapsamaktadır.

Üçüncü Dönem: 6 aya kadar devam eden dönemdir (Güneri 2013).

Postpartum dönem anatomik ve fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yenidoğanın aileye kabulünün gerçekleştiği, bebekle iletişim kurma, bakımını sağlama gibi yeni rol ve sorumlulukların üstlenildiği, eş ve diğer aile üyeleri ile olan ilişkilerin yeniden düzenlendiği, lohusa ve aile için önemli bir dönüm noktasıdır (Seven ve Akyüz 2013; Bulut ve ark. 2016; Bay 2019). Bu dönüm noktası, kadınların duygusal olarak en hassas oldukları ve çeşitli duygudurum bozukluklarının görülme riskinin artığı bir dönem olarak değerlendirilmektedir. Annede ortaya çıkabilecek herhangi bir duygudurum bozukluğunun uzun ve kısa vadede yaratacağı sonuçlar, anne, bebek ve diğer tüm aile üyelerini de olumsuz etkilediği için önemlidir (Seven ve Akyüz 2013). Bu nedenle bu dönemde; annenin dinlenmeye, desteğe, cesaretlendirilmeye,

nitelikli, dikkatli ve kapsamlı bakıma, rolüne uyum sağlamak için gereksinimlerine yönelik bilgi, beceri ve yardıma ihtiyacı bulunmaktadır (Bulut ve ark. 2016). Bakım verici konumunda olan ebelerin, bu dönemde meydana gelebilecek komplikasyonları ve lohusanın bakım gereksinimlerini bilmeleri, gerektiğinde uygun müdahalelerde bulunarak nitelikli bir doğum sonu bakım hizmeti sunabilmeleri açısından oldukça önemlidir (Kızrak 2019).

2.1.1. Postpartum Dönemde Ruhsal Değişimler

Birçok kadın, gebelik ve postpartum dönemde endişe, heyecan, mutluluk, tatmin, hayal kırıklığı, karışıklık veya üzüntü / suçluluk gibi çok çeşitli duygular yaşamaktadır. Postpartum dönem, kadınları çeşitli psikiyatrik bozukluklara karşı oldukça savunmasız hale getirmektedir. Özellikle ilk bir hafta, anatomik, fizyolojik ve psikolojik yönden bir geçiş dönemidir ve bu dönem kişiye göre farklılık göstermektedir. Kişinin içinde bulunduğu fiziksel şartlar, bebek bakımında ve rolüne uyum sağlamada karşılaştığı zorluklar, kadınların bir kısmında ılımlı düzeyde ruhsal belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişmesine neden olabilmektedir (Marakoğlu ve ark. 2009; Türkyılmaz 2014).

Bu dönemde ruhsal hastalıklar büyük ölçüde yetersiz tanılanmakta ya da tedavi edilememektedir. Tedavi edilmeyen postpartum psikiyatrik bozukluklar bir aile için geniş kapsamlı sonuçlara sahip olabilmekte, en önemlisi anne-bebek etkileşimini ve bağlanmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle, postpartum dönemde ruhsal bozukluğun erken tanı ve tedavisi son derece önemlidir (Rai ve ark. 2015).

2.1.2. Postpartum Dönem ve Ruh Sağlığı Tarihi

Kadın olmanın depresyon için risk oluşturduğu, gebeliğin duygudurum bozukluklarına karşı koruyucu bir dönem olmadığı 20 yılı aşkın bir süredir bilinmektedir (Gülseren 2013 pp. 287; Erdemoğlu ve ark. 2018). Postpartum dönemde ortaya çıkan farklı klinik görünümdeki ruhsal bozuklukları tanımlamak için, postpartum ruhsal bozukluk kavramı kullanılmaktadır (Marakoğlu ve ark. 2009).

Lohusalıkla ilişkili ruhsal bozukluklar antik dönemlerden beri bilinmesine rağmen, Hipokrat zamanında ilk olarak ‘doğum sonrası akıl bozuklukları’ şeklinde tanımlanmıştır. Esquirol (1845), doğum sonrası dönemle ilişkili çeşitli duygudurum bozuklukları tanımlamış ve emzirme ile olan ilişkilerini tartışmıştır (Arnold ve ark. 2002).

Bundan kısa bir süre sonra Fransız hekim Victor Luis Marcé'ın hazırladığı monograf (Insanity in Pregnant, Puerperal and Lactating Women-Gebe, Lohusa ve Emziren Kadınlarda Akıl Hastalıkları) 20. yy sonlarına dek bu alandaki önemli çalışma olmuştur (Arnold ve ark. 2002; Marakoğlu ve ark. 2009; Gülseren 2013 pp. 287; Türkyılmaz 2014). Marcé bu monografta 79 vaka örneği ile sendromların kapsamlı klinik tanımlarını sunmakta ve çağının karakteristik etiyolojik teorilerini ve tedavilerini özetlemektedir. Bu çalışma, kişisel olarak değerlendirdiği vakalara ve tümü geniş sosyal ve ekonomik geçmişlerden rapor edilen diğer vakalara dayanmaktadır (Trede ve ark. 2009). Geçen zamana rağmen, postpartum duygusal durumlar tartışmalı kalmış ve bu tartışmalı durum tanı sınıflandırmasını da etkilemiştir. American Psychiatric Association (APA-Amerikan Psikiyatri Birliği) (1968) tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-İİ) postpartum duygusal bozukluklar, "doğumla ilgili psikoz" olarak bildirilirken, revize edilen DSM-III'te postpartum psikoz, atipik psikozun içerisinde bildirilmiştir. Daha sonra Amerikan Psikiyatri Birliği, "doğum sonrası" terimini sınıflandırma sisteminden çıkarmıştır (Arnold ve ark. 2002). DSM IV'te postpartum bozukluklar, bipolar affektif ve major depresif bozuklukların tüm alt grupları için, postpartum 4 hafta içinde atağın başlaması durumunda, "postpartum başlangıç belirleyicisi" kodu kullanılmaktadır (Kırpınar ve ark. 1996; Arnold ve ark. 2002). Bu nedenle, DSM IV'e göre, herhangi bir duygudurum bozukluğu veya kısa psikotik bozukluğun kriterlerini karşılayan semptomlar, çocuğun doğumundan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkarsa, tanıya "postpartum başlangıçlı" tanımlayıcı uygulanabilmektedir (Arnold ve ark. 2002). DSM-V'te ise ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmamış, depresyon ve bipolar bozukluklar için "postpartum başlangıç belirleyicisi" başlığının yerini "peripartum başlangıç belirleyicisi" almıştır (Rai ve ark. 2015). DSM V, duygudurum belirtilerinin gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkmasını bir ölçüt olarak kabul etmiştir (Arnold ve ark. 2002; Rai ve ark. 2015).

2.1.3. Postpartum Duygusal Bozukluklar

Postpartum dönem, ciddi duygudurum bozukluklarının gelişimi için artmış bir risk zamanı olarak görülmektedir. Bu dönemde, görülme sıklığı, klinik görünüm ve yönetimi açısından birbirinden farklı üç psikiyatrik durum tanımlanmaktadır. Bunlar annelik hüznü (maternity blues), postpartum (veya postnatal) depresyon ve postpartum

(puerperal, postnatal) psikozdur(Arnold ve ark. 2002; Robertson ve ark. 2004; Stewart ve ark. 2003).

2.1.3.1. Annelik Hüznü (Maternity Blues, Postpartum Blues)

En sık görülen postpartum duygudurum bozukluğu olup yeni annelerin %50-85 gibi önemli bir bölümünü etkileyen annelik hüznü, postpartum ilk gün başlayan olgular olsa da (Kesebir ve Aksoy 2010) genellikle doğum sonrası 3. ve 5. günlerde pik yapan, kadınlar emzirmeye başladığında ve süresi birkaç saatten birkaç güne kadar devam eden geçici bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Harris ve ark. 1994; Arnold ve ark. 2002; Robertson ve ark. 2004; Kesebir ve Aksoy 2010; Cohen ve ark. 2010; Gülseren 2013 p. 288; Earls ve ark. 2019). Semptomlar hafif düzeyde olduğundan, tablo kendini sınırlayıp müdahale gerektirmeyebilir. İki haftadan uzun süren semptomlar daha fazla değerlendirme gerektirmektedir (Gale ve Harlow 2003; Cohen ve ark. 2010; Rai ve ark. 2015). Uzun süreli etkilerine ilişkin herhangi bir çalışma bulunmamaktadır (Robertson ve ark. 2004). Annelik hüznü olan anneler bir duygudurum bozukluğu için DSM-V kriterlerini karşılamamakta, tedavi genellikle destekleyici olmaktadır, çünkü semptomlar zamanla azalmakta ve çözülmektedir (Earls ve ark. 2019).

2.1.3.1.1. Annelik Hüznü Risk Faktörleri

Etiyolojisi bilinmemekle beraber, doğum, doğumdan hemen sonraki dönemde meydana gelen dramatik biyolojik değişikliklere odaklanan çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Arnold ve ark. 2002; Rai ve ark. 2015). Belirtilerin doğumdan sonra östrojen, progesteron düzeylerinin birden düşmesiyle, plazma triptofan düzeylerinin azalmasıyla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Gale ve Harlow, 2003). Psikososyal ve kişilik faktörleri de incelenmiştir. Annelik hüznü ile ilişkili olduğu saptanan risk faktörleri arasında gebeliğe yönelik ambivalan duygular, doğum korkusu, zayıf sosyal uyum, gebeliğin duygusal olarak zor görülmesi ve ciddi premenstrual gerginlik öyküsü bulunmaktadır (Arnold ve ark. 2002). Stresli yaşam olayları ile kişisel veya aile içi depresyon öyküsünün bulunması da annelik hüznü ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Arnold ve ark. 2002; Gale ve Harlow 2003).

Annelik hüznü, müdahale gerektirmemesine rağmen, bu normal sendromun daha sonraki depresyon için bir risk faktörü olduğunu belirtmek önemlidir. Bu kadınların %20'si postpartum ilk yılda depresyon yaşamaktadır (Arnold ve ark. 2002).

2.1.3.1.2. Annelik Hüznü Belirtileri

Doğumdan sonraki ilk birkaç gün içinde başlayan ağlama nöbetleri, unutkanlık, sinirlilik, baş ağrısı, yorgunluk, anksiyete, bilişsel işlevlerde değişiklik (dikkatin kolay dağılması, yakın bellekte zayıflama, kafa karışıklığı), duygudurum dengesizliği, hafif depresif duygudurum, irritabilite, uyku ve iştah değişiklikleri, konfüzyon gibi çeşitli semptomlar tanımlanmıştır (Arnold ve ark. 2002; Cohen ve ark. 2010; Kesebir ve Aksoy 2010; Gülseren 2013 p. 288-289).

2.1.3.1.3. Annelik Hüznü Tedavisi

Genellikle ilaç tedavisi gerektirmeden kendiliğinden düzelmektedir. Yüksek yaygınlığı göz önüne alındığında, belirtiler konusunda annenin bilgilendirilmesi, destek sağlanması gibi gişimler yararlı olmaktadır (Gale ve Harlow 2003; Gülseren 2013 p. 289).

2.1.3.2. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz, her 1000 doğumda 1-2 görülme sıklığı olan nadir ancak en şiddetli olan duygudurum bozukluğudur. Doğumdan kısa bir süre sonra, genellikle birkaç gün içinde, çoğu durumda ilk 3 hafta içinde başlamaktadır (Arnold ve ark. 2002; Bergink ve ark. 2016; Earls ve ark. 2019). Klinik başlangıç hızlıdır, semptomlar postpartum ilk 48-72 saat kadar erken ortaya çıkmakta ve epizotların çoğunluğu doğumdan sonraki ilk 2 hafta içinde gelişmektedir (Rai ve ark. 2015; Robertson ve ark. 2004). DSM-V'e göre böyle bir hasta, psikotik özellikler veya kısa bir psikotik atak, majör depresyon veya bipolar bozukluk (tip I veya II) tanı kriterlerini karşılayabilmektedir (Arnold ve ark. 2002; Earls ve ark. 2019). Postpartum psikoz acil bir durumdur, çünkü infantisit ve 70 kata kadar artmış suicid riski vardır. Vakaların çoğunda, postpartum dönemde ilk kez mani olarak ortaya çıkabilen bipolar bozukluğun belirtileri bulunmaktadır (Schiller ve ark. 2015).

2.1.3.2.1. Postpartum Psikoz Risk Faktörleri

Kişisel ve aile öyküsü, bipolar depresyon ve şizoaffektif bozuklukluğun varlığı önemlidir. Hormonal kaymalar, uyku yoksunluğu, çevresel stres etkenleri de psikotik bulguların gelişimine katkıda bulunabilmektedir (Gale ve Harlow 2003; Bergink ve ark. 2016). Biyolojik olarak psikoza yatkınlığı bulunan kadınlarda, gece doğum yapma ya da doğum sürecinin uzamasından kaynaklanan uykusuzluk psikotik tablonun ortaya

çıkmasını kolaylaştırabilmektedir (Gülseren 2013 p. 301; Bergink ve ark. 2016). Doğumdan sonra hormonlardaki dramatik dalgalanmanın yanı sıra obstetrik komplikasyonlar ve çevresel stres etkenleri de psikotik bulguların gelişimine katkıda bulunabilmektedir. Nadir de olsa, eklampsi, çeşitli enfeksiyonlar, anemi, kalp hastalığı, venöz beyin trombozu gibi organik etkenler de psikotik belirtilere yol açabilmektedir (Gülseren 2013 p. 301)

2.1.3.2.2. Postpartum Psikoz Semptomları

Erken belirtiler arasında uykusuzluk, irritabilite, huzursuzluğun ardından hızlı duygudurum değişimleri, dezorganize davranışlar, ajitasyon, gerçeğe uyumda bozulmalar, sanrılar ve halüsinasyonlar sayılabilmektedir (Arnold ve ark. 2002; Gale ve Harlow 2003; Robertson ve ark. 2004; Gülseren 2013 p. 301; Rai ve ark. 2015; Bergink ve ark. 2016; Earls ve ark. 2019). Klinik tablonun hızla değişmesi karakteristik özelliktir. Tedavi edilmediğinde daha şiddetli ve kendiliğinden ortaya çıkan, sık yineleyen ataklar görülebilmektedir. Sonraki gebeliklerde tekrarlama riski için %50'ye varan oranlar bildirilmiştir (Gülseren 2013 p. 301).

Her ne kadar prognoz iyi olsa ve kadınlar tamamen iyileşse de, daha ileride bipolar affektif bozukluk atakları (%65) gelişme riski altındadır (Arnold ve ark. 2002; Robertson ve ark. 2004). Bununla birlikte, postpartum olmayan psikoz yaşayan kadınlarla karşılaştırıldığında, postpartum psikoz yaşayanların psikiyatri hastanelerine yeniden başvuru olasılığı daha düşüktür ve daha iyi bir prognoz görülmektedir (Arnold ve ark. 2002)

2.1.3.2.3. Postpartum Psikoz Tedavisi

Postpartum psikoz psikiyatrik acil durum oluşturmakta ve olası bir tanı her zaman hastaneye yatmayı ve uzmanların tedavisini gerektirmektedir (Arnold ve ark. 2002; Robertson ve ark. 2004). Tedavi seçenekleri arasında antipsikotikler, lityum ve EKT (Elektrokonvülsif Tedavi) bulunmaktadır (Gale ve Harlow 2003; Bergink ve ark. 2016). Belirtiler şiddetli ve özkıyım riski yüksekse, EKT etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olmaktadır. Akut belirtiler şiddetini kaybettikten sonra ruhsal - eğitimsel yaklaşımlar, destekleyici psikoterapi, kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (KIPT), bilişsel davranışsal terapi (BDT), aile terapisi gibi psikoterapi seçenekleri uygulanabilmektedir (Gülseren 2013 p. 302).

Postpartum duygusal bozukluk tiplerinin, prevalans, başlangıç, süre ve tedavi özeti Tablo 2-1'de verilmiştir.

Tablo 2-1: Postpartum Duygusal Bozukluklar: Başlangıç, Süre ve Tedavi Özeti

Bozukluk	Prevalans (%)	Başlangıcı	Süresi	Tedavi
Annelik Hüznü	30–75	Doğumdan sonra 3 veya 4. gün	2 haftadan fazla sürmez	Rahatlatma (güven verme) dşındatedaviyegerek yoktur
Postpartum Depresyon	10–15	Doğumdan sonra 6 ay içinde	Haftalar, aylar	Genellikle sağlık profesyonelleri tarafından tedavi gerektirir
Postpartum Psikoz	0.1–0.2	Doğumdan sonra iki hafta içinde	Haftalar, aylar	Hastaneye yatış gereklidir

(Robertson ve ark. 2004)

2.1.3.3. Postpartum Depresyon (PPD)

Postpartum ilk yılda başlayan ve ilk yılın sonuna kadar uzanan, ilk bir yıl içerisinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilen, hatta iki yıla kadar uzayabilen, psikotik olmayan, hafif ile orta dereceli depresif bir dönemdir (Gibson ve ark. 2009; Arı 2012; Gülseren 2013 p. 289; Seven ve Akyüz 2013). DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) postpartum bozuklukları, özgül klinik durumlar olarak görmemekte ve ayrı bir kategoride değerlendirmemektedir. Sadece bipolar affektif ve major depresif bozuklukların tüm alt grupları için, postpartum 4 hafta içinde atağın başlaması durumunda, "postpartum başlangıç belirleyicisi" kodunu kullanmaktadır (Kırpınar ve ark. 1996; Arnold ve ark. 2002).

Postpartum depresyon DSM-V'te ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmamış, depresyon ve bipolar bozukluklar için "postpartum başlangıç belirleyicisi" başlığının yerini "peripartum başlangıç belirleyicisi" almıştır (Rai ve ark. 2015). DSM-V'te bu belirleyici için "duygu durum belirtileri, gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkarsa, o sıradaki majör depresyon dönemi için; ya da tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa, en son majör depresyon dönemi için bu belirleyici ölçüt olarak kullanılabilir" denmektedir (Zörer ve ark. 2019). DSM-V duygudurum belirtilerinin doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkmasını bir ölçüt olarak kabul etmesine rağmen, fikir birliğine varılamamış ve postpartum psikiyatrik rahatsızlıklar

doğumdan sonraki 6. hafta ve 1. aydan sonra da olabilir denmiş ve pek çok çalışmada bu sınır doğumdan sonraki bir yılı hatta iki yılı kapsayacak şekilde genişletilmiştir (O'Hara ve McCabe 2013). Mental ve Davranışsal Bozuklukların ICD-10 Sınıflandırmasında "Fizyolojik Bozukluklar ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranış Sendromları" ana başlığı altında "Lohusalıkla Bağlantılı ve Başka Yerde Sınıflandırılmamış Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar" olarak bir bölüm ayrılmıştır (Marakoğlu ve ark. 2009; Seven ve Akyüz 2013; Rai ve ark. 2015).

Depresyon doğum yapan kadınlarda en sık görülen ruhsal bozukluktur. Ancak postpartum depresyon yaşayan kadınların büyük bir kısmına tanı konmamakta ve tedavi görmemektedir. Bu nedenle son altı ay hatta bir yıl içinde doğum yapmış kadınlarda depresif belirtilerin sorgulanması ve tanıya yardımcı olacak ölçme araçlarının kullanılması önemlidir (Gülseren 2013 p. 290).

2.1.3.3.1. Postpartum Depresyonu Tanılamada Kullanılan Araçlar

Postpartum depresyonu (PPD) tespit etmek için en iyi yöntem tartışmalıdır. Postpartum dönemde olası depresyonu olan kadınların değerlendirilmesi, tanıyı kesinleştirmek, var olan psikiyatrik bozuklukları belirlemek ve katkıda bulunan tıbbi ve psikososyal sorunları yönetmek için dikkatli bir öykü gerektirmektedir. Birden fazla zaman noktasında özellikle postpartum ziyaretler sırasında ruh hali ve semptomların şiddetinin değerlendirilmesi annelik hüznü ve PPD'nin ayrımını kolaylaştırabilmektedir (Stewart ve Vigod 2016). Depresyon taraması için mevcut yaklaşımlar, anketlerin (Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ), Hasta Sağlığı Anketi (PHQ-9), Beck Depresyon Envanteri (BDE) gibi) kullanılmasıdır (Thombs ve ark. 2017).

On maddelik Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin (EPDÖ) uygulanması, PPD'nin belirlenmesi için bir yöntem olarak hem Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists- ACOG 2015) hem de Amerikan Psikoloji Birliği (Academic Psychological Association- APA 2013) tarafından önerilmektedir. Sağlık çalışanlarının çoğu PPD'nin değerlendirilmesi veya yönetimi konusunda sınırlı eğitime sahiptir. Bu nedenle, sıklıkla ortaya çıkan semptomları depresyonun göstergesi olarak tanımamakta veya etkili bir şekilde nasıl yardımcı olunacakları konusunda belirsiz hissedebilmektedirler. Bununla birlikte, araştırmalar, tarama araçlarının sağlık profesyonellerine PPD'yi tespit etme yeteneklerinde önemli ölçüde yardımcı olabileceğini belirtmektedir. Bir tarama aracının klinik uygulamaya dahil

edilmesi, sağlık profesyoneline yanıt verme yeteneğini artırabilmekte ve postpartum değerlendirmelere etkili bir yardımcı olabilmektedir (Stewart ve ark. 2003).

Aşağıda PPD araştırmalarında depresif semptomatolojiyi değerlendirmek için kullanılan en yaygın görüşmeler ve anketler kısaca sunulmuştur:

Standart Görüşmeler: PPD tanısı koymak için bir dizi standart görüşme mevcuttur. Bu araçlar genellikle araştırma amaçlı kullanılmakta, sistematik ve güvenilir bir tanı sağlamak için katı kriterlere dayanmaktadır. Kullanımları, DSM veya ICD tanı sistemleri ve klinik muhakeme sistemleri hakkında kapsamlı bilgi sahibi olan eğitimli klinisyenler veya araştırmacılarla sınırlı kalmaktadır. Bunlar zaman alıcı ve pahalıdır, genel klinik uygulamalar için önerilmemektedir (Stewart ve ark. 2003).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ): Başlangıçta teşhis edilen hastalar arasındaki depresyonun şiddetini değerlendirmek için geliştirilmiştir ve uzman klinik kararını nitelendirmenin bir aracı olarak tasarlanmıştır (Hamilton 1960). Orijinal HDDÖ, sekizi somatik şikayetlerle ilgili 17 depresif semptomdan oluşur ve 31 maddeye kadar değişen versiyonları da mevcuttur. Psikopatoloji bilgisi gerekmektedir (Kılınç ve Torun 2011).

Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADÖ): Derecelendirme ölçeği olarak geliştirilmiş olup 10 maddeden oluşmaktadır (Montgomery ve Åsberg 1979). MADÖ birçok postpartum depresyon araştırmacısı tarafından kullanılmış olsa da, yüksek yanlış pozitif oranı ile ilişkilendirilmiştir. Elde edilen puanlar daha güvenilir yöntemlerle doğrulanmalıdır (Stewart ve ark. 2003). Psikopatoloji bilgisi gerekmektedir (Kılınç ve Torun 2011).

Boratav Depresyon Tarama Ölçeği (BORDEPTA): Epidemiyolojik çalışmalarda ve birinci basamak sağlık hizmetinde depresyonu tanımada kullanılabilen bu ölçek, 10 tanesi düz, 6 tanesi ters olmak üzere 16 maddeden oluşmaktadır. Sorular kapalı uçlu olup evet-hayır şeklinde yanıt verilmektedir. En düşük puan 0, en yüksek puan 16'dır (Boratav 2003).

Öz Bildirim Anketleri

Depresif semptomatolojiyi değerlendirmek ve tedaviye yanıtı ölçmek için çeşitli öz bildirim ölçekleri mevcuttur. Bu ölçümler genellikle depresif belirtileri şiddet açısından derecelendirmektedir; ancak tanı koymak için kullanılamazlar ve yüksek puanlar kişinin daha derinlemesine bir değerlendirme ile takip edilmesi gerektiğini göstermektedir (Stewart ve ark. 2003).

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ): PPD çalışmalarında ve popülasyon temelli taramalarda en çok kullanılan araç, topluluk örneklerinde postpartum depresyon taraması için özel olarak tasarlanmış 10 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (Cox ve ark. 1987). 50 farklı dilde çevirisi yapılmıştır (ACOG 2015a).

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Önemli psikometrik verilere sahip en sık kullanılan genel öz bildirim anketlerinden biri olarak telif hakkı alınmıştır. Depresif belirtilerin varlığını ve yoğunluğunu ölçmek için; bilişsel belirtiler, davranışlar, somatik şikayetler ve kişilerarası alanları değerlendiren 21 maddelik bir ölçektir (Beck ve ark. 1988).

Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ): Her biri beş madde içeren yedi boyuttan oluşan 35 maddelik likert tipi bir tepki ölçeğidir; boyutlar uyku / yeme, rahatsızlıklar, anksiyete / güvensizlik, duygusal değişkenlik, bilişsel bozukluk, benlik kaybı, suçluluk / utanç ve kendine zarar vermeyi düşünmektir (Beck ve Gable 2000, Beck ve Gable 2001).

Zung Kendini Derecelendirme Depresyon Ölçeği (ZKDDÖ): 20 maddeyi içeren yaygın olarak kullanılan ve onaylanmış kendi kendine rapor aracıdır: üç etki öğesi, altı bilişsel öğe, dört açık motor davranış öğesi, altı somatik öğe ve bir sosyal kişilerarası öğesi bulunmaktadır (Zung ve ark. 1965).

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D): Daha önce onaylanmış depresyon ölçeklerinden seçilen ve depresif ruh halinin duygusal bileşenine vurgu yapan 20 maddeden oluşmaktadır (Radloff 1977).

Genel Sağlık Anketi (GSA): Genel bir popülasyondaki psikiyatrik bozukluklarla ilgili çok çeşitli semptomları kapsamakta, somatik, anksiyete ve uykusuzluk, sosyal disfonksiyon ve şiddetli depresyon olmak üzere dört alt ölçeğe ayrılmaktadır (Goldberg ve Hillier 1979). Sonraki yıllarda, GSA-30'un biraz değiştirilmiş bir versiyonu, PPD'nin bir ölçüsü olarak kullanmak üzere GSA geliştirilmiştir (Brugha ve ark. 1998).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ): Depresif ruh hali (HADÖ-D) ve anksiyeteyle (HADÖ-A) ilgili yedişer maddeyi içeren 14 maddelik bir ölçektir (Zigmond ve Snaith 1983)

2.1.3.3.2. Postpartum Depresyon Prevalansı

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'ye göre, kadınların %10'u antenatal dönemde, %13'ü ise postpartum dönemde, başta depresyon olmak üzere bir ruhsal bozukluk

yaşamaktadır. Bu oran, gelişmekte olan ülkelerde gebelikte %15,6 iken, postpartum dönemde %19,8'e yükselmektedir. Son yapılan bir meta-analiz, gelişmekte olan ülkelerdeki annelerin yaklaşık %20'sinin postpartum dönemde klinik depresyon yaşadığını göstermektedir (WHO 2015). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (CDC) Gebelik Risk Değerlendirme İzleme Sisteminden alınan 2018 verilerinin (31 bölge) analiz edildiği bir çalışmada, 8 kadından 1'inin postpartum depresyon belirtileri yaşadığı, postpartum depresyon (PPD) prevalansının %13,2 olup, prevalans aralığının %9,7 ile %23,5'e kadar değiştiği saptanmıştır (Bauman ve ark. 2020). ACOG'a göre, kadınların %14-%23'ünün gebelik sırasında, %5 - %25'inin ise postpartum dönemde depresyon yaşadığı tahmin edilmektedir (ACOG 2017).

PPD için bildirilen yaygınlık oranları, değişen kriterler, incelenen süre, örneklem ve ölçme aracı farklılıkları nedeniyle geniş bir perspektifte yer almaktadır (O'Hara ve McCabe 2013). Büyük çapta yapılan bir meta-analizde (59 çalışma / n = 12.810), psikotik olmayan PPD'nin ortalama prevalansı %13 olarak bildirilmiştir (O'Hara ve Swain 1996). Yalnızca görüşmeye dayalı PPD değerlendirmesini içeren çalışmaların kullanıldığı bir sistematik derlemede (28 çalışma) ise, prevalans gebeliğin farklı trimesterlerinde ve ilk doğum sonrası aylarda %6,5 ile %12,9 arasında değişik oranlarda bulunmuş, tüm depresyonun dönem prevalansı postnatal dönemde ilk 12 haftada %19,2; major depresyon için ise dönem prevalansı (doğumdan sonraki 3 ay) %7,1 olarak saptanmıştır (Gavin ve ark. 2005). Gaynes ve ark. (2005)'nın, gebelik trimesterlerine göre prevalansı araştırdıkları çalışmalarında, birinci trimesterdeki antenatal depresyon prevalansı %11 olarak saptanmış, daha sonra ikinci ve üçüncü trimesterde prevalans % 8,5'e düşmüştür. Buna karşın, Bennett ve ark. (2004), birinci trimesterde %7,4, ikinci trimesterde %12,8 ve üçüncü trimesterde %12 prevalans ile karşıt bir eğilim bulmuştur.

Antenatal depresyon prevalansı çalışmalarda farklılık göstermekle birlikte, yüksek gelirli ülkelerde yaygınlığı %7 ile %20 arasında olduğu (Evans ve ark. 2001; Andersson ve ark. 2003; Gaynes ve ark. 2005; Melville ve ark. 2010), düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %20 veya daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Faisal-Cury ve ark. 2009; Gölbaşı ve ark. 2010; Husain ve ark. 2012). İki büyük Avrupa çalışmasında, İtalya'da majör ve minör depresyon için bir yıllık dönem prevalansı % 9,6, İspanya'da majör ve minör depresyon için altı haftalık dönem prevalansını %18,1 arasında değişen sonuçlar verilmiştir (Banti ve ark. 2011; Navarro ve ark. 2008).

2005-2014 yılları arasında yapılan çalışmaları ve bir dizi ülkeyi kapsayan sistematik derlemelerinde Norhayati ve ark. (2015) ise, PPD prevalansının gelişmekte olan ülkelerde %1,9 ile %82,1 arasında olup en düşük prevalansın Almanya, en yüksek prevalansın Amerika'da olduğunu, gelişmiş ülkelerde ise bu oranın %5,2 ile %74,0 arasında değiştiğini, en düşük prevalansın Pakistan, en yüksek prevalansın Türkiye'de olduğunu bildirmiştir (Norhayati ve ark. 2015). Bu çalışmadan sonra, Türkiye'de 52 çalışmanın sonuçları ile yapılan bir meta-analiz sonucunda ise, PPD yaygınlığı %23,8 olarak bulunmuş olup, prevalans değerlerinin %5 - %61,8 arasında değiştiği de saptanmıştır (Özcan ve ark. 2017). Bu metaanalizden 1 yıl sonra yayınlanan başka bir metaanalizde ise %24 olarak saptanmış, bu oranın %9 ile %51 arasında değiştiği de bulunmuştur (Karaçam ve ark. 2018).

2.1.3.3.3. Postpartum Depresyon Risk Faktörleri

Tedavi edilmemiş postpartum depresyon (PPD) anne, bebek ve aile sağlığı üzerinde uzun vadeli olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Smith-Nielsen ve ark. 2016; Huang ve ark. 2020). PPD'nin klinik olarak veya halk sağlığı müdahalesiyle önlenmesi gerekiyorsa, risk faktörlerinin güvenilir bir şekilde tanımlanması gerekmektedir.

Duygudurum bozukluklarıyla ilgili genetik ve biyolojik çalışmalar, bu sorunların karmaşık hastalıklar olduğunu göstermektedir ve bir birey, depresyon gelişimine karşı genetik bir yatkınlığa sahip olsa bile, hastalığın ortaya çıkması için etkileşime giren deneyimsel ve çevresel faktörlerin olması gerekmektedir. Bu nedenle, PPD gelişiminde de bu faktörlerin bir kısmının rol oynaması muhtemeldir (Stewart ve ark. 2003).

PPD için risk faktörleri; sosyo-demografik, psikiyatrik, biyolojik, tıbbi ve kişisel faktörleri kapsamaktadır (Milgrom ve ark. 2008). Konuyla ilgili birçok meta-analiz ve sistematik inceleme yapılmıştır. Yapılan metaanalizlerde major belirlenmiş risk faktörleri; önceki postpartum depresyon ya da genel olarak psikiyatrik bozukluk hikayesi, stresli yaşam olayları, sosyal destek eksikliği, kötü evlilik ilişkisi, düşük benlik saygısı, düşük sosyoekonomik düzey, bekar annelik, istenmeyen gebelik, çocuk bakım stresi, yenidoğan sağlığı ile ilgili sorunlar ve zorlu bebek mizaçlarıdır (Beck 1996; O'Hara Swain 1996; Beck 2001; Robertson ve ark. 2004).

Ayrıca literatürde; prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, annelik hüznü, eğitim düzeyi, doğum sayısı, prematüre doğum, şiddetli premenstrüel sendrom, emzirmeme, tiroid hastalıkları, gebelik komplikasyonları, erkek bebek beklentisinin

gerçekleşmemesi, fiziksel yorgunluk, sık aralıklarla gebe kalma, ilk kez anne olma ve doğumdan sonra işe başlamak zorunda kalmanın da risk faktörleri arasında sayılabileceği belirtilmektedir (Milgrom ve ark. 2008; Seven ve Akyüz 2013).

Gebelikte mizaç bozuklukları görülen kadınlarda geçmişte intihar girişimleri, kötü sonuçlanan gebelik deneyimleri (düşük, küretaj, bebeğe ait hastalıklar), kötü prenatal bakım, beslenme bozukluğu, alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı, gebelikte preeklempsi gibi ciddi tıbbi komplikasyon öyküsü, acil sezaryen ile doğum veya müdahaleli doğum ek stresör faktörler olarak belirlenmiştir (Erken 2016).

44 çalışmanın incelendiği bir metaanalizde değişkenler arasındaki ilişkiye ve etki büyüklüklerine bakılmış; sırasıyla gebelik depresyonu, çocuk bakım stresi, yaşam stresi, sosyal destek, gebelik anksiyetesi, annelik hüznü, evlilik doyumu ve önceki depresyon hikayesinin durumu etkilediği belirlenmiştir (Beck 1996). 84 çalışmanın incelendiği başka bir meta-analizde ise postpartum depresyona sırasıyla prenatal anksiyete, benlik saygısı, çocuk bakım stresi, yaşam stresi, sosyal destek, evlilik ilişkisi, önceki depresyon öyküsü, yenidoğanın huyu (mizacı) ve annelik hüznünün daha çok etkisi olduğu bulunurken; medeni durum, sosyo-ekonomik durum ve gebelik planlamasının daha az etkisinin olduğu saptanmıştır (Beck 2001).

Türkiye'de gerçekleştirilen bir meta-analize göre belirlenen risk faktörleri dört grupta toplanmıştır. Bu özellikler; sosyo-demografik özellikler, gebelikle ilgili özellikler, yenidoğanla ilgili özellikler ve psikososyal özelliklerdir. PPD'nin en güçlü yordayıcıları; ekonomik durum ve eşin çalışma durumu, planlanan gebelik ve gebelik sırasında stresli olma, gebeliğe hastalıkların eşlik etmesi, yenidoğanla ilgili sağlık sorunları, aile ve eşle ilgili sorunlar, azalmış sosyal destek ve bireyde ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması olmuştur (Özcan ve ark. 2017).

Türkiye'de yapılan başka bir metaanalizde ise; 54 risk faktörü ortaya konmuş, en sık bildirilenler; gebelikten önce var olan mental problemler / depresyon, istenmeyen gebelik, düşük gelir, kötü evlilik ilişkisi, evlilik ilişkisinden memnuniyetsizlik ve ev hanımı olmak olmuştur (Karaçam ve ark. 2018).

2.1.3.3.4. Postpartum Depresyon Patofizyolojisi

Postpartum depresyonun (PPD) patofizyolojisi karmaşıktır ve henüz tam olarak belirlenememiştir. Bununla birlikte, hormonal faktörler, genetik ve immun fonksiyonlar gibi biyolojik faktörlerin rol oynayabileceğine dair kanıtlar vardır (Stewart ve Vigod

2019). PPD tanısı, başlangıç zamanlamasında, geçmiş depresyon öyküsü, gebelik ve bebek faktörleri, sosyal koşullar, genetik yük ve endokrin boyutunda önemli değişkenlik içerdiğinden, spesifik bir etiyolojiyi bulmayı zorlaştırmaktadır (Schiller ve ark. 2015; Stewart ve Vigod 2019).

Hormonlar: Gebelik döneminde yüksek seyreden östrojen ve progesteron düzeylerinin doğumdan sonra hızla azalmaları, postpartum ruhsal bozuklukların etyolojisinden sorumlu tutulmuştur (Gülseren 2013 p. 293; Stewart ve Vigod 2019). Duygu işleme, uyarılma, biliş ve motivasyonda önemli bir role sahip olan bu iki hormon, tiroid fonksiyonu, laktojenik hormonlar, hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen, immun sistem ve genetik ekspresyon (ifade) gibi majör depresyonda yer alan çeşitli biyolojik sistemleri de düzenlemektedir (Schiller ve ark. 2015). Dahası, beyin görüntüleme çalışmaları üreme hormonlarının normal ve anormal duygusal durumlarda yer alan nöro devreleri düzenlediğini de göstermiştir (Berman ve ark. 1997; Goldstein ve ark. 2005). Ancak birçok insan ve hayvan çalışması üreme hormonu seviyelerindeki değişikliklerin PPD'ye katkıda bulunduğunu belirtse de (Buckwalter ve ark. 1999; Bloch ve ark. 2000; Stoffel ve Craft 2004), bazı çalışmalar hormon konsantrasyonları ve PPD semptomları arasında bir ilişki tespit edememiştir (O'Hara ve ark. 1991; Buckwalter ve ark. 1999). Bazı çalışmalarda ise, büyük bir progesteron metaboliti olan allopregnanolondaki peripartum değişikliklerin PPD'de kritik bir rol oynayabileceği gösterilmiştir (Epperson ve ark. 2006; Schiller ve ark. 2015). Progesteron metabolitleri beyindeki GABA (Gamma aminobutirik asit) reseptörleri üzerine etki ederek GABA nörotransmisyonunu arttırarak sedatif benzeri etkiler üreterek, hem anksiyeteyi hem de depresyonu etkilemektedir. Doğumdan sonra allopregnanolon düzeylerindeki ani azalmanın GABA reseptörleri aracılığıyla PPD'yi tetiklemede önemli bir rol oynayabileceği gösterilmiştir (Schiller ve ark. 2015). Stewart ve Boydell (1993), yaşamları boyunca (premenstrual, perinatal ve perimenopozda) üreme hormonlarında değişimlere özellikle genetik duyarlılığı olan kadınların savunmasız olduğunu da belirtmişlerdir.

Tiroid hormonları, tiroid disfonksiyonu ve majör depresyon arasındaki varsayılan ilişki nedeniyle PPD'de biyobelirteç olarak önerilmiştir: depresyonun tiroid patolojilerine eşlik ettiği, tiroid disregülasyonunun depresyona eşlik ettiği ve tiroid hormon uygulanmasının antidepresan tedavisini arttırdığı ve hızlandırdığı düşünülmektedir. Östrojen, tiroksin bağlayıcı globülini (TBG) arttırmakta ve sonuç olarak dolaşımdaki tiroksin (T4) seviyelerini arttırmaktadır. Tiroid disfonksiyonu gebelikle ilişkilidir ve bazı

kadınlarda PPD oluşumuna neden olabilmektedir (Schiller ve ark. 2015). Ancak, daha önce yapılan çalışmalar, tiroid hormonu düzensizliği ve PPD arasındaki ilişkiyi net bir şekilde tespit edememiştir (Bloch ve ark. 2003; Albacar ve ark. 2010).

Laktojenik hormonlardan oksitosin ve prolaktin de PPD'de rol oynamaktadır. Laktojenik hormonlar sadece anne sütünün sentezini ve salgılanmasını değil, aynı zamanda anne davranışını ve duygu durumunu da düzenlemektedir. Özellikle oksitosin, planlanmamış erken sütten kesme ve PPD arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Östrojen ve progesteron, anne davranışı ve emzirme ile ilişkili beyin bölgelerinde oksitosin mRNA ekspresyonunu modüle etmektedir (Schiller ve ark. 2015).

Stuebe ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, emzirme sırasında salgılanan oksitosin doğum sonrası 8. haftada depresyon ve anksiyete belirtileri ile ters orantılı bulunmuştur. Azalmış oksitosin kadınları PPD'ye yatkın hale getirebilmekte ve daha sonra başarısız emzirmeye yol açabilmektedir (Stuebe ve ark. 2013). Ancak oksitosin, PPD dahil olmak üzere çok çeşitli psikiyatrik bozukluklar için bir tedavi seçeneği olarak incelenmiş ve yapılan çalışmalarda tutarsız bulgular saptanmıştır (Mah ve ark. 2013; Kim ve ark. 2014). Emzirme ve PPD arasındaki ilişkiye baktığımızda da literatürde tutarsız sonuçlar bulunmaktadır. Antenatal depresyon, PPD ve emzirme arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 48 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede, neredeyse tüm çalışmalarda emzirme süresi PPD ile ilişkilendirilmiş, antenatal ve PPD'nin, daha kısa emzirme süresi ile ilişkili olduğu, gebelikte yaşanan depresyonun daha kısa emzirme süresini öngördüğü bildirilmiş ancak ileriye dönük daha fazla çalışmanın yapılması gerekliliği de vurgulanmıştır (Dias ve Figueiredo 2015). Yine emzirmenin uzun ve kısa süreli etkilerinin incelendiği bir metaanalizde de, daha kısa emzirme süresinin, daha yüksek PPD riski ile ilişkili olduğu ancak bu bulgunun kanıt düzeyinde olmadığı belirtilmiştir (Chowdhury ve ark. 2015).

Genetik: Çok faktörlü etiyolojisine rağmen, genetiğin PPD oluşumunda önemli bir rol oynadığı bilinmektedir Ancak aile, aday gen, genom çapında ve gen manipülasyon çalışmalarında (Forty ve ark. 2006; Figueira ve ark. 2010; Alvim-Soares ve ark. 2013) çok sayıda genin muhtemelen PPD'ye katkıda bulunduğu belirlense de, spesifik genetik varyasyonların rolü belirsizliğini korumaktadır (Schiller ve ark. 2015; Stewart ve Vigod 2019). PPD ve genetikle ilişkişini inceleyen bir sistematik derlemede sonuçların çelişkili olmasına dikkat çekilmiş ve yeni başlayan olgular epigenetikle ilişkilendirilmiştir.

PPD'ye dahil olan genleri ve bu genler ile PPD arasındaki ilişkiyi belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır (Clout ve Brown 2015).

İmmun Fonksiyon: İmmun fonksiyon, perinatal dönemde dalgalanan estradiol tarafından düzenlenmektedir. İmmünsüpresyondan sorumlu antienflamatuar sitokinler fetüsü korumak için gebelikte yükselmekte, ancak doğumdan sonra bağışıklık sistemi hızla proenflamatuar hale gelmekte ve birkaç hafta boyunca böyle kalmaktadır. PPD'nin prenatal immün belirteçleri ile ilgili çalışmalar çelişkili bulgular bildirmiştir, bu nedenle PPD'de bağışıklık fonksiyonunun rolü belirsizliğini korumaktadır (Krause ve ark. 2014; Schiller ve ark. 2015).

Çocukluk çağı travma öyküsü, travmatik doğum, psikososyal stres veya uyku yoksunluğu gibi psikosoyal faktörler de PPD gelişme riskini arttırmaktadır. Howard ve ark. (2013) yaptıkları metaanalizde, perinatal depresyon, anksiyete ve posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) semptomlarının yüksek düzeyde olmasının, aile içi şiddet yaşamakla önemli ölçüde ilişkili olduğunu saptamışlardır (Howard ve ark. 2013).

2.1.3.3.5. Postpartum Depresyon Klinik Özellikleri

Postpartum depresyon (PPD)'nun klinik tablosu perinatal olmayan majör depresyonla aynı tanı kriterlerini paylaşmaktadır: depresif ruh hali, ilgi kaybı, anhedoni, uyku ve iştah bozukluğu, konsantrasyon bozukluğu, psikomotor sorunlar, yorgunluk, suçluluk, annelik rolüyle ilgili yetersizlik veya değersizlik duyguları ve intihar düşünceleridir. Bu semptomlar, bir maddeye veya başka bir tıbbi duruma atfedilmeyen klinik olarak önemli sıkıntılara veya işlev bozukluğuna neden olmalıdır. PPD tanılı hastalarda aynı zamanda duygu durum değişkenliği, anksiyete, ajitasyon, bunalmış hissetme ve takıntılı endişeler de mevcuttur. Bu endişeler genellikle bebeğin sağlığı, beslenmesi ve banyo güvenliği ile ilgilidir. İntihar düşünceleri, PPD semptomları olan kadınların yaklaşık %20'sini etkilemekte olup, bazılarında çocuklarına zarar verme düşünceleri de bulunmaktadır. Panik ataklar ve psikomotor ajitasyon görülebilmektedir. Psikomotor ajitasyon ve uyuşukluk belirtileri PPD'de major depresif bozukluktan daha belirgindir (Arnold ve ark. 2002; Gülseren 2013 p. 294; Schiller ve ark. 2015; Stewart ve Vigod 2019).

Depresif belirtiler, kilo, uyku ve enerji değişiklikleri gibi belirtilerin, postpartum dönemin kendi doğasından mı kaynaklandığı yoksa bir patolojiyi mi işaret ettiğini anlamak bazen zor olabilir ve bu durum klinik tanının konulmasını zorlaştırmaktadır.

PPD'nin prevalans oranlarındaki farklılıklar da, önceki çalışmaların depresif semptomlara katkıda bulunabilecek olası fiziksel nedenleri (anemi, diyabet ve tiroid disfonksiyonu dahil) çalışma dışı tutmamasından kaynaklanmaktadır (Arnold ve ark. 2002).

2.1.3.3.6. Postpartum Depresyonun Anne ve Fetüse Etkileri

Postpartum depresyonun (PPD) anne, bebek, evdeki diğer çocuklar ve eş üzerinde etkileri bulunmaktadır. PPD'li bir kadın fiziksel sağlığını ve refahını ihmal edebilmekte ve madde kötüye kullanımı veya kendine zarar verme gibi olumsuz davranışlarda bulunabilmektedir (Drury ve ark. 2016; O'Hara ve McCabe 2013; Stewart ve Vigod 2019). Zayıf anne bebek bağlanması, bebeğin reddedilmesi, ihmal ve istismar davranışları dahil olmak üzere anne-bebek bağlanmasında ciddi sorunlar daha sık görülmektedir (Sockol ve ark. 2013).

Aynı zamanda PPD, annenin çok sayıda bakım davranışını da etkilemektedir. Depresyondaki kadınların emzirmeyi erken bırakma veya emzirme problemleri yaşama olasılığı daha yüksek olup, çocuklarını takip amaçlı sağlık kuruluşuna götürme, bebek aşılarını tamamlama, güvenlik cihazları kullanma ya da bebeklerini tercih edilen uyku pozisyonuna yerleştirme olasılıkları daha düşüktür (Zajicek-Farber 2009; Sockol ve ark. 2013). Uyumsuz ebeveynlik ya da olumsuz anne-bebek etkileşimleri de ortaya çıkabilmektedir. Bebek üzerinde ise, güvensiz anne-bebek bağlanma riskinin artması ve uzun vadede duygusal, sosyal, bilişsel ve dil gelişiminin bozulması dahil çok sayıda etkisi bulunmaktadır (Drury ve ark. 2016; Smith-Nielsen ve ark. 2016; O'Hara ve McCabe 2013). Maternal depresyon ile çocukların davranış sorunları veya duygusal işlevleri arasındaki ilişkinin gücünü incelemek amacıyla yapılan 193 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, maternal depresyon ile dışlama psikopatolojisi arasında çocuğun yaşıyla orantılı olarak bir ilişki saptanmış, küçük çocuklar için etki boyutları daha güçlü bulunmuş, içselleştirme problemlerinin kız çocuklarda daha yoğun olduğu belirlenmiştir (Goodman ve ark. 2011). Toplamda 702 anne ile yapılan bir çalışmada, PPD tanısı almış annelerin çocuklarının 16 yaşına kadar depresyon riski altında olduğu saptanmıştır. Bu da bebeklik döneminde ve ilk yıllarda kurulan güvensiz bağlanma ile açıklanmaktadır (Murray ve ark. 2011). PPD ayrıca çocuklarda daha zayıf dil, bilişsel, duygusal gelişim ile de ilişkilendirilmiştir (Brand ve Brennan 2009; Grace ve ark. 2003). Depresyon ne kadar şiddetli ve kronik ise, çocuk üzerindeki olası etkisi o kadar büyük olmaktadır

(O'Hara ve McCabe 2013). Nadiren bebeğe fiziksel zarar verme davranışı (infantisit) meydana gelmektedir (Stewart ve Vigod 2019).

Gump ve ark. (2009) doğum sonrası üç aydan 10 yıla kadar dokuz zaman noktasında (3 aylık, 6 aylık, 1 yaşında, 2 yaşında, 4,25 yaşında, 6 yaşında, 7 yaşında, 8 yaşında ve 10 yaşında) 176 kadında depresif belirtileri değerlendirmiş ve doğumu takip eden 10 yıl boyunca kronik olarak yüksek depresif semptomları olan annelerin çocuklarında daha zayıf çocuk kardiyovasküler işlevsellik (artmış kardiyak output ve vuruş hacmi, akut stres sırasında daha düşük vasküler direnç) ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu durumun da hiperkinetik sınırda hipertansiyonun erken aşamalarıyla uyumlu olduğu vurgulanmıştır (Gump ve ark. 2009). 107.587 primpar kadın üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise, doğum sonrası altı ay boyunca gebeliğin herhangi bir noktasında depresyon tanısı alan annelerin çocuklarında, gastrointestinal enfeksiyonlar ve düşük solunum yolu enfeksiyonları oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (Ban ve ark. 2010). Yapılan diğer çalışmalar, PPD'nin çocuk büyümesini olumsuz etkilediğine dair kanıtlar sunmaktadır (Ertel ve ark. 2010; Gress-Smith ve ark. 2012).

2.1.3.3.7. Postpartum Depresyon Önlenmesi, Tedavisi ve Yönetimi

Belirli bir bozukluğu yaşayan bireylerde yapılan tedavinin amacı, semptomları hafifletmek olsa da, önleyici girişimler bu bozukluğun ilk başlangıcının olmamasını amaçlamaktadır. Duygusal ve davranışsal zorluklar genellikle hastalığın başlamasından sonra tanımlanmakta ve tedavi edilmektedir, ancak bu bozuklukların önlenmesi mental hastalıkla ilişkili insani ve ekonomik maliyetleri önemli ölçüde azaltabilmektedir (Sockol ve ark. 2013). Ruh sağlığı sorunları arasında postpartum depresyon (PPD), önleme çalışmaları için eşsiz bir fırsata sahiptir. Çok somut bir olayın (yani doğumun) ardından sınırlı bir zaman dilimi içinde gerçekleşmekte ve kadınların sağlık bakım sistemiyle düzenli temas halinde olduğu gebelikte tanımlanabilmektedir (O'Hara ve McCabe 2013). Bu nedenle gebelik ve postpartum dönemde kadınların bakımında yer alan sağlık profesyonellerinin (doğum uzmanları, ebeler, hemşireler, aile hekimleri ve çocuk doktorları) gebelik sırasında ruhsal bozuklukların başlangıcı veya nüksetmesi için yüksek risk altında olanları belirlemeleri, belirtileri erken tanımlamaları ve belirtiler kronikleşmeden tedaviye başlanması tedavide en önemli unsur olmaktadır. Postpartum dönem ise, önceden ruhsal hastalığı olan kadınlarda psikiyatrik semptomların alevlenmesi

için potansiyel bir risk taşımaktadır. Doğumdan önce böyle bir durum için bir tedavi planı geliştirmek en uygun şeçenek olmaktadır. Postpartum önleme için net bir kılavuz veya uzlaşı öngörülememiştir, ancak duruma göre üç yaklaşımdan biri gerekebilmektedir:

1. Aktif tedavi / korunma — doğumdan önce tedavinin başlatılması, böylece hastanın postpartum döneme girmeden önce normal duygudurumda ve stabil olması sağlanmaktadır.

2. Postpartum önleme — doğumdan sonra tedavinin başlatılması.

3. Yakın gözlem — doğumdan önce müdahale kriterlerinin tartışılması. Doğumdan sonraki ilk 2 hafta boyunca yapılan değerlendirme, postpartum annelik hüznü vakalarını ve daha sonra depresyon için risk oluşturabilecek vakaların belirlenmesini sağlayacaktır (Arnold ve ark. 2002).

Depresif belirtilerle başvuran bir gebe veya lohusadan öncelikle ayrıntılı öykü alınmalı, fizik muayene ve biyokimyasal incelemeler yapılarak organik sorunlar dışlanmalıdır (Gülseren 2013 p. 295; Austin ve Marcé Society Position Statement Advisory Committee 2014; Milgrom ve Gemmill 2014; Erken 2016; Eser 2017). Gebelik sırasında tanımlanan yüksek riskli kişiler ek risk faktörleri açısından daha yakından taranmalıdır. Bunun yanı sıra erken gebelikte EPDÖ (Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği) veya BDE (Beck Depresyon Envanteri) gibi bir depresyon derecelendirme ölçeğinin kullanılması, karşılaştırma veya sonraki değerlendirme için bir temel oluşturmaktadır. ACOG (2015a) bu konuda kadın doğum uzmanlarını uyarmakta ve gebelik döneminde kadınların en az bir kez standart ve geçerli ölçüm araçları ile depresyon, anksiyete gibi ruhsal bozukluklar açısından kontrol edilmesi ve gerektiği durumlarda sevk edilmesini tavsiye etmektedir. Aynı şekilde ebeler için hazırlanan ulusal rehberler de gebelik ve postpartum dönemde kadın ile uzun süre birlikte olan ebelerin de bu konuda duyarlı olması gerektiği ve hafif düzeyde depresyon varlığında ebelerin terapötik ilişki sayesinde, kadının var olan destek kaynaklarını harekete geçirerek depresyonun önlenmesinde rolü olduğuna vurgu yapmaktadır (NICE 2017). Türkiye'de ise, PPD değerlendirmesi yapılması T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde yer almaktadır. Rehberde annenin doğum sonrası ebeler tarafından yapılan

6. izleminde (30-42. günlerde) EPDÖ ile değerlendirilmesi, ölçekten 12 puan ve üzeri alanların sevk edilmesi yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014).

PPD'nin etkin yönetimi kapsamlı ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (Şekil 2-1). PPD tanısı konmuşsa, öz bakımı, pratik ve duygusal sosyal desteklerini arttırmak ve olumsuz yaşam olaylarının, stresörlerin oluşumunu ve / veya etkisini azaltmak için tüm kadınlarda psikososyal stratejiler gereklidir (Stewart ve Vigod 2019).

Tüm PPD	**PPD: orta şiddette**	**PPD: şiddetli**
Öz bakımı geliştirmeye yönelik girişimler Uykusuzluğu gidermeye yönelik girişimler Egzersiz Psikososyal destek girişimleri Sosyal stres faktörlerini, tıbbi ve psikiyatrik hastalık öyküsünü araştırmak ve bunlara yönelik girişimler uygulamak	BDT (Bilişsel davranış terapisi) ve KİPT (kişilerarası ilşkiler psikoterapisi) dahil psikolojik tedaviler PPD psikosoyal girişimlerle remisyon sağlanamadıysa, SSRI - Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü eklemek (laktasyon güvenliğini göz önünde bulundurmak)	Tek başına veya psikolojik girişim ile SSRI (laktasyon güvenliğini göz önünde bulundurmak) SSRI'ya yanıt yoksa antidepresan değiştirme veya güçlendirme stratejilerine baş vurmak Şiddetli intihar, psikoz veya tedavi direnci mevcutsa EKT (elektro konvülsif tedavi)'yi düşümek

Şekil 2-1: Postpartum Depresyonun Kademeli Bakım Yönetimi

Anne ve bebeğin güvenliği, her bakım düzeyinde sürekli olarak değerlendirilmelidir (Stewart ve Vigod 2019).

Postpartum dönemle ilgili ruhsal hastalıkların bilgisi antik döneme kadar uzanmaktadır, ancak tedavi sonuçları halen yetersizdir. PPD patofizyolojisinde tek bir faktör olmadığından tüm hastalara uygulanacak standart bir tedavi yöntemi de bulunmamaktadır (Gülseren 2013 p. 295; Stewart ve Vigod 2019).

Farmakolojik Tedaviler: PPD şiddetli olduğunda veya psikolojik tedaviye yeterince yanıt vermediğinde, kendi başına veya psikoterapötik girişimlere ek olarak antidepresan ilaç gerekebilmektedir. PPD için antidepresanlar değerlendirilmiş ve herhangi bir spesifik antidepresanın (SSRI) PPD için diğerinden daha etkili olup olmadığı

net olmamasına rağmen, plaseboya kıyasla daha yüksek remisyon oranları ile sonuçlandığı gösterilmiştir (Molyneaux ve ark. 2014).

Farmakolojik tedavi önerirken bebeğin laktasyon yoluyla ilaca maruz kalması hesaba katılmalıdır. Çoğu antidepresan emzirme döneminde kontrendike değildir. SSRI (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü) grubundan sertralinin anne sütüne en az geçişi olduğu bilinmektedir ve bu nedenle tedaviye yeni başlandığında tercih edilmektedir. Yenidoğanın ikinci bir moleküle maruz kalmaması açısından postpartum dönemde ilaç değişikliği önerilmemekte, gebelikte başlanan ilaca devamı tercih edilmektedir (Gülseren 2013 p. 296; Stewart ve Vigod 2019). Ancak gebelik döneminde antidepresan tedavisi ile ilgili çatışmalar mevcuttur ve birçoğu psikoterapileri farmakoterapiden daha kabul edilebilir bulmaktadır (Frieder ve ark. 2019).

PPD patofizyolojisi hakkında ortaya çıkan bazı kanıtlardan yola çıkarak, bazı yeni girişimler geliştirilmekte ve değerlendirilmektedir. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) kullanılarak yapılan bir çalışmada skoru ≥20 olan (şiddetli PPD) dört kadına brexanolone verilmiş ve üçüncü trimester allopregnanolone seviyelerine ulaşana kadar 36 saat devam eden infüzyondan 12., 24., 36., 48., 60. ve 84. saat sonra değerlendirmeler yapılmış ve ortalama HDDÖ toplam skorları düşmüştür (Kanes ve ark. 2017). Üç randomize kontrollü çalışmanın (n=267) dahil edildiği bir metaanalizde ise, tek bir brexanolone infüzyonunun PPD için hızlı antidepresan etkisi olduğu ve 1 haftaya kadar sürdüğü belirlenmiştir. Brexanolone'un kısa ve uzun vadeli terapötik etkisinin büyük ölçekli randomize kontrollü çalışmalarda incelenmesi gerektiği de vurgulanmıştır (Zheng ve ark. 2019).

Postpartum ruhsal bozuklukların tedavisinde başka bir farmakolojik ajan olarak gonadal hormonların kullanımı, progesteron tedavisi ve dilaltı ya da transdermal östrojen tedavisini içermektedir (Frieder ve ark. 2019). Ancak PPD'nin önlenmesi ve tedavisinde doğal progesteronun rolü henüz randomize, plasebo kontrollü bir çalışmada değerlendirilmemiştir (Dennis ve Ross 2008). Gregoire ve ark. (1996)'nın yaptığı çalışmada estradiolün yararlı olduğuna ilişkin bulgular elde edilmiş ve endometriyal hiperplazi kanıtı da bulunmamıştır. Son yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada ise 6 PPD'li kadına transdermal 17β-estradiol (100 mcg/gün) uygulanmış, 6 PPD'li kadın ise plasebo grubuna atanmıştır. Trandermal estradiol monoterapisinin, 3 hafta kadar erken bir zamanda plaseboya kıyasla PPD'deki duygudurum semptomlarını önemli ölçüde

azaltabileceği saptanmış, ancak daha büyük çalışmalara ihtiyaç olduğu da vurgulanmıştır (Li ve ark. 2019). Güvenli doz aralığı ve hangi formda verilmesinin uygun olacağına ilişkin net veriler bulunmamaktadır (Gülseren 2013 p. 296). Progesteronun uzun süredir anksiyolitik ve depresyona karşı koruyucu olduğu düşünülmekte ve progesteron çekilmesinin PPD ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (Gilbert Evans ve ark. 2005; Yim ve ark. 2015).

Somatik Tedaviler: PPD'li kadınların çoğunun psikolojik ve farmakolojik tedavileri tercih etmesi ve özellikle emzirme döneminde ilaçtan kaçınma isteğinin, orta ve şiddetli PPD semptomları olan kadınlar için tedaviye engel oluşturduğu düşünülmektedir (Walton ve ark. 2014). Elektrokonvülsif tedavi (EKT), psikiyatride en etkili tedavilerden biri olan somatik bir tedavidir (Gressier ve ark. 2015; Frieder ve ark. 2019). Şiddetli PPD tedavisinde, özellikle inatçı intihar düşünceleri veya psikotik semptomların varlığında kullanılmaktadır (Gressier ve ark. 2015). EKT'nin genel anestezi gerektirmesi ve bellek sorunları gibi yan etkilere sahip olmasından dolayı, çoğu kadın için bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmemektedir (McClintock ve ark. 2014; Gressier ve ark. 2015). Ancak Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association- 1990) EKT'yi gebelik sırasında şiddetli duygudurum bozukluklarının tedavisinde etkili ve güvenli bulmaktadır. Gebelikte EKT kullanımına ilişkin kılavuzlar yayınlanmış olmasına rağmen (Ward ve ark. 2018), EKT kullanımına ilişkin randomize kontrollü çalışmalara dayalı yeterince kanıt yoktur. Sekiz olgu sunumu ve 8 çalışma ile yapılan bir sistematik derlemede postpartum dönemde yapılan EKT'nin iyi tolere edildiği, hızlı tepki verdiği ve emzirmeye izin vermesi açısından avantajlı olduğu saptanmıştır (Gressier ve ark. 2015).

Somatik tedavilerden olan tekrarlayan transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS) ve transkraniyal doğru akım stimülasyonu gibi fokal beyin stimülasyon terapilerinin etkinliği ve güvenliği için de kanıtlar artmaktadır (Vigod ve ark. 2014; Andriotti ve ark. 2017).

Yine somatik tedavilerden olan parlak ışık tedavisinin (PIT) de depresyonda etkili olduğu, bu etkisinin sabah ışık verildiğinde gece melatonin sirkadyen ritminin başlamasına dayandığı belirtilmiştir (Terman ve ark. 2001). Genellikle sabahın erken saatlerinde evde günde 30 dakika süreyle 10.000 lüks (yoğunluk) floresan ışık kutusuna maruz bırakılmasından oluşmakta ve yanıt genellikle üç hafta içinde ortaya çıkmaktadır

(Al-Karawi ve ark. 2012). Parlak ışık tedavisi, düşük maliyetli, ev tabanlı ve farmakoterapiden çok daha düşük yan etki profiline sahip olduğu için perinatal depresyon için çekici bir tedavi olabilmektedir (Crowley ve Youngstedt 2012). Mevsimsel olmayan depresyonu olan gebelerle yapılan iki küçük randomize kontrollü çalışmada, plaseboya kıyasla parlak ışık tedavisi alan gebeler arasında depresyonda anlamlı iyileşme göstermiştir (Epperson ve ark. 2004; Wirz-Justice ve ark. 2011). Oren ve ark. (2002) ise PIT tedavisini uyguladıkları 16 gebede, 3 hafta sonunda depresyon puanlarında %49,5, haftalık tedavi sonunda ise %59 iyileşme saptamışlardır (Oren ve ark. 2002). Postpartum depresyondaki etkinliğinin değerlendirildiği bir randomize kontrollü çalışmaya ulaşılmış, çalışmada soluk kırmızı ışık ve parlak ışık kullanılmış, her iki grup da, koşullar arasında önemli bir fark olmaksızın, tüm ölçümlerde zaman içinde önemli gelişme göstermiştir (Corral ve ark. 2007). Bu çalışmalar, gebelik ve postpartum depresyon için PIT'ın etkinliğine dair kanıt sağlasa da, örneklem büyüklükleri küçüktür. Daha önce teşhis edilmemiş olsa bile, parlak ışık tedavisi sırasında, hastalar hipomani veya mani, uyku bozukluğu ve ajitasyon gibi ortaya çıkan semptomlar açısından dikkatle izlenmelidir (Deligiannidis ve Freeman 2014).

Türkiye'de gebelik ve postpartum dönemde görülen ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılabilecek psikosomatik tedavilerin incelendiği, 12 çalışmanın alındığı sistematik derlemede, TMS ile yürütülen çalışmaların hiçbirinde anne/ fetüs/ yenidoğana ait bir yan etki bildirilmezken; EKT ile yürütülen çalışmalarda geçici fetal aritmi, pelvik ağrı, erken doğum, ölü doğum gibi yan etkiler görüldüğü saptanmıştır. EKT ile yürütülen çalışmalarda birtakım maternal ve fetal komplikasyonlar gelişse de (çarpık ayak- club foot, doğuştan kalça displazisi, geçici kalp yetmezliği, intrauterin gelişme geriliği) ortaya çıkan bu komplikasyonların uygulama ile ilişkisini yorumlamada dikkatli olmak gerektiği vurgulanmıştır (Boyacıoğlu 2021).

Psikososyal ve Psikolojik Girişimler: PPD'li kadınlar genellikle karşılıklı empati içeren bir şekilde başkalarıyla bağlantı kurarak semptomlarını normalleştirmeye çalışmaktadır (Scrandis 2005). Annelerin algılanan destek ihtiyaçlarını inceleyen bir çalışmada (Nicole ve ark. 2007), kadınlar PPD'nin kendisini anlayan, ideal olarak deneyimleyen ve iyileşen birinden bire bir destek alma arzusunu dile getirmişlerdir. Hafif PPD'li kadınlar için akran desteği ve bir profesyonelden yönlendirici olmayan danışmanlık gibi psikososyal stratejilerin kullanımını destekleyen kanıtlar

bulunmaktadır. Akran desteği, desteği veren kişinin durum hakkında deneyimsel bilgiye sahip olması nedeniyle diğer psikososyal destek stratejilerinden farklıdır. Yüz yüze (evde dahil) yapılan danışmanlıklar yanında sanal olarak yapılan (örneğin telefonla ve e-sağlık teknolojisi kullanılarak) danışmanlıklarla da ilgili çalışmalar mevcuttur. Akran desteği kadınlar tarafından oldukça kabul edilebilir bulunmakta ve PPD semptomlarını tek başına azaltabilmektedir (Leger ve Letourneau 2015). Profesyonellerin yönlendirici olmayan danışmanlığı ve akran desteği PPD semptomlarını azaltabilmekte, ancak psikolojik veya farmakolojik girişimler kadar etkili bir tedavi sunmamaktadır (Sharp ve ark. 2010; Dennis 2014).

Yapılan çalışmalarda terapötik girişimde bulunan sağlık profesyonellerinin genellikle ebe ve hemşireler oldukları görülmektedir. Kadının tedavi almasını kolaylaştırabilecek ve tedavinin sürekliliğini sağlayabilecek derecede sürekliliği olan profesyonel bir ilişkiye sahip olmaları bu meslek profesyonellerinin bir avantajı olmaktadır. Periyodik yapılan ev ziyaretleri kadının algıladığı sosyal desteği güçlendirebilmekte, kadını olumsuz düşüncelerden uzaklaştırabileceği gibi anne-bebek ilişkisini de kuvvetlendirebilmektedir (Tezel 2008; O'Hara ve McCabe 2013). Ancak bu girişimlerin kadınların evlerinde yapılması, gizliliği bozacak veya dikkat dağıtıcak nesnelerin varlığından dolayı terapötik ilişkiye zarar verebilmektedir (O'Hara ve McCabe 2013). Evde yapılan tedavilerin değeri konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Psikososyal ve psikolojik girişimler arasında yüz yüze ya da internet tabanlı bilişsel-davranışçı terapi (BDT), kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (KIPT), davranışsal aktivasyon (DA) ve kısa psikodinamik terapi yer almaktadır.

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (KİPT): Kişilerarası olaylara ve kişilerin kişilerarası işlevselliklerini iyileştirmeye odaklanan, süresi sınırlı bir psikoterapidir (Stuart 2006; Stuart 2012; Stuart ve Robertson 2012). Klerman ve ark. tarafından 1984'te bir araştırma bağlamında depresyon tedavisi için geliştirilmiş ve sistemleştirilmiştir (Stuart ve Robertson 2012). Klinik tedavi kılavuzlarında hafif–orta şiddette depresyonda monoterapi olarak kabul edilmektedir (Gelenberg ve ark. 2010; NICE 2010). KİPT, kişilerarası kuram ve bağlanma kuramına dayanmaktadır. Kişilerarası kurama göre tecrübelerin en önemli bileşeni ilişkilerdir. Olumsuzluk yaşanan ilişkilerde, biyolojik olarak yatkınlığı olan kişilerde depresyon gelişirken, olumlu olayların yaşandığı ilişkiler

de depresyondan korumaktadır. Bağlanma kuramına göre ise, erken çocukluk döneminde temeli atılan güvenli bağlanma, yaşamın ileriki yıllarında sağlıklı ilişkiler kurabilmeyi kolaylaştırmakta, güvensiz bağlanma stilleri ise depresyona yatkınlığı arttırmaktadır. Bu nedenle KİPT seansları, hastanın bağlanma stili göz önünde bulundurularak, bağlanma deneyimleri ve gereksinimlerinin nasıl daha iyi karşılanabileceği üzerinden yürütülmekte, kişinin aldığı sosyal destek kaynaklarına ulaşması ve bu desteği arttırması hedeflenmektedir (Sayar ve Omay 2019). Çok sayıda araştırma ile KİPT'in depresyon tedavisindeki etkinliğinin gösterilmesi, postpartum depresyon tedavisinde de kullanılmasıyla sonuçlanmıştır (Atar ve Aydın 2019). Literatürde, PPD'li kadınlar için en iyi belgelenmiş psikoterapi formu KİPT'dir (O'Hara ve ark. 2000; Stuart ve Robertson 2012). KİPT'deki başarının nedeni, PPD'li kadınların genellikle kişiler arası ilişkilerde çatışma yaşamaları ve sosyal desteğe ihtiyaç duymaları, ancak sosyal desteği aktif hale getirilememelerinden kaynaklanmaktadır.

KİPT grup ve bireysel olarak iki şekilde uygulanabilmektedir. KİPT'in kişilerarası etkileşimlere yaptığı vurgu göz önüne alındığında, KİPT'in bir grup ortamında uygulandığında daha etkili olduğu düşünülmektedir. Grup KİPT'inin izolasyonu azaltabileceği, sosyal desteği artırabileceği, annelerin deneyimlerini normalleştirebileceği ve damgalanmayı azaltabileceği vurgulanmaktadır (Goodman ve Santangelo 2011; Reay ve ark. 2012; Sockol 2018).

Yapılan metaanalizler, perinatal depresyonun önlemesinde (Sockol ve ark. 2013) ve tedavisinde (Bledsoe ve Grote 2006; Sockol ve ark. 2011; Claridge 2014). KİPT'in etkili olduğunu bildirmektedir. Bu metaanaliz çalışmalarından birinde, KİPT'in perinatal depresif semptomların tedavisinde ilişkisel girişimlerden (çift terapisi gibi) (Claridge 2014), bir diğerinde ise, bilişsel-davranışçı terapiden (BDT) daha etkili olduğu bulunmuştur (Sockol 2015). Son yapılan bir metaanalizde de, gebelikte ve postpartum ilk yılda depresif belrtilerin tedavisinde etkili olduğu, kişilerarası işlevselliği iyileştirdiği ve anksiyete için bir tedavi olarak umut vaat ettiği belirtilmiştir (Sockol 2018).

Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT): Beck (1970) ve Ellis'in (1962) öncülüğünü yaptığı BDT, bilişsel ve davranışçı yaklaşımın tek çatı altında bir araya gelmesini ifade eden, düşüncelerimizin; duygularımızı ve davranışlarımızı belirlediğini vurgulayan hasta temelli, kişiselleştirilmiş bir terapidir (Beck 1970; Beck 1979; Hofmann ve ark. 2012; Özcan ve Çelik 2017; Bengisoy ve ark. 2019) Bilişsel kurama göre, duygu ve

davranışlarımız, olayları yorumlayış biçimlerimizden etkilenmekte, bireylerin duygularını belirleyenin olayın kendisi değil, kişinin kendi düşünce sisteminde olaya yüklediği anlam olduğu, dolayısıyla bu olumsuz bilişlerin duygusal sıkıntı ve davranış problemlerinin sürdürülmesine katkıda bulunduğu savunulmaktadır (Beck 1970; Bengisoy ve ark. 2019; Hofmann ve ark. 2012). Tedavinin genel amacı olumsuz bilişlerin neden olduğu semptomların azaltılması ve bozukluğun hafifletilmesidir. Bu hedefe ulaşmak için hasta, olumsuz bilişleri sorgulamak ve neden olduğu olumsuz davranış kalıplarını değiştirmek için işbirliğine dayalı bir problem çözme sürecinde aktif bir katılımcı haline gelmektedir. Bu nedenle, modern BDT, bilişsel, davranışsal yöntemler ve duygu odaklı teknikleri (sorun çözme becerileri) birleştirmektedir (Hofmann ve ark. 2012; Özcan ve Çelik 2017). Terapide temel olarak bilişsel yeniden yapılandırma, psikolojik eğitim ve davranışsal aktivasyon yer almaktadır (Johansson ve Andersson 2012). Özetle, BDT'de yapılan, hastaların kendi özel inançlarını ve davranış kalıplarını anlamalarına yardımcı olmak ve işlevsiz düşüncelerini değiştirmenin daha iyi bir yolunu bulmak, böylece duygusal ve davranışsal değişiklikleri ortaya çıkarmak ve psikolojik ve duygusal sorunlarını düzenlemektir (Steel ve ark. 2014). Yapısı, kısa süreli olması ve şimdiye odaklanma özellikleri nedeniyle, BDT psikiyatrik bozukluklar için yaygın olarak kullanılmıştır (Li ve ark. 2020). Birçok çalışma antenatal ve postpartum depresyonu olan gebe ve annelere de odaklanmıştır. Literatürde PPD ile ilgili BDT girişimleri bireysel ve grup girişimleri olarak iki şekilde değerlendirilmiştir. İki metaanaliz çalışması depresif belirtilerin giderilmesinde bireysel psikoterapinin grup psikoterapisinden daha üstün olduğunu belirtmekte (Cuijpers ve ark. 2008; Sockol ve ark. 2011) ve bireysel olarak uygulanan BDT'nin grup BDT'den daha etkili olabileceğine dair çalışma sonucu da bulunmaktadır (Sockol 2015). Gebelikte ve postpartum ilk yıl BDT'nin etkinliğini değerlendiren, 40 randomize ve yarı-randomize kontrollü çalışmanın alındığı bir metaanalizde, tedavi öncesinden tedavi sonrasına depresif belirtilerdeki değişim, hem tedavi hem de önleme çalışmalarında değerlendirilmiş ve BDT girişimlerinin, kontrollere kıyasla depresif belirtilerde önemli azalmalara neden olduğu saptanmış, ayrıca önleme çalışmalarında, BDT alan bireylerin postpartum depresif epizot oranları kontrollere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Sockol 2015). Son yapılan bir metaanalizde ise, gebelerin depresyon belirtilerini azaltmada BDT alan grubun normal bakım grubuna göre üstün olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ancak postpartum 4 aydan sonra anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. BDT'nin, kısa vadede depresyon

semptomlarını etkili bir şekilde hafifletebildiği, uzun vadeli etkisinin daha ileri klinik çalışmalarla doğrulanması gerektiği de belirtilmiştir (Li ve ark. 2020). PPD'de online BDT'nin etkinliğini araştıran 6 çalışmanın dahil edildiği bir metaanlizde ise, PPD'yi azaltmada orta büyüklükte etki büyüklüğü saptanmıştır (Roman ve ark. 2020).

PPD için geliştirilmiş 2 internet tabanlı BDT programı (6 modül MumMoodBooster ve 12 modül Netmums) bulunmaktadır. Her iki girişim de en az bir randomize kontrollü çalışma ile değerlendirilmiş ve postpartum depresyonda etkili olduğu bulunmuştur (O'mahen ve ark. 2014; Milgrom ve ark. 2016). MumMoodBooster, Melbourne Üniversitesi, Melbourne Psikolojik Bilimler Okulu Profesör Jeannette Milgrom ve ark. (2016) tarafından geliştirilmiştir. İnternet tabanlı BDT olup, metropol, kırsal ve uzak bölgelerdeki çok sayıda kadın için potansiyel olarak erişilebilir olan uygulanabilir ve etkili bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir ve düzenli telefon desteğini içermektedir. MumMoodBooster'ı yüz yüze yapılan BDT ile karşılaştıran daha büyük bir randomize kontrollü çalışma başlatılmış ancak henüz sonuçlanmamıştır.

Netmums ise internet davranışsal aktivasyon (BA- perinatal depresyon için neredeyse tüm bilişsel-davranışçı tedavilerin bir bileşeni) tedavisinin modifiye edilmiş halidir (O'mahen ve ark. 2014). Davranışsal aktivasyon tedavisi, bilişsel bileşenleri kullanmadan BDT'nin davranışsal bileşenlerine işlevsel bir analitik yaklaşım getiren ve geleneksel BDT kadar etkili olduğu kanıtlanmış basit, bireyleri normal rutinlerine yeniden dahil etmeyi amaçlayan hedef odaklı bir yaklaşımdır. BA, potansiyel olumsuz destek kaynaklarını azaltmak için kaçış veya kaçınma davranışlarını azaltırken, bireyi olumlu destek kaynaklarıyla zevkli faaliyetlerin kullanımına odaklamaktadır (Dimidjian ve ark. 2017; Huguet ve ark. 2018; O'Hara ve Engeldinger 2018). Postpartum yaşanan endişeleri gidermek için 12 seanslık, modüler, rehberli internet davranış aktivasyonu (BA) tedavisinin (Netmums) değerlendirildiği bir çalışmada, Netmums (n = 41) grubu, rutin tedavi (n = 42) grubuna göre depresyon, iş, sosyal bozukluk ve anksiyete puanları üzerinde büyük bir etki büyüklüğüne sahip olduğu ve tedaviden 6 ay sonra da depresyon üzerindeki bu etkinin devam ettiği saptanmıştır (O'mahen ve ark. 2014). Depresif gebe kadınlarla yapılan davranışsal aktivasyonun yer aldığı başka bir çalışmada, davranışsal aktivasyon grubu (N=86) ve olağan bakım grubu (N=77) oluşturulmuş, DA grubu olağan bakım grubuna göre anlamlı olarak daha düşük depresif semptomlar ve daha yüksek remisyon göstermiştir (Dimidjian ve ark. 2017).

BDT ve KİPT'in etkinliğinin değerlendirildiği, 1.324 depresif yeni anneyi içeren 10 randomize kontrollü çalışma sonuçlarının incelendiği bir metaanalizde, iki psikoterapi yönteminde, kazançların tedaviden hemen sonra ve daha uzun süreli takipte de (tedavinin bitiminden altı ay sonra) devam ettiği gösterilmektedir (Stephens ve ark. 2016).

Kısa Psikodinamik Terapi: Annede bebeğin temsili ve annenin bebeği ile olan ilişkisini anlaması ve doğumun gündeme getirdiği diğer dinamik konuları ele almaktadır (Cooper ve ark. 2003; Bloch ve ark. 2012). Kısa olan dinlemeye dayalı bu girişimin ana varsayımı, empatik ve yargılayıcı olmayan bir profesyonele duyguları hakkında konuşmanın, insanların kendileri ve yaşamları hakkında daha olumlu bir görüş almalarına yardımcı olacağıdır (Bloch ve ark. 2012). Kısa psikodinamik tedavinin postpartum depresyon üzerindeki etkinliğine bakılan bir çalışmaya ulaşılmış, hafif-orta şiddette postpartum depresyon tanısı alan 40 kadın 8 haftalık sertralin tedavisi ile eş zamanlı olarak kısa psikodinamik terapi ve plasebo almışlardır. Her iki tedavi grubu da önemli ölçüde iyileşirken, gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir. Ancak tedavi etkinliğini gsterebilmek için daha büyük çalışmalara ihtiyaç vardır (Bloch ve ark. 2012).

Genel olarak bakıldığında, 28 çalışmanın dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında; psikososyal veya psikolojik girişim alan kadınların postpartum depresyon gelişimi, standart bakım alan kişilerle kıyaslandığında belirgin şekilde daha düşük olduğu saptanmış olup, halk sağlığı hemşireleri ya da ebeler tarafından postpartum dönemde yapılan ev ziyaretlerinin, akran tabanlı telefon desteğinin ve kişiler arası psikoterapinin tedavide umut verici olduğu saptanmıştır (Dennis ve Dowswell 2013)

Vitamin, Mineral ve Besin Takviyeleri: Omega-3 yağ asitleri, folat, D vitamini, selenyum, çinko, magnezyum, B vitaminleri gibi besin takviyeleri de postpartum depresyon (PPD) tedavisinde henüz etkinliği kanıtlanmamış ancak araştırılan tamamlayıcı sağlık uygulamalarındandır (Gülseren 2013 p. 289). Omega-3 yağ asitleri, çoklu biyolojik sistemlerde bulunan çoklu doymamış yağ asitleridir. Farklı dozlarda ve formülasyonlarda (Eikosapentanoik asit (EPA) veya dokosaheksaenoik asidin (DHA) setil esterleri veya her ikisinin bir kombinasyonu) incelenmiştir. Omega-3 yağ asitlerinin artan serotonerjik nörotransmisyon, kortikotropin salgılayan faktörün (CRF) düzenlenmesi ve dopamin fonksiyonundaki değişiklikler gibi süreçlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Freeman ve ark. 2006); ancak mekanizmaları tam olarak anlaşılmamıştır (Freeman ve Rapaport 2011). Folatın ise, serotonin, dopamin ve

norepinefrin gibi nörotransmiterlerin sentezini etkileyerek depresyonu etkilediği düşünülmektedir (Freeman ve ark. 2010).

D vitamini birçok çalışmada antenatal depresyon ve postpartum depresyon ile ilişkilendirilmiştir; ancak, bu ilişkinin karmaşıklığı nedeniyle sonuçlar tutarsızdır. 14 çalışmayla yapılan sistematik bir derlemede, PPD ile ilgili dokuz çaışmadan beşi (%55) D vitamini ve PPD arasında önemli bir ilişki gösterirken, antanatal depresyonla ilgili olan yedi çalışmanın beşi (%71) de D vitamini durumu ile önemli bir ilişki göstermiştir (Aghajafari ve ark. 2018). 39 makalenin yer aldığı başka bir sistematik derleme, D vitamini, multivitaminler, selenyum, n-3 çoklu doymamış yağ asitleri (PUFA) veya probiyotiklerle diyet takviyesinin genellikle azalmış PPD riski ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Folat, Vitamin D ve n-3 PUFA ile ilgili çelişkili raporlar olmasına rağmen, kalsiyum, magnezyum, çinko, iyot, demir veya herhangi bir B vitamini takviyesinin PPD üzerinde etkiye sahip olmadığı belirlenmiş, ayrıca, antibiyotik kullanımı ve n-6 PUFA alımının, artan PPD riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Chen ve Konkle 2020). D vitamini eksikliğinin antepartum ve postpartum depresyon ile ilişkisini araştırmak için yapılan bir metaanalizde ise, maternal D vitamininin düşük değerlerinin postpartum depresyon için olumsuz bir faktör olabileceği, ancak mevcut kanıtların gebelik sırasında D vitamini eksikliği ile depresif semptomlar arasında bir ilişki olmadığı yönünde olduğu da vurgulanmıştır (Wang ve ark. 2018).

Postpartum kadınlarda çinko ve magnezyum takviyelerinin depresif belirtiler ve anksiyete üzerindeki etkilerine bakılan bir çalışmada, katılımcılar rastgele olarak çinko sülfat, magnezyum sülfat ve plasebo gruplarına randomize edilmiş (grup başına n = 33). girişim grupları 8 hafta boyunca günde 27 mg çinko sülfat tableti veya 320 mg magnezyum sülfat tableti alırken, kontrol grubu aynı dönemde her gün bir plasebo tableti almıştır. Çalışma sonucunda magnezyum ve çinkonun postpartum anksiyete ve depresif semptomları azaltmadığı sonucuna varılmıştır (Fard ve ark. 2017). PPD'li 70 annenin alındığı başka bir çalışmada, doğumdan 1 hafta sonra annelerin bir kısmına günlük 50 mg elemental demir takviyesi verilmiş, bir kısmı da plasebo grubuna alınmıştır. 6 hafta sonra PPD için iyileşme oranı, demirle tedavi edilen grupta önemli ölçüde daha yüksek bulunmuş ve girişimden sonra devam eden PPD'si olan annelerde de, iyileşmiş annelere göre daha düşük ferritin saptanmıştır (Sheikh ve ark. 2017).

Perinatal depresyon tedavisinde tamamlayıcı sağlık uygulamalarının rolünü belirlemek için yeterince güçlü yüksek kaliteli çalışmalar gereklidir (Reza ve ark. 2018). Besin takviyelerinden selenyum, dokosaheksaanoik asit, eikosapentaenoik asitin de PPD'yi önlediği sonucuna varmak için yeterli kanıt bulunmamaktadır (Miller ve ark. 2013).

Bitkisel İlaçlar: Çiçek, yaprak, kök, ağaç kabuğu ve çilek gibi bitki ve bitki özlerinden elde edilmekte ve reçetesiz olarak satılmaktadır (Ravindran ve ark. 2009). St. John's Wort (Hypericum perforatum), Gingko biloba, Crocus sativus, Lavandula angustifolia ve Rhodiola rosea bunlardan bazılarıdır. Bitkisel ilaçların etki mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Örneğin, depresyon için en yaygın bitkisel ilaçlardan biri olan St. John's Wort, birkaç yoldan işleyebilmektedir. Serotonin, norepinefrin ve dopamin geri alımını engelleyebileceğini gösteren bazı kanıtlar vardır. Diğer kanıtlar, hipotalamik-hipofiz-adrenal ekseni kontrol eden genlerin düzenlenmesinde bir rolü olduğunu göstermektedir (Butterweck 2003). John's Wort'un gebeler üzerinde çalışılmış sadece bir çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmada, St. John's Wort alan denekler, depresyon için başka farmakolojik tedavi alan bir grup, bilinen herhangi bir teratojene maruz kalmayan sağlıklı kadın grubu olmak üzere üç grup oluşturulmuş ve malformasyon oranlarının üç grupta da benzer olduğu gösterilmiştir. Daha büyük ölçekli çalışmalara hala ihtiyaç duyulsa da, St. John's Wort'un gebeler üzerindeki etkilerine yönelik yapılan bu ilk çalışma, fetal güvenlik konusunda bazı kanıtlar sağlamaktadır (Moretti ve ark. 2009).

Akupunktur: Postpartum depresyon (PPD) için alternatif tedavi stratejileri, özellikle akupunktur, ön plana çıkmakta, etkinliği ve güvenliği nedeniyle kabul görmektedir. PPD tedavisinde akupunkturun etkinliğini değerlendirmek amacıyla 8 çalışmanın alındığı bir metaanalizde, akupunktur tedavisinin HAMD (Hamilton Depresyon Ölçeği) skorlarını azaltabileceği ancak EPDÖ, klinik yanıt ve serum estradiol seviyeleri üzerinde önemli bir etkisinin bulunmadığı saptanmıştır (Li ve ark. 2019). 14 makalenin dahil edildiği başka bir metaanalizde ise, PPD için akupunktur tedavisinin etkili olduğu, ancak sonucu doğrulamak için yüksek kaliteli ve geniş örneklem büyüklüğüne sahip daha fazla klinik randomize kontrollü çalışmanın yapılmasına ihtiyaç olduğu saptanmıştır (Wang ve ark. 2017). 12 randomize kontrollü çalışmanın alındığı başka bir metaanlizde de aynı şekilde bazı PPD semptomlarını iyileştirmede etkili olduğu, ancak akupunkturun PPD tedavisinde etkinliğini doğrulamak için düşük yanlılık riski

olan standartlaştırılmış kılavuzları izleyen daha ileri çalışmalara ihtiyaç bulunduğu da belirtilmiştir (Tong ve ark. 2019)

Masaj: Masajın tedavisinin, hipotalamik pitüiter-adrenal eksen ve sinir iletimi yoluyla etki ettiği kabul edilmektedir. Masaj tedavisi süresince tükürük ve idrar kortizol seviyelerinin azalması ve idrar serotonin ve dopamin seviyelerinin artması masajın nöroendokrin etkilerini desteklemektedir (Field ve ark. 2005). Antenatal depresyonu olan kadınlarda grup kişilerarası psikoterapi ile masaj terapisini birleştirmenin, depresif semptomatolojiyi ve kortizol düzeylerini sadece grup psikoterapisinden daha fazla azalttığı gösterilmiştir (Field ve ark. 2009). Masaj, bazı farmakolojik girişimlerin taşıdığı riskler olmaksızın gebenin ruh sağlığını desteklemek için kabul edilebilir ve etkili bir strateji sağlayabilmektedir (Hall ve ark. 2020).

Gebelikte anksiyete ve / veya depresyonu azaltmak için masajın etkinliğini incelemek amacıyla 8 çalışmanın dahil edildiği bir metaanalizde, masaj terapisinin, gebelerde anksiyete ve depresif semptomları azaltmak için kullanılabilir olduğu ancak masajın güvenliğini ve etkinliğini inceleyen daha fazla araştırma kanıtının da gerekli olduğu sonucuna varılmıştır (Hall ve ark.2020). Tamamlayıcı ilaç ve terapilerin gebelikte depresyon ve anksiyete üzerindeki etkinliğini ve güvenliğin inceleyen 20 randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği başka bir metaanlizde, akupunktur, parlak ışık tedavisi ve masajın antenatal depresyonu azaltabileceği saptanırken; yoga ve balık yağlarının depresyon ve anksiyetede azalma yarattığına dair kanıt bulunmamıştır (Smith ve ark. 2019).

Fiziksel Egzersiz ve Yoga: Tıbbi veya obstetrik komplikasyonların yokluğunda, Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği (ACOG 2015b), gebelik sırasında hem fiziksel hem de mental sağlık yararları için günde 30 dakika aerobik egzersiz yapılmasını önermektedir. Daley ve ark. (2015) yaptıkları metaanalizde, egzersizin gebelikte depresyon tedavisinde etkili olabileceğine dair kanıt sağlamıştır. 12 randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bir metaanalizde, gebelikte ve postpartum dönemde yapılan fiziksel egzersizin, psikolojik iyiliğin artmasını sağladığı, postpartum depresif semptomları azalttığı belirlenmiştir (Poyatos-León ve ark. 2017). 17 çalışmanın dahil edildiği başka bir metaanalizde ise, gebelik sırasında yapılan fiziksel ativitenin PPD semptomları riskini azalttığı, ancak yeni anne olanların ruh sağlığı üzerindeki etkisini ele alan yüksek kaliteli çalışmaların gerekli olduğu da vurgulanmıştır (Nakamura ve ark.

2019). Antenatal egzersizin gebelikte ve postpartum dönemde depresyon ve anksiyete üzerindeki etkisini inceleyen 52 randomize kontrollü çalışmanın yer aldığı başka bir metaanalizde de, egzersizin 150 dakika orta yoğunluklu yapıldığında antenatal depresyon olasılığını ve şiddetini azalttığı saptanmıştır (Davenport ve ark. 2018).

Egzersiz sistemi olan yoga, vücut duruşlarını, meditasyonu ve nefes kontrolünü bütünleştiren bir fizik tedavidir. Genellikle dört ile sekiz hafta boyunca, haftada dört kez, seans başına 45 ile 60 dakika boyunca uygulanmaktadır (Da Silva ve ark. 2009). Altı randomize kontrollü çalışmayla yapılan bir metaanalizde, gebelerde prenatal yoga girişiminin, yoga türüne (fiziksel egzersiz temelli yoga ve meditasyon, derin gevşemenin dahil edildiği entegre yoga) bağlı olarak değişmekle beraber, depresif semptomları kısmen azaltmada etkili olabileceği saptanmıştır (Gong ve ark. 2015). Gebelikte yoga temelli girişimlerin maternal depresyon için etkinliğini araştıran 6 klinik çalışmanın dahil edildiği başka bir metanalizde, yoga temelli girişimlerin ümit verici olduğu, incelenen çalışmaların çoğunun hafif depresyonu olan kişilerle yapıldığı ve küçük örneklem büyüklüklerine sahip olduğu, bu nedenle daha büyük randomize kontrollü çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmiştir (Ng ve ark. 2019).

Yapılan bir sistematik derlemede akupunktur, masaj, parlak ışık tedavisi ve omega-3 yağ asitlerinin etkili tedaviler olup olmadığını belirlemek için yeterli kanıt bulunamamış ve daha fazla araştırma yapılma ihtiyacının bulunduğu sonucuna varılmıştır (Dennis ve Dowswell 2013). Tamamlayıcı ve alternatif terapilerin (lavanta, papatya çayı, yoga, parlak ışık tedavisi) postpartum depresyondaki etkinliğinin değerlendirildiği, 10 farklı ülkeden 27 randomize kontrollü çalışmanın alındığı sistematik bir derlemede, alternatif tedaviler için daha fazla kanıtın gerekli olduğu sonucuna varılmıştır (Nguyen 2017). Aromaterapi, parlak ışık tedavisi, elektroakupunktur, demir takviyesi, omega-3 yağ asitleri, safran ve yoga gibi alternatif tedavilerin PPD üzerindeki etkililiğinin incelendiği 10 randomize kontrollü çalışmanın sistematik bir incelemesinde de, bu yaklaşımların uygulanabilirliği, güvenliği ve değişen derecede etkililiği gösterilmektedir. Ancak bu çalışmada da daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu sonucu desteklenmiştir (McCloskey ve Reno, 2019).

PPD tedavisindeki seçeneklerde bir yaklaşımın diğerinden daha iyi olduğuna dair bir kanıt yoktur. Optimal tedavi süresine ilişkin kanıt da yoktur. Bebeklerin depresif annelerinin zaman ve enerjisine ilişkin gereksinimi göz önüne alındığında, depresyon

girişimlerinin mümkün olduğunca kısa olmasında ve odaklanmanın kolay olmasında fayda bulunmaktadır (O'Hara ve McCabe 2013). Çeşitli tedavilerin etkinliğini karşılaştırmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Kısacası, çeşitli risk faktörleri, nöroendokrin değişikliklerin derecesi ve PPD'nin olası çok faktörlü etiyolojisi, multidisipliner bir tedavi modeli gerektirmektedir

2.2. Enerji Psikolojisi (EP)

Enerji Psikolojisi (EP), doğu kültürlerinde binlerce yıllık geçmişi olan, Batı'da ise son 40 yıldır psikolojik sorunların sağaltımında kullanılmaya başlanan, insanın birbirinden bağımsız parçalardan oluştuğunu değil; her parçanın bütünün bilgisine sahip olduğuna inanılan bütüncül yaklaşımı esas alan yeni bir yöntemdir (www.energypsych.org; (Sezgin ve Özcan 2009). Enerji psikolojisine göre, insanın fizyolojisi, mental süreçleri, duyguları ve davranışları ile uyum içerisindedir. İnsan bu süreçlerle beraber çevre ve kültürü de kapsayan bir bütün olarak ele alınmaktadır (www.energypsych.org). Bu yaklaşımın temeli olan meridyen terapileri, bireyin fiziksel, duygusal, ruhsal durumunu etkileyen enerji alanlarının dengelenip düzenlemesi ilkesinden hareket etmektedir (Sezgin ve Özcan 2009). EP'de, duygusal ve fiziksel sorunlar, bir zihin-vücut-enerji sistemi içindeki biyo-enerjik kalıplar olarak görülmekte ve ele alınmaktadır. EP uygulamaları, meridyenler, çakralar, biyo-alanlar ve vücudun, sinir sisteminin ve kalbin biyo-elektrik ve elektromanyetik aktivitesini içeren tedavi sürecine doğal enerji bileşenlerini dahil etmektedir (https://www.energypsych.org/page/AboutEPv2). EP, ruhsal bozuklukların ve diğer sağlık durumlarının, vücudun elektrik enerjilerindeki ve bu enerji alanlarındaki bozukluklarla (tıkanıklık ya da aksaklık) ilişkili olduğunu varsaymaktadır (Feinstein 2008; Hartmann 2016a p.21).

İlk kez 1980 yılında Klinik psikolog Dr. Roger Callahan tarafından, psikolojik sorunların sağaltımında kullanılmaya başlanan bu yaklaşım, geleneksel psikoterapi yöntemleri ile geleneksel Çin Tıbbının temel meridyen ve akupunktur noktalarının ve enerji merkezlerinin uyarılması yolu ile bedendeki elektromanyetik enerji akışının rahatlatılması tekniklerinin bir birleşimidir (Sezgin 2017; Feinstein 2019). Enerjinin dağılımını sağlayan meridyen sistemi ile bilişsel düşüncenin bedende yarattığı fizyolojik değişimin etkileşimine dayanmaktadır. Bu yaklaşımda düsüncelerin yarattığı

elektromanyetik enerji ve bedendeki kimyasal ve elektriksel değişimlerin etkileşimi sonucunda duyguların ortaya çıktığına inanılmaktadır (Sezgin 2017).

Öfke, üzüntü, stres, hayal kırıklığı gibi duygusal tepkiler varsayılan bu enerji akışında ani engellemeler yaratmaktadır. Dr. Callahan'ın uyguladığı yöntemde, birey kendini engelleyen düşünce, rahatsız eden duygu ya da anıya odaklandığı sırada, meridyen sisteminde yapılacak uyarımlarla (sıklıkla dokunma yolu ile), bu akışı rahatlatması dolayısıyla bireyin rahatlaması sağlanmaktadır. Meridyen sistemindeki bu elektromanyetik enerji akışı rahat ve düzgün iken bireyin zihin, beden, duygu alanlarında da rahatlaması söz konusudur (Sezgin 2017).

Bu yaklaşıma göre, enerji bedeni görülemediği ve ölçülemediği için neye benzediği bilinmese de, bütün insanların bir enerji bedenine sahip olduğu düşünülmekte, enerjinin bedene girmesini, bedende baştan başa ilerlemesini ve dışarı çıkmasını sağlayan enerji kanalları bulunduğuna inanılmaktadır. Enerji bedeninde olumlu ve güçlü bir enerji akışı varsa (mutluluk, kişisel güç, kendini iyi hissetme, anlayışlı olma, sevecen davranma gibi) kişiler olumlu duygular hissetmekte, ancak enerji bedeninde blokajlar/sorunlar olduğunda, enerji akışı kesintiye uğramakta ve tüm enerji akışını etkilemektedir. Enerji blokajlarının sonucunda zihin/beden/enerji sisteminin dengesi bozulmakta, olumsuz duygular (stres, panik, öfke, hüzün) ortaya çıkmakta ve bu duygular fiziksel bedende de rahatsızlıklar meydana getirmektedir. Enerji blokajı kaldırıldığında yani enerji bedenindeki enerji akışını iyileştirmek için enerji noktalarına tıklandığında (meridyen sisteminde yapılacak uyarımlar), meridyen sistemindeki enerji akışı rahat ve düzgün olmakta, bireyin zihin, beden, duygu alanlarında da rahatlama meydana gelmekte ve birey kendini daha iyi, daha enerjik ve daha canlı hissetmeye başlamaktadır (Hartmann 2016a p. 18-19; Sezgin 2017). Çin Tıbbı'nda bu enerjiye Qi enerjisi, Hindularda ise prana (Chii ya da yaşam enerjisi) denmektedir. Qi enerjisi doğu felsefesinde insan vücudunun yaşam kuvvetine verilen isimdir (Collins ve Thomas 2004; Moran 2012). Vücutta bu enerji akışının gerçekleştiği, vücudun orta hattı boyunca çift taraflı olarak konumlandırılmış altı alarm noktasının olduğu on iki meridyen bulunmaktadır. Yüzde, üst gövdede ve parmaklarda bulunan her bir meridyene karşılık gelen on dört birincil tedavi noktası bulunmaktadır. Bu inanışa göre, Qi enerjisi devamlı akış halindedir (Collins ve Thomas 2004; Swingle ve ark. 2004).

Dr. Callahan'ın kullandığı yöntemle çok sayıda vakanın kısa sürede iyileşmesinin sağlanmasıyla, terapistler enerji psikolojisi yöntemlerini farklı şekillerde kullanarak,

değişik sağaltım teknikleri geliştirmeye başlamışlardır (Sezgin 2017). Yaklaşımın ilk formülasyonu olan Düşünce Alan Terapisi (TFT) ve popüler bir türev olan Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT) en yaygın olarak bilinen değişkenleridir (Feinstein 2008; Feinstein 2019). Mühendis olan Gary Craig, Dr. Callahan ile çalıştıktan sonra Callahan'ın tekniğini basitleştirerek EFT'yi geliştirmiş ve yaygın olarak kullanılmasını sağlamıştır (Sezgin 2017).

2.3. Duygusal Özgürlük Tekniği (EFT)

Duygusal özgürlük tekniği (EFT), bilişsel davranışçı terapi (BDT), maruz kalma terapisi ve akupunktur noktalarını kullanarak somatik stimülasyon unsurlarını birleştiren psikofizyolojik bir girişimdir (Clond 2016). Kişilerden (BDT'de olduğu gibi) sözlü olarak kabul edilen ve tekrardan kendi kendine kabul ifadesiyle eşleştirilen rahatsız edici bir anı veya olay seçmeleri (maruziyet terapisinde olduğu gibi) istenmektedir. Bu teknik için tek bir oturum yeterli gelebilmektedir. Clond (2016)'un 14 randomize kontrollü çalışmayı dahil ettiği metaanalizdeki makalelerin birçoğu sadece tek rehberli oturum kullanarak önemli sonuçlar bildirmiş, ancak bu çalışmada seans sayısının sorunun niteliğiyle de ilgili olduğu vurgulanmıştır.

EFT'nin temeli, bedenimizde bir ağ gibi hareket eden, fiziksel vücudumuzu çevreleyen enerji sisteminin (meridyen sisteminin) varlığıdır. Bu sistem bilateral olarak vücudun her bir kenarında olmak üzere 6 çift meridyen, 14 ana meridyendir. Geleneksel Çin tıbbında her bir meridyendeki özel noktalar dengeli ya da dengesiz olan duyguları temsil etmektedir. Her meridyenden enerji akışı devam ediyorsa bunu pozitif sağlık ve iyi oluş takip etmektedir. Bir meridyen tıkandığı zaman enerji de bloklanmakta ve fiziksel semptomlar ve olumsuz duygular açığa çıkmaktadır. Bu etki katlanarak artmakta ve zarar vermektedir (Hartmann 2016a p. 18-19).

EFT duygulara odaklanan bir yöntemdir. Duygu anlamına gelen "emotion" (e-motion), "hareket halindeki enerji" yani duygular yaşam enerjisidir. Değişik yoğunluktaki yaşam enerjisi insanlara farklı duygular hissettirmektedir (Altuntaş 2019). İki ana duygu korku ve sevgi (coşku) dir. Diğer tüm duygular bunların varyasyonlarıdır. Davranışlarımız ve düşüncelerimiz korku veya sevgiden köken almaktadır. Anksiyete, kontrol, yetersizlik, karışıklık bunların hepsi korku temelli duygularken, sevinç, yardımseverlik, güven, hoşnut olma, memnuniyet sevgi temelli duygulardır. Öfkeyi her zaman destekleyen korkudur ve tehditkardır. Temelde korku ve sevgiyi içeren tüm

duygular ve bu duyguların yoğunluğu beynimiz tarafından salgılanan kimyasalların bir sonucu olarak vücudumuzda direk bir fiziksel etkiye sahip olmaktadır. Korku temelli duygular uzun süre tecrübe edildiğinde, vücudumuza hastalıklar yoluyla zarar vermektedir (Moran 2012).

Bir düşünce, beyinde nöral iletiyi başlatan kişisel elektrokimyasal impulstur. Mutlu veya olumlu düşünceler bizi mutlu hissettirecek kimyasallar üretirken; negatif düşünceler bizi mutsuz hissettirecek kimyasallar üretmektedir. Beden feedback bir döngü yaratmakta, olumlu veya olumsuz benzer düşünceleri tetikleyen fizyolojik mesajlar beyne geri gönderilmektedir. Düşünce ve duygu döngüsü davranışımızı (ne söyleyeceğimizi ve ne yapacağımızı) belirlemektedir. İnsanlar düşüncelerini kontrol edebilmeyi başardıkları takdirde, bunların arkasındaki duygularını da kontrol edebileceklerdir. EFT yi kullanmak da bu değişimi kolaylaştırmaktadır (Moran 2012). EFT, duyguların bireyi nasıl etkilediğini ve bunu değiştirmenin bir yolunu sunmakta ve olumsuz duyguların vücuttan uzaklaşmasını sağlayarak meridyenlerdeki doğal akışın sürmesini sağlamaktadır. EFT uygulanan kişilerde, sorunla ilgili olumsuz duygular değiştirilebilmektedir (Altuntaş 2019). EFT'nin duygu değişimi sağlayan bu etkisi, 100'den fazla randomize kontrollü çalışmada incelenmiştir (Research.EFTuniverse.com). Church ve ark. (2014) tarafından yapılan sistematik derlemede, EFT'nin, anksiyete, depresyon, fobiler ve posttravmatik stress bozukluğu (PTSB) da dahil olmak üzere bir takım psikolojik koşullar için Amerikan Psikologlar Birliği'nin (APA) Bölüm 12 Ampirik Olarak Doğrulanmış Tedavilerdeki Görev Gücü Kriterleri'ni karşıladığı sonucuna varılmıştır. NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2018) PTSB tedavisi için "Somatik ve Bilişsel Terapiler" adı altında yeni bir kategori yaratmış ve bu kategori de EFT ve TFT (Thought Field Therapy-Düşünce Alan Terapisi)'den oluşmuştur (Feinstein 2019; NICE 2018).

2.3.1. EFT'nin Tarihi ve Gelişimi

Klinik psikolog olan Dr. Roger Callahan, 1980 yılında şiddetli su fobisi olan, bu fobiden dolayı sık sık baş ağrısı yaşayan ve kabuslar gören, Mary adında bir hastayla çalışmaya başlamıştır. Bu sorunun üstesinden gelebilmek için yıllarca pek çok terapiste gitmiş ancak herhangi bir gelişme olmamıştır. Dr. Callahan da bir buçuk yıl boyunca tüm geleneksel psikoterapi türevleriyle (kognitif tedavi, gevşeme terapisi, sistematik duyarsızlaştırma gibi) yardımcı olmaya çalışmış ancak fazla bir ilerleme kaydedememiştir. Bu arada da merakı nedeniyle insan vücudunda bulunan meridyen

noktalarıyla ilgili çalışmalara yönelmiş ve bunu Mary üzerinde uygulamaya karar vermiştir. Mary bir terapi sırasında suyu düşündüğü zaman bile mide boşluğunda korkunç bir his duyduğunu söylemiş, bu yüzden de Dr. Callahan Mary'nin gözlerinin altına (mide meridyeninin bir uç noktası) parmak uçlarıyla vurmaya başlamıştır. Bu vuruşlar, Mary de mide rahatsızlığına yol açmıştır. Mary sonrasında su fobisinin, başağrısı ve kabuslarının yok olduğunu bildirmiştir (Craig 2004; Ortner 2017). Dr. Callahan, uygulamalı kinezyoloji geliştiricisi olan George Goodheart'tan güçlü bir şekilde etkilenmiştir. Goodheart, sağlık sorunlarının altında yatan nedenleri teşhis etmek için kas testi geliştirmiş ve kas gruplamaları ve akupunktur tedavileriyle ilişkili meridyen yolları arasındaki ilişkileri bulmuştur. Dr. Callahan Goodheart'tan öğrendiği uygulamalı davranışsal kinezyolojideki bilgi ve becerilerini klinik psikolojiyle bütünleştirerek Düşünce Alan Terapisini (Thought Field Therapy-TFT) geliştirmiştir (Swingle ve ark. 2004).

Dr. Callahan'ın öğrencilerinden, Amerikalı bir mühendis ve NLP (Neuro Linguistic Programming-Duyu-Dil Programlama) uzmanı olan Gary Graig ise hocasını izlerken önemli olanın bu dokunuşlar olduğunu farketmiş ve bu tapping denilen dokunuşları kolaylaştırmak için EFT'yi geliştirmiştir (Ortner 2017). Graig'e göre "Bütün olumsuz duyguların nedeni vücudun meridyen (enerji) sistemindeki bozulmadır." Graig bunu Mary'nin su fobisi olayında açıklamış ve Mary korkuyu yaşarken mide meridyenindeki enerji akışının bozulduğunu belirtmiştir. Göz altlarına vurulması meridyen aracılığıyla atımlar göndermiş ve bozukluğu düzeltmiş, onu dengelemiştir. Enerji meridyeni dengelendiğinde duygusal yoğunluk ve korku yok olmuştur. Graig'in uyguladığı yöntemde olumsuz duygunun farkına varılması önemli olmaktadır. Kişiden duygusal olarak acı verici olaylardan kurtulması istenmemekte, aksine EFT olumsuz duyguya neden olan anıya saygı göstermekte ve sadece vücudun enerji sisteminde bir bozulmaya (tıkanıklık) neden olan şeyi belirlemektedir (Craig 2004). Gary Graig, sadece uygulamayı basitleştirip bazı düzeltmeler getirmemiş aynı zamanda bu tekniğe ilgi duyan bir topluluk yaratmıştır (Ortner 2017). Graig iş arkadaşı Adrienne Fowlie'nin iş birliğiyle 1995'te The EFT Manual adında ilk el kitabını yayınlamış ve EFT'yi uygulayan insan sayısını arttırmayı amaçlamıştır (Clond 2016; Church 2017). Daha sonra 2008/2010'da kitap formunu yayınlamıştır. EFT terapileri popüler olmaya başlamış ve araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Yayınlanmış, onlarca klinik çalışma dahil 100'den fazla makale,

EFT'nin fobiler, kaygı, depresyon, PTSB, ağrı ve diğer sorunlar için etkili olduğunu göstermiştir (Church 2017).

2.3.2. EFT'nin Nörofizyolojisi ve Etki Mekanizması

EFT, akupresürü kanıta dayalı olan iki psikoterapötik tekniğin (maruz kalma terapisi ve bilişsel terapi) unsurlarıyla birleştirmekte (Nelms ve Castel, 2016), böylece hem bilişsel hem de somatik bileşenlere sahip olmaktadır (www.EFTUniverse.com). Kişileri travmatik bir anıyı canlı bir şekilde hatırlamaya yönlendirmekte ve bunu, kendini kabul etmeyle bilişsel bir çerçeveyle birleştirmektedir (Church ve ark. 2012b).

EFT'nin sonuç çalışmaları çoğaldıkça, fizyolojik etki mekanizmaları için teorik bir çerçeve ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalarda, EFT'nin psikolojik stresi azaltmak için kullandığı nöronal, genetik, nörotransmiter ve hormonal mekanizmalar açıklanmıştır (Gallo 2009; Lane 2009; Feinstein 2010; Feinstein ve Church 2010). EFT'nin fizyolojik etkisi, kortizol gibi stres hormonlarını azaltması gibi mekanizmalar üzerinden incelenmiştir (Church ve ark. 2012c). Stres durumunda amigdala ve diğer beyin bölgeleri, hipotalamik nöronları uyararak, hipofizdeki terminallerden kortikotropin salıcı faktörün (CRF) salınmasına yol açmaktadır. Bunun sonucunda da hipofizdeki adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımı uyarılmakta ve adrenal bezlerden kortizol salınımı artmaktadır. Bu tekrarlanan stimülasyon, amigdala, hipokampus, korku ve sıkıntı ile ilişkili diğer beyin bölgelerinin aktivasyonunun artmasını sağlamaktadır (Feinstein 2012). Salgılanan kortizol kan yoluyla bütün vücuda yayılmakta ve özellikle hipokampustaki reseptörlere bağlanmaktadır (Madazlı 2005; Savrun 2005). Hipokampustaki reseptörler, yeterli miktarda kortizol ile bağlandığında, hipotalamus üzerinde negatif feedback etki yaratarak, CRF salınımını inhibe etmektedir. Bu yolla hipokampus, kortizolü belli seviyede tutarak, amigdalanın tetiklediği stres cevabını regüle etmektedir (Savrun 2005). Normal koşullarda, stres yanıtı, hayatta kalma bölümü tamamlandıktan sonra azalmaktadır (Feinstein 2012). Stres durumu uzun sürdüğü takdirde, sonuçları ciddi olabilmekte ve vücutta istenmeyen durumlar meydana gelebilmektedir. Hipokampus yeterli oranda işlev gördüğünde, stres reaksiyonunu durdurulabilmektedir (Savrun 2005). Ancak uzamış stres, gerçekleşen geri bildirim döngülerini kesintiye uğratmayacaktır ve strese verilen yanıt, çoğu zaman engelsiz bir şekilde devam edecektir, bunun sonucunda da kişide fiziksel ve psikolojik sonuçlar (kronik enflamatuar koşullar) ortaya çıkacaktır (Rancour 2017).

EFT ile yapılan, algılanan tehditin depolandığı yer olan hipokampüsü ani ve güçlü amigdala aktivasyonu ile yeniden koşullandırabilmektir (Vural ve Aslan 2019). Bir taraftan sıkıntı yaratan durum veya rahatsızlığı birinin bilinçli farkındalığında tutarken, diğer taraftan seçilen akupunktur noktalarını uyarmakta, bilişsel bir değişim olmasını sağlamaktadır. Duygusal bir uyaran, sıkıntılı bir sahne veya çözülmemiş travmatik anının hatırlanması ya da akla getirilmesi, amigdalayı harekete geçirerek bir tehdit tepkisi uyandırmaktadır. Seçilen akupunktur noktalarını uyarmak, uyaran zihinsel olarak aktifken, uyarılmayı azaltarak aynı anda devre dışı bırakma sinyalleri göndermektedir. Hipokampus, hafızanın veya uyaranın bir stres yanıtı olmadan güvenli şekilde bağlandığını ve ilişkili stres yanıtını başlatan nöral yolların kalıcı olarak değiştirildiğini kaydetmektedir. Aynı anıyla karşılaşmak yeni durumda normal hale gelmektedir (Rancour 2017).

Travmatik olaylar zihnin yeni bilgileri doğru bir şekilde işleme yeteneğini etkileyebilmektedir. Bu yüzden, travmatik bir anı uzun süreli hafızaya entegre olmak yerine limbik sistemde tutulabilmektedir. Otonom sinir sistemi, travmatik olayı, bir tetikleyici olduğunda aktive etmektedir. Beyin haritalaması ve nörobiyolojik araştırmalar (Ruden 2005; Hui ve ark. 2000; Napadow ve ark. 2009) karşı koşullandırmanın, öncelikle amigdala olmak üzere orta beyinde olduğunu ortaya koymaktadır. Amigdala, önceki deneyimlerden dolayı tehlike ile ilişkilendirdiği bir uyarıcıyı algıladığında savaş, kaç ya da donakal (fight/flight/freeze-FFF) tepkisi ortaya çıkmaktadır. Örneğin, birey sola dönüş yaptığında büyük bir arabayla çarpıştıysa, araba kullanırken her sola döndüğünde sempatik sinir sistemi tarafından alarm tepkisi ortaya çıkmakta, adrenalin yükselmektedir. Stresli durumlarda amigdala algıladığı uyarıcılar ile tetiklenebilmekte ve önceki travmalar ile ilişkilendirilmektedir (Lane 2009). Akupresür uyarımı ile stres yaratan, tehlikeli olduğu düşünülen olaylar, düşünceler rahatlama hissi ile yeniden şekillenmekte ve bu uyarıcıların karşı koşullandırılması sağlanmaktadır. Akupunktur noktası stimülasyonu, savaş, kaç ya da donakal (fight/flight/freze-FFF) tepkisini durduran, kalp hızını yavaşlatan, ağrıyı ve anksiyeteyi azaltan opioidleri, serotonin ve GABA (Gamma aminobutirik asit) salmakta ve kortizolü düzenlemektedir (Lane 2009; Gao ve ark. 2015; Sebastian ve Nelms 2017).

EFT'de de amigdalanın lateral çekirdeği de travmatik olayı içeren hatıraların anımsanmasıyla aktive edilmekte ve akupunktur noktası tarafından üretilen sinyaller ile devre dışı bırakılmaktadır. Bu karşılıklı engelleme, tepkinin yok olmasının öncüsüdür ve

aynı zamanda korku tepkisini besleyen nörolojik yolların güçsüzleşmesine de yol açabilmektedir (Feinstein 2010). Sadece akupunktur noktalarının tek başına uyarımı bile tek başına gevşeme odaklı girişimlere kıyasla, belirgin şekilde daha hızlı aşırı uyarılmayı azaltmaktadır (Sebastian ve Nelms 2017). Kronik aşırı uyarılmadaki azalma fiziksel sağlığı da iyileştirmektedir (Lane 2009). Manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) kullanan çalışmalar, belirli akupunktur noktalarının uyarılmasının amigdalanın aşırı uyarılma halini down-regulating yaptığını, limbik sistemin diğer yapılarını düzene sokarak limbik sistem aktivitesini ve stres tepkisini düzenlediğini bulmuştur (Hui ve ark. 2000; Lambrou ve ark. 2003; Fang ve ark. 2009; Napadow ve ark. 2009). Feinstein ve Church (2010), EFT tedavisi ile ilgili aşağıdaki çalışma sonuçlarını toparlamıştır:

-Elektroensefalografi (EEG), posttravmatik stress bozukluğu ile ilişkili beyin dalgalarının sıklığında bir azalma olduğunu doğrulamıştır.

-EEG'de, gevşeme ile ilişkili teta frekansları artmıştır.

-Elektromyografi (EMG), trapezius kasının gevşemesinde önemli bir azalma olduğunu göstermiştir.

-fMRI, korkuya karşı fizyolojik yanıtların düzenlenmesinde beyinde değişiklikler olduğunu göstermiştir (Stres yüklü duygular sakinleştikçe, amigdaladaki ve diğer korkuya karşı fizyolojik yanıtların düzenlenmesinde rol alan merkezlerdeki işlevler düzenlenmektedir).

-Kortizol düzeyleri tedavi sonrası belirgin bir şekilde düşmüştür.

-Serotonin, γ-aminobütirik asit ve beta endorfinlerin tedavi sonrası salınımları artmıştır. (Hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen üzerinden strese yanıtın düzenlenmesi sağlanmıştır)

-EFT'nin epigenetik ve gen ekspresyonu üzerindeki etkilerine dair kanıtlar sunulmuştur (Feinstein ve Church 2010).

Kortizol düzeyleri ile ruh sağlığı tedavisi arasındaki ilişkinin güvenilirliği, kortizol biyobelirteçlerini kullanan bir dizi çalışmaya yol açmıştır. 83 katılımcı ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, kortizol seviyeleri, 1 saatlik bir terapi seansından önce ve sonra ölçülmüştür. Bir grup lisanslı bir ruh sağlığı profesyonelinden destekleyici bir görüşme almış, ikinci grup EFT seansı almış ve üçüncü bir grupsa sadece dinlenmiş, herhangi bir girişim almamıştır. Anksiyete ve depresyon belirtileri, EFT grubunda diğer iki grupta bulunan katılımcılardan iki kat daha fazla azalırken, kortizol miktarında anlamlı azalmalar bulunmuştur. Hem psikolojik hem de fizyolojik belirteçler girişime yanıt verdiği için kortizol değişiklikleri, psikolojik semptomlardaki azalma ile anlamlı olarak

ilişkili bulunmuştur (Church ve ark. 2012c). Aynı araştırma ekibi daha sonra kortizol gibi stres hormonlarının sentezinin altında yatan moleküler değişiklikleri araştırmıştır. Posttravmatik stress bozukluğu (PTSB) bulunan gazilere 10 EFT seansı yapmışlar ve strese bağlı düzenleyici genlerin ifadesini (ekspresyon) incelemişlerdir. İnflamasyon cevabını düzenleyen bir genler takımı olan interlökinlerin, ekspresyonda önemli ölçüde azalırken, immünite ile ilişkili genlerin yukarı doğru düzenlendiğini bulmuşlardır. Katılımcıların psikolojik belirtilerindeki azalma ile gen ifadesindeki faydalı değişiklikler arasında, EFT'nin epigenetik bir girişim olarak faydasını gösteren önemli bir ilişki bulunmaktadır (Church ve ark. 2018).

Gen ekspresyonu ile psikopatoloji arasındaki ilişkinin haritalandırılması, zihinsel bozuklukların anlaşılmasını, tedavisini ve önlenmesini ilerletmek için en umut verici girişimdir. İnsan vücudundaki her hücre pek çok gen içermektedir, ancak herhangi bir anda sadece bir hücrenin genlerinin küçük bir kısmı aktif veya eksprese edilir. Gen ekspresyonunu değerlendirmek için kullanılan teknolojiler, depresyon, anksiyete ve şizofreni de dahil olmak üzere bir dizi psikiyatrik bozuklukta ortaya çıkan spesifik genlerin tanımlanmasına izin vermiştir. Başarılı psikoterapötik girişimlerin (özellikle EFT gibi somatik girişim kullanan), gen ekspresyonunun kalıplarını değiştirdiği gösterilmiştir (Feinstein ve Church 2010).

Gen ekspresyonuyla ilgili, oda sıcaklığında depolanan tükürüğü kullanan yeni bir metodolojiyi kullanarak dört katılımcıyla birlikte yapılan bir çalışmada, EFT grubu 1 saatlik tek bir seans almış, kontrol grubu ise herhangi bir tedavi almamıştır. EFT'den hemen önce, hemen sonra ve 24 saat sonra yapılan numune analizlerinde EFT ve control grubu arasındaki diferansiyel gen expresyonu (farklı ifade olan gen dizilimleri), genel sağlık ile ilgili birçok gende bulunmuştur. Ayrıca, bu çalışmada farklı olarak genlerin, beyindeki nöronal işlemlerin yanı sıra immünite, anti-enflamatuar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. 72 farklı şekilde eksprese edilen genin on tanesi, alt araştırma için umut verici hedefler olarak tanımlanmıştır. Dokunma (tapping) işleminden sonra, ifadelerinde değişim olan genler kanser tümörünü baskılayan, infeksiyonlara karşı bağışıklık sağlayan, anti-enflamatuar süreçleri, insülin direncini düşüren, hormonal ekspresyonu ve nöronlar arasında sinaptik bağlantıyı sağlayan, kırmızı ve beyaz kan hücreleri üreten, epigenetik transkripsiyon plastikliğini kodlayan, beyinde beyaz madde üreten, metabolizmayı düzenleyen, nöral plastisiteyi arttıran ve DNA hasarı sonrası iyileşmeyi sağlayan ve psiko-duygusal stres düzenlemesini etkileyen genlerdir (Maharaj 2016). Bu

çalışma, Church ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışma ile birlikte, EFT'nin bir kişinin fizyolojisi, nörofizyolojisi, hormonal durumu, bağışıklık yanıtı üzerinde nasıl doğrudan bir etkiye sahip olabileceğini belgelemek için kritik bir adımdır.

EFT'nin eleştirilerinden biri, kanıtlanmış etkili tedavilerin unsurlarını kullanması nedeniyle etkilerinin yalnızca bunlara bağlı olabileceği ve akupunktur noktasına olan dokunuşların başarısına hiçbir katkı sağlayamayacağı yönünde olmuştur (Bakker 2014). Bu nedenle, akupunktur noktası stimülasyonunu protokolün bilişsel ve maruz kalma bölümlerinden ayıran, parçalayan çalışmalar da önerilmiştir (Baker ve ark. 2009) EFT ile ilgili yapılan çalışmalarda (Waite ve Holder 2003; Wells ve ark. 2003; Fox 2013; Rogers ve Sears 2015; Church ve Nelms 2016; Church ve ark. 2018) tıklamanın (dokunma-tapping) aktif bir bileşen olup olmadığını belirlenmeye çalışılmıştır. Bunlar arasında Reynold (2015)'un yaptığı çalışma, demografik olarak eşleştirilmiş grupları kullanarak en iyi sonucu veren çalışma olmuştur. Reynolds (2015) tükenmişlik envanteri kullanarak 126 öğretmeni tükenmişlik riski açısından değerlendirmiş ve EFT, vücuttaki sahte noktalara dokunarak uygulama yapan bir kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Hem EFT hem de kontrol grupları tükenmişliğe katkıda bulunabilecek durumlar ve bilişler hakkında aynı talimatları almışlar ve dokunma sırasında zihinsel olarak bunlara odaklanmaları istenmiştir. EFT uygulanan grupta, tükenmişlik puanları sahte nokta uygulanan gruptan daha düşük bulunmuştur. Bu literatür - geniş ölçüde farklı popülasyonlar ve metodolojik varyasyonlar da dahil olmak üzere - akupunktur noktasına dokunmanın terapötik bir etkisi olduğu hipotezi için bir fikir birliği sağlamaktadır (Reynolds 2015).

EFT, kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (KİPT) ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi duygu odaklı bir terapidir. EFT ve BDT, psikopatolojide bir değişikliğe yol açan bilişsel süreçleri ele alarak, duyguların bireyi nasıl etkilediğiyle ilgili bir farkındalık yaratmakta, bireyin negatif düşüncelerini keşfetme ve bu keşifle beraber işlevsiz davranışı değiştirmenin bir yolunu sunmakta, uyumsuz düşünceleri değiştirmekte ve psikolojik ve duygusal sorunları düzenlemektedir (Banks ve ark. 2014; Altuntaş 2019; Bekirogulları ve Okanlı 2020; Li ve ark. 2020). Çocuk yaştaki olumsuz yaşantılar ve duyguların etkisi, bu duyguların kabul edilmesi, bunların yerine yeni bakış açılarının geliştirilmesiyle azalabilir hale gelmektedir. Kişilerin duygularını, ve düşüncelerini maruz kalma yoluyla sorun yaşadığı kişilere ifade etmesi ya da bunları kabul etmesi, bu kişilerin bu duygularına ve yaşantılarına dair yeni bakış açıları geliştirmesine katkıda bulunmaktadır (Avşar 2019). Bireye bu şekilde tamamlanmamış olan duygusal verinin

tamamlanma imkanı da verilmektedir. Bu değişim sürecinde insanların basitçe bilmedikleri şeyleri keşfetmeleri değil, bilinçli olarak hissetmedikleri veya daha önce reddetmiş olabilecekleri bedensel bir görünümü deneyimledikleri anlaşılmaktadır (Greenberg ve Watson 2006).

KİPT'in teorileştirilmiş mekanizması da, diğer iki terapide olduğu gibi bireylerin kişilerarası problemlerini veya duygularıyla ilgili problemlerini çözdükçe, depresyonun da çözüleceği yönündedir (Markowitz ve ark. 2019). Duygu odaklı terapiler duygusal işlevlerin düzenlemesine yardımcı olmaya odaklanmakta, böylece şiddet, öfke ve kayıp gibi durumlara uyarlanabilir duygusal tepkiler verilebilmektedir. Bu uyarlanabilir duygusal tepkiler, diğer duygusal tepkileri düzenlemeye yardımcı olmakta ve güçsüzlük, umutsuzluk, kendine saygısızlık, korku, üzüntü ve utanç gibi uyumsuz depresojenik duygularla savaşmaya yardımcı olmaktadır (Greenberg ve Watson 2006).

Major depresyon beyin görüntüleme çalışmaları, KİPT ile limbik sistemde ve bazal gangliyonlarda kan akışının arttığını göstermiştir (Martin ve ark. 2001). Elektroensefalografi (EEG) kullanan bir EFT çalışması ise, kaygı ile ilişkili beyin frekanslarının down-regulating olarak düzenlendiğini göstermektedir (Lambrou et al., 2003). Bu üç psikoterapi, uygulanma stilleri farklı gibi görünse de aslında aynı amaca hizmet etmektedir. KİPT, BDT ve EFT hasta merkezli, kişiselleştirilmiş ve duygu odaklı terapiler olmaları yönüyle de benzer terapilerdir.

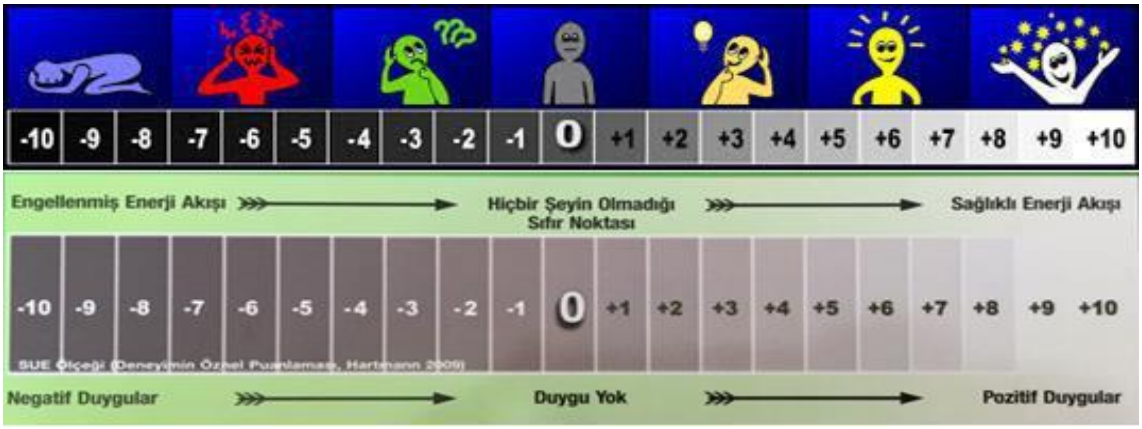
Postpartum depresyonda KİPT ve BDT etkinliği kanıtlanmış psikoterapi yöntemleridir (Shin ve ark. 2016; Sockol 2018; Haseli ve Mohammadi 2019; Huang ve ark. 2020; Li ve ark. 2020). Kişiselleştirilmiş, duygu ve düşünce odaklı olmaları bakımından BDT ve KİPT ile benzerlik gösteren EFT'inin postpartum depresyonda kullanımıyla ilgili alan yazında herhangi bir çalışmaya rastanmamıştır. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda çeşitli psikolojik ve fizyolojik sorunlarda olumlu etkisinin olduğu gösterilmiş ve uygulama sırasında olumsuz bir etkinin olmaması nedeniyle EFT'nin gebelik döneminde de kullanımının uygun olabileceği düşünülmüştür. EFT uygulayarak, duygusal sorunları gebelik gibi hassas bir dönemde, özellikle doğum öncesinde çözmek, gebeyi doğum sırasındaki ve sonrasındaki rahatsızlıklardan koruyacaktır (Ghamsari ve Lavasani 2015; Mardjan ve ark. 2018; Vural ve Aslan 2019).

2.3.3. EFT Tekniği

EFT'nin temelinde vücudumuzu çevreleyen bir meridyen sistemi yer almaktadır (Altuntaş 2019). EFT, bu sisteminde yer alan meridyenlerin uç noktalarına, iğneler olmadan elle vurularak yapılan, bedenin enerji sistemini dengelemek için kullanılan bir uygulamadır (Esmez 2009; Altuntaş 2019). Bu noktalar, deri yüzeyine yakın olduğu için, daha kolay ulaşılan noktalardır. Parmak uçları ile basınç uygulanırken, bireyin kendisini rahatsız eden problem ne ise onun üzerine düşünmesi gerekmektedir. Aynı anda yapılması gereken diğer şey ise kişinin sesli olarak kendi kendine olumlu telkinlerde bulunmasıdır. Bir taraftan bu meridyenlere tapping denilen hafif dokunuşlar (vuruşlar) uygulanırken diğer taraftan sesli pozitif telkinler yapılması ile bedenin meridyen sisteminde olan duygusal tıkanıklığın giderildiği düşünülmektedir. Bu şekilde hem zihin hem de beden dengesi yeniden sağlanmış olur ki, bu da normal sağlık seviyesinin korunmasında ve fiziksel rahatsızlıkların azaltılmasında önemli olmaktadır (Özcan 2004; Esmez 2009). Bu şekilde telkinlerin ve meridyenlerin geçiş noktalarına yapılan vuruşların oluşturduğu sistemin tamamlanmasına "EFT Turu" denilmektedir (Craig 2004). Bir EFT turu aşağıdaki gibi olmaktadır:

- ✓ Sorunun Belirlenmesi: Öncelikle katılımcı ile beraber, EFT ile üzerinde çalışılacak özel sorunun veya duygunun adlandırılmasına (belirlenmesi) karar verilmektedir.
- ✓ Hatırlatıcı Kelime Öbeği (Duygu cümlesi, Kurulum Cümlesi) Oluşturma: Kişinin sorunu hatırlamasına yardımcı olacak kısa bir ifade (duygu cümlesi) oluşturulmakta ve kişinin sorunu EFT seansı sırasında yüksek sesle söylemesi sağlanmaktadır. Kurulum cümlesi ne kadar açık, dolaysız ve gerçekçi olursa o kadar büyük bir değişim elde edilir (Hartmann 2016a p. 49-54). Kurulum cümlesinde kişinin, ifade ettiği kelime, cümle ya da cümle öbeği değiştirilmeden ifade ettiği şekilde söylenmelidir (Altuntaş 2019; Hartmann 2016a p. 49-54). EFT çalışmalarında esas olan odaklanmaktır. Bu nedenle kurulum cümlesi ya da hatırlatıcı kelime öbeği her vuruş noktasında tekrar edilmektedir. Vuruşlar sırasında duygu değiştiğinde kişi tarafından söylenen kurulum cümlesi/kelime öbeği de değişecektir (Altuntaş 2019).
- ✓ Sorunun Değerlendirilmesi: Kişinin içinde bulunduğu duygunun (sorunun) kişi için

ne derece önemli olduğu (yoğunluğu) Subjektif Deneyim Skalasında (SUE-Sunjective Units of Experience) uygulamadan önce belirlemesi istenmektedir.



Şekil 2-2: SUE Skalası (Hartmann 2016b p. 9)

Bunun anlamı; -10'dan +10'a kadar olan bir ölçekte;

*-10 akla gelebilecek en büyük acı, hayal kırıklığı, korku, stres, üzüntü ya da rahatsızlık (çok kötü/negatif)

*+10 ise en üst düzeyde neşe, mutluluk ya da kendini harika hissetme (pozitif/şifalanma) Bazen sorun tek bir EFT uygulamasıyla -10'dan +10'a çıkabilmektedir. Ancak çoğunlukla -7 ile başlandığında bir tur tıklamanın (dokunmanın) ardından -3 ya da -2'ye inilmektedir. Bu durumun düzelmeye başladığını ama daha fazla EFT yapılması gerektiğini göstermektedir. Hiçbir şeyin olmadığı sıfır noktasında da kalınamaz. Artı kısmına geçecek şekilde EFT turuna devam edilmekte böylece kişinin kendisini daha iyi hissetmesi sağlanmaktadır.

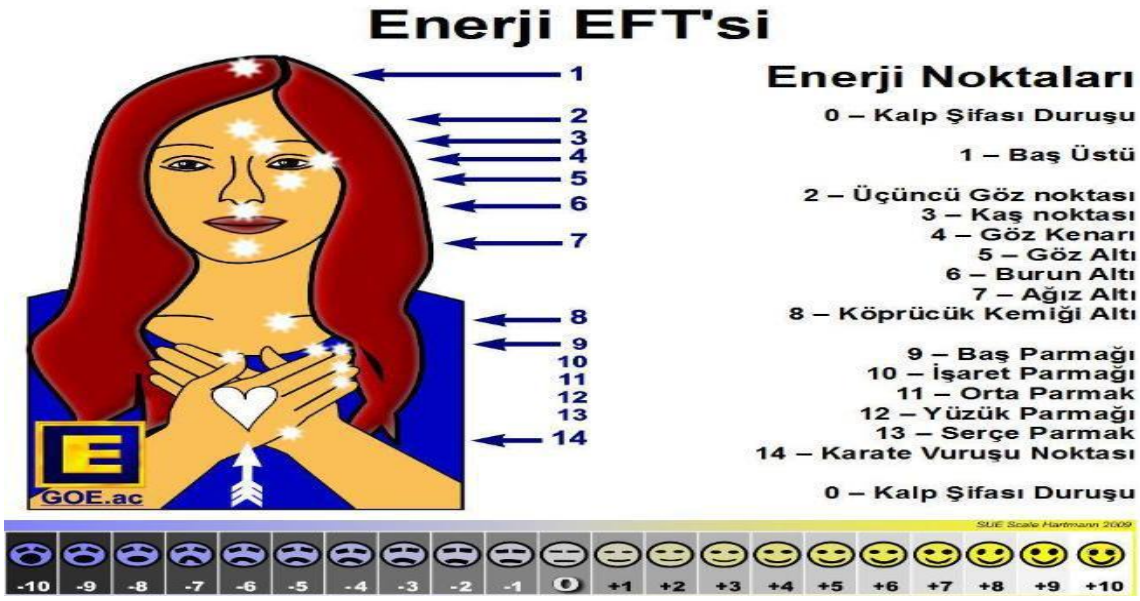
✓ Dokunma (Tapping) Sırasını Gerçekleştirme: Kişi SUE skalasında yaşadığı

duygunun yoğunluğunu gösterdikten sonra, uygulayıcının yönlendirmesiyle dokunuşlara başlanmaktadır. Sert dokunuşlardan kaçınılmalı ve farkındalıkla dokunmak için mümkün olduğunca kişinin kendi kendine dokunması sağlanmalıdır. Gerektiğinde yönlendiren kişinin dokunma müdahalesi kullanılabilmektedir. Genellikle orta parmak ve işaret parmağını kullanarak sabit, nazik ve sağlam dokunuşlar uygulanmaktadır. Dokunuşlar sırasında yüksek sesle konuşmaya devam edilmekte ve dikkati yoğunlaştırmak için önceden belirlenen kurulum cümlesi, 12 akupressür noktasına parmak uçlarıyla 5-10 kez vurularak tekrarlanmaktadır. Dokunuşlar sırasında amaç, meridyen sisteminin yüzeye yakın olan noktalarındaki enerji akışını iyileştirmek ve blokajları temizlemektir. Bu

nedenle eller fiziksel olarak beden üzerinde kullanılıyor olsa da amaç masaj yapmak değil, iyileştirici olarak kabul edilen ellerin, enerji bedenine dokunması sonucu fayda sağlamaktır (Hartmann 2016a p. 38).

✓ EFT de 9 ile 14 arasında nokta kullanılır. 0= Kalp Merkezi. EFT turunun başlangıç

ve bitiş noktasıdır. Her iki avucumuzu göğsümüzün ortasına koyar üç kez derin soluk alıp veririz. Klasik EFT'de kurulum cümlesi ile elin serçe parmağı hizasındaki yan kısmından (karete kesme noktası) başlanırken (Craig 2004), Silwia Hartmann tarafından geliştirilen Enerji EFT olarak bilinen sistemde kalp merkezine her iki el göğüs üzerinde birleştirilip derin nefes alıp vererek başlanmakta ve kurulum cümlesi ya da hatırlatıcı kelime öbeği tekrar edilmektedir (Hartmann 2016a p. 37). Her iki sistem de farklı gibi görünse de aslında aynı sonucu sağlamaktadır.



Şekil 2-3: Telkin Sırasındaki Dokunma (Tapping) Bölgeleri (Hartmann, 2016b)

EFT turunda dokunuşlar aşağıdaki sıralamayla devam etmektedir:

Başın tepe noktası: Başın en üst noktası.

Üçüncü göz noktası: Alnın ortasındaki bölge.

Kaşın başlangıcı

Kaş bitimi

Göz altı: Gözün altındaki, elmacık kemiğinin olduğu yer (direkt olarak gözbebeğinin altı)

Burun altı: Burun ile üst dudağın ortasında yer alan nokta.

Dudak altı: Alt dudakla çene arasındaki nokta.

Köprücük kemiğinin altı: Hassas nokta denilen, köprücük kemiği ile göğüs kafesi arasında yer alan bölge.

Koltuk altı: Koltuk altı başlangıcından yaklaşık 10 cm aşağısı (Moran 2012)

Baş parmak: Tüm parmak noktalarının tırnak yatağı hizasındaki etli kısmı (tırnağın köşesi)

İşaret parmağı

Orta parmak

Yüzük parmağı

Serçe parmağı

Karate kesme noktası: Elin yan kısmında parmakların bitiş noktası (Hartmann 2016b p. 9).

Tek bir EFT turu, başın üst kısmından karate kesme noktasına kadar kadarki tüm noktaları kapsayacak şekilde "Kalp İyileştirme Pozisyonu" yla başlayıp, yine aynı pozisyonla son bulmaktadır. Sorun ne kadar basit, açık ve doğru bir şekilde dile getirilirse EFT çalışması o kadar etkili olmaktadır. Kişi tıklama yapılan her noktada en azından bir kez derin soluk alıp vermeli, bu vuruşlar sırasında duygularının farkında olması sağlanmalıdır (Hartmann 2016a p. 25-26). Bu noktalara vuruşlar yapılırken bir yandan da, kurulum cümlesi ya da hatırlatıcı kelime sesli olarak söylenmektedir. Sesli olarak söylenmesindeki amaç, nörolojik sisteminin büyük bir bölümünün devreye girmesini sağlamaktır.

✓ Telkinlerin oluşturulması: Kurulum cümlelerinden sonra dokunuşlar sırasında,

kişinin soruna karşı güçlü hissetmesine yardımcı olan olumlu telkinler oluşturulmaktadır: "Her ne kadar bu sorun beni korkak hissettiriyorsa da, yine de ben kendimi derinden ve tamamen kabul ediyorum" ya da "yine de ben bu sorunda (sorun ismi) rahat hissetmeyi seçiyorum" gibi (Hartmann 2016a p. 34). Oluşturulan bu telkinlerin (kurulum ifadeleri) kökleri bilişsel ve maruz kalma terapilerine dayanmaktadır. Bilişsel terapi, bilişlerimizin geniş alanını dikkate almakta (düşünceleriniz, inançlarınız, başkalarıyla ilişki kurma yollarınız, dünyayı ve deneyimlerinizi algıladığınız zihinsel çerçeveler), maruz kalma terapisi ise olumsuz deneyimlerimize bizi maruz bırakmakta, onlardan kaçınmak yerine, karşı koşullu korku tepkimizi kırmak amacıyla olayla bizi yüzleştirmektedir. Kurulum ifadesinin maruz kalma kısmı, sorunu hatırlamayı içermekte ve defalarca travmanın

anısına kişiyi maruz bırakmaktadır. Bu normalde yaptığımızın tam tersidir; genellikle duygusal bir travmanın kaybolması istenmektedir. Ancak EFT ile güven kazandıkça, maruz kalma söz konusu olduğunda eski travmatik anılardan korkmaya gerek olmadığı keşfedilmekte, bu anıların duygusal yoğunluğu dakikalar hatta saniyeler içinde azalmaktadır. Maruz kalma, kurulum ifadesinin ilk yarısı ile temsil edilirken, bilişsel çalışma, ifadenin ikinci yarısı, kendini kabul etme ile ilgilenen kısım tarafından yapılmaktadır. EFT kişiyi olumlu düşünmeye ikna etmeye çalışmamakta, kişinin kendisini olduğu gibi kabul etme niyetini ifade etmektedir (Church 2010).

✓ Yeniden Değerlendirme: SUE skalasında sorun bir kez daha derecelendirilerek kişinin seans sonrasında nasıl hissettiğine bakılmaktadır.

✓ Sürecin Yinelenmesi: Kişi ilk turdan sonra hala duygu yoğunluğu yaşıyorsa ya da SUE skalasında negatif bir değer veya 0 noktasını gösteriyorsa, yeni bir telkinle işlem tekrarlanmaktadır (Hartmann 2016a p. 40).

EFT esnasında meydana gelebilecek oluşumlar;

Meridyen sistemine vuruşlar yapılırken, endorfin hormonu salgılandığı için;

• Esneme ve uyuma,

• Uyuşukluk,

• Göz yaşarması ve bazen ağlama,

• İç geçirme, geğirme, karın guruldaması ve gaz çıkarma gibi etkileri olabilir (Özcan 2004).

2.3.4. EFT Uygulama Protokolleri

EFT turu her zaman aynıdır, değişmez. Ancak sorun ya da olumsuz duygu ile ilgili uygulamanın etkileri yönlendirilebilmektedir. Mükemmel, başarılı ve kolay EFT uygulaması için farklı türde durumlarla farklı biçimlerde çalışmak üzere geliştirilmiş EFT protokolleri mevcuttur (Hartmann 2016a p. 69).

2.3.4.1. EFT Öykü Protokolü

Geçmiş öyküsü olan bir sorunun üstesinden gelmenin ilk ve en kolay yolu, EFT öykü protokolünü kullanmaktır. Sorunun öyküsü anlatılırken ve herhangi bir stres belirtisi hissedildiği anda durup en son söylenen ile ilgili tıklamaya başlanmaktadır. Örneğin geçirdiği trafik kazasını anlatan biri “Her zamanki gibi işten çıkmış, evime doğru aracımı sürüyordum, akşam olmuştu, karanlıktı ve yağmur yağıyordu” diyerek olaydan

bahsederken kişi tedirgin olup, kaşlarını çatıp, ellerini ovuşturmaya başlamış, soluğu hızlanmış ya da terleme başlamışsa yani stres belirtileri ortaya çıktıysa o an EFT uygulamasına başlanır. Söylediği son sözler ilk EFT kurulum cümlesi olur: "akşam olmuştu, karanlıktı ve yağmur yağıyordu". Anımsatıcısıysa "Karanlık ve yağmur" dur. Bu kurulumla EFT'ye başlanmakta, EFT sırasında öyküye devam edip stres belirtileri azaldığını hissettiğimizde kişi hikayesini anlatmaya devam edebilmektedir. Öykünün devamında tekrar stresin arttığı noktalar olursa EFT turu uygulanmaktadır. Her stres belirtisinde durup vuruş (tapping) yaparak adım adım sorunun kökenine inilmekte ve stresle korku ortadan kaldırılmaktadır. Öyküyü anlatmaya devam ettiğinde, asıl olayla yüzleşmektedir. O ana kadar meridyen sisteminde sıkışıp kaldığına inanılan büyük miktardaki enerji çözülmektedir. Bu son derece yararlı ve evrensel EFT protokolü, tedirgin edici anılardan kaynaklanan stresi adım adım, acele etmeden çözümlemekte, böylece bu anılardan dolayı enerjinin önünde oluşan blokajlar başarılı ve güvenli bir şekilde ortadan kaldırılmış olmaktadır (Hartmann 2016a p. 69-70).

2.3.4.2. EFT Beden Protokolü

Bazen bazı sorunlarla ilgili net bir anı ya da öykü bulunmamaktadır. Bunlar çok eskilere dayanan, hatırlanmayan ya da öyküsü ve neden sürekli ortaya çıktığı bilinmeyen sorunlarda beden protokolü çalışılmaktadır. Beden protokolü, fiziksel duyumlardan yola çıkarak çok net kurulumlar oluşturulmasıyla çalışmaktadır. Beden protokolü ve bedenden algılanan fiziksel duyumlar üzerinde çalışırken bir el, bu duygunun hissedildiği noktaya koyulmakta, bu sayede meridyen sistemindeki enerji akışının hızlandığı düşünülmektedir. Örneğin, "Çok öfkeliyim" diyen kişinin bunu söylediğinde bedeninde oluşan hislere odaklanması istenir ve "Bu öfkeyi bedeninin neresinde ve nasıl hissediyorsun? Öfkeyi hissettiğin yeri gösterebilir misin?" diye sorulur. Yanıtı "Tam olarak omuzlarımın üzerinde ağır bir kaya parçası varmış gibi" diyebilir. "Omuzlarımın üzerinde ağır bir kaya parçası" kurulumu ve "ağır kaya parçası gibi" anımsatıcısıyla tıklamaya başlanır. EFT beden protokolü kullanırken ilgili sorunun meridyen sisteminde yarattığına inanılan enerji blokajlarının ve bedende bunun oluşturduğu duyumların tümüyle yok edildiğinden emin olunmalıdır. Bu protokol duygularını dile getirmekten hoşlanmayan ya da bunlar hakkında konuşamayan kişilerde, özellikle küçük çocuklarda yararlı olabilmektedir. Örneğin küçük bir kız çocuğu babalarının ters bir şey söylemesi üzerine karnının neresi acıdığını gösterebilir. Bunun anlamını çözmeye ya da sorun

üzerinde yorum yapmaya başlamadan bizi yönlendirecek bir anının olmadığı ve yalnızca duyguların var olduğu eski sorunlar için bile hızlı, basit ve güvenli iyileşme gerçekleştirebiliriz. Belli bir konunun dile getirilmediği, anıların yeniden canlanmadığı, sorunun kaynağını kimsenin bilmesinin gerekmediği ve geçmişte sessizce katlanılmak zorunda kalınan sorunlarda kullanılabilmektedir. Beden Protokolü, acıları, psikosomatik ağrıları ya da hastalıkların acı veren belirtilerini yok etmek için en iyi seçenektir (Hartmann 2016a p.71-72).

2.3.4.3. Dikkate Dayalı EFT Protokolü

Bu protokolde düşünme, konuşma söz konusu olmadığında, bedensel duyumlara, düşünce ve anıların akışına, soluk alıp verişlere ve tıklanan her noktanın tepkisine odaklanılmaktadır. Kendine yardım için ilginç bir protokoldür. Kurulum ifadesi kullanılmamakta, sözlü kurulumun yerini alacak olan bir nesneye odaklanılmaktadır. Bu nesne bir fotoğraf, gerçek bir obje, bir çizim, bir sembol ya da bir kağıda yazılmış sözcükler, bir müzik, bir yer gibi sorunu anımsatacak herhangi bir şey olabilmektedir. Örneğin, 45 yıllık kocasını kaybeden bir kadının duyguları, düşünceleri ve anıları o kadar çok ki nereden başlayacağını bilememektedir. Bu yüzden kocasının fotoğrafını alıp karşısına oturur ve bu protokolü uygulamaya başlar. Önce kederinin bir miktar hafiflediğini hissetmiş ve bunun harika, iyileştirici ve şaşırtıcı bir deneyim oluğunu belirtmiştir. Bu protokolde, uygulama için kişinin kendini rahat hissedeceği bir yerde olması, kendine gerektiği kadar zaman tanıyarak, ihtiyaç duyduğu kadar uygulama yapması önerilmektedir.

Dikkate Dayalı EFT Protokolü'nde korku yenmeye çalışılmamakta, yalnızca odaklanılan nesneye doğru stressiz, serbest bir yol, doğal olarak, meydana gelmesi için enerji bedeninin stresi boşaltılmaktadır. Bu protokolün temel noktası sorun neden olan şeye doğrudan odaklanmak ve çözüm yolunda acele etmeden, adım adım ilerlemektir, kişinin kendini gerçekten istediği hızdan daha çabuk iyileşme kaydetmeye zorlamamaktır. Bu yolla en yoğun duygu yüklü karmaşalar bile kontrol altına alınmakta ve sorun çözülene kadar onun kökenine inilmesini sağlayacak stresten arındırılmış bir yol inşa etmek üzere birbiri ardına EFT turu yapılabilmektedir (Hartmann 2016a p. 73-74).

2.3.4.4. EFT Serbest Akış Protokolü

Bu protokol emin olunamayan ya da yeterince anlaşılamayan bir sorunu ya da durumu araştırmak kullanılan bir uygulamadır. Herhangi bir konuyla ilgili yaşanan stresi, gidermek için kullanılabilmektedir. Düşünce, duygu ve bedensel duyumlar aracılığıyla meridyen sisteminde olduğu varsayılan enerji akışı hakkında daha fazla bilgi sahibi olmamızı ve kendimizi daha iyi anlamamızı sağlamaktadır. Örneğin, nedeninden emin olmadan stres yaşayan kimse, geçmişte de aynı durumu birkaç kez yaşamış ve bu duruma neden olan şeyi bilmese de bunu önlemek için bu protokolü kullanabilmekedir. Başlangıçta oluşturulan kurulum, farklı tıklama noktalarına geçildiğinde yine aynı konu üzerinde ancak farklı kurulumla devam etmektedir. Örneğin; başlangıçta "eşim gerçekten sinirime dokunuyor" olarak tıklamaya başlayan bir kişi, farklı bir noktaya geçme isteği oluşuncaya kadar tıklamayı sürdürmekte ve bir sonraki noktaya geçtiğinde derin soluk alıp vermeyle birlikte kurulum tümcesi "onu hiç anlamıyorum, bana çok yabancı oldu" olarak değişebilmektedir. Her bir tıklama noktasında kurulum cümlesi kişinin hislerine göre değişim göstermektedir. Bu şekilde ilerleyen EFT turunda sorunun kaynağının farklı bir kişi olduğu sonucuna da varılabilir. Bu protokolün amacı meridyen sistemindeki blokajları kaldırmak ve EFT uygulamasındaki bütün tıklama noktalarından tam kapasiteyle yararlanarak enerji akımının güçlenerek serbest kalmasını sağlamaktır (Hartmann 2016a p. 75-76).

2.3.4.5. Başkasının Yerine EFT protokolü

Bu protokole vekil tıklama da denilmektedir. Başka biri için (çocuk, dost, meslektaş, aile, takım, ekip ya da grup, evde, çiftlikte ya da doğada yaşayan bir hayvan, geçmişteki veya gelecekteki görünümümüz) ya da onun adına tıklama yapılmaktadır. Bu protokol son derece basit ve dolaysızdır. Örneğin, bir kişi çocuğu adına uygulama yapıyorsa, kurulum "Matematik sınavından korkuyorum" yerine "Çocuğum (isim) matematik sınavından korkuyor." olacaktır. Bu protokolün çift etkisi bulunmaktadır. Herhangi bir nedenle kendisiyle ilgili endişelerimizin olduğu biri adına uygulama yapılması, uygulama yapan kişiyi de stresten arındırmakta ve enerji akışını düzene sokmaktadır. Fiziksel dünyada insanların enerji düzeylerinde çok fazla bağlantı bulunmaktadır. EFT tıklamalarında bu bağlantılar kullanılarak değişimler sağlanmaktadır.

Geçmişe yönelik yapılan uygulama da ise, “çocukken annem babam boşandı, babam beni terketti” demek yerine “terk edilmiş çocuk” kurulumuyla tıklama yapılmakta ve geçmişteki görünümüne (çocuk eskiden vardı, artık burada değil) uygulama yapılmaktadır. Gelecek görünüme yapılan uygulamada da vekil tıklamadan yararlanılabilmektedir. Dikkatimizi gelecekteki halimize yöneltebilir ve stres yaşayabileceğimiz bir konuda tıklama yapabiliriz. Örneğin, “Bu Çarşamba o stresli sunumu yapacak olan görünümüm” gibi. Kurulum cümlesi “o görünüm yanlış bir şey söylemekten çok korkuyor olacak” anımsatıcı tümce ise “sözcükleri yanlış söylemek” olacaktır (Hartmann 2016a p.77-78).

2.3.5. EFT’nin Kullanım Alanları

EFT yenilikçi, somatik ve bilişsel terapinin bileşimidir. Geleneksel Çin tıbbındaki temel ilkelerden türetilen, maruz kalma, bilişsel ve diğer geleneksel psikoterapilerin unsurlarını içermektedir. Uygulamanın kolay olması ve yan etki göstermemesi nedeniyle, EFT çeşitli fiziksel ve psikolojik durumların tedavisinde ve çeşitli nüfus gruplarında kullanılmış ve etkili olduğu gösterilmiştir (Vural ve Aslan 2019; Harbottle 2019). EFT’nin uygulandığı gruplar ve yapılan çalışmalar Tablo 2’de yer almaktadır.

Literatürde çocuklar üzerinde yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamış ancak Angie Mucillo tarafından "Tapping For Kids" isimli, 7-11 yaşındaki çocuklara korkularının, endişelerinin ve günlük travmalarının üstesinden gelmelerine ve öz saygılarını geliştirmelerine yardımcı olacak bir araç olarak EFT'yi nasıl kullanacaklarını öğretmek için tasarlanmış bir EFT çocuk kitabı yayımlanmıştır. Mucillo’nun bildirdiğine göre, çocuklarda; korku, fobiler, uyku sorunları, stres, test ve performans anksiyetesi, kabus görme, öğrenme güçlüğü, enürezis, benlik saygısı ve okulda yaşadığı sorunlarla ilgili EFT uygulanabilmektedir (https://tappingforkids.wordpress.com/category/about-eft-for-kids/).

EFT kişiler üzerinde olumlu etkiler üretmekte ve bildirilmiş yan etkisi bulunmamaktadır (Hartmann 2016a). EFT için %98 etkinlik oranı bildiren, hakemli dergilerde 60'ın üzerinde çalışma sonuçları bulunmaktadır. EFT'nin kullanılabileceği sorunların çeşitliliği sürekli olarak test edilmektedir (Rancour 2017). Feinstein (2012) ve Church (2013) yaptıkları derleme çalışmalarında da kapsamlı olarak bu çalışmalara yer vermiştir. Bununla birlikte http://www.EFTUniverse.com web sitesi, EFT'nin başarılı uygulamasını açıklayan 2.000'den fazla anekdot raporu sunmaktadır.

Tablo 2-2: EFT'nin Kullanım Alanlarına Ait Yapılmış Çalışmalar

Çocuklarda	
	https://tappingforkids.wordpress.com/category/about-eft-for-kids/ (Sezgin ve Özcan 2009)
Gebelerde	
	(Ghamsari ve Lavasani 2015), (Mardjan ve ark. 2018), (Vural ve Aslan 2019),
Yetişkin ve Adölesanlarda	
Anksiyete	(Jasubhai ve Mukundan 1998), (Temple ve Mollon 2011), (Church ve ark. 2012c), (Patterson 2016), (Chatwin ve ark. 2016), (Gaesser ve Karan 2017), (Church ve House 2018), (Stapleton ve ark. 2020)
Depresyon	(Church ve Brooks 2010b), (Church ve ark.2012a), (Stapleton ve ark. 2013), (Stapleton 2014), (Babamahmoodi ve ark. 2015), (Bach ve ark. 2019), (Kwak ve ark. 2020)
Travmatik Olaylar (PTSD)	(Robson ve Robson 2010), (Karatzias ve ark. 2011), (Ying Zhang ve ark. 2011), (Connolly ve Sakai 2011), (Stein ve Brooks 2011), (Gurret ve ark. 2012), (Hartung ve Stein 2012), (Church ve ark. 2012b), (Church ve ark. 2013), (Gallo 2013), (Boath ve ark. 2013), (Church ve Brooks 2014), (Dunnewold 2014), (Lake 2014), (Sheldon 2014), (Minewiser 2017), (Nicosia ve ark. 2019)
Test anksiyetesi	(Jain ve Rubino 2012), (İnangil ve ark. 2020),
Disleksi	(Benor ve ark. 2009), (McCallion 2012), (Church ve Brooks 2013)
Akademik Performans	(Boath ve ark. 2013)
Kilo verme ve aşırı yemek yeme isteği	(Stapleton ve ark. 2010), (Stapleton ve ark. 2016a), (Stapleton ve ark. 2016b), (Stapleton ve ark. 2017), (Church ve ark. 2018), (Stapleton ve ark. 2020), (Stapleton ve ark. 2020)

Fobiler (korkular)	(Waite ve Holder 2003), (Wells ve ark. 2003), (Schoninger ve Hartung 2010), (Baker ve Siegel 2010), (Salas ve ark. 2011), (Fitch III ve ark. 2011), (Jones ve ark. 2011), (Di Rienzo ve ark. 2019), (Xanthou 2020)
Sedef Hastalığı	(Hodge ve Jurgens 2011)
Nöbet Bozuklukları	(Swingle 2010)
Fibromiyalji	(Brattberg 2008)
Başağrısı	(Bougea ve ark. 2013)
Spor Performansı Geliştirme	(Church 2009), (Church ve Downs 2012), (Llewellyn-Edwards ve Llewellyn-Edwards 2012), (Rotheram ve ark. 2012)
Kronik hastalıklarda	(Kalla ve ark. 2018)
Dismenore	(Ersun ve Zaybak 2012)

Yapılan çalışmalara bakıldığında, EFT'nin en fazla yetişkin bireylerde kullanıldığı, bu bireylerde de travmatik olaylar (PTSB), anksiyete bozuklukları, depresyon, fobiler, kilo verme ve aşırı yemek yeme isteği gibi psikolojik durumlarda daha çok, dismenore, başağrısı, fibromiyalji gibi somatik durumların tedavisinde daha az sıklıkta kulanıldığı belirlenmiştir. Gebelerde EFT kullanım sıklığı daha az olmakla beraber, yapılan çalışmalarda etkinliğinin ve güvenirliğinin sağlanmasıyla, gebelikte meydana gelebilecek farklı sorunlarda çalışmaların artmaya başladığı da görülmektedir. Bütün bu psikolojik ve somatik durumlara ek olarak, Hartmann (2016a), beden imgesi, inançlar, yas, güvensizlik, ölüm korkusu, bağışlama, yaratıcılık, hedefler, öğrenme, şans, ilişkiler, cinsellik, spiritüalizm, bağımlılık, öfke, güven, affetme, yaratıcılık ve irade gibi birçok alanda EFT uygulanabileceğini bildirmiştir.

2.4. Postpartum Depresyonun Önlenmesinde ve Postpartum Depresyon Sürecinde Ebenin Rolü

Postpartum dönemde anneler, bir taraftan kendi ihtiyaçları ve yaşadıkları sorunlarla baş etmeye çalışırken diğer taraftan da bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak, günlük aktivitelerini sürdürmek ve bu yeni duruma uyum sağlamak durumunda kalmaktadır (Koyun ve ark. 2011). Gebelik ve postpartum dönemi kapsayan bu uyum sürecinde gebeliğin ve ebeveyn olmanın getirdiği sorunlar ve ülke sağlık politikaları nedeniyle kadınların pek çoğu yaşadıkları ruhsal sorunlarla baş edebilmek için bir psikiyatri profesyonelinden yardım alamamaktadır. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, kadınların yardım almasını engelleyen faktörlerin arasında; duygularını açıklayamamaları, bunda da etkili olan şeyin aile üyeleri ve sağlık çalışanlarının annelerin duygusal ve nesnel ihtiyaçlarına cevap vermedeki isteksizlikleri olarak belirlenmiştir. Annelerin postpartum depresyon (PPD) ve semptomları konusunda bilgi sahibi olmamaları da yardım almamaktaki önemli nedenlerden biri olarak gösterilmektedir. Kadınların sağlık profesyonellerinden farmakolojik girişimler almak yerine yargısız biriyle konuşmayı tercih ettikleri de saptanmıştır (Dennis ve Chung-Lee 2006). Kalitatif olarak yapılan başka bir çalışmada, annelerin çoğu, sağlık profesyonellerinin, annenin zorluk çektiğini anlayamadıklarını veya kadınların duygularını reddettiklerini, onları dinlemekle zaman geçirmedikleri için hayal kırıklığına uğradıklarını belirtmişlerdir. Özellikle zor veya üzücü doğum deneyimleri olan anneler, duyguları ile ilgili ebelerle görüşme fırsatının olmasını değerli gördüklerini belirtmişlerdir. Onları dinlemeye zaman ayıracak, ciddiye alacak ve kim olduklarını anlayıp kabul edecek yargılayıcı olmayan bir kişiyle konuşmak istemişlerdir (Mauthner 1997).

Literatürde ebe tarafından annelere duyarlı duygusal destek sağlanması vurgulanmış, ebelerin daha gebelikte başlayan dinleme ziyaretlerinin PPD'nin önlenmesi için yararlı bir strateji olabileceği belirtilmiştir (Mohammad-Alizadeh-Charandabi ve ark. 2013). PPD'nin önlenmesinde ebenin destekleyici rolünü belirlemek amacıyla 50 girişim ve 50 kontrol olmak üzere toplam 100 primpar kadınla yapılan bir çalışmada; doğum sonrası 2. ve 10. günlerde ebenin duygusal ve bilgilendirici desteğini alan grupla diğer grup arasında, 45. günde EPDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu da postpartum dönemde ebe tarafından verilen desteğin PPD tedavisinde etkili bir faktör olduğunu ve semptomları önemli ölçüde azaltabileceğini göstermektedir (Hassan Zahraee ve ark. 2003). Ebelerin postpartum dönemde bilgilendirme rollerinin

doğumdan sonra psikolojik morbiditeyi azaltıp azaltamayacağını inceleyen bir çalışmada ise; bilgilendirilen grupta doğumdan sonra kontrol grubuna göre yüksek anksiyete ve depresyon skorlarına sahip olma olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur (Lavender ve ark. 1998).

Bu anlamda doğum öncesi eğitim sınıfları da kadınlara destekleyici ilişkiler kurma fırsatı vermekte ve doğum sonrası destek grupları olarak kadınlar için postpartum dönemde özellikle değerli olabilmektedir. Bu gruplar, kadınların diğer annelerle ve grupları yöneten sağlık profesyonelleriyle olan ilişkilerinde bilgi, destek ve süreklilik sağlayabilmektedir. Bu gruplarda şu başlıklara değinilmesi gerekmektedir:

- Anneliğin gerçekçi tasvirlerini sunmak

-Birçok annenin yaşadığı kararsızlık ve duygudurum değişikliklerine özel dikkat gösterilmek;

- Postpartum depresyonu tartışmak;

- Postpartum depresyonun yaygınlığı ve semptomları hakkında bilgi vermek;

- Kadınlara diğer annelerin de kararsızlık, duygudurum değişiklikleri ve depresif belirtiler yaşadıklarına dair bilgi vermek;

-Kadınlara gereksinim duydukları takdirde iletişim kaynaklarını aktif hale getirmek (hem profesyonel olarak, hem de yerel topluluklar ve ulusal kuruluşlar aracılığıyla) (Mauthner 1997). Doğum deneyimi sırasında ve sonrasında ise;

Ebelerin, hastanede doğumdan sonra da anne ile her gün zaman geçirmeleri, doğum deneyimi ve duyguları hakkında serbestçe konuşmaları da öneriler arasındadır. Bu anne için yararlı ve terapötik olabilmekte, daha sonra duygusal problemlerin gelişmesini önlemeye yardımcı olmakta ve ayrıca zorluk çeken kadınların erken tanınmasını kolaylaştırabilmektedir (Holden 1994).

Ebelerin sağladığı duygusal bakım, sağlığı ve refahı artırmakta, stres, travma ve depresif semptomları azaltmakta ve doğurgan kadınlarda maternal sonuçları iyileştirmektedir. Ancak bazen intrapartum ve postpartum duygusal bakımın sağlanması zor olabilmekte ve sorunlu kadınların taranması, desteklemesi için iyi bir bilgi tabanı gerekmektedir. Konuyla ilgili Avustralyada 815 ebe ile yapılan bir çalışmada; ebelerin %70,6'sı antenatal dönemde depresyon risk faktörlerini belirleyememiş, ebelerin neredeyse tamamı (%98,3) intihar girişiminde bulunan antenatal depresyondaki kadınların yüzdesini hafife almıştır. Ebelerin önemli yüzdeleri postpartum depresyonla

ilişkili insidansı (%44,4), başlangıç süresini (%71) ve tedavi seçeneklerini (%32) doğru bir şekilde tanımlayamamıştır. Ebelerin %43,8'i EPDÖ'nün psikotik depresyon belirtilerin değerlendirmek için uygun bir araç olduğu görüşünü yanlış olarak bildirmiştir. Antenatal ve postnatal dönemlerde depresif belirtilerin başlaması, değerlendirilmesi ve tedavisi ile ilgili temel bilgi eksiklikleri bulunmaktadır (Jones ve ark. 2011). Ebelerin Polonya'da antenatal ve postnatal ruh sağlığı bozuklukları hakkındaki bilgilerini değerlendirmeyi amaçlayan başka bir çalışmada, ebelerin bu bozuklukların tedavisi hakkında yetersiz bilgileri olduğunu ortaya koymuştur (Magdalena ve Tamara 2020). Yapılan başka bir araştırmada ise ebelerin yeterli bilgiye sahip oldukları saptanmış, kadınları desteklemek için kendilerini donanımlı hissettiklerini ancak perinatal ruh sağlığı sorunları hakkında daha fazla eğitim almak istedikleri belirlenmiştir (Noonan ve ark. 2018). Gebelik ve lohusalık döneminde depresyonun değerlendirilmesi ve gerektiğinde yönetiminde ebelerin bilgi ve yeterliliklerini geliştirmek için sürekli mesleki eğitime ihtiyaç bulunmaktadır (Jones ve ark. 2011).

Ebelerin ve danışanların (anne, gebe gibi) bakış açılarından perinatal ruh sağlığı hizmetlerine erişimi engelleyen faktörlerin incelendiği ve 26 yayının dahil edildiği bir kapsam incelemesinde, pek çok ebenin ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili konuyu ne zaman ve nasıl açacaklarına dair güvensiz hissetikleri ve tarama uygulamalarını yapmakta kararsız kaldıkları saptanmıştır. Bu incelemeye dahil edilen yirmi altı yayından yirmi biri, perinatal ruh sağlığı hizmetlerinin genellikle erişilemez olduğunu veya insanların bakıma ihtiyaç duyduklarını ilk başta algılayamadıklarını belirlemiştir (Viveiros ve Darling 2019).

Farklı ülkelerde farklı çalışma sonuçları bulunurken, Türkiye'de ebelerin postpartum depresyon ile ilgili bilgilerinin sorgulandığı bir araştırmaya rastlanmış, birinci basamakta çalışan 136 ebe ve hemşire ile yapılan bu araştırma sonucunda, ebe/hemşirelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve tutumlarının iyi düzeyde olduğu, ancak uygulamaya yansıtmada yetersiz kaldıkları saptanmıştır (Kurtçu ve Gölbaşı 2014).

Avustralya'da ebeler tarafından verilen psikoeğitimin, kadınların doğum korkusu ve postpartum psikolojik iyi olma üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada; kadınların bir sonraki gebeliklerinde sezaryen tercihinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, ebe müdahalesinin kadınların hem kısa hem de uzun vadede normal doğum hakkında olumlu hissetmelerine yardımcı olabileceğini göstermiştir. Araştırma

sonucunda, girişim grubundaki kadınların postpartum depresif belirtilerde veya ebeveynlik güveninde herhangi bir farklılık bulunmamasına rağmen, doğum hakkında olumlu hissetmeleri sonraki doğumların travmatik yaşanmamasını sağlayacağı düşünülmüştür (Fenwick ve ark. 2015). Yukarıda gebe ve lohusa ile uzun süreli ve yakın ilişki kurması bakımından hafif düzeyde postpartum depresyonun önlenmesi ve tedavisinde ebelerin yer aldığı pek çok araştırma sonuçları verilmiştir (Mauthner 1997; Lavender ve ark. 1998; MacArthur ve ark. 2002). Bu nedenle gebelerle, lohusa ve aile üyeleri ile sürekli iletişim halinde olan ebelerin tüm anneleri, yaşayabilecekleri olası problemler ile postpartum depresyon belirtilerini fark etmesi ve ihtiyaç hissettiklerinde başvurabilecekleri yerler, kişiler konusunda bilgilendirmeleri de gerekmektedir. Antenatal ve postnatal dönemde depresyonun önlenmesinde ya da hafif düzeyde depresyon varlığında ebelerin kuracakları terapötik ilişki sayesinde, destek, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin aktif hale getirilmesi, kadına problem çözme becerileri gibi postpartum depresyonu önlemede faydalı olabilecek destekleyici yöntemlerle yardımcı olunması, gerekli eğitimleri aldıktan sonra kısa süreli terapötik girişimlerin uygulanması da önem kazanmaktadır. Ebe ve hemşireler annelerin postpartum dönemdeki gereksinimlerini değerlendirmeli, bu konuda gerekli bakım ve desteği sağlayarak annelik rolüne uyumlarını kolaylaştırmalı ve sorunların azalmasına yardımcı olmalıdır (Balkaya 2002).

Kadınları desteklemede potansiyel olarak kritik rolü göz önüne alındığında, ebenin bu yönünün araştırmalarda büyük ölçüde ihmal edilmiş olması şaşırtıcıdır. Literatürde nispeten az sayıda makale özellikle ebelik için postpartum depresyonun etkilerini veya ebelerin bu dönemde savunmasız kadınlara hayatlarında nasıl yardımcı olabileceği sorusunu ele almıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma randomize kontrollü, deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacı gebelik döneminde uygulanan duygusal özgürlük teknikleri (EFT)'nin postpartum depresyon üzerine etkisini belirlemektir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 15.04.2018-15.07.2019 tarihleri arasında, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma yerinin seçiminde; araştırmacının daha önce bu kurumda çalışmış olmasından dolayı kliniğin işleyişini bilmesi ve çalışanlar ile daha kolay iş birliği yapabilmesi, uygulama için mahremiyetin korunması amaçlı uygun bir odanın ayarlanmış olması etkili olmuştur.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın yapımı 1967 yılında tamamlanmış, 1969 yılında hizmete açılmış ve halen aynı konumda hizmet vermeye devam etmektedir. Çalışmanın yapıldığı Gebe Polikliniği, kliniğin -2. katında, Jinekoloji Polikliniği ile yan yana koridorlarda yer almaktadır. Gebe Polikliniği tansiyon ve kilo ölçümlerinin yapıldığı, kayıtların tutulduğu bir oda, NST (Nonstress Test) işleminin uygulandığı bir oda, hekim muayenesinin ve ultrasonografinin yapıldığı bir oda, gerekli görüldüğü durumlarda jinekolojik muayene yapılan bir oda ve gebelerin eğitim gereksinimlerini karşılamak amacıyla oluşturulmuş bir oda olmak üzere toplam 5 odadan oluşmaktadır. Gebeler ilk olarak tansiyon ve kilo ölçümlerinin yapıldığı odada karşılanmakta, anamnezleri alınmakta, tansiyon ve kilo ölçümü yapıldıktan sonra hekim muayenesi için ultrasonografinin bulunduğu odaya yönlendirilmektedir. Gerekli görüldüğü durumlarda NST çekimi ve vajinal muayene yapılmaktadır. Eğitim odası ise pazartesi günleri 13.00-14.00 saatleri arasında yapılan Gebe Eğitimi için kullanılmaktadır. Poliklinik 08^{00}-16^{00} saatleri arasında hizmet vermekte olup, gebe polikliniğinde bir asistan hekim (duruma göre bu sayı iki de olabilmektedir), bir sorumlu ebe ve bir çalışan ebe olmak üzere iki ebe görev almaktadır. Araştırma ile ilgili uygulamalar Gebe Polikliniği'nde bulunan gebe eğitim odasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi

DSM V'e göre gebelik ve postpartum dönemde görülen depresyon ayrı tanılar olmayıp, "peripartum başlangıç belirleyicisi" ayracı ile tek bir tanı olarak değerlendirilmektedir. Buna göre; araştırmanın evrenini belirtilen tarihler (15.04.2018-15.07.2019) arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniği'ne başvuran gebeler oluşturmuştur. Bu polikliniğe başvuran gebeler 36. haftaya kadar dört haftada bir, 36. haftadan sonra gebenin sağlık durumuna göre iki haftada bir ya da her hafta kontrole gelmektedir.

3.3.1. Örneklem Seçimi

Araştırmanın yapıldığı Gebe Polikliniği'ne 2017 yılında başvuran gebe sayısı 10.736 olarak saptanmıştır. Bu araştırma deneysel olarak planlandığı için her bir gruba alınacak kişi sayısını belirleyebilmek için güç analizi uygulandı. Örneklem büyüklüğü, %80 güç, 0,05 hata payı ve 0,5 etki düzeyi ile G*Power (3.0.10) Programı kullanılarak hesaplandığında, deney ve kontrol gruplarının her biri için en az 64 gebenin alınması gerektiği belirlendi. Çalışma sürecinde veri kaybı olabileceği düşüncesi ile her iki gruba 70 gebenin alınması uygun görüldü. Ayrıca verilerin toplanmasından sonra çalışmada örneklem büyüklüğünün yeterliliğini sınamak için yapılan post hoc analizinde; çift taraflı hipotez, 0,05 birinci tip hata, deney grubu (n=69) ve kontrol grubu (n=67) gözlem sayısı ve çalışmamızda bulmuş olduğumuz etki büyüklüğü baz alınarak (uygulama sonrası ölçümler), literatürde kabul edilen 0,80 gücün üzerinde olduğu, dolayısıyla araştırmamızdaki örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

Gebeliğin ilk üç ayında daha az kontrole gelinmesi, depresyon görülme yaygınlığının daha az olması ve gebelikle ilgili fiziksel şikayetlerin çokluğu nedeniyle ilk 12 hafta gebeliği olan kadınlar örnekleme alınmamıştır. EFT'nin etkisinin kişiden kişiye değişebilmesi ve kişilere uygulanacak seans sayısının belirsizliği ve grubun mümkün olduğunca homojenliğinin sağlanabilmesi için ikinci trimester (13. haftadan itibaren) den itibaren 30. haftaya kadar bu aralıkta bulunan tüm gebeler örnekleme dahil edilmiştir.

Çalışma süresince 790 gebe uygunluk açısından değerlendirilmiş, dışlanma ölçütlerini karşılayan 638 gebe, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 12 gebe çalışmaya alınmamış, kalan 140 gebe randomizasyona dahil edilmiştir.

Araştırma sürecinde deney grubunda; 1 gebe 25. haftada çalışmaya alınmış ancak 27. haftasında GDM tanısı konması nedeniyle; kontrol grubunda ise, 2 gebe erken doğum, 1 gebe ise psikiyatri kliniğine yönlendirilmesi nedeniyle araştırmadan çıkarılmıştır. Sonuçta deney grubundan 1 ve kontrol grubundan toplam 3 gebe olmak üzere toplam 4 gebe araştırmadan çıkarılarak araştırma kriterlerine uyan gebelerle çalışmaya devam edilmiş deney grubu 69 ve kontrol grubu 67 olmak üzere toplam 136 gebe ile çalışma sonlandırılmıştır.

Consort akış şeması CONSORT-SPI 2018 Akış Şeması doğrultusunda (Montgomery ve ark. 2018) hazırlanmıştır.

Grupların oluşturulmasında, randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Verilerin toplanacağı kurumun ilgili birimlerine gelen gebelerden, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nden 12 ≥ puan alan gebeler randomizasyon işlemine dahil edilmiştir. 1'den 140'a kadar olan sayılar bilgisayar destekli ramdomizasyon programı (https://www.randomizer.org) kullanılarak 2 grup için randomize edilmiştir. Randomizasyon işlemi bu şekilde gerçekleştirilmiş ve depresyon açısından riskli olan gebelerin tamamen rastgele, eşit şansla ve bağımsız olarak gruplara seçilmesi sağlanmıştır. Randomizasyon sonrası grupların hangisinin deney hangisinin kontrol grubuna ait olduğunu belirlemek için kura yöntemi kullanılmıştır.

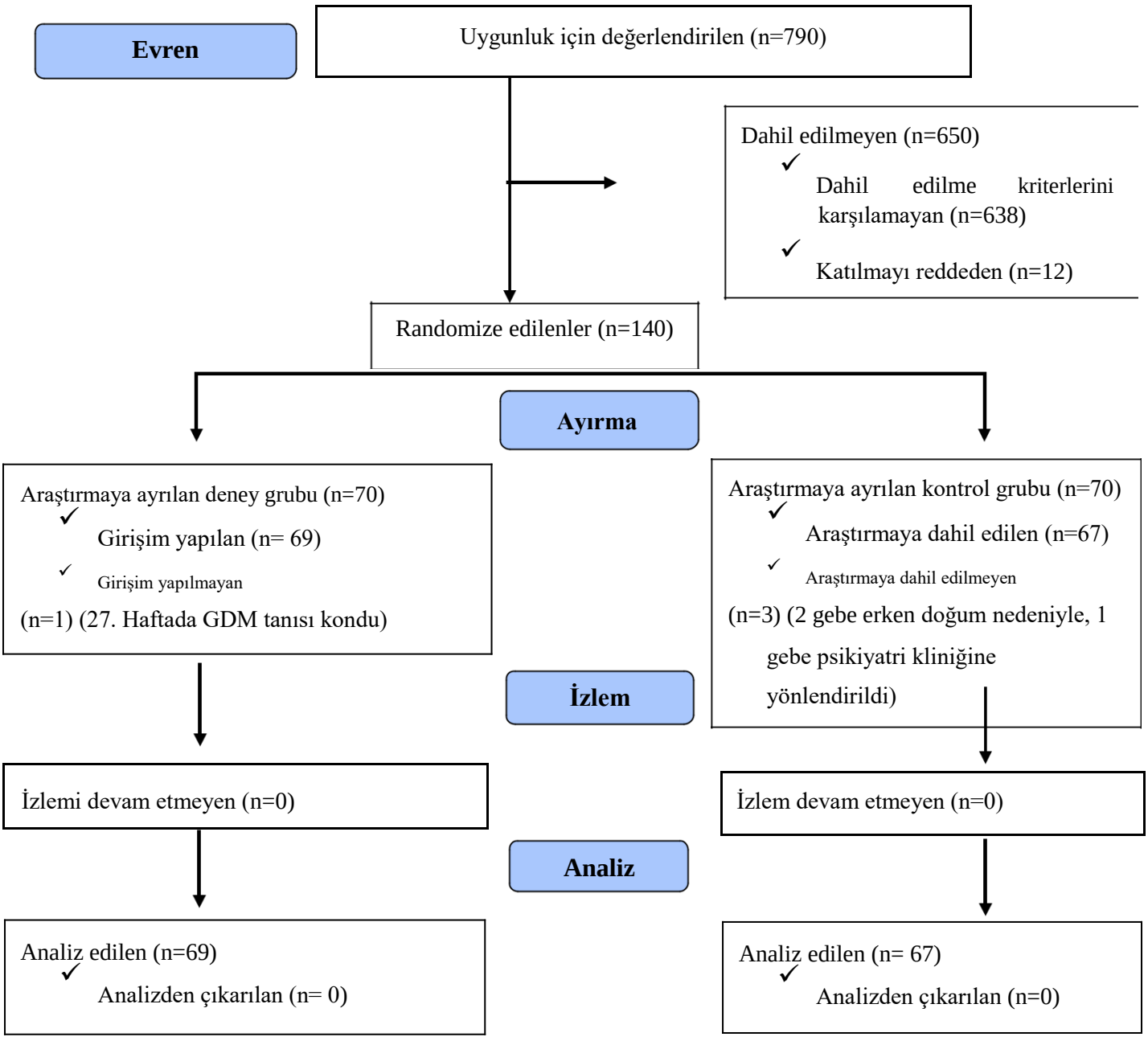
Randomizasyon yapılırken Randomizer.org programı kullanılarak yapılan rastgele sıralamada;

EFT grubu: 2, 3, 4, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 19, 21, 23, 24, 26, 30, 35, 36, 39, 40, 44, 46, 48, 52, 54, 55, 56, 57, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 69, 70, 73, 79, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 91, 94, 98, 99, 101, 103, 105, 106, 109, 110, 112, 114, 115, 116, 119, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 134, 135, 137, 138, 140,

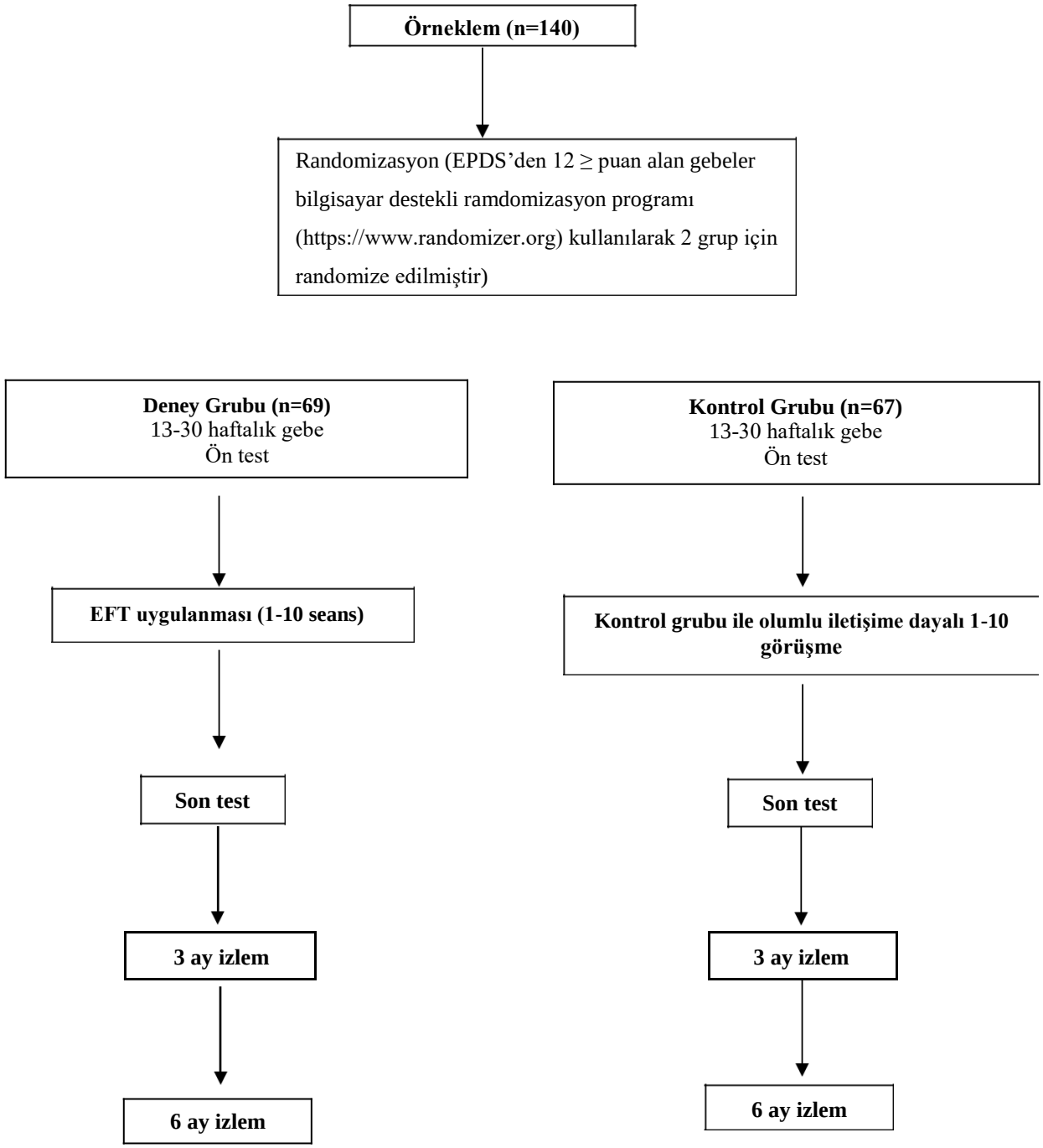
Kontrol grubu: 1, 5, 8, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 20, 22, 25, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 41, 42, 43, 45, 47, 49, 50, 51, 53, 58, 59, 60, 65, 68, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 85, 87, 88, 92, 93, 95, 96, 97, 90, 100, 102, 104, 107, 108, 111, 113, 117, 118, 120, 121, 122, 127, 128, 132, 133, 136, 139 sıra numaralı gebeler seçilerek gruplar oluşturulmuştur.

CONSORT
TRANSPARENT REPORTING of TRIALS

CONSORT-SPI 2018 Flow Diagram



Şekil 3-1: CONSORT-SPI 2018 Akış Şeması (http://www.consort-statement.org/)



Şekil 3-2: Araştırma Akış Şeması

3.3.2. Çalışmaya Alınma Ölçütleri (Uygulama ve kontrol grupları için):

* 18-49 yaş aralığında olmak
* Öğrenim düzeyi en az ilkokul olmak
* Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden 12 ≥ puan almak
* 13-30. haftalar arasında gebeliği olmak
* Riskli bir gebeliğe sahip olmamak,
* Spontan gebeliği olmak,
* Tek ve canlı fetüse sahip olmak
* Dokunma (tapping) bölgelerinde enfeksiyon, yara, skar gibi durumların olmaması

3.3.3. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri (Uygulama ve kontrol grupları için:

*****İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir soruna sahip olmak (Türkçe bilmemek, işitme, konuşma ve anlama yeteneklerinde bozukluğa sahip olmak gibi)
* Kronik ciddi bir fiziksel hastalık ya da engelliliğe sahip olmak
* Bir psikiyatrik tedavi görüyor olmak (Farmakoterapi ya da psikoterapi)

3.3.4. Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri (Uygulama ve kontrol grupları için):

*Araştırmadan ayrılmak isteme

*Gebeliğin herhangi bir nedenle miadından önce sonlaması ya da miadında doğan bebeğin kaybı

*Gebeliğin devamını riske sokacak ciddi bir durumun oluşması (preeklempsi, erken doğum tehdidi,...)

*Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde kadının ciddi bir fiziksel ya da psikiyatrik hastalık tanısı alması (diyabet, psikoz gibi)

*Gebelikte ya da postpartum dönemde kadının psikiyatrik tedaviye başlaması (farmakoterapi ya da psikoterapi)

3.3.5. Araştırmanın hipotezleri;

H1: Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT)'nin gebelikte ve postpartum dönemde depresif belirtileri azaltıcı etkisi vardır.

H2: Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT)'nin gebelikte ve postpartum dönemde kaygıyı azaltıcı etkisi vardır.

H3: Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT) gebelikte ve postpartum dönemde stresle başa çıkmada aktif tazların (sosyal desteğe başvurma, iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım) kullanımının artmasını sağlamaktadır.

H4: Gebelikte uygulanan duygusal özgürlük teknikleri (EFT)'nin depresif belirtileri azaltıcı etkisi uzun süre devam etmektedir.

3.3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri, deneyimledikleri stres verici yaşam olayları ve EFT uygulaması

Bağımlı değişkenler: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden alınan puan**,** Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçek puanı ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nden alınan puan

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada araştırmacı tarafından amaca uygun olarak literatür doğrultusunda hazırlanan;

-37 soruluk Gebeler İçin Hazırlanan Bilgi Formu,

-Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

(EPPDÖ), -Yaşam Olayları Listesi,

-Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ),

-Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI),

-SUE (Subjective Units of Experience) (Subjektif Deneyim Birimi)

Skalası -21 soruluk Doğum Sonrası Görüşme Formu kullanılmıştır.

3.4.1. Gebeler İçin Hazırlanan Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form, katılımcıların yaş, kilo, boy, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, aile tipi gibi sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 15, gebelik öyküsü (parite, abortus, küretaj, ölü doğum), eşinin ve kendisinin gebeliği isteme durumu, bebeğin sağlık durumu gibi obstetrik özelliklerine ilişkin 7 ve postpartum depresyon öyküsü olup/olmama öyküsü, eşiyle, kendi ailesiyle, eşinin ailesiyle olan ilişkileri, alkol sigara kullanma durumu gibi

psikososyal özelliklerine ilişkin 15 soru olmak üzere toplam 37 sorudan (evet-hayır, açık uçlu ve çoktan seçmeli türden) oluşmaktadır (EK 1).

3.4.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği-EPDÖ 1987 yılında Cox ve ark. tarafından geliştirilmiş, günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliği ve güvenirliği denenmiş, ülkemizde ise geçerlilik güvenilirlik çalışması Engindeniz ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 4'lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30'dur. Ölçekte her bir madde 0,1,2,3, olarak değerlendirilmekte 3,5,6,7,8,9,10. maddelerin değerlendirilmesinde ise puanlama tersine (3,2,1,0) olmaktadır. Engindeniz'in yaptığı geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.79, güvenilirliği 0.80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlığı 0.84, özgüllüğü 0.88, olumlu öngörü değeri 0.69 ve olumsuz öngörü değeri 0.94 olarak bulunmuştur. Toplam ölçek puanı kesme noktasından fazla olan kadınlar depresyon açısından risk grubu olarak kabul edilmektedir (Cox ve ark. 1987; Engindeniz ve ark. 1996) (EK 2).

3.4.3. Yaşam Olayları Listesi

Katılımcıların son bir yıl içinde karşılaştıkları yaşam olaylarını değerlendirmek üzere Yaşam Olayları Listesi kullanılmıştır. Bu amaçla Holmes ve Rahe (1967) tarafından geliştirilmiş, Baltaş ve Baltaş (1998) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış Sosyal Uyumu Ölçme Listesi ve Sorias (1982) tarafından geliştirilmiş olan Yaşam Olayları Listesi kullanılmıştır. Sorias (1982) yaşam olayları listesini 107 madde olarak belirlemiştir. Bu olaylar başlıca ekonomik durum, sağlık durumu, eğitim, iş, aile, yakın akraba ve arkadaş ilişkileri, cinsel yaşam, yitim (ekonomik, sağlık, eş), yer değişikliği gibi olaylardan oluşmaktadır. Araştırmanın niteliğine uygun olarak liste içinden bazı olaylar seçilerek kullanılabilmektedir (Sorias 1982). Bu listenin en son Kabakçı (2001) tarafından üniversite öğrencileri için uyarlanmış olduğu göz önünde bulundurularak, esas çalışmadan önce ön çalışma yapılmış, gebeler için iki listeden de yararlanılarak güncel bir Yaşam Olayları Listesi oluşturulmuştur (EK 3).

3.4.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Katılımcıların stres yaratan durumlar karşısında baskın olarak kullandıkları başa çıkma mekanizmalarını belirlemek amacıyla Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır.

Folkman ve Lazarus 1980 yılında tarafından geliştirilen 'Başa Çıkma Yolları Envanteri' 66 maddelik, 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçek ülkemizde daha önce Siva (1988) tarafından kullanılmış ve kültüre özgü maddeler eklenerek 74 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir. Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan kısaltma çalışmaları sonucunda ölçek 30 maddeye indirilmiştir.

Bu kısaltılmış formun faktör yapısı üç faklı çalışmada ele alınmıştır. Birinci çalışmanın örneklemini 575 üniversite öğrencisi, ikinci çalışmanın örneklemini çeşitli özel ve kamu bankalarında çalışmakta olan 426 kişi ve üçüncü çalışmanın örneklemini ise Ankara'da yaşamakta olan 232 kişi oluşturmuştur. Bu üç çalışma sonucunda ölçeğin, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama şeklinde beş faktörden oluştuğu saptanmıştır. Bu şekilde belirlenen beş alt ölçeğin her birinden alınan yüksek puanlar, o alt ölçeğin ifade ettiği başa çıkma tarzının kullanımındaki artışa işaret etmektedir. Bu alt ölçekler ve hangi maddelerle ölçüldükleri aşağıda belirtilmektedir:

1. Kendine Güvenli Yaklaşım: 8.,10.,14.,16.,20.,23. ve 26. madde,
2. İyimser Yaklaşım: 2., 4., 6., 12. ve 18. madde,
3. Çaresiz Yaklaşım: 3., 7.,11., 19., 22., 25., 27. ve 28. madde,
4. Boyun Eğici Yaklaşım: 5., 13., 15., 17., 21. ve 24. madde,
5. Sosyal Desteğe Başvurma: 1., 9., 29. ve 30. madde

Ölçek, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Bunlar problemle ilgili/aktif ve duygularla ilgili/pasif tarzlardır. Aktif tarzları, sosyal desteğe başvurma, iyimser ve kendine güvenli yaklaşım alt ölçekleri; pasif tarzları, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım alt ölçekleri göstermektedir. Stresle etkili olarak başa çıkabilenlerin aktif tarzları, başa çıkamayanların ise pasif tarzları daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Alt boyutlardan alınan yüksek puan bireyin o yaklaşımı daha çok kullandığını göstermektedir.

Ölçekte yer alan 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Her bir alt boyuttan alınan puan madde sayısına bölünerek alt grup puanları elde edilmektedir. Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan ilk çalışmada, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden elde

edilen cronbach alfa iç tutarlık katsayıları sırasıyla; iyimser yaklaşım tarzı için 0,68, kendine güvenli yaklaşım tarzı için 0,80, çaresiz yaklaşım tarzı için 0,73, boyun eğici yaklaşım tarzı için 0,70, sosyal destek arayan yaklaşım tarzı için 0,47'dir.

Otuz maddelik kısaltılmış ve uyarlanmış Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği orijinali ile kıyaslandığında, madde sayısı yarıdan daha az olmasına karşın, depresyon, kaygı ve diğer stres belirtileriyle ilişkili olan başa çıkma tarzlarını geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçtüğü bildirilmektedir (Şahin ve Durak 1995) (EK 4).

3.4.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan envanterin Türk kültürüne uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1974-1977) tarafından yapılmıştır. Yirmi maddeden oluşan Durumluk Kaygı Ölçeği ile yirmi maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere toplam kırk maddeden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireylerin belirli bir anda içinde bulunduğu koşullarda kendisini nasıl hissettiği, içinde bulunduğu koşullara ilişkin duygularını dikkate alarak maddeleri cevaplamaları istenmektedir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise; bireyin genellikle kendisini nasıl hissettiğini belirtmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği, maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar, bireyin içinde bulunduğu durumu hissetme derecesine göre; (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla gibi oluşan şıklardan birini işaretleyerek cevaplandırılır. Sürekli kaygı maddelerinde ifade edilen duygu davranışları ise; sıklık derecesine göre;
(1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde cevaplandırılır.

Ölçeklerde doğrudan ve ters dönmüş olmak üzere iki tür ifade bulunur. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'nci maddeler) tersine dönmüş ifade vardır. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş yedi (1, 6, 7, 10, 13, 16, 19'uncu maddeler) madde vardır. Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri minimum 20 maksimum 80 arasındadır. Puanlama için doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadeler, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı için bu değer 50, Sürekli kaygı için 35'dir. En son elde edilen değer, bireyin kaygı puanıdır.

Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. (Öner ve Le Compte, 1983; Öner 1997).

Ölçeğin Türkçe uyarlamasında cronbach alfa korelasyonları ile saptanan güvenirlik katsayılarının Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,83 ile 0,92 arasında, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,83 ile 0,87 arasında olduğu saptanmıştır (Öner 1997) (EK 5).

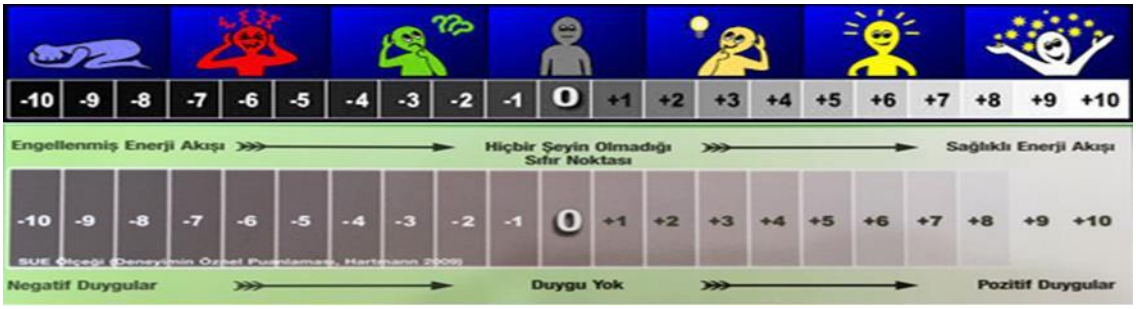
Tablo 3-1: EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ- Alt Ölçeklerin Orjinal Çalışmadaki ve Bu Çalışmadaki Güvenirlik Değerleri

	Geçerlik Güvenirliği Yapılan Çalışmada Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayısı	**Bu Çalışmadaki Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayısı (n:136)**	**İfade Sayısı**
EPDÖ	0,79 (Engindeniz ve ark 1996)	,785	10
STAI-DAÖ	0,83 ile 0,92 arasında (Öner 1997)	,882	20
STAI-SAÖ	0,83 ile 0,87 arasında (Öner 1997)	,836	20
SBÇTÖ-Kendine Güvenli Yaklaşım	0,80 (Şahin ve Durak 1995)	,806	7
SBÇTÖ-İyimser Yaklaşım	0,68 (Şahin ve Durak 1995)	,686	5
SBÇTÖ-Çaresiz Yaklaşım	0,73 (Şahin ve Durak 1995)	,756	8
SBÇTÖ-Boyun Eğici Yaklaşım	0,70 (Şahin ve Durak 1995)	,522	6
Sosyal Desteğe Başvurma	0,47 (Şahin ve Durak 1995)	,474	4

3.4.6. SUE (Subjective Units of Experience) (Subjektif Deneyim Birimi) Skalası

Bu ölçek enerji bedenindeki enerji akışını değerlendirmektedir. Duygular enerji bedeninin durumu hakkında bilgi vermektedir. Enerji bedeni stres tablosunun

basitleştirilmiş halidir. Hartman (2009) tarafından "Events Psychology" yaklaşımı ile yaratılmıştır.



Şekil 2-2: SUE Skalası

-10'dan +10'a kadar olan bu ölçekte;

*-10 akla gelebilecek en büyük acı, hayal kırıklığı, korku, stres, üzüntü ya da rahatsızlık

*+10 ise en üst düzeyde neşe, mutluluk ya da kendini harika hissetmeyi tanımlamaktadır.

Bu ölçek EFT seansının başlangıcında ve bitiminde kişinin içinde bulunduğu duygunun yoğunluğunu (derecesini) belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (EK 6).

3.4.7. Doğum Sonrası Görüşme Formu

Araştırmacı tarafından, deney, kontrol grupları için literatür doğrultusunda hazırlanan bu form, katılımcının doğum şeklini, bebeğin kilosu ve cinsiyeti gibi bazı özelliklerini belirlemek, katılımcının doğum sonu dönemde ve gebelik sürecinde sorun yaşayıp yaşamadığını, bebeğiyle olan etkileşimini değerlendirmek üzere oluşturulmuş toplam 21 sorudan oluşmaktadır (EK 7).

Deney Grubuna;

Gebeler İçin Hazırlanan Bilgi Formu

Edinburgh Postpartum Depresyon

Ölçeği Yaşam Olayları Listesi

SUE (Subjective Units of Experience) (Subjektif Deneyim Birimi) skalası

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Doğum Sonrası Görüşme Formu

Kontrol Grubuna;

Gebeler İçin Hazırlanan Bilgi Formu

Edinburgh Postpartum Depresyon

Ölçeği Yaşam Olayları Listesi

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Doğum Sonrası Görüşme Formu uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Araştırmacının Ön Hazırlığı

Araştırmacı Neriman GÜDÜCÜ, öncelikle İstanbul Doğum Akademisi ve Bülent URAN Eğitim ve Danışmanlık Merkezi işbirliği ile düzenlenen 2 günlük (20 saatlik) Doğumda Temel Hipnoz ve EFT Eğitimi'ne (EK 8) katılmış, ardından da Dirim Sağlık Hizmetleri'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı ve EFT Trainer sertifikasına sahip Op. Dr. Saliha Eroğlu'ndan EFT Foundation ve EFT Master Eğitimi'ni almıştır (EK 9). Dirim Sağlık Hizmetlerinde Op. Dr. Saliha Eroğlu tarafından gebe ve jinekoloji muayeneleri yapılmakta, gebelerin ve lohusaların isteği doğrultusunda EFT uygulaması yapılmakta ve EFT eğitimini almak isteyen kişiler için EFT eğitimi verilmektedir. Eğitimin içeriği teorik ve pratik bilgilerden oluşmaktadır. EFT foundation olarak 16 saat, daha sonra EFT master practitioner olarak 16 saat olmak üzere toplam 32 saat teorik eğitim alınmış, daha sonra 2 gebe bir lohusada uygulama yapılmıştır. Teorik eğitimde; EFT'nin tarihçesi, uygulanması, terimlerle ilgili geniş bir eğitim verilmiştir. Uygulamalı eğitimde ise; öncelikle doğum öncesi eğitime gelen gebelerin onamı alındıktan sonra uygulama yapılmış, daha sonra da eğitime katılan kişilerden isteyenlere EFT uygulaması yapılmıştır. Doğum öncesi eğitime gelen uygulama yapılan gebelerde ve lohusada uygulanan noktaların doğru tespiti ve başarılı uygulamasından sonra araştırmacı başarılı sayılmış ve sertifika almaya hak kazanmıştır. Eğitimin sonunda verilen sertifika yurt dışında da geçerlidir. Ancak sertifika alınmasına rağmen EFT uygulamalarında tecrübe kazanmak amacıyla araştırmacı tarafından kurumdaki EFT atölyelerine gidilmiş, gebelere ve atölyeye katılanlara ayrı ayrı kişiler üzerinde olmak üzere toplamda yaklaşık 8-9 EFT uygulaması yapılmıştır.

Ayrıca bu süreçte, araştırmacı tarafından 3 modül kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (KİPT) eğitimi de alınmıştır. Bu eğitim sayesinde kişilere doğru zamanda, doğru sorularla, doğru yönlendirme yapılarak EFT'nin etkinliği de arttırılmıştır. (EK 10).

3.5.2. Yaşam Olayları Listesinin Oluşturulması

Sorias (1982) tarafından geliştirilmiş ve Baltaş ve Baltaş (1998) tarafından uyarlanan listelerdeki maddeler incelenerek yeni bir liste oluşturulmuş ve daha sonra uygulama yapılan gebelerin bildirdikleri liste dışındaki farklı durumlar listeye eklenmiştir. Böylece 78 madde içeren yeni bir liste oluşturulmuştur. Listelerin birleştirilmesi ve ekleme yapılması örneklerine Kabakçı (2001), Ataman ve Dağ (2014)'ın yaptıkları çalışmalarda da rastlanmıştır.

3.5.3. Uygulama Basamakları

3.5.3.1. Bilgilendirme

Araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi konusunda bilgi verilerek araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya alınma ölçütlerine uyan gebelerden Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu (EK 11) imzalamaları istenmiştir. Onamı alınan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5.3.2. Grupların Oluşturulması

Çalışmaya katılma kriterlerine uygun olan gebelere depresyon riskini belirlemek amacıyla, ilgili birimde çalışan ebe tarafından Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nden 12 ≥ puan alan gebeler randomizasyon işlemine dahil edilmiştir. 1'den 140'a kadar olan sayılar bilgisayar destekli ramdomizasyon programı (https://www.randomizer.org) kullanılarak 2 grup için randomize edilmiştir. Ardından Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nden 12 ≥ puan alan tüm gebelere (deney ve kontrol grubuna), ön test olarak son bir yıl içinde yaşadıkları stres verici yaşam olaylarını sorgulamak amacıyla araştırmacı tarafından son hali verilen Yaşam Olayları Listesi, Gebeler İçin Hazırlanan Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır.

3.5.3.3. Uygulama

3.5.3.3.1. Deney Grubu Uygulaması

Deney grubunu oluşturan bireylere yazılı bir materyal (EK 12) ile EFT'nin işlevi, tıklama noktaları, uygulanması konusunda bilgi verilmiştir. EFT'nin uygulanması ile ilgili bilgiler araştırmacı tarafından uygulamalı olarak anlatılmış ve uygulama basamaklarına geçilmiştir.

3.5.3.3.1.1. Uygulama Basamakları

- Sorunun Belirlenmesi: Öncelikle katılımcı ile beraber, EFT ile üzerinde çalışılacak özel sorunun veya duygunun adlandırılmasına (belirlenmesi) karar verilir. Bu amaçla son 1 ayda gebe olmakla ilgili ya da ya da günlük yaşamına dair kendisini rahatsız eden durumlar ve ilişki sorunları üzerine konuşulur.

- Hatırlatıcı Kelime Öbeği (Duygu cümlesi) Oluşturma: Uygulamanın daha sonraki aşamalarında sorunu hatırlamasına yardımcı olacak kısa bir ifade (duygu cümlesi) oluşturulur ve kişinin sorunu EFT seansı sırasında yüksek sesle söylemesi sağlanır. Kurulum cümlesi ne kadar açık, dolaysız ve gerçekçi olursa o kadar büyük bir değişim elde edilir (Hartmann 2016a p. 26-27). "Doğumdan korkuyorum" kurulum cümlesine bir örnektir.

- Sorunun Değerlendirilmesi: Bu duygunun (sorunun) gebe için ne derece önemli olduğu (yoğunluğunu) SUE (Subjective Units Of Experience) skalası üzerinde belirlemesi istenir.

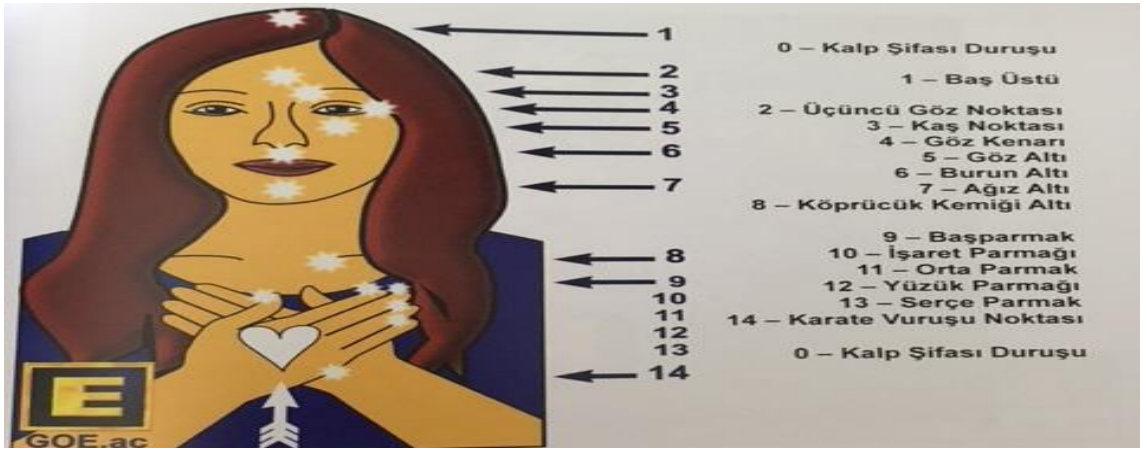
*-10 akla gelebilecek en büyük acı, hayal kırıklığı, korku, stres, üzüntü ya da rahatsızlık

*+10 ise en üst düzeyde neşe, mutluluk ya da kendini harika hissetme

hali olsa şu anda deneyimlediklerinize (duygunuza) kaç puan verir siniz? Ya da şu anda SUE ölçeğinin neresindesiniz? gibi sorularla kişi yönlendirilir.

Bazen sorun tek bir EFT uygulamasıyla -10'dan +10'a çıkabilir. Ama çoğunlukla -7 ile başlandığında bir tur tıklamanın (dokunmanın) ardından -3 ya da -2'ye inilir. Bu durumun düzelmeye başladığını ama daha fazla EFT yapılması gerektiğini gösterir. Hiçbir şeyin olmadığı sıfır noktasında da kalınamaz. Artı kısmına geçecek şekilde EFT turuna devam edilir. Böylece kişinin kendisini daha iyi hissetmesi sağlanır.

-Dokunma (Tapping) Sırasını Gerçekleştirme: Kişi SUE skalasında yaşadığı duygunun yoğunluğunu gösterdikten sonra, uygulayıcının yönlendirmesiyle dokunuşlara başlanır. Sert dokunuşlardan kaçınılmalı ve farkındalıkla dokunmak için mümkün olduğunca kişinin kendi kendine dokunması sağlanmalıdır. Gerektiğinde yönlendiren kişinin dokunma girişimi kullanılabilir. Genellikle orta parmak ve işaret parmağını kullanarak sabit, nazik ve sağlam dokunuşlar uygulanır. Herkesin kendine göre bir dokunma hızı olur ve doğal olarak bu da o sırada hangi bölgeye dokunulduğuna bağlıdır. Dokunuşlar sırasında yüksek sesle konuşmaya devam edilir. Dikkati yoğunlaştırmak için önceden belirlenen kurulum cümlesi, 12 akupressür noktasına parmak uçlarıyla 5-10 kez vurularak tekrarlanır. EFT turunun başlangıç noktası "Kalp İyileştirme Noktası" diye bilinen kalbin üzeridir. EFT'ye başlarken iki avuç üst üste göğsün ortasına konularak kurulum cümlesi ya da 'doğumdan korkuyorum' gibi hatırlatıcı kelime öbeği tekrar edilir (sıralaması Şekil 2-3'te gösterilmektedir) ve ilk olarak başın üst kısmından başlayarak dokunuşlara devam edilir. Dokunuşlar sırasında amaç, enerji noktalarındaki enerji akışını iyileştirmek ve blokajları temizlemektir. Bu nedenle eller fiziksel olarak beden üzerinde kullanılıyor olsa da amaç masaj yapmak değil, enerji ellerinin enerji bedenine dokunması sonucu fayda sağlamaktır (Hartmann 2016a p. 25).



Şekil 2-3: Telkin sırasındaki dokunma (tapping) bölgeleri (Hartmann 2016b p. 9).

-Telkinlerin oluşturulması: Kurulum cümlelerinden sonra dokunuşlar sırasında, kişinin soruna karşı güçlü hissetmesine yardımcı olan olumlu telkinler oluşturulur: "her ne kadar bu sorun beni korkak hissettiriyorsa da, yine de ben kendimi derinden ve tamamen kabul ediyorum" ya da "yine de ben doğum konusunda rahat hissetmeyi seçiyorum" gibi.

-Yeniden Değerlendirme: SUE skalasında sorun bir kez daha derecelendirilerek kişinin dokunma oturumu sonrasında nasıl hissettiğine bakılır.

-Sürecin Yinelenmesi: Kişi ilk turdan sonra hala duygu yoğunluğu yaşıyorsa ya da SUE skalasında negatif bir değer veya 0 noktasını gösteriyorsa, yeni bir telkin bulunup işlem tekrarlanır.

EFT uygulanan gebelerle uygulamadan bir ya da iki hafta sonra tekrar görüşülmüş, kendilerini nasıl hissettiği ve o sorunun onu hala rahatsız edip etmediği sorgulanmıştır. Kendisini nasıl hissettiğini (yaşadığı duygunun yoğunluğunu) SUE skalasında göstermesi istenmiş ve EFT seansları SUE skalasında pozitif duyguları işaretleyene kadar tekrar edilmiştir. Yeni bir sorun bildiriliyorsa da benzer işlemler bu yeni sorun için tekrarlanmıştır.

EFT seanslarının sayısına gebenin durumuna göre karar verilmiştir (çalışmalarda bildirilen ortalama seans sayısı 1-10 arasında değişmektedir). Araştırmamızda gebelere uygulanan seans sayısı 1-4 arasında değişmektedir. 32 gebeye 1 seans, 20 gebeye 2 seans, 9 gebeye 3 seans, 6 gebeye 4 seans EFT uygulaması yapılmıştır.

EFT seansları tümü tamamlandıktan sonra Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin tekrar değerlendirmesi (son- test) yapılmıştır.

Aynı katılımcılardan, son uygulamadan üç ay ve altı ay sonra Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğini, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğini, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterini ve gebe doğum yapmış ise doğum sonrası görüşme formunu uygulamaları istenmiştir (izlem).

3.5.3.3.2. Kontrol Grubu Uygulaması

Bu gruptaki katılımcılarla da diğer grupta olduğu gibi rutin ebelik bakımında olması gereken, gebelikte ya da postpartum dönemde yaşadıkları sorunlarla ve bilgi almak istedikleri konularla ilgili konuşulmuştur (her iki gruba da rutin ebelik bakımı verilmiştir). Bu konulara dair olası başlıklar bildirilmiştir (EK 13). Gerektiğinde gebelik, postpartum dönem ya da yenidoğan bakımı ile ilgili sorunlarına yönelik önerilerde bulunulmuştur. Bu gruptaki katılımcılar bilgi almak istedikleri konuların yeterli olduğunu bidirdikten ya da sormak istedikleri soruların cevaplarını aldıktan sonra görüşmeler (yaklaşık 1-3 görüşme) sonlandırılmıştır. Görüşmeler sonlandırılmış olsa da rutin ebelik bakımı kapsamında var olan gebelik, postpartum dönem ya da yenidoğan ile ilgili soruları olduğunda yine soruları cevaplandırılmış, önerilerde bulunulmuştur. Ancak bunlar görüşme dışı olarak değerlendirilmiştir. Bu katılımcılarla da deney grubunda olduğu gibi

depresyon risk belirlemesi yapıldıktan hemen sonra (ön-test), görüşmeler sonlandıktan sonra (son test), son uygulamadan üç ay ve altı ay sonra Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve gebe doğum yapmış ise doğum sonrası görüşme formunun uygulandığı izlem çalışması gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubundaki tüm kadınlara depresyon ölçeğinden aldıkları puanların yüksekliği hatırlatılarak, tıbbi yardım almaları önerisinde bulunulmuş ve tıbbi yardıma başvuranlar gruptan çıkarılmıştır.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler, SPSS for Windows (Version 21.0, Statistical Package for Social Sciences) programı ile değerlendirilmiştir. Araştırmadaki sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma değerleriyle, kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir. Verilerin dağılımı Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirilmiş ve normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir. Bağımsız grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (One Way Anova), tespit edilen anlamlı bulgular için gruplar arasındaki farkları tanımlamada Tukey post hoc test kullanılmıştır. Bağımlı gruplar arasında farklı zamanlardaki ölçümler arası farklılık tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (Repeated Measures Anova) ile incelenmiştir. İstatistiksel analizlerde p değeri 0.05'in altındaki karşılaştırmalar, istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

,

Tablo 3-2: Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

PARAMETRELER	ANALİZ YÖNTEMİ
Ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı	Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayısı
Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin analizi ve karşılaştırılması	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Bağımsız örneklem t testi, Ki-Kare Testi
Gebelerin obstetrik özelliklerinin analizi ve karşılaştırılması	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Bağımsız örneklem t testi, Ki-Kare Testi
Gebelerin Psikososyal Durumlarının analizi Karşılaştırılması	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki-Kare Testi
Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ alt boyutları Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması	Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi, Bağımsız Örneklem T Testi
Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamları Arasındaki Ilişki Analizi	Pearson Korelasyon Analizi
Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerde STAI ve SBÇTÖ (Düzeyinin) Alt Boyutları Puan Toplamlarının Depresyon Üzerindeki Etkisi	Regresyon Analizi
Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyodemografik ve Psikosoyal Özellikleri ile EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamlarının Karşılaştırılması	Standart sapma, Bağımsız örneklem t testi, Tek yönlü ANOVA, Tukey İleri Analizi

3.7. Araştırmanın Yasal ve Etik Yönleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK 14) ve çalışmanın yapılacağı İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan yazılı izin alınmıştır (EK 15). Çalışmaya katılan kişilere araştırmacının kimliği, araştırmanın amacı, alınan bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı, istemedikleri sorulara cevap vermeme haklarının saklı olduğu bilgisi ayrıntılı olarak verilmiş; kendilerinin neden seçildiği anlatılmış ve formlara yazılan tüm bilgilerin

araştırmacılar tarafından saklanacağı, yanıtlarının gizli kalacağı ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgilendirme sağlanmıştır. Katılımcılara anket formları uygulanmadan önce Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü kliniğin sağlık çalışanları araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve destekleri sağlanmıştır. Çalışmanın izlenmesi ve denetlenmesi sorumlu araştırmacı, tez danışmanı ve tez izleme komitesi tarafından yapılmıştır.

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, Yaşam Olayları Listesi, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanımı için yazarlardan izin alınmıştır (EK 16).

Veri toplamaya başlanmadan önce, araştırmada şeffaflığı sağlamak amacıyla çalışmamız clinicaltrials.gov'a kaydedilmiştir. **ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04355091**.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Güçlü Yönleri;

- ✓ Araştırmanın randomize kontrollü deneysel bir çalışma olması,
- ✓ Örneklem büyüklüğünün güç analizi ile değerlendirilmiş olması,
- ✓ Postpartum depresyonun önlenmesinde literatüre yeni bir yöntem kazandırması
- ✓ Araştırmada standart ölçme araçlarının kullanılması
- ✓ Poliklinik ekibinin işbirliğinin sağlanması
- ✓ Araştırmanın yapıldığı hastanede fizik koşulların uygun olması

Sınırlılıkları;

- ✓ Uygulamayı yapan ve formları uygulayan (gruplara dağılımdan önce uygulanan Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği hariç) araştırmacının aynı kişi olması
- ✓ Çalışma sonuçlarının yalnızca araştırmaya katılan gebeler ile sınırlı olması ve tüm gebelere genellenememesi.
- ✓ Veri toplama araçlarının gebelerin ve lohusaların kendi bildirimine dayalı olarak doldurulması

3.9. Araştırmada Veri Toplama Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

- ✓ Bazı gebelerin çalışma sürecinin başında çalışmayı kabul edip uygulama için odaya geçildiğinde, kendisine uygulama yapılmasını istememesi

- ✓ Bazı gebelerin çalışmayı kabul edip evde ya da dışarıda bekleyeninin olmasını (ufak çocuk, bakıma muhtaç ebeveyn gibi) sebep göstererek uygulama yapılmasını istememesi
- ✓ Bazı gebelerin özel oda ortamında kendilerinin kötü hissetmesine neden olan şeylerin dinlenmesi üzerine araştırmacıya psikolog gibi yaklaşılması
- ✓ Veri toplama sürecinde Gebe Polikliniği'nin üç haftalık tadilat döneminde olması ve bu dönemde Jinekoloji Polikliniği ile aynı koridorda hasta kabulü yapmalarından dolayı tadilatın ilk bir haftasında oda bulmakta zorlanılması
- ✓ Veri toplama sürecinde Gebe Polikliniği'nin sorumlu ebesinin değişmesi nedeniyle randomizasyon işleminden önce EPDÖ'yü uygulayan ebenin değişmesi
- ✓ Bazı gebelerin araştırmacı ile kurdukları ilişkiyi suistimal davranışları göstermeleri (randevu alamadıkları bölümler için randevu talep etmeleri)

4. BULGULAR

Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT)'nin postpartum depresyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları 9 başlık altında sunulmuştur.

4.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Psikososyal Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Ölçek Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.5. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

4.6. Deney Grubundaki Gebelerin EPDÖ Puanı ve SUE Puanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

4.7. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerde STAI ve SBÇTÖ (Düzeyinin) Alt Boyutları Puan Toplamlarının Depresyon Üzerindeki Etkisi

4.8. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel ve Psikosoyal Özellikleri ile EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamlarının Karşılaştırılması

4.9. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Postpartum Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin (n=136) yaş ortalamasının 30,26±4,60, eşlerinin yaş ortalamasının 33,35±4,51, gebelerin evlenme yaş ortalamasının 24,47±4,23, evlilik süresinin 5,78±4,68 olduğu, çoğunluğunun üniversite mezunu (%50, n=68) olduğu ve gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı (%66,9, n=91) ve sağlık sigortası kapsamında olduğu (%94,1, n=128), %61'inin (n=83) gelir düzeyinin gider düzeyine denk olduğu ve %79,4'ünün (n=108) çekirdek aileye sahip olduğu, %47,1'inin normal kiloda olduğu, %26,5'inin (n=36) eşlerinin eğitim durumunun lise ve üzeri olduğu (n=64) belirlendi.

Araştırmaya katılan gebelerin deney ve kontrol gruplarına göre çeşitli kişisel özelliklerine ait bilgiler Tablo 4-1'de sunulmuştur.

Buna göre, çalışmaya katılan gebelerin kişisel özellikleri açısından iki grup arasında **bağımsız örneklem t testi** analizi ile yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 4-1). Bu durum çalışma grubunun homojen olduğunu göstermektedir.

Tablo 4-1: Gebelerin Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılması

Kişisel Özellikler	Deney Grubu (N=69)		Kontrol Grubu (N=67)		t	p
	Ortalama ± SS	Min-Max	Ortalama ± SS	Min-Max		
Yaş	30,89±5,14	19 - 42	29,61±3,90	22- 40	1,639	0,104
Boy (cm)	162,88±6,69	149 - 178	161,65±6,32	150-174	1,099	0,274
Beden ağırlığı (kg)	68,43±11,57	48 - 102	65,56±12,40	45-90	1,394	0,166
Evlenme Yaşı	24,68±4,72	15 - 36	24,26±3,69	18- 34	0,566	0,572
Evlilik Süresi	6,23±4,94	1 - 22	5,31±4,39	1- 21	1,153	0,251
Eşin Yaşı	33,94±4,67	24 - 46	32,74±4,29	23- 42	1,552	0,123
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**χ2**	**p**
Eğitim Durumu						
İlkokul	13	18,8	10	14,9		
Ortaokul	10	14,5	11	16,4	0,635	0,888
Lise	13	18,8	11	16,4		
Üniversite	33	47,8	35	52,2		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	22	31,9	23	34,3	0,92	0,762
Çalışmıyor	47	68,1	44	65,7		
Eş Eğitim Durumu						
Okur Yazar	0	0	3	4,5		
İlkokul Mezunu	16	23,2	14	20,9	3,959	0,412
Ortaokul Mezunu	15	21,7	18	26,9		
Lise Mezunu	19	27,5	17	25,4		
Üniversite Mezunu	19	27,5	15	22,4		
Gelir Durumu						
Geliri Giderinden Az	14	20,3	12	17,9	0,566	0,753
Geliri Giderine Denk	43	62,3	40	59,7		
Geliri Giderinden Fazla	12	17,4	15	22,4		
Sağlık Güvence Durumu					2,252	0,133
Var	67	97,1	61	91,0		
Yok	2	2,9	6	9,0		
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	55	79,7	53	79,1	0,008	0,930
Geniş Aile	14	20,3	14	20,9		
Beden Kitle İndexi						
Zayıf	1	1,4	6	9		
Normal	33	47,8	31	46,3	4,030	0,258
Fazla Kilolu	23	33,3	19	28,4		
Obez	12	17,4	11	16,4		

p<0,05; t: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent samples t test), χ2: Ki kare testi (Chi-Square Testi)

4.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin (n=136) gebelik haftası ortalamasının 17,63±4,30, ilk doğum yaşı ortalamasının 26,14±4,67 olduğu, gebelik sayısının ortalama 2,09±1,25, yaşayan çocuk sayısının ortalama 0,77±0,83 olduğu, çoğunluğunun (%64, n=87) multipar olduğu, (%72,8, n=99) gebeliğinin planlı olduğu ve (%92,6, n=126) eşinin mevcut gebeliği istediği belirlendi.

Araştırmaya katılan gebelerin deney ve kontrol gruplarına göre obstetrik özellikleri ile ilgili bilgiler Tablo 4-2'de yer almaktadır. Her iki grubun obsetrik özellikleri benzer bulunmuştur (p>0,05, Tablo 4-2).

Tablo 4-2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Deney Grubu (N=69)		Kontrol Grubu (N=67)		t	p
	Ortalama ± SS	Min- Max	Ortalama ± SS	Min- Max		
Gebelik Haftası	17,85±4,54	12 - 28	17,40±4,06	12 - 28	0,611	0,542
İlk Doğum Yaşı	26,57±5,10	16 - 38	25,70±4,18	19 - 38	1,095	0,275
Gebelik Sayısı	2,26±1,54	1 - 10	1,91±0,84	1- 4	1,629	0,106
Yaşayan Çocuk Sayısı	0,82±0,98	0 - 4	0,71±0,64	0- 2	0,765	0,445
İki Gebelik Arası Süre	2,95±3,85	0 - 15	1,92±2,03	0- 7	1,944	0,054
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**χ2**	**p**
Gebelik Sayısı						
Primigravida	25	36,2	24	49	0,002	0,960
Multigravida	44	63,8	43	49,4		
Abortus Durumu						
Var	12	17,4	9	13,4	408	0,523
Yok	57	82,6	58	86,6		
Küretaj Durumu						
Var	10	14,5	6	9,0	1,004	0,316
Yok	59	85,5	61	91,0		
Ölü Doğum Yapma Durumu						
Var	2	2,9	2	3,0	1,335	0,513
Yok	67	97,1	65	97,0		
Bebekte Sağlık Sorunu Olma Durumu					0,637	0,425
Var	4	5,8	2	3,0		
Yok	65	94,2	65	97,0		
Planlı Gebelik Durumu						
Evet	51	73,9	48	71,6	0,89	0,766
Hayır	18	26,1	19	28,4		
Eşin Gebeliği İstemesi						
Evet	62	89,9	64	95,5	1,603	0,206
Hayır	7	10,1	3	4,5		

p<0,05; t: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test), χ2: Ki kare testi (Chi-Square Testi)

4.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Psikososyal Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma grubumuzu oluşturan gebelerin yaşadıkları yaşam olayı sayısı ortalama 6,83±3,44 olduğu, %99,3'ünün daha önce PPD tanısı almadığı, %98,5'inin daha önce psikiyatrik bir ilaç kullanmadığı, %75'inin ailesinde depresyon öyküsünün bulunmadığı, çoğunluğun eşi (%68,4, n=93) ve kendi ailesi (%82,4, n=112) ile ilişkisinin iyi olduğu, eşinin ailesi (%47,8, n=65) ile ilişkisinin orta düzeyde olduğu, %57,4'ü (n=78) eş desteğini iyi olarak bildirirken, %73,5'i (n=100) evliliğinden memnun olduğunu bildirdi. Araştırmamızdaki gebelerin büyük çoğunluğunun sigara (%58,8 n=80) ve alkol (%89,7, n=122) kullanmadığı da belirlendi.

Araştırmaya katılan gebelerin deney ve kontrol gruplarına göre psikososyal özelliklerine ait bilgiler Tablo 4-3'de sunulmuştur.

Buna göre, çalışmaya katılan gebelerin daha önce PPD tanısı alma, PPD'den dolayı ilaç kullanma, sinirli olma durumu, aile öyküsü, eşi, ailesi, eşinin ailesi ile olan ilişkileri, eşinin destek olma ve şiddet uygulama durumu, evliliğinden memnuniyeti, sigara ve alkol kullanma açısından iki grup arasında ki kare analizi ile yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 4-3). Bu durum çalışma grubunun psikososyal özellikleri açısından benzer olduğunu göstermektedir

Tablo 4-3: Gebelerin Psikososyal Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Psikososyal Özellikler	Deney Grubu (N=69)		Kontrol Grubu (N=67)		t	p
	Ortalama ± SS (Min, Max)		Ortalama ± SS (Min, Max)			
Yaşam Olayı Sayısı	6,37±3,45 (1,20)		7,02±3,43 (1,17)		-,663	,508
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**χ2**	**p**
Daha Önce PPD Tanısı Alma Durumu					0,978	0,323
Evet	1	1,4	0	0		
Hayır	68	98,6	67	100,0		
Psiktrop İlaç Kullanma Durumu					1,971	0,160
Evet	2	2,9	0	0		
Hayır	67	97,1	67	100,0		
Ailede Depresyon Öyküsü Bulunma Durumu					2,206	0,137
Evet	21	30,4	14	19,4		
Hayır	48	69,6	54	80,6		
Eş İle İlişki Durumu					4,841	0,089
İyi	53	76,8	40	59,7		
Orta	12	17,4	22	32,8		
Kötü	4	5,8	5	7,5		
Kendi Ailesi İle İlişki Durumu					0,172	0,917
İyi	56	81,2	56	83,6		
Orta	9	13	8	11,9		
Kötü	4	5,8	3	4,5		
Eşin Ailesi İle İlişki Durumu					5,104	0,078
İyi	29	42,0	23	34,3		
Orta	27	39,1	38	56,7		
Kötü	13	18,8	6	9,0		
Eşin Destek Olma Durumu					3,678	0,159
İyi	45	65,2	33	49,3		
Orta	20	29,0	27	40,3		
Kötü	4	5,8	7	10,4		
Evlilikten Memnuniyet Durumu					0,104	0,949
İyi	50	72,5	50	74,6		
Orta	16	23,2	14	20,9		
Kötü	3	4,3	3	4,5		
Eş Şiddeti Yaşama Durumu					0,894	0,345
Evet	11	15,9	7	10,4		
Hayır	58	84,1	60	89,6		
Sigara Kullanma Durumu					2,513	0,285
Evet	13	18,8	19	28,4		
Hayır	45	65,2	35	52,2		
Bırakmış	11	15,9	13	19,4		
Alkol Kullanma Durumu					0,371	0,831
Hayır	61	88,4	61	91,0		
Nadiren (özel günlerde)	6	8,7	4	6,0		
Ara Sıra (iki-üç ayda bir)	2	2,9	2	3,0		

p<0,05; χ2: Ki kare testi (Chi-Square Testi),

4.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Ölçek Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.4.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin EFT uygulama öncesi, uygulama sonrası, son uygulamadan 3 ve 6 ay sonra Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği-EPDÖ'den aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 4-4'te sunulmuştur.

Tablo 4-4: Gebelerin EPDÖ Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı

Gruplar	Öncesi[1]	Sonrası[2]	3.Ay[3]	6.Ay[4]	F[a]	P_{zaman}	İkili Karşılaştırma
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS			1-2 1-3 1-4
Deney Grubu	16,11±3,38	7,18±2,28	7,07±1,88	8,17±1,80	155,805	0,000	3-4
Kontrol Grubu	15,83±3,75	11,68±4,43	11,37±3,95	11,50±4,41	51,085	0,000	1-2 1-3 1-4
t[b]	,457	-7,467	-8,131	-5,789			
P_{grup}	0,648	,000	,000	,000			

a: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures Anova), b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

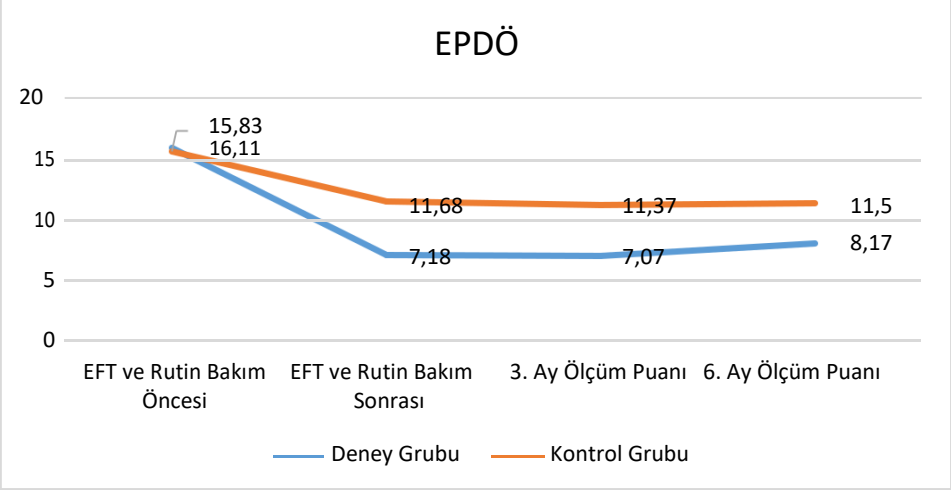
Tablo 4-4'te gebelerin EPDÖ puan ortalamalarının gruplara ve zamana göre dağılımı yer almaktadır.

Kadınların gebelik döneminde girişim öncesi EDPÖ puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,648).

Gruplar arası girişim sonrası, 3. ay ve 6. ayda EDPÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney grubunun puan ortalamasının hem girişim sonrası, hem de 3. ay ve 6. ayda kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0,000).

EPDÖ puan ortalamalarının zamana göre değişimi incelendiğinde gruplara göre farklılık gösterdiği belirlendi. Buna göre, EFT uygulama öncesi dışında tüm ölçüm zamanlarında deney ve kontrol grubu EPDÖ'den alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık deney grubu lehine daha düşüktür.

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre hem deney grubunda (p=0,000), hem de kontrol grubunda (p=0,000) EPDÖ puan ortalamaları zamana göre düşme göstermektedir (6. Ay değerlendirmesinde hem deney hem kontrol grubunda hafif bir yükselme) İkili karşılaştırmalar sonucunda, deney grubunda bu değişim; EFT uygulaması öncesi-sonrası (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 3 ay sonra (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,000), son uygulamadan 3 ay sonra- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,000) zamanları arasındadır. İkili karşılaştırmalar sonucunda, kontrol grubunda bu değişim; rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi-sonrası (p=0,000) rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi - son bilgilendirmeden 3 ay sonra (p=0,000), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi- son bilgilendirmeden 6 ay sonra (p=0,000) zamanları arasındadır.



Grafik 4-1: Gebelerin EPDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri

4.4.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

STAI Ölçeği durumluk ve süreklilik ölçekleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bu nedenle araştırma kapsamına alınan gebelerin uygulama öncesi, sonrası, son uygulamadan 3 ve 6. ay sonra uygulanan STAI Ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular iki ayrı tabloda sunulmuştur.

4.4.2.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin EFT uygulama öncesi, uygulama sonrası, son uygulamadan 3 ve 6 ay sonra Durumluk Kaygı Ölçeği-DKÖ aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 4-5'te sunulmuştur.

Tablo 4-5: Gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı

Gruplar	Öncesi[1]	Sonrası[2]	3.Ay[3]	6.Ay[4]	F[a]	Pzaman	İkili Karşılaştırma
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS			1-2
							1-3
Deney Grubu	46,14±8,00	28,71±4,56	29,42±4,29	30,72±3,96	101,173	0,000	1-4
							2-4
							3-4
							1-2
Kontrol Grubu	39,73±9,09	35,16±8,74	33,77±7,14	28,43±5,08	21,910	0,000	1-3
							1-4
							2-3
t^b	4,370	-5,420	-4,321	2,937			
P_{grup}	0,000	,000	,000	,004			

a: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures Anova), b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

Tablo 4-5'te gebelerin DKÖ puan ortalamalarının gruplara ve zamana göre dağılımı yer almaktadır.

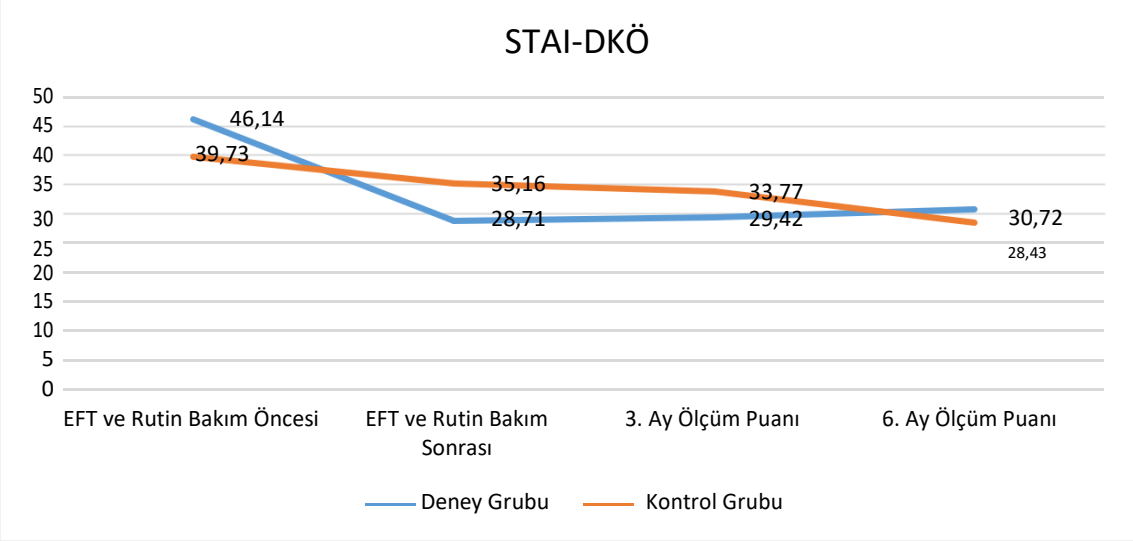
Kadınların gebelik döneminde girişim öncesi DKÖ puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup deney grubunda, girişim öncesi puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,000).

Gruplar arası girişim sonrası, 3. ay ve 6. ayda DKÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney grubunun puan ortalamasının hem girişim sonrası, hem de 3. ayda kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0,000).

DKÖ puan ortalamalarının zamana göre değişimi incelendiğinde gruplara göre farklılık gösterdiği belirlendi. Buna göre, EFT uygulama öncesi ve 6. ay dışında tüm ölçüm zamanlarında deney ve kontrol grubu DKÖ'den alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık deney grubu lehine daha düşüktür.

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre hem deney grubunda (p=0,000), hem de kontrol grubunda (p=0,000) DKÖ puan ortalamaları zamana göre düşme göstermektedir. İkili karşılaştırmalar sonucunda, deney grubunda bu değişim; EFT uygulaması öncesi-sonrası (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 3 ay sonra (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,000), zamanları arasındadır.

İkili karşılaştırmalar sonucunda, kontrol grubunda bu değişim; rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi-sonrası (p=0,000) rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi - son bilgilendirmeden 3 ay sonra (p=0,000), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi- son bilgilendirmeden 6 ay sonra (p=0,000), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi sonrası-bilgilendirmeden 3 ay sonra (p=0,007) zamanları arasındadır.



Grafik 4-2: Gebelerin DKÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri

4.4.2.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin EFT uygulaması öncesi, uygulama sonrası, son uygulamadan 3 ve 6 ay sonra Sürekli Kaygı Ölçeği-SKÖ'nden aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 4-6'da sunulmuştur.

Tablo 4-6: Gebelerin Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı

Gruplar		Öncesi[1]	Sonrası[2]	3.Ay[3]	6.Ay[4]	F[a]	P$_{zaman}$	İkili Karşılaştırma
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS			1-2
Deney Grubu		48,60±6,36	42,24±3,45	41,73±3,62	41,60±3,49	17,626	0,000	1-3 1-4
Kontrol Grubu		47,50±6,67	47,08±4,79	46,94±5,10	47,07±4,92	0,469	0,705	
	t[b]	,985	-6,771	-6,872	-7,482			
	P$_{grup}$	0,327	,000	,000	,000			

a: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures Anova), b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

Tablo 4-6'da gebelerin SKÖ puan ortalamalarının gruplara ve zamana göre dağılımı yer almaktadır.

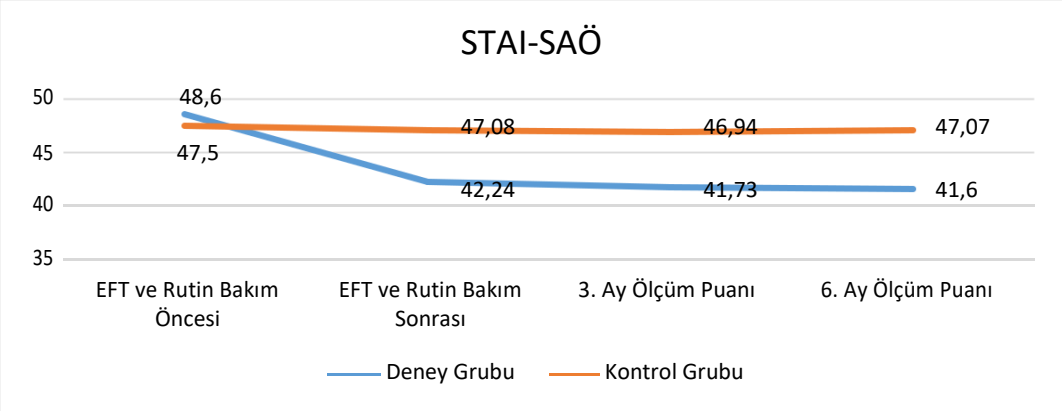
Kadınların gebelik döneminde girişim öncesi SKÖ puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,327).

Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda SKÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney grubunun puan ortalamasının hem EFT uygulama sonrası, hem de 3. ay ve 6. ayda kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0,000).

SKÖ puan ortalamalarının zamana göre değişimi incelendiğinde gruplara göre farklılık gösterdiği belirlendi. Buna göre, EFT uygulama öncesi dışında tüm ölçüm zamanlarında deney ve kontrol grubu SKÖ'nden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık deney grubu lehine daha düşüktü.

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre deney grubunda (p=0,000) SKÖ puan ortalamaları zamana göre düşme göstermektedir. İkili karşılaştırmalar sonucunda, deney grubunda bu değişim; EFT uygulaması öncesi-sonrası (p=0,001), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 3 ay sonra (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,000) zamanları arasındadır.

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre kontrol grubunda (p=0,705) SKÖ puan ortalamaları zamana göre değişim göstermemektedir.



Grafik 4-3: Gebelerin Sürekli Kaygı Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri

4.4.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Alt Boyutlarına Ait Puanların Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

SBÇTÖ kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu nedenle araştırma kapsamına alınan gebelerin uygulama öncesi, sonrası, son uygulamadan 3 ve 6 ay sonra uygulanan SBÇTÖ Ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular beş ayrı tabloda sunulmuştur.

4.4.3.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin EFT uygulama öncesi, uygulama sonrası, son uygulamadan 3 ve 6 ay sonra SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım alt boyutundan aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 4-7'de sunulmuştur.

Tablo 4-7: Gebelerin SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı

Gruplar	Öncesi[1]	Sonrası[2]	3.Ay[3]	6.Ay[4]	F[a]	p_{zaman}	İkili Karşılaştırma
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS			1-2
Deney Grubu	11,23±3,80	15,65±1,93	16,00±2,05	15,33±3,46	41,925	0,000	1-3 1-4 2-3
Kontrol Grubu	11,46±3,92	12,48±3,73	12,80±3,57	13,29±3,44	13,00	0,000	1-2 1-3 1-4 2-4 2-3 3-4
t[b]	-,336	6,230	6,423	3,432			
pgrup	0,738	,000	,000	,001			

a: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures Anova), b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

Tablo 4-7'de gebelerin SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım puan ortalamalarının gruplara ve zamana göre dağılımı yer almaktadır.

Kadınların gebelik döneminde girişim öncesi kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,738).

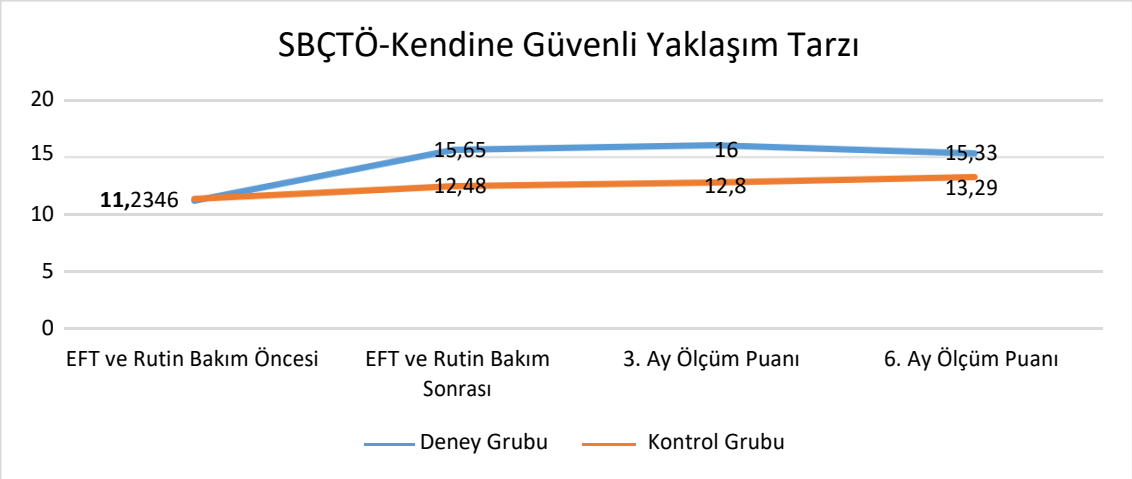
Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney grubunun puan ortalamasının hem EFT uygulama sonrası, hem de 3. ay ve 6. ayda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0,000).

Kendine güvenli yaklaşım puan ortalamalarının zamana göre değişimi incelendiğinde gruplara göre farklılık gösterdiği belirlendi. EFT uygulama öncesi dışında tüm ölçüm zamanlarında deney ve kontrol grubu SBÇTÖ-kendine güvenli yaklaşım alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık deney grubu lehine daha yüksek olduğu saptandı.

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre hem deney grubunda (p=0,000), hem de kontrol grubunda (p=0,000) kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları zamana göre düşme göstermektedir. İkili karşılaştırmalar sonucunda, deney grubunda bu değişim; EFT uygulaması öncesi-sonrası (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 3 ay sonra (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son

uygulamadan 6 ay sonra (p=0,000) EFT uygulaması sonrası- son uygulamadan 3 ay sonra (p=0,032), zamanları arasındadır.

İkili karşılaştırmalar sonucunda, kontrol grubunda bu değişim; rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi-sonrası (p=0,000), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi-son bilgilendirmeden 3 ay sonra (p=0,000), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi-son bilgilendirmeden 6 ay sonra (p=0,000), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi sonrası- son bilgilendirmeden 6 ay sonra (p=0,000), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi sonrası- son bilgilendirmeden 3 ay sonra (p=0,008), son bilgilendirmeden 3 ay sonra-son bilgilendirmeden 6 ay sonra (p=0,002) zamanları arasındadır.



Grafik 4-4: Gebelerin SBÇTÖ-Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri

4.4.3.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin SBÇTÖ İyimser Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin EFT uygulama öncesi, uygulama sonrası, son uygulamadan 3 ve 6 ay sonra SBÇTÖ İyimser Yaklaşım alt boyutundan aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 4-8'de sunulmuştur.

Tablo 4-8: Gebelerin SBÇTÖ İyimser Yaklaşım Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı

Gruplar		Öncesi[1]	Sonrası[2]	3.Ay[3]	6.Ay[4]	F[a]	P_{zaman}	İkili Karşılaştırma
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS			1-2 1-3
Deney Grubu		6,45±2,58	9,68±1,81	9,81±1,99	9,63±2,36	40,910	0,000	1-4
Kontrol Grubu		7,45±2,47	8,35±2,34	8,57±2,46	8,54±2,31	10,552	0,000	1-2 1-3 1-4
	t^b	-2,301	3,702	3,225	2,706			
	P_{grup}	,023	,000	,002	,008			

a: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures Anova), b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

Tablo 4-8'de gebelerin SBÇTÖ İyimser Yaklaşım puan ortalamalarının gruplara ve zamana göre dağılımı yer almaktadır.

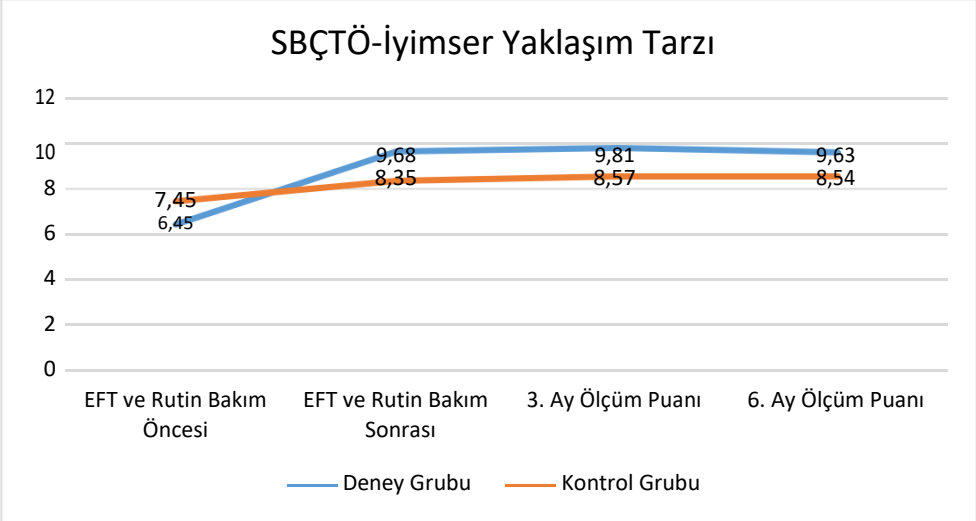
Kadınların gebelik döneminde girişim öncesi iyimser yaklaşım puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,023).

Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda iyimser yaklaşım puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney grubunun puan ortalamasının hem EFT uygulama sonrası, hem de 3. ay ve 6. ayda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0,000).

İyimser yaklaşım puan ortalamalarının zamana göre değişimi incelendiğinde gruplara göre farklılık gösterdiği belirlendi. EFT uygulama öncesi dışında tüm ölçüm zamanlarında deney ve kontrol grubu SBÇTÖ-iyimser yaklaşım alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık deney grubu lehine daha yüksek olduğu saptandı.

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre hem deney grubunda (p=0,000), hem de kontrol grubunda (p=0,000) iyimser yaklaşım puan ortalamaları zamana göre düşme göstermektedir. İkili karşılaştırmalar sonucunda, deney grubunda bu değişim; EFT uygulaması öncesi-sonrası (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 3 ay sonra (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,000) zamanları arasındadır.

İkili karşılaştırmalar sonucunda, kontrol grubunda bu değişim; rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi- sonrası (p=0,000), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi- son bilgilendirmeden 3 ay sonra (p=0,000), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi- son bilgilendirmeden 6 ay sonra (p=0,000) zamanları arasındadır.



Grafik 4-5: Gebelerin SBÇTÖ- İyimser Yaklaşım Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri

4.4.3.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin SBÇTÖ Sosyal Desteğe Başvurma Alt Boyutu Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin EFT uygulama öncesi, uygulama sonrası, son uygulamadan 3 ve 6 ay sonra SBÇTÖ Sosyal Desteğe Başvurma alt boyutundan aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 4-9'da sunulmuştur.

Tablo 4-9: Gebelerin SBÇTÖ Sosyal Desteğe Başvurma Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı

Gruplar		Öncesi[1]	Sonrası[2]	3.Ay[3]	6.Ay[4]	F_a	Pzaman	İkili Karşılaştırma
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS			1-2
Deney Grubu		5,18±2,16	5,98±2,45	6,15±2,37	6,64±2,33	13,170	0,000	1-3 1-4 2-4
Kontrol Grubu		5,54±1,90	5,67±1,90	5,77±1,89	5,93±1,86	2,746	0,050	3-4
	t_b	-1,04	,820	1,008	1,953			
	P_{grup}	0,300	,414	,315	,053			

a: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures Anova), b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

Tablo 4-9'da gebelerin SBÇTÖ Sosyal Desteğe Başvurma puan ortalamalarının gruplara ve zamana göre dağılımı yer almaktadır.

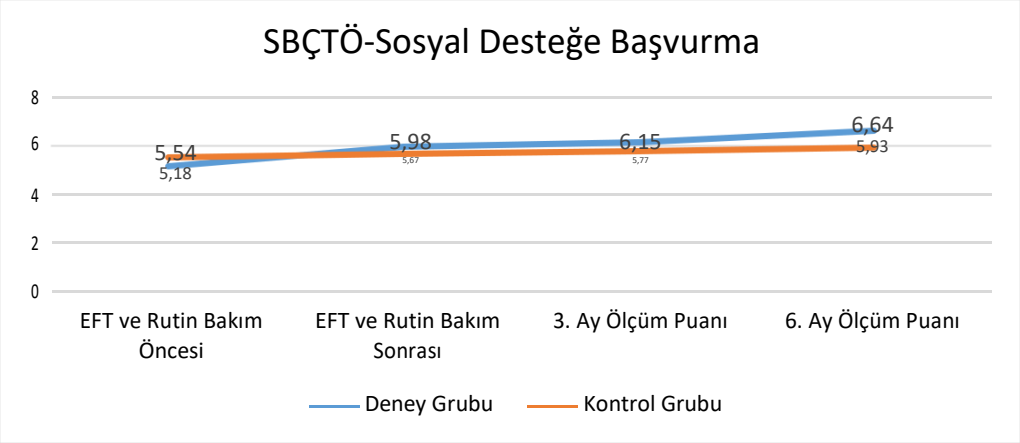
Kadınların gebelik döneminde girişim öncesi sosyal desteğe başvurma puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,300).

Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda sosyal desteğe başvurma puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney grubunun puan ortalamasının hem EFT uygulama sonrası, hem de 3. ay ve 6. ayda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0,000).

Sosyal desteğe başvurma puan ortalamalarının zamana göre değişimi incelendiğinde gruplara göre farklılık göstermediği belirlendi. EFT uygulama öncesi dahil tüm ölçüm zamanlarında deney ve kontrol grubu SBÇTÖ- sosyal desteğe başvurma alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre, deney grubunda (p=0,000) sosyal desteğe başvurma puan ortalamaları zamana göre artış göstermektedir. İkili karşılaştırmalar sonucunda, deney grubunda bu değişim; EFT uygulaması öncesi-sonrası (p=0,000), EFT uygulaması öncesi -son uygulamadan 3 ay sonra (p=0,000), EFT uygulaması öncesi -son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,000), EFT uygulaması sonrası-son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,000), son uygulamadan 3 ay sonra- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,005) zamanları arasındadır.

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre kontrol grubunda (p=0,050) SKÖ puan ortalamaları zamana göre değişim göstermemektedir.



Grafik 4-6: Gebelerin SBÇTÖ- Sosyal Desteğe Başvurma Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri

4.4.3.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin SBÇTÖ Çaresiz Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin EFT uygulama öncesi, uygulama sonrası, son uygulamadan 3 ve 6 ay sonra SBÇTÖ Çaresiz Yaklaşım alt boyutundan aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 4-10'de sunulmuştur.

Tablo 4-10: Gebelerin SBÇTÖ Çaresiz Yaklaşım Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı

Gruplar	Öncesi[1]	Sonrası[2]	3.Ay[3]	6.Ay[4]	F[a]	Pzaman	İkili Karşılaştırma
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS			1-2 1-3 1-4
Deney Grubu	11,14±4,5	6,54±2,97	6,66±3,20	7,78±3,22	37,935	0,000	2-4 3-4
Kontrol Grubu	10,68±3,99	9,88±3,79	9,34±3,48	10,64±3,60	10,368	0,000	1-2 1-3 2-3 2-4 3-4
t^b	,622	-5,731	-4,662	-4,898			
P_{grup}	0,535	,000	,000	,000			

a: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures Anova), b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

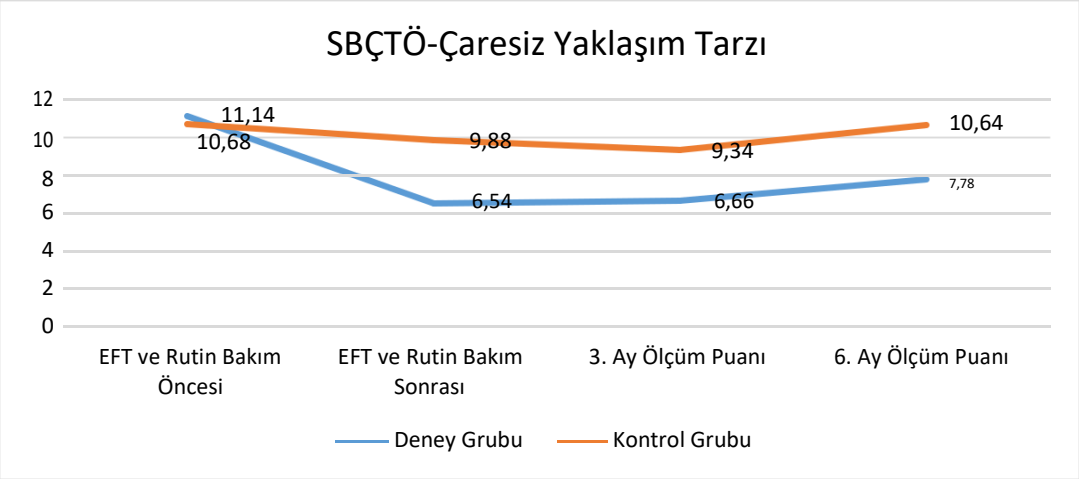
Tablo 4-10'da gebelerin SBÇTÖ çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının gruplara ve zamana göre dağılımı yer almaktadır.

Kadınların gebelik döneminde girişim öncesi çaresiz yaklaşım puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,535).

Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda çaresiz yaklaşım puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney grubunun puan ortalamasının hem EFT uygulama sonrası, hem de 3. ay ve 6. ayda kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0,000).

Çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının zamana göre değişimi incelendiğinde gruplara göre farklılık gösterdiği belirlendi. EFT uygulama öncesi dışında tüm ölçüm zamanlarında deney ve kontrol grubu SBÇTÖ-çaresiz yaklaşım alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık deney grubu lehine daha düşük olduğu saptandı.

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre hem deney grubunda (p=0,000), hem de kontrol grubunda (p=0,000) çaresiz yaklaşım puan ortalamaları zamana göre düşme göstermektedir. İkili karşılaştırmalar sonucunda, deney grubunda bu değişim; EFT uygulaması öncesi-sonrası (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 3 ay sonra (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,000), EFT uygulaması sonrası- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,001), son uygulamadan 3 ay sonra- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,001) zamanları arasındadır. İkili karşılaştırmalar sonucunda, kontrol grubunda bu değişim; rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi-sonrası (p=0,013), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi öncesi-son bilgilendirmeden 3 ay sonra (p=0,000), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi sonrası- rutin ebelik bakımı bilgilendirmeden 3 ay sonra (p=0,003), rutin ebelik bakımı bilgilendirmesi sonrası- rutin ebelik bakımı bilgilendirmeden 6 ay sonra (p=0,029), rutin ebelik bakımı bilgilendirmeden 3 ay sonra - son bilgilendirmeden 6 ay sonra (p=0,000) zamanları arasındadır.



Grafik 4-7: Gebelerin SBÇTÖ-Çaresiz Yaklaşım Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri

4.4.3.5. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin SBÇTÖ Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin EFT uygulama öncesi, uygulama sonrası, son uygulamadan 3 ve 6 ay sonra SBÇTÖ Boyun Eğici Yaklaşım alt boyutundan aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 4-11'da sunulmuştur.

Tablo 4-11: Gebelerin SBÇTÖ Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı

Gruplar	Öncesi[1]	Sonrası[2]	3.Ay[3]	6.Ay[4]	F[a]	P_{zaman}	İkili Karşılaştırma
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS			1-2
							2-4
Deney Grubu	6,36±2,88	5,33±2,29	5,48±2,58	6,17±2,69	5,34	0,002	1-3
Kontrol Grubu	6,86±2,53	6,69±2,61	6,58±2,36	6,93±2,38	2,047	0,116	
t_b	-1,064	-3,215	-2,575	-1,750			
P_{grup}	,289	,002	,011	,082			

a: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures Anova), b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

Tablo 4-11'de gebelerin SBÇTÖ Boyun Eğici Yaklaşım puan ortalamalarının gruplara ve zamana göre dağılımı yer almaktadır.

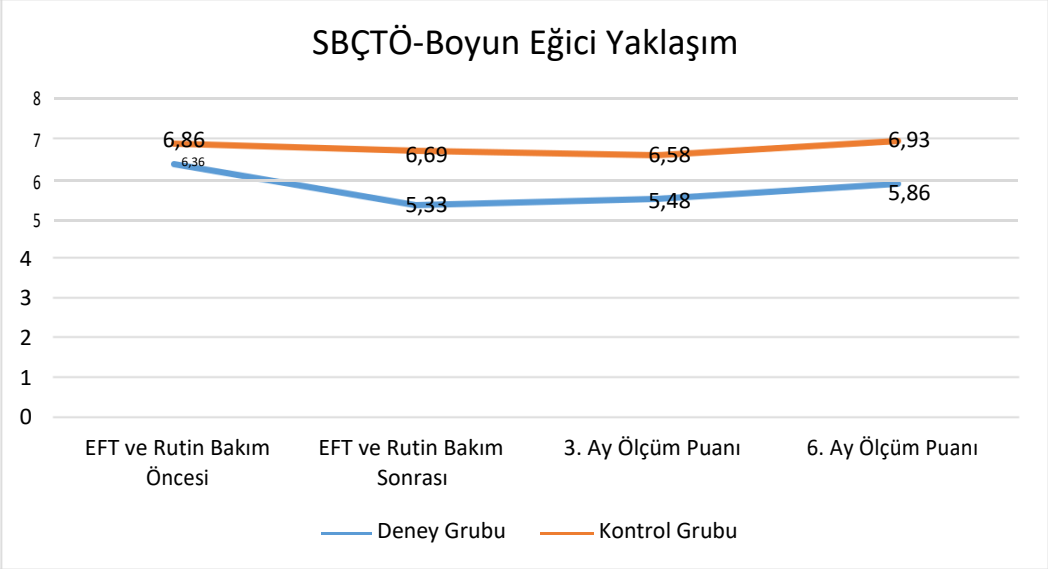
Kadınların gebelik döneminde girişim öncesi boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,289).

Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney grubunun puan ortalamasının hem EFT uygulama sonrası, hem de 3. ay ve 6. ayda kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0,000).

Boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının zamana göre değişimi incelendiğinde, deney grubunda farklılık gösterdiği belirlendi. Buna göre, EFT uygulama öncesi ve 6. ay ölçüm dışında tüm ölçüm zamanlarında deney grubunda SBÇTÖ-boyun eğici yaklaşım alt boyutundan alınan puan ortalamalarındaki düşüşün anlamlı olduğu saptandı.

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre deney grubunda (p=0,002) boyun eğici puan ortalamaları zamana göre düşme göstermektedir. İkili karşılaştırmalar sonucunda, deney grubunda bu değişim; EFT uygulaması öncesi-sonrası (p=0,001), EFT uygulaması sonrası- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,016), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 3 ay sonra (p=0,007) zamanları arasındadır.

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre kontrol grubunda (p=0,116) SBÇTÖ-boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları zamana göre değişim göstermemektedir.



Grafik 4-8: Gebelerin SBÇTÖ- Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişimleri

4.4.3.6. Deney Grubundaki Gebelerin SUE (Subjektif Deneyim Birimi) Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-12: Gebelerin SUE (Subjektif Deneyim Birimi) Skalası Puanlarının Dönemlere Göre Karşılaştırması

	Uygulama Öncesi[1]	Uygulama Sonrası[2]	3.Ay[3]	6.Ay[4]	F[a]	P_{zaman}	İkili Karşılaştırma
	X±SS (Min-Max)	X±SS (Min-Max)	X±SS (Min-Max)	X±SS (Min-Max)			1-2 1-3 1-4 2-4 3-4
Deney Grubu	-4,49±2,44 (-10,0)	5,76±1,45 (3,8)	6,01±1,28 (3,9)	5,36±1,35 (1,8)	442,645	0,000	

a: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures Anova)

Tablo 4-12'de deney grubundaki gebelerin SUE (Subjektif Deneyim Birimi) puan ortalamalarının zamana göre dağılımı yer almaktadır.

SUE puan ortalamalarının zamana göre değişimi incelendiğinde; girişim öncesi, sonrası, 3. ve 6. ay aldıkları puan arasındaki fark tekrarlı ölçümler varyans analizine göre istatistiksel olarak anlamlıdır (F: 442,645, p= 0,000).

Tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre deney grubunda (p=0,000) SUE puan ortalamaları zamana göre bir artış göstermektedir. İkili karşılaştırmalar sonucunda, bu değişim; EFT uygulaması öncesi-sonrası (p=0,000), EFT uygulaması

öncesi- son uygulamadan 3 ay sonra (p=0,000), EFT uygulaması öncesi- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,000), EFT uygulaması sonrası- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,044), son uygulamadan 3 ay sonra- son uygulamadan 6 ay sonra (p=0,001) zamanları arasındadır.

4.5. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan gebeleri EPDÖ, STAI, SBÇTÖ düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla katılımcıların üç farklı ölçeğe verdikleri yanıtların toplam ve alt boyutlar açısından korelasyon analizi yer almaktadır.

Araştırmaya katılan 136 gebeye ait EPDÖ, STAI, SBÇTÖ alt boyutları puan toplamları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi Tablo 4-13'te gösterilmektedir.

Tablo 4-13: Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

	1		2		3		4		5		6		7		8	
	r_p	p	r_p	p	r_p	p	r_p	p	r_p	p	r_p	p	r_p	p	r_p	p
EPDÖ (1)	1		,275**	,001	,156	,070	-,168	,049	-,131	,128	,385**	,000	,290**	,001	-,076	,377
STAI-DAÖ(2)			1		,009	,914	-,471**	,000	-,497**	,000	,208*	,015	,192*	,025	,066	,444
STAI-SAÖ (3)					1		,269**	,002	,204*	,017	,592 **	,000	,352 **	,000	,117	,175
SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım (4)							1		,651**	,000	-,037	,667	-,082	,341	,147	,089
SBÇTÖ İyimser Yaklaşım (5)									1		-,035	,688	,099	,254	,031	720
SBÇTÖ Çaresiz Yaklaşım (6)											1		,488**	,000	,005	,955
SBÇTÖ Boyun Eğici Yaklaşım (7)													1		,078	,365
SBÇTÖ Sosyal Desteğe Başvurma (8)															1	

*p<0.05, **p<0.01, r_p: pearson korelasyon analizi

Tablo 4-13'e göre EPDÖ puanı ile durumluk kaygı puanı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım arasında istatistiksel olarak aynı yönde orta düzeyde bir ilişki saptanırken; EPDÖ puanı ile süreklik kaygı puanı, kendine güvenli yaklaşım, iyimser ve sosyal desteğe başvurma tarzları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna göre; gebelerin depresyon puanı arttıkça, durumluk kaygı puanı, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzı artmaktadır.

Durumluk kaygı puanı ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında ters yönde orta düzeyde bir ilişki, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım ile arasında aynı yönde zayıf bir ilişki saptanırken; sürekli kaygı puanı ve sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna göre, durumluk kaygı puanı arttıkça kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzları azalmakta, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzı artmaktadır.

Sürekli kaygı puanı ile kendine güvenli, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzları ile arasında aynı yönde orta düzeyde bir ilişki, iyimser yaklaşım tarzı ile aynı yönde zayıf bir ilişki saptanırken; sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna göre, sürekli kaygı puanı arttıkça, kendine güvenli, çaresiz, boyun eğici ve iyimser yaklaşım tarzları da artmaktadır.

Kendine güvenli yaklaşım tarzı ile iyimser yaklaşım tarzı arasında istatistiksel olarak aynı yönde orta üzeri bir ilişki, çaresiz, boyun eğici ve sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna göre kendine güvenli yaklaşım tarzı arttıkça iyimser yaklaşım tarzı artmaktadır.

İyimser yaklaşım tarzı ile çaresiz, boyun eğici ve sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzı arasında istatistiksel olarak aynı yönde orta dzeyde bir ilişki saptanırken, sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buna göre, çaresiz yaklaşım tarzı arttıkça, boyun eğici yaklaşım tarzı da artmaktadır.

4.6. Deney Grubundaki Gebelerin EPDÖ Puan Ortalamaları ve SUE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4-14: Deney Grubundaki Gebelerin EPDÖ Puan Ortalamaları ve SUE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	SUE Uygulama Öncesi		SUE Uygulama Sonrası		SUE 3. Ay Puanı		SUE 6. Ay Puanı	
	r_p	p	r_p	p	r_p	p	r_p	p
EPDÖ Uygulama Öncesi	-,369**	,002	-,218	,072	-,176	,149	,016	,893
EPDÖ Uygulama Sonrası	-,331**	,006	-,314	,009	-,196	,107	-,070	,567
EPDÖ 3. Ay Puanı	,103	,398	,028	,822	,084	,492	,070	,566
EPDÖ 6. Ay Puanı	,219	,070	-,046	,708	-,140	,251	,004	,974

**p<0.05, r_p: pearson korelasyon analizi

Yapılan korelasyon analizi sonucunda elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir;

EFT uygulama öncesi EPDÖ puanı ile SUE uygulama sonrası, 3. ve 6. ay ölçüm puanları arasında; uygulama sonrası EPDÖ puanı ile SUE uygulama sonrası, 3. ve 6. ay ölçüm puanları arasında; EPDÖ 3. ay ölçüm puanları ile SUE uygulama öncesi, uygulama sonrası, 3. ve 6. ay ölçüm puanları arasında; EPDÖ 6. ay ölçüm puanları ile SUE uygulama öncesi, uygulama sonrası, 3. ve 6. ay ölçüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

EFT uygulama öncesi EPDÖ puanı ile SUE uygulama öncesi puanı arasında ters yönde orta düzeyde bir ilişki; uygulama sonrası EPDÖ puanı ile SUE uygulama sonrası puanı arasında yine ters yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; gebelerin EFT uygulaması öncesi depresyon puanı arttıkça, olumlu duygudurum puanları azalmakta; EFT uygulaması sonrası gebelerin depresyon puanı azaldıkça olumlu duygudurum puanları da artmaktadır. Gebelerin depresyon durumu azaldıkça kendilerini daha iyi hissettikleri görülmektedir.

4.7. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerde STAI ve SBÇTÖ (Düzeyinin) Alt Boyutları Puan Toplamlarının Depresyon Üzerindeki Etkisi

Gebelerde stresle başa çıkma tarzlarının ve durumluk/sürekli kaygı düzeyinin depresyon üzerindeki etkisi kesitsel regresyon analizi ile açıklanmıştır. Gebelerde depresyon üzerinde etkili olan faktörler EFT uygulaması öncesi için modellenmiştir.

4.7.1. EFT Uygulaması Öncesi Gebelerde STAI ve SBÇTÖ (Düzeyinin) Alt Boyutları Puan Toplamlarının Depresyon Üzerindeki Etkisi

EFT uygulaması öncesi gebelerde stresle başa çıkma tarzlarının ve durumluk/sürekli kaygı düzeyinin depresyon üzerindeki etkisi incelenmiştir. Regresyonun Anova tablosu aşağıdaki gibidir:

Tablo 4-15: Regresyonun ANOVA (Varyans Analizi) Tablosu

Model		Toplam Kareler	Df	Ortalama Kareler	F	p
1	Regresyon	321,758	2	160,879	15,380	,000[b]
	Artık	1391,176	133	10,460		
	Toplam	1712,934	135			

a: Bağımlı Değişken: EPDÖ

b: Bağımsız Değişkenler: SBÇTÖ çaresiz yaklaşım, STAI-DKÖ

Tablo 4-15 incelendiğinde genel olarak modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F:15,380 ve p=0,000). Bu göre; depresyon bağımlı değişkenini, stresle başa çıkma ve durumluk kaygı değişkeni ile açıklamak istatistiksel olarak mümkündür.

Tablo 4-16: Model Katsayılar Tablosu

Model		**Standardize Edilmemiş Katsayılar**		**Standardize Edilmiş Katsayılar**	**t**	**p**
		B	**Standart Hata**	**Beta (β)**		
1	**Sabit**	9,419	1,416		6,651	,000
	SBÇTÖ-çaresiz yaklaşım	,287	,067	,342	4,284	,000
	STAI- DKÖ	,080	,031	,204	2,553	,012

Bağımlı Değişken: Depresyon

Tablo 4-16 incelendiğinde SBÇTÖ-çaresiz yaklaşım ve STAI-DKÖ katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre çaresiz yaklaşım tarzı ve durumluk kaygı ile depresyon arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Çaresiz yaklaşım tarzının ve durumluk kaygının artması gebelerde depresyonun artmasına neden olmaktadır.

Buna göre Model açıklayıcı tablosu ise aşağıdaki gibidir:

Tablo 4-17: Model Açıklayıcılığı Tablosu

Model	R	R^2	Düzeltilmiş R^2	Std. Hatanın Tahmini
1	,433[a]	,188	,176	3,23419

Bağımsız Değişkenler: SBÇTÖ-çaresiz yaklaşım, STAI- DKÖ

Tablo 4-17; SBÇTÖ-çaresiz yaklaşım, STAI- DKÖ toplamlarının depresyon değişkenini açıklama oranını göstermektedir. Buna göre ilgili regresyon modeli ile bağımlı depresyon değişkeninin yaklaşık olarak %17'sinin açıklanması mümkündür.

EFT uygulaması öncesi gebelerde depresyon üzerinde stresle başa çıkma tarzlarının ve durumluk/süreklilik kaygı düzeylerinin etkisini görme amacıyla kurulan modele göre; depresyonu 2 değişkenin anlamlı şekilde açıkladığı ve bunların da SBÇTÖ-çaresiz yaklaşım ve STAI-DKÖ olduğu görülmüştür.

Bununla birlikte, gebelerde depresyon düzeyi üzerinde STAI-SAÖ, SBÇTÖ-iyimser yaklaşım, SBÇTÖ-kendine güvenli yaklaşım, SBÇTÖ-boyun eğici yaklaşım ve SBÇTÖ-sosyal desteğe başvurma yaklaşımlarının etkisi incelenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadıkları için modellerden çıkarılmışlardır.

4.8. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel ve Psikosoyal Özellikleri ile EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4-18: Gebelerin Çalışma Durumu İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	Ortalama ± SS	t	p
EPDÖ	Çalışıyor	15,46±3,19	-1,241	,217
	Çalışmıyor	16,23±3,72		
STAI-DAÖ	Çalışıyor	41,15±10,05	-1,657	,100
	Çalışmıyor	43,89±8,51		
STAI-SAÖ	Çalışıyor	47,22±5,32	-1,062	,290
	Çalışmıyor	48,48±7,02		
SBÇTÖ-Kendine güvenli yaklaşım	Çalışıyor	10,63±3,44	-1,518	,131
	Çalışmıyor	11,69±4,01		
SBÇTÖ- İyimser Yaklaşım	Çalışıyor	6,82±2,53	-,388	,699
	Çalışmıyor	7,00±2,60		
SBÇTÖ-Çaresiz Yaklaşım	Çalışıyor	10,03±3,14	1,715	,089
	Çalışmıyor	11,35±4,65		
SBÇTÖ- Boyun Eğici Yaklaşım	Çalışıyor	5,88±2,09	-2,233	**,027**
	Çalışmıyor	6,97±2,92		
SBÇTÖ- Sosyal Desteğe Başvurma	Çalışıyor	5,47±1,94	,434	,665
	Çalışmıyor	5,31±2,09		

p<0,05; t: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

Tablo 4-18'e göre, gebelerin çalışma durumu ile EPDÖ puanı, durumluk ve sürekli kaygı puanı, kendine güvenli, iyimser, çaresiz ve sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çalışma durumları ile boyun eğici yaklaşım tarzı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Buna göre herhangi bir işte çalışmayan gebelerin çalışanlara göre stresle baş etmede daha çok boyun eğici yaklaşıma sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4-19: Gebelerde Aile Öyküsünde Depresyon Bulunma Durumu İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Aile Öyküsü Depresyon Durumu	Ortalama ± SS	t	p
EPDÖ	Evet	16,14±3,22	,319	,751
	Hayır	15,92±3,67		
STAI-DAÖ	Evet	45,29±9,11	1,718	,088
	Hayır	42,21±9,02		
STAI-SAÖ	Evet	48,91±5,24	,872	,385
	Hayır	47,78±6,89		
SBÇTÖ-Kendine güvenli yaklaşım	Evet	11,16±3,59	-,313	,755
	Hayır	11,40±3,94		
SBÇTÖ- İyimser Yaklaşım	Evet	5,74±2,60	-3,245	**,001**
	Hayır	7,34±2,44		
SBÇTÖ-Çaresiz Yaklaşım	Evet	11,06±3,88	,232	,817
	Hayır	10,87±4,38		
SBÇTÖ- Boyun Eğici Yaklaşım	Evet	5,65±2,45	-2,418	**,017**
	Hayır	6,93±2,73		
SBÇTÖ- Sosyal Desteğe Başvurma	Evet	6,13±2,33	2,615	**,010**
	Hayır	5,10±1,87		

p<0,05; t: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

Tablo 4-19'a göre, gebelerin aile öyküsünde depresyon bulunma durumları ile EPDÖ puanı, durumluk ve sürekli kaygı puanı, kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz yaklaşım tarzı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Gebelerin aile öyküsünde depresyon bulunma durumları ile iyimser, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Buna göre, aile öyküsünde depresyon bulunmayan gebelerin stresle baş etmede iyimser ve boyun eğici yaklaşım tarzını kullandıkları, aile öyküsünde depresyon bulunan gebelerin ise sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzını kullandıkları saptanmıştır.

Tablo 4-20: Gebelerin Eş İlişkileri İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Eşleri İle İlişki Durumu	Ortalama ± SS	F	p	İkili karşılaştırma
EPDÖ	İyi[1]	15,58±3,36	5,486	**,005**	3-2
	Orta[2]	16,11±2,96			3-1
	Kötü[3]	19,55±5,61			
STAI-DAÖ	İyi[1]	42,30±9,32	5,267	**,006**	3-1
	Orta[2]	42,41±8,19			3-2
	Kötü[3]	52,22±4,65			
STAI-SAÖ	İyi	47,95±6,35	,329	,720	
	Orta	47,91±6,84			
	Kötü	49,77±7,47			
SBÇTÖ-Kendine güvenli yaklaşım	İyi	11,37±3,85	,046	,955	
	Orta	11,36±3,75			
	Kötü	10,96±4,56			
SBÇTÖ-İyimser Yaklaşım	İyi	6,91±2,76	,046	,955	
	Orta	6,97±2,12			
	Kötü	7,17±2,24			
SBÇTÖ-Çaresiz Yaklaşım	İyi[1]	10,6±4,2	4,858	**,009**	3-1
	Orta[2]	10,67±4,31			3-2
	Kötü[3]	15,06±2,11			
SBÇTÖ- Boyun Eğici Yaklaşım	İyi[1]	6,19±2,81	4,633	**,011**	3-1
	Orta[2]	7,22±2,41			
	Kötü[3]	8,61±1,32			
SBÇTÖ- Sosyal Desteğe Başvurma	İyi[1]	5,10±2,13	4,591	**,012**	3-1
	Orta[2]	5,95±1,53			
	Kötü[3]	7,13±1,93			

p<0,05; F: Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA)

Tablo 4-20'ye göre, gebelerin eşleriyle olan ilişki durumları ile sürekli kaygı puanı, iyimser ve kendine güvenli yaklaşım tarzı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Gebelerin eşleriyle olan ilişki durumları ile EPDÖ puanı, durumluk kaygı puanı, çaresiz, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma tarzları ile arasında istatisitksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey ileri analizinde; EPDÖ puanı ve durumluk kaygı puanı, eşleriyle olan ilişkisini kötü olarak belirten gebelerde, iyi ve orta olarak belirtenlere göre göre anlamlı derecede yüksek;

Çaresiz yaklaşım tarzı, eşleriyle olan ilişkisini kötü olarak belirten gebelerde iyi ve orta olarak belirtenlere göre anlamlı derecede daha yüksek;

Boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma tarzları, eşleriyle olan ilişkisini kötü olarak belirten gebelerde iyi olarak belirtenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Buna göre eşleriyle ilişkisini kötü olarak tanımlayan gebelerin stresle baş etmede çaresiz, boyun eğici ve sosyal desteğe başvurma tarzlarını daha çok benimsedikleri, depresyon düzeylerinin ve durumluk kaygılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4-21: Gebelerin Eşlerinin Destek Olma Durumu İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamlarının Karşılaştırılması

	Eşlerin Destek Olma Durumu	**Ortalama ± SS**	**F**	**p**	**İkili karşılaştırma**
EPDÖ	İyi[1]	15,74±3,52	10,572	**,000**	3-1
	Orta[2]	15,34±2,80			3-2
	Kötü[3]	20,36±4,00			
STAI-DAÖ	İyi[1]	42,48±9,61	5,739	**,004**	3-1
	Orta[2]	41,80±7,88			3-2
	Kötü[3]	51,54±5,83			
STAI-SAÖ	İyi	48,96±7,11	1,747	,178	
	Orta	46,89±5,48			
	Kötü	46,72±5,55			
SBÇTÖ-Kendine güvenli yaklaşım	İyi[1]	11,49±3,80	3,736	**,026**	1-3
	Orta[2]	11,79±3,66			2-3
	Kötü[3]	8,40±4,05			
SBÇTÖ-İyimser Yaklaşım	İyi	6,86±2,73	,359	,699	
	Orta	7,17±2,30			
	Kötü	6,52±2,56			
SBÇTÖ-Çaresiz Yaklaşım	İyi[1]	10,25±4,52	2,987	,054	
	Orta[2]	11,5±3,74			
	Kötü[3]	13,14±3,37			
SBÇTÖ-BoyunEğici Yaklaşım	İyi[1]	6,31±2,85	3,320	**,039**	3-1
	Orta[2]	6,65±2,51			
	Kötü[3]	8,53±1,79			
SBÇTÖ-Sosyal Desteğe Başvurma	İyi	5,27±2,11	,242	,786	
	Orta	5,53±1,99			
	Kötü	5,25±1,82			

p<0,05; F: Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA)

Tablo 4-21'e göre, eşlerin destek olma durumları ile sürekli kaygı puanı, iyimser, çaresiz yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Gebelerin eşlerinin destek olma durumları ile EPDÖ puanı, durumluk kaygı puanı, kendine güvenli ve boyun eğici yaklaşım tarzları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey ileri analizinde; EPDÖ puanı, eşlerinin desteğini kötü olarak belirten gebelerde, iyi ve orta olarak belirtenlere göre göre anlamlı derecede yüksek;

Durumluk kaygı puanı, eşlerinin desteğini kötü olarak belirten gebelerde iyi ve orta olarak belirtenlerden anlamlı derecede yüksek;

Kendine güvenli yaklaşım tarzı, eşlerinin desteğini iyi ve orta olarak belirten gebelerde kötü olarak belirtenlere göre anlamlı derecede yüksek;

Boyun eğici yaklaşım tarzı, eşlerinin desteğini kötü olarak belirten gebelerde iyi olarak belirtenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Buna göre, eşleri destek olmayan gebelerin depresyon düzeylerinin ve durumluk kaygılarının yüksek olduğu, stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşım tarzını kullandıkları, eşleri destek olan gebelerin ise stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşımı kullandıkları belirlenmiştir.

Tablo 4-22: Gebelerin Kendi Aileleriyle Olan İlişkileri İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamlarının Karşılaştırılması

	Kendi Ailesiyle İlişki Durumu	Ortalama ± SS	F	p	İkili karşılaştırma
EPDÖ	İyi[1]	15,53±3,23	7,513	**,001**	3-1
	Orta[2]	17,11±3,14			
	Kötü[3]	20,28±6,01			
STAI-DAÖ	İyi[1]	41,93±8,79	4,798	**,010**	3-1
	Orta[2]	46,88±10,34			3-2
	Kötü[3]	50,28±5,15			
STAI-SAÖ	İyi	47,82±6,76	,542	,583	
	Orta	49,58±3,89			
	Kötü	48,28±7,78			
SBÇTÖ-Kendine güvenli yaklaşım	İyi[1]	11,87±3,66	6,914	**,001**	1-3
	Orta[2]	8,40±3,26			3-2
	Kötü[3]	10,12±5,10			
SBÇTÖ- İyimser Yaklaşım	İyi[1]	7,22±2,54	4,808	**,010**	1-3
	Orta[2]	5,22±1,72			3-2
	Kötü[3]	6,60±3,21			
SBÇTÖ-Çaresiz Yaklaşım	İyi	10,52±4,28	2,857	,061	
	Orta	12,75±3,69			
	Kötü	12,82±3,62			
SBÇTÖ- Boyun Eğici Yaklaşım	İyi	6,54±2,69	1,785	,172	
	Orta	6,27±3,16			
	Kötü	8,45±1,18			
SBÇTÖ- Sosyal Desteğe Başvurma	İyi	5,32±2,12	1,958	,145	
	Orta	5,04±1,31			
	Kötü	6,78±1,77			

p<0,05; F: Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA)

Tablo 4-22'ye göre, gebelerin kendi aileleriyle olan ilişki durumları ile sürekli kaygı puanı, çaresiz, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma tarzları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Gebelerin kendi aileleriyle olan ilişki durumları ile EPDÖ puanı, durumluk kaygı puanı, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım tarzları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey ileri analizinde; EPDÖ puanı, ailesiyle olan ilişkisini kötü olarak belirten gebelerde, iyi olarak belirtenlere göre anlamlı derecede yüksek;
Durumluk kaygı puanı, ailesiyle olan ilişkisini kötü olarak belirten gebelerde, iyi ve orta olarak belirtenlere göre anlamlı derecede yüksek;

Kendine güvenli ve iyimser yaklaşım tarzlarının, ailesiyle olan ilişkisini iyi olarak belirten gebelerde orta ve kötü olarak belirtenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Buna göre ailesiyle olan ilişkisini iyi olarak tanımlayan gebelerin depresyon puanlarının, durumluk kaygı puanlarının düştüğü, stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzlarını kullandıkları saptanmıştır.

Tablo 4-23: Gebelerin Eşlerinin Aileleriyle Olan İlişkileri İle EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamlarının Karşılaştırılması

	Eşinin Ailesiyle İlişki Durumu	**Ortalama ± SS**	**F**	**p**	**İkili karşılaştırma**
EPDÖ	İyi	16,00±3,65	,087	,917	
	Orta	15,87±3,63			
	Kötü	16,26±3,17			
STAI-DAÖ	İyi	40,26±9,46	9,305	**,000**	3-1
	Orta	43,04±7,66			3-2
	Kötü	50,21±9,13			
STAI-SAÖ	İyi	47,88±6,30	,870	,421	
	Orta	48,67±6,58			
	Kötü	46,47±9,53			
SBÇTÖ-Kendine güvenli yaklaşım	İyi	12,18±3,26	2,337	,101	
	Orta	11,01±4,21			
	Kötü	10,21±3,75			
SBÇTÖ- İyimser Yaklaşım	İyi[1]	7,10±2,61	4,246	**,016**	1-3
	Orta[2]	7,27±2,38			2-3
	Kötü[3]	5,40±2,64			
SBÇTÖ-Çaresiz Yaklaşım	İyi	10,30±4,13	,935	,395	
	Orta	11,22±3,83			
	Kötü	11,55±5,74			
SBÇTÖ- Boyun Eğici Yaklaşım	İyi	6,33±2,73	,610	,545	
	Orta	6,87±2,61			
	Kötü	6,43±3,08			
SBÇTÖ- Sosyal Desteğe Başvurma	İyi	5,23±1,95	,195	,823	
	Orta	5,46±2,00			
	Kötü	5,36±2,45			

p<0,05; F: Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA)

Tablo 4-23'e göre, gebelerin eşlerinin aileleriyle olan ilişki durumları ile EPDÖ puanı, sürekli kaygı puanı, kendine güvenli, çaresiz, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma tarzları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gebelerin eşlerinin aileleriyle olan ilişki durumları ile durumluk kaygı puanı ve iyimser yaklaşım tarzı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey ileri analizinde; durumluk kaygı puanı eşinin ailesiyle olan ilişkisini kötü olarak belirten gebelerde iyi ve orta olarak belirtenlere göre daha yüksek;
İyimser yaklaşım tarzının, eşinin ailesiyle olan ilişkisini iyi olarak belirten gebelerde kötü olarak belirtenlere göre, orta olarak belirtenlerin ise kötü olarak belirten gebelere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Buna göre eşinin ailesiyle olan ilişkisini kötü olarak tanımlayan gebelerde durumluk kaygının yüksek olduğu, iyi olarak tanımlayan gebelerin ise stresle baş etmede iyimser yaklaşım tarzını kullandıkları saptanmıştır.

4.9. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Postpartum Dönem Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin postpartum dönem özelliklerine ait bilgiler bilgiler Tablo 4-24'da yer almaktadır.

Tablo 4-24: Grupların Postpartum Döneme İlişkin Özellikleri

Postpartum Döneme İlişkin Özellikler	Deney Grubu (N=69)		Kontrol Grubu (N=67)		Toplam (N=136)	
	n	%	n	%	n	%
Doğum Şekli						
Normal	26	37,1	16	22,9	41	30,1
Sezaryen	43	61,4	48	68,6	88	64,7
Müdahaleli	1	1,4	6	8,6	7	5,2
Postpartum Sorun Yaşama Durumu						
Evet	18	25,7	33	47,1	50	36,8
Hayır	52	74,3	37	52,9	86	63,2
Bebeğin Cinsiyeti						
Kız	37	52,9	45	64,3	80	58,8
Erkek	33	47,1	25	35,7	56	41,2
Doğumdan Sonra Bebeği Kucağa Alma						
İlk 30 dk.	40	57,1	14	20,0	52	38,2
31. dk sonrası	30	42,9	56	80,0	84	61,8
Emzirme Zamanı						
İlk 30 dk.	35	50	8	11,4	42	30,9
31. dk sonrası	35	50	62	88,6	94	69,1
Bebeği Besleme Şekli						
Anne Sütü	50	71,4	28	40,0	77	56,6
Hazır Mama/Ek Gıda	0	0	2	2,9	2	1,5
Anne Sütü ve Hazır Mama	20	28,6	40	57,1	57	41,9
Bebeğin Cinsiyetinden Memnuniyet						
Evet	70	0	70	0	136	100
Hayır	0	0	0	0	0	0
Bebek Bakımı Tutumu						
İyi	50	71,4	27	38,6	75	55,1
Orta	20	28,6	43	61,4	61	44,9
Gebelikte Uyku Sorunu						
Evet	31	44,3	34	48,6	63	46,3
Hayır	39	55,7	36	51,4	73	53,7
Postpartum Uyku Sorunu						
Evet	31	44,3	61	87,1	89	65,4
Hayır	39	55,7	9	12,9	47	34,6
Gebelikte Çalışma Durumu						
Evet	21	30	34	48,6	52	38,2
Hayır	49	70	36	51,4	84	61,8
Anneliği Değerlendirme Durumu						
Yeterli	67	95,7	52	74,3	115	84,6
Kısmen Yeterli	3	4,3	18	25,7	21	15,4
Sosyal Destek Alma Durumu						
Evet	58	82,9	54	77,1	109	80,1
Hayır	12	17,1	16	22,9	27	19,9

Tablo 4-24'e göre, araştırmaya katılan tüm gebelerin %64,7'sinin doğum şeklinin sezaryen olduğu, %63,2'sinin postpartum dönemde herhangi bir sorun yaşamadığı,

%58,8'inin bebeğinin kız olduğu, çoğunluğunun emzirme zamanının (%69,1) ve doğumdan sonra bebeği kucağına alma (%61,8) zamanının ilk 30 dk.dan sonra olduğu, %53,7'sinin gebelikte uyku sorunu yaşamadığı, ancak %65,4'ünün postpartum dönemde uyku sorunu yaşadığı, %84,6'sının anneliğinin yeterli olduğunu düşündüğü ve %80,1'inin sosyal destek aldığı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT)'nin postpartum depresyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak gerçekleştirilen araştırmanın bulguları, literatür doğrultusunda 9 başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Psikososyal Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Ölçek Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

5.6. Deney Grubundaki Gebelerin EPDÖ Puanı ve SUE Puanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

5.7. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerde STAI ve SBÇTÖ (Düzeyinin) Alt Boyutları Puan Toplamlarının Depresyon Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

5.8. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyodemografik ve Psikosoyal Özellikleri ile EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

5.9. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Postpartum Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; gebe ve eşinin yaşı, eğitim durumu, ekonomik durumu, aile tipi, kadının çalışma durumu, evlenme yaşı ve evlilik süresi gibi sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Araştırmada yer alan gruplardaki gebelerin ve eşlerinin yaş ortalamasının, eğitim ve ekonomik durumlarının, gebelerin çalışma durumlarının, evlilik yaşları ve evlilik süreleri gibi kişisel özelliklerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 4-1).

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin yaş ortalamasının 30,26±4,60 (D:31±5,18, K:29,61±3,82) olduğu belirlenmiştir. Ghamsari ve Lavasani (2015)'nin EFT'nin gebelerin algıladıkları stres ve dayanıklılıkları üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada çalışmamıza benzer şekilde gebelerin yaş ortalaması 33,23±3,9 olarak bulunmuştur. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin (KİPT) postpartum depresyon üzerine etkisinin bakıldığı randomize kontrollü çalışmalarda gebelerin ve annelerin yaş ortalamasının 24,3 - 32,3 aralığında değiştiği görülmektedir (Milgrom ve ark. 2005; Grote ve ark. 2009; Morrell ve ark. 2009; Mulcahy ve ark. 2010; Burns ve ark. 2013; Ngai ve ark. 2015; Dennis ve ark. 2020). Çalışma sonucumuzda yer alan yaş ortalamasının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda gebelerin evlilik yaşının 24,47±4,23 (D: 24,57±4,78, K: 24,34±3,66), evlilik süresinin 5,78±4,68 (D: 6,46±5,26, K: 5,24±4,32) olduğu saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre, kadınların ortanca ilk evlenme yaşı 21,4 olup, en yüksek olduğu bölgeler İstanbul ve Ege Bölgesi olarak vurgulanmıştır. Çalışmamızdaki gebelerin evlenme yaşı Türkiye genelinin üzerinde olup, aynı zamanda çalışmamızın İstanbul ilinde yapılması TNSA (2018) Batı bölgesi verileri ile benzerlik gösterdiğini de ortaya koymaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2019 verilerine baktığımızda ise, ilk evlenme yaşı 25'e yükselmiş olup, çalışmamızla benzerdir (TÜİK 2019b). O'Hara ve ark. (2000)'nın KIPT'in postpartum depresyon üzerindeki etkinliğini belirlemek için yaptıkları çalışmada kadınların evlilik süresinin KIPT grubunda 5,2, kontrol grubunda ise 5,4 yıl olduğu saptanmış olup, benzer şekilde yürütülen çalışma sonuçlarıyla (Dennis ve ark. 2020) da uyumludur.

TNSA 2018 verilerine göre, ülkemizdeki 15-49 yaş arası kadınların devam ettikleri ya da tamamladıkları en yüksek eğitim düzeyine göre yüzdelik dağılımlarında; %41'i lise ve üzeri, %29'u ilkokul, %20'si ise ortaokulu tamamlamıştır. TÜİK 2018

verilerine baktığımızda ise, 25 ve üstü yaşta olup en az üniversite mezunu olan kadınların oranı %17,5 olarak bildirilmektedir (TÜİK 2019b) Çalışmamızdaki gebelerin %50'si (D:%47,8, K:%52,2) üniversite mezunu olup, eğitim düzeyleri Türkiye genelinin üzerindedir.

Postpartum depresyonda BDT'nin ilaç tedavisiyle karşılaştırıldığı bir çalışmada (Milgrom ve ark. 2015) annelerin çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu (BDT:%43,8, Sertraline: %50, Sertraline+BDT: %37,5), Ngai ve ark. (2015)'ının telefon temelli BDT ve olağan bakımı karşılaştırdıkları çalışmalarında gebelerin çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu (BDT: %56,9, K: %56), Mulcahy ve ark. (2010)'nın yaptıkları çalışmada ise KIPT grubundaki annelerin %69,6'sının, olağan bakım grubunda olanların ise %51,9'unun üniversite mezunu oldukları saptanmış olup, çalışmamızdaki gebelerin eğitim düzeyleri literatürdeki benzer çalışmalarla da paralellik göstermektedir.

TNSA 2018 verileri, eşlerin eğitim düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Kadınların %41'i kendilerinden daha fazla eğitimi olan erkek ile evliyken, %23'ü eşlerinden daha eğitimlidir. Araştırmamızdaki gebelerin eşlerinin çoğunluğunun (%26,5) eğitim durumlarının lise ve üzeri olduğu saptanmıştır. Ancak çalışmamızdaki gebelerin çoğunluğunun (%50) üniversite mezunu olduğu göz önünde bulundurulduğunda, eşlerin eğitim durumlarının gebelere göre, Türkiye genelinin altında kaldığını göstermektedir. TÜİK 2018 verilerine baktığımızda ise, 25 ve üstü yaşta olup en az üniversite mezunu olan erkeklerin oranı %22,4 olup, bu oran çalışmamızla (%25) benzerdir (TÜİK 2019b).

TNSA 2018 verilerine göre, 15-49 yaş arasındaki kadınların %64'ü, son 12 ayda çalışmamış ya da daha önce hiç çalışmamıştır. TÜİK 2018 verileri ise 25-49 yaş grubundaki kadın istihdam oranının %26,5 olduğunu bildirmektedir. Araştırmamızdaki gebelerin %66,'sının gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı saptanmış olup, sonucumuz Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir (TÜİK 2019b).

Araştırmamızdaki gebelerin büyük çoğunluğunun herhangi bir sağlık sigortası kapsamında bulunduğu belirlenmiştir. TNSA 2018 verilerinde de, kadınların %90'ının herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olduğu belirtilmiş olup, bulgumuz Türkiye geneli ile uyumludur.

5.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; gebelerin gebelik haftası, ilk doğum yaşı, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu ve eşin gebeliği isteme durumu gibi obstetrik özelliklerin sorgulandığı bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Araştırmada yer alan gruplardaki gebelerin gebelik haftası, ilk doğum yaşı, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu ve eşin gebeliği isteme durumu gibi obstetrik özelliklerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$ Tablo 4-2).

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin (n=136) gebelik haftası ortalama 17,63±4,30 (D:17,89±4,52, K: 17,37±4,05), ilk doğum yaşı ortalama 26,14±4,67 (D: 26,46±5,17, K: 25,81±4,16, gebelik sayısı ortalama 2,09±1,25 (D: 2,31±1,6, K: 1,9±0,85), yaşayan çocuk sayısı ortalama 0,77±0,83 (D: 0,87±1,05, K: 0,7±0,64) olarak saptanmıştır.

Grote ve ark. (2009)'nın çalışmasında ise KIPT grubundaki gebelerin gebelik haftası ortalama 22,6±6,7 kontrol grubunda ise 20,4±6,8; gebelikte anksiyete/depresyon üzerinde, internet üzerinden sağlanan BDT'nin etkinliğine bakılan bir çalışmada da BDT grubunda ortalama gebelik haftası 20,54±6,01, kontrol grubunda ise 22,63±5,76 olup, araştırmamızdaki gebelerin gebelik haftası ile ilgili olarak literatüre uyumlu sonuçlar bulunmaktadır (Loughnan ve ark. 2019).

TÜİK Dünya Nüfus Günü (2019) verilerine göre ülkemizde ilk doğumunu gerçekleştiren kadınların ortalama yaşı 26,4; TNSA 2018 verilerine göre ise, 25-49 yaş aralığındaki kadınlar için ilk doğumda ortanca anne yaşı 23,3 olup, araştırma sonucumuz Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir (TNSA 2018; TÜİK, 2019a) Literatürde araştırmamızla benzer özellik gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Morrell ve ark. (2009), BDT grubundaki annelerin ilk doğum yaşını 27,4, olağan bakım grubunda ise 27,5 olarak saptamıştır (Morrell ve ark. 2009).

TNSA 2018 verilerine göre, evli kadınlar arasında ortalama çocuk sayısı 3'tür. En düşük ortalama çocuk sayısı 2,4 oranıyla Batı Marmara'da görülmektedir. TUİK 2019 verilerine göre ise, 15-49 yaş grubundaki kadınların ortalama çocuk sayısı 1,88 olarak belirtilmiştir. TNSA 2018 ve TUİK 2019 verilerin baktığımızda, çalışmamızdaki yaşayan çocuk sayısı ortalaması Türkiye genelinin altındadır. Bunun sebebi olarak da, çalışmamızdaki gebelerin çoğunluğunun üniversite mezunu olmasından kaynaklandığı

düşünülmektedir. TNSA 2018 raporunda eğitim düzeyi arttıkça, doğurganlık hızının da azaldığı vurgulanmaktadır (TNSA 2018; TÜİK, 2019b).

Milgrom ve ark. (2005)'nın yaptıkları çalışmada ortalama çocuk sayısı 1,3; Grote ve ark. (2009)'nın çalışmasında evdeki çocuk sayılarının her iki grupta (KIPT ve kontrol grubu) 1,4; Mulcahy ve ark (2010)'nın yaptıkları çalışmada da KIPT grubunda 1,65, kontrol grubunda 1,41 olduğu belirtilmiş olup, çalışmamızdaki yaşayan çocuk sayısının literatürle benzer olduğu görülmektedir.

Araştırmamızdaki gebelerin %64'ünün multipar olduğu, %72,8'inin gebeliğinin planlı olduğu ve %92,6'sının eşinin mevcut gebeliği istediği belirlenmiştir. Ammerman ve ark. (2013)'nın ev ziyaretlerinde yapılan BDT'nin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada, 93 depresif anneden %91'inin multipar olduğu, Austin ve ark. (2008)'nın perinatal dönemde depresyon veya anksiyete gelişme riski olan gebelerde birinci basamakta BDT etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada ise gebelerin %34,1'inin multipar olduğu; O'Hara ve ark. (2000)'nın çalışmasında KIPT grubundaki kadınların %73,3'ünün, kontrol grubundaki kadınların %76,7'sinin multipar olduğu belirtilmiştir. Posmontier ve ark. (2016)'nın telefon temelli KIPT'in PPD üzerindeki etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, deney grubunun %58,5'inin multipar, kontrol grubunun %60'ının multipar, Tandon ve ark. (2014)'nın postpartum depresyon üzerinde BDT'nin etkinliğini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada ise %24,6'sının primpar, %75,4'ünün multipar olduğu belirlenmiştir. Literatürde benzer amaçla yapılmış araştırmalara baktığımızda multipar/primpar olma durumlarının değişkenlik gösterdiği görülmüştür.

TNSA 2018 verilerine göre, son 5 yıl içerisinde gerçekleşen doğumların veya halen süren gebeliklerin %75'i istenmiş, %11'inin daha sonra olması tercih edilmiş ve %15'i istenmemiştir. Araştırmamızdaki gebeliklerin planlı olma durumları, Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir.

5.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Psikososyal Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; gebelerin daha önce PPD tanısı alma, PPD'den dolayı ilaç kullanma, aile öyküsü, eşi, ailesi, eşinin ailesi ile olan ilişkileri, eşinin destek olma ve şiddet uygulama durumu, evliliğinden memnuniyeti, sigara ve alkol kullanma durumu gibi psikosoyal özelliklerin sorgulandığı bulguların tartışılmasına yer verilmiştir. Araştırmada

yer alan iki gruptaki gebelerin psikososyal özelliklerinin benzer olduğu belirlenmiştir (p>0,05, Tablo 4-3).

Literatürde, bazı kişilik özellikleri ve bilişsel özelliklerin postpartum depresyon ile ilişkili olduğu belirtilirken, kişinin yaşadığı stresli yaşam olayları, eş desteği, evlilik ilişkisi ve sosyal desteğin de postpartum depresyon için majör risk faktörlerinden olduğuna vurgu yapılmıştır (Beck 1996, O'Hara ve Swain 1996; Beck 2001; Robertson ve ark. 2004; Reid ve Taylor 2015; Özcan ve ark. 2017). Türkiye'de yapılmış bir metaanalizde psikososyal özellikler arasında en yaygın risk faktörleri, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, aile ve eşle ilgili sorunlar, azalmış sosyal destek ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması olarak belirtilmiştir (Özcan ve ark. 2017). Bu faktörlerden yola çıkarak yaptığımız araştırmada, gebelerin yaşadıkları yaşam olayı sayısı ortalama 6,83±3,44 olarak belirlenmiş, gebelerin %99,3'ünün daha önce PPD tanısı almadığı, %98,5'inin daha önce psikiyatrik bir ilaç kullanmadığı, %75'inin ailesinde depresyon öyküsünün bulunmadığı, çoğunluğun eşi (%68,4) ve kendi ailesi (%82,4) ile ilişkisinin iyi olduğu, eşinin ailesi (%47,8) ile ilişkisinin orta düzeyde olduğu, %57,4'ünün eş desteğini iyi olarak ve %73,5'inin evliliğinden memnun olduğunu bildirdiği saptanmıştır. Araştırmamızdaki gebelerin büyük çoğunluğunun sigara (%58,8) ve alkol (%89,7) kullanmadığı da belirlenmiştir. Literatürde ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda belirtilen psikososyal risk faktörlerinin çoğunluğunun bizim çalışma grubumuzun azınlığında bulunduğu, ancak yaşadıkları stresli yaşam olayları sayısının literatürde belirtilenden daha fazla olduğu ve gebelerin çoğunluğunun eşlerinin ailesi ile sorun yaşadığı saptanmıştır. Bunun da Türkiye'deki ailelerde postpartum dönemle ilgili daha çok gelenekçi yaklaşım tarzının benimsenmesi, diğer aile üyelerinin (kayınvalide, akrabalar gibi) müdahalesi ve çalışmamızdaki gebelerin çoğunluğunun üniversite mezunu olmasına rağmen kadınların bu müdahaleleri kabul etmek zorunda hissetmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Postpartum depresyonda internet tabanlı BDT'nin etkisini araştıran bir çalışmada, depresyon öyküsü, kontrol grubunun %67'sinde, olağan bakım grubunun %68'inde (Milgrom ve ark. 2016); Zlotnick ve ark. (2001)'nın yaptıkları çalışmada KIPT grubunun %71'inde, standart tedavi grubunun %50'sinde; Mulcahy ve ark. (2010)'nın yaptıkları çalışmada gruplardaki annelerin (KIPT: %78,3, K: %88,9) çoğunluğunda; Austin ve ark. (2008)'nın çalışmasında annelerin %82,2'sinde; Mcgregor ve ark. (2013)'nın çalışmasında ise kontrol grubunda %33,3'ünde bulunduğu, BDT grubundaki gebelerde

önceki gebeliklere ilişkin depresyon öyküsünün bulunmadığı; Burn ve ark. (2013)'nın yaptıkları çalışmada deney grubundaki gebelerin %83,3'ünde, kontrol grubundaki gebelerin %88,9'unda bulunduğu bildirilmiş, ayrıca gebelerin çoğunluğunun daha önce antidepresan kulandıkları (D: %55,6, K: %83,3) ve deney grubundaki gebelerin son 6 ayda yaşadıkları yaşam olayı sayısının 1,5, kontrol grubunda ise 1 olduğu saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalara baktığımızda da çalışma bulgularımızla farklılık gösteren sonuçlar karşımıza çıkmakta, bunun da yine içinde bulunduğumuz kültürün bir yansıması olduğu ve kadınların pospartum depresyon belirtilerini bilmemesi, bunun sonucu olarak da yardım için herhangi bir kuruluşa başvurmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Ölçek Puanlarının Dönem Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, araştırmaya katılan gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların dönem ölçümlerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada girişim öncesi EDPÖ puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gruplardaki gebeler EPDÖ puanları bakımından homojen dağılım göstermektedir. Yapılan tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre, hem deney grubunda, hem de kontrol grubunda EPDÖ puan ortalamaları zamana göre düşme göstermiş, ancak deney grubundaki düşmenin, EFT sonrası, 3. ay ve 6. ay izlemlerde kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4-4). Böylece H_1 ve H_4 hipotezimiz de doğrulanmıştır.

Literatürde EFT'nin postpartum depresyon üzerindeki etkilerine yönelik yapılmış herhangi bir çalışma bulunmadığından, EFT'nin ve diğer psikoterapilerin postpartum depresyon üzerindeki etkinliklerinin değerlendirildiği çalışmalara yer verilerek bulgularımızın tartışması yapılmıştır. Literatürde bu konuyla ilgili yapılan araştırmalara baktığımızda, 12 randomize kontrollü çalışma (N=398) ve 8 sonuç çalışmasının (N=461) yer aldığı bir metaanalizde, 1 ila 10 seans arasında değişen EFT süresi çerçevesinde tüm çalışmalarda semptom azalmalarının ortalaması %41 olarak saptanmıştır. İster grup ister bireysel formatta gerçekleştirilsin, katılımcıların kazanımlarını 90 gün ≥ sonrasında da korudukları belirlenmiştir (Nelms ve Castel, 2016). Altı EFT seansının yedi gazi üzerindeki etkilerinin incelendiği bir çalışmada ise, tedaviden önce, sonra ve 90 gün sonra

değerlendirilen ölçümlerde depresyonun %49 oranında, anksiyetenin %46 oranında azaldığı saptanmış ve bu kazanım 90. gün takip ölçümlerinde de devam etmiştir (Church ve ark. 2009). Öfkenin uzun süre bastırılmasından kaynaklanan psikosomatik bir hastalık olan Hwabyung hastalığına sahip kişilerin (n=40), EFT (n=20) ve progresif kas gevşemesi (n=20) gruplarına randomize edildiği, grupların 4 haftalık grup tedavisi aldığı bir çalışmada, altı aylık takip sonucunda EFT durumluk kaygıyı ve depresyonu anlamlı olarak iyileştirmiş ancak gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Her iki grup da psikolojik semptomlarda orta derecede iyileşme göstermiş EFT grubunda fiziksel semptomlarda da önemli gelişmeler görülmüştür (Kwak ve ark. 2020). Bizim çalışmamızda daha uzun süreli bir değerlendirme yapıldığı ve etkinliğin uzun süre devam ettiğinin belirlendiği söylenebilir.

Ammerman ve ark. (2013) postpartum 3. ayda major depresif bozukluğu saptanan, ancak son 6 ay herhangi bir tedavi almayan 1240 anneyi EPDÖ ile değerlendirmiş, risk grubunda çıkan 46 anne için ev ziyareti, 47 anne için ev ziyareti+BDT gerçekleştirmişler ve değerlendirmeyi üç farklı zaman noktasında (tedavi öncesi, tedavi sonrası ve 3 aylık takip) yapmışlardır. Ev ziyareti+BDT alan anneler, sadece ev ziyareti alan annelerin durumuna göre tüm depresyon göstergelerinde düzelme göstermişler ve bu kazanımlar takipte de devam etmiştir. Tedavi öncesi ev ziyareti+BDT alan annelerin EPDÖ puanları 18,77 iken, tedavi sonrası 9,49, 3. ay izlemde ise 8,59; sadece ev ziyereti alan grupta ise tedavi öncesi 19,22, sonrası 13,24, 3. ay izlemde 13,24 olarak saptanmış olup, çalışmamızdaki EPDÖ puan düşüşleri bu çalışmayla benzerlik göstermektedir (Ammerman ve ark. 2013). Başka bir çalışmada ise son bir yıl içinde doğum yapan, EPDÖ'den aldıkları puanlar riskli kabul edilen 50 annenin iki ayrı gruba randomizasyonu gerçekleştirilmiş (kontrol grubu 25 anne, internet tabanlı BDT tedavisi grubu 25 anne) ve tedavinin etkinliği tedavinin tamamlanmasından 7-10 hafta sonra tekrar değerlendirilmiş, EPDÖ puanlarında 15,68'den, 8,68'e anlamlı bir düşüş gerçekleşmiştir (Pugh ve ark. 2016).

Daha uzun süreli bir değerlendirme yapması açısından bizim çalışma sonuçlarımızla karşılaştırma yapmaya fırsat veren bir başka çalışmada ise Honey ve ark. (2003) EPDÖ>12 alan, son bir yıl içinde doğum yapmış 23 anneyi psikoeğitim grubuna, 22 anneyi rutin bakım grubuna almışlar, sonuçları 8 haftanın ve 6. ayın sonunda değerlendirmişlerdir. EPDÖ puanı psikoeğitim grubunda başlangıçta 19,35 iken 6 ayın sonunda 12,55; rutin bakım grubunda ise başlangıçta 17,95 iken 6 ayın sonunda 15,63

olarak saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise 16-28 hafta gebeliği bulunan 21 gebe hem standart doğum öncesi bakım hem de BDT almış, 21 gebe ise sadece standart doğum öncesi bakım (n = 21) almıştır. Her iki gruptaki gebeler, 38. gebelik haftasında ve postpartum 6. haftada tekrar değerlendirilmişler, BDT+standart bakım grubunda olan gebelerin EPDÖ puanları 12,48'den, 38 gebelik haftasında 7,86 ve postpartum 6. haftada 6,29'a kadar düşüş göstermiştir. Kontrol grubundaki gebelerde ise, 12,38'den, 38. gebelik haftasında 9,62 ve postpartum 6. Haftada 8,62'ye kadar düşüş göstermiş ancak deney grubundaki düşüşün kontrol grubundan daha fazla olduğu saptanmıştır (McGregor ve ark. 2014).

Mulcahy ve ark (2010)'nın postpartum depresyonda KIPT'in etkinliğine baktıkları çalışmada da EPDÖ puanları başlangıçta 17,56 iken, 4. hafta 11,56, 8 hafta 10,34, üçüncü ayda ise 7,7 olmuştur. Olağan bakım grubunda da düşüş gerçekleşmiş ancak KIPT grubunda bu düşüşün anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır (Mulcahy ve ark. 2010). Aynı sonuç Dennis ve ark. (2020)'nın, postpartum depresyon üzerinde telefon temelli KIPT'in etkinliğine baktıkları çalışmada da saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar postpartum depresyonda EFT'nin de, BDT, KİPT, psikoeğitim gibi diğer girişimlerde olduğu gibi depresyon belirtilerini azaltmada etkin olduğunu ve bu etkinliğin biraz azalarak da olsa 6 ay boyunca devam ettiğini göstermektedir

Literatürde çalışmamızın aksine gebelere verilen psikoterapinin uzun dönem takibinde anlamlı fark bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur. Austin ve ark. (2008)'nın çalışmasında antenatal dönemde hafif semptomları olan risk grubundaki gebelerin 89'u BDT alırken, 43 gebeye sadece bilgi kitapçığı verilmiş ve farklı zaman noktalarında (başlangıçta, BDT programının sonunda veya kitapçık kontrol konuları için ilk görüşmeden yaklaşık 6 hafta sonra, postpartum yaklaşık 2. ayda ve 4 ay sonra) değerlendirme yapılmış ve çalışma sonucunda hem BDT grubu hem de kontrol grubunda zaman içinde önemli semptomatik iyileşme gösterilmiş ancak gruplar arasında iyileşmede anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yine başka bir çalışmada, postpartum depresyon üzerine telefon temelli BDT'nin etkinliği değerlendirilmiş, postpartum ikinci veya üçüncü günde telefon tabanlı BDT (n=197) ve standart bakım (n=200) olmak üzere katılımcıların iki ayrı gruba randomizasyonu sağlanmıştır. Girişim öncesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, postpartum 6. haftada ve 6. ayda girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir düşüş yaşanmış ancak 6. ayda olan düşme istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Ngai ve ark. 2015).

Mehri ve ark. (2018)'nın gebelikte depresyon üzerinde BDT'nin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada ise gebeler BDT (n=34) ve rutin bakım gruplarına (n = 34) ayrılmış, danışmanlık oturumlarının bitiminden 4 ve 8 hafta sonra depresyon ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunu ortaya konmuştur.

Bazı çalışmalarda uygulanan girişimin etkinliğinin uzun süreler devam etmesine rağmen bazı çalışmalarda uzun dönem etkinliğin gösterilememiş olması, konuyla ilgili çok daha fazla çalışma yapılması gerekliğini göstermektedir. Ayrıca depresyon gibi psikososyal faktörlerle çok yakından ilişkili bir hastalıkta kadınların postpartum süreçte deneyimledikleri yaşamsal sorunlarının stabilize edilemeyeceği ve grupların pek çok yeni psikososyal sorunla karşılaşma olasılığı unutulmamalıdır.

Araştırmamızda, girişim öncesi Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış, ancak Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları bakımından, deney grubunda, girişim öncesi puanın anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda Sürekli Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının, deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre, deney grubunda sürekli kaygı puan ortalamaları zamana göre düşme gösterirken, kontrol grubunda zamana göre değişim görülmemiştir. Girişim sonrası ve 3. ayda deney ve kontrol grubu DKÖ'den alınan puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık deney grubu lehine daha düşüktür. Araştırma sonuçlarımıza göre H_2 hipotezimiz de doğrulanmış olmaktadır.

Literatürde EFT'nin kaygı puanları üzerindeki etkisinin değerlendirildiği çalışmalara baktığımızda, Clond ve ark. (2016) 14 randomize kontrollü çalışmayla yaptıkları metaanalizde, EFT'nin kaygı puanlarında önemli bir düşüş sağladığını göstermişlerdir. Başka bir çalışmada, EFT workshopuna katılan 102 katılımcının EFT uygulama öncesi, sonrası, bir ay ve 6 ay sonra ölçülen anksiyete ve depresyon puan ölçümlerinde anlamlı bir düşüş görüldüğü saptanmıştır (Rowe 2005). Sağlık çalışanlarıyla (N=216) yapılan başka bir çalışmada 4 saatlik EFT çalıştayı gerçekleştirilmiş, sonucunda gruplar halinde uygulanan 20 dakikalık kendi kendine EFT sonrasında ve takip ölçümlerinde (90 gün sonra) anksiyete ve depresyon ölçümlerinde anlamlı bir düşüş saptanmıştır (Church ve Brooks 2010b). EFT workshopuna katılan 39 katılımcının yer aldığı başka bir çalışmada ise eğitim öncesi, sonrası ve 90 günlük takip

ölçümlerine bakılmış ve tüm ölçüm zamanlarında anksiyetede anlamlı bir düşüş görülürken, depresyon ölçümlerinde 90. gün takibinde bir artış görülmüş ancak bu artışın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Church ve Brooks 2013). Babamahmoodi ve ark (2015)'nın gaziler üzerinde yapmış oldukları çalışmada, katılımcılar 8 haftalık EFT grubuna (N=14) ve kontrol grubuna (N=14) alınmış ve EFT görüşmeleri sonrasında depresyon ve anksiyete puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı bir düşüş saptanmıştır. Bach ve ark. (2019) altı EFT workshopuna katılan 203 katlımcının depresyon ve anksiyete puanlarına EFT öncesi- sonrası ve bir yıl sonra değerlendirmişler, anksiyete ve depresyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlı ve önemli düşüşler yaşandığını saptamışlardır. Klostrofobisi olan ve olmayan grupla yapılan bir çalışmada ise, EFT grubunda olan katılımcıların, tedaviden sonra kontrol grubuna göre durumluk kaygısında önemli bir azalma belirlenmiş, ancak sürekli kaygıda herhangi bir değişim olmamıştı (Lambrou ve ark. 2003). Literatürde EFT'nin depresyon ve anksiyete üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda, ortaya çıkan sonuçlar çalışma bulgularımızla benzerlik göstermekte olup, sağlıklı kişilerle yapılan çalışmalarda EFT'nin kazanımlarının 1 yıla kadar devam ettiği de belirlenmiştir.

Chatwin ve ark. (2016) depresyon ve anksiyete tedavisinde BDT ve EFT'nin etkinliğini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, EFT (n=6), BDT (n=4) ve kontrol grubu (N=57) oluşturmuş, BDT grubunda, depresyon puanında girişim sonrası önemli bir azalma bildirmişler ancak bu azalmanın zamanla sürdürülemediğini saptamışlardır. EFT grubunda ise, girişim sonrası önemli bir değişim olmamış ancak 3 ve 6 aylık takiplerde semptomlarda önemli bir azalma belirlenmiştir. İkili karşılaştırmalarda, her iki grupta da (BDT, EFT) zaman içinde anksiyete puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemesine rağmen, bireysel vakaların incelenmesi, her iki girişimde de anksiyetede klinik olarak önemli gelişmeler olduğunu ortaya koymuştur (Chatwin ve ark. 2016)

Dennis ve ark. (2020)'nın telefon temelli KIPT'in PPD etkinliğine baktıkları çalışmada, STAI puanları 4 farklı zaman noktasında (başlangıçta, 12., 24. ve 36.hafta) değerlendirilmiş, KIPT grubunun kontrol grubuna göre zamanla daha büyük bir düşüş gösterdiği saptanmıştır. Austin ve ark. (2008)'nın yaptığı çalışmada ise STAI durum kaygı ölçeğindeki ortalama puanlar, BDT grubu için zamanla azalma göstermiş (35,1'den 32,7'ye), ancak kontrol grubu için tüm zaman noktalarında yaklaşık 32'de sabit kalmıştır. Green ve ark (2020)'nın perinatal anksiyetede BDT grup terapisinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebe ve postpartum 6 aya kadar olan

kadınlar BDT grup terapisi ve kontrol grubuna randomize edilmişler, çalışma sonucunda BDT grubu kontrol grubuna göre anksiyetede önemli ölçüde daha fazla azalma bildirmiş, bu kazanımlar 3 aylık takipte de devam etmiş ve iyileşme sürdürülmüştür.

Daha önce de belirtildiği üzere, ulusal ya da uluslararası literatürde postpartum depresyon üzerinde EFT'nin etkinliğine bakılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışma sonuçları hem farklı örneklemlerde EFT'nin depresyon, kaygı (anksiyete) üzerindeki etkinliğini değerlendiren çalışmalarla hem de BDT ve KIPT gibi yöntemlerin postpartum depresyondaki etkinliğinin değerlendirildiği çalışma sonuçları ile kıyaslanmıştır.

Gebelikte ve özellikle postpartum dönemde kadının ebeveyn olmaya uyum sağlamaya çalışması, stresin asıl kaynağı olmakla birlikte sosyal çevrenin kadından iyi bir anne olmasını beklemesi de stresi artıran faktörlerden birisidir (Ölçer ve Oskay 2015). Bireyin stresle başa çıkma becerilerini geliştirmesi bu beklentilere ve bu beklentilerin oluşturduğu strese karşı ruh sağlığı açısından koruyucu bir davranış kazanmasını sağlamaktadır. Bazı başa çıkma tarzları, bireyi stresli yaşam olaylarından uzak tutmakta, bazıları ise ruhsal bozukluklara karşı bireyin duyarlılığını arttırmaktadır (Muris ve ark. 2001). Gebelik ve postpartum dönemde yeterli ve uygun başa çıkma tarzlarının kullanılması; davranış sorunlarının daha az sıklıkta ortaya çıkmasını, depresif belirti sıklığının azalmasını ve uyumun olumlu bir şekilde gerçekleşmesini sağlamaktadır. Uygun başa çıkma tarzları, kişinin uyum sorunlarının çözümünde büyük katkılar sağlamaktadır (Gülsoy 2020). Bu bağlamda, araştırmamızda gerçekleştirdiğimiz EFT seanslarının gebelerin stresle başa çıkmada kullandıkları pasif/olumsuz ve aktif/olumlu başa çıkma tarzlarını ne yönde etkilediğini belirlemek için yaptığımız istatistiksel analiz sonucunda; girişim öncesi kendine güvenli (Tablo 4-7), iyimser (Tablo 4-8), sosyal desteğe başvurma (Tablo 4-9), çaresiz (Tablo 4-10) ve boyun eğici yaklaşım (Tablo 4-
11) puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu da gruplardaki gebelerin kendine güvenli, iyimser, çaresiz, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma puanları bakımından homojen dağıldığını göstermektedir. Gruplar arası EFT uygulama sonrası, kendine güvenli, iyimser yaklaşımın 3. ay ve 6. ayda puan ortalamaları deney ve kontrol grubunda zamana göre bir artış göstermiş, ancak bu artışın deney grubunda anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4-7, 4-8). Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda çaresiz yaklaşım puanı hem deney hem kontrol grubunda zamana göre bir düşme

göstermiş, bu düşüşün de deney grubunda anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4-10). Boyun eğici yaklaşım puanları ise deney grubunda zamana göre bir düşme gösterirken, kontrol grubunda zamana göre değişim görülmemiştir (Tablo 4-11). Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda sosyal desteğe başvurma puan ortalamalarının, deney grubunda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre, deney ve kontrol grubunda sosyal desteğe başvurma puan ortalamalarının zamana göre bir artış gösterdiği, ancak kontrol grubunda bu artışın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-9). Sonuç olarak EFT uygulamasının stresle baş etmede kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımlarını artırdığı, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı azalttığı belirlenmiştir. Bu sonucumuza göre, H_3 hipotezimiz doğrulanmıştır.

Ertekin Pınar ve ark. (2018) stres yönetimi eğitimi verdikleri gebelere (n=103) ve standart bakım alan gebelere (n=99) başlangıçta, beş ve dokuz hafta sonra tekrar değerlendirme yapmışlar ve bu değerlendirmelerde çalışma bulgularımızla uyumlu sonuçlar saptanmış, deney grubunun, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşım puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Yapılan bir araştırmada düşük sosyal desteğe sahip olan postpartum kadınların öz yeterliklerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Etkili sosyal desteği olmayan, çevresindeki insanlardan yardım alamayan postpartum dönemdeki bir kadın kendini yetersiz görebilmekte, hayattaki durumuyla başa çıkmada yetersiz kalmakta ve PPD meydana gelebilmektedir (Yanjun Zhang ve Jin 2016). Depresyon, kişinin zor durumlarla başa çıkma yeteneğinin olumsuz değerlendirilmesinde önemli bir faktör olabilmekte ve stresli olayları bunaltıcı olarak algılama eğilimini de artırabilmektedir (Orzechowska ve ark. 2013). Yaşam stresinin postpartum depresyon riskinin artmasıyla ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda da ortaya koyulmaktadır (Swendsen ve Mazure 2000). Literatürde sosyal desteğin yaşam stresinin zararlı etkilerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiş (Paykel 1994; Thoits 2011) ve stres gibi nedensel mekanizmaların etkilerine aracılık ederek postpartum depresyon riskini azaltmaya çalışabileceği belirtilmiştir (Raid ve Taylor 2015). Bireyin ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğu vurgulanan olumlu yaklaşım tarzlarından olan sosyal destek, stres verici durumları ortadan kaldırmasa bile kişilerin endişe ve çaresizlik duygusunu azaltmakta, stresle başa çıkmak için yeni yollar deneme

konusunda daha istekli olmalarını sağlamakta, kişilerin kendine güvenini artırmakta ve stresin daha kolay tolere edilmesini sağlamaktadır (Yıldırım ve ark. 2011).

Bu nedenle bu kadınların yetersizlik duygularının aşılması, olumlu yaklaşım tarzlarının arttırılması, yaşanan ya da yaşanacak depresyonun önlenmesi için EFT gibi kişinin duygu durumunu olumlu yönde etkileyecek, olumlu başa çıkma tarzlarının kullanılmasını arttıracak girişimlere ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

5.5. Deney Grubundaki Gebelerin EPDÖ Puanı ve SUE Puanı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

SUE, EFT uygulamasında kullanılan, EFT uygulamasına özgü olan, öznel deneyim birimi ölçeğidir ve kişinin kendi deneyimlerini sayılarla değerlendirerek sınıflandırmasını sağlamaktadır. Negatif sayılar olumsuz/hoş olmayan deneyimler için, pozitif sayılar olumlu/hoş deneyimler için kullanılmaktadır. Danışana ve uygulayıcıya problemin ne kadar kötü olduğunu açıkça göstermekte, herhangi bir EFT turundan sonra deneyimin nasıl geliştiğini, değiştiğini göstermekte, seanslar arasında bırakılan yerden toparlanmak için araç olarak kullanılabilmektedir (Hartmann 2011). Literatürde SUE ölçeği ile yapılan çalışma bulunmadığından bu bölümdeki bulgularımız SUE'den önce kullanılan, Silvia Hartmann ile beraber değişime uğrayan SUD (Öznel Rahatsızlık Birimi) ölçeğinin incelendiği çalışmalarla tartışılmıştır. Her iki ölçek de aynı amaca hizmet etmekte, bu ölçekler yoluyla bireyin rahatsızlıkları ya da deneyimleri sayılarla değerlendirilmekte ve şiddeti belirlenebilmektedir. Aradaki fark SUE ölçeğinde kötü bir durumun göstergesi negatif sayılarla sağlanmakta, SUD ölçeğinde ise sadece pozitif sayılar bulunmakta, bu sayılar 0-10 arasında değer almakta ve şiddetli rahatsızlık durumu 10 olarak değerlendirilmektedir. Her iki ölçekte de önemli olan, bireyin hissettiği rahatsızlığı/deneyimi öznel olarak değerlendirmesidir. Sonunda uygulamanın sağladığı değişimi yansıtan somut bir gösterge sağlanmaktadır (Church ve ark. 2012a; Hartmann 2016a p. 32-33; Altuntaş 2019). Araştırmamızda, tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre, deney grubunun SUE puan ortalaması zamana göre anlamlı bir artış

göstermiştir (Tablo 4-12). Bu da EFT uygulamasının gebelerin deneyimlerinde/rahatsızlıklarında anlık etki yaratmadığını, zamanla olumlu/pozitif değişim yaşandığını, oluşan bu değişim ve farkındalığın geçen 6 ayda korunduğunu göstermektedir. Literatürde de çalışma sonucumuzu destekleyen, EFT'nin uzun süreli kazanımlarının devam ettiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. 12 RKÇ ve 8 sonuç

çalışmasının (N=461) yer aldığı bir metaanalizde, EFT'nin depresyon üzerindeki etkisi değerlendirilmiş, tüm çalışmalarda semptom azalmalarının ortalaması %41 olarak saptanmış ve bu kazanımların 90 gün ≥ sonrasında da korunduğu belirlenmiştir (Nelms ve Castel 2016). Irgens ve ark. (2012)'nın yaptıkları çalışmada da deney grubunda (n=23) anksiyete ve depresyon ölçümlerinde meydana gelen iyileşmeler tedaviden 12 ay sonra da korunarak devam etmiştir. Aynı şekilde EFT'nin anksiyete, depresyon, yeme isteği, PTSB gibi çeşitli durumlarda etkinliğinin araştırıldığı ve en fazla 2 yıl en az 3 aylık takip çalışması yürütülen araştırmaların her birinde, zaman içinde sürekli iyileşme bulunmuştur (Church ve ark. 2009; Church ve Brooks 2010b; Connolly ve Sakai 2011; Karatzias ve ark. 2011; Church ve Brooks 2013; Stapleton 2014).

5.6. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin EPDÖ, STAI, SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Kişilerin stresle baş etme becerileri, anksiyete ve depresyonun da belirleyicisi olarak düşünülmektedir (Daglar ve Nur 2014). Olumlu başa çıkma yollarını kullanmak, daha iyi başa çıkmayı teşvik edebilmekte, anksiyete ve postpartum depresyon oluşumunu da azaltabilmektedir (Guardino ve Dunkel Schetter 2014; Yu ve ark. 2020). Araştırmamıza katılan gebelerin depresyon puanı arttıkça, durumluk kaygı puanının, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzının da arttığı saptanmıştır. Durumluk kaygı puanı arttıkça da kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzları azalmakta, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzı artmaktadır. Kendine güvenli yaklaşım tarzı arttıkça iyimser yaklaşım tarzı; çaresiz yaklaşım tarzı arttıkça, boyun eğici yaklaşım tarzı da artmaktadır (Tablo 4-13). Literatürde kendine güveni düşük olan annelerin, yüksek olan annelere göre daha fazla postpartum depresyon yaşadığı çalışmalarla da desteklenmektedir (Falah-Hassani ve ark. 2016; Onyemaechi ve ark. 2017; Zaidi ve ark. 2017).

28. ve 38. haftalar arasında olan 160 gebe üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, antenatal durumluk ve sürekli kaygı varlığı, doğumdan sonraki ilk üç ayda postpartum depresyon riskini anlamlı olarak arttırmıştır. Postpartum depresyonun sürekli kaygı ile ilişkili olarak arttığı da gösterilmiştir. Gebeliğin 28. ve 38. haftalarında ölçülen durumluk ve sürekli kaygı postpartum 45. günde ve 3. ayda depresyon puanı ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (Alipour ve ark. 2012). Bulgularımız, postpartum depresyon riskinin gebelikte bildirilen yüksek anksiyete ile ilişkili olduğunu gösteren önceki çalışmalarla da

tutarlıdır (Sutter-Dallay ve ark. 2004; Coelho ve ark. 2011; Alipour ve ark. 2012; Paul ve ark. 2013; Clout ve Brown 2015).

Gebelikte başa çıkma tarzlarının postpartum depresyon üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla, depresyonu olan (n=162) ve olmayan (n=453) kadınların karşılaştırıldığı ve 4 zaman noktasında (4-12. hafta arası, 21-24. hafta arası, 31-32. hafta arası ve postpartum 6. hafta) ölçümlerin yapıldığı bir çalışmada, üçüncü trimesterde daha yüksek düzeyde olumlu başa çıkma tarzlarını kullanan kadınların postpartum depresyona sahip olma olasılığının daha düşük, daha yüksek düzeyde olumsuz başa çıkma tarzlarını kullanan kadınların postpartum depresyona sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Gong ve ark. 2019). Bizim çalışma sonucumuzda da gebelerin depresyon durumları ile olumsuz/pasif başa çıkma tarzları arasında aynı yönde ilişki saptanmış olup, Gong ve ark. (2019)'nın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışma sonuçlarımızın aksine, 227 gebe ile yapılan başka bir çalışmada, stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları ile depresyon puan ortalamaları arasında negatif bir ilişki saptanmış, diğer taraftan çalışmamızla benzer şekilde boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puan ortalamaları ile depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasında ise pozitif bir ilişki belirlenmiştir (Daglar ve Nur 2014).

Guardino ve Schetter (2014), 30 katılımcıdan 2761 katılımcıya kadar değişen örneklem büyüklüğü olan 45 çalışmayı aldıkları sistematik derlemelerinde, kaçınan (boyun eğici) bir başa çıkma tarzının ve genel olarak zayıf başa çıkma becerilerinin, kişinin sosyal çevresiyle bağlantısının kesilmesine yol açabileceğini, gebelik ya da postpartum depresif semptomların başlamasına katkıda bulunabileceğini veya depresif bir gebenin, düşük enerji ve ilişkili olumsuz duygu nedeniyle kaçınma yoluyla başa çıkma olasılığının daha yüksek olabileceğini bildirmektedir. Kaçınmacı başa çıkma yolları veya davranışlarının daha düşük genel psikolojik iyilik hali, artan sıkıntı, daha yüksek depresif ruh hali, daha fazla anksiyete, daha yüksek algılanan stres gibi gebelikte birçok olumsuz ruh sağlığı sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Stresörlerden kaçınmaya veya bunlardan uzaklaşmaya yönelik başa çıkma davranışları, postpartum depresyon dahil olmak üzere anne ve çocuk sağlığı için olumsuz sonuçlara sahiptir (Guardino ve ark. 2014).

Farklı başa çıkma tarzlarının posttravmatik stres bozukluğu ve depresyon semptomlarıyla ilişkisini araştıran, son iki yılda doğum yapan kadınlarla (N = 160) gerçekleştirilen bir çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde kaçınmacı başa çıkma

tarzları, özellikle kendini suçlama (çaresiz yaklaşım), depresyon semptomları ile pozitif korelasyon göstermiştir (Nakić Radoš ve ark. 2018). 26. ve 35. gebelik haftaları arasında 277 gebenin çalışmaya alındığı ve postpartum 4. - 8. haftalar arasındaki dönemde tekrar değerlendirildikleri bir çalışmada, depresyonla en sık ilişkilendirilen baş etme stratejileri kendini suçlama (çaresiz yaklaşım) ve madde kötüye kullanımı olduğu saptanmıştır (De Tychey ve ark. 2005).

Araştırmamızla benzer şekilde, Gourounti ve ark. (2013) da gebelerin stresle olumsuz başa çıkma yöntemleri ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif, olumlu baş etme yöntemleri arasında ise negatif ilişki belirlemiştir. Özellikle kendini suçlama ve inkar gibi başetme yöntemleri ile depresif semptomaloji arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Başka bir çalışmada da, primpar 306 gebe arasında, son trimesterda değerlendirilen kaçınan başa çıkma tarzı, daha yüksek depresif belirtiler ve doğum sonrası yaklaşık altı haftada daha yüksek postpartum depresyon olasılığını öngörmüştür (Honey ve ark. 2003).

Araştırmamızda SBÇTÖ-sosyal desteğe başvurma yaklaşımı ve EPDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, literatürde ise postpartum depresyon ve sosyal destek arasındaki negatif korelasyonu belirten çok sayıda çalışma bulunmakta ve sosyal desteğin, perinatal depresyon için olası koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir (Husain ve ark. 2012; Morikawa ve ark. 2015; Yanjun Zhang ve Jin 2016; Zheng ve ark. 2018; Milgrom ve ark. 2019; Friedman ve ark. 2020). Bunun da sebebinin çalışma başlangıcında EPDÖ puanları yüksek olmasına rağmen sosyal destek alma yüzdesini sorguladığımızda yüksek bir oran (%80,1) belirlenmesi, ancak destek olan kişilerin niteliğinin önemli olduğunun düşünülmesi, özellikle kayınvalide gibi eşin ailesi ile çalışma popülasyonumuzun ilişkilerinin orta düzeyde saptanması dolayısıyla bu durumun da sosyal destekten memnuniyeti azaltması olarak düşünülmektedir.

Van Bussel ve ark. (2009)'nın 403 kadınla 5 zaman noktasında (8.-15. gebelik haftası; 20.-26. gebelik haftası; 30.- 36. gebelik haftası; postpartum 8.- 12 hafta; postpartum 20.- 25 hafta), anne yönelimlerinin (annelik ve gebeliğe ilişkin allta yatan intrapsişik süreçlerin bilişsel ve davranışsal açıklaması), gebe ve postpartum kadınlarda depresif belirtilerin yaygınlığı üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde EPDÖ ve sosyal destek arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

5.7. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerde STAI ve SBÇTÖ (Düzeyinin) Alt Boyutları Puan Toplamlarının Depresyon Üzerindeki Etkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda, EFT öncesinde, depresyon bağımlı değişkenini, SBÇTÖ-çaresiz yaklaşım ve durumluk kaygı değişkeni ile açıklamanın istatistiksel olarak mümkün olduğu belirlenmiş yapılan regresyon modeli ile bu değişkenlerin depresyon değişkeninin %17'sini açıkladığı saptanmıştır (Tablo 4-15, Tablo 4-16, Tablo 4-17). Bununla birlikte, gebelerde depresyon düzeyi üzerinde STAI-SAÖ, SBÇTÖ- iyimser yaklaşım, SBÇTÖ-kendine güvenli yaklaşım, SBÇTÖ-boyun eğici yaklaşım ve SBÇTÖ-sosyal desteğe başvurma yaklaşımlarının etkisi incelenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadıkları için modellerden çıkarılmışlardır.

Gourounti ve ark. (2013)'nın başa çıkma stratejileri, antenatal anksiyete, gebelik endişeleri ve depresif semptomatoloji arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla, 163 gebe ile yaptıkları çalışmada da, araştırmamızla benzer şekilde başa çıkma stratejilerinin depresif semptomatolojinin belirleyicilerinden biri olduğu saptanmış ve depresif semptomatolojide toplam varyansın %24'ünü, durumluk kaygısının ise toplam varyansın %13,5'ini açıkladığı belirlenmiştir. Başa çıkma değişkenleri, gebelik kaygıları modelindeki toplam varyansın %7'sini açıklamaktadır. Neredeyse tüm başa çıkma stratejileri, antenatal anksiyete, endişeler ve depresyon ile önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir (Gourounti ve ark. 2013). Başka bir çalışmada da, gebelik sırasında görüşülen 92 kadın, gebelik ve postpartum dönemde başa çıkma ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmak için postpartum dönemde iki ay izlenmiş, %13'üne postpartum depresyon tanısı konmuş ve kaçınmacı (çaresiz/boyun eğici) yaklaşım, hem antenatal hem de postpartum depresyonun en güçlü yordayıcısı olarak belirlenmiştir. Postpartum dönemde daha yüksek düzeyde depresyon bildiren kadınların, daha düşük depresyon düzeylerine sahip kadınlarla karşılaştırıldığında, çalışmamızla benzer şekilde kaçınmacı yaklaşımda göreceli bir artış gösterdikleri de saptanmıştır (O'Heron 1992).

Alipour ve ark. (2012) 28-38 haftalar arasında olan 160 gebe ile yaptıkları çalışmada antenatal durumluk ve sürekli kaygının postpartum depresyonun önemli bir yordayıcısı olduğunu belirlemiştir (Alipour ve ark. 2012). Anksiyete bozukluğu olan 246 annenin alındığı, 5 farklı zaman noktasında (postpartum 10-14 gün, 10-12 hafta, 10. ay, 14. ay, 24. ay) ölçümlerin yapıldığı bir çalışmada da, antenatal kaygı bozukluğunun

postpartum depresyonun anlamlı bağımsız bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (Coelho ve ark. 2011).

150 gebe kadınla yapılan başka bir çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak algılanan sosyal destek ve çalışmamızla benzer şekilde kaçınmacı başa çıkma tarzı, modeldeki varyansın %34'ünü oluşturan, gebelik sırasında depresif ruh halinin en belirgin psikososyal yordayıcısı olmuştur (Rudnicki ve ark. 2001).

Gutiérrez-Zotes ve ark. (2016)'nın 1626 gebeyi, başlangıçta, postpartum 8. ve 32. haftalarda değerlendirdikleri, bazı başa çıkma biçimlerinin postpartum depresif semptomatolojiyi öngörüp göremeyeceğini inceleyen bir çalışmada, kendini suçlamanın, kendini oyalama ve madde kullanımı gibi diğer kaçınan başa çıkma stillerinin, doğumdan 8 ay sonra bile postpartum depresyonun önemli bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (Gutiérrez-Zotes ve ark. 2016). Farklı başa çıkma tarzlarının posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) ve depresyon semptomlarıyla ilişkisini araştıran, son iki yılda doğum yapan kadınları (N = 160) alan bir çalışmada da kendini suçlama başa çıkma tarzı, depresyon semptomlarının önemli bir yordayıcısı olarak bulunmuştur (Nakić Radoš ve ark. 2018). Gebeliğin son trimesterında ve postpartum 6. haftada değerlendirme yapılan bir çalışmada, başa çıkma faktörlerinin eklenmesi PPD tahmin performansını %26 arttırmış ve kaçınmacı başa çıkmayı kullanan kadınlarda gebelikte depresyon riskinin de yüksek olduğu saptanmıştır (Honey ve ark. 2003). Maternal stres, sosyal destek ve başa çıkma tarzlarının gebelikte ve postpartum erken dönemde depresif duygudurum üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gebeliğin 3. ayından itibaren her ay ve postpartum 4-5 hafta sonra değerlendirmelerin yapıldığı, 80 gebenin verilerinin toplandığı bir çalışmada, postpartum depresif kadınlarda gebelik sırasında yüksek anksiyete ölçümleri saptanmış, gebelikte daha duygusal başa çıkma yöntemleri kullandıkları bildirilmiş ve postpartum depresyonun en iyi yordayıcısı gebelikte yaşanan depresyon olmuştur (Da Costa ve ark. 2000). Yapısal eşitlik modellemesi yapılan bir araştırmada da pasif başa çıkma stratejilerinin, aktif başa çıkma stratejilerine kıyasla postpartum dönem depresif belirtilerle daha açık bir şekilde ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur. Pasif başa çıkma stratejileri, her iki izlemde de (gebeliğin 8. ve 32. haftaları) postpartum depresif semptomlarla ilişkilendirilmiştir (Gutiérrez-Zotes ve ark. 2016).

Tüm bu olumsuz/pasif başa çıkma tarzları ve yüksek kaygı düzeyi bir kişinin problemle başa çıkmasını engelleyebilmekte, bu da depresyon semptomlarını besleyebilmekte veya artırabilmektedir. Bu bağlamda, literatürde konuyla ilgili yapılan

regresyon modellerinin yer aldığı çalışma bulgularının, yaptığımız araştırma bulgularını desteklediği görülmektedir.

5.8. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyodemografik ve Psikososyal Özellikleri ile EPDÖ, STAI ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puan Toplamlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda gebelerin sosyodemografik özelliklerinden çalışma durumları ile boyun eğici yaklaşım tarzı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış, herhangi bir işte çalışmayan gebelerin çalışanlara göre stresle baş etmede daha çok boyun eğici yaklaşıma sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-21).

Çalışmamızla benzer şekilde, Dereli Yılmaz ve Beji (2010)'nin çalışmasında da çalışmayan gebelerin boyun eğici yaklaşım puan ortalaması çalışanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise, çalışma durumu ile SBÇTÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmış, çalışanlarda kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır (Elkin 2015). Gelir getiren herhangi bir işte çalışmanın ve bunun da bir getirisi olan ekonomik bağımsızlığın kadınları güçlendirdiği, bundan dolayı da stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşım tarzını daha az kullandıkları düşünülmektedir. Literatürde çalışmamızdan farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Borcherding (2009)'in 159 primipar gebe ile yaptığı çalışmada çalışma durumunun başa çıkma tarzlarını etkilemediği bildirilmiştir. Kişiler, koşulları farklı şekillerde değerlendirip farklı şekillerde başa çıktığı için, her stres etkeni kişiler üzerinde aynı sonuçlara sahip değildir (Lojewski ve ark. 2018). Bu nedenle literatürde farklı sonuçların da bulunması beklenen bir durum olmaktadır.

Gebelerin aile öyküsünde depresyon bulunma durumları ile iyimser, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış, aile öyküsünde depresyon bulunmayan gebelerin stresle baş etmede iyimser ve boyun eğici yaklaşım tarzını kullandıkları, aile öyküsünde depresyon bulunan gebelerin ise sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzını kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4-22). Bu durumda ailede depresyon öyküsü bulunsun ya da bulunmasın stresle başa çıkmada sosyal desteğe başvurmanın ön planda olduğu görülmektedir. Literatürde özellikle sosyal destek olarak daha önce benzer bir durumu paylaşmış olan akrandan destek almanın önemli olduğu vurgulanmaktadır. Postpartum depresyonda akran desteğinin etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, akran

desteğini alan annelerin güven (%83,6) ve algılanan kabul (%79,1) gibi yüksek düzeyde olumlu ilişki nitelikleri bildirdikleri saptanmıştır. Annelerin çoğu (%80,5) akran desteği deneyimlerinden çok memnun olduklarını belirtmişlerdir (Dennis 2010). Başka bir çalışmada da, daha önce benzer bir durumu paylaşmış olan bir akranın desteğinin annelerin ruh sağlığı, bakış açısı ve hatta bebekleri ile ilişkileri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceği gösterilmiştir (Cust 2016). Prevatt ve ark. (2018)'nın yaptığı çalışmada da akran desteği programının katılımcıları için hem kabul edilebilir olduğu, hem de ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirmek için potansiyel bir mekanizma sağladığı gösterilmiş ancak daha fazla değerlendirmeye ihtiyaç bulunduğu da eklenmiştir (Prevatt ve ark. 2018). Bu bulguların aksini gösteren bir çalışmada, postpartum depresyonu olan annelerde daha önce postpartum depresyon yaşamış ve atlatmış olan akranlar tarafından anne-bebek etkileşimi öğretiminin postpartum depresyonu olan anneler tarafından iyi karşılanmadığı da saptanmıştır (Letourneau ve ark. 2011). Başka bir çalışmada da, postpartum 6-12 ay arasında olan annelerle odak grup görüşmeleri yapılmış ve tüm gruplardaki kadınlar, fiziksel ve duygusal iyileşmeleri için araçsal destek (para, araç gereç, materyal yardımı gibi somut yardımlar) almanın gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Diğer çalışmaların aksine, bu çalışmada özellikle eşlerden ve ailelerden destek beklentisi bulunmakla beraber birçok kadın bu desteğin sorulmadan sağlanması gerektiğini açıklamıştır (Negron ve ark. 2013).

Postpartum iki-altı ay arasında olan 450 annenin katıldığı bir çalışmada, annelerin %17,8'inde PPD olduğu tespit edilmiş yapılan regresyon analizinde, PPD'nin en güçlü yordayıcısının ailede depresyon öyküsü olduğu, bunu destekleyici olmayan eş, yaşam boyu depresyon öyküsü, istenmeyen gebelik ve stresli yaşam olaylarının izlediği belirlenmiştir (Alasoom ve Koura 2014). Bebek sahibi olmak, özellikle kadınlar için son derece önemli bir yaşam olayı olmakla beraber eşler arası ilişkiler başta olmak üzere çeşitli ciddi değişiklikleri beraberinde getirmektedir (Zörer ve ark. 2019). Bu dönemdeki eş desteği ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi de destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Eş, aile ve arkadaş desteklerinin etkilerini ayrı ayrı inceleyen bir çalışmada, tüm destek kaynaklarının (eş, arkadaşlar ve aile) postpartum depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Buna göre, farklı kaynaklardan gelen tüm bu sosyal destek biçimlerinin postpartum depresyon riskini azalttığı bulunmuş ve bulgular özellikle eşten gelen desteğin önemli olabileceği gerçeğini desteklemiştir. Sonuçlar, eş desteğinin depresyon üzerindeki etkisinin, arkadaş veya aile desteğinin etkisinden daha yüksek

olduğunu ortaya koymuştur (Reid ve Taylor, 2015). Konuyla ilgili O'Hara ve Swain (1996) tarafından yapılan bir meta-analizde, evlilik memnuniyetsizliğinin PPD üzerinde küçük bir etkiye sahip olduğu bildirilirken, 203 çalışmanın yer aldığı bir meta-analizde, psikolojik faktörlerin ve evlilik memnuniyetsizliğinin orta düzeyde bir PPD etkisi olduğu saptanmıştır (Norhayati ve ark. 2015). Araştırma sonuçlarımızda da eşleriyle ilişkisini kötü olarak tanımlayan gebelerin stresle baş etmede çaresiz, boyun eğici ve sosyal desteğe başvurma tarzlarını daha çok benimsedikleri, depresyon düzeylerinin ve durumluk kaygılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-23) Eşleri destek olmayan gebelerin ise depresyon düzeylerinin ve durumluk kaygılarının yüksek olduğu, stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşım tarzını kullandıkları, eşleri destek olan gebelerin ise stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşımı kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4-24). Azale ve ark. (2018)'nın PPD semptomları olan kadınların (n=385) kullandıkları baş etme stratejilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, çalışma bulgularımızla benzer şekilde eşleriyle zayıf ilişkileri olan kadınların kaçınan/işlevsiz başa çıkma stratejileri kullandıkları saptanmıştır.

Gebelerin kendi aileleriyle olan ilişki durumları ile EPDÖ puanı, durumluk kaygı puanı, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım tarzları ile arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış, ailesiyle olan ilişkisini iyi olarak tanımlayan gebelerin depresyon ve durumluk kaygı puanlarının düştüğü, stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzlarını kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4-25). Gebelerin eşlerinin aileleriyle olan ilişki durumlarına baktığımızda ise ilişki durumları ile durumluk kaygı puanı ve iyimser yaklaşım tarzı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış, eşinin ailesiyle olan ilişkisini kötü olarak tanımlayan gebelerde durumluk kaygının yüksek olduğu, iyi olarak tanımlayan gebelerin ise stresle baş etmede iyimser yaklaşım tarzını kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4-26).

Antenatal depresyonda üç temel ilişkinin (eş, anne ve eşin annesi) kalitesine odaklanan bir çalişmada, epdö ile değerlendirilen, üçüncü trimesterda olan 730 gebenin %33'ünde depresyon saptanmiş, depresyon ile eş, anne ve eşin annesinden gelen düşük sosyal destek ölçütleri arasinda güçlü ilişki bulunmuştur (Şentürk ve ark. 2011). Haslam ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada ise, daha yüksek ebeveyn desteğinin postpartum dönemde düşük depresif semptomatoloji ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu bulgu ile sonuçlarımız uyumlu iken, partner desteğinin ise depresif semptomatoloji ile ilgisi olmadığının saptanması literatürde sonuçlarımızın aksini belirten bulguların da

bulunduğunu göstermektedir. başka bir çalışmada ise, anne, kayınvalide, kız ve kız kardeşlerden algılanan desteğin postpartum depresif semptomalojide önemli olduğu saptanmıştır (Dennis ve Letourneau 2007).

5.9. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Postpartum Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, bebeğin beslenme şekli, bebeğin emzirilme ve ilk kucağa alınma zamanı, postpartum dönemde emzirme, kanama, yenidoğan sarılığı gibi sorun yaşama, gebelik ve postpartum dönemde uyku problemi yaşama durumu gibi postpartum dönem özelliklerinin sorgulandığı bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan tüm gebelerin %64,7'sinin doğum şeklinin sezaryen olduğu, %63,2'sinin postpartum dönemde emzirme, kanama, yenidoğan sarılığı gibi herhangi bir sorun yaşamadığı, %58,8'inin bebeğinin kız olduğu, çoğunluğunun emzirme zamanının (%69,1) ve doğumdan sonra bebeği kucağına alma (%61,8) zamanının ilk 30 dk.dan sonra olduğu, %56,6'sının bebeğini sadece anne sütü ile beslediği, %84,6'sının anneliğinin yeterli olduğunu düşündüğü ve annelerin tamamının bebeğinin cinsiyetinden memnun olduğu saptanmıştır (Tablo 4-27).

TNSA 2018 verilerine göre, tüm doğumların %52'si sezaryen ile gerçekleşmiş olup bizim verimiz Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tıbbi olarak gerekli görüldüğü durumlarda doğumun sezaryen ile olmasını tavsiye etmekte ancak ülkeler için nüfus düzeyinde ulaşılacak net bir oran belirtmemiştir. DSÖ tarafından yürütülen bir araştırmada, ülkelerin sezaryen hızlarında %10'a kadar olan artışın anne ve yenidoğan ölümlerindeki azalmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir (WHO 2015). Verilerimizin DSÖ'nün belirttiği yüzdeden fazla olmasının sebebi, hem Türkiye'deki sezaryen oranlarının fazla olmasından hem de çalışmanın yapılma yerinin üniversite hastanesi olup, normal doğum oranlarının çok düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

TUİK 2019 verilerine göre, canlı doğan bebeklerin %51,3'ü erkek, yüzde 48,7'si kızlardan oluşmakta olup, bu bulgu verilerimizle farklılık göstermektedir (TÜİK 2019b).

TNSA 2018 verilerine göre ise, 2 yaş altı çocukların %71'i doğumdan sonraki ilk bir saat içinde, %86'sı ise doğumdan sonraki ilk bir gün içinde emzirilmiş olup verilerimiz Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir (TNSA 2018).

Araştırma popülasyonumuzun %53,7'sinin gebelikte uyku sorunu yaşamadığı, ancak %65,4'ünün postpartum dönemde uyku sorunu yaşadığı belirlenmiştir. 24 araştırma ve 11.002 katılımcının dahil edildiği bir metaanalizde gebelerin %45,7'sinde uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (Sedov ve ark. 2018). Gebelikte kötü uyku kalitesinin prevalans oranlarının %29 (Gelaye ve ark. 2015) ile %76 (Mindell ve ark. 2015) arasında değiştiği bildirilmiş olup, araştırmamızdaki gebelik ve postpartum dönemde bildirilen uykusuzluk oranları da yapılan çalışmalarla tutarlı olarak bu prevalans aralığının içinde yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda, gebelik veya postpartum dönemde kötü uyku kalitesinin, artmış depresyon ve anksiyete semptomları ile önemli ölçüde ilişkili olduğu saptanmıştır (Iranpour ve ark. 2016; Okun ve ark. 2018; Wu ve ark. 2014).

Araştırmamızda gebelerin %80,1'inin sosyal destek aldığı saptanmıştır (Tablo 4-27). Sosyal destek, kişinin kendisi için uygun olduğunu düşündüğü veya sosyal ağının içinden sağlanan sosyal kaynakları ifade etmektedir (Gottlieb ve Bergen 2010; Thoits 2011). Sosyal destek literatürde genellikle alınan ve algılanan destek olarak da ele alınmaktadır. Alınan destek, gerçek destek koşullarını içermekte (Thoits 2011), algılanan destek ise bireyin ihtiyaç duyması halinde desteğin mevcut olduğuna dair inancını ifade etmektedir (Gottlieb ve Bergen, 2010) bu da postpartum depresyon için önemli olmaktadır. Reid ve Taylor (2015)'un 4150 kadınla yaptıkları çalışmada, sosyal desteğin postpartum depresyon için önemli ve koruyucu bir faktör olduğu ve bir kadının sosyal ağındaki destek sağlayıcıların çeşitliliğinin özellikle aile tipi bağlamında önemli olduğu ortaya koyulmaktadır. Başka bir çalışmada da, gebelerin yakınlarından sosyal destek alma oranlarının artmasıyla psikososyal sağlık durumlarının da daha iyi olduğu belirlenmiştir (Değirmenci ve Vefikuluçay Yılmaz 2020). Yapılan çalışmalar ve literatürde verilen bilgiler doğrultusunda, çalışmamıza katılan gebelerin sosyal destek oranlarının %80,1 olması ile postpartum dönemde psikososyal ruh sağlığının daha iyi olmasına katkı sağladığı, ancak verilen bu desteğin kimler tarafından sağlandığının da önemli olduğu düşünülmektedir.

Farklı şekillerde kavramsallaştırılan ve ölçülen sosyal desteğin, annenin öz yeterliliğinde olduğu gibi annelik deneyimini de olumlu etkilediği bilinmektedir. Doğumdan 6 hafta sonra 410 anne ile yapılan bir çalışmada, ilk kez anne olanlarda anne öz yeterliliğini artırmada ve ruh sağlığını olumlu yönde etkilemede aile desteğinin önemi vurgulanmış, aile ve arkadaşlardan gelen destekle anne öz yeterliği arasında önemli bir ilişki saptanmıştır (Leahy-Warren ve ark. 2012). Annelerin öz-yeterlik oranları ile

postpartum değişikliklere uyum sağlama ve daha iyi işlevsel duruma sahip olma eğilimleri ilişkilidir (Fathi ve ark. 2018; Shorey ve ark. 2015). Yapılan sistematik bir incelemede de annelerin özyeterliğinin annelerin ebeveynlikten memnuniyeti için önemli olduğu ve postpartum depresyon, stres ve anksiyete ile ters orantılı olduğu saptanmıştır (Leahy-Warren ve McCarthy 2011). Bizim çalışmamızda da annelerin %84,6'sı anneliğinin yeterli olduğunu belirtmiştir. Bu yüksek oran annelerin çoğunluğunun özyeterliğinin yüksek olduğunu göstermekte ve postpartum dönemde toplanan verilerden elde edilen bu sonuçlar EFT seanslarının etkinliğini de ortaya koymaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT)'nin postpartum depresyon üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü bir araştırma olarak yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar;

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin (n=136) yaş ortalamasının 30,26±4,60, evlenme yaş ortalamasının 24,47±4,23, evlilik süresinin 5,78±4,68 olduğu, çoğunluğunun üniversite mezunu (%50, n=68) olduğu ve gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı (%66,9, n=91) ve sağlık sigortası kapsamında olduğu (%94,1, n=128), %61'inin (n=83) gelir düzeyinin gider düzeyine denk olduğu ve %79,4'ünün (n=108) çekirdek aileye sahip olduğu, %47,1'inin normal kiloda olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin (n=136) gebelik haftası ortalamasının 17,63±4,30, ilk doğum yaşı ortalamasının 26,14±4,67 olduğu, çoğunluğunun (%64, n=87) multipar olduğu, (%72,8, n=99) gebeliğinin planlı olduğu bellirlendi (Tablo 4-2).

Araştırma grubumuzu oluşturan gebelerin yaşadıkları yaşam olayı sayısı ortalama 6,83±3,44 olduğu, %99,3'ünün daha önce PPD tanısı almadığı, %98,5'inin daha önce psikiyatrik bir ilaç kullanmadığı, %75'inin ailesinde depresyon öyküsünün bulunmadığı, çoğunluğun eşi (%68,4, n=93) ve kendi ailesi (%82,4, n=112) ile ilişkisinin iyi olduğu, eşinin ailesi (%47,8, n=65) ile ilişkisinin orta düzeyde olduğu, %57,4'ü (n=78) eş desteğini iyi olarak bildirirken, %73,5'i (n=100) evliliğinden memnun olduğunu bildirdi (Tablo 4-3).

Araştırmada girişim öncesi EDPÖ puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yapılan tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre, hem deney grubunda, hem de kontrol grubunda EPDÖ puan ortalamaları zamana göre düşme göstermiş, ancak deney grubundaki düşmenin, EFT sonrası, 3. ay ve 6. ay izlemlerde kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4-4).

Araştırmamızda, girişim öncesi Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış, ancak Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları bakımından, deney grubunda, girişim öncesi puanın anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda Sürekli Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının, deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre, deney grubunda sürekli kaygı puan ortalamaları zamana göre düşme gösterirken, kontrol grubunda zamana göre değişim görülmemiştir. Girişim sonrası ve 3. ayda deney ve kontrol grubu DKÖ'den alınan puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık deney grubu lehine daha düşüktür (Tablo 4-5; Tablo 4-6).

Araştırmamızda gerçekleştirdiğimiz EFT seanslarının gebelerin stresle başa çıkmada kullandıkları pasif/olumsuz ve aktif/olumlu başa çıkma tarzlarını ne yönde etkilediğini belirlemek için yaptığımız istatistiksel analiz sonucunda; girişim öncesi kendine güvenli (Tablo 4-7), iyimser (Tablo 4-8), sosyal desteğe başvurma (Tablo 4-9), çaresiz (Tablo 4-10) ve boyun eğici yaklaşım (Tablo 4-11) puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu da gruplardaki gebelerin kendine güvenli, iyimser, çaresiz, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma puanları bakımından homojen dağıldığını göstermektedir. Gruplar arası EFT uygulama sonrası, kendine güvenli ve iyimser yaklaşımın 3. ay ve 6. ayda puan ortalamaları deney ve kontrol grubunda zamana göre bir artış göstermiş, ancak bu artışın deney grubunda anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4-7, 4-8). Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda sosyal desteğe başvurma puan ortalamalarının, deney grubunda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan tekrarlayan

ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre, deney ve kontrol grubunda sosyal desteğe başvurma puan ortalamaları zamana göre bir artış göstermekte olup bu artışın control grubunda anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-9). Gruplar arası EFT uygulama sonrası, 3. ay ve 6. ayda çaresiz yaklaşım puanı hem deney hem kontrol grubunda zamana göre bir düşme göstermiş, bu düşüşün de deney grubunda anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4-10). Boyun eğici yaklaşım puanları ise deney grubunda zamana göre bir düşme gösterirken, kontrol grubunda zamana göre değişim görülmemiştir (Tablo 4-11).

Araştırmamızda, tekrarlayan ölçümlü varyans analizi sonuçlarına göre, deney grubunun SUE puan ortalaması zamana göre anlamlı bir artış göstermiştir (Tablo 4-12).

Araştırmamıza katılan gebelerin depresyon puanı arttıkça, durumluk kaygı puanının, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzının da arttığı saptanmıştır. Durumluk kaygı puanı arttıkça da kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzları azalmakta, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzı artmaktadır. Kendine güvenli yaklaşım tarzı arttıkça iyimser yaklaşım tarzı; çaresiz yaklaşım tarzı arttıkça, boyun eğici yaklaşım tarzı da artmaktadır (Tablo 4-13).

Araştırmamızda, EFT öncesinde, depresyon bağımlı değişkenini, SBÇTÖ-çaresiz yaklaşım ve durumluk kaygı değişkeni ile açıklamanın istatistiksel olarak mümkün olduğu belirlenmiş yapılan regresyon modeli ile bu değişkenlerin depresyon değişkeninin %18'ini açıkladığı saptanmıştır (Tablo 4-15, Tablo 4-16, Tablo 4-17).

Araştırmamızda gebelerin sosyodemografik özelliklerinden çalışma durumları ile boyun eğici yaklaşım tarzı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış, herhangi bir işte çalışmayan gebelerin çalışanlara göre stresle baş etmede daha çok boyun eğici yaklaşıma sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-18).

Gebelerin aile öyküsünde depresyon bulunma durumları ile iyimser, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış, aile öyküsünde depresyon bulunmayan gebelerin stresle baş etmede iyimser ve boyun eğici yaklaşım tarzını kullandıkları, aile öyküsünde depresyon bulunan gebelerin ise sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzını kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4-19).

Araştırma sonuçlarımızda da eşleriyle ilişkisini kötü olarak tanımlayan gebelerin stresle baş etmede çaresiz, boyun eğici ve sosyal desteğe başvurma tarzlarını daha çok benimsedikleri, depresyon düzeylerinin ve durumluk kaygılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-20).

Eşleri destek olmayan gebelerin ise depresyon düzeylerinin ve durumluk kaygılarının yüksek olduğu, stresle başa çıkmada boyun eğici yaklaşım tarzını kullandıkları, eşleri destek olan gebelerin ise stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşımı kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4-21).

Gebelerin kendi aileleriyle olan ilişki durumları ile EPDÖ puanı, durumluk kaygı puanı, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım tarzları ile arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış, ailesiyle olan ilişkisini iyi olarak tanımlayan gebelerin depresyon ve durumluk kaygı puanlarının düştüğü, stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzlarını kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4-22).

Gebelerin eşlerinin aileleriyle olan ilişki durumlarına baktığımızda ise ilişki durumları ile durumluk kaygı puanı ve iyimser yaklaşım tarzı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış, eşinin ailesiyle olan ilişkisini kötü olarak tanımlayan gebelerde durumluk kaygının yüksek olduğu, iyi olarak tanımlayan gebelerin ise stresle baş etmede iyimser yaklaşım tarzını kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4-23).

Araştırmaya katılan tüm gebelerin %64,7'sinin doğum şeklinin sezaryen olduğu, %63,2'sinin postpartum dönemde emzirme, kanama, yenidoğan sarılığı gibi herhangi bir sorun yaşamadığı, %58,8'inin bebeğinin kız olduğu, çoğunluğunun emzirme zamanının (%69,1) ve doğumdan sonra bebeği kucağına alma (%61,8) zamanının ilk 30 dk.dan sonra olduğu, %56,6'sının bebeğini sadece anne sütü ile beslediği, %80,1'inin sosyal destek aldığı, %84,6'sının anneliğinin yeterli olduğunu düşündüğü saptanmıştır (Tablo 4-24).

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

Gebe, lohusa ve aile üyeleri ile sürekli iletişim halinde olan ebelerin, postpartum depresyonun önlenmesi erken tanı ve tedavisinde öncelikle yer alması, bunun için de ebelere bu konuda kapsamlı eğitim verilmesi,

Ebelerin tüm anneleri, yaşayabilecekleri olası problemler ile postpartum depresyon belirtilerini fark etmesi ve ihtiyaç hissettiklerinde başvurabilecekleri yerler, kişiler konusunda bilgilendirmeleri,

Hafif düzeyde depresyon varlığında ebelerin kuracakları terapötik ilişkinin, destek, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin aktif hale getirilmesi,

Ebelerin gerekli eğitimleri aldıktan sonra kısa süreli terapötik girişimleri uygulayabilmesi,

Postpartum depresyonun önlenmesinde EFT kullanımının etkin hale getirilmesi ve ebelerin uygulayabilmesi için EFT eğitimlerini almalarının sağlanması

Kadınları desteklemede önemli rolü göz önüne alındığında, ebelerin bu yönünün araştırmalarda ihmal edilmiş olması, bu nedenle özellikle ebelerin postpartum depresyonun önlenmesi, erken tanı ve tedavisi ile ilgili çalışmalarda yer alması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aghajafari, F., Letourneau, N., Mahinpey, N., Cosic, N. ve Giesbrecht, G. (2018). Vitamin D deficiency and antenatal and postpartum depression: A systematic review. *Nutrients, **10***(4), 478.

Al-Karawi, D. ve Jubair, L. (2016). Bright light therapy for nonseasonal depression: meta-analysis of clinical trials. *Journal of Affective Disorders, **198***, 64-71.

Alasoom, L. I. ve Koura, M. R. (2014). Predictors of postpartum depression in the eastern province capital of Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care, **3***(2), 146.

Albacar, G., Sans, T., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Guillamat, R., Sanjuan, J. ve ark. (2010). Thyroid function 48 h after delivery as a marker for subsequent postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology, **35***(5), 738-742.

Alipour, Z., Lamyian, M. ve Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth, **25***(3), e37-e43.

Altuntaş, S. (2019). EFT (Duygusal Özgürleşme Tekniği) Psikoterapi Tekniği Ile Destek Alan Kişilerde Dini Tutum ve Davranışlar. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İstanbul.

Alvim-Soares, A., Miranda, D., Campos, S., Figueira, P., Romano-Silva, M. ve Correa, H. (2013). Postpartum depression symptoms associated with Val158Met COMT polymorphism. *Archives of Women's Mental Health, **16***(4), 339-340.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015a, Mayıs). *Women's Health Care Physicians. Comittee Opinion. Screening for Perinatal Depression* (Number: 757). Erişim: 20.12.2018 https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression.pdf

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015b, Aralık). Physical Activity and Exercise During Pregnancy and The Postpartum Period. *Comittee Opinion.* (Number: 650). Erişim: 20.12.2018

https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period.pdf

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2017, Ocak). Postpartum Depression. Erişim: 20.12.2018 http://www.acog.org/Womens-Health/Depression-and-Postpartum-Depression

Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Stevens, J., Teeters, A. R. ve Van Ginkel, J. B. (2013). A clinical trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. *Behavior Therapy*, ***44***(3), 359-372.

Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. ve Åström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, ***189***(1), 148-154.

Anding, J., Röhrle, B., Grieshop, M., Schücking, B. ve Christiansen, H. (2015). Early detection of postpartum depressive symptoms in mothers and fathers and its relation to midwives' evaluation and service provision: a community-based study. *Frontiers in Pediatrics*, ***3,*** 62.

Andriotti, T., Stavale, R., Nafee, T., Fakhry, S., Mohamed, M. M., Sofiyeva, N. ve ark. (2017). ASSERT trial–How to assess the safety and efficacy of a high frequency rTMS in postpartum depression? A multicenter, double blinded, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Contemporary Clinical Trials Communications,* ***5***, 86-91.

Arı, S. (2012). Anne bebek bağlanması ile doğum sonu depresyon arasındaki ilişki. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Arnold, A. F., Baugh, C., Fisher, A., Brown, J. ve Stowe, Z.N. (2002). Psychiatricaspects of the postpartum period. İçinde S. G.Kornstein ve A. H. Clayton (Eds.), Women's Mental Health. New York: The Guildford Publication; 92-105.

Ataman E. T. ve Dağ, İ. (2014). Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, ***17***(1).

Atar, A. Ö. ve Aydın, P. Ç. (2019). Kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin kanıt desteği. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics,* ***12***(1), 12-18.

Austin, M. P. ve Marcé Society Position Statement Advisory Committee (2014). Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, **28***(1), 179-187.

Austin, M.P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S. ve ark. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders, **105***(1-3), 35-44.

Avşar, V. (2019). Bilişsel davranışçı terapiye dayalı bireysel psikolojik danışmanın sosyal kaygı, özyeterlik ve psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Doktora Tezi. Ankara.

Aydın, N. ve Güleç, M. (2013). Gebelik ve Ruh Sağlığı. İçinde Ş. Yüksel, L. Gülseren, A. D. Başterzi (Ed.), *Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 262-264.

Azale, T., Fekadu, A., Medhin, G. ve Hanlon, C. (2018). Coping strategies of women with postpartum depression symptoms in rural Ethiopia: a cross-sectional community study. *BMC Psychiatry, **18***(1), 41.

Babamahmoodi, A., Arefnasab, Z., Noorbala, A. A., Ghanei, M., Babamahmoodie, F., Alipour, A. ve ark. (2015). Emotional Freedom Technique (EFT) Effects on Psychoimmunological Factors of Chemically Pulmonary Injured Veterans. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*, **37**-47.

Bach, D., Groesbeck, G., Stapleton, P., Sims, R., Blickheuser, K. ve Church, D. (2019). Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques) improves multiple physiological markers of health. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine, **24***, 2515690X18823691.

Baker, A. H. ve Siegel, M. (2010). Emotional Freedom Techniques (EFT) reduces intense fears: A partial replication and extension of Wells et al. *Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment, **2***(2), 13-30.

Bakker, G. (2014). A bigger swamp is still a swamp: Comments on Feinstein. *Energy Psychology, **6***(1), 44-47.

Balkaya, N. A. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakim gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* ***6***(2), 42-49.

Ban, L., Gibson, J. E., West, J. ve Tata, L. J. (2010). Association between perinatal depression in mothers and the risk of childhood infections in offspring: a population-based cohort study. *BMC Public Health,* ***10***(1), 799.

Banks, T., Squires, G. ve Anhalt, K. (2014). Interdisciplinary collaboration: Cognitive behavioral interventions in special education and school psychology. *Creative Education,* ***2014.***

Banti, S., Mauri, M., Oppo, A., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D. ve ark. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study. *Comprehensive Psychiatry,* ***52***(4), 343-351.

Bauman, B. L., Ko, J. Y., Cox, S., D'Angelo, D. V., Warner, L., Folger, S. ve ark. (2020). Vital Signs: Postpartum Depressive Symptoms and Provider Discussions About Perinatal Depression—United States, 2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* ***69***(19), 575.

Bay, F. (2019). Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon İle İlişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.

Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior therapy, 1*(2), 184-200.

Beck, A. T., Steer, R. A. ve Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review,* ***8***(1), 77-100.

Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research,* ***45***(5), 297-303.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research,* ***50***(5), 275-285.

Beck, C. T. ve Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nursing Research,* ***49***(5), 272-282.

Beck, C. T. ve Gable, R. K. (2001). Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nursing Research, **50***(4), 242-250.

Bekirogullari, Z. ve Okanlı, F. (2020). Cognitive Behavioural Therapy Application to the Anxiety Disorder (Case Study). *Psychiatry and Behavioral Sciences, **10***(1), 31-33.

Bengisoy, A., Özdemir, M. B., Erkıvanç, F., Şahin, S. ve İskifoğlu, T. Ç. (2019). Bilişsel davranışçı terapi kullanılarak yapılan araştırma makalelerinin içerik analizi 1997-2018. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, **9***(54), 745-793.

Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. ve Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology, **103***(4), 698-709.

Benor, D. J., Ledger, K., Toussaint, L., Hett, G. ve Zaccaro, D. (2009). Pilot study of emotional freedom techniques, wholistic hybrid derived from eye movement desensitization and reprocessing and emotional freedom technique, and cognitive behavioral therapy for treatment of test anxiety in university students. *Explore, **5***(6), 338-340.

Bergink, V., Rasgon, N. ve Wisner, K. L. (2016). Postpartum psychosis: madness, mania, and melancholia in motherhood. *American Journal of Psychiatry, **173***(12), 1179-1188.

Berman, K. F., Schmidt, P. J., Rubinow, D. R., Danaceau, M. A., Van Horn, J. D., Esposito, G. ve ark. (1997). Modulation of cognition-specific cortical activity by gonadal steroids: a positron-emission tomography study in women. *Proceedings of the National Academy of Sciences, **94***(16), 8836-8841.

Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, **6***(6), 479-484.

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. ve Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal Of Affective Disorders, **191***, 62-77.

Bledsoe, S. E. ve Grote, N. K. (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum: A preliminary meta-analysis. *Research on Social Work Practice, **16***(2), 109-120.

Bloch, M., Daly, R. C. ve Rubinow, D. R. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry, **44***(3), 234-246.

Bloch, M., Meiboom, H., Lorberblatt, M., Bluvstein, I., Aharonov, I. ve Schreiber, S. (2012). The effect of sertraline add-on to brief dynamic psychotherapy for the treatment of postpartum depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *The Journal of Clinical Psychiatry, **73***(2), 235-241.

Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L. ve Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry, **157***(6), 924-930.

Boath, E., Stewart, A. ve Carryer, A. (2013). Tapping for success: A pilot study to explore if emotional freedom techniques (EFT) can reduce anxiety and enhance academic performance in university students. *Innovative Practice in Higher Education, **1***(3).

Boratav, C. (2003). Boratav Depresyon Tarama Ölçeği (Bordepta): Epidemiyolojik çalışmalar ve birinci basamak sağlık hizmetinde depresyonu tanımaya duyarlı bir ölçek. *Türk Psikiyatri Dergisi, **14***(3), 172-183.

Borcherding, K. E. (2009). Coping in healthy primigravidae pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, **38***(4), 453-462.

Bougea, A. M., Spandideas, N., Alexopoulos, E. C., Thomaides, T., Chrousos, G. P. ve Darviri, C. (2013). Effect of the emotional freedom technique on perceived stress, quality of life, and cortisol salivary levels in tension-type headache sufferers: a randomized controlled trial. *Explore, **9***(2), 91-99.

Boyacıoğlu, N.E. (2021). Gebelik ve doğum sonu dönemde psikosomatik tedaviler: sistematik inceleme. *Türkiye Klinikleri Özel Konular.* Basım aşamasında

Brand, S. R. ve Brennan, P. A. (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clinical Obstetrics and Gynecology, **52***(3), 441-455.

Brattberg, G. (2008). Self-administered EFT (Emotional Freedom Techniques) in individuals with fibromyalgia: a randomized trial. *Integrative Medicine, **7***(4), 30-35.

Brugha, T. S., Sharp, H., Cooper, S.-A., Weisender, C., Britto, D., Shinkwin, R. ve ark. (1998). The Leicester 500 Project. Social support and the development of

postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine, **28***(1), 63-79.

Buckwalter, J. G., Stanczyk, F. Z., McCleary, C. A., Bluestein, B. W., Buckwalter, D. K., Rankin, K. ve ark. (1999). Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology, **24***(1), 69-84.

Bulut, A., Yiğitbaş, Ç., Bulut, A. ve Tuncay, S. (2016). Pospartum süreçte kadının kendi sağlığını etkileyen durumlara ilişkin bilgi ve tutumları. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, **2***(2), 90-99.

Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R. J., Jureniene, K. ve Pop, V. J. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, **88***(5), 599-605.

Burns, A., O'Mahen, H., Baxter, H., Bennert, K., Wiles, N., Ramchandani, P. ve ark. (2013). A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for antenatal depression. *BMC Psychiatry, **13***(1), 33.

Butterweck, V. (2003). Mechanism of action of St John's wort in depression. *CNS Drugs, **17***(8), 539-562.

Chatwin, H., Stapleton, P., Porter, B., Devine, S. ve Sheldon, T. (2016). The effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotional freedom techniques in reducing depression and anxiety among adults: a pilot study. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal, **15***(2), 27.

Chen, S. M. ve Konkle, A. (2020). Scoping Review of the Effects of Dietary Supplements on Postpartum Depression. *Journal of Health and Medical Sciences, **3***(2).

Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Avins, A. L., Erro, J. H., Ichikawa, L., Barlow ve ark. (2009). A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain. *Archives of Internal Medicine, **169***(9), 858-866.

Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N. ve ark. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta- analysis. *Acta Paediatrica, **104***, 96-113.

Church, D. (2010). *The EFT Mini-Manual (Emotional Freedom Techniques).* Erişim: 05.04.2018 http://eftuniverse.com/index.php?option=com_subscribe&Itemid=17%3

Church, D. (2009). The effect of EFT (Emotional Freedom Techniques) on athletic performance: A randomized controlled blind trial. *The Open Sports Sciences Journal, **2***(1).

Church, D. (2013). Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions. *Psychology, **4***(08), 645.

Church, D. (2017). *The EFT manual*: Hay House, Inc. Erişim: 05.04.2018 http://eftuniverse.com/index.php?option=com_subscribe&Itemid=17%3

Church, D. ve Brooks, A. (2013). The effect of EFT (emotional freedom techniques) on psychological symptoms in addiction treatment: A pilot study. *Journal of Scientific Research and Reports*, ***2***(1), 315-323.

Church, D. ve Brooks, A. J. (2010a). Application of emotional freedom techniques. *Integrative Medicine*, ***9***(4), 47-48.

Church, D. ve Brooks, A. J. (2010b). The effect of a brief EFT (Emotional Freedom Techniques) self-intervention on anxiety, depression, pain and cravings in healthcare workers. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal, **9***(5), 40-44.

Church, D. ve Brooks, A. J. (2014). CAM and energy psychology techniques remediate PTSD symptoms in veterans and spouses. *Explore, **10***(1), 24-33.

Church, D., De Asis, M. A. ve Brooks, A. J. (2012a). Brief group intervention using Emotional Freedom Techniques for depression in college students: A randomized controlled trial. *Depression Research and Treatment, **2012***.

Church, D. ve Downs, D. (2012). Sports confidence and critical incident intensity after a brief application of emotional freedom techniques: A pilot study. *The Sport Journal, **15***(1).

Church, D., Feinstein, D., Palmer-Hoffman, J., Stein, P. K. ve Tranguch, A. (2014). Empirically supported psychological treatments: The challenge of evaluating clinical innovations. *The Journal of Nervous And Mental Disease, **202***(10), 699-709.

Church, D., Geronilla, L. ve Dinter, I. (2009). Psychological symptom change in veterans after six sessions of Emotional Freedom Techniques (EFT): An observational study. *Electronic journal article]*. *International Journal of Healing and Caring*, ***9***(1).

Church, D., Hawk, C., Brooks, A. J., Toukolehto, O., Wren, M., Dinter, I. ve ark. (2013). Psychological trauma symptom improvement in veterans using emotional

freedom techniques: a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous And Mental Disease, **201***(2), 153-160.

Church, D. ve House, D. (2018). Borrowing benefits: Group treatment with Clinical Emotional Freedom Techniques is associated with simultaneous reductions in posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression symptoms. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine, **23,*** 2156587218756510.

Church, D. ve Nelms, J. (2016). Pain, range of motion, and psychological symptoms in a population with frozen shoulder: A randomized controlled dismantling study of clinical EFT (emotional freedom techniques). *Archives of Scientific Psychology, **4***(1), 38.

Church, D., Piña, O., Reategui, C. ve Brooks, A. (2012b). Single-session reduction of the intensity of traumatic memories in abused adolescents after EFT: A randomized controlled pilot study. *Traumatology, **18***(3), 73-79.

Church, D., Stapleton, P., Sheppard, L. ve Carter, B. (2018). Naturally thin you: Weight loss and psychological symptoms after a six-week online clinical EFT (emotional freedom techniques) course. *Explore, **14***(2), 131-136.

Church, D., Stapleton, P., Yang, A. ve Gallo, F. (2018). Is tapping on acupuncture points an active ingredient in Emotional Freedom Techniques? A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *The Journal of Nervous And Mental Disease, **206***(10), 783-793.

Church, D., Yount, G. ve Brooks, A. J. (2012c). The effect of emotional freedom techniques on stress biochemistry: a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous And Mental Disease, **200***(10), 891-896.

Church, D., Yount, G., Rachlin, K., Fox, L. ve Nelms, J. (2018). Epigenetic effects of PTSD remediation in veterans using clinical emotional freedom techniques: a randomized controlled pilot study. *American Journal of Health Promotion, **32***(1), 112-122.

Claridge, A. M. (2014). Efficacy of systemically oriented psychotherapies in the treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health, **17***(1), 3-15.

Clond, M. (2016). Emotional freedom techniques for anxiety: a systematic review with meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease, **204***(5), 388-395.

Clout, D. ve Brown, R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders, **188***, 60-67.

Coelho, H. F., Murray, L., Royal-Lawson, M. ve Cooper, P. J. (2011). Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, **129***(1-3), 348-353.

Cohen, L. S., Wang, B., Nonacs, R., Viguera, A. C., Lemon, E. L. ve Freeman, M. P. (2010). Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatric Clinics, **33***(2), 273-293.

Collins, K. B. ve Thomas, D. J. (2004). Acupuncture and acupressure for the management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, **16***(2), 80-84.

Connolly, S. ve Sakai, C. (2011). Brief trauma intervention with Rwandan genocide-survivors using thought field therapy. *International Journal of Emergency Mental Health, **13***(3), 161.

Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A. ve Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression:

I. Impact on maternal mood. *The British Journal of Psychiatry, **182***(5), 412-419. Corral, M., Wardrop, A., Zhang, H., Grewal, A. ve Patton, S. (2007). Morning light therapy for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health, **10***(5), 221-224.

Cott, A. D. ve Wisner, K. (2003). Psychiatric disorders during pregnancy. *International Review of Psychiatry, **15***(3), 217-230.

Cox, J. L., Holden, J. M. ve Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry, **150***(6), 782-786.

Craig, G. (2004). *EFT Duygusal Özgürlük Teknikleri El Kitabı. USA.* http://www.eftiletanis.com/EFT_Manual_Turkish_eftiletanis.com.pdf

Crowley, S. K. ve Youngstedt, S. D. (2012). Efficacy of light therapy for perinatal depression: a review. *Journal of Physiological Anthropology, **31***(1), 1-7.

Cuijpers, P., Brännmark, J. G. ve van Straten, A. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: a meta- analysis. *Journal of Clinical Psychology, **64***(1), 103-118.

Cust, F. (2016). Peer support for mothers with postnatal depression: A pilot study. *Community Practitioner, **89***(1), 38-41.

Çalık, K. Y. ve Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, **3***(1), 142-162.

Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M. ve Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders, **59***(1), 31-40.

Da Silva, T. L., Ravindran, L. N. ve Ravindran, A. V. (2009). Yoga in the treatment of mood and anxiety disorders: A review. *Asian Journal of Psychiatry, **2***(1), 6-16.

Daglar, G. ve Nur, N. (2014). The relationship between anxiety and depression level and coping styles with stress of pregnant women. *CMJ, **36***, 429-441.

Daley, A., Foster, L., Long, G., Palmer, C., Robinson, O., Walmsley, H. ve ark. (2015). The effectiveness of exercise for the prevention and treatment of antenatal depression: systematic review with meta- analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, ***122***(1), 57-62.

Davenport, M. H., McCurdy, A. P., Mottola, M. F., Skow, R. J., Meah, V. L., Poitras, V. J. ve ark. (2018). Impact of prenatal exercise on both prenatal and postnatal anxiety and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *British journal of Sports Medicine, **52***(21), 1376-1385.

De Tychey, C., Spitz, E., Briançon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A. ve ark. (2005). Pre-and postnatal depression and coping: a comparative approach. *Journal of Affective Disorders, **85***(3), 323-326.

Değirmenci, F. ve Vefikuluçay Yılmaz, D. (2020). The relationship between psychosocial health status and social support of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, **41***(4), 290-297.

Deligiannidis, K. M. ve Freeman, M. P. (2014). Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, **28***(1), 85-95.

Dennis, C.-L. (2010). Postpartum depression peer support: maternal perceptions from a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, **47***(5), 560-568.

Dennis, C.-L. (2014). Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, **28***(1), 97-111.

Dennis, C.-L., Grigoriadis, S., Zupancic, J., Kiss, A. ve Ravitz, P. (2020). Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, **216***(4), 189-196.

Dennis, C.-L. ve Letourneau, N. (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, **42***(5), 389-395.

Dennis, C., Ross, L. ve Herxheimer, A. (2008).Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*.

Dennis, C. L. ve Chung- Lee, L. (2006). Postpartum depression help- seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth, **33***(4), 323-331.

Dennis, C. L. ve Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (2).

Di Rienzo, F., Saruco, E., Church, D., Daligault, S., Delpuech, C., Gurret, J. M. ve ark. (2019). Neuropsychological correlates of an energy psychology intervention on flight phobia: A MEG single-case study.

Dias, C. C. ve Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders, **171***, 142-154.

Dimidjian, S. ve Goodman, S. (2009). Nonpharmacological intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clinical Obstetrics and Gynecology, **52***(3), 498.

Dimidjian, S. ve Goodman, S. H. (2014). Preferences and attitudes toward approaches to depression relapse/recurrence prevention among pregnant women. *Behaviour Research And Therapy, **54***, 7-11.

Dimidjian, S., Goodman, S. H., Sherwood, N. E., Simon, G. E., Ludman, E., Gallop, R. ve ark. (2017). A pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for

depressed pregnant women. *Journal of Consulting And Clinical Psychology, **85***(1), 26.

Drury, S. S., Scaramella, L. ve Zeanah, C. H. (2016). The neurobiological impact of postpartum maternal depression: prevention and intervention approaches. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, **25***(2), 179-200.

Dunnewold, A. L. (2014). Thought field therapy efficacy following large scale traumatic events. *Current Research in Psychology, **5***(1), 34-39.

Earls, M. F., Yogman, M. W., Mattson, G., Rafferty, J. ve Committee On Psychosocial Aspects Of Child and Family Health (2019). Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. *Pediatrics, **143***(1).

Elkin, N. (2015). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, **8***(1), 22-31.

Engindeniz, A., Küey, L. ve Kültür, S. (1996). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları, **1***, 51-52.

Epperson, C. N., Gueorguieva, R., Czarkowski, K. A., Stiklus, S., Sellers, E., Krystal, J. H. ve ark. (2006). Preliminary evidence of reduced occipital GABA concentrations in puerperal women: a 1H-MRS study. *Psychopharmacology, **186***(3), 425.

Epperson, C. N., Terman, M., Terman, J. S., Hanusa, B. H., Oren, D. A., Peindl, K. S. ve ark. (2004). Randomized clinical trial of bright light therapy for antepartum depression: preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry, **65***(3), 421-425.

Erdemoğlu, Ç., Karakayalı, Ç. ve Özşahin, Z. (2018). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician, **9***(2), 34-46.

Erken, A. E. (2016). Kayseri il merkezinde doğum yapan kadınlarda doğum sonu depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Kayseri.

Ersun, A. ve Zaybak, A. (2012). Duygusal Özgürlük Teknikleri'nin Dismenore Üzerine Etkisinin İncelenmesi *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, **28***(2), 13-21.

Ertekin Pinar, S., Duran Aksoy, O., Daglar, G., Yurtsal, Z. B. ve Cesur, B. (2018). Effect of stress management training on depression, stress and coping strategies in

pregnant women: a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, **39***(3), 203-210.

Ertel, K. A., Koenen, K. C., Rich- Edwards, J. W. ve Gillman, M. W. (2010). Antenatal and postpartum depressive symptoms are differentially associated with early childhood weight and adiposity. *Paediatric and Perinatal Epidemiology, **24***(2), 179-189.

Eser, A. (2017). Doğum sonrası dönemde emzirme ve depresyon ilişkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Esmez, Z. (2009). Duygusal özgürleşme tekniğini (emotional freedom techniques – EFT) öğrenen uygulayıcıların tekniği algılayışları. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü / Antropoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. ve Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ, **323***(7307), 257-260.

Faisal-Cury, A., Menezes, P., Araya, R. ve Zugaib, M. (2009). Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Archives of Women's Mental Health, **12***(5), 335.

Falah-Hassani, K., Shiri, R. ve Dennis, C.-L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders, **198***, 142-147.

Fang, J., Jin, Z., Wang, Y., Li, K., Kong, J., Nixon, E. E. ve ark. (2009). The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: Limbic-paralimbic- neocortical network modulation. *Human Brain Mapping, **30***(4), 1196-1206.

Fard, F. E., Mirghafourvand, M., Mohammad-Alizadeh Charandabi, S., Farshbaf-Khalili, A., Javadzadeh, Y. ve Asgharian, H. (2017). Effects of zinc and magnesium supplements on postpartum depression and anxiety: A randomized controlled clinical trial. *Women & Health, **57***(9), 1115-1128.

Fathi, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S. ve Mirghafourvand, M. (2018). Maternal self-efficacy, postpartum depression, and their relationship with functional status in Iranian mothers. *Women & Health, **58***(2), 188-203.

Feinstein, D. (2008). Energy psychology: A review of the preliminary evidence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, **45***(2), 199.

Feinstein, D. (2010). Rapid treatment of PTSD: Why psychological exposure with acupoint tapping may be effective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, ***47***(3), 385.

Feinstein, D. (2012). Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy. *Review of General Psychology*, ***16***(4), 364-380.

Feinstein, D. (2019). Energy psychology: Efficacy, speed, mechanisms. *Explore*, ***15***(5), 340-351.

Feinstein, D. ve Church, D. (2010). Modulating gene expression through psychotherapy: the contribution of noninvasive somatic interventions. *Review of General Psychology*, ***14***(4), 283-295.

Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E. ve ark. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, ***15***(1), 1-8.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O. ve Figueiredo, B. (2009). Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, ***32***(4), 454-460.

Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Schanberg, S. ve Kuhn, C. (2005). Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *International Journal of Neuroscience*, ***115***(10), 1397-1413.

Figueira, P., Malloy-Diniz, L., Campos, S. B., Miranda, D. M., Romano-Silva, M. A., De Marco, L. ve ark. (2010). An association study between the Val66Met polymorphism of the BDNF gene and postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, ***13***(3), 285-289.

Fitch III, J., Schmuldt, L. ve Rudick, K. L. (2011). Reducing state communication anxiety for public speakers: An energy psychology pilot study. *Journal of Creativity in Mental Health*, ***6***(3), 178-192.

Forty, L., Jones, L., Macgregor, S., Caesar, S., Cooper, C., Hough, A. ve ark. (2006). Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *American Journal of Psychiatry*, ***163***(9), 1549-1553.

Fox, L. (2013). Is acupoint tapping an active ingredient or an inert placebo in emotional freedom techniques (EFT)? A randomized controlled dismantling study. *Energy Psychol Theory Res Treat*, ***5***(2), 15-28.

Freeman, M. P., Fava, M., Lake, J., Trivedi, M. H., Wisner, K. L. ve Mischoulon, D. (2010). Complementary and alternative medicine in major depressive disorder: the American Psychiatric Association Task Force report. *Journal of Clinical Psychiatry, **71***(6), 669.

Freeman, M. P., Hibbeln, J. R., Wisner, K. L., Davis, J. M., Mischoulon, D., Peet, M. ve ark. (2006). Omega-3 fatty acids: evidence basis for treatment and future research in psychiatry. *Journal of Clinical Psychiatry, **67***(12), 1954.

Freeman, M. P. ve Rapaport, M. H. (2011). Omega-3 fatty acids and depression: from cellular mechanisms to clinical care. *The Journal of Clinical Psychiatry, **72***(2), 258-259.

Frieder, A., Fersh, M., Hainline, R. ve Deligiannidis, K. M. (2019). Pharmacotherapy of postpartum depression: current approaches and novel drug development. *CNS Drugs, **33***(3), 265-282.

Friedman, L. E., Gelaye, B., Sanchez, S. E. ve Williams, M. A. (2020). Association of social support and antepartum depression among pregnant women. *Journal of Affective Disorders, **264***, 201-205.

Gaesser, A. H. ve Karan, O. C. (2017). A randomized controlled comparison of Emotional Freedom Technique and Cognitive-Behavioral Therapy to reduce adolescent anxiety: A pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, **23***(2), 102-108.

Gale, S. ve Harlow, B. L. (2003). Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, **24***(4), 257-266.

Gallo, F. (2013). Energy for healing trauma, energy psychology and the efficient treatment of trauma and PTSD. *Energy Psychology Journal, **5***(1).

Gallo, F. P. (2009). Energy psychology in rehabilitation: Origins, clinical applications, and theory. *Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment, **1***(1), 57-72.

Gao, P., Gao, X., Fu, T., Xu, D. ve Wen, Q. (2015). Acupuncture: Emerging evidence for its use as an analgesic. *Experimental and Therapeutic Medicine, **9***(5), 1577-1581.

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. ve Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, ***106***(5), 1071-1083.

Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G. ve ark. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary. In *AHRQ Evidence Report Summaries*: Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Gelaye, B., Barrios, Y. V., Zhong, Q. Y., Rondon, M. B., Borba, C. P., Sánchez, S. E. ve ark. (2015). Association of poor subjective sleep quality with suicidal ideation among pregnant Peruvian women. *General Hospital Psychiatry, **37***(5), 441-447.

Gelenberg, A., Freeman, M., Markowitz, J., Rosenbaum, J., Thase, M., Trivedi, M. ve ark. (2010). American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry, **167***(suppl).

Gentile, S. (2017). Untreated depression during pregnancy: Short-and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience, **342***, 154-166.

Ghamsari, M. S. ve Lavasani, M. G. (2015). Effectiveness of emotion freedom technique on pregnant women's perceived stress and resilience. *Journal of Education and Sociology, **6***(2), 118-122.

Gibson, J., McKenzie- McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J. ve Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica, **119***(5), 350-364.

Gilbert Evans, S. E., Ross, L. E., Sellers, E. M., Purdy, R. H. ve Romach, M. K. (2005). 3α-reduced neuroactive steroids and their precursors during pregnancy and the postpartum period. *Gynecological Endocrinology, **21***(5), 268-279.

Golbasi, Z., Kelleci, M., Kisacik, G. ve Cetin, A. (2010). Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Maternal and Child Health Journal, **14***(4), 485-491.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, **9***(1), 139-145.

Goldstein, J. M., Jerram, M., Poldrack, R., Ahern, T., Kennedy, D. N., Seidman, L. J. ve ark. (2005). Hormonal cycle modulates arousal circuitry in women using functional magnetic resonance imaging. *Journal of Neuroscience, **25***(40), 9309-9316.

Gong, H., Ni, C., Shen, X., Wu, T. ve Jiang, C. (2015). Yoga for prenatal depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, **15***(1), 14.

Gong, W., Yu, M., Taylor, B., Cai, Y. ve Xu, D. (2019). Influences on coping styles during pregnancy, and association with postpartum depression: a cohort study.

Goodman, J. H. ve Santangelo, G. (2011). Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health, **14***(4), 277-293.

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M. ve Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, **14***(1), 1-27.

Gottlieb, B. H. ve Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research, **69***(5), 511-520.

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F. ve Lykeridou, K. (2013). Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. *Archives of Women's Mental Health, **16***(5), 353-361.

Grace, S. L., Evindar, A. ve Stewart, D. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health, **6***(4), 263-274.

Green, S. M., Donegan, E., McCabe, R. E., Streiner, D. L., Agako, A. ve Frey, B. N. (2020). Cognitive behavioral therapy for perinatal anxiety: A randomized controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, **54***(4), 423-432.

Greenberg, L. S. ve Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*: American Psychological Association.

Gregoire, A., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A. ve Studd, J. (1996). Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Obstetrical & Gynecological Survey, **51***(9), 510-512.

Gress-Smith, J. L., Luecken, L. J., Lemery-Chalfant, K. ve Howe, R. (2012). Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants. *Maternal and Child Health Journal, **16***(4), 887-893.

Gressier, F., Rotenberg, S., Cazas, O. ve Hardy, P. (2015). Postpartum electroconvulsive therapy: a systematic review and case report. *General Hospital Psychiatry, **37***(4), 310-314.

Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C.-L., Koren, G. ve ark. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on

perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry, **74***(4), 321-341.

Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S. ve Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry, **67***(10), 1012-1024.

Grote, N. K., Swartz, H. A., Geibel, S. L., Zuckoff, A., Houck, P. R. ve Frank, E. (2009). A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services, **60***(3), 313-321.

Guardino, C. M. ve Dunkel Schetter, C. (2014). Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychology Review, **8***(1), 70-94.

Gump, B. B., Reihman, J., Stewart, P., Lonky, E., Darvill, T., Granger, D. A. ve ark. (2009). Trajectories of maternal depressive symptoms over her child's life span: Relation to adrenocortical, cardiovascular, and emotional functioning in children. *Development and Psychopathology, **21***(1), 207-225.

Gurret, J. M., Caufour, C., Palmer-Hoffman, J. ve Church, D. (2012). Post-earthquake rehabilitation of clinical PTSD in Haitian seminarians. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment, **4***(2), 26-34.

Gutiérrez-Zotes, A., Labad, J., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Gelabert, E., Jover, M. ve ark. (2016). Coping strategies for postpartum depression: a multi-centric study of 1626 women. *Archives of Women's Mental Health, **19***(3), 455-461.

Gülseren, L. (2013). Lohusalık ve Ruh Sağlığı. İçinde Ş. Yüksel, L. Gülseren, A. D. Başterzi (Ed.), *Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı.* Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 287-297.

Gülsoy, A. (2020). Kadınlarda kişilik özellikleri ve bilişsel duygu düzenleme becerilerinin doğum sonrası psikolojik belirtiler ile ilişkisi. Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Güneri, S. E. (2013). Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, **4***(3), 482-496.

Hall, H., Cant, R., Munk, N., Carr, B., Tremayne, A., Weller, C. ve ark. (2020). The effectiveness of massage for reducing pregnant women's anxiety and depression; systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 102818.

Hamilton, M. (1960). Arating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, **23***, 5642.

Harris, B., Lovett, L., Newcombe, R. G., Read, G. F., Walker, R. ve Riad-Fahmy, D. (1994). Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *BMJ, **308***(6934), 949-953.

Hartmann, S. (2011). Energy EFT Master Practitioner Sertifikasyon Eğitimi. Çev: Ata, S. İstanbul:

Dragon Rising Yayınları.

Hartmann, S. (2016a). Enerji EFT. İstanbul: Pegasus Yayınları. 13-254.

Hartmann, S. (2016b). Enerji EFT'sinin Temelleri Eğitim Kitabı. Çev: Özgür, C., Dedeoğlu, E. Eastbourne: Guild of Energists Ltd.

Hartung, J. ve Stein, P. (2012). Telephone delivery of EFT (Emotional Freedom Techniques) remediates PTSD symptoms in veterans: A randomized controlled trial. *Energy Psychol, **4***(1), 33-42.

Haseli, A. ve Mohammadi, S. (2019). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Postpartum Depression: A Review and Meta-Analysis Study. *International Journal of Health Studies, **5***(4).

Haslam, D. M., Pakenham, K. I. ve Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self- efficacy. *Infant Mental Health Journal, **27***(3), 276-291.

Hassan Zahraee, R., Fahami, F., Ahmadi, Z. ve Bashardoost, N. (2003). Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences, **7***(1), 19-24.

Hodge, P. ve Jurgens, C. Y. (2011). A pilot study of the effects of Emotional Freedom Techniques in psoriasis. *Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment, **3***(2), 13-24.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. ve Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, **36***(5), 427-440.

Honey, K., Morgan, M. ve Bennett, P. (2003). A stress-coping transactional model of low mood following childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, **21***(2), 129-143.

Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K. ve Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med, **10***(5), e1001452.

Huang, R., Yang, D., Lei, B., Yan, C., Tian, Y., Huang, X. ve ark. (2020). The short-and long-term effectiveness of mother–infant psychotherapy on postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, **260***, 670-679.

Huguet, A., Miller, A., Kisely, S., Rao, S., Saadat, N. ve McGrath, P. J. (2018). A systematic review and meta-analysis on the efficacy of Internet-delivered behavioral activation. *Journal of Affective Disorders, **235***, 27-38.

Hui, K. K., Liu, J., Makris, N., Gollub, R. L., Chen, A. J., I. Moore, C. ve ark. (2000). Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects. *Human Brain Mapping, **9***(1), 13-25.

Husain, N., Cruickshank, K., Husain, M., Khan, S., Tomenson, B. ve Rahman, A. (2012). Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in British Pakistani mothers: a cohort study. *Journal of Affective Disorders, **140***(3), 268-276.

İnangil, D., Vural, P. I., Doğan, S. ve Körpe, G. (2020). Effectiveness of music therapy and emotional freedom technique on test anxiety in Turkish nursing students: A randomised controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine, **33***, 101041.

Iranpour, S., Kheirabadi, G. R., Esmaillzadeh, A., Heidari-Beni, M. ve Maracy, M. R. (2016). Association between sleep quality and postpartum depression. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences, **21***.

Irgens, A., Dammen, T., Nysæter, T. E. ve Hoffart, A. (2012). Thought Field Therapy (TFT) as a treatment for anxiety symptoms: A randomized controlled trial. *Explore, **8***(6), 331-338.

Jain, S ve Rubino, A. (2012). The effectiveness of emotional freedom techniques for optimal test performance. *Energy Psychol J, **4***, 15-25.

Jasubhai, S. ve Mukundan, C. (1998). Cognitive Behavioural Therapy and Emotional Freedom Technique in reducing anxiety and depression in Indian adults. *Int J Emerg Ment Health, **20***(2), 403.

Johansson, R. ve Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics, **12***(7), 861-870.

Jones, C. J., Creedy, D. K. ve Gamble, J. A. (2011). Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: a national survey. *Journal of Midwifery & Women's Health, **56***(4), 353-361.

Jones, C. J., Creedy, D. K. ve Gamble, J. A. (2012). Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Women and Birth, **25***(1), 23-28.

Kabakçı, E. (2001) Üniversite öðrencilerinde sosyotropik/otonomik kişilik özellikleri, yaşam olayları ve depresif belirtiler. *Turk Psikiyatri Dergisi*, ***12***, 273-282

Kalla, M., Simmons, M., Robinson, A. ve Stapleton, P. (2018). Emotional freedom techniques (EFT) as a practice for supporting chronic disease healthcare: a practitioners' perspective. *Disability and Rehabilitation, **40***(14), 1654-1662.

Kanes, S. J., Colquhoun, H., Doherty, J., Raines, S., Hoffmann, E., Rubinow, D. R. ve ark. (2017). Open- label, proof- of- concept study of brexanolone in the treatment of severe postpartum depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, **32***(2), e2576.

Karaçam, Z., Çoban, A., Akbaş, B. ve Karabulut, E. (2018). Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis. *Health Care for Women International, **39***(7), 821-841.

Karaçam, Z. ve Kitiş, Y. (2008). The postpartum depression screening scale: Its reliability and validity for the Turkish population. *Turkish Journal of Psychiatry, **19***(2).

Karatzias, T., Power, K., Brown, K., McGoldrick, T., Begum, M. ve ark. (2011). A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. *The Journal of Nervous and Mental Disease, **199***(6), 372-378.

Kaya, M., Genç, M., Kaya, B. ve Pehlivan, E. (2007). Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi, **18***(2), 137-146.

Kesebir, S. ve Aksoy, A. E. (2010). Üreme hormonları ve duygudurum bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, **2***(3), 281–307.

Kılınç, S. ve Torun, F. (2011). Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi, **86***(1), 39-47.

Kim, S., Soeken, T. A., Cromer, S. J., Martinez, S. R., Hardy, L. R. ve Strathearn, L. (2014). Oxytocin and postpartum depression: delivering on what's known and what's not. *Brain Research, **1580***, 219-232.

Kırpınar, İ., Çayköylü, A. ve Coşkun, İ. v. a. (1996). Postpartum Psikoz Gelişen Kadınların Demografik ve Klinik Özellikleri. *Düşünen Adam, **9***(2), 35-40.

Kızrak, S. B. (2019). Doğum sonu dönemde verilen ebelik bakımının maternal bağlanma ve posttravmatik gelişime etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yüsek Lisans Tezi, Isparta.

Koyun, A., Taskin, L. ve Terzioglu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemsirelik yaklasimlarinin degerlendirilmesi. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, **3***(1), 67.

Krause, D., Jobst, A., Kirchberg, F., Kieper, S., Härtl, K., Kästner, R. ve ark. (2014). Prenatal immunologic predictors of postpartum depressive symptoms: a prospective study for potential diagnostic markers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, **264***(7), 615-624.

Kurtçu, A. ve Gölbaşı, Z. (2014). Postpartum depresyon: Birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin bilgi ve görüşleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, **28***(3), 93-99.

Kwak, H.-Y., Choi, E.-J., Kim, J.-W., Suh, H.-W. ve Chung, S.-Y. (2020). Effect of the Emotional Freedom Techniques on anger symptoms in Hwabyung patients: A comparison with the progressive muscle relaxation technique in a pilot randomized controlled trial. *Explore, **16***(3), 170-177.

Lake, J. (2014). A review of select CAM modalities for the prevention and treatment of PTSD. *Psychiatric Times, **31***(7), 29-29.

Lambrou, P., Pratt, G. ve Chevalier, G. (2003). Physiological and psychological effects of a mind/body therapy on claustrophobia. *Subtle Energies & Energy Medicine Journal Archives, **14***(3).

Lane, J. (2009). The neurochemistry of counterconditioning: Acupressure desensitization in psychotherapy. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment, **1***(1), 31-44.

Lavender, T. ve Walkinshaw, S. A. (1998). Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth, **25***(4), 215-219.

Leahy-Warren, P. ve McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery, **27***(6), 802-810.

Leahy- Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First- time mothers: social support, maternal parental self- efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing, **21***(3- 4), 388-397.

Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M. S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W. ve Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, ***110***(5), 1102-1112.

Leger, J. ve Letourneau, N. (2015). New mothers and postpartum depression: a narrative review of peer support intervention studies. *Health & Social Care In The Community, **23***(4), 337-348.

Letourneau, N., Stewart, M., Dennis, C. L., Hegadoren, K., Duffett- Leger, L. ve Watson, B. (2011). Effect of home-based peer support on maternal–infant interactions among women with postpartum depression: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, ***20***(5), 345-357.

Li, H. J., Martinez, P. E., Li, X., Schenkel, L. A., Nieman, L. K., Rubinow, D. R. ve Schmidt, P. J. (2019). Transdermal estradiol for postpartum depression: results from a pilot randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Archives of Women's Mental Health*, 1-12.

Li, W., Yin, P., Lao, L. ve Xu, S. (2019). Effectiveness of acupuncture used for the management of postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *BioMed Research International, **2019***.

Li, Z., Liu, Y., Wang, J., Liu, J., Zhang, C. ve Liu, Y. (2020). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for perinatal depression: A systematic review and meta- analysis. *Journal of Clinical Nursing, **29***(17-18), 3170-3182.

Llewellyn-Edwards, T. ve Llewellyn-Edwards, M. (2012). The effect of EFT (Emotional Freedom Techniques) on soccer performance. *Fidelity: Journal for the National Council of Psychotherapy, **47***, 14-19.

Lojewski, J., Flothow, A., Harth, V. ve Mache, S. (2018). Employed and expecting in Germany: A qualitative investigation into pregnancy-related occupational stress and coping behavior. *Work, **59***(2), 183-199.

Loughnan, S. A., Sie, A., Hobbs, M. J., Joubert, A. E., Smith, J., Haskelberg, H. ve ark. (2019). A randomized controlled trial of 'MUMentum Pregnancy': Internet-delivered cognitive behavioral therapy program for antenatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders, **243***, 381-390.

MacArthur, C., Winter, H., Bick, D., Knowles, H., Lilford, R., Henderson ve ark. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet, **359***(9304), 378-385.

Madazlı, R. (2005). Gebelik ve stres. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, **47,*** 61-62.

Magdalena, C.-D. ve Tamara, W.-K. (2020). Antenatal and postnatal depression–Are Polish midwives really ready for them? *Midwifery, **83***, 102646.

Mah, B. L., Van IJzendoorn, M. H., Smith, R. ve Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). Oxytocin in postnatally depressed mothers: its influence on mood and expressed emotion. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, **40***, 267-272.

Maharaj, M. (2016). Differential gene expression after Emotional Freedom Techniques (EFT) treatment: A novel pilot protocol for salivary mRNA assessment. *Energy Psychol Theory Res Treat, **8***(1), 17-32.

Marakoğlu, K., Özdemir, S. ve Çivi, S. (2009). Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, **29***(1), 206-214.

Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology, **16***(1).

Mardjan, M., Prabandari, Y. S., Hakimi, M. ve Marchira, C. R. (2018). Emotional Freedom Techniques for Reducing Anxiety and Cortisol Level in Pregnant Adolescent Primiparous. *Unnes Journal of Public Health, **7***(1), 1-6.

Markowitz, J. C., Milrod, B., Luyten, P. ve Holmqvist, R. (2019). Mentalizing in interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, **72***(4), 95-100.

Martin, S. D., Martin, E., Rai, S. S., Richardson, M. A. ve Royall, R. (2001). Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or

venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. *Archives of General Psychiatry, **58***(7), 641-648.

Mauthner, N. S. (1997). Postnatal depression: how can midwives help? *Midwifery, **13*(**4), 163-171.

McCallion, F. (2012). Emotional freedom techniques for dyslexia: A case study. *Energy Psychology Journal, 4.2: Theory, Research, and Treatment, **35***.

McClintock, S. M., Choi, J., Deng, Z. D., Appelbaum, L. G., Krystal, A. D. ve Lisanby, S. H. (2014). Multifactorial determinants of the neurocognitive effects of electroconvulsive therapy. *The journal of ECT, **30***(2), 165.

McCloskey, R. J. ve Reno, R. (2019). Complementary health approaches for postpartum depression: A systematic review. *Social Work in Mental Health, **17***(1), 106-128.

McGregor, M., Coghlan, M. ve Dennis, C. L. (2014). The effect of physician- based cognitive behavioural therapy among pregnant women with depressive symptomatology: a pilot quasi- experimental trial. *Early Intervention In Psychiatry, **8***(4), 348-357.

Mehri, M., Iravani, M., Bargard, M. S. ve Hosein, M. (2018). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy-based self-management on depression in Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *J Biochem Tech*, 95-100.

Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M.-Y. ve Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics and Gynecology, **116***(5), 1064.

Milgrom, J., Danaher, B. G., Gemmill, A. W., Holt, C., Holt, C. J., Seeley, J. R. ve ark. (2016). Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: a randomized controlled trial of MumMoodBooster. *Journal of Medical Internet Research, **18***(3), e54.

Milgrom, J. ve Gemmill, A. W. (2014). Screening for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, **28***(1), 13-23.

Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J. ve ark. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders, **108***(1-2), 147-157.

Milgrom, J., Gemmill, A. W., Ericksen, J., Burrows, G., Buist, A. ve Reece, J. (2015). Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline

and combination therapy: a randomised controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, **49***(3), 236-245.

Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C. ve Gemmill, A. W. (2019). Social Support— A Protective Factor for Depressed Perinatal Women? *International Journal of Environmental Research and Public Health, **16***(8), 1426.

Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmill, A. W., McNeil, M. ve Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology, **44***(4), 529-542.

Miller, B. J., Murray, L., Beckmann, M. M., Kent, T. ve Macfarlane, B. (2013). Dietary supplements for preventing postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10).

Mindell, J. A., Cook, R. A. ve Nikolovski, J. (2015). Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Medicine, **16***(4), 483-488.

Minewiser, L. (2017). Six sessions of Emotional Freedom Techniques remediate one veteran's combat-related post-traumatic stress disorder. *Medical Acupuncture, **29***(4), 249-253.

Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Malakoti, J., Sohrabi, F. ve Shokranian, N. (2013). The Effect of telephone support on postpartum depression: a randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences, **2***(2), 147.

Molyneaux, E., Howard, L. M., McGeown, H. R., Karia, A. M. ve Trevillion, K. (2014). Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9).

Montgomery, S. ve Åsberg, M. (1979). *A new depression scale designed to be sensitive to change*: Acad. *The British Journal of Psychiatry, **134***, 382-389

Montgomery, P., Grant, S., Mayo-Wilson, E., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S. ve ark. (2018). Reporting randomised trials of social and psychological interventions: the CONSORT-SPI 2018 Extension. *Trials, **19***(1), 1-14.

Moran, C. (2012). Introducing Emotional Freedom Techniques. Speechmark Publishing. New York: USA ISBN: 9780863887796.

Moretti, M. E., Maxson, A., Hanna, F. ve Koren, G. (2009). Evaluating the safety of St. John's Wort in human pregnancy. *Reproductive Toxicology, **28***(1), 96-99.

Morikawa, M., Okada, T., Ando, M., Aleksic, B., Kunimoto, S., Nakamura, Y. ve ark. (2015). Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. *Scientific Reports, **5***(1), 1-9.

Morrell, C. J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S. J. ve ark. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ, **338***.

Moura, D., Canavarro, M. C. ve Figueiredo-Braga, M. (2016). Oxytocin and depression in the perinatal period—a systematic review. *Archives of Women's Mental Health, **19***(4), 561-570.

Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B. ve 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.

Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R. ve Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy, **39***(5), 555-565.

Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I. ve Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, **50***(5), 460-470.

Nakamura, A., van der Waerden, J., Melchior, M., Bolze, C., El-Khoury, F. ve Pryor, L. (2019). Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, **246***, 29-41.

Nakić Radoš, S., Sawyer, A., Ayers, S. ve Burn, E. (2018). Coping styles associated with post-traumatic stress and depression symptoms following childbirth in croatian women. *Psihologijske Teme, **27***(3), 543-559.

Napadow, V., Dhond, R., Park, K., Kim, J., Makris, N., Kwong, K. K. ve ark. (2009). Time-variant fMRI activity in the brainstem and higher structures in response to acupuncture. *Neuroimage, **47***(1), 289-301.

National Institute for Health and Care Excellence Guideline (NICE) (2010). Depression: The Treatment And Management of Depression in Adults (updated edition). Erişim: 05.02.2018 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22132433/

National Institute for Health and Care Excellence Guideline (NICE) (2017). Antenatal And Postnatal Mental Health: Clinical Management And Service Guidance Erişim: 05.02.2018 https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-Recommendations#treating-specific-mental-health-problems-in-pregnancy-and-the-postnatal-period

National Institute for Health and Care Excellence Guideline (NICE) (December, 2018). Post-traumatic stress disorder [A] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in children, young people and adults. Erişim: 08.10.2019 https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/c-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-prevention-of-ptsd-in-adults-pdf-6602621007

Navarro, P., García-Esteve, L., Ascaso, C., Aguado, J., Gelabert, E. ve Martín-Santos, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, ***109***(1-2), 171-176.

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A. ve Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal, **17***(4), 616-623.

Nelms, J. A. ve Castel, L. (2016). A systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials of clinical emotional freedom techniques (EFT) for the treatment of depression. *Explore, **12***(6), 416-426.

Ng, Q. X., Venkatanarayanan, N., Loke, W., Yeo, W. S., Lim, D. Y., Chan, H. W. ve ark. (2019). A meta-analysis of the effectiveness of yoga-based interventions for maternal depression during pregnancy. *Complementary Therapies In Clinical Practice, **34***, 8-12.

Ngai, F. W., Wong, P. W. C., Leung, K. Y., Chau, P. H. ve Chung, K. F. (2015). The effect of telephone-based cognitive-behavioral therapy on postnatal depression: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, **84***(5), 294-303. Nguyen, J. (2017). A literature review of alternative therapies for postpartum depression. *Nursing for Women's Health, **21***(5), 348-359.

Nicole, L., Duffett- Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C. L., Rinaldi, C. M. ve ark. (2007). Canadian mothers' perceived support needs during postpartum

depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, **36***(5), 441-449.

Nicosia, G. J., Minewiser, L. ve Freger, A. (2019). World Trade Center: A longitudinal case study for treating Post Traumatic Stress Disorder with Emotional Freedom Technique and Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Work, **63***(2), 199-204.

Noonan, M., Jomeen, J., Galvin, R. ve Doody, O. (2018). Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. *Women and Birth, **31***(6), e358-e366.

Norhayati, M., Hazlina, N. N., Asrenee, A. ve Emilin, W. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of Affective Disorders, **175***, 34-52.

O'Hara, M. W. ve McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, **9***, 379-407.

O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A. ve Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology, **100***(1), 63.

O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L. ve Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry, **57***(11), 1039-1045.

O'Hara, M. W. ve Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry, **8***(1), 37-54.

O'Heron, C. A. (1992). Coping and postpartum depression: An analysis of coping and depression during pregnancy and the puerperium. https://www.elibrary.ru/item.asp?id=5835984

O'mahen, H., Richards, D., Woodford, J., Wilkinson, E., McGinley, J., Taylor, R. S. ve ark. (2014). Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychological Medicine, **44***(8), 1675-1689.

O'Hara, M. W. ve Engeldinger, J. (2018). Treatment of postpartum depression: recommendations for the clinician. *Clinical Obstetrics and Gynecology, **61***(3), 604-614.

Okun, M. L., Mancuso, R. A., Hobel, C. J., Schetter, C. D. ve Coussons-Read, M. (2018). Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *Journal of Behavioral Medicine, **41***(5), 703-710.

Onyemaechi, C. I., Afolabi, A. B. ve Ifeagwazi, C. M. (2017). Postpartum depression: the role of self-esteem, social support and age. *IFE PsychologIA: An International Journal, **25***(2), 105-115.

Oren, D. A., Wisner, K. L., Spinelli, M., Epperson, C. N., Peindl, K. S., Terman, J. S. ve ark. (2002). An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *American Journal of Psychiatry, **159***(4), 666-669.

Ortner, N. (2017). *EFT İle Mucizevi İyileşme.* (Çev: H. Ü. Haktanır). İstanbul: Koridor Yayıncılık.

Orzechowska, A., Zajączkowska, M., Talarowska, M. ve Gałecki, P. (2013). Depression and ways of coping with stress: A preliminary study. *Medical science monitor: international Medical Journal of Experimental and Clinical Research, **19,*** 1050.

Oskay, Ü. (2004). Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi, **12***(1), 11-16.

Ölçer, Z. ve Oskay, Ü. (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, **12***(2), 85-92.

Öner, N. (1997). *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler Bir Başvuru Kaynağı.* Üçüncü baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Öner, N. ve Le Compte, A. (1983). *Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri el kitabı* İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Özcan, B. (2004). *Aşamalı Kas Gevşetme (Progressıve Muscular Relaxatıon) ve Duygusal Özgürleşme (Emotional Freedom Technique-EFT) Tekniklerinin Sınav Kaygısı Üzerindeki Etkinliklerinin Araştırılması.* K.K.T.C. Yakın Dogu Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.

Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E. ve Dinç, H. (2017). Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing, **31***(4), 420-428.

Özcan, Ö. ve Çelik, G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri J. Child Psychiatry-Special Topics, **3***(2), 115-120.

Patterson, S. L. (2016). The effect of emotional freedom technique on stress and anxiety in nursing students: A pilot study. *Nurse Education Today, **40***, 104-110.

Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S. ve Weisman, C. S. (2013). Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics, **131***(4), e1218-e1224.

Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, **89***, 50-58.

Pearlstein, T. (2015). Depression during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, **29***(5), 754-764.

Posmontier, B., Neugebauer, R., Stuart, S., Chittams, J. ve Shaughnessy, R. (2016). Telephone- administered interpersonal psychotherapy by Nurse-Midwives for postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health, **61***(4), 456-466.

Poyatos- León, R., García- Hermoso, A., Sanabria- Martínez, G., Álvarez- Bueno, C., Cavero- Redondo, I. ve Martínez- Vizcaíno, V. (2017). Effects of exercise- based interventions on postpartum depression: A meta- analysis of randomized controlled trials. *Birth, **44***(3), 200-208.

Prevatt, B.-S., Lowder, E. M. ve Desmarais, S. L. (2018). Peer-support intervention for postpartum depression: Participant satisfaction and program effectiveness. *Midwifery, **64***, 38-47.

Pugh, N. E., Hadjistavropoulos, H. D. ve Dirkse, D. (2016). A randomised controlled trial of therapist-assisted, internet-delivered cognitive behavior therapy for women with maternal depression. *PloS One, **11***(3), e0149186.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, **1***(3), 385-401.

Rai, S., Pathak, A. ve Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry, **57***(Suppl 2), S216.

Rancour, P. (2017). The Emotional Freedom Technique: Finally, a Unifying Theory for the Practice of Holistic Nursing, or Too Good to Be True? *Journal of Holistic Nursing, **35***(4), 382-388.

Ravindran, A. V., Lam, R. W., Filteau, M. J., Lespérance, F., Kennedy, S. H., Parikh, S. V. ve ark. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults.: V. Complementary and alternative medicine treatments. *Journal of Affective Disorders, **117***, S54-S64.

Reay, R. E., Mulcahy, R., Wilkinson, R. B., Owen, C., Shadbolt, B. ve Raphael, B. (2012). The development and content of an interpersonal psychotherapy group for postnatal depression. *International Journal of Group Psychotherapy, **62***(2), 221-251.

Reid, K. M. ve Taylor, M. G. (2015). Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Social Science Research, **54***, 246-262.

Reynolds, A. (2015). Is acupoint stimulation an active ingredient in Emotional Freedom Techniques (EFT)? A controlled trial of teacher burnout. *Energy Psychol: Theory Res Treat. , **7***, 14-21.

Reza, N., Deligiannidis, K. M., Eustis, E. H. ve Battle, C. L. (2018). Complementary health practices for treating perinatal depression. *Obstetrics and Gynecology Clinics, **45***(3), 441-454.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. ve Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, **26***(4), 289-295.

Robson, P. ve Robson, H. (2010). The challenges and opportunities of introducing thought field therapy (TFT) following the Haiti earthquake. *Energy Psychology Journal, 4.1: Theory, Research, and Treatment, **4***, 41.

Rogers, R. ve Sears, S. (2015). Emotional Freedom Techniques (EFT) for stress in students: A randomized controlled dismantling study. *Energy, **7***, 27.

Roman, M., Constantin, T. ve Bostan, C. M. (2020). The efficiency of online cognitive-behavioral therapy for postpartum depressive symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Women & Health, **60***(1), 99-112.

Rotheram, M., Maynard, I., Thomas, O., Bawden, M. ve Francis, L. (2012). Preliminary evidence for the treatment of type I 'yips': The efficacy of the emotional freedom techniques. *The Sport Psychologist, **26***(4), 551-570.

Rowe, J. E. (2005). The Effects of EFT on Long-Term Psychological Symptoms. *Counseling & Clinical Psychology Journal, **2***(3).

Ruden, R. A. (2005). A neurological basis for the observed peripheral sensory modulation of emotional responses. *Traumatology, **11***(3), 145-158.

Rudnicki, S. R., Graham, J. L., Habboushe, D. F. ve Ross, R. D. (2001). Social support and avoidant coping: correlates of depressed mood during pregnancy in minority women. *Women & Health, **34***(3), 19-34.

Salas, M. M., Brooks, A. J. ve Rowe, J. E. (2011). The immediate effect of a brief energy psychology intervention (Emotional Freedom Techniques) on specific phobias: A pilot study. *Explore, **7***(3), 155-161.

Savrun, M. (2005). Emosyonel sistem ve stres. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi*.

Sayar, G. H. ve Omay, O. (2019). Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Nedir? *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular, **12***(1), 1-6.

Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S. ve Rubinow, D. R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, ***20***(1), 48.

Schoninger, B. ve Hartung, J. (2010). Changes on self-report measures of public speaking anxiety following treatment with Thought Field Therapy. *Energy Psychology: Theory, Practice, Research, **2***(1), 13-26.

Scrandis, D. A. (2005). Normalizing postpartum depressive symptoms with social support. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, ***11***(4), 223-230.

Sebastian, B. ve Nelms, J. (2017). The effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the treatment of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Explore*, ***13***(1), 16-25.

Sedov, I. D., Cameron, E. E., Madigan, S. ve Tomfohr-Madsen, L. M. (2018). Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, ***38***, 168-176.

Sentürk, V., Abas, M., Berksun, O. ve Stewart, R. (2011). Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, ***11***(1), 48.

Seven, M. ve Akyüz, A. (2013). Postpartum Depresyon Gelişiminde Etkisi Az Bilinen Bir Faktör: Infertilite. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, ***10***(3), 7-11.

Sezgin, M. ve Özcan, B. (2009). High School Students: A Randomized Controlled Trial. *Energy*, ***1***(1), 23.

Sezgin, N. (2017). Tek oturumda uygulanan duygusal özgürlük tekniği (EFT)'nin yaratılan stres durumu üzerindeki etkileri. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, ***53***(1).

Sharp, D., Chew-Graham, C., Tylee, A., Lewis, G., Howard, L., Anderson, I. ve ark. (2010). A pragmatic randomised controlled trial to compare antidepressants with a community-based psychosocial intervention for the treatment of women with postnatal depression: the RESPOND trial. *Health Technol Assess, **14***(43), 1-153.

Sheikh, M., Hantoushzadeh, S., Shariat, M., Farahani, Z. ve Ebrahiminasab, O. (2017). The efficacy of early iron supplementation on postpartum depression, a randomized double-blind placebo-controlled trial. *European Journal of Nutrition, **56***(2), 901-908.

Sheldon, T. (2014). Psychological intervention including emotional freedom techniques for an adult with motor vehicle accident related posttraumatic stress disorder: a case study. *Current Research in Psychology*, ***5***(1), 40.

Shin, H. H., Shin, Y. H. ve Kim, G. E. (2016). Effect of cognitive behavioral therapy (CBT) for perinatal depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, ***17***(11), 271-284.

Shorey, S., Chan, S. W. C., Chong, Y. S. ve He, H. G. (2015). Predictors of maternal parental self-efficacy among primiparas in the early postnatal period. *Western Journal of Nursing Research, **37***(12), 1604-1622.

Smith- Nielsen, J., Tharner, A., Krogh, M. T. ve Vaever, M. S. (2016). Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long- term effects on infant cognitive, language, and motor development. *Scandinavian Journal of Psychology, **57***(6), 571-583.

Smith, C. A., Shewamene, Z., Galbally, M., Schmied, V. ve Dahlen, H. (2019). The effect of complementary medicines and therapies on maternal anxiety and depression in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, **245,*** 428-439.

Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, ***177,*** 7-21.

Sockol, L. E. (2018). A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. *Journal of Affective Disorders, **232***, 316-328.

Sockol, L. E., Epperson, C. N. ve Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review*, ***31***(5), 839-849.

Sockol, L. E., Epperson, C. N. ve Barber, J. P. (2013). Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, **33***(8), 1205-1217.

Sorias, S. (1982) Hasta ve normallerde yaşam olaylarının stres verici etkilerinin araştırılması. Ege Üniversitesi, Ege Tıp Fakültesi Psikiyatri Bilim Dalı, Doçentlik Tezi. İzmir.

Spinelli, M. G. ve Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry, **160***(3), 555-562.

Spinelli, M. G., Endicott, J., Leon, A. C., Goetz, R. R., Kalish, R. B., Brustman, L. E. ve ark. (2013). A controlled clinical treatment trial of interpersonal psychotherapy for depressed pregnant women at 3 New York City sites. *The Journal of Clinical Psychiatry, **74***(4), 393-399.

Stapleton, P., Bannatyne, A., Chatwin, H., Urzi, K.-C., Porter, B. ve Sheldon, T. (2017). Secondary psychological outcomes in a controlled trial of Emotional Freedom Techniques and cognitive behaviour therapy in the treatment of food cravings. *Complementary Therapies in Clinical Practice, **28***, 136-145.

Stapleton, P., Bannatyne, A. J., Urzi, K. C., Porter, B. ve Sheldon, T. (2016a). Food for thought: a randomised controlled trial of emotional freedom techniques and cognitive behavioural therapy in the treatment of food cravings. *Applied Psychology: Health and Well‐Being, **8***(2), 232-257.

Stapleton, P., Chatwin, H., William, M., Hutton, A., Pain, A., Porter, B. ve ark. (2016b). Emotional freedom techniques in the treatment of unhealthy eating behaviors and related psychological constructs in adolescents: A randomized controlled pilot trial. *Explore, **12***(2), 113-122.

Stapleton, P., Church, D., Sheldon, T., Porter, B. ve Carlopio, C. (2013). Depression symptoms improve after successful weight loss with emotional freedom techniques. *International Scholarly Research Notices, **2013***.

Stapleton, P., Clark, A., Sabot, D., Carter, B. ve Leech, K. (2020). Portion perfection and Emotional Freedom Techniques to assist bariatric patients post surgery: A randomised control trial. *Heliyon, **6***(6), e04058.

Stapleton, P., Crighton, G., Sabot, D. ve O'Neill, H. M. (2020). Reexamining the effect of emotional freedom techniques on stress biochemistry: A randomized controlled

trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, ***12***(8), 869– 877.

Stapleton, P., Lilley-Hale, E., Mackintosh, G. ve Sparenburg, E. (2020). Online Delivery of Emotional Freedom Techniques for Food Cravings and Weight Management: 2-Year Follow-Up. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, ***26***(2), 98-106.

Stapleton, P., Sheldon, T. ve Porter, B. (2010). Clinical benefits of Emotional Freedom Techniques on food cravings at 12-months follow-up: a randomized controlled trial. *Energy Psychology Journal, 4.1: Theory, Research, and Treatment*, ***13*.**

Stapleton, P. B. (2014). A feasibility study: Emotional freedom techniques for depression in Australian adults. *Current Research in Psychology*, ***5***(1).

Steel, J. L., Bress, K., Popichak, L., Evans, J. S., Savkova, A., Biala, M. ve ark. (2014). A systematic review of randomized controlled trials testing the efficacy of psychosocial interventions for gastrointestinal cancers. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, ***45***(2), 181-189.

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M. ve ark. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, ***384***(9956), 1800-1819.

Stein, P. ve Brooks, A. (2011). Efficacy of EFT provided by coaches vs. licensed therapists in veterans with PTSD. *Energy Psychology: Theory, Research and Treatment*, ***3***(1), 11-18.

Steiner, H., Erickson, S. J., Hernandez, N. L. ve Pavelski, R. (2002). Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health*, ***30***(5), 326-335.

Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P. ve Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*, ***14***(5), 463-472.

Stewart, D. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, ***51***(8), 1061.

Stewart, D. E. ve Boydell, K. M. (1993). Psychologic distress during menopause: associations across the reproductive life cycle. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, ***23***(2), 157-162.

Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S. L. ve Wallington, T. (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. *Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health*, 1-289.

Stewart, D. E. ve Vigod, S. (2016). Postpartum depression. *New England Journal of Medicine, **375***(22), 2177-2186.

Stewart, D. E. ve Vigod, S. N. (2019). Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine, **70,*** 183-196.

Stoffel, E. C. ve Craft, R. M. (2004). Ovarian hormone withdrawal-induced "depression" in female rats. *Physiology & Behavior, **83***(3), 505-513.

Stuart, S. (2006). Interpersonal psychotherapy: a guide to the basics. *Psychiatric Annals, **36***(8).

Stuart, S. (2012). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clinical psychology & Psychotherapy, **19***(2), 134-140.

Stuart, S. ve Robertson, M. (2012). *Interpersonal psychotherapy 2E a clinician's guide*: CRC Press.

Stuebe, A. M., Grewen, K. ve Meltzer-Brody, S. (2013). Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *Journal of Women's Health, **22***(4), 352-361.

Sutter-Dallay, A. L., Giaconne-Marcesche, V., Glatigny-Dallay, E. ve Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry, **19***(8), 459-463.

Swendsen, J. D. ve Mazure, C. M. (2000). Life stress as a risk factor for postpartum depression: Current research and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice, **7***(1), 17-31.

Swingle, P. (2010). Emotional Freedom Techniques (EFT) as an effective adjunctive treatment in the neurotherapeutic treatment of seizure disorders. *Energy Psychology: Theory, Research, & Treatment, **2***(1), 29-38.

Swingle, P. G., Pulos, L. ve Swingle, M. K. (2004). Neurophysiological indicators of EFT treatment of post-traumatic stress. *Subtle Energies & Energy Medicine Journal Archives, **15***(1).

Szegda, K., Markenson, G., Bertone-Johnson, E. R. ve Chasan-Taber, L. (2014). Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, **27***(9), 960-967.

Şahin, N. H. ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi, **10***(34), 56-73.

Tandon, S. D., Leis, J. A., Mendelson, T., Perry, D. F. ve Kemp, K. (2014). Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. *Maternal and Child Health Journal, **18***(4), 873-881.

Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (Genişletilmiş XIII. Basım). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

T. C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2009). *Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı.* Ankara. Erişim: 02.05.2018 https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/G%C3%BCvenli%20Annelik%20kat%C4%B1l%C4%B1mc%C4%B1%20kitab%C4%B11.pdf

T. C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı (2014). *Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi*. Ankara. Erişim: 02.05.2018 https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsbyr_2.pdf

Temple, G. ve Mollon, P. (2011). Reducing anxiety in dental patients using emotional freedom techniques (EFT): a pilot study. *Energy Psychol Theory Res Treat, **3***(2), 53-56.

Terman, J. S., Terman, M., Lo, E. S. ve Cooper, T. B. (2001). Circadian time of morning light administration and therapeutic response in winter depression. *Archives of General Psychiatry, **58***(1), 69-75.

Tezel, A. (2008). Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin/ebelerin sorumlulukları. . *Yeni Symposium Journal, **46***(4), 184-187.

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, **52***(2), 145-161.

Thombs, B. D., Saadat, N., Riehm, K. E., Karter, J. M., Vaswani, A., Andrews, B. K. ve ark. (2017). Consistency and sources of divergence in recommendations on screening with questionnaires for presently experienced health problems or

symptoms: a comparison of recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care, UK National Screening Committee, and US Preventive Services Task Force. *BMC Medicine, **15***(1), 150.

Tong, P., Dong, L. P., Yang, Y., Shi, Y. H., Sun, T. ve Bo, P. (2019). Traditional Chinese acupuncture and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Chinese Medical Association, 82*(9), 719-726.

Trede, K., Baldessarini, R. J., Viguera, A. C. ve Bottéro, A. (2009). Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé: a commentary. *Harvard Review of Psychiatry, **17***(2), 157-165.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Erişim: 06.05.2019 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2019a). *Dünya Nüfus Günü*. Erişim: 06.05.2019 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2020-33707

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2019b). *İstatistiklerle Kadın*. Ankara Erişim: 06.05.2019 https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33732#:~:text=T%C3%BCrkiye%20%C4%B0statistik%20Kurumu%2C%20%C4%B0statistiklerle%20Kad%C4%B1n%2C%202019&text=Adrese%20Dayal%C4%B1%20N%C3%BCfus%20Kay%C4%B1t%20Sistemi,2'sini%20ise%20erkekler%20olu%C5%9Fturdu.

Türkyılmaz, S. (2014). *Sağlık personelinin annelik hüznü ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamaları.* Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

van Bussel, J. C., Spitz, B. ve Demyttenaere, K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders, **114***(1-3), 232-242.

Vigod, S., Dennis, C. L., Daskalakis, Z., Murphy, K., Ray, J., Oberlander, T. ve ark. (2014). Transcranial direct current stimulation (tDCS) for treatment of major depression during pregnancy: study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials, **15***(1), 366.

Viveiros, C. J. ve Darling, E. K. (2019). Perceptions of barriers to accessing perinatal mental health care in midwifery: A scoping review. *Midwifery, **70***, 106-118.

Vural, P. I. ve Aslan, E. (2019). Emotional freedom techniques and breathing awareness to reduce childbirth fear: A randomized controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice, **35***, 224-231.

Waite, W. L. ve Holder, M. D. (2003). Assessment of the emotional freedom technique. *Sci Rev Ment Health Pract, **2***(1), 1-10.

Walton, G. D., Ross, L. E., Stewart, D. E., Grigoriadis, S., Dennis, C.-L. ve Vigod, S. (2014). Decisional conflict among women considering antidepressant medication use in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health, **17***(6), 493-501.

Wang, J. F., Tan, L. J., Mei, Q. X., Zheng, Q. H., Yang, S. B. ve Mei, Z. G. (2017). Meta analysis on acupuncture for postpartum depression. *World Journal of Acupuncture-Moxibustion, **27***(1), 28-34.

Wang, J., Liu, N., Sun, W., Chen, D., Zhao, J. ve Zhang, W. (2018). Association between vitamin D deficiency and antepartum and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of Gynecology and Obstetrics, **298***(6), 1045-1059.

Ward, H. B., Fromson, J. A., Cooper, J. J., De Oliveira, G. ve Almeida, M. (2018). Recommendations for the use of ECT in pregnancy: literature review and proposed clinical protocol. *Archives of Women's Mental Health, **21***(6), 715-722.

Wells, S., Polglase, K., Andrews, H., Carrington, P. ve Baker, A. (2003). Efficacy of a meridian based desensitization technique (EFT) versus diaphragmatic breathing in the treatment of specific phobias. *Journal of Clinical Psychology, **59***(9), 943-966.

World Health Organization (WHO) (2010). WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. Erişim: 28.02.2018. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70432/1/WHO_MPS_10.03 _eng.pdf

World Health Organization (WHO) (2015). Maternal Mental Health. Erişim: 03.08.2018 http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

Wirz-Justice, A., Bader, A., Frisch, U., Stieglitz, R.-D., Alder, J., Bitzer, J. ve ark. (2011). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of light therapy for antepartum depression. *The Journal of Clinical Psychiatry, **72***(7), 986-993.

Wu, M., Li, X., Feng, B., Wu, H., Qiu, C. ve Zhang, W. (2014). Poor sleep quality of third-trimester pregnancy is a risk factor for postpartum depression. *Medical*

*science monitor: international Medical Journal of Experimental and Clinical Research, **20***, 2740.

Xanthou, A. (2020). The Effectiveness of"EFT-Emotional Freedom Techniques"in People with Phobias. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health, **3***(1), 5-33.

Yılmaz, S. D. ve Beji, N. K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tip Dergisi, **20***(3).

Yim, I. S., Stapleton, L. R. T., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J. ve Schetter, C. D. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology, **11***.

Yu, M., Gong, W., Taylor, B., Cai, Y. ve Xu, D. R. (2020). Coping Styles in Pregnancy, Their Demographic and Psychological Influences, and Their Association with Postpartum Depression: A Longitudinal Study of Women in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, **17***(10), 3654.

Zaidi, F., Nigam, A., Anjum, R. ve Agarwalla, R. (2017). Postpartum depression in women: a risk factor analysis. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR, **11***(8), QC13.

Zajicek-Farber, M. L. (2009). Postnatal depression and infant health practices among high-risk women. *Journal of Child and Family Studies, **18***(2), 236.

Zhang, Y., Bin, F., Xie, J. P., Xu, F.Z. ve Jiong, C. (2011). Clinical study on treatment of the earthquake-caused post-traumatic stress disorder by cognitive-behavior therapy and acupoint stimulation. *Journal of Traditional Chinese Medicine, **31***(1), 60-63.

Zhang, Y. ve Jin, S. (2016). The impact of social support on postpartum depression: The mediator role of self-efficacy. *Journal of Health Psychology, **21***(5), 720-726.

Zheng, W., Cai, D. B., Sim, K., Ungvari, G. S., Peng, X. J., Ning, Y. P. ve ark. (2019). Brexanolone for postpartum depression: a meta-analysis of randomized controlled studies. *Psychiatry Research, **279,*** 83-89.

Zheng, X., Morrell, J. ve Watts, K. (2018). Changes in maternal self-efficacy, postnatal depression symptoms and social support among Chinese primiparous women during the initial postpartum period: A longitudinal study. *Midwifery, **62,*** 151-160.

Zigmond, A. S. ve Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, **67***(6), 361-370.

Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W., Pearlstein, T. ve Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry, **158***(4), 638-640.

Zörer, P. B., Akbulut, S. T. ve Dirik, G. (2019). Role of Attachment Patterns and Partner Support in Postpartum Depression. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, **11***(2), 154-166.

Zung, W. W., Richards, C. B. ve Short, M. J. (1965). Self-rating depression scale in an outpatient clinic: further validation of the SDS. *Archives of General Psychiatry, **13***(6), 508-515.

FORMLAR

EK 1: GEBELER İÇİN ANKET FORMU

Sevgili Katılımcılar,

Bu çalışma, duygusal özgürlük teknikleri (EFT)'nin doğum sonu depresyon üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Hazırlanan bu formu ve ölçekleri eksiksiz ve doğru olarak cevaplamanız, araştırmamızda sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için son derece önemlidir. Sorunun cevabı size göre ne ise seçeneklerin yanındaki ( ) içine X işareti koyunuz. Çalışmaya katılımınız gönüllüdür. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Yardımlarınız için teşekkürler.

Danışman: Doç. Dr. Neslihan ÖZCAN
Arş. Gör. Neriman GÜDÜCÜ
İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı

Tarih:

Anket no:

Tel no:

Eş/Yakın tel no:

Gebelik haftanız:

BÖLÜM I: SOSYO-DEMOGRAFİK SORULAR

1. Yaşınız:.....

2. Kilonuz:…….

3. Boyunuz:……

4. Evlenme yaşınız……..……..

5. Kaç yıldır evlisiniz?.....

6. Eğitim durumunuz nedir?

( )1-Okur-yazar değil ( )4-Ortaokul mezunu

( )2-Okur-yazar ( )5-Lise mezunu

( )3-İlkokul mezunu ( )6-Üniversite mezunu

7. Mesleğiniz nedir?

( )1-Ev hanımı ( )4-İşçi

( )2-Emekli ( )5-Serbest Meslek……..

( )3-Memur

8. Eşinizin yaşı……

9. Eşinizin eğitim durumu nedir?

( )1-Okur-yazar değil ( )4-Ortaokul mezunu

( )2-Okur-yazar ( )5-Lise mezunu

( )3-İlkokul mezunu ( )6-Yüksekokul mezunu

10. Evinizin gelir durumu nedir?

( )1-Geliri giderinden az

( )2-Geliri giderine denk

( )3-Geliri giderinden fazla

11. Sağlık güvenceniz var mı? ( )1-Var…….. ( )2-Yok

12. Aile tipiniz hangisidir?

( )1-Çekirdek aile (anne-baba-çocuklar)

( )2-Geniş aile (anne-baba-çocuklar-akrabalar)

( )3-Parçalanmış aile

BÖLÜM II: JİNEKOLOJİK-OBSTETRİK SORULAR

1. İlk doğum yaşınız?.....

2.

Gebelik Sayınız (G)	**Doğurduğunuz Çocuk Sayısı (P)**	**Düşük Sayınız (A)**	**Küretaj Sayınız (D&C)**	**Yaşayan Çocuk Sayınız (Y)**	**Ölü Doğum Sayınız**

3. Son gebelik ile bir önceki gebeliğiniz arasındaki süre? …….yıl/ …..ay

4. Bebeğinizle ilgili herhangi bir sağlık sorunu var mı?

( )1-Evet ( )2-Hayır

5. 7. Soruya yanıtınız evet ise lütfen ne olduğunu yazınız.

Bebeğin sağlık durumu ……

6. İsteyerek mi gebe kaldınız?

( )1-Evet ( )2-Hayır

7. Eşiniz gebeliğinizi istiyor muydu?

( )1-Evet ( )2-Hayır

BÖLÜM III: PSİKOSOSYAL SORULAR

1. Daha önceki doğumlarınızda doğum sonrası depresyon tanısı aldınız mı?

( )1-Evet ( )2-Hayır

2. O dönemde ilaç kullanmış mıydınız?

( )1-Evet ( )2-Hayır (ise 3. Soruya geçiniz)

3. Kullandığınız ilacın (ilaçların) ismini yazınız……

4. Ailede depresyon öyküsü (anne, baba, kardeşlerde) var mı?

( )1-Evet ( )2-Hayır

5. Adet öncesi döneminizde sinirlilik, gerginlik, alınganlık belirtileri oluyor muydu?

( )1-Evet ( )2-Hayır

6. Eşiniz ile ilişkileriniz nasıl?

( )1-İyi ( )2-Orta ( )3-Kötü

7. Kendi ailenizle ilişkileriniz nasıl?

( )1-İyi ( )2-Orta ( )3-Kötü

8. Eşinizin ailesi ile ilişkileriniz nasıl?

( )1-İyi ( )2-Orta ( )3-Kötü

9. Eşinizin desteğini nasıl değerlendiriyorsunuz?

( )1-İyi ( )2-Orta ( )3-Kötü

10. Evliliğinizden memnun musunuz?

( )1-İyi ( )2-Orta ( )3-Kötü

11. Eşinizden şiddet görüyor musunuz?

( )1-Evet (fiziksel, duygusal, cinsel…) ( )2-Hayır

14. Sigara içiyor musunuz?

( )1-Evet (/haftada……) ( )2-Hayır ( )3-Bırakmış

15. Alkol kullanıyor musunuz? Ne sıklıkta?

( )1-Hayır ( )2-Nadiren ( )3-Ara sıra ( )4-Çoğunlukla ( )5-Her zaman

EK 2: EDINBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil **son 7 gün içinde**, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.	
1. (Son 7 gündür) **Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.** 0-Her zaman olduğu kadar 1-Artık pek o kadar değil 2-Artık kesinlikle o kadar değil 3-Artık hiç değil	**2.** (Son 7 gündür) **Geleceğe hevesle bakıyorum.** 0-Her zaman olduğu kadar 1-Her zamankinden biraz daha az 2-Her zamankinden kesinlikle daha az 3-Hemen hemen hiç
3. (Son 7 gündür) **Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.** 3-Evet, çoğu zaman 2-Evet, bazen 1-Çok sık değil 0-Hayır, hiçbir zaman	**4.** (Son 7 gündür) **Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.** 0-Hayır, hiçbir zaman 1-Çok seyrek 2-Evet, bazen 3-Evet, çoğu zaman
5. (Son 7 gündür) **İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.** 3-Evet, çoğu zaman 2-Evet, bazen 1-Hayır, çok sık değil 0-Hayır, hiçbir zaman	**6.** (Son 7 gündür) **Her şey giderek sırtıma yükleniyor.** 3-Evet, çoğu zaman hiç basa çıkamıyorum 2-Evet, bazen eskisi gibi basa çıkamıyorum 1-Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum 0-Hayır, her zamanki gibi basa çıkabiliyorum
7. (Son 7 gündür) **Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.** 3-Evet, çoğu zaman 2-Evet, bazen 1-Çok sık değil 0-Hayır, hiçbir zaman	**8.** (Son 7 gündür) **Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.** 3-Evet, çoğu zaman 2-Evet, oldukça sık 1-Çok sık değil 0-Hayır, hiçbir zaman
9. (Son 7 gündür) **Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.** 3-Evet, çoğu zaman 2-Evet, oldukça sık 1-Çok seyrek 0-Hayır, asla	**10.** (Son 7 gündür) **Kendime zarar verme düsüncesinin aklıma geldiği oldu.** 3-Evet, oldukça sık 2-Bazen 1-Hemen hemen hiç 0-Asla

EK 3: YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ

Yaşamları boyunca insanların başlarından değişik olaylar geçer. Bu olayların bir kısmı olumlu, bir kısmı olumsuz olabilir. Olayların bazıları kişi için çok büyük önem taşırken, bazıları nispeten daha az önemli olabilir. Örneğin, doğum yapmak, karşı cinsiyetten birisi ile arkadaşlığa başlamak, sağlık problemleri ile karşılaşmak gibi. Sizden istediğimiz, **son bir yıl içinde**, başınızdan geçen olumlu ya da olumsuz olayları aşağıdaki listede çarpı ile (X) işaretlemenizdir. Yardımınız için teşekkür ederiz.

( ) Evlenme
( ) Burs alamamak ya da bursun kesilmesi
( ) Tutuklanma veya hapse mahkum edilme
( ) Eş, nişanlı veya sevgilinin ölümü
( ) Uyku düzeninde büyük değişim (daha az ya da daha çok uyuma uyku zamanında değişiklik)
( ) Anne ya da babanın ölümü
( ) Doğum yapma
( ) Büyük oranda borca girme
( )Yakın bir dostun ölümü
( ) Çocuk düşürme ya da ölü doğum yapma
( ) Evlilik dışı hamile kalmak
( ) Eş ile yeniden barışma
( ) Eşin ailesi ile önemli geçimsizlik durumu
( ) Evde yaşlı ya da hasta akrabaya bakmak
( ) Anne baba ile ciddi anlaşmazlık, anne babanın baskı yapması
( ) Ağır biçimde hastalanma, kaza geçirme ya da yaralanma
( ) Para sıkıntısı
( ) Menapoz
( ) İstenmeyen gebelik
( ) Yakın bir akraba ya da dostun ciddi ailevi sorunu
( ) Hakkındaki kötü söylentiler yüzünden çevre tarafından itilmek
( ) Akrabalarla birlikte oturmak zorunda kalmak

( ) Emekliye ayrılma
( ) Olağandışı kişisel başarılar
( ) Arkadaşlarla olan ilişkinin bozulması
( ) Yeni bir işe girmek, yeni bir iş kurmak
( ) Yurt dışına gitme (çalışma, okuma gibi nedenlerle)
( ) Terör ya da anarşi nedeniyle güvensiz ortamda yaşamak
( ) Eşi tarafından aldatılmak
( ) Büyük parasal kayıp, ekonomik sıkıntı
( ) Yeme alışkanlıklarında büyük değişim
( ) Gözaltına alınmak ya da sorguya çekilmek
( ) Görev gereği başka bir şehre tayin edilme
( ) Ev yaptırma ya da ev alma
( ) İşten çıkarılma
( ) Değerli bir eşyanın kaybı
( ) Çocuğun ölümü
( ) Çocuğun ağır biçimde hastalanması ya da sakatlanması
( ) İstenmeyen bir evlilik yapmak
( ) Sevgiliden ayrılmak
( ) Anne baba geçimsizliği ya da ayrılmaları
( ) Kişisel alışkanlıklarda değişim (giyim, tarz, ilişkiler vb.)
( ) Yaşam koşullarında büyük değişim
( ) Sosyal faaliyetlerde önemli değişim
( ) Anne ya da babanın ağır biçimde hastalanması, kaza geçirmesi ya da yaralanması
( ) Ailenin onayı dışında evlenmek
( ) Köyden kente gelmek
( ) Bir aylık işsizlik
( ) Üniversiteye girememe
( ) Hukuki anlaşmazlık sonucu birisi ile mahkemelik olmak
( ) Eş ile ciddi anlaşmazlık
( ) Nişanlanmak
( ) İstenen gebelik
( ) Çocuğa anne ya da kayınvalide bakması
( ) Çocuğun hafif hastalığı

( ) Ailenin onayı dışında nişanlanmak

( ) Eşin ağır biçimde hastalanması, kaza geçirmesi ya da yaralanması

( ) Anne ya da babanın çalışmak üzere yurt dışına gitmesi

( ) Oğlun askere gitmesi

( ) Çocuk aldırma (Küretaj)

( ) Yakın akrabanın ölümü

( ) Kendi ailesi ile eş arasında önemli geçimsizlik

( ) İşte bir derece ya da rütbenin indirilmesi

( ) Ek iş tutma ya da hem okumak hem çalışmak

( ) Kiracı olarak oturulan evden çıkarılmak

( ) Çocuğun sünnet olması

( ) İşteki çalışma koşullarının bozulması (Bozuk maddi ve manevi koşullar, ağır sorumluluk)

( ) Boşanma

( ) Eş ile ılımlı tartışmalar

( ) Çocuğun nişanlanması

( ) İş, okul gibi nedenlerle anne babadan ayrı düşmek

( ) Başka kente göç etmek

( ) Dinsel alışkanlıklarda büyük değişim

( ) İş başarısızlığı

( ) Zor bir sınava hazırlanmak, ağır dersler

( ) Bir aydan uzun süre işsiz kalma, iş bulamamak

( ) Ev değiştirmek, taşınmak

( ) İş saatlerinin değişmesi

( ) Anlaşmazlık sonucu eş ile ayrı yaşamak

( ) Cinsel sorunlar,

( ) Çocuğun onaylanan evliliği

( ) Kendi onayı dışında çocuğun evlenmesi

( ) İstenmeyen doğum

( ) Ilımlı oranda borca girme

( ) Yakın bir akraba ya da arkadaşın önemli hastalığı

( ) Aile üyelerinin birlikte oluş sayılarındaki değişme

( ) Önemli bir kişiden ayrılma

( ) Yakın bir akraba ile önemli geçimsizlik
( ) Eve yeni birisinin gelmesi
( ) Okul başarısızlığı
( ) İş koşullarının değişmesi
( ) Okulu bırakmak zorunda kalmak
( ) Okula girmek
( ) Terfi etme
( ) İstemediği bir işte çalışma, istemediği bir işe getirilme
( ) Önemli bir sınava girmek
( ) Tatile çıkmak
( ) Nişanlı ile ciddi anlaşmazlık
( ) Anlaşmazlık dışında bir nedenle eşten ayrı düşmek (askerlik, çalışma, okuma gibi)
( ) Borç ya da hipoteğin haczedilmesi
( ) Hafif bir biçimde hastalanma, kaza geçirme ya da yaralanma
( ) Nişanlıdan ayrılma
( ) Küçük suçlar nedeniyle ceza görmek (trafik, belediye ya da vergi cezası gibi)
( ) Çocuğun evden ayrılması
( ) Çocuğun okul başarısızlığı
( ) Eşin işe girmesi ya da işten ayrılması
( ) Evlilik dışı ilişkiye girmek
( ) Patron veya amirle problem
( ) Alışılmış tipinizde büyük bir değişiklik
( ) Tatil
( ) Yılbaşı / Bayram

EK 4: STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ (SBTÖ)

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

Bir sıkıntım olduğunda...	*%0*	*%30*	*%70*	*%100*
1- Kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
2- İyimser olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
3- Bir mucize olmasını beklerim	( )	( )	( )	( )
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	( )	( )	( )	( )
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	( )	( )	( )	( )
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	( )	( )	( )	( )
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	( )	( )	( )	( )
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım	( )	( )	( )	( )
15- Problemin çözümü için adak adarım	( )	( )	( )	( )
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	( )	( )	( )	( )
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	( )	( )	( )	( )
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
21- Mücadeleden vazgeçerim	( )	( )	( )	( )
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	( )	( )	( )	( )
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	( )	( )	( )	( )
24- Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim	( )	( )	( )	( )
25- "Keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim	( )	( )	( )	( )
27- "Benim suçum ne" diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
28- "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	( )	( )	( )	( )
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	( )	( )	( )	( )

EK 5: DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ (DKÖ)

No: …… Tarih:...../...../.....

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

Durumluk Kaygı Puanı:

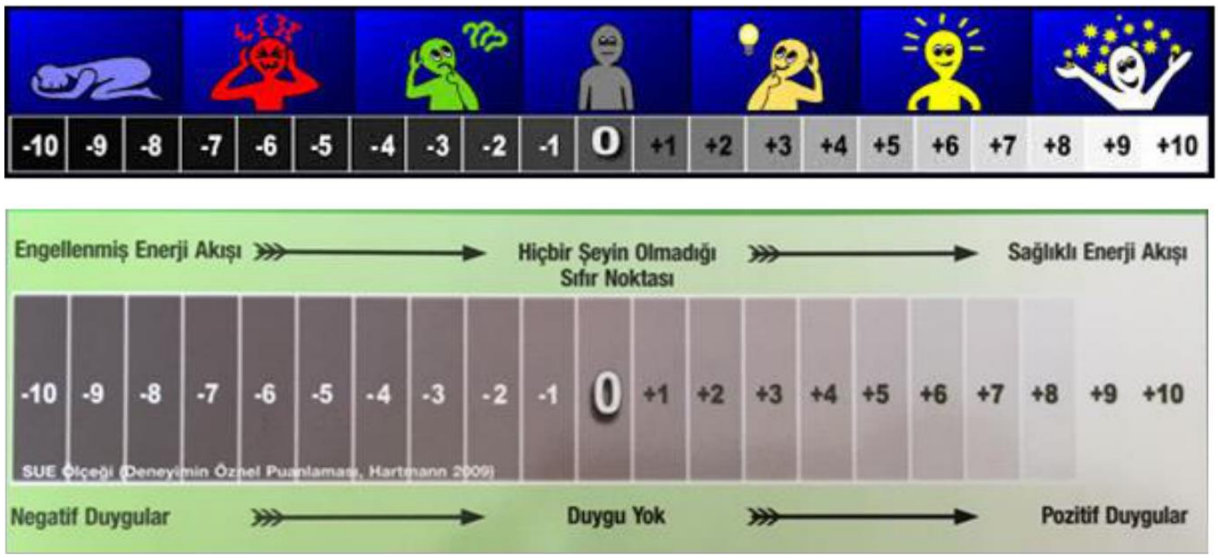
SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (SKÖ)

No: …… Tarih:...../...../.....

		Hemen hemenhiçbirzaman	Bazen	Çok zaman	Hemen herzaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Sürekli Kaygı Puanı:

EK 6: SUE (SUBJECTIVE UNITS OF EXPERİENCE) (SUBJEKTİF DENEYİM BİRİMİ) SKALASI



EK 7: DOĞUM SONRASI GÖRÜŞME FORMU

1. Doğum yapma şekliniz?

( )1-Normal doğum ( )2-Sezaryen ( )3- MüdahaleliDoğum (Vakum,forseps)

2. Doğum sonrasında hastanede kaç gün kaldınız?

( )1-Bir-iki gün ( )2-Üç gün ve üzeri

3. Doğum sonu dönemde sorun yaşadınız mı?

( )1-Evet ( )2-Hayır

4. 3. Soruya yanıtınız "Evet" ise belirtiniz.

( )1-Zor doğum/kanama ( )-2Doğum sonrası ağrı

( )3-Meme ilgili şikayetler (ağrı,meme başı çatlağı)

( )4-Diğer…… ( )5-Hayır

5. Gebeliğinizde sosyal destek aldınız mı? Kimden belirtiniz.

( )1-Evet (belirtiniz)…….. ( )2-Hayır

6. Doğum sonrası dönemde sosyal destek aldınız mı? Kimden belirtiniz.

( )1-Evet (belirtiniz)…….. ( )2-Hayır

7. Gebeliğinizdeki kontrol sayınız?.....

8. Gebeliğiniz boyunca uyku sorunlarınız oldu mu?

( )1-Evet (belirtiniz) …… ( )2-Hayır

9. Doğum sonrası uyku sorunlarınız oldu mu?

( )1-Evet (belirtiniz) ……. ( )2-Hayır

10. Gebeliğinizde çalışmaya devam ettiniz mi? Ne kadar süre?

( )Evet (belirtiniz)…… ( )2-Hayır

11. Doğum sonrası dönemde çalışmaya başladınız mı? Ne zaman?

( )Evet (belirtiniz)…… ( )2-Hayır

12. Anneliğinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

( )1-Yeterli ( )2-Kısmen Yeterli ( )3-Yetersiz

EK 8: DOĞUMDA TEMEL HİPNOZ VE EFT EĞİTİMİ KATILIM



BülentURAN
Eğitim ve Danışmanlık Merkezi

İSTANBUL DOĞUM AKADEMİSİ

DOĞUMDA TEMEL HİPNOZ ve EFT EĞİTİMİ

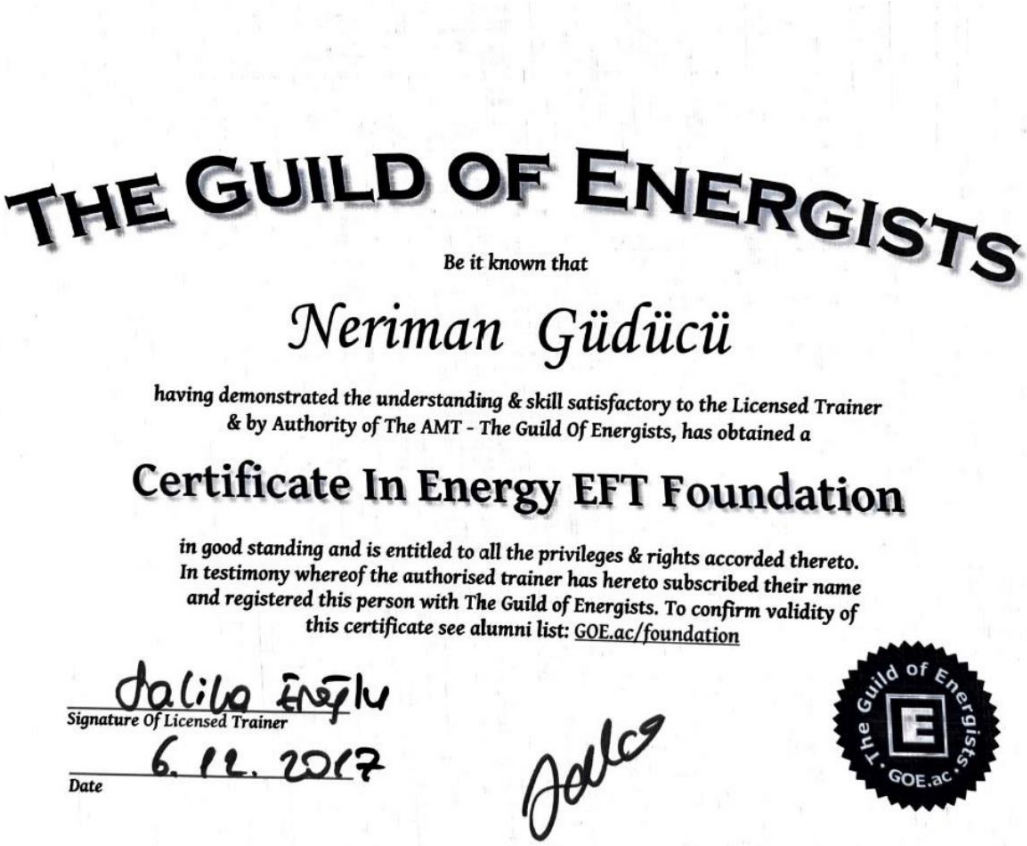
Katılım Belgesi

Neriman Güdücü

Bülent Uran Eğitim ve Danışmanlık tarafından 22-23 Temmuz 2017 tarihinde yapılan 16 saatlik eğitimi başarıyla tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

Dr.Bülent Uran

EK 9: ENERGY EFT FOUNDATION VE EFT MASTER PRACTITIONER SERTİFİKALARI



THE GUILD OF ENERGISTS

Be it known that

Neriman Güdücü

having demonstrated the understanding & skill satisfactory to the Licensed Trainer
& by Authority of The AMT - The Guild Of Energists, has obtained a

Certificate In Energy EFT Foundation

in good standing and is entitled to all the privileges & rights accorded thereto.
In testimony whereof the authorised trainer has hereto subscribed their name
and registered this person with The Guild of Energists. To confirm validity of
this certificate see alumni list: GOE.ac/foundation

Sachia Eroglu
Signature Of Licensed Trainer

6.12.2017
Date

The Guild of Energists GOE.ac



Association For Meridian & Energy Therapies

Be It Known That

Neriman Güdücü

having demonstrated the understanding & skill satisfactory to the Licensed Trainer
& by Authority of the Association for Meridian & Energy Therapies has been certified as an

EFT Master Practitioner

in good standing and is entitled to all the privileges & rights accorded thereto.
In testimony whereof the authorised trainer has hereto subscribed their name
& the seal of The Association For Meridian & Energy Therapies The AMT has been affixed.

SACHIA EROGLU
Signature Of Licensed Trainer

22.01.2018
Date

EK 10: KIPT KATILIM BELGELERİ



KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ EĞİTİMİ

KATILIM BELGESİ

Sayın **NERİMAN GÜDÜCÜ**

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği'nin
2-3 Mart 2019 tarihlerinde düzenlemiş olduğu 16 saatlik
"Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Eğitimi, Modül 1 (A Düzey)"
eğitimine katılmıştır.

Prof. Dr. Nazan AYDIN
Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği Başkanı



KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ EĞİTİMİ

KATILIM BELGESİ

Sayın **NERİMAN GÜDÜCÜ**

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği'nin
13 - 14 Nisan 2019 tarihlerinde düzenlemiş olduğu 16 saatlik
"Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Eğitimi, Modül 2"
eğitimine katılmıştır.

Prof. Dr. Nazan AYDIN
Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği Başkanı



KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ EĞİTİMİ

KATILIM BELGESİ

Sayın **NERİMAN GÜDÜCÜ**

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği'nin
22 - 23 Haziran 2019 tarihlerinde düzenlemiş olduğu 16
saatlik "Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Eğitimi, Modül 4"
eğitimine katılmıştır.

Prof. Dr. Nazan AYDIN
Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği Başkanı

EK 11: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

I. Araştırmayla İlgili Bilgiler

Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT)'nin doğum sonu dönemde yaşanan depresyon üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalında Doktora tezi olarak yürütülmektedir.

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanı sıra önemli biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı endişe ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir. Birçok kadın gebelik ve doğum ile meydana gelen bu değişimlere uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Depresyonun büyük çoğunluğu gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görülmektedir. Ancak, tedavi seçeneklerinden biri olan psikoterapiyi sürekli iletişim halinde bulunulan ebeler uygulayamamaktadır. Kişilerin rahatlamasını sağlayan bir teknik olan ve en yaygın kullanılan enerji psikolojisi yöntemi olan duygusal özgürlük tekniklerini eğitim aldıktan sonra bireyler kendileri ve ebeler rahatlıkla uygulayabilirler. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, EFT'nin doğum sonu dönemde yaşanan depresyon ve yenidoğan üzerindeki etkisinin belirlenmesini sağlayacaktır. Sorulara doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Verilen yanıtlar yalnızca araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir.

Araştırma sırasında gönüllünün karşılaşabileceği riskler ve rahatsızlıklar bulunmamaktadır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

II. Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler

•Gönüllü, araştırmaya katılmayı ret etme hakkına sahiptir.

•Gönüllü, istediği anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilir.

•Gönüllü, araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecek ayrıca kendisine de bir ödeme yapılmayacaktır.

•Anket ve ölçeğin doldurulması sırasında gönüllüden alınan bilgiler yalnızca adı geçen bu çalışmada kullanılacaktır.

•Gönüllünün kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Neriman Güdücü tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam ebe ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Araştırma Görevlisi Neriman Güdücü'yü 05548327328 nolu telefondan ya da Merkez Mah. 19 Mayıs Sok. No:6 Mavi Deniz Apt. D:10 Gaziosmanpaşa/İstanbul adresinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve ebe ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi

EK 12: DUYGUSAL ÖZGÜRLÜK TEKNİKLERİ (EFT) İÇİN YÖNERGE

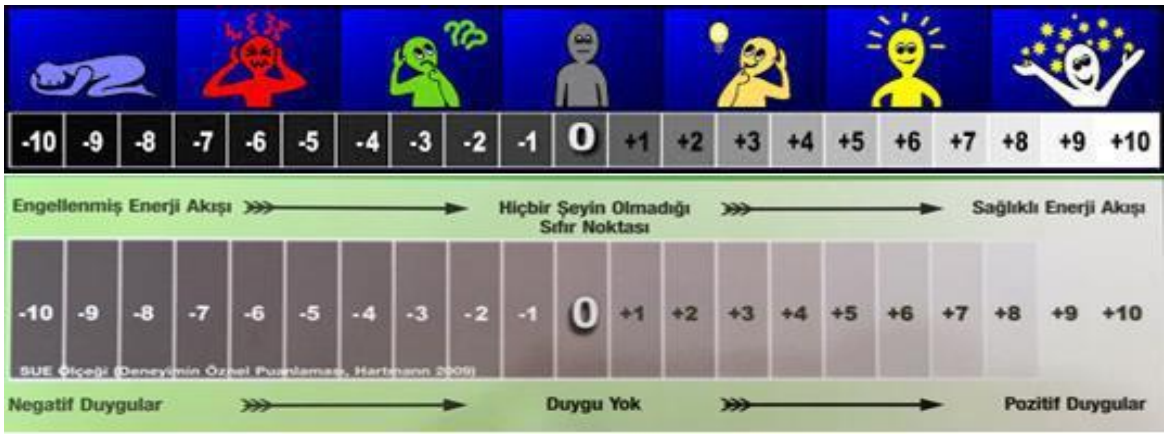
Bu yönergede Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT) adı verilen bir girişim anlatılmaktadır. EFT, fiziksel ve duygusal iyileşmeyi teşvik etmek için vücudunuzdaki belirli enerji meridyenlerinin son noktalarına dokunmayı öngörür. Araştırmalar, EFT'nin endişe, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, fobiler ve diğer psikolojik rahatsızlıkların yanı sıra bazı fiziksel şikayetler için etkili bir tedavi olduğuna işaret etmektedir. EFT'nin temel felsefesi: "İster duygusal ister fiziksel olsun birçok rahatsızlığın altında enerji sistemindeki tıkanıklıklar yatar" cümlesi olmaktadır. EFT ile yapılan ise bu tıkanıklıkların (blokajlar) ortadan kaldırılmasıdır.

EFT'nin Aşamaları:

- **Sorunun Belirlenmesi**: Öncelikle sizinle beraber, EFT ile üzerinde çalışılacak özel sorunun veya duygunun adlandırılmasına (belirlenmesi) karar verilir.

- **Hatırlatıcı Kelime Öbeği (Duygu cümlesi) Oluşturma**: Sorunu hatırlamanıza yardımcı olacak kısa bir ifade (duygu cümlesi) oluşturup, sorunu EFT seansı sırasında yüksek sesle söylemeniz sağlanır. Hatırlatıcı cümleniz ne kadar açık, dolaysız ve gerçekçi olursa o kadar büyük bir değişim elde edilir. "Doğumdan korkuyorum" hatırlatıcı cümlenize bir örnektir.

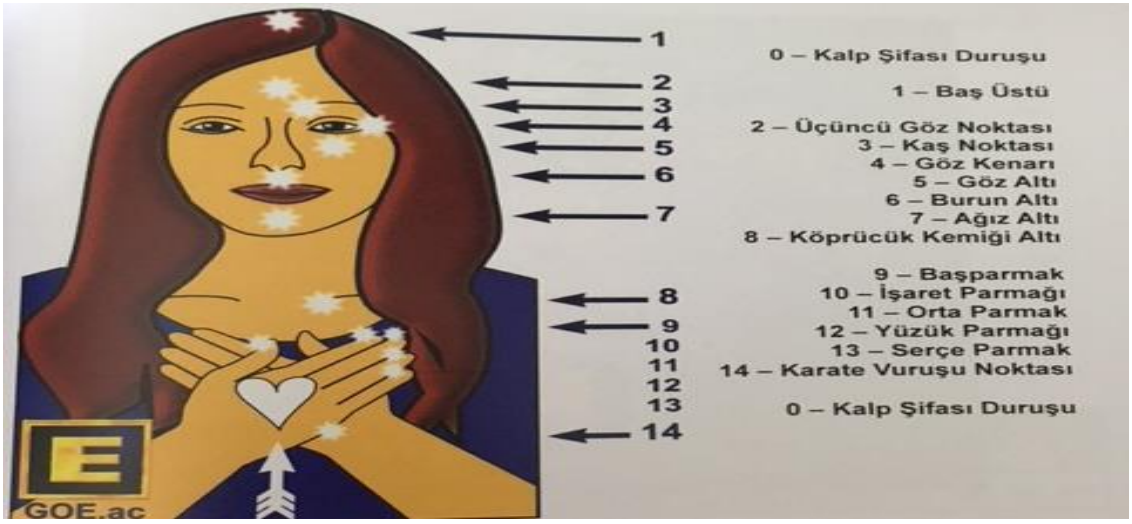
Sorunun Değerlendirilmesi: Bu duygunun (sorunun) sizin için ne derece önemli olduğunu (yoğunluğu) aşağıda görmüş olduğunuz SUE dediğimiz ölçek üzerinde belirlemeniz istenir.



Bunun anlamı; -10'dan +10'a kadar olan bu ölçekte; *-10 akla gelebilecek en büyük acı, hayal kırıklığı, korku, stres, üzüntü ya da rahatsızlık *+10 ise en üst düzeyde neşe, mutluluk ya da kendini harika hissetme

hali olsa şu anda deneyimlediklerinize (duygunuza) kaç puan verir siniz? Ya da şu anda SUE ölçeğinin neresindesiniz? dir.

Bazen sorun tek bir EFT uygulamasıyla -10'dan +10'a çıkabilir. Ama çoğunlukla -7 ile başlandığında bir tur tıklamanın (dokunmanın) ardından -3 ya da -2'ye inilir. Bu durumun düzelmeye başladığını ama daha fazla EFT yapılması gerektiğini gösterir. Hiçbir şeyin olmadığı sıfır noktasında da kalınamaz. Artı kısmına geçecek şekilde EFT turuna devam edilir. Böylece sizin kendinizi daha iyi hissetmeniz sağlanır.



-Dokunma (Tapping) Sırasını Gerçekleştirme: Bu ölçekte yaşadığınız duygunun yoğunluğunu gösterdikten sonra, uygulayıcının yönlendirmesiyle dokunuşlara başlanır. Sert dokunuşlardan kaçınılmalıdır. Gerektiğinde yönlendiren kişinin dokunma müdahalesi kullanılabilir. Genellikle orta parmak ve işaret parmağını kullanarak sabit, nazik ve sağlam dokunuşlar uygulanır. Herkesin kendine göre bir dokunma hızı olur ve doğal olarak bu da o sırada hangi bölgeye dokunulduğuna bağlıdır. Dokunuşlar sırasında yüksek sesle konuşmaya devam edilir. Dikkati yoğunlaştırmak için önceden belirlenen hatırlatıcı cümle, aşağıda gördüğünüz noktalara parmak uçlarıyla 5-10 kez vurularak tekrarlanır. EFT turunun başlangıç noktası "Kalp İyileştirme Noktası" dediğimiz kalbin üzeridir. EFT'ye başlarken iki avucumuzu üst üste göğsümüzün ortasına koyar hatırlatıcı cümlemizi ya da 'örümcekler' gibi hatırlatıcı kelime öbeğini tekrar ederiz (sıralaması Şekil 1'de gösterilmektedir) ve ilk olarak başın üst kısmından başlayarak dokunuşlara devam ederiz. Dokunuşlar sırasında amaç, enerji noktalarındaki enerji akışını iyileştirmek ve blokajları temizlemektir. Bu nedenle eller fiziksel olarak beden üzerinde kullanılıyor

olsa da amaç masaj yapmak değil, enerji ellerinin enerji bedenine dokunması sonucu fayda sağlamaktır.

-Telkinlerin oluşturulması: Hatırlatıcı cümlelerden sonra dokunuşlar sırasında, sizin soruna karşı güçlü hissetmesine yardımcı olan olumlu telkinler oluşturulur: "her ne kadar bu sorun beni korkak hissettiriyorsa da, yine de ben kendimi derinden ve tamamen kabul ediyorum" ya da “yine de ben doğum konusunda rahat hissetmeyi seçiyorum” gibi.

-Yeniden Değerlendirme: SUE skalasında sorunu bir kez daha derecelendirerek, sizin dokunma oturumu sonrasında nasıl hissettiğinize bakılır.

-Sürecin Yinelenmesi: İlk turdan sonra hala duygu yoğunluğu yaşıyorsanız ya da SUE skalasında negatif bir değer veya 0 noktasını gösteriyorsanız, yeni bir telkin bulunup işlem tekrarlanır.

EK 13: ÇALIŞMA GRUPLARINDA YER ALMASI PLANLANAN BAŞLICA KONULAR

*Gebe ve lohusanın sosyal destek sistemleri

*Gebelik ve doğum sonu döneme uyumu

* Eşin desteği

*Gebelik ve doğum sonrasında beden imajı

*Gebelik ve doğum sonrasında uyku düzeni

*Çalışma hayatı (resmi izinleri, çalışma süresi, çalışma ortamı vs.)

*Gebelikle ve doğum sonrası ile ilgili şikayetler

*Gebelik ve doğum sonrasında beslenme

*Gebelik ve doğum sonrasında hijyen

*Gebelik ve doğum sonrasında ilaç kullanımı

*Gebelik ve doğum sonrasında cinsel yaşam

*Gebelik ve doğum sonrasında diş bakımı

*Gebelik ve doğum sonrasında egzersiz

*Gebelikte yapılan testler

*Doğum hazırlığı

*Yenidoğan bakımı (göbek bakımı, banyosu)

*Emzirme sorunları

*Meme bakımı

*Yenidoğan bakımı ile ilgili sorunlar

EK 14: ETİK KURUL KARARI

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 05.03.2018 tarih, 99984023-302.08.01-86801 sayılı yazı

Enstitünüz Ebelik Anabilim Dalı öğretim üyesi **Doç.Dr.Neslihan ÖZCAN'ın** danışmanlığında **Doktora Öğrencisi Neriman GÜDÜCÜ'nün** yürütücülüğünde **"Duygusal Özgürlük Teknikleri (EFT)'nin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi"** başlıklı **Doktora Tezi** (ANKET) hakkında ilgi yazınız ve ekleri **03 Nisan 2018** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup ,etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Kerim SÖNMEZOĞLU
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

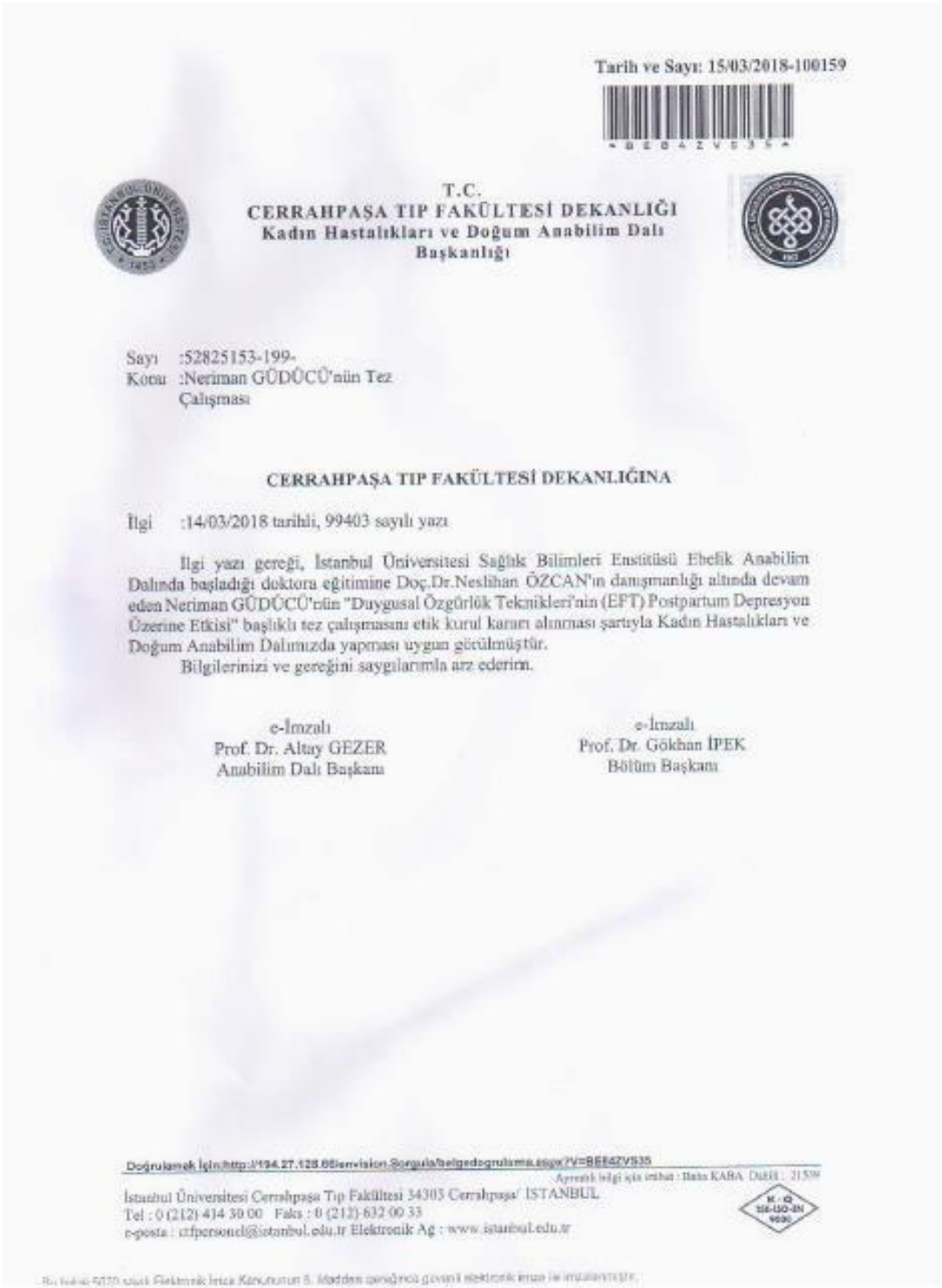
Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEA9CBFLE

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER. Dahili : 22300
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

K-Q TSE-ISO-EN 9000

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 15: KURUM İZNİ



Tarih ve Sayı: 15/03/2018-100159

T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Başkanlığı

Sayı :52825153-199-
Konu :Neriman GÜDÜCÜ'nün Tez Çalışması

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :14/03/2018 tarihli, 99403 sayılı yazı

İlgi yazı gereği, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında başladığı doktora eğitimine Doç.Dr.Neslihan ÖZCAN'ın danışmanlığı altında devam eden Neriman GÜDÜCÜ'nün "Duygusal Özgürlük Teknikleri'nin (EFT) Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını etik kurul kararı alınması şartıyla Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Altuy GEZER
Anabilim Dalı Başkanı

e-İmzalı
Prof. Dr. Gökhan İPEK
Bölüm Başkanı

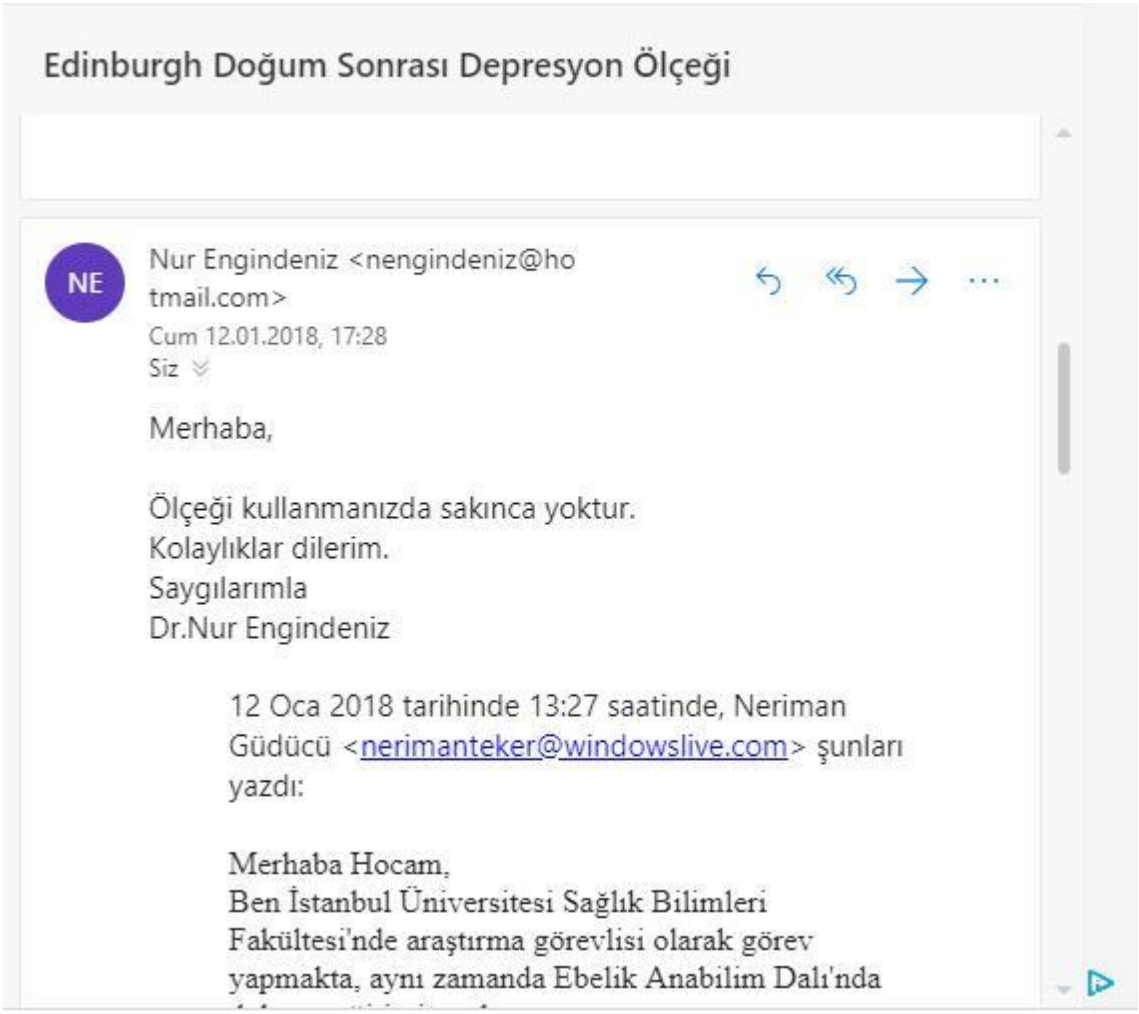
Doğrulamak için http://194.27.128.66/envision/Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE64ZVS35

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Hatice KABA Dahili : 21539

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 16: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ



Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

NE

Nur Engindeniz <nengindeniz@hotmail.com>
Cum 12.01.2018, 17:28
Siz

Merhaba,

Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur.
Kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla
Dr.Nur Engindeniz

12 Oca 2018 tarihinde 13:27 saatinde, Neriman Güdücü <nerimanteker@windowslive.com> şunları yazdı:

Merhaba Hocam,
Ben İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak görev yapmakta, aynı zamanda Ebelik Anabilim Dalı'nda



İlt: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

5

HA

Handan Deniz Ayalp <hdenizayalp@gmail.com>
18.02.2018 Paz 01:12
Kime: Siz

SBÖ ÖLÇEK.pdf
111 KB

SBTÖ Puanlama Formu.pdf
89 KB

3 ekin (10 MB) tümünü göster Tümünü indir Tümünü OneDrive a kaydet

Aşağıda bulunan izin yazısı ve söz konusu ölçeğe ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Güdücü,

Stresle Başetme Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam,Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama anahtarını ve ölçeğin ilk sayfasındaki kaynakçayı da kullanmanızdır. Ekte, söz konusu ölçekle ilgili yayını da gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

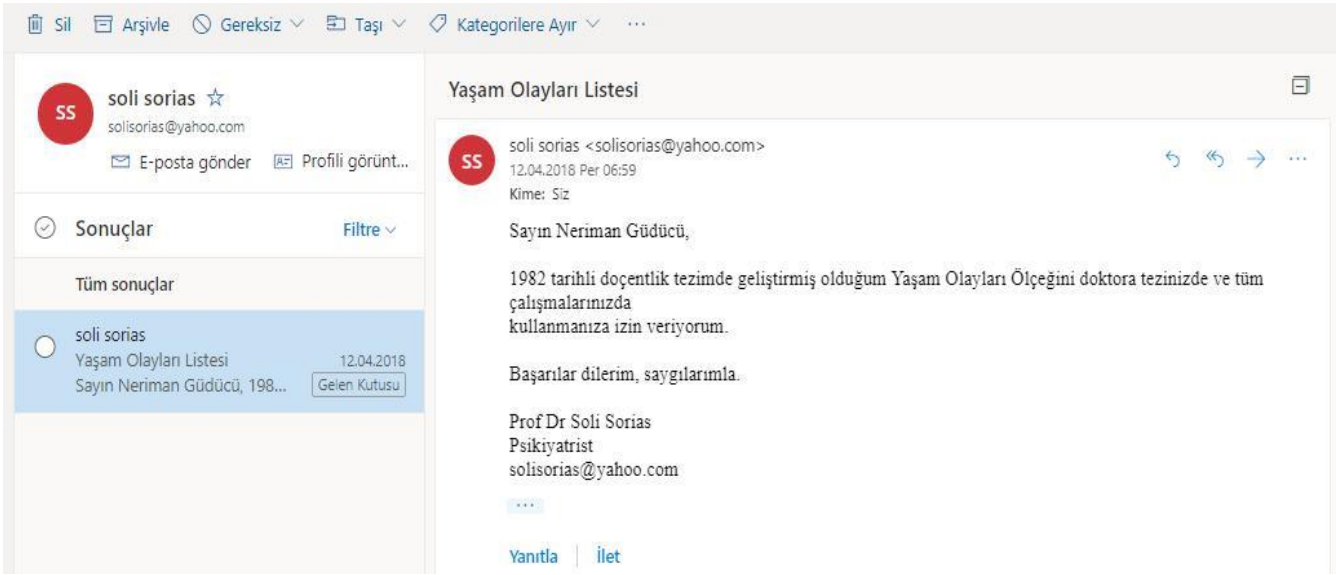
17 Şubat 2018 12:53 tarihinde Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com> yazdı:

12.03.2018

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda tez çalışması yapan Neriman Güdücü'nün DUYGUSAL ÖZGÜRLÜK TEKNİKLERİ (EFT)'NİN POSTPARTUM DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ konulu doktora tezinde ''Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri''ni kullanmasına izin veriyorum.

N. Öner

Necla Öner


Sil
Arşivle
Gereksiz
Taşı
Kategorilere Ayır
soli sorias
solisorias@yahoo.com
E-posta gönder
Profili görünt...
Sonuçlar
Filtre
Tüm sonuçlar
soli sorias
Yaşam Olayları Listesi
12.04.2018
Sayın Neriman Güdücü, 198...
Gelen Kutusu
Yaşam Olayları Listesi
soli sorias <solisorias@yahoo.com>
12.04.2018 Per 06:59
Kime: Siz
Sayın Neriman Güdücü,
1982 tarihli doçentlik tezimde geliştirmiş olduğum Yaşam Olayları Ölçeğini doktora tezinizde ve tüm çalışmalarınızda
kullanmanıza izin veriyorum.
Başarılar dilerim, saygılarımla.
Prof Dr Soli Sorias
Psikiyatrist
solisorias@yahoo.com
Yanıtla
İlet

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

DUYGUSAL ÖZGÜRLÜK TEKNİKLERİ (EFT)'NİN POSTPARTUM DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

%15	%12	%6	%7
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%2
2	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
4	SEZGİN, Nilhan. "TEK OTURUMDA UYGULANAN DUYGUSAL ÖZGÜRLÜK TEKNİĞİ (EFT)'NİN YARATILAN STRES DURUMU ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ", Ankara Üniversitesi, 2013. Yayın	<%1
5	dergi.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
7	acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

1. Doğan, R. A. ve **Güdücü, N.** (2021). The Effects of COVID-19 Pandemic on the Follow-Up and Treatment Process of Gynecological Cancers and Breast Cancer. *Turkish Journal Of Oncology*, 36(1):637–42. doi: 10.5505/tjo.2020.2401

2. Keser Özcan, N., Boyacıoğlu, N. E., **Güdücü, N.**, Göncü Serhatlıoğlu, S., Yıldırım, E., Koç, M., & Bingol, F. (2019). Turkish Midwifery Students' Fear of Delivery Process. *Journal Of Caring Sciences*, 8(3): 121–127. doi:10.15171/jcs.2019.018

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

1. **Güdücü, N.** ve Özcan, N. (2021). Anne Beyni. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği - Özel Konular*. (basım aşamasında)
2. Yazıcı, S., İnal, S., Şafak, H. & **Güdücü, N.** (2020). Evaluation of Efficient Postnatal Breastfeeding Status in Mothers. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(2): 67-75.
3. **Güdücü, N.** ve Özcan, N. (2018). Plasenta Tüketimi ve Olası Yarar-Zarar Profili. *HSP*; 5(3): 458-466.
4. **Güdücü, N.** ve Özcan, N. (2016). Üriner İnkontinanslı Kadınların Cinsel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi (Journal of Academic Research in Nursing- JAREN);* 2(1): 16-23.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

1. **Güdücü N.** ve Özcan N. (2019). "Anne Beyninde Değişim". 4. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Kongresi, poster bildiri. 6-9 Kasım 2019, Ankara.

2. **Güdücü N.** ve Güler Kaya, İ. (2019). "Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM) Tanısı Konulmuş Gebelerin İhtiyaçlarının, Endişelerinin ve Bilgilerinin Değerlendirilmesi". II. Uluslararası İstanbul Ebelik Günleri Kongresi, sözel bildiri. 25-27 Nisan 2019, İstanbul.

3. **Güdücü, N.**, Ocak Aktürk, S. ve Uçar, E. (2019). "Doğum Ortamı". 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, poster bildiri. 19-21 Nisan 2019, Sivas.

4. **Güdücü, N.** ve Gökçe, K. (2018). "Antenatal ve Postnatal Dönemde Mide Kanseri: Olgu Sunumu". 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, poster bildiri. 3-5 Mayıs 2018, Amasya.

5. Güler Kaya, İ. ve **Güdücü N.** (2018). "Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM) Tanısı Konmuş Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile İlişkisi". I. Uluslararası II.Ulusal İstanbul Ebelik Günleri Kongresi, sözel bildiri. 26-28 Nisan 2018, İstanbul.

6. Keser Özcan, N., Boyacıoğlu, N.E., **Güdücü, N.,** Serhatlıoğlu, S.G., Yıldırım, E., Koç, M., Bingöl, F. (2018). "Ebelik Öğrencilerinin Doğum Yaptırma Korkusu". I. Uluslararası II.Ulusal İstanbul Ebelik Günleri Kongresi, sözel bildiri. 26-28 Nisan 2018, İstanbul.

7. **Güdücü, N.** ve Keser Özcan, N. (2018). "Üriner İnkontinanslı Kadınların Ruhsal Durumlarının ve Cinsel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi". I. Uluslararası II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, sözel bildiri. 23-24 Mart 2018, İstanbul.

8. **Güdücü, N**. ve Keser Özcan, N. (2018). "Plasenta Tüketimi Postpartum Depresyonu Önlemede Bir Alternatif Olabilir mi?" I. Uluslararası II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, poster bildiri. 23-24 Mart 2018, İstanbul.

9. **Güdücü, N.** ve Yılmaz, T. (2018). "Multiple Skleroz ve Gebelik". I. Uluslararası II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, poster bildiri. 23-24 Mart 2018, İstanbul.

10. Göktaş, F., **Güdücü, N.** ve Yücekök, H. (2017). "Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Bağlılığına Etkisi". 3. Uluslararası 4. Ulusal Ebelik Kongresi, poster bildiri. 21-24 Eylül 2017, Ankara.

11. Yazıcı S, İnal S. Şafak H, **Teker N.** Evaluation of Efficient Postnatal Brestfeeding Conditons of Mothers, 24. International Nursing Reseach Congress, 22-26 July 2013,Czech Republic, Prague

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

1. Güdücü, N. "Üriner İnkontinans ve Cinsel Disfonksiyon" 3. İstanbul Üniversitesi Kadın Doğum Günleri, poster bildiri. 8-10 Mart 2013, İstanbul.

2. Güdücü, N. "Üriner İnkontinans ve Depresyon", 3. İstanbul Üniversitesi Kadın Doğum Günleri, poster bildiri. 8-10 Mart 2013, İstanbul.

3. Demir, N., Özkan, A., **Teker, N.,** Avcı, N. "Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sosyodemografik Özellikleri ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki" Hemşirelik ve Ebelikte Kültürler Arası Yaklaşım Sempozyumu, poster bildiri. 9-11 Nisan 2009, Çanakkale.

Kitap veya Kitaplarda Bölüm Yazarlığı

1. Özcan, N. ve **Güdücü, N.** Gebelikte Gastrik Asitlik (Asidite) Yönetimi, Ebeler İçin Farmakoloji Güvenli Uygulama İçin Kanıt Temeli. Jordan, S. Çeviri Kitap). Çev. Ed: Özdemir, M., Yazıcı, S., Aydın, R. 2020; S:263-269. ISBN: 978-605-7578-89-1.

Eğitim Sertifikası, Tarihi ve Yeri

1. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Eğitimi. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği, 1. Modül, 2 – 3 Mart 2019, İstanbul.

2. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Eğitimi. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği, 2. Modül, 13 – 14 Nisan 2019, İstanbul.

3. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Eğitimi. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Derneği, 4. Modül, 22 – 23 Haziran 2019, İstanbul.

4. Association For Meridian & Energy Therapies. EFT Master Practitioner. The Guild Of Energists 22.01.2018

5. Certificate In Energy EFT Foundation. The Guild Of Energists 06.12.2017

6. "Doğumda Temel Hipnoz ve EFT Eğitimi" İstanbul Doğum Akademisi, 22-23 Temmuz 2017, İstanbul.

7. "Prenatal ve Antenatal Dönemde Refleksoloji Kursu", I. Uluslararası II.Ulusal İstanbul Ebelik Günleri Kongresi, 26-28 Nisan 2018, İstanbul.

8. "İnfertilite Hemşireliği Kursu" 6. Acıbadem Kadın Doğum Günleri, 06-08 Nisan 2018, İstanbul.

9. "Kolposkopi Kursu" 36. Zeynep Kamil Jineko-Patoloji Kongresi, 20-21 Eylül 2018, İstanbul.

10. "Oral Mukozit, Basınç Ülseri ve Damar İçi Katater İzlemi" çalışmalarında uygulayıcı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 2014-2016.

11. İstanbul Üniversitesi Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon Sertifikası, 2014-2015.

12. Bilgisayar İşletmenliği Sertifikası, Şubat-Haziran 2009, T.C. M.E.B. Çıraklık ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü

13. Özel Çanakkale Çağ-Dil Yabancı Dil ve Bilgisayar Kursu Yabancı Dil Kurs Bitirme Belgesi (Advance Seviyesi), Mart-Haziran 2008
14. Sivil Savunma Görevlileri ve Toplum Afet Gönüllüleri Halkın Afete Hazırlık Eğitimi, 11-18-25 Mayıs 2007, T.C. Çanakkale Valiliği İl Sivil Savunma Müdürlüğü

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Müzik dinlemek, kitap okumak