



İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Postpartum Dönemdeki Annelerde Uygulanan
Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Destekli Yaklaşımın
Anksiyete ve Aleksitimi Üzerine Etkisi**

Doktora Tezi

Vesile Adıgüzel

Haziran 2023



İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Postpartum Dönemdeki Annelerde Uygulanan
Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Destekli Yaklaşımın
Anksiyete ve Aleksitimi Üzerine Etkisi**

Doktora Tezi

Vesile Adıgüzel

Danışman

Prof. Dr. Ayşe Okanlı

Haziran 2023

TEZ JÜRİSİ ONAYI

Vesile Adıgüzel tarafından hazırlanan "Postpartum Dönemdeki Annelerde Uygulanan Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Destekli Yaklaşımın Anksiyete ve Aleksitimi Üzerine Etkisi" başlıklı bu Doktora Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı'nda hazırlanmış ve jürimiz tarafından kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Ayşe OKANLI

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Üyeler:

Doç Dr. Nesrin İLHAN

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ

Atatürk Üniversitesi

Prof. Dr. Saadet YAZICI

İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 23/ 06 / 2023

BEYANLAR

Yazım ve Kaynak Gösterme Kılavuzu Beyanı

Danışmanlığımda yazılan bu tezin APA yazım ve kaynak gösterme kılavuzunda belirtilen kurallara uygun olarak yapılandırıldığı ve bu kılavuzun (APA) kaynak gösterme standartlarının bu tezde tutarlı olarak uygulandığı tarafımdan incelenerek teyit edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Ayşe
OKANLI

Etik İlkeler Sadakat Beyanı

Hazırladığım bu tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

İmza

Vesile ADIGÜZEL

TEŞEKKÜR

Sevgili danışmanım Prof. Dr. Ayşe Okanlı' ya akademik gelişimime yaptığı büyük katkılardan dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Yaptığı işi çok seven biriyle çalışmak son derece zevk verici ve güç kazandırıcı. Ne kadar yoğun olursa olsun ona her ulaştığımda sorularıma cevap alabildim. Ortaya iyi bir çalışma çıkarmak için kendime olan inancımın farkına varmamda hep destek oldu. Bana her zaman hoşgörülü ve anlayışlı davrandığı için kendisine minnettarım.

Tez izlem komitemde yer alarak değerli katkıları ile çalışmamı destekleyen kıymetli hocalarım Doç. Dr. Nesrin İLHAN ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ' a müteşekkirim.

Çalışmama katılan ve özel hayatlarının detaylarını benimle paylaşan kıymetli annelere teşekkür ederim. Onları dinlemek, acılarını paylaşmak, onlarla duyguların kesiştiği yerlerde buluşmak ve kişilerarası sorunlarını çözmelerine yardımcı olmak benim için bir onurdu.

Doktora eğitimine birlikte başladığımız ve benim için motivasyon kaynağı olan ve aile sıcaklığını yaşatan dönem arkadaşlarım Esra BEKİRCAN'a ve Kübra TAN'a bu süreçte bana destek oldukları için çok teşekkür ediyorum.

Doktora sürecim boyunca her zaman yanımda olan maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, varlığıyla bana güç veren, en dipte olduğum zamanlarda içindeki ışığı bana yansıtan değerli eşim Taner ADIGÜZEL'e , kızlarımız İdil Lorin ve Yaren'e ve son olarak anneme, babama ve kardeşlerime;

Sonsuz teşekkür ediyorum....

VESİLE ADIGÜZEL

ÖZET

Postpartum Dönemdeki Annelerde Uygulanan Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Destekli Yaklaşımın Anksiyete ve Aleksitimi Üzerine Etkisi

Adıgüzel, Vesile

Doktora Tezi, Psikiyatri Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Ayşe Okanlı

Haziran 2023

Bu çalışma postpartum dönemdeki annelerde uygulanan kişilerarası ilişkiler psikoterapi (KİPT) destekli yaklaşımın anksiyete ve aleksitimi üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” , “Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)” ve “Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)” ile elde edildi. Araştırma İstanbul’ da özel bir hastanede 23-39 yaş aralığında 14 postpartum dönemdeki anne (Deney grubu=7 kişi, Kontrol grubu:7 kişi) ile gerçekleştirildi. Araştırma ön test ve son test uygulamalı randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Deney grubuna KİPT destekli yaklaşım uygulandı. Kontrol grubuna ise herhangi bir uygulama yapılmadı. Verilerin analizinde ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizi, Grup*Zaman etkileşiminin çoklu karşılaştırılmasında Fisher LSD testi kullanıldı. Araştırma sonucunda deney grubunun KİPT destekli yaklaşım öncesi anksiyete ölçeği puan ortalamalarının $19,71 \pm 4,11$ ve aleksitimi ölçeği puan ortalamasının $55,43 \pm 9,05$ olduğu belirlendi. Yaklaşım sonrası deney grubunun Anksiyete Ölçeği puan ortalamasının $(8,86 \pm 3,02)$ ve Aleksitimi Ölçeği puan ortalamasının $(41,00 \pm 7,44)$ istatistiksel açıdan anlamlı derecede azaldığı saptandı ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise anlamlı bir değişimin olmadığı gözlemlendi. Araştırma sonucunda postpartum dönemdeki annelerin anksiyete ve aleksitimi düzeylerini düşürmede KİPT destekli yaklaşımın etkili olduğu sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Postpartum, Anksiyete, Aleksitimi, Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

Interpersonal Relationships in Postpartum Mothers The Effect of Psychotherapy-Supported Approach on Anxiety and Alexithymia

Adıgüzel, Vesile

Ph. D. Thesis, Department of Nurse

Supervisor: Prof. Dr. Ayşe Okanlı

June 2023

This study aimed to determine the effects of an interpersonal relationship psychotherapy (IRPT) supported approach on anxiety and alexithymia in postpartum mothers. The data for the research were obtained through the "Personal Information Form," "Beck Anxiety Inventory (BAI)," and "Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)." The study was conducted at a private hospital in Istanbul with 14 postpartum mothers aged between 23 and 39 years (Experimental group: 7 individuals, Control group: 7 individuals). The research employed a pre-test and post-test applied randomized controlled experimental design. The IRPT supported approach was applied to the experimental group, while no intervention was implemented for the control group. In the analysis of the data, Repeated Measures ANOVA was used for comparing scale scores, and Fisher's LSD test was used for multiple comparisons of Group*Time interaction. The research findings revealed that the mean scores of the anxiety scale for the experimental group were 19.71 ± 4.11 , and the mean score of the alexithymia scale was 55.43 ± 9.05 before the IRPT-supported approach. It was determined that after the intervention, the experimental group exhibited a statistically significant decrease in the mean score of the Anxiety Scale (8.86 ± 3.02) and the Alexithymia Scale (41.00 ± 7.44) ($p < 0.05$). In the control group, no significant change was observed. The research concluded that the IRPT-supported approach was effective in reducing anxiety and alexithymia levels in postpartum mothers.

Keywords: Postpartum, Anxiety, Alexithymia, Interpersonal Relationship Psychotherapy, Psychiatric Nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR VE SİMGELER	xii
BÖLÜM 1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gebelik Dönemi	3
2.1.1. Gebelikte Psikososyal Gereksinimler	3
2.2. Postpartum Dönem.....	4
2.2.1. Postpartum Dönemde Sık Karşılaşılan Sorunlar	5
2.2.2. Postpartum Dönemde Yaşanan Psikososyal Sorunlar	6
2.2.2.1. Gebelik Hüznü	6
2.2.2.2. Postpartum Anksiyete.....	6
2.2.2.3. Postpartum Depresyon	7
2.3. Anksiyete	7
2.4. Aleksitimi.....	9
2.5. Anksiyete ve Aleksitimi	11
2.6. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinin Yapısı	11
2.6.1. KİPT'in Müdahale Alanları	12
2.6.2. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi İle İlgili Yapılmış Araştırmalar....	13
BÖLÜM 3. YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Modeli	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15
3.4. Deney ve Kontrol Grubunun Belirlenmesi.....	16

3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	18
3.6. Kullanılan Ölçme Araçları.....	18
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	18
3.6.2. Beck Anksiyete Ölçeği:.....	18
3.6.3. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20):.....	19
3.7. Veri Toplama Süreci	19
3.8. Hemşirelik Girişimi	20
3.8.1 KIPT Uygulanması.....	20
3.9. Verilerin Analizi.....	20
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği.....	21
3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	21
BÖLÜM 4: BULGULAR.....	22
BÖLÜM 5: TARTIŞMA	36
BÖLÜM 6: SONUÇ VE ÖNERİ	42
6.1. Sonuçlar	42
6.2. Öneriler	43
KAYNAKLAR	44
EKLER	53

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1: Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Bilgilerinin Karşılaştırılması-I

Tablo 2: Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Bilgilerinin Karşılaştırılması-II

Tablo 3: Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Ölçek Toplam Puanları ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4: Deney ve Kontrol Gruplarının Subjektif Kaygı (SK) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 5: Subjektif Kaygı (SK) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 6: Deney ve Kontrol Gruplarının Somatik Semptom (SS) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 7: Somatik Semptom (SS) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 8: Deney ve Kontrol Gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 9: Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 10: Deney ve Kontrol Gruplarının Duyguları Söze Dökmede Güçlük (DSDG) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 11: Duyguları Söze Dökmede Güçlük (DSDG) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 12: Deney ve Kontrol Gruplarının Duygularını Tanımada Güçlük (DTG) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 13: Duygularını Tanımada Güçlük (DTG) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 14: Deney ve Kontrol Gruplarının Dışa Dönük Düşünme (DDD) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 15: Dışa Dönük Düşünme (DDD) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 16: Deney ve Kontrol Gruplarının Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 17: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Consort Şeması

Şekil 2: Deney ve Kontrol Gruplarının Subjektif Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Şekil 3: Deney ve Kontrol Gruplarının Somatik Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Şekil 4: Deney ve Kontrol Gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Şekil 5: Deney ve Kontrol Gruplarının Duyguları Söze Dökmede Güçlük Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Şekil 6: Deney ve Kontrol Gruplarının Duygularını Tanımada Güçlük Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Şekil 7: Deney ve Kontrol Gruplarının Dışa Dönük Düşünme Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Şekil 8: Deney ve Kontrol Gruplarının Aleksitimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KISALTMALAR VE SİMGELER

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

SK: Subjektif Kaygı

SS: Somatik Semptom

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

DSDG: Duyguları Söze Dökmede Güçlük

DTG: Duyguları Tanımada Güçlük

DDD: Dışa Dönük Düşünme

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Anneler için gebelik ve doğum eşsiz bir deneyimdir. Bu deneyim sürecinde anne biyo-psiko-sosyal yönlerde değişimler yaşamaktadır. Özellikle psikolojik boyutta oldukça kırılğan bir yapıya sahip olabileceği belirtilmektedir (Fallon et al., 2018; Jordan et al., 2019). Kırılğanlığın yoğun olduğu bu dönemde anne normal düzeyden yıkıcı seviyeye kadar değişen düzeylerde anksiyete yaşayabileceği belirtilmektedir (Puryear, 2015). Gebelik, doğum ve postpartum dönemde anneye ihtiyacı olan desteği, eşi, ailesi, çevresi ya da sağlık profesyonelleri tarafından sağlanması annenin anksiyete ile baş edebilmesinde önemlidir. Bazı çalışmalarda doğum sonrası süreçler de annenin ailesi tarafından desteklenmesi bu süreci daha konforlu geçirdiği göstermektedir. Anneye verilen psikososyal destek içerisinde bebek bakımında eş ya da aile üyelerinin desteği, ev işlerinde yardım ve duygusal destek de yer almaktadır (Aydın & Aydın, 2021). Yapılan çalışmalarda postpartum dönemde yeterince desteklenmeyen annede duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları da yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir (Brockington, 2004; Bener et al., 2012). Bu dönemde karşılanan psikososyal destek ihtiyacı, bireyde stres ve kaygının oluşturduğu olumsuzlukları azaltarak kişinin kendisine olan güvenini artırdığı, ayrıca duygu ve düşüncelerini ifade etmesine olanak sağlanan annenin yeni rol ve sorumluluklarına adaptasyonu kolaylaştırırken, yaşam doyumu ve kalitesini de artırdığı belirtilmektedir (Öztürk Altınayak & Özkan, 2017; Tambağ vd., 2018). Postpartum dönemde annenin psikososyal açıdan yeterince desteklenmemesi annenin depresyon, anksiyete, stres gibi duygusal problemler yaşamasına, hatta anne bebek arasındaki bağı ve evliliğini kötü yönde etkilemesine neden olabilmektedir (Güleç vd., 2014). Duygusal problem olarak adlandırılan aleksitimi, duyguları tanımlama, çözümleme yapabilme ve ifade etme becerisinde azalma, kısıtlı düşünme ve dışsal odaklı düşünme ile karakterizedir. Aleksitimide başkalarının duygularını anlama ve yorumlamada, kişilerarası ilişki kurma ve sürdürmede sıkıntılı olma, sınırlı sosyal çevre ve sosyal yeterlilikte azalma şeklinde tanımlanmaktadır (Feldmanhall et al., 2013). Yapılan çalışmalara bakıldığında anksiyete ile aleksitimi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir (Motan & Gençöz, 2007 ; Karukivi et al., 2014; Tüzen, 2019; Solmaz vd., 2000; Bayraktutan vd., 2020; Sasioglu vd., 2013).

Annenin psikososyal destekle ilişkili sonuçları arasında bireysel yeterlilik, ruhsal başa çıkma, kararlılık, kendi bakımını yapabilmesi, iletişiminin güçlenmesi, evlilik doyumu, ruhsal sorunların riskinin azalması ve psikolojik iyilik hali olarak sıralanmaktadır (Aydın & Aydın 2021). Annenin yaşayabileceği duygusal sorunlar ve anksiyete bozuklukları karşısında kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (KİPT) annenin kişilerarası sorun alanlarına odaklanan, sosyal desteği ve kişilerarası işlevselliği geliştirmeyi amaçlayan, sınırlı süreli, bağlanma ve kişilerarası kuram temelli bir terapidir (Chung, 2015). Başlangıçta “saf” unipolar depresyon için kavramsallaştırılmış olan KİPT, postpartum depresyon için de uyarlandı. Perinatal dönemde KİPT uygulamaları ile ilgili çalışmaların gebelik depresyonu ve postpartum depresyon üzerine yoğunlaştığı belirtilmektedir (Stuart, 2012). Yapılan literatür araştırmaları sonucunda doğum sonrası süreçlerde psikososyal yönden kırılgan olan annelerin bu durumun getirdiği duygusal problemler karşısında ortaya çıkabilecek anksiyete ve aleksitimi durumlarını birlikte ele alan herhangi bir girişimsel çalışmaya rastlanmadığı saptanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı postpartum dönemdeki annelerde uygulanan kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşımın anksiyete ve aleksitimi düzeyleri üzerine etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H0-1: Postpartum dönemdeki annelerde uygulanan kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşımın anksiyete düzeyine etkisi yoktur.

H1: Postpartum dönemdeki annelerde uygulanan kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşımın anksiyete düzeyini azaltır.

H0-2: Postpartum dönemdeki annelerde uygulanan kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşımın aleksitimi düzeyine etkisi yoktur.

H2: Postpartum dönemdeki annelerde uygulanan kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşımın aleksitimi düzeyini azaltır.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1.Gebelik Dönemi

Kadın hayatının çok özel bir dönemi gebeliktir. Bu dönemde fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden pek çok değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Taşkın, 2016). Gebenin bu dönem içinde psikososyal durumunu etkileyecek çok fazla etken olduğu ve bu etkenler arasında, kadının eğitim düzeyi, sosyo ekonomik düzeyi, obstetrik öyküsü, eş ilişkisi, aile bireylerinin gebeye karşı tutumları, gebenin geçmiş ruhsal sorunları, çevresinde bulunan rol modeller, gebenin gebeliği hakkında yetersiz bilgi düzeyi ve düşük benlik saygısı yer almaktadır (Körükçü vd., 2017). Gebelik, fizyolojik olmasıyla beraber anne adayını için kriz dönemi olarak değerlendirilir. Gebeliğin oluşmasından itibaren bedeninde görülmeye başlanan bazı fizyolojik ve hormonal değişiklikler gebede psikolojik olarak değişimlerin ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Korkma, depresif duygu durumu, kaygı artışı, mutlu hissetme ve iğrenme duygusu aniden oluşabileceği ifade edilmektedir (Aslan, 2019). Gebeliğin olumlu şekilde geçirilmesi için; kadınlık görevini kabullenmesine, annesiyle olan ilişkisine, çevresinde bulunan rol model olanlara, geçmiş yaşantısındaki paylaşımlarına, anne olmaya hazır hissetmesine, eşler arasındaki ilişkisine, eşi ve yakınlarının bebeği isteyip istemeyeceğine, değişmiş beden imajını kabul etmesine, sosyo-kültürel ve ekonomik yapısıyla ilgili olmaktadır (Coşkun, 2016).

2.1.1. Gebelikte Psikososyal Gereksinimler

Gebelik dönemi, kadının biyo-psikososyal uyumunun, ailede ve iş dünyasında görevlerinin değişeceği, yeni yükümlülüklerin olduğu, yeni bir role uyum sağlamaya çalışılan bir kriz süreci olarak ifade edilmektedir (Körükçü vd., 2017). Kaygı ve anksiyeteye karşılaşılabilmekle fazla olacağı hamilelik döneminde annenin psikososyal sağlığı ve genel iyilik hali olumsuz etkileneceği belirtilmektedir. Bireyin sosyal çevresine uyumlu davranması ve yaşadığı sosyal çevresinde sağlık durumunu tehdit edebilecek olumsuzlukların olmaması durumu psikososyal sağlık olarak tanımlanır. Gebelikte psikososyal ve duygusal desteğin yeterince verilmemesi gebelik ve postpartum dönemde depresyon açısından belirleyici özelliğe sahip olduğu saptanmıştır (Gümüldaş vd., 2014). Kadının gebelik dönemi psikososyal sağlığını etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlere bakıldığında (Boybay & Dereli, 2015):

- Eğitim düzeyi,

- Sosyo-ekonomik durumu,
- Geçmişteki hamilelik ve doğum tecrübeleri,
- Çocuk sayısı,
- Gebeliğin planlı gerçekleşmesi,
- Kadının eşiyle arasındaki ilişki,
- Aile bireylerinin gebeye davranışları,
- Kadının geçmiş var olan psikolojik rahatsızlıkları,
- Kadının çevresinden gördüğü olumlu ve olumsuz rol modelleri,
- Gebeliği konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olmaması,
- Kadında öz saygının yetersiz olması,
- Sosyal izole durumu,
- Algıladığı sosyal destek gibi sıralanmıştır.

Bu sebeplere bağlı olarak gebelik süreci, stresin ve anksiyetenin meydana getireceği birçok etkenle karşılaşılma ihtimalinin fazla olduğu bir dönem olarak ifade edilir. Bu dönemde annede depresyon görülme olasılığında artma olabileceği belirtilmektedir (Bakır, 2020). Psikososyal problemlerin gebelerin psikolojisini etkileyerek, gebelik süreciyle ilgili kötü sonuçlar yaratabileceği ve tedavi edilmeyenler de maternal hastalık hızında ve ölüm hızında (suicid girişimlerde dahil olmak üzere) artış yapacağı bilinmektedir (Özşahin vd., 2018). Anne adayının ve fetüsün sağlığı için önemli sonuçlar oluşturabilecek psikososyal sorunların, gebelikte hangi dönemde daha fazla tehlikeli olduğunun bilinmemesi ile beraber, her bir trimesterin kendine özgü psikolojik uyum sürecinin olduğu bildirilmektedir (Pacheco et al., 2013).

2.2. Postpartum Dönem

Puerperium dönem olarak da adlandırılan postpartum dönem plasentanın doğumu ile başlayıp, postpartum altı-on iki haftayı içeren dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç üç farklı dönemden oluştuğu;

- Başlangıç Dönemi: Postpartum ilk altı-on iki saatlik süreçtir. Bu dönemde postpartum komplikasyonları içeren acil durumlar yaşanabilir.

- İkinci Dönem: İki-altı hafta sürmektedir. Erken postpartum dönem olarak da adlandırılmaktadır.

- Üçüncü Dönem: Postpartum altı aya kadar devam eden dönemdir. Puerperium dönem kadın ve aile için fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin gerçekleştiği ve yeni rollerin öğrenildiği bir dönem olarak belirtilmektedir (Akgün, 2016).

2.2.1. Postpartum Dönemde Sık Karşılaşılan Sorunlar

-Kadında görülebilecek sağlık sorunları:

- Ameliyat yerinde ağrı, hassasiyet, enfeksiyon belirtileri ve bulguları
- Uykusuzluk
- Yorgunluk
- Konstipasyon
- Hemoroid
- Meme sorunları
- Sütün yetersiz gelmesi
- İdrar yolu enfeksiyonu
- İdrar inkontinansı
- Vajinal enfeksiyon
- Cinsel istekte azalma
- Kendini yetersiz hissetme
- Kadınlık rolünü yerine getirememe endişesi
- Olumsuz beden imajı
- Kadınlık hüznü

- Postpartum depresyon

-Bebekte karşılaşılan sağlık sorunları:

- Emme sorunları
- Sarılık
- Pişik
- Pamukçuk
- Göbek bağında oluşabilecek enfeksiyon
- Abdominal distansiyon
- Konstipasyon veya ishal gelişimi
- Yetersiz beslenmeye bağlı düşük kilo alımı (Balkaya, 2002).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre, 2013 yılında doğum sonrası bakım hizmeti alanların oranı %93 olarak kaydedilirken, 2018 yılında bu oran %96'ya yükseldiği belirtilmektedir (TNSA, 2018).

2.2.2. Postpartum Dönemde Yaşanan Psikososyal Sorunlar

2.2.2.1. Gebelik Hüznü

Doğumdan sonra ortaya çıkan, duygu durum sendromları içinde %15-84 arasında değişen oranda, en sık annelik hüznü görülmektedir. Doğumdan sonra 12 gün içinde başlayan anksiyete, hafif ve şiddetli depresyon, duygudurumda değişkenlik, yorgunluk, ağlama nöbetleri, bilişsel işlevlerde değişkenlik; örneğin dikkatin kolay dağılması, yakın bellekte zayıflık gibi belirtilerin sık görüldüğü belirtilmektedir. Bunun yanında çocuk için gereken ilgiden bunalmışlık ve boğuluyormuş hissi görülebilir. Bu bulguların 2 haftadan uzun sürmesi postpartum depresyonu olabileceğini ifade edilmektedir (Özdamar vd., 2014; Copoglu vd., 2015).

2.2.2.2. Postpartum Anksiyete

Anneler postpartum dönemdeki değişikliklere alışma, kendi bakımlarını ve bebeğinin ihtiyaçlarını giderme gayreti içindedirler. Tüm bunlar annelerde stres etkeni şeklinde algılanır. Yapılan araştırmaların çoğu doğum sonu depresyona yoğunlaştığı için

postpartum dönemde yaşanan anksiyeteyenin görülme sıklığı ve belirtilerine yönelik çok az bilgi bulunduğu belirlendi (Ross et al., 2006). Bu, sorunun sanıldığından daha yaygın olabileceğini ve sorunu gözden kaçıran kadınların uygun teşhis, destek veya tedavi alamayabileceğini düşündürür. (Wardrop et al., 2013). Hung, Tayvanlı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, doğum sonrası stres düzeyini değerlendirmiş ve en önemli stres faktörlerinin yorgunluk ve bebek beslenmesi olduğunu göstermiştir. Ayrıca, annelik rolüyle başa çıkmak, sosyal destek eksikliği ve vücut değişiklikleri gibi algılanan üç stres boyutunun da etkili olduğunu belirtmiştir (Hung, 2004). Britton ise doğum sonrası kaygı yaygınlığıyla ilgili bir araştırma yapmış ve annelerin yaklaşık %25'inin orta seviyede kaygı yaşadığını, %1'inin ise şiddetli düzeyde kaygıya sahip olduğunu tespit etmiştir. Erdem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda ise annelerin yaklaşık %50'sinin kaygılı olduğu bildirilmiştir (Britton, 2005; Erdem vd., 2010). Gebelik sürecinde annelerin yaşadığı kaygının ailesel, çevresel, sosyal, toplumsal ve kültürel faktörlerden kaynaklandığı da Schetter ve arkadaşları tarafından belirtilmiştir (Schetter et al., 2012). Yapılan bir çalışmada postpartum dönemde anksiyetenin depresyondan daha yaygın olabileceği belirlendi (Brockington, 2004). Bener ve ark (2012) yeni doğum yapmış annelerle yaptığı araştırmalarında depresyon oranını %18.6, anksiyete oranını ise %13.1 olduğunu tespit etti (Bener vd., 2012). Çalışmaların sonucu incelendiğinde ruhsal yakınmalarla başvuran yeni doğum yapmış kadınlarda yalnızca depresyonun araştırılması ruhsal durum muayenesinin eksik kalması anlamına geldiği bildirildi. Depresyon-anksiyete eş tanısı prognozu olumsuz etkileyebileceğinden lohusalarda sık görülebilen anksiyetenin gözden kaçırılmaması önerildi. (Gülseren, 2013).

2.2.2.3. Postpartum Depresyon

Doğumdan sonraki ilk 12 haftada ortaya çıkar ve yaklaşık %13 civarında görülme olasılığı vardır. Sıklıkla 6. haftadan itibaren kendini gösteren hastalığın belirtileri arasında, uykusuzluk, disfori, konfüzyon, suçluluk ve suisid düşünceleri yer alabilmektedir. Tanı konulan bireylere tedavi planı yapılırken annenin emzirme durumu, verilecek ilaçların yan etkileri ve psikoterapi yöntemleri göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Bunun yanı sıra prenatal dönemden başlayan takipler ve taramaların yapılması hastalığı önlemek için tavsiye edilmektedir (Toohey, 2012).

2.3. Anksiyete

Anksiyete kelimesi, Latince kökenli "anxietas" kelimesinden gelir ve endişeli düşünceleri ifade eder. Ayrıca "depresyon", "kaygı", "endişe", "sıkıntı" veya "rahatsız edici kaygı durumu" gibi kelimelerle eş anlamlı olarak kullanılır. Anksiyete, bireyi tehdit eden bir durum karşısında korku, belirsizlik, çaresizlik ve endişe gibi duygular olarak tanımlanmaktadır (Huang et al., 2021). Anksiyete; sıkıntı, huzursuzluk, kötü bir şey olacak hissine kapılma, çarpıntı, terleme, titreme gibi bedensel belirtilerin farklı şekillerde kendini gösterdiği bir semptomdur (Chen et al., 2019). Ek olarak terleme, titreme, başta dönme hissi veya nabızda artış gibi belirtiler de görülebilmektedir (American Psychological Association (APA) 2013). Anksiyete hayatta kalmaya dayalı bir savunma mekanizmasıdır. İnsan olası tehlikelere karşı kendini korumalı ve önlem almalıdır ancak bu sistemin aşırı kullanımı patolojilere yol açmaktadır. Anksiyetenin patolojik varlığı, kişinin süresi, şiddeti ve işlev bozukluğu ile belirlenmektedir (Kırpınar, 2019). Anksiyete evrensel bir duygudur ve kişinin kendini güvensiz hissettiği durumlara verdiği doğal bir tepkidir. Kişi bu duyguyu, normal hayatında tam olarak aşına olmadığı, yeni, farklı veya alışık olmadığı bir durumla karşılaştığında yaşamaktadır. Kaygı genellikle stresli durumlarda daha net hissedilir. Psikanalistler kaygının doğumla başladığını ve ölüme kadar devam ettiğini iddia etmektedir (Öztürk & Uluşahin, 2015). Anksiyete dört evrede tanımlanmaktadır:

-Hafif düzey: Bireyin gördüklerinden, duyduklarından ve çevresinde olup bitenlerden haberdar olduğu, öğrenme düzeyinin, yaratıcılığının arttığı, duyarlı ve ilgili hale geldiği gözlenmiştir. Konuşmanın hızı ve hacmi, konuşmanın içeriği ile tutarlıdır.

-Orta düzey: Bireyin kavrama, algılama ve sözel iletişim tekniklerinde azalma olmaktadır. Kaslarda gerginlik, tansiyonda, nabız sayısında artış ve takipne durumu, mide rahatsızlığı, terleme ve benzeri hafif bedensel semptomlar ortaya çıkabilir.

-Yüksek Düzeyde Anksiyete: Kişi etrafındaki olayları algılamakta problem yaşar. Kişinin algılama ve anlama aralığı daralmıştır. Kişi yaşadığı küçük bir detaya veya detaylara odaklanır. Olaylar ve detaylar arasında ilişki kurmada zorluklar yaşanır. Çarpıntı, nefes darlığı, hazımsızlık şikayetleri, baş ağrısı, göğüs ağrısı, istemli kas gerginliği yer almaktadır.

-Panik: Bu kaygının en yoğun olduğu seviyedir. Tüm dikkat dağınıktır. Çevresel tehlikelere tepki vermez. Bu, nefes darlığı, boğulma, boğulma hissi, baş dönmesi,

bayılma, çarpıntı, göğüs ağrısı ve ölüm korkusu veya kontrol kaybı gibi belirtilerle kendini göstermektedir.

Anksiyete, insanlarda fizyolojik, psikolojik ve bilişsel değişikliklere neden olur. Bu değişiklikler, bireyin kaygı düzeyini belirlemede ipuçları sağlar (Clark & Beck, 2012).

-Fizyolojik belirtiler: Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ilişkilidir. Bu belirtiler: taşikardi ve hızlı nefes alma, artan kan basıncı, ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, mide bulantısı, kusma, ishal, dizüri, terleme, ürperme, baş ağrısı ve baş dönmesi, uyku problemleri, senkop, yorgunluk ve kaslarda gerginliği şeklinde sıralanmaktadır.

-Psikolojik belirtiler: ürkeklik, sıkıntı, güvensizlik hissi, utangaçlık, çaresizlik hissetme, sinirlilik hali, öfkelenme, depresyon, duygusal uyuşukluk, aşırı gerginlik hali, dikkati toplamada sıkıntı, kendini ve başkalarını eleştirme/suçlama eğilimi, cinsel isteksizlik, kontrol kaybı, iştah değişiklikleri ve sürekli yorgunluk yer almaktadır.

-Bilişsel belirtiler: Dikkat ve yaratıcılıkta azalma, hatırlamada ve karar vermede güçlükler, çevreye olan ilgide azalma görülmektedir (Engin, 2014).

2.4. Aleksitimi

Yunanca kökenli bir terim olan aleksitimi, Yunanca a=yok, lexis=kelime, thymos=duygu kelimelerinin birleşimidir. Aleksitimi, kişinin duygularını tanımlamasının ve ifade etmesinin zor olduğu bir durum olarak kendini gösterir. Aleksitimi literatürde duygusal sağırlık, duygusal körlük, duygular adına konuşamama gibi terimlerle de açıklanmaya çalışılmaktadır. (Kalaman vd., 2019)

Bankier ve arkadaşları (2001) aleksitimi, yetersiz sosyal desteğin, psikolojik bozuklukların veya klinik belirtilerin, psikosomatik hastalıkların, bilişsel bozuklukların, kişilik özelliklerinin veya nörolojik sorunların neden olduğu bir bozukluk olarak tanımlamaktadır. Taylor ve Bagby, aleksitimik bireyleri "duyguları hakkında çok az şey bilen ve genellikle duyguları anılar, fanteziler veya diğer somut durumlarla ilişkilendiremeyenler" olarak tanımlar; Aleksitimik bireyler, çoğunlukla iç dünyalarından çok, dışsal durumlara ve nesnelere aşırı odaklanan (dışadönük bilişsel yapı) bir düşünme biçimi içindedirler. Aleksitiminin yapısı şu şekilde dört bölüme ayrılmıştır (Teixeira et al., 2015).

1. Duyguları tanıma ve ifade etmede zorluklar

2. Duygusal uyarılmayı fiziksel durumlardan ayırt etmekte güçlük.

3. Hayal gücü süreçlerinde sınırlılık.

4. Dışa yönelik bilişsel yapı

Yapılan bir araştırma, aleksitiminin depresyon, alkol ve madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve somatoform bozukluklar gibi çeşitli psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, aleksitiminin genel popülasyonda yaygın olduğu ve bu nedenle bir hastalık yerine bir kişilik özelliği olarak kabul edildiği belirtildi (Güler, 2014). Aleksitimik olanlar; somatik şikayetleri yaygındır, duygularını tarif etmekte ve sözlü olarak ifade etmekte zorlanırlar. Bu da hem sosyal hem de romantik ilişkilerde ciddi sıkıntılara neden olur. (Yalçın, 2010)

Aleksitimik bireylerin bazı ortak karakteristik özellikleri vardır:

- Aleksitimik özellik gösteren bireyler çok nadir rüya görürler ve rüyadaki öğeler arasında ilişki kurmakta zorlanırlar (Yıldız, 2013).
- Narsistik, pasif-bağımlı, agresif, psikosomatik, pasif özellikler sergileyebilirler
- Hayal kurma ve yaratıcılıktan yoksun oldukları için mekanik, robot gibi bir yaşam sürmeyi tercih ederler (Yalçın, 2010).
- Çok nadiren ağladıkları görülse de bazen duygularla alakalı olmaksızın ağlayabilirler (Yıldız, 2013).
- Genellikle çevreleriyle iyi anlaşıyor, paylaşmayı seviyor gibi görünseler de kendileri böyle olmadıklarının farkındadırlar ve bu durumu diğerlerinden gizlerler (Epözdemir, 2012)
- Bu bireyler çevresindeki insanlara karşı uzak, ilgisiz görünürler ve çevresindeki insanlar tarafından sıkıcı, renksiz cansız olarak tanımlanırlar. Dış merkezli oldukları için yüzeysel ilişki yürütürler (Yıldız, 2013).
- Çok stresli, kaygılı bir durumda olsalar bile bu durumu inkar edip duygularını açıklamak yerine sırtım ağrıyor, kalbim sızlıyor, canım acıyor gibi sözlerle açıklarlar.

- Kendi isteklerine göre hareket etmektense çevrelerinde kişiye uyum sağlamak için onların yönlendirmesine ihtiyaç duyarlar. Bu durum çevrelerinde onları seven biri yapsa da kendi isteklerini yaşayamazlar (Epözdemir, 2012).

2.5. Anksiyete ve Aleksitimi

Aleksitimi olan bireylerin fiziksel ve psikolojik semptomlarını doğru bir şekilde deneyimleme, tanıma, anlama veya işleme konusunda normal bireylere göre zorluk yaşadığı görülmektedir (Lumley et al, 1996). Bu durum, bu bireylerin fiziksel semptomlarını tanımak konusunda güçlük yaşadıkları ve fiziksel semptomlarını daha yüksek bir seviyede algılayabildikleri şeklinde bulgulanmaktadır (Kooiman et al., 2000). Bu durumun aleksitimi bozukluğu olan hastaların fiziksel semptomlarla baş etmesini zorlaştırdığı bildirilmektedir. Ayrıca aleksitimiklerin duygularını tanıyamamaları ve ifade edememeleri, duygusal olarak strese girdiklerinde fiziksel belirtilere yol açmaktadır (Sayar vd., 2001). Aleksitimi olarak bilinen "duygular için söz yokluğu" kavramı, anksiyete bozukluğu olan hastalar arasında yaygınlığın %28,3 ile %58,0 arasında olduğu bildirildi. Yapılan çalışmalara bakıldığında anksiyete ile aleksitimi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu belirtilmektedir (Motan & Gençöz, 2007 ; Karukivi et al., 2014; Tüzen, 2019; Solmaz vd., 2000; Bayraktutan vd., 2020; Sasioglu vd., 2013). Bayraktutan (2014), yaptığı çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin aleksitimi seviyelerinin anlamlı olduğunu belirtilmektedir. Literatür incelemesi yapıldığında anksiyete ve aleksitimi kavramlarını birlikte ele alan çalışmaların kısıtlı olduğu görüldü (Tüzen, 2019; Solmaz vd., 2000; Bayraktutan vd., 2020; Sasioglu vd., 2013).

2.6. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisinin Yapısı

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (KIPT), yarı yapılandırılmış, süresi sınırlı ve ana odaklanan bir yaklaşımdır (Pu et al., 2017). KIPT, beş aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar şunlardır: değerlendirme aşaması, başlangıç aşaması, ara aşama, akut tedavi aşamasının sonu ve sürdürme aşaması (Robertson et al., 2008). Değerlendirme aşaması, KIPT' e uygun olup olmadığına karar vermek için terapistin hastayı değerlendirdiği ilk aşamadır. Eğer hastanın tedaviye uygun olduğu belirlenirse, hastayla birlikte terapistle bir tedavi sözleşmesi imzalanır. Bu aşamanın amacı, hastayı sosyalleştirmek ve kişiler arası iletişim becerilerini geliştirmektir. Bu hedeflere ulaşmak için hasta ile birlikte bir eylem planı oluşturulur. Orta aşama, terapistin KIPT tekniklerini kullanarak hastanın

kişiler arası sorunlarını çözmeye çalıştığı bir aşamadır. Akut tedavi aşamasının sonunda, hasta ve terapist birlikte yapılanları gözden geçirir ve gelecekte ortaya çıkabilecek sorunlarla başa çıkmak için planlar yapar. Son aşama veya idame tedavisi, hastanın öyküsü, hastalığın şiddeti ve nüks riskine göre hasta ve terapist birlikte plan yaparlar (Stuart & Robertson, 2014). KIPT, üç ana sorun alanına odaklanır: kişiler arası çatışmalar, rol değişiklikleri ve yas/kayıp. Kişiler arası çatışmalar, açık veya gizli çatışmalar olarak adlandırılır ve hastanın rahatsızlığını arttırdığında ele alınmalıdır (Robertson et al., 2008). KIPT'nin kişiler arası çatışmaları çözümlemek için üç özel hedefi vardır. Bunlar, hastanın çatışmayı anlamasına yardımcı olmak, hastanın rahatlaması için kişiler arası iletişimi geliştirmek ve hastanın gereksinim hissettiği sosyal desteği almasına yardımcı olmaktır. Rol değişikliği ise insan yaşamında normal ve kaçınılmaz bir süreçtir. KIPT, normal yaşamdaki rol değişikliklerinin yanı sıra beklenmedik rol değişiklikleri sırasında hastanın kişiler arası ilişki işleyişini ve sosyal desteğini geliştirmek için destek sağlar. Yas ise insan yaşamının kaçınılmaz bir deneyimidir ve kişilerin ilişkilerini kaybetme, sağlık sorunlarıyla uğraşma veya sevdiklerinin ölümü gibi durumlarla başa çıkmasını gerektirebilir. KIPT, bu süreçte hastaya sosyal desteği doğru bir şekilde kullanmasına, duygularını başkalarına iletmelerine ve çevresindeki insanlarla iletişim kurmalarına yardımcı olur. KIPT'nin dört temel amacı vardır: hastanın yas sürecini dinleyerek kolaylaştırmak, hastanın kaybı sağlıklı bir şekilde tamamlamasına yardımcı olmak, hastanın deneyimlerini başkalarına ifade etmesine izin vermek ve hastanın yeni ilişkiler kurmasını desteklemek ve güçlendirmektir (Stuart & Robertson, 2014).

2.6.1. KIPT'in Müdahale Alanları

KIPT, insan ilişkilerindeki sorun alanlarını üçe ayırır: yas/kayıp, rollerin değişimi ve kişilerarası çatışmalar. Bir kişinin problemini veya hastalığını etkileyen durum, kişinin yaşadığı ilişkiler ise, problem alanı kişilerarası çatışmalar olarak seçilir. Kişilerarası çatışmaların sorunlu alanında çalışan KIPT'nin amaçları şunlardır: çatışma durumunu anlamak, eksik veya yanlış iletişimin neden olduğu yanlış anlamaları bulmak, yerine getirilmeyen beklentilerin etkisi sorununu incelemek, destekleyen faktörleri incelemek. anlaşmazlık, çatışmalara alternatif yollar geliştirmek ve gelecekteki kişilerarası çatışmaları önlemek için gerekli becerileri geliştirmek.

Rol değişiklikleri, hastanın yaşam koşullarındaki önemli bir değişikliğe uyum sağlamak zorunda olduğu durumlar olarak tanımlanır. Rol geçiş güçlüğü çeken bir hastayla çalışırken, terapistin amacı eski ve yeni roller üzerinde düşünmek, yeni roldeki zorluk kaynaklarını belirlemek ve bu sorunlara çözümler üretip uygulamaktır. Yas bölgesiyle çalışırken amaç öncelikle kişinin yas tutma süreci geciktiğinde yaşadığı deneyimi yumuşatmak ve ardından hastaların kaybedilenin yerini alabilecek ilgi alanları ve ilişkiler kazanmasına yardımcı olmaktır. Terapistin amacı, yas sürecini yumuşatmak, ilişkideki çözülmemiş sorunlarla uğraşmamaya yardımcı olmak ve hastanın depresyonu ile bastırılmış duyguları arasındaki bağlantıyı fark etmesine rehberlik etmek için empatik dinlemeyi sürdürerek hastanın merhumla ilişkisini yeniden kurmaktır. Temel amaç, hastanın yeni ilişkiler kurmasına ve sosyal destek sistemini iyileştirmesine yardımcı olmaktır. (Stuart & Robertson, 2014).

2.6.2. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi İle İlgili Yapılmış Araştırmalar

2000 yılında O'Hara ve diğerleri, doğum sonrası depresyonu olan kadınlar üzerinde bir araştırma gerçekleştirdi. Katılımcılar, rastgele olarak kontrol ve deney gruplarına ayrıldı. Kontrol grubu, plasebo etkisini gözlemlemek amacıyla bir bekleme listesine alındı, deney grubuna ise Kişilerarası İlişkisel Psikoterapisi (KİPT) uygulandı. Deney grubundaki katılımcılar, 12 hafta boyunca haftada bir terapi seansına katıldı. Tedavi sürecinin sonunda, terapi grubundaki katılımcıların depresyon puanlarının düştüğü ve diğer gruba kıyasla kişilerarası ilişkilerinde anlamlı bir iyileşme olduğu gözlenmiştir (O'Hara et al., 2000). Kelly ve arkadaşları (2007), 185 tekrarlayan depresif bozukluğu olan kadın üzerinde çalışmış ve bu kişilerde hızla gelişen depresif belirtiler ve ilgili özelliklerdeki iyileşme oranlarını incelemiştir. Katılımcılar 12 hafta boyunca KİPT almış ve sonuçlar bilişsel davranışçı terapi ile karşılaştırılmıştır. Bulgular, KİPT ve bilişsel davranışçı terapi gibi diğer tedavilere eşit etkili olduğunu göstermiştir. Ancak, bu faydaların uzun süreli remisyon için yeterli olmadığı belirlenmiştir (Kelly et al., 2007). Dagö ve arkadaşları (2014), sosyal kaygı bozukluğu olan 52 kişiyle bir çalışma yürütmüştür. Araştırmacılar, sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylere bilişsel davranışçı terapi veya KİPT telefon ve bilgisayar aracılığıyla uygulanmış ve her iki terapi yöntemi arasında hangisinin daha etkili olduğu ölçülmüştür. Sonuçlar, KİPT'in etkili olduğunu göstermiştir (Dagö et al., 2014). 2016 yılında Souza ve diğerleri, 40 yetişkin üzerinde dirençli depresyonla ilgili bir araştırma gerçekleştirdi. Dirençli depresyon, majör depresif bozukluk kriterlerinin yeterli antidepresan tedaviye rağmen

hala devam ettiği bir durumu ifade eder. Bu pragmatik, randomize ve kontrollü çalışmada, katılımcılar rastgele olarak iki gruba ayrılmıştır. Birinci grup olağan tedaviye devam ederken, ikinci grup ise olağan tedaviye ek olarak Kişilerarası İlişkisel Psikoterapi (KİPT) almıştır. Depresyon şiddeti puan ortalamaları 8, 12, 19 ve 24. haftalarda lm, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ayrıca, iki farklı tedavi koşulu arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır (Souza et al., 2016). Pu ve arkadaşları (2017) ise 6-18 yaş arası 538 depresyon tanısı konulan ocuk ve ergen üzerinde bir araştırma yapmıştır. Katılımcılar rastgele olarak kişilerarası psikoterapi grubuna, bekleme listesine veya psikolojik plasebo grubuna yerleştirilmiştir. Sonuçlar, KİPT'nin ocuk ve ergenlerde görülen depresyon tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, KİPT'nin kontrol koşullarına göre depresif semptomları anlamlı derecede azalttığı ve tedavi sonrası remisyon oranını artırdığı belirlenmiştir (Pu et al., 2017).

BÖLÜM 3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Postpartum dönemdeki annelerde uygulanan kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşımın anksiyete ve aleksitimi üzerine etkisini belirlemek amacıyla, ön test ve son test randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Veriler İstanbul'da özel bir hastanede pediatri polikliniğine başvuru yapan postpartum dönemdeki annelerle gerçekleştirildi. Araştırmaya katılan annelerin ön test verileri, yaklaşımın uygulanması ve son test verileri Ağustos 2022 – Ocak 2023 tarihleri arasında toplandı. Çalışma 10 Haziran 2022– 23 Haziran 2023 tarihleri arasında tamamlandı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evreni İstanbul'da özel bir hastanenin pediatri polikliniğine başvuran, postpartum dönemdeki 1 aylık bebeği olan annelerden oluştu (N=126). Örneklemenin belirlenmesinde G-power programı kullanıldı. Güç analizi için ‘Majör Depresyon Tanısı Almış Kadınlarda Kişilerarası İlişkiler Terapisi Yaklaşımına Dayalı Grupla Sosyal Hizmet Uygulamasının Psikososyal İşlevsellik Üzerine Etkisi’ başlıklı çalışma referans alındı. Bu analiz sonucuna göre 7 deney 7 kontrol olmak üzere toplamda 14 annenin örnekleme alınması gerektiği belirlendi ($\alpha=0.05$, $\beta=0.95$). Güç analizi 7 olarak belirlenen çalışmaya devam etmeme ya da farklı sebeplerle kayıp olma ihtimaline karşı her iki grup içinde 2 yedek olacak şekilde toplamda 4 kişi yedek olarak belirlendi. Örneklem için yeterli kişi sayısı belirlendikten sonra randomizasyon aşamasına geçildi. Araştırmaya dahil edilen anneler randomize olarak deney ve kontrol gruplarına atandı. Görüşmeler esnasında herhangi bir kayıp yaşanmadığı için yedekler çalışmaya dahil edilmedi.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- 18 yaş üzeri olma,
- Postpartum dönemde olma,
- Beck Anksiyete Ölçeği'nden 15 puan üzerini almış olma,
- 1 aylık bebeği olma,
- İnternet bağlantısına sahip olma,

- Online/ çevrimiçi görüşmeler için bilgisayar veya akıllı telefon kullanabilir olma.

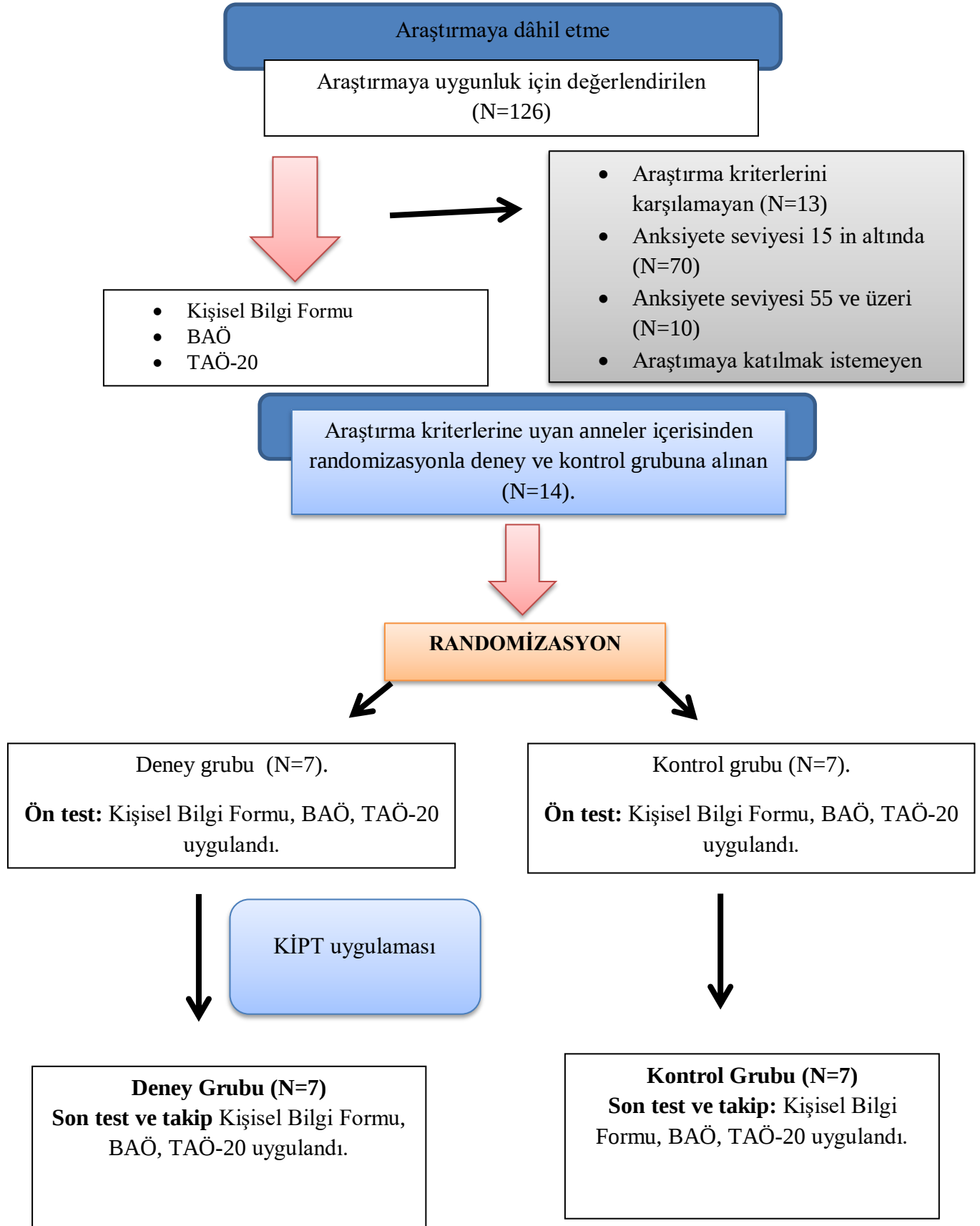
Dışlanma Kriterleri

- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olma,
- Daha öncesinde benzer eğitim/ terapi yaklaşımı almış olma,
- Verilen uygulamanın %20 sinden fazlasına katılmamış olma,
- Yaklaşım esnasında ek psikiyatrik tanı almış olma.

3.4. Deney ve Kontrol Grubunun Belirlenmesi

3.4.1. Randomizasyon

Randomizasyon, bilgisayar tabanlı rastgele sıra numaraları (www.random.org) kullanılarak yapıldı. Katılımcılar araştırmaya dahil edilme sırasına göre numaralandırıldı ve randomizasyon listesindeki rastgele sıra numaralarına göre deney grubu ve ya kontrol grubuna atandı. Örneklemeye alınan bireylerin tamamına çalışma öncesinde aydınlatılmış onam, kişisel bilgi formu (EK_1) , Beck Anksiyete Ölçeği (EK_2) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (EK_3) uygulandı.



Şekil 1

Consort Şeması

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkeni: Kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşım programı,

Bağımlı Değişkeni: Katılımcıların beck anksiyete ölçeği ve toronto aleksitimi ölçeği puan ortalamaları.

3.6. Kullanılan Ölçme Araçları

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, araştırmacılar tarafından literatürdeki kaynaklar taranarak oluşturulan yaş, çalışma durumu, eğitim durumu, sahip oldukları çocuk sayısı, istenilen gebelik olma durumu, kronik hastalığı olma durumu, önceki gebeliklerinde ölü veya düşük olma durumu, postpartum dönem hakkında bilgi sahibi olma durumu, doğum sonrası sosyal destek alma durumu, alınan desteğin türü ve kimden olduğu gibi özelliklerden oluşan 14 maddelik bir formdur (Erdem vd., 2010; Copoglu vd., 2015).

3.6.2. Beck Anksiyete Ölçeği:

Beck tarafından geliştirilen anksiyete ölçeği, anksiyete durumunu değerlendirmek ve anksiyetenin bilişsel yönlerini anlamak amacıyla kullanılmaktadır. Bu ölçek, Likert tipi bir ölçek olup 21 madde içermektedir. Ulusoy ve ark. (1998), ölçeğin ilk geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını gerçekleştirmişlerdir. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı, 0,57 olarak bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarına göre, ölçeğin anksiyete derecelendirme ve tedavi izleme çalışmalarında güvenli bir şekilde kullanılabileceği belirtilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Beck Anksiyete Ölçeği için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. Beck Anksiyete Ölçeği, bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabileceği bir ölçektir. 13 maddeden oluşan ölçek, fizyolojik semptomları değerlendirirken, 5 madde kavrama yönünü açıklar ve 3 madde hem somatik hem de kavrama semptomlarını değerlendirir. Katılımcılardan her bir madde için "Hiç", "Hafif Derecede", "Orta Derecede" veya "Ciddi Derecede" şeklindeki seçeneklerden uygun olanı işaretlemeleri istenir. Ölçek puanları 0 ile 7 aralığında ise normal veya minimal, 8 ile 15 aralığında hafif, 16 ile 25 aralığında orta ve 26 ile 63 aralığında şiddetli anksiyete düzeylerini yansıtır. Ölçeğin kesme puanı 15 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam puan kullanılır. Puanların artması,

anksiyete düzeyinin arttığını gösterir (Ulusoy vd., 1998). Bu araştırmada Beck Anksiyete Ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0,82 olarak belirlendi.

3.6.3. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20):

Bagby ve ark. (1994) tarafından geliştirilen ölçek, başlangıçta 26 sorudan oluşmaktaydı, ancak günümüzde sıkça kullanılan ve 20 sorudan oluşan bir kısaltma yapılmıştır (Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 veya TAÖ-20). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizleri, Köse ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan ölçekte yer alan "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık sık" ve "Her zaman" gibi seçenekler arasından birini işaretlemeleri istenmektedir. Ölçek, 5'li Likert tipinde bir ölçme aracıdır. Ölçekte, 4, 5, 10, 18 ve 19. maddeler tersten kodlanmaktadır. İçerik açısından, ölçeğin 3 alt boyutu bulunmaktadır. Duyguları tanımada güçlük alt boyutu 1., 3., 6., 7., 9., 13. ve 14. maddelerden, duyguları söze dökmeye güçlük alt boyutu 2., 4., 11., 12. ve 17. maddelerden ve dışa dönük düşünme alt boyutu ise 5., 8., 10., 15., 16., 18., 19. ve 20. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin Cronbach Alfa değerleri sırasıyla 0,82; 0,75 ve 0,72'dir. Ölçeğin puanlaması, maddelerin puanlarının toplanmasıyla gerçekleştirilir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 20, maksimum puan 100' dür. Yüksek puanlar, yüksek aleksitimi düzeyini göstermektedir (Köse vd. 2015). Bu araştırmada TAÖ-20 Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak belirlendi.

3.7. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın veri toplama süreci aşağıdaki gibidir.

- Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni (EK-4) ve kurum izinleri (EK-5) alındı.
- Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 65 yaş ve üstü bireyler belirlendi.
- Araştırmaya dahil olmayı kabul eden annelere bilgilendirilmiş onam formu ile (EK-7) bilgi verilmiş olup yazılı ve sözlü olarak onamları alındı.
- Bir istatistik uzmanı tarafından yapılan randomizasyon ile deney ve kontrol grupları oluşturuldu.
- Katılımcılara ön test ve son testin herhangi birini cevaplamayan bireylerin araştırmaya dahil edilmeyeceği bildirildi.

- Çalışmada randomizasyon ile deney ve kontrol grupları belirlendikten sonra deney grubuna kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşım uygulandı. Kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmadı.
- Yaklaşım haftada 1 seans, her bir seansın birebir ve ortalama 40-60 dakika olmak üzere toplam 12 hafta olarak oluşturuldu.
- Seansların yapılacağı gün, saatte; annelerin uygunluk durumları dikkate alınarak önceden belirlendi ve bilgilendirilme yapıldı. Seanlar birbiri ile çakışmamasına dikkat edildi.
- Annelerin KİPT destekli yaklaşımları tamamlandıktan sonra son test ölçümleri yapıldı.

3.8. Hemşirelik Girişimi

3.8.1 KİPT Uygulanması

Kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşımı, kişilerarası ilişkiler psikoterapi eğitimini tamamlayan araştırmacı tarafından hazırlandı. Hazırlanan programın içeriği uzman görüşüne sunuldu ve uzman onayı alındı. Çalışmaya katılan annelere kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşım hakkında bilgi verildi ve çalışmaya katılıp, katılmak istemedikleri soruldu. Yaklaşım öncesi deney grubundaki annelerin her birine farklı gün ve saat diliminde olacak şekilde haftanın 1 günü, 40-60 dk. lık 1'er oturum oluşturularak 9-12 hafta süren planlamalar yapıldı. Kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşım, annelerin ev ve aile hayatı göz önünde bulundurarak çocuğunu bırakacak yer bulamadıkları için çocuklarıyla birlikte seanslara katıldı. Ancak çocuklar seans esnasında bölmelere sebep olduğundan dolayı uygulamalar çocukların uyku saatlerinde olacak şekilde yapıldı. Yaklaşımın ilk oturumu yüz yüze, ikinci oturum ve sonraki oturumları internet ortamı zoom ve akıllı telefon üzerinde birebir olarak yapıldı. Annelere ilk oturumdan sonraki oturumların online olarak nasıl yapılacağına dair bilgiler verildi. Uygulanan yaklaşımda araştırmacı tarafından annelerin sorun alanları belirlendi. Araştırmacı ilk görüşmenin ardından annelerde 'Kişilerarası çatışma' ve 'rol geçişleri' sorun alanlarına uygunluğuna karar vererek bu sorun alanı/alanları üzerinde durulacağı bilgisini verdi (EK_8).

3.9. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 22.0 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın verileri, sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma ile kategorik değişkenler için frekans ve yüzde analizi kullanılarak tanımlayıcı istatistiklerle sunulmuştur. Katılımcıların demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin çalışma gruplarına göre karşılaştırılmasında ise bağımsız örneklem t testi veya Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Farklı zamanlarda elde edilen ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizi yöntemi kullanılmıştır. Grup*zaman etkileşiminin çoklu karşılaştırılmasında ise Fisher LSD testi tercih edilmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırma tek bir ilde tek bir özel hastanede pediatri polikliniğine başvuru yapan annelerle sınırlı olduğundan, sadece bu annelere genellenebilir.

Araştırmanın bulguları, yalnızca kullanılan ölçüm araçlarının sağladığı verilerle sınırlıdır.

Araştırma sonuçları, sadece kullanılan istatistiksel yöntemlerle elde edilen analizlere sınırlıdır.

Çalışmanın 1. ay gözlemlerinin ülkemizde 6 Şubat 2023 tarihinde gerçekleşen deprem nedeniyle yapılamamasıdır.

3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstinye Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul'undan 08.06.2022 tarih ve 22-92 sayılı protokol no ile etik onay alındı (EK-4). Çalışmanın yapıldığı özel hastaneden kurum izni alındı (EK_5). Çalışmada kullanılan, Beck Anksiyete Ölçeği (EK_2) ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinin (EK_3) Türkçe uyarlamasını yapan yazarlarından izinler alındı (EK_6). Araştırmaya katılan annelerinden yazılı onamlar alındı (EK-7). Araştırmacının Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Eğitim Sertifikası (EK_9). Çalışmaya dahil olan annelerin rahat hissetmeleri açısından kişisel bilgilerinin gizliliğinin sağlanacağı belirtildi. Bireylerin gizliliklerini korumak amacıyla, etik hassasiyetler gereği gerçek isimleri saklı tutulmuş ve bunun yerine araştırmacı tarafından her bir anneye özgün rumuzlar verilmiştir.

BÖLÜM 4: BULGULAR

Bu bölümde postpartum dönemdeki annelerde uygulanan kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşımın anksiyete ve aleksitimi üzerine etkisini belirlemeyi amaçlayan bu çalışmadan elde edilen bulgulara yer verildi.

Tablo 1 incelendiğinde postpartum dönemdeki annelerin deney ve kontrol gruplarının yaş, çocuk sayısı ve gebelik sayılarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 1

Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Bilgilerinin Karşılaştırılması-I

Kişisel Bilgiler	Deney		Kontrol		t	p
	Ort±SS	Medyan (min-maks)	Ort±SS	Medyan (min-maks)		
Yaş	27,71 ±4,03	29 (23 -33)	29,57±4,86	28 (25 -39)	-0,778	0,451 [‡]
Çocuk sayısı	1,29 ± 0,49	1 (1 -2)	1,14 ± 0,38	1 (1 -2)	-0,628	0,710 [§]
Kaçıncı gebelik	1,71 ± 0,76	2 (1 -3)	2,14 ± 2,61	1 (1 -8)	-0,789	0,535 [§]

§Mann-Whitney U test, ‡Bağımsız örneklem t testi

Deney ve kontrol gruplarında yer alan annelerin kişisel bilgilerine göre karşılaştırılması Tablo 2’de verildi. Buna göre çalışma gruplarındaki katılımcıların çalışma durumları, istenilen gebelik durumları, eğitim durumları, kronik hastalık durumları, postpartum bilgi durumları, doğum sonrası destek alma durumları, doğum sonrası destek alma türü, doğum sonrası desteği kimden aldıkları, fikir ifade şekli, bilgi edinme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 2**Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Bilgilerinin Karşılaştırılması-II**

Tanımlayıcı Özellikler		Deney N (%)	Kontrol N (%)	χ^2	p
Çalışma durumu	Evet	3 (42,86)	3 (42,86)	0,000	1,000
	Hayır	4 (57,14)	4 (57,14)		
İstenilen gebelik durumu	Evet	6 (85,71)	7 (100)	1,463	0,226
	Hayır	1 (14,29)	0 (0)		
Daha önceki gebeliklerinde düşük veya ölü doğum durumu	Evet	2 (28,57)	1 (14,29)	0,431	0,512
	Hayır	5 (71,43)	6 (85,71)		
Eğitim durumu	İlköğretim	0 (0)	1 (14,29)	1,588	0,452
	Lise	3 (42,86)	2 (28,57)		
	Üniversite	4 (57,14)	4 (57,14)		
Kronik hastalık olma durumu	Evet	0 (0)	1 (14,29)	1,463	0,226
	Hayır	7 (100)	6 (85,71)		
Postpartum bilgiye sahip olma durumu	Evet	2 (28,57)	0 (0)	3,107	0,078
	Hayır	5 (71,43)	7 (100)		
Doğum sonrası destek alma durumu	Evet	4 (57,14)	4 (57,14)	0,000	1,000
	Hayır	2 (28,57)	2 (28,57)		
	Kısmen	1 (14,29)	1 (14,29)		
Destek alma türü	Duygusal	1 (14,29)	1 (14,29)	2,267	0,687
	Fiziksel	0 (0)	1 (14,29)		
	Ekonomik	2 (28,57)	1 (14,29)		
	Duygusal+Fiziksel+Ekonmik	3 (42,86)	2 (28,57)		
	Duygusal+Fiziksel	1 (14,29)	2 (28,57)		
Destek aldığı kişi	Anne	1 (14,29)	2 (28,57)	3,452	0,485
	Eş	2 (28,57)	1 (14,29)		
	Arkadaş	0 (0)	1 (14,29)		
	Anne +Eş+ Arkadaş	3 (42,86)	3 (42,86)		
	Anne+Eş	1 (14,29)	0 (0)		
Fikirlerini ifade etme durumu	Her Zaman	0 (0)	1 (14,29)	4,132	0,248
	Sıklıkla	1 (14,29)	0 (0)		
	Bazen	2 (28,57)	4 (57,14)		
	Hiçbir Zaman	4 (57,14)	2 (28,57)		
Karşısındaki bireyi anlama	Çok	3 (42,86)	4 (57,14)	1,530	0,465
	Orta	3 (42,86)	3 (42,86)		

durumu	Az	1 (14,29)	0 (0)		
--------	----	------------	--------	--	--

Likelihood ratio test

Deney ve kontrol gruplarında yer alan annelerin ön test ölçek toplam puanları ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 3’te verildi. Buna göre deney ve kontrol gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği “somatik semptomlar” alt boyutu hariç diğer ölçek puanları ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Deney ve kontrol gruplarının “somatik semptomlar” alt boyutu puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubunun somatik semptomlar alt boyut puanı deney grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 3

Deney ve Kontrol Gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Ölçeği Ön Test Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Deney		Kontrol		t	p
	Ort±SS	Medyan (min-maks)	Ort±SS	Medyan (min-maks)		
<i>Sübjektif Kaygı</i>	12,86±4,18	13 (6-19)	12,86 ± 5,98	12 (7-24)	0,001	1,000
<i>Somatik Semptomlar</i>	6,86 ± 1,21	7 (5-8)	8,86 ± 1,46	9 (7-11)	-2,782	0,017*
Beck Anksiyete Ölçeği Toplam	19,71±4,11	20 (13-24)	21,71±6,55	20 (16-35)	-0,684	0,507
<i>Duyguları Belirleme Zorluk</i>	14,29±4,68	14 (7-20)	19,29±10,13	20 (7-34)	-1,186	0,259
<i>Duyguları Tanımlama Zorluk</i>	15,43±6,45	14 (10-29)	14,71 ± 4,5	14 (9-22)	0,240	0,814
<i>Dış Yönelimli Düşünme</i>	25,71 ± 3,3	27 (22-30)	25,71 ± 7,2	26 (15-37)	0,001	1,000
Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam	55,43±9,05	56 (45-67)	59,71±17,92	55 (43-85)	-0,565	0,583

* $p<0,05$; bağımsız örneklem t testi

Subjektif kaygı (SK) puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 4 ve Şekil 2’de verildi. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Tablo 5’de deney grubunun yaklaşım öncesi SK puan ortalaması $12,86 \pm 4,18$, yaklaşım sonrası SK puan ortalaması $5,86 \pm 2,54$ olduğu belirlendi. Kontrol grubunun ise yaklaşım öncesi SK puan ortalaması $12,86 \pm 5,98$, yaklaşım sonrası SK puan ortalaması $13,00 \pm 5,07$ olduğu saptandı. Tablo 6’da çoklu karşılaştırma testi sonucu incelendiğinde kontrol grubunda SK puanı zamanla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$), deney grubunda ise yaklaşım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu gözlemlendi ($p<0,05$).

Tablo 4

Deney ve Kontrol Gruplarının Subjektif Kaygı (SK) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	SK_Ön test	SK_Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	7	12,86 ± 4,18	5,86 ± 2,54	2,385	0,148
Kontrol	7	12,86 ± 5,98	13,00 ± 5,07		
		F=15,568; p=0,002*		F _{etkileşim} =16,892 p=0,001*	

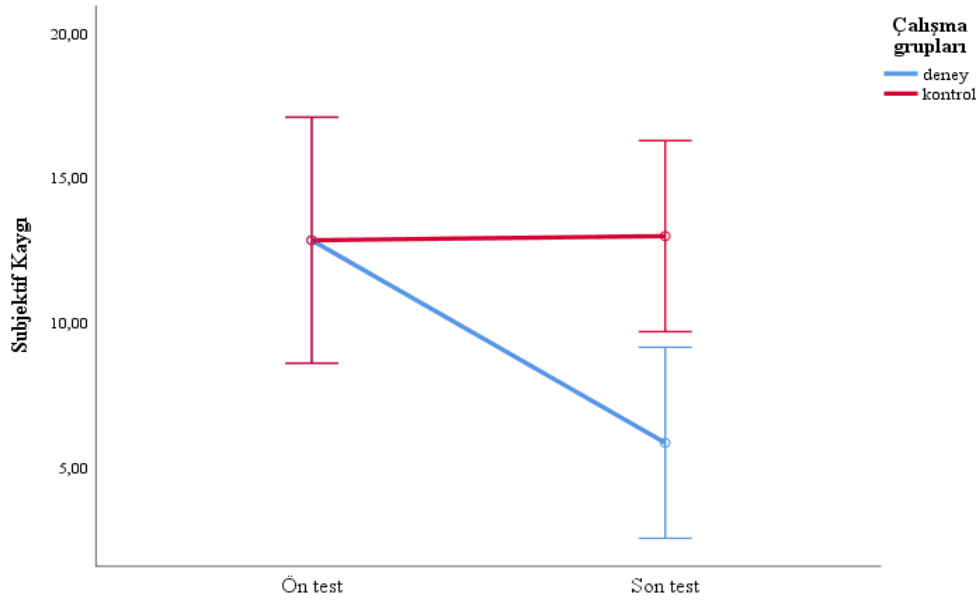
* $p<0,05$; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Tablo 5

Subjektif Kaygı (SK) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Grup*Zaman		Deney		Kontrol	
		SK_Öntest	SK_Sontest	SK_Öntest	SK_Sontest
Deney	SK_Öntest		0,001*	1,000	0,955
	SK_Sontest	0,001*		0,012*	0,011*
Kontrol	SK_Öntest	1,000	0,012*		0,909
	SK_Sontest	0,955	0,011*	0,909	

* $p<0,05$; Fisher LSD test



Şekil 2

Deney ve Kontrol Gruplarının Subjektif Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Somatik Semptom (SS) puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 6 ve Şekil 3’de verildi. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,05$). Tablo 6’ya bakıldığında deney grubunun yaklaşım öncesi SS puan ortalamalarının $6,86 \pm 1,21$, yaklaşım sonrası ise SS puan ortalamalarının $3 \pm 1,53$ olduğu belirlendi. Kontrol grubunun ise yaklaşım öncesi SS puan ortalamalarının $8,86 \pm 1,46$, yaklaşım sonrası SS puan ortalamalarının $10,43 \pm 2,64$ olduğu saptandı. Tablo 7’de çoklu karşılaştırma testi sonucu incelendiğinde kontrol grubunda SS puan ortalamalarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı olan artış göstermişken ($p > 0,05$), deney grubunda yaklaşım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu belirlendi ($p < 0,05$).

Tablo 6

Deney ve Kontrol Gruplarının Somatik Semptom (SS) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	SS_Ön test	SS_Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	7	6,86 ± 1,21	3 ± 1,53	27,804	0,001*
Kontrol	7	8,86 ± 1,46	10,43 ± 2,64		
		F=10,667; p=0,007*		F _{etkileşim} =60,167	

			p=0,001*
--	--	--	----------

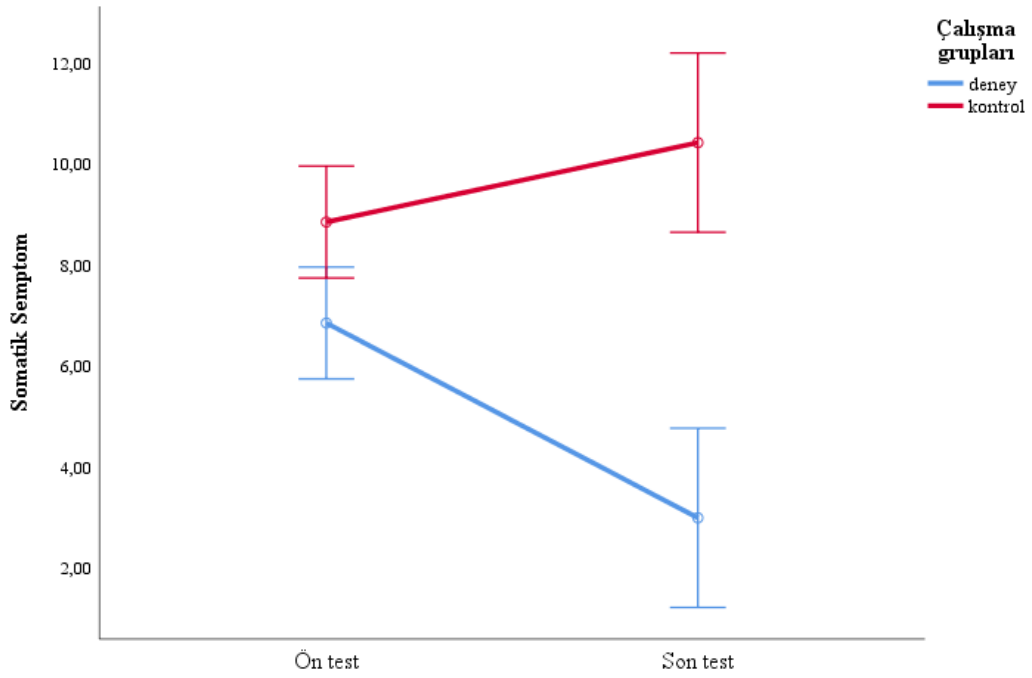
*p<0,05; Tekrarlı ölçümler varyans analiz

Tablo 7

Somatik Semptom (SS) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Grup*Zaman		Deney		Kontrol	
		SS_Öntest	SS_Sontest	SS_Öntest	SS_Sontest
Deney	SS_Öntest		0,001*	0,054	0,002*
	SS_Sontest	0,001*		0,001*	0,00*
Kontrol	SS_Öntest	0,054	0,001*		0,008*
	SS_Sontest	0,002*	0,001*	0,008*	

*p<0,05; Fisher LSD test



Şekil 3

Deney ve Kontrol Gruplarının Somatik Semptom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 8 ve Şekil 4’de verildi. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$). Tablo 8’de deney grubunun yaklaşım öncesi BAÖ puan ortalamalarının $19,71 \pm 4,11$, yaklaşım sonrası ise BAÖ

puan ortalamalarının $8,86 \pm 3,02$ olduğu belirlendi. Kontrol grubunun ise yaklaşım öncesi BAÖ puan ortalamalarının $21,71 \pm 6,55$, yaklaşım sonrası BAÖ puan ortalamalarının $23,43 \pm 7,25$ olduğu saptandı. Tablo 9’da çoklu karşılaştırma testi sonucu incelendiğinde kontrol grubunda Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$), deney grubunda yaklaşım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu gözlemlendi ($p<0,05$).

Tablo 8

Deney ve Kontrol Gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	BAÖ_Ön test	BAÖ_Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	7	19,71 ± 4,11	8,86 ± 3,02	8,801	0,012*
Kontrol	7	21,71 ± 6,55	23,43 ± 7,25		
		F=23,676; p=0,001*		F _{etkileşim} =44,763 p=0,001*	

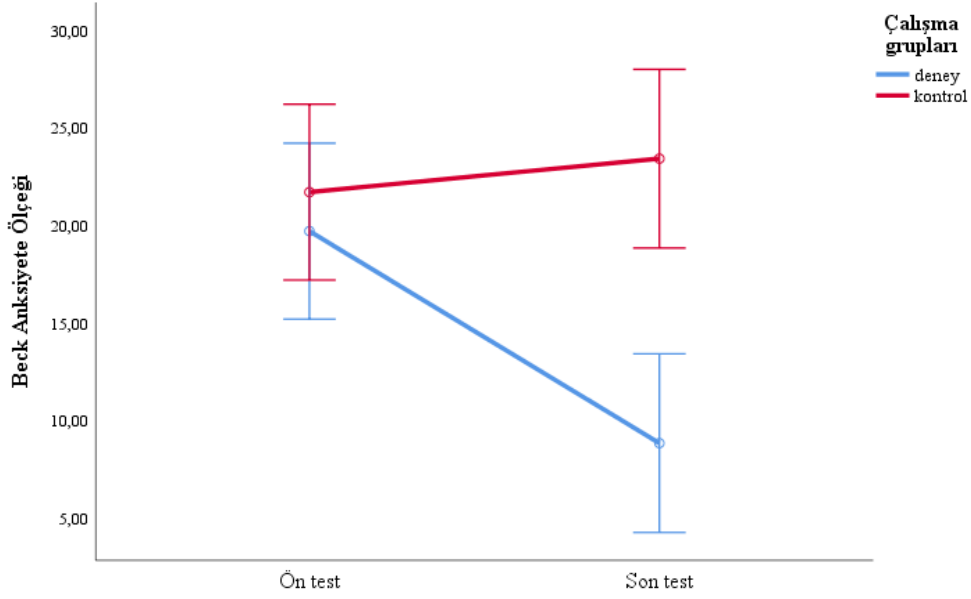
*p<0,05; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Tablo 9

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Grup*Zaman		Deney		Kontrol	
		BAÖ_Öntest	BAÖ_Sontest	BAÖ_Öntest	BAÖ_Sontest
Deney	BAÖ_Öntest		0,001*	0,508	0,227
	BAÖ_Sontest	0,001*		0,001*	0,001*
Kontrol	BAÖ_Öntest	0,508	0,001*		0,221
	BAÖ_Sontest	0,227	0,001*	0,221	

*p<0,05; Fisher LSD test



Şekil 4

Deney ve Kontrol Gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Duyguları Söze Dökmede Güçlük (DSDG) puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 10 ve Şekil 5’de verildi. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Tablo 10’da deney grubunun yaklaşım öncesi DSDG toplam puanı $14,29 \pm 4,68$, yaklaşım sonrası DSDG puan ortalamalarının $11,29 \pm 3,2$ olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise yaklaşım öncesi DSDG puan ortalamalarının $19,29 \pm 10,13$, yaklaşım sonrası DSDG puan ortalamalarının $19,71 \pm 9,66$ olduğu saptandı. Tablo 11’de çoklu karşılaştırma testi sonucu incelendiğinde kontrol grubunda DSDG puanı zamanla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p > 0,05$), deney grubunda ise yaklaşım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu gözlemlendi ($p < 0,05$).

Tablo 10

Deney ve Kontrol Gruplarının Duyguları Söze Dökmede Güçlük (DSDG) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	DSDG_Ön test	DSDG_Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	7	$14,29 \pm 4,68$	$11,29 \pm 3,2$	2,791	0,121
Kontrol	7	$19,29 \pm 10,13$	$19,71 \pm 9,66$		

		F=12,789; p=0,004*	F _{etkileşim} =22,737 p=0,001*
--	--	--------------------	--

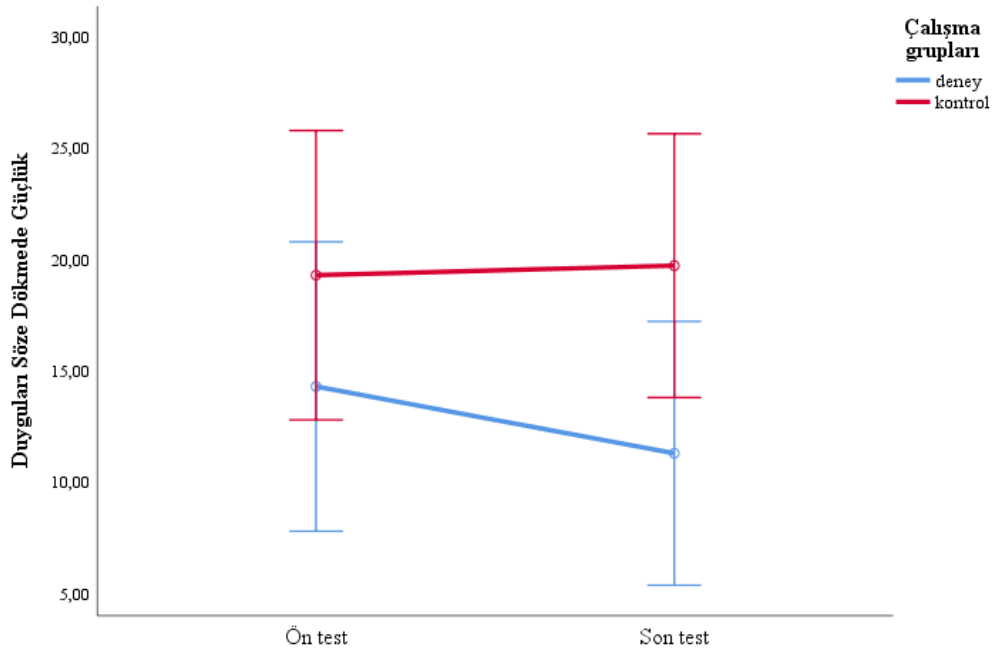
*p<0,05; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Tablo 11

Duyguları Söze Dökmede Güçlük (DSDG) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Grup*Zaman		Deney		Kontrol	
		DSDG_Öntest	DSDG_Sontest	DSDG_Öntest	DSDG_Sontest
Deney	DSDG_Öntest		0,001*	0,239	0,203
	DSDG_Sontest	0,001*		0,070	0,058
Kontrol	DSDG_Öntest	0,239	0,070		0,416
	DSDG_Sontest	0,203	0,058	0,416	

*p<0,05; Fisher LSD test



Şekil 5

Deney ve Kontrol Gruplarının Duyguları Söze Dökmede Güçlük Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Farklı zamanlarda elde edilen Duygularını Tanımada Güçlük (DTG) puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 12 ve Şekil

6'da verildi. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Tablo 12'de deney grubunun yaklaşım öncesi DTG puan ortalamalarının $15,43 \pm 6,45$, yaklaşım sonrası DTG puan ortalamalarının $10,29 \pm 2,81$ olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise yaklaşım öncesi DTG puan ortalamalarının $14,71 \pm 4,5$, yaklaşım sonrası DTG puan ortalamalarının $14,71 \pm 4,5$ olduğu saptandı. Tablo 13'de çoklu karşılaştırma testi sonucu incelendiğinde kontrol grubunda DTG puan ortalamalarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$), deney grubunda ise yaklaşım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu gözlemlendi ($p<0,05$).

Tablo 12

Deney ve Kontrol Gruplarının Duygularını Tanımada Güçlük (DTG) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	DTG_Ön test	DTG_Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	7	15,43 ± 6,45	10,29 ± 2,81	0,701	0,419
Kontrol	7	14,71 ± 4,5	15,14 ± 5,08		
		F=7,872; p=0,016*		F _{etkileşim} =10,995 p=0,006*	

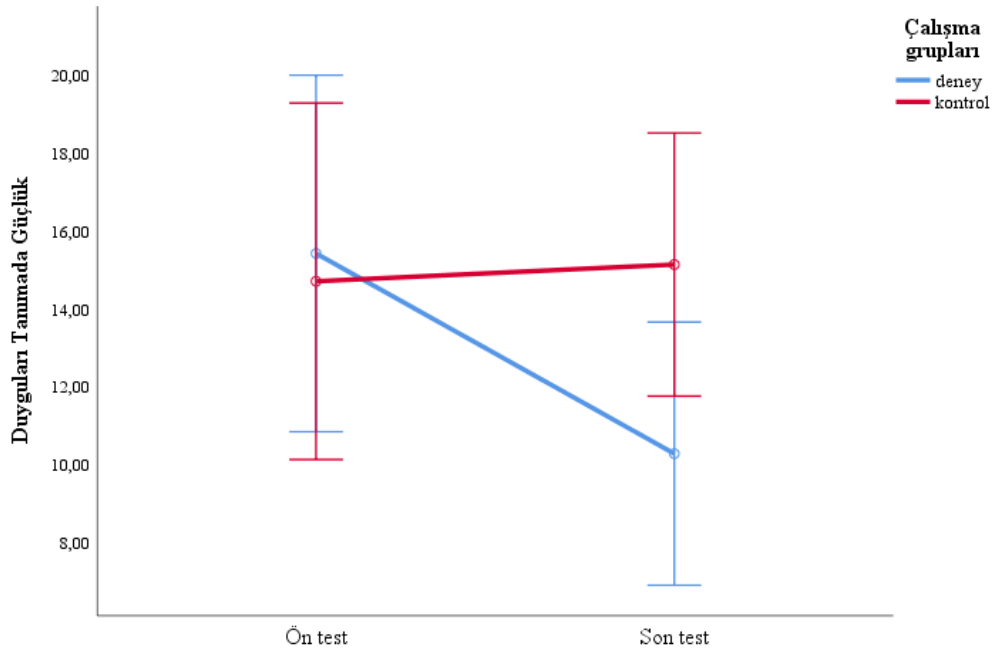
* $p<0,05$; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Tablo 13

Duygularını Tanımada Güçlük (DTG) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Grup*Zaman		Deney		Kontrol	
		DTG_Öntest	DTG_Sontest	DTG_Öntest	DTG_Sontest
Deney	DTG_Öntest		0,001*	0,788	0,914
	DTG_Sontest	0,001*		0,111	0,083
Kontrol	DTG_Öntest	0,788	0,111		0,725
	DTG_Sontest	0,914	0,083	0,725	

* $p<0,05$; Fisher LSD test



Şekil 6

Deney ve Kontrol Gruplarının Duygularını Tanımada Güçlük Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Farklı zamanlarda elde edilen Dışa Dönük Düşünme (DDD) puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 14 ve Şekil 7’de verildi. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). Tablo 14’te deney grubunun yaklaşım öncesi DDD puan ortalamalarının $25,71 \pm 3,3$, yaklaşım sonrası DDD puan ortalamalarının $19,43 \pm 2,82$ olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise yaklaşım öncesi DDD puan ortalamalarının $25,71 \pm 7,2$, yaklaşım sonrası DDD puan ortalamalarının $26,29 \pm 7,39$ olduğu saptandı. Tablo 15’de çoklu karşılaştırma testi sonucu incelendiğinde kontrol grubunda DDD puan ortalamalarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$), deney grubunda ise yaklaşım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma tespit edildi ($p<0,05$).

Tablo 14

Deney ve Kontrol Gruplarının Dışa Dönük Düşünme (DDD) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	DDD_Ön test	DDD_Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	7	$25,71 \pm 3,3$	$19,43 \pm 2,82$	1,341	0,269

Kontrol	7	25,71 ± 7,2	26,29 ± 7,39		
		F=44,037; p=0,001*		F _{etkileşim} =63,413 p=0,001*	

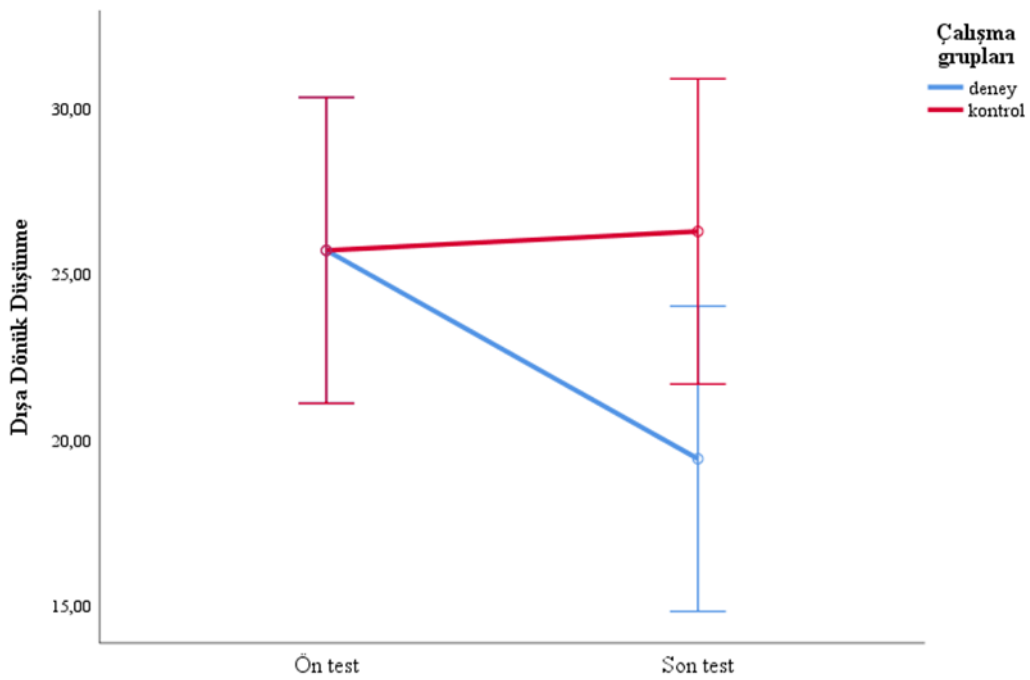
*p<0,05; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Tablo 15

Dışa Dönük Düşünme (DDD) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Grup*Zaman		Deney		Kontrol	
		DDD_Öntest	DDD_Sontest	DDD_Öntest	DDD_Sontest
Deney	DDD_Öntest		0,001*	1,000	0,852
	DDD_Sontest	0,001*		0,057	0,040*
Kontrol	DDD_Öntest	1,000	0,057		0,367
	DDD_Sontest	0,852	0,040*	0,367	

*p<0,05; Fisher LSD test



Şekil 7

Deney ve Kontrol Gruplarının Dışa Dönük Düşünme Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Farklı zamanlarda elde edilen Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 16 ve Şekil 8’de verildi. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Tablo 16’da deney grubunun yaklaşım öncesi TAÖ puan ortalamalarının $55,43 \pm 9,05$, yaklaşım sonrası TAÖ puan ortalamalarının $41 \pm 7,44$ olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise yaklaşım öncesi TAÖ puan ortalamalarının $59,71 \pm 17,92$, yaklaşım sonrası TAÖ puan ortalamalarının $61,14 \pm 18,19$ olduğu saptandı. Tablo 17’de çoklu karşılaştırma testi sonucu incelendiğinde kontrol grubunda TAÖ puan ortalamalarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$), deney grubunda ise yaklaşım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalmanın olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 16

Deney ve Kontrol Gruplarının Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	TAÖ_Ön test	TAÖ_Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	7	55,43 ± 9,05	41 ± 7,44	2,666	0,128
Kontrol	7	59,71 ± 17,92	61,14 ± 18,19		
		F=99,372; p=0,001*		F _{etkileşim} =147,852 p=0,001*	

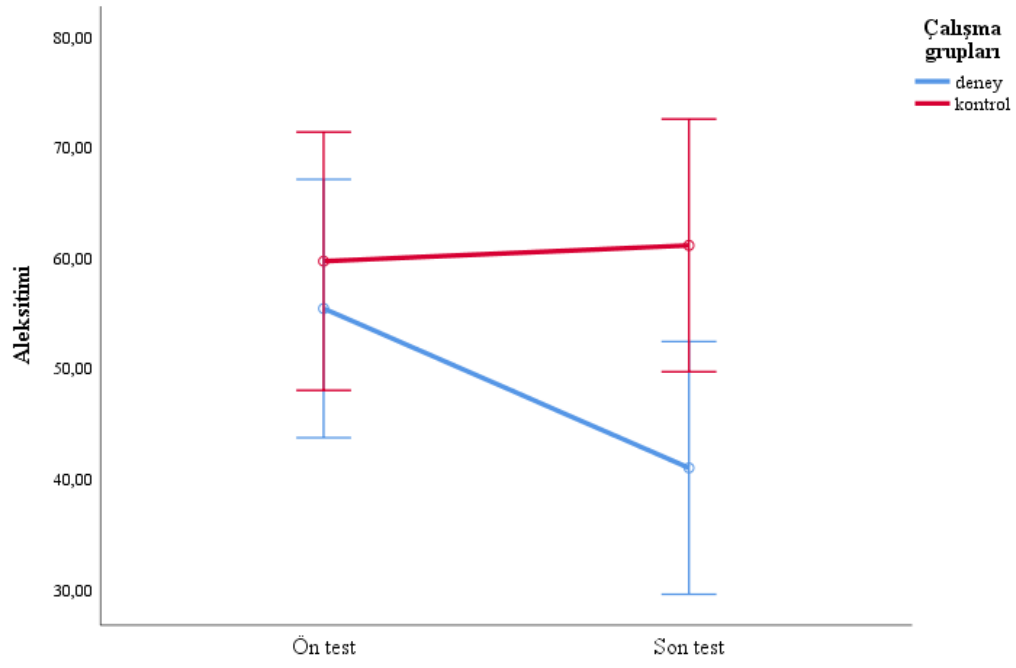
* $p<0,05$; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Tablo 17

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Grup*Zaman		Deney		Kontrol	
		TAÖ_Öntest	TAÖ_Sontest	TAÖ_Öntest	TAÖ_Sontest
Deney	TAÖ_Öntest		0,001*	0,579	0,461
	TAÖ_Sontest	0,001*		0,028*	0,020*
Kontrol	TAÖ_Öntest	0,579	0,028*		0,147
	TAÖ_Sontest	0,461	0,020*	0,147	

* $p<0,05$; Fisher LSD test



Şekil 8
Deney Ve Kontrol Gruplarının Aleksitimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

BÖLÜM 5: TARTIŞMA

Postpartum dönemdeki annelerde uygulanan kişilerarası ilişkiler psikoterapi destekli yaklaşımın anksiyete ve aleksitimi üzerine etkisini belirlemeyi amaçlayan bu çalışmadan elde edilen bulgular, mevcut literatür temelinde tartışıldı.

Araştırma kapsamına alınan, deney ve kontrol grubunu oluşturan anneler arasında benzerliğin olduğu görülmüştür. Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarının “somatik semptomlar” alt boyutu hariç diğer ölçek puanları ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Deney ve kontrol gruplarının “somatik semptomlar” alt boyutu puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubunun somatik semptomlar alt boyut puanı deney grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4).

Doğumdan sonraki süre, birçok kadın için önemli fiziksel ve psikososyal değişiklikler yaşadığı için kritik bir dönemdir (Tully et al., 2017). Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan anksiyete, yenidoğanın yanı sıra tüm aile için bir dizi olumsuz etki yaratır. Yoğun anksiyete seviyeleri, anne-bebek bağına olumsuz yönde etkilemenin yanı sıra bebeğin davranışsal, sosyal ve duygusal gelişimini de olumsuz etkiler. (Alhusen et al., 2013, Farré-Sender et al., 2018, Field, 2018, Hakanen et al., 2019). Annenin yaşadığı bu değişimlerin anksiyetenin artmasına neden olabileceği bildirilmektedir (Aydın, 2016). Ashford ve ark. (2017) ve Sezer’in (2021) doğum sonrası kadınların postpartum anksiyete sıklığının %50’nin üzerinde olduğunu saptadılar (Ashford et al., 2017; Sezer, 2021). Yapılan diğer çalışmalarda ise postpartum dönemde duygudurum ve anksiyete bozuklukları arasında yüksek komorbidite olduğu tespit edilmiştir (Dennis et al., 2017; Pawluski et al., 2017). Çalışmamızda deney grubundaki annelerin yaklaşım öncesi Beck anksiyete ölçeği subjektif kaygı alt boyutu puan ortalamalarının $12,86 \pm 4,18$ ’ den, yaklaşım sonrasında $5,86 \pm 2,54$ ’e düştüğü görüldü. Kontrol grubunda ise ön test ve son test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi (Tablo 5). KIPT destekli yaklaşıma katılan annelerin Beck Anksiyete Ölçeğinin alt boyutu subjektif kaygı puan ortalamalarının yaklaşım sonrası azalması ve bunun yanında yaklaşım uygulanmayan kontrol grubundaki annelerin ise puan ortalamalarında herhangi bir değişim olmaması dikkate alındığında, uygulanan yaklaşımın subjektif kaygı üzerinde olumlu yönde etki oluşturduğu ifade edilebilir. Deney grubundaki annelerde oluşan bu etkinin KIPT destekli yaklaşımın annelerde anksiyete belirtilerinden olan gevşeyememe, çarpıntı, nefes almada zorluk çekme ve sinirlilik

durumlarını tanımlama ve hangi durumlarda ortaya çıktığının farkına varmalarına yardımcı olduğunu ve bu belirtileri üzerinde etkili iletişim tekniklerini kullanarak üstesinden geldikleri söylenebilir.

Çalışmada deney grubundaki annelerin yaklaşım öncesi Beck Anksiyete Ölçeği somatik semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $6,86 \pm 1,21$ ' den uygulama sonrasında $3 \pm 1,53$ 'e düştüğü belirlendi. Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında artışın olduğu görüldü (Tablo 7). KİPT destekli yaklaşımın çalışmaya katılan annelerin Beck Anksiyete Ölçeğinin alt boyutu somatik semptomlar puan ortalamalarının girişim sonrası azalmasına ve bunun yanında girişim uygulanmayan kontrol grubundaki annelerin ise puan ortalamalarında artışın olması dikkate alındığında uygulanan girişimin somatik semptomlar puan ortalamaları üzerinde olumlu yönde etki oluşturduğu söylenebilir. Bu etkinin KİPT destekli yaklaşımın annelerde somatik semptomlar üzerinde örneğin; titreme, baş dönmesi, mide şikayetleri ve ateş basması gibi belirtilerin farkındalıklarını arttırması ve anneler tarafından bu belirtilerin sebep olduğu durumları ortaya çıkaran nedenler üzerinde tartışılması ve örnek durumlarda neler yapılması gibi kendini ifade etme yollarının kullanılmaya başlanmasıyla ortaya çıkardığı tahmin edilmektedir. Kontrol grubunda ortaya çıkan bu artışın annelerin postpartum dönemde duygusal açıdan psikososyal desteğe olan ihtiyaçlarının artmasından kaynakladığı söylenebilir.

Bu çalışmada deney grubundaki annelerin yaklaşım öncesi Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının $19,71 \pm 4,11$ ' ten yaklaşım sonrasında $8,86 \pm 3,02$ ' ye düştüğü belirlendi. Bu bağlamda **H1 hipotezi doğrulanmaktadır**. Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 9). KİPT destekli yaklaşıma katılan annelerin Beck Anksiyete Ölçeğinin puan ortalamalarının girişim sonrası azalması ve bunun yanında girişim uygulanmayan kontrol grubundaki annelerin ise puan ortalamalarında anlamlı bir değişim olmaması dikkate alındığında uygulanan yaklaşımın Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları üzerinde olumlu yönde etki oluşturduğu söylenebilir. Bu etkinin KİPT destekli yaklaşımın annelerde anksiyete duygularının farkındalıklarını arttırması ve anneler tarafından anksiyetenin sebep olduğu duyguların, uygun şekilde ifade etme ve yardım arama davranışını kullanmaya başlanmasıyla ortaya çıkardığı tahmin edilmektedir. KİPT in temelini oluşturan bağlanma kuramı ele alındığında bireyin

çevresindekilerle iyi bir bağ kurması ve iletişiminin iyi olması sonucunda bireyin kendini güvende ve iyi hissetmesinde önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir.

Yapılan literatür araştırmasında kişilerarası ilişkiler psikoterapisini postpartum dönemdeki annelere yönelik müdahaleli çalışmaların sınırlı olduğu belirlendi (Pawluski et al., 2017). Kişilerarası ilişkiler psikoterapisini çoğunlukla postpartum depresyonlu hastalara yönelik yapıldığı bulundu (Reynolds et al., 2006; Browne et al., 2002; Öngel vd., 2019). Postpartum depresyonu olan 120 kadın üzerinde yapılan çalışmada kişilerarası psikoterapi grubuna katılan bireylerin depresyon skorlarının azaldığı ve aynı zamanda kişilerarası işlevsellik açısından diğer gruba kıyasla belirgin bir iyileşme olduğu tespit edilmiştir. (O'Hara et al., 2000). Nükseden depresyon rahatsızlığı yaşayan 185 kadın üzerinde uygulanan kişilerarası ilişkiler psikoterapisinde kadınların depresyon belirtilerinde anlamlı oranda iyileşme olduğu tespit edilmiştir (Kelly et al., 2007). KİPT'in doğum sonrası depresyon tedavisinde etkili olduğu tespit edilmiştir (Sokol, 2018; Altın, 2012).

Postpartum dönemdeki annelerin anksiyete seviyelerine yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında, eğitim ve danışmanlık hizmeti (Yıldız vd., 2014), yoga (Buttner et al., 2015; Cutinho et al., 2016) ve mindfulness teniklerinin uygulandığı görülmektedir (Shulman et al., 2018).

Aleksitimik bireylerin, duygusal düzenleme becerilerinin zayıf olduğu ve bu nedenle yaşamlarında karşılaştıkları olaylar ve durumlarla başa çıkma konusunda zorlandığı belirtilmektedir. Bu beceriler, duygusal düzenlemenin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. (Taylor et al., 2004). Yapılan çalışmalar anksiyete ve aleksitimi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir (Motan et al., 2007 ; Karukivi et al., 2014; Tüzen, 2019; Solmaz vd., 2000; Bayraktutan vd., 2020; Sasioglu vd., 2013). Bu çalışmada deney grubundaki annelerin yaklaşım öncesi Toronto Aleksitimi Ölçeği alt boyutu olan Duyguları Söze Dökmede Güçlük puan ortalamalarının $14,29 \pm 4,68$ ' den, uygulama sonrasında puan ortalamalarının $11,29 \pm 3,2$ ' ye düştüğü, kontrol grubunda ise ön test ve son test toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi (Tablo 11). KİPT destekli yaklaşıma katılan annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği alt boyutu olan duyguları söze dökmede güçlük puan ortalamalarının girişim sonrası azalması ve bunun yanında girişim uygulanmayan kontrol grubundaki annelerin ise puan ortalamalarında herhangi bir değişim olmaması dikkate alındığında

KİPT destekli yaklaşımın Toronto Aleksitimi Ölçeği alt boyutu olan duyguları söze dökmede güçlük puan ortalamaları üzerinde olumlu yönde etki oluşturduğu ifade edilebilir. Bu etkinin KİPT destekli yaklaşımın annelerde duygularını ifade etmede ve çevresindeki bireylere sağlıklı ilişkiler kurmasını sağlayarak kendini açma konusunda yardımcı olarak atılan bir şekilde ifade edilmesine olanak tanımış olabilir.

Çalışmada deney grubundaki annelerin yaklaşım öncesi Toronto Aleksitimi Ölçeği alt boyutu Duygularını Tanımada Güçlük puan ortalamasının $15,43 \pm 6,45$ ’ ten yaklaşım sonrası puan ortalamalarının $10,29 \pm 2,81$ ’e düştüğü belirlendi. Kontrol grubunda ise ön test ve son test toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi (Tablo 13). KİPT destekli yaklaşıma katılan annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği alt boyutu olan Duygularını Tanımada Güçlük puan ortalamalarının girişim sonrası azalması ve bunun yanında girişim uygulanmayan kontrol grubundaki annelerin ise puan ortalamalarında herhangi bir değişim olmaması dikkate alındığında KİPT destekli yaklaşımın Toronto Aleksitimi Ölçeği alt boyutu olan duygularını tanımada güçlük puan ortalamaları üzerinde olumlu yönde etki oluşturduğu söylenebilir. Bu etkinin KİPT destekli yaklaşımın annelerin sıkıntılı zamanlarında bedeninde ortaya çıkan duyularını tanımlaya yardımcı olduğu ve sağlık davranışı aramaya katkı sağlayan bir faktör olabileceği söylenebilir.

Çalışmada deney grubundaki annelerin yaklaşım öncesi Toronto Aleksitimi Ölçeği alt boyutu Dışa Dönük Düşünme puan ortalamalarının $25,71 \pm 3,3$ ’ ten, uygulama sonrası puan ortalamalarının $19,43 \pm 2,82$ ’ ye düştüğü görüldü. Kontrol grubunda ise yaklaşım öncesi ve sonrası toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi (Tablo 15). KİPT destekli yaklaşıma katılan annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği alt boyutu Dışa Dönük Düşünme puan ortalamalarının yaklaşım sonrası azalması ve bunun yanında girişim uygulanmayan kontrol grubundaki annelerin ise puan ortalamalarında herhangi bir değişim olmaması dikkate alındığında uygulanan KİPT destekli yaklaşımın Toronto Aleksitimi Ölçeği alt boyutu Dışa Dönük Düşünme puan ortalamaları üzerinde olumlu yönde etki oluşturduğu söylenebilir. Bu etkinin KİPT destekli yaklaşımın annelerin sıkıntılı zamanlarında yaşadıkları duyguları ve düşünceleri çevresindeki bireylerle paylaşmaya, kendini açma ve öz farkındalıklarını arttırmaya yardımcı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda deney grubundaki annelerin yaklaşım öncesi Toronto Aleksitimi Ölçeği puan ortalamalarının $55,43 \pm 9,05$ ’ ten yaklaşım sonrası $41 \pm 7,44$ ’e düştüğü belirlendi. Bu bağlamda **H2 hipotezi doğrulanmaktadır**. Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 17). KIPT destekli yaklaşıma katılan annelerin Toronto Aleksitimi Ölçeği puan ortalamalarının yaklaşım sonrası azalması ve bunun yanında girişim uygulanmayan kontrol grubundaki annelerin ise puan ortalamalarında herhangi bir değişim olmaması dikkate alındığında uygulanan girişimin Toronto Aleksitimi Ölçeği puan ortalamaları üzerinde olumlu yönde etki oluşturduğu ifade edilebilir. Bu etkinin KIPT destekli yaklaşımın annelerin problem çözme becerilerini arttırarak, duygularını ifade etme ve tanımlama becerilerini geliştirerek odaklarını kendilerine yönlendirmelerine fayda sağladığından dolayı olduğu söylenebilir.

Yapılan literatür araştırmasında kişilerarası ilişkiler psikoterapisini postpartum dönemdeki annelerin aleksitimi seviyelerine yönelik yapılan herhangi bir çalışmanın olmadığı belirlendi. Yapılan çalışmaların çoğunun aleksitimiye belirlemeye yönelik tanımlayıcı nitelikte olduğu görüldü (Bağcı, 2008; Bankier et al., 2001; Bayraktutan, 2014; Bayraktutan, 2020; Kooiman et al., 2000; Taylor et al., 2004; Dalbudak vd., 2013). Bunun yanında aleksitimik bireylere uygulanan psikososyal müdahaleler: psikodrama, bilişsel davranışçı müdahaleler, biofeedback, gevşeme eğitimi ve bağlanma terapisi, multimodal psikodinamik psikoterapi gibi yaklaşımlar olduğu belirtildi (Norman et al., 2019; Spek et al., 2008; Teixeira et al., 2015; Thorberg et al., 2016). Ogrodniczuk ve ekibi, aleksitiminin tedavi tercihleri üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu bulmuşlardır. Bununla birlikte, aleksitimik bireylerin bireysel terapi yerine grup terapilerini tercih ettikleri gözlemlenmiştir. (Ogrodniczuk et al., 2011). Yaptığımız çalışma sonuçlarına bakıldığında KIPT destekli yaklaşımın aleksitimi üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda çalışmada uygulanan KIPT destekli yaklaşımın aleksitimi tedavisine katkı sağlayabileceği ifade edilebilir.

Çalışmamızın bulguları sonucunda deney grubunda yer alan postpartum dönemdeki annelerde uygulanan KIPT destekli yaklaşım sonucunda Anksiyete Ölçeği Toplam puan ortalamalarının düştüğü belirlendi. Ek olarak KIPT destekli yaklaşım sonrası Aleksitimi Ölçeği toplam puan ortalamalarını da düşürdüğü tespit edildi. Yapılan çalışmalara bakıldığında anksiyete ile aleksitimi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu belirtildi (Motan & Gençöz, 2007 ; Karukivi et al. 2014; Tüzen, 2019; Solmaz vd.,

2000; Bayraktutan vd., 2020; Sasioglu vd., 2013; Son et al., 2012). Sonuçlar doğrultusunda KIPT destekli yaklaşımın postpartum dönemdeki annelerin anksiyete ve aleksitimi tedavilerinde etkili olabileceği söylenebilir.

BÖLÜM 6: SONUÇ VE ÖNERİ

Bu bölümde, araştırmanın bulguları açıklanmış ve bu bulgular temelinde uygulamaya ve gelecekte yapılacak araştırmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

- KİPT destekli yaklaşımın deney grubundaki annelerin subjektif kaygı alt boyut puan ortalamalarını azaltmada etkili olduğu,
- KİPT destekli yaklaşımın deney grubundaki annelerin somatik semptom alt boyut puan ortalamalarını azaltmada etkili olduğu,
- KİPT destekli yaklaşımın deney grubundaki annelerin anksiyete puan ortalamalarını azaltmada etkili olduğu,
- KİPT destekli yaklaşımın deney grubundaki annelerin duyguları söze dökmede güçlük alt boyut puan ortalamalarını azaltmada etkili olduğu,
- KİPT destekli yaklaşımın deney grubundaki annelerin duygularını tanımada güçlük alt boyut puan ortalamalarını azaltmada etkili olduğu,
- KİPT destekli yaklaşımın deney grubundaki annelerin dışa dönük düşünme alt boyut puan ortalamalarını azaltmada etkili olduğu,
- KİPT destekli yaklaşımın deney grubundaki annelerin alkesitimi puan ortalamalarını azaltmada etkili olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçlarına ve müdahale sürecindeki gözlemlere dayanarak, aşağıda belirtilen önerilerin oluşturulması önerilmektedir.

- Annelere KİPT destekli yaklaşımın postpartum dönemde ortaya çıkan ruhsal sıkıntılar üzerindeki olumlu etkinliği hakkında farkındalığının artırılması
- Postpartum dönemdeki annelerin ruhsal sorunlar açısından riskli grupların tanımlanması ve bu grupların psikiyatri hemşiresi tarafından izlenmesi
- KİPT destekli yaklaşımın psikiyatri hemşireliği ve KLP hemşireliği bakımına entegre edilmesi
- Anksiyete ve aleksitimik bireylere KİPT destekli yaklaşımın uygulanması
- Konu hakkında farklı örneklem gruplarında tanımlayıcı ve girişimsel araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akgün, İ. (2016). Erken Postpartum Dönemde Klinikte Verilen Ebelik Bakımının Kadının Memnuniyet Düzeyine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.

Alhusen, J.L., Haya, M.J., & Gross, D. A. (2013). Longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6):521-9.

Altın, G.E.(2012). Perinatal depresyon tedavisinde kişilerarası psikoterapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4(2), 188-203.

American Psychiatric Association (APA). (2013). American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington.

Ashford, M.T., Ayers, S., & Olander, E.K. (2017). Interest in web-based treatments for postpartum anxiety: an exploratory survey exploratory survey. *J Reprod Infant Psychol*, 35(4):394–409. doi: 10.1080/02646838.2017.1320364.

Aslan, Y. (2019). Gebelik Öncesi Uygulanan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Gebelik Döneminde Uygulanan Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişki. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi R Sohbet).

Aydın, Çetinay, P., & Aydın, N. (2021). Gebelikte ve doğum sonrası dönemde kişilerarası ilişkiler psikoterapisi. *Gebelikte ve Doğum sonrası dönemde ruhsal bozuklukların sağıaltım kılavuzu*. (Edt: Aydın N, Akdeniz F., Aydın Çetinay P.) Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara.

Aydın, R. (2016). Barkin annelik fonksiyonu ölçeğinin uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Antalya.

Bağcı, T. (2008). Üniversite öğrencilerinin, aleksitimi düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Bakır, N., & Sarıayım, Ş. (2020). The relationship between psychosocial health and prenatal attachment in pregnant women. *Perinatal Journal*, 28(2), 73–81. doi:10.2399/prn.20.0282006

Bankier, B., Aigner, M. & Bach, M. (2001). Alexithymia in dsm-iv disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessivecompulsive disorder and depression. *Psychosomatics*, 42(3), 235-240.

Bayraktutan, M. (2014). Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Empati Becerisi, Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete Düzeyleri İle Sempatik Deri Yanıtı İlişkisi Ve Tıbbi Tedavinin Etkileri (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi. Denizli.

Bayraktutan, M., Kalkan-Oğuzhanoğlu, N., & Toker-Uğurlu, T. (2020). Sosyal anksiyete bozukluğunda sempatik deri yanıtının aleksitimi ve empati becerisi ile ilişkisi. *Arch Neuropsychiatry*, 57:18-22.

Bener, A., Gerber, L.M., & Sheikh, J. (2012). Prevalence psychiatric disorders and associated risk faktors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *Int J Wom Health*. 4:191-200.

Berga, S.L., Parry, B.L., & Cyranowski, J.M. (2005). Psychiatry And Reproductive Medicine. Comprehensive Textbook of Psichiatri (eds. Sadock B.J., Sadoc B.A.) 8. Baskı, 2. Cilt, Philadelphia, Lippincott Williams& Wilkins, 2293-2315.

Boybay, K.S., & Dereli, Y.S. (2015). Son trimester nullipar gebelerde bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 31(2), 53-66.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*. 52(4):664-78.

Britton, J.R. (2005). Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates. *Acta Pædiatrica*. 94(12):1771-1776.

Brockington, I. (2004). Diagnosis and treatment of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*, 3:89-95.

Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., et al. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2- year follow-up of effectiveness and costs. *J Affect Disor*, 68(2-3):317-30.

Buttner, M.M., Brock, R.L., O'Hara, M.V.V., & Stuart, S. (2015). Efficacy of yoga for depressed postpartum women: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 21(2): 94-100.

Cinar, N., Kose, D., & Altinkaynak, S. (2015). The relationship between maternal attachment, perceived social support and breast-feeding sufficiency. *J Coll Physicians Surg Pak*. 25(4):271-5.

Chen, X., VanGerven, J., Cohen, A., & Jacobs, G. (2019). Human pharmacology of positive gaba-a subtype-selective receptor modulators for the treatment of anxiety, *Acta Pharmacologica Sinica*, 40,571-582.

Chung, J.P. (2015). Interpersonal psychotherapy for postnatal anxiety disorder. *East Asian Arch Psychiatry*. 25(2):88-94.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). The anxiety & worry workbook: The cognitive behavioral solution. New York: The Guilford Press.

Copoglu, U., Kocayca, M., & Demircan, C. (2015). Gebelik ve laktasyon döneminde ruhsal bozukluklar ve tedavisi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 6(24):43-53.

Coşkun, M. (2016). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. *Koç Üniversitesi Yayınları* 2.Baskı. İstanbul: 12. Matbaa.

Cutinho, S.P., Gopal, R., & Rani, S.G. (2016). Effect of antenatal yoga on postnatal depressive symptoms among the primipara women of a selected hospital. *International Journal of Nursing Education*. 8(1): 182-4.

Cuijpers, P., Brannmark, J.G., & van Straten, A. (2007). Psychological treatment of postpartum depression: a metaanalysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*.64:103-18.

Çankaya, S., Dereli, Yılmaz, S., Can, R., Değerli, & Kodaz, N. (2017). Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4):232-240

Çelikel, A.S., (2012). Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum İle Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K.S., Ugurlu, H., & Yildirim, F.G.(2013). Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 16 (4): 272-278.

- Dennis, C.L., Brown, H.K., Wanigaratne, S., Vigod, S.N., Grigoriadis, S., Fung, K., et al. (2018). Determinants of comorbid depression and anxiety postnatally: a longitudinal cohort study of chinese-canadian women. *J Affect Disord.* 227:24-30.
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry.* 210(5), 315-323.
- Engin, E. (2014). Anksiyete Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, Çam O, Engin E. (editörler).1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık. İstanbul.
- Erdem, Ö., Bucaktepe, E.G., Özen, Ş., & Kara, İ.H. (2010). Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi.* 12(3):24-31.
- Epözdemir, H. (2012). Aleksitimi: psikolojik bir semptom mu, yoksa bir kişilik özelliği mi?. *Türk Psikoloji Yazıları.* 15(30), 25-36.
- Fallon, V., Halford, J.C.G., Bennett, K.M., & Harrold, J.A. (2018). Postpartum-specific anxiety as a predictor of infant-feeding outcomes and perceptions of infant-feeding behaviours: new evidence for childbearing specific measures of mood. *Arch Womens Ment Health.* 21(2):181-91.
- Fallon, V., Halford, J.C.G., Bennett, K.M., & Harrold, J.A. (2016). The postpartum specific anxiety scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health.*19(6):1079-90.
- Farré-Sender, B., Torres, A., Gelabert, E., Andrés, S., Roca, A., Lasheras, G. et al. (2018). Mother-infant bonding in the postpartum period: assessment of the impact of pre-delivery factors in a clinical sample. *Arch Womens Ment Health.* 21(3):287-97.
- Feldmanhall, O., Dalglish, T., & Mobbs, D. (2013). Alexithymia decreases altruism in real social decisions. *Cortex.* 49(3):899-904.
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: a narrative review. *Infant Behav Dev.* 51:24-32.
- Güleç, D., Kavlak, O., & Ümrân, S. (2014). Ebeveynlerin doğum sonu yaşadıkları duygusal sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD).*11.1 54-60.

Güler, H. K. (2014). Yetişkin Bireylerde Bağlanma Biçimleri İle Psikososyodemografik Değişkenlerin Aleksitimi Düzeyi Üzerindeki Etkileri [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Bilim Üniversitesi. İstanbul.

Gümüşdaş, M., Ejder, A.S., & Özorhan, E.Y. (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *HSP*, 1(2): 32-42.

Hakanen, H., Flykt, M., Sinervä, E., Nölvi, S., Kataja, E.L., Pelto, J. et al. (2019). How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? *J Affect Disord.* 2(257):83-90.

Hairston, I.S., Handelzalts, J.E., Lehman-Inbar, T., & Kovo, M. (2019). Mother-infant bonding is not associated with feeding type: a community study sample. *BMC Pregnancy Childbirth.* 11:19(1)-125.

Huang, C.W., Wee, P.H., Low, L.L., Koong, Y.L.A., Htay, H., Fan, Q., Foo, W.Y.M., & Seng, J.J.B. (2021). Prevalence and risk factors for elevated anxiety symptoms and anxiety disorders in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 69, 27–40.

Hung, C.H. (2004). Predictors of postpartum women's health status. *J Nurs Scholarsh.* 36(4):345-351.

Jordan, V., & Minikel, M. (2019). Postpartum anxiety: more common than you think. *J Fam Pract.* 68(3):165-74.

Kalaman, S., Orhan, H., & Kocabay, İ. (2019). Sosyal medya kullanımı ve aleksitimi: acil serviste çalışan hemşireler üzerine bir araştırma . *AJIT-e: Academic Journal of Information Technology.* 10 (37) , 45-56.

Kelly, M.A.R., Cyranowski, J.M., & Frank, E. (2007). Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2563-2572.

Kırpınar, İ. (2019). Palyatif Bakımda Anksiyete, Palyatif Bakım ve Tıp. (Edt:Akçakaya, A., Başbüyük, M., Aydoğdu, İ., Uysal, M.A.). İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık.

Kooiman, C.G., Bolk, J.H., Brand, R., Trijburt, R.W., & Rooijmans, H.G. (2000). Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? *Psychosomatic Medicine.* 62 (6): 768-778.

Kose, S., Sayar, K., Gulec, H. ve ark. (2015). The turkish version of the 20-item toronto alexithymia scale (tas-20): reliability, validity, and factorial structure. *Society Of Biological Psychiatry Symposium.* 19(3):214-220.

Körükçü, Ö., Aydın, R., Deliktaş, A., & Kabukcuoğlu, K. (2017). Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clinical Experimental Health Sciences*, 7:1-6.

Lumley, M.A., Stettner, I., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res.* 41(6): 505-518.

McNamara, J., Townsend, M.L., & Herbert, J.S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *Plos-One*.14(7):e0220032

Motan, İ., & Gençöz, T. (2007). Aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4).

Norman, H., Marzano, L., Coulson, M., & Oskis, A. (2019). Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia: a systematic review. *BMJ Ment Sağlık*, 22(1), 36-43.

Pacheco, L.D., Costantine, M.M., & Hankins, G.D. (2013). Physiologic changes during pregnancy. *Clinical Pharmacology During Pregnancy*, 5-16. Elsevier Inc.

Pawluski, J.L., Lonstein, J.S., & Fleming, A.S. (2017). The neurobiology of postpartum anxiety and depression. *Trends in Neurosciences*, 40(2), 106-120.

Pu, J., Zhou, X., Liu, L., Zhang, Y., Yang, L., Yuan, S., Zhang, H., Han, Y., Zou, D., & Xie, P. (2017). Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, 253, 226-232.

Puryear, L.J. (2015). Postpartum adjustment: What is normal and what is not. In: *Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan*. Ed. Barnes DL (editors). Springer.

Reynolds, C.F., 3rd, Dew, M.A, Pollock, B.G. et al. (2006). Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med.* 354(11): 1130-8.

Robertson, M., Rushton, P., Wurm, C. (2008). Interpersonal psychotherapy: an overview. *Psychotherapy in Australia*, 14(3): 46-54.

Ross, L.E., & McLean, L.M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry J Clin Psychiatry*. Aug;67(8):1285-98.

Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., & Joyce, A.S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review. *Psychiatry Res.* 190:43-48.

O'Hara, M., Stuart, S., Gorman, L., & Wenzel, A.(2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*; 57:1039-1045.

Öngel, Atar, A., Çetinay, & Aydın, P. (2019). Kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin kanıt desteği. Aydın N, Omay O, editörler. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. p.12-8.

Özdamar Ö., Yılmaz O., Beyca H., & Muhcu M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde en sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2):71-77.

Öztürk M.O, & Uluşahin N.A. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.13. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri.Ankara. 337 p - 361 p.

Öztürk, Altınayak, S., & Özkan, H. (2017). “Annelerin doğum sonu dönemde yaşam kalitesi ve desteklerinin değerlendirilmesi”. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. 0(11):0–0. doi: 10.17367/jacsd.2017.3.7.

Özşahin, Z., Erdemoğlu, Ç., & Karakayalı, Ç. (2018). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *Jour Turk Fam Phy*, 09 (2): 34-46. Doi: 10.15511/tjtfp.18.00234

Sasioglu, M., Gulol, C., & Tosun, A. (2013). The concept of alexithymia. *Current Approaches in Psychiatry*.5:507.

Sayar, K., Bilen A, & Arıkan M. (2001). Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 2 (1): 36-42.

Schetter, C.D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*; 25(2):141-8.

Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breau, G., Sadowski, I., & Misri, S. (2018). Feasibility of a Mindfulness-Based Cognitive Therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal Of Affective Disorders*, 235, 61-67.

Serhan, N.(2010). Anne Ve Babalarda Postpartum Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Konya.

Sezer, M.N. (2021). Sakarya İlinde Doğum Sonrası Kadınlarda Anksiyete Ve Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Etmenler. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Sakarya.

Spek V, Nyklícek I, Cuijpers P, et al. (2008). Alexithymia and cognitive behaviour therapy outcome for subthreshold depression. *Acta Psychiatr Scand*;118:164–7.

Sockol, L.E. (2018). A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. *J Affect Disord*; 232: 316-28.

Solmaz, M., Sayar, K., Ozer, O.A., Ozturk, M., & Acar, B. (2000). Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Derg*; 3:235–241.

Son, S.H., Jo, H., Rim, H.D., et al. (2012). A comparative study on alexithymia in depressive, somatoform, anxiety, and psychotic disorders among Koreans. *Psychiatry Investig*; 9:325–31.

Souza, L.H., Salum, G.A., Mosqueiro, B. P., Caldieraro, M.A., Guerra, T. A., & Fleck, M. P. (2016). Interpersonal Psychotherapy As Add-On For Treatment Resistant Depression: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Journal Of Affective Disorders*, 193, 373-380.

Stuart, S., & Robertson, M. (2014). Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Klinisyen Kılavuzu, Kısım 1, 2, 3,4. Ed. Omay, O., & Aydın, N. 1. Baskı, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş. İstanbul.

Tambağ, H., Turan, Z., Tolun, S. & Can, R. (2018). “Perceived Social Support and Depression Levels of Women in the Postpartum Period in Hatay, Turkey”. *Nigerian journal of clinical practice*. 21(11):1525–30. doi: 10.4103/njcp.njcp_285_17.

Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık, 13: 10. s.67-250.

Taylor, J., & Bagby, R. (2004). New Trends In Alexithymia Research. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 68-77.

Thorberg, F.A., Young, R.M., Sullivan, K.A., et al. (2016). A longitudinal mediational study on the stability of alexithymia among alcohol-dependent outpatients in cognitive-behavioral therapy. *Psychol Addict Behav*. 30:64–72.

Teixeira, R.J., & Pereira, M.G. (2015). Examining mindfulness and its relation to self-differentiation and alexithymia. *Mindfulness*, 6:79–87.

Toohey, J. (2012). Depression during pregnancy and postpartum. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 55(3): 788-797.

Tully, K.P., Stuebe, A.M., Verbiest, S.B., Parides, M., Bickell, N., & Leventhal, H. (2017). The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *J Obstet Gynecol'üm*; 127 : e86 - e92.

Tüzen, G. (2019). Depresyon, anksiyete ve stresin duygusal yeme ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolü (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular. 2018 (Erişim Tarihi 17.09.2020). Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf

Ulusoy, M. (1993). Beck Anksiyete Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri: Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

Ulusoy, M., Sahin, N.H., & Erkmen, H. (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cogn Psychother Int Q*; 12 (2):163-172.

Yalçın, S.B. (2010). Üniversite öğrencilerinin duygularını ifade edebilmelerinin aleksitimi ve psikolojik ihtiyaçlarına göre incelenmesi. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Yıldız, B. (2013). Çocuklarda maddi değerlere verilen önem ile aleksitimi arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.

Yıldız, D., & Akbayrak, N. (2014). Doğum sonrası primipar annelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bebek bakımı, kaygı düzeyleri ve annelik rolüne etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 56:36-41.

Wardrop, A.A., Popadiuk, N.E. (2013). Women's experiences with postpartum anxiety: expectations, relationships, and sociocultural influences. *The Qualitative Report*; 18(6):1-24.

EKLER

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

- 1- Yaşınız:
- 2- Çalışıyor musunuz?
() Evet () Hayır
- 3- Çocuk sayınız:
- 4- Kaçınıcı gebeliğiniz
.....
- 5- İstenilen bir gebelik mi?
() Evet () Hayır
- 6- Daha önceki gebeliklerinde düşük veya ölü doğum oldu mu?
.....
- 7- Eğitim durumunuz
() İlköğretim () Lise () Üniversite
- 8- Kronik bir hastalığınız var mı?
() Evet () Hayır
.....
- 9- Postpartum dönem hakkında bilginiz var mı?
() Evet () Hayır
- Bilgi edinme şekliniz
- 10- Doğum sonrasında sosyal destek aldığınızı düşünüyor musunuz?
() Evet () Hayır () Kısmen
- 11- Aldıysanız ne tür destek aldınız?
() Duygusal () Fiziksel () Ekonomik
- 12- Aldıysanız kimden destek aldınız?
() Anne () Eş () Arkadaş
- 13- İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman
- 14- Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?
() Çok () Orta () Az () Hiç

EK-2 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin, **bugün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak, maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

Sizi ne kadar rahatsız etti?

	Hiç	Hafif Derecede	Orta Derecede	Ciddi Derecede
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma.	0	1	2	3
2. Sıcak / ateş basmaları.	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme.	0	1	2	3
4. Gevşeyememe.	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu.	0	1	2	3
6. Baş dönmesi veya sersemlik.	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı.	0	1	2	3
8. Dengeyi kaybetme duygusu.	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma.	0	1	2	3
10. Sinirlilik.	0	1	2	3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu.	0	1	2	3
12. Ellerde titreme.	0	1	2	3
13. Titreklik.	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu.	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük.	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu.	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi.	0	1	2	3
19. Baygınlık.	0	1	2	3
20. Yüzün kızarması.	0	1	2	3
21. Terleme (sıcağa bağlı olman).	0	1	2	3

EK-3 Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

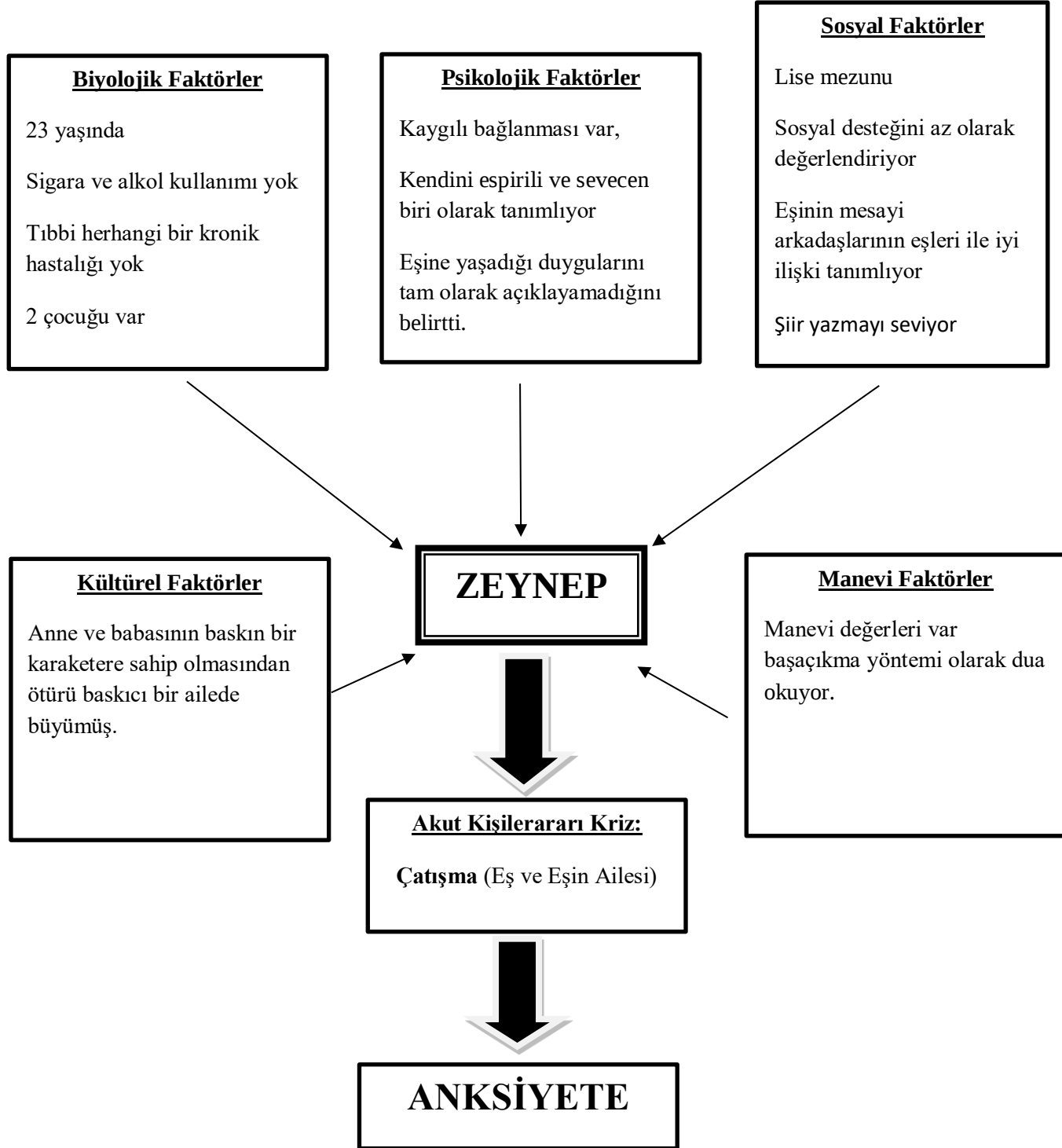
Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1), , Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

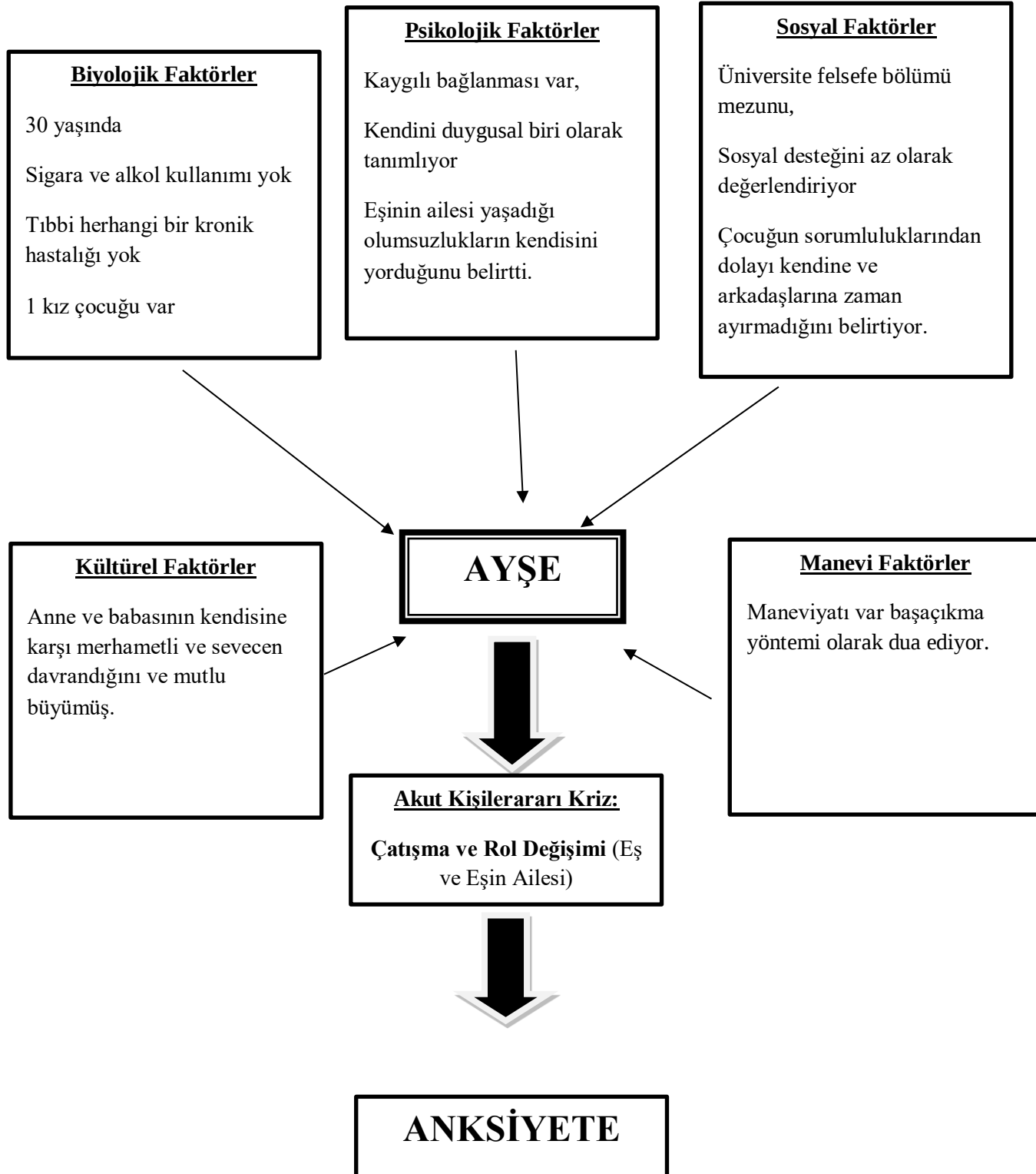
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
3. Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyumlar oluyor.	1	2	3	4	5
4. Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlmeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6. Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	1	2	3	4	5
7. Bedenimdeki duyumlar çoğu kez kafamı karıştırır.	1	2	3	4	5
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	2	3	4	5

10. İnsanların duygularını tanıması zorunludur.	1	2	3	4	5
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur	1	2	3	4	5
12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	1	2	3	4	5
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	1	2	3	4	5
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16. Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18. Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20. Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	1	2	3	4	5

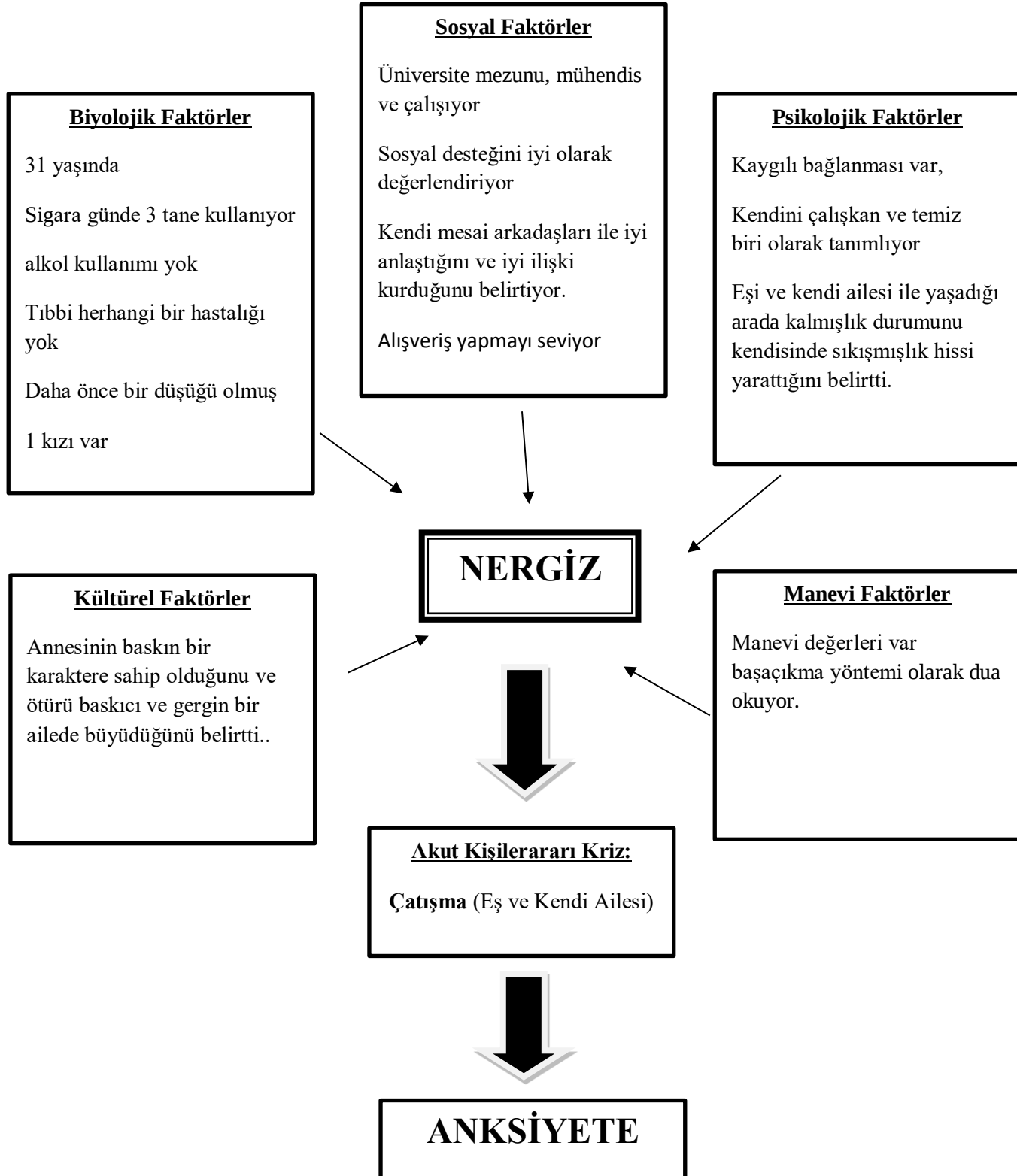
Zeynep 23 yaşında lise mezunu bir ev hanımıdır. 19 yaşında görücü usulü ile eşiyle evlenmiş. Evliliğinden 2 çocuğu olmuştur. Oğlu doğduktan sonra kayınvalidesi ile yaşadığı çatışmaların evliliği üzerinde olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Yaşadığı çatışmalar sonucu eşiyle anlaşmazlıklar yaşadığını belirtti. Bu olumsuzlukların hasta üzerinde uyku sorununa yol açtığını, sebepsiz ağlamalarının olduğunu ve duygusal olarak kendini yıpranmış hissettiğini ifade etti. Zeynep’le yapılan görüşme sonrasında biyopsikososyal ve kişilerarası formülasyonu şöyledir:



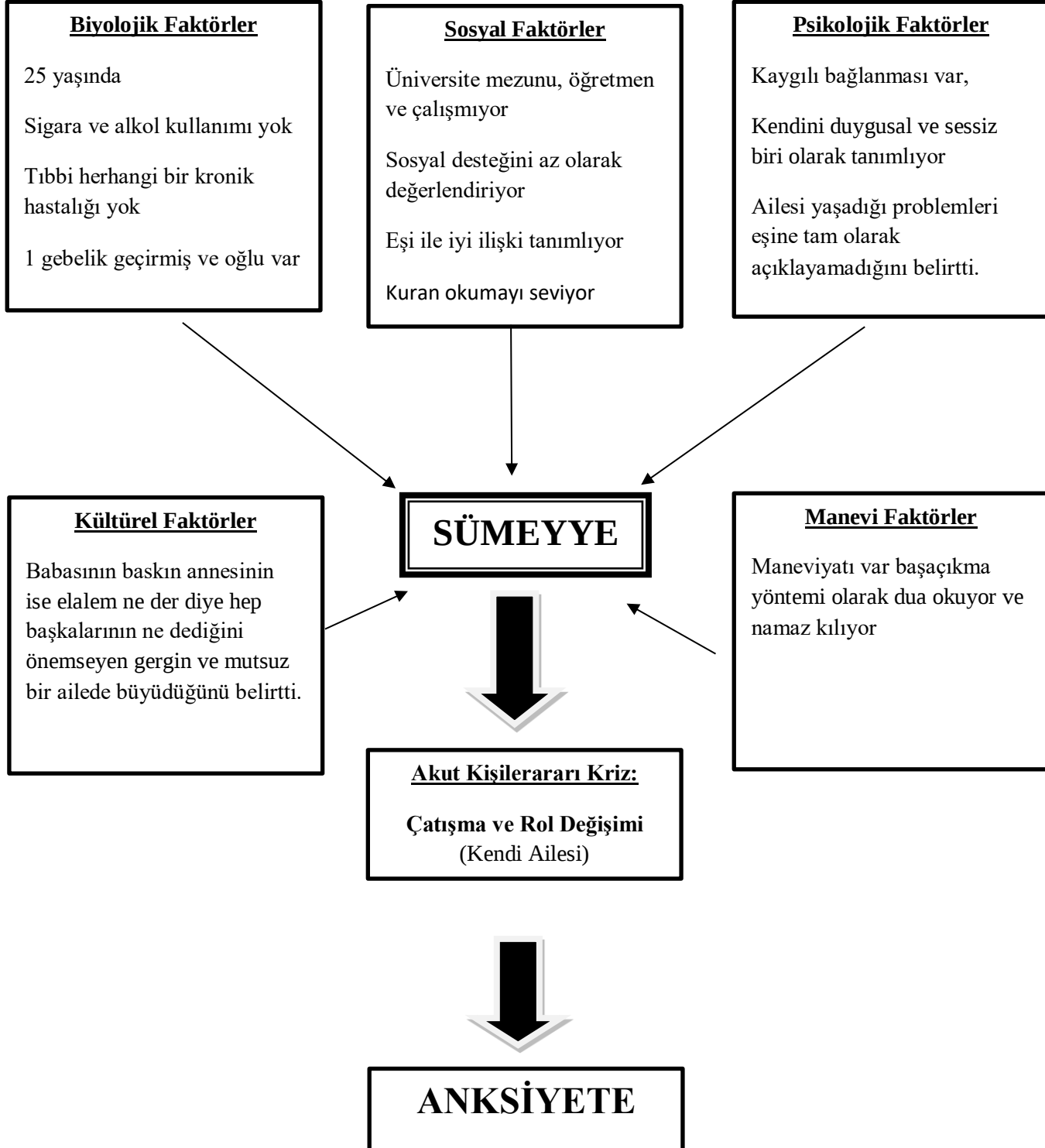
Ayşe 30 yaşında üniversite mezunu bir ev hanımıdır. 28 yaşında eşiyle ile severek evlenmiş. Evliliğinden 1 kız çocuğu olmuş. Kızı doğduktan sonra kayınvalidesi ve görümcesi ile yaşadığı çatışmaların eşiyle olan ilişkisini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Eşiyle yaşadığı çatışmaların kendi üzerinde uyku problemlerine yol açtığını, sinirlilik hali, sebepsiz ağlamalarının olduğunu ve ruhsal olarak kendini yorgun hissettiğini ifade etmiştir. Ayşe ile yapılan görüşme sonrasında biyopsikososyal ve kişilerarası formülasyonu şöyledir:



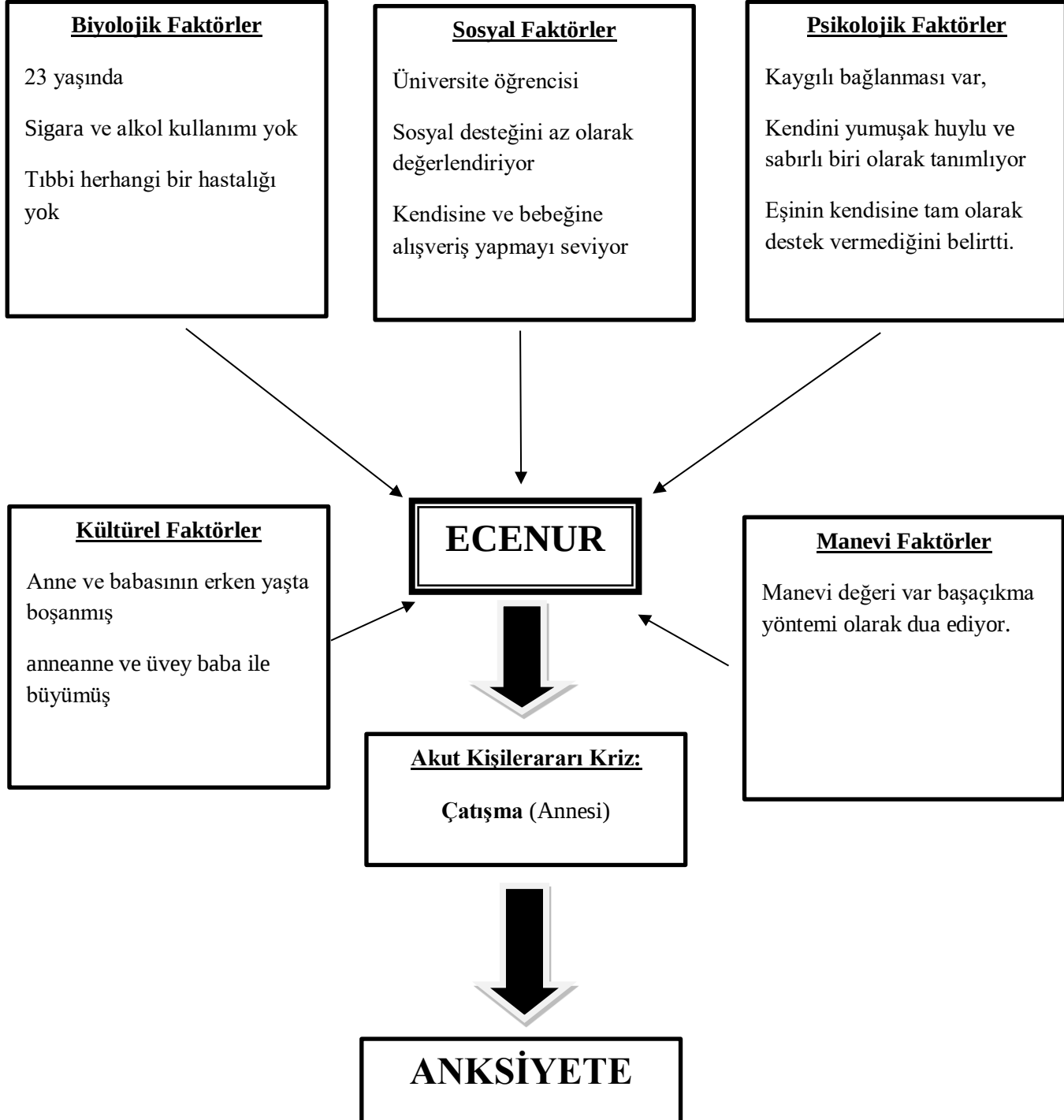
Nergiz 31 yaşında üniversite mezunu ve çalışıyor. 28 yaşında eşiyle evlenmiş. Evliliğinden 2 gebelik geçirmiş olup ilk hamileliği düşük ile sonlanmıştır. 1,5 yıl sonrasında 1 kız çocuğu olmuştur. Kızına hamile kaldığını öğrendiği andan itibaren eşi ve ailesinin iyi anlaşamaması ve yaşadıkları olayların evliliği üzerinde olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Yaşadığı çatışmalar sonucu eşiyle anlaşmazlıklar yaşadığını belirtti. Bu olumsuzlukların hasta üzerinde uyku sorununa yol açtığını, sebepsiz ağlamalarının olduğunu ve ruhsal olarak kendini sıkışmış hissettiğini ifade etti. Nergiz ile yapılan görüşme sonrasında biyopsikososyal ve kişilerarası formülasyonu şöyledir:



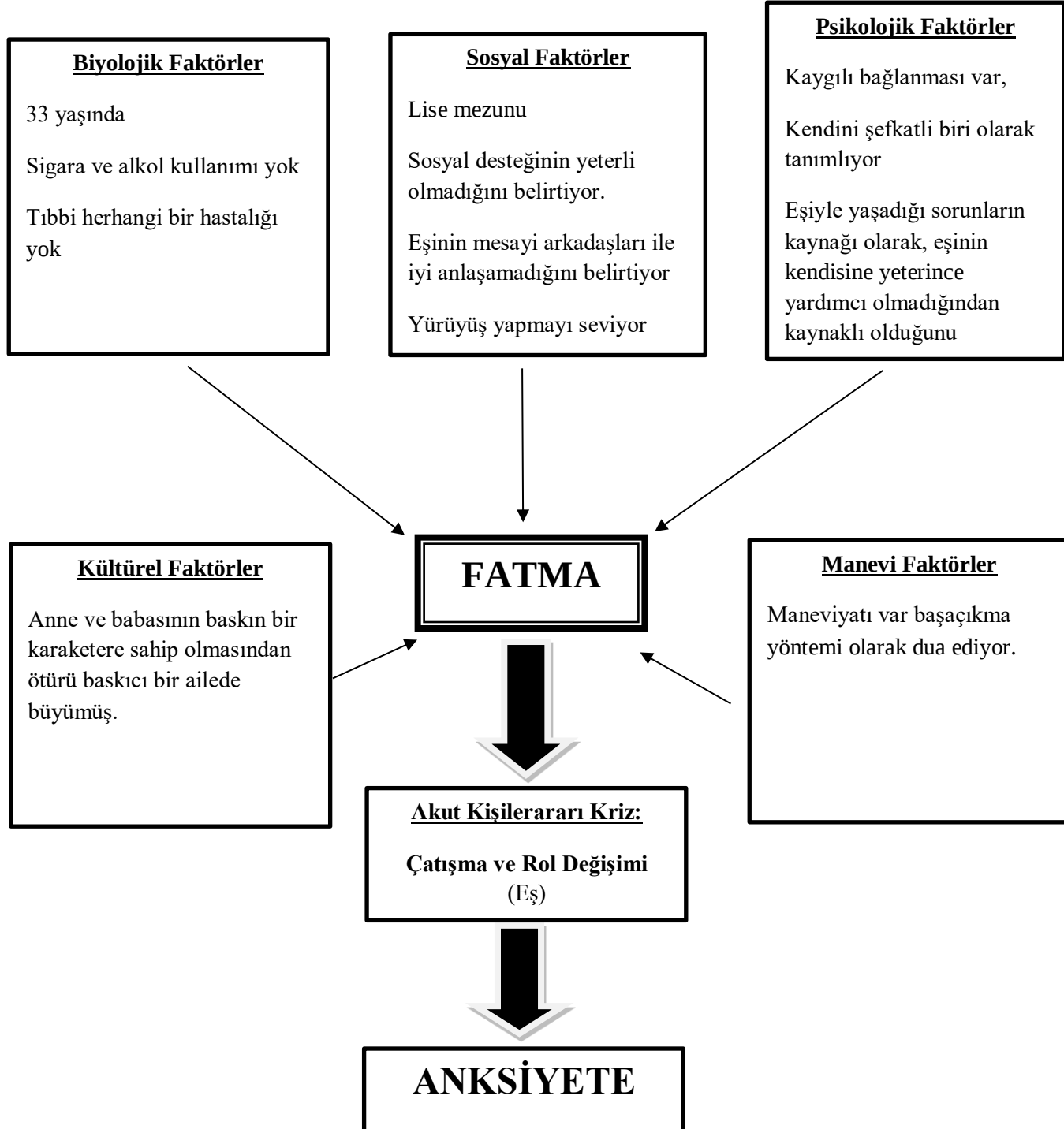
Sümeyye 25 yaşında bir sınıf öğretmeni. 23 yaşında eşiyle evlenmiş. Evliliğinden 1 çocuğu olmuştur. Sümeyye' nin kendi ailesi ile yaşamış olduğu olumsuz yaşam olayları oğlu doğduktan sonrada devam etmiştir. Bu olumsuzlukların hasta üzerinde uyku bozukluğuna yol açtığını, sebepli ve sebepsiz ağlamalarının olduğunu, duygusal yönden kendini yıpranmış ve anlaşılmamış hissettiğini ifade etmiştir. Sümeyye ile yapılan görüşme sonrasında biyopsikososyal ve kişilerarası formülasyonu şöyledir:



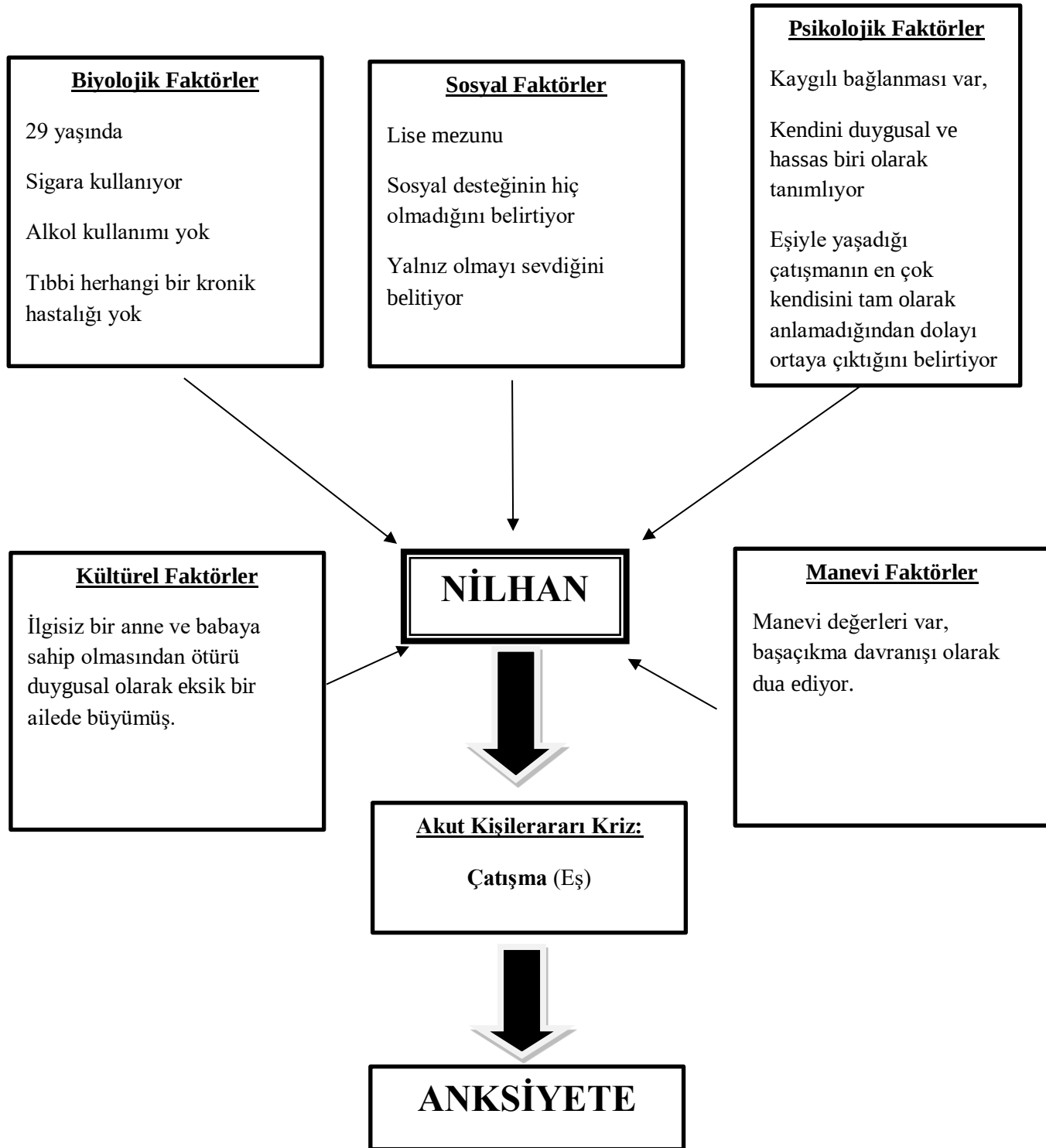
Ecenur 23 yaşında bir üniversite öğrencisidir. 21 yaşında eşiyle evlenmiş. Evliliğinden 1 kız çocuğu dünyaya getirmiştir. Anne ve babası 9 yaşındayken ayrılmış ve çocukluğunu anneanneyle geçirdiğini belirtmiştir. Ecenur annesinin pek onaylamadığı bir evlilik gerçekleştirdiği için annesi ile çatışma yaşadığını ve bu çatışmaların kendisinde sinirlilik, boğuluyormuş hissi ve duygusal olarak kendini yalnız hissettiğini ifade etti. Ecenur ile yapılan görüşme sonrasında biyopsikososyal ve kişilerarası formülasyonu şöyledir:



Fatma 33 yaşında lise mezunu bir ev hanımıdır. 25 yaşında eşiyle evlenmiş. Evliliğinden 2 çocuğu olmuştur. 2. çocuğunu dünyaya getirdikten sonra ev içinde yapması gerekenler, 2 çocuğun bakımı ve eşin isteklerinden yorulduğunu belirtti. Sürekli yorgun olduğunu ve eşinin kendisine hiç yardım etmemesinden şikayetçi olmasından dolayı eşiyle anlaşmazlıklar yaşadığını belirtti. Bu olumsuzlukların hasta üzerinde uyku sorununa yol açtığını, sebepsiz ağlamalarının olduğunu ve ruhssal olarak kendini yıpranmış ve yorgun hissettiğini ifade etti. Fatma ile yapılan görüşme sonrasında biyopsikososyal ve kişilerarası formülasyonu şöyledir:



Nilhan 29 yaşında lise mezunu bir ev hanımıdır. Evliliğinden 2 çocuğu olmuştur. 2. Çocuğuna istemeyerek hamile kalmış ve dünyaya getirmiş olmasından dolayı eşiyle yaşadığı çatışmaların evliliği üzerinde olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Yaşadığı çatışmalar sonucunda eşiyle şiddetli anlaşmazlıkların sonucunda bebeğe bakımda ilgisizlik, sebepsiz ağlamalarının olduğunu, öfke ve ruhsal olarak kendini tükenmiş hissettiğini ifade etti. Nilhan'le yapılan görüşme sonrasında biyopsikososyal ve kişilerarası formülasyonu şöyledir:



EK- 4 Etik Kurul İzni



T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Araştırmanın Başlığı: Postpartum Dönemdeki Annelerde Uygulanan Kişilerarası ilişkiler Psikoterapi Destekli Yaklaşımın Anksiyete ve Aleksitimi Üzerine Etkisi			
Proje Danışmanı : Prof. Dr. Ayşe OKANLI İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü			
Sorumlu Araştırmacı : Vesile ADIGÜZEL İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Doktora Programı			
Toplantı Tarihi	08.06.2022	Protokol No:	22-92

SONUÇ

☒ Etik olarak uygun bulunmuştur.
☐ Düzeltme gereklidir:
☐ Görevsizdir; Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuruda bulunduğunuz başvuru dosyası ve ilgili belgeleri İstinye Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Prof. Dr. Semra ŞARDAŞ
Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Hikmet KOÇAK
Üye

Prof. Dr. Yeşim Saliha GÜRBÜZ
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖGE DAŞDÖĞEN
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Doğan ÜVEY
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Nurgül DÜRÜSTKAN ELBAŞI
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK
Üye

13.04.2022

ÖZEL BAYRAMPAŞA KOLAN HOSPİTAL HASTANESİ
MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Haziran-Aralık 2022 tarihleri arasında hastanenizin Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde yürütülmesi planlanan 'Postpartum Dönemdeki Annelerde Uygulanan Kişilerarası ilişkiler Psikoterapi Destekli Yaklaşımın Anksiyete ve Aleksitimi Üzerine Etkisi'' konulu klinik araştırma için kurum izninizi arz ederim.

Çalışmanın Yürütücüsü
Öğr Gör. Vesile ADIGÜZEL
vesileadgzl@gmail.com

ÖZEL BAYRAMPAŞA
KOLAN HOSPİTAL HASTANESİ
Dr. ŞİLAN KOLAN İŞÇİ
Mesul Müdür
Dip. Tes. No: 116726 Kurum Kodu: 12345678

EK- 6 : Ölçek İzinleri

Yanıtla Tümüü yanıtla İlet Arşivle Sil Bayrak ekle ...

Re: "TAS-20 Ölçeği" Kullanım İzni



Samet Kose <sametskose@gmail.com>

8.05.2022 23:34



Kime: vesileadgzl@gmail.com

[Tüm ekleri kaydet](#)



Kose_2009_BCP_TAS20.pdf
124 KB



Kose_TAS-20_Normative.pdf
254,96 KB



TAS-20_TurkishVersion.pdf
364,23 KB

Merhaba Vesile Hocam,

Elbette, çalışmanızda Türkçe TAS-20 ölçeğini kullanmanız beni sevindirir. TAS-20 ölçeğini, validation çalışması makalesini ve Türk toplumu normatif değerleri tablosunu ekte gönderiyorum.

İctenlikle,
Samet Kose

Samet Kose, MD, PhD
Assoc. Prof. of Psychiatry and Neuroscience

On Sun, May 8, 2022, 10:38 PM Vesile Adıgüzel <vesileadgzl@gmail.com> wrote:

Sayın Köse

Türkiye'de yapılacak olan bir çalışmamda (Postpartum Dönemdeki Annelerde Uygulanan Kişilerarası ilişkiler Psikoterapi Destekli Yaklaşımın Anksiyete ve Aleksitimi Üzerine Etkisi) Türkçe Toronto Aleksitimi ölçeğinizi kullanmak istiyorum.

Eğer izin verirsiniz ölçeğinizi ve izin yazınızı gönderirseniz çok memnun olurum. İyi çalışmalar...

olcek izni



Gulsen T. <gulsenturk@yahoo.com>

18.06.2022 00:20



Kime: vesileadgzl@gmail.com

[Tüm ekleri kaydet](#)



BAÖ Puanlama Formu.pdf
99,53 KB



BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ...
135,85 KB



Turkish version of the Beck...
682,29 KB

Merhaba Vesile,
Beck Anksiyete Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını ve ölçeğin ikinci sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

Fairleigh Dickinson University

285 Madison Ave

Madison, NJ 07940

e-mail. nesrinhislisahin@gmail.com

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Özel Bayrampaşa Kolan Hospital Hastanesi’nde yürütülen “Postpartum Dönemdeki Annelerde Uygulanan Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Destekli Yaklaşımın Anksiyete ve Aleksitimi Üzerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu form araştırma sorumlusu olarak bizler tarafından size sözel olarak aktarılan bilgilendirmenin yazılı şeklini içermektedir. Formu imzalamadan önce size sözel olarak da anlatılan aşağıdaki bilgileri bir kez de dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, tarafınız ve bilgilendirme esnasında yanınızda olan tanık kişi tarafından imzalanan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir. Ailenin temelini oluşturan annelerin doğum sonrası yapacağımız koruyucu önlemin hem annenin hem ailenin hem de toplumun ruh sağlığını da olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Araştırmada ses kaydı alınacak olup kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırma yüz yüze olacaktır. Pandemi nedeniyle bulaş riski olabilir.

Uygulanacak olan psikoterapi yaklaşık 8-12 seans olarak planlanmıştır. Her seans yaklaşık 45-60 dk sürecektir. Alacağınız Psikoterapiden herhangi bir ücret alınmayacaktır. Psikoterapiden istenildiğinde ayrılma veya yarıda bırakma durumda hak kaybına uğramayacağınızı bilmelisiniz.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. İstemediğiniz sorulara cevap vermeme hakkına sahipsiniz. Her üç durumda da hiçbir yaptırıma ve hak kaybına maruz kalmayacağınızı bildirmek isteriz.

Ayrıca yapılacak olan çalışmada / araştırmada “Kişisel Verilerin Korunması Kanununun” ilgili maddeleri dikkate alınacağını belirtmek isteriz.

Araştırma Sorumlusu

(Öğr Gör Vesile Adıgüzel)

GÖNÜLLÜ ONAMI

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin bilgilendirme bölümünü okudum ve aşağıda imzası olan ilgili tarafından önce sözlü sonra yazılı olarak bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu araştırmaya katılmayı onaylıyorum

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İletişim

Tarih:

İmzası:

Araştırmaya Katılma / Ayrılma Konusunda Haklarınız ve Araştırmacının Haklarınızı Koruma Güvencesi

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra herhangi bir zamanda bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında herhangi bir ceza ya da yararınıza olan hakların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusu ile ilgili araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edilmesi durumunda siz ya da yasal temsilciniz bilgilendirilecektir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel ve eğitim amaçları ile kullanılacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak, gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

(Çalışmada ses kaydı alınacaktır.)

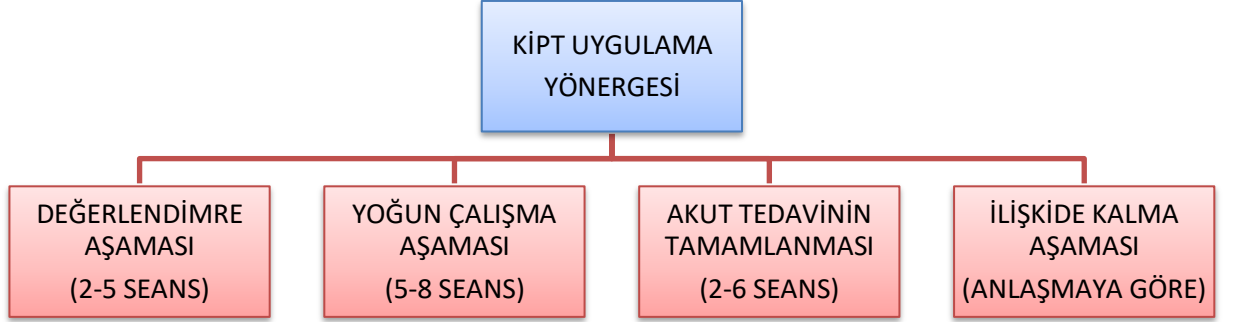
İletişim Kurulacak Kişi

Ad Soyad: Vesile Adıgüzel

Telefon:

Toplam 2 sayfadan oluşan işbu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 2 nüsha olarak hazırlanmış olup, bir nüshası gönüllüye teslim edilmiştir.

EK-8 KIPT'in Uygulama Yönergesi



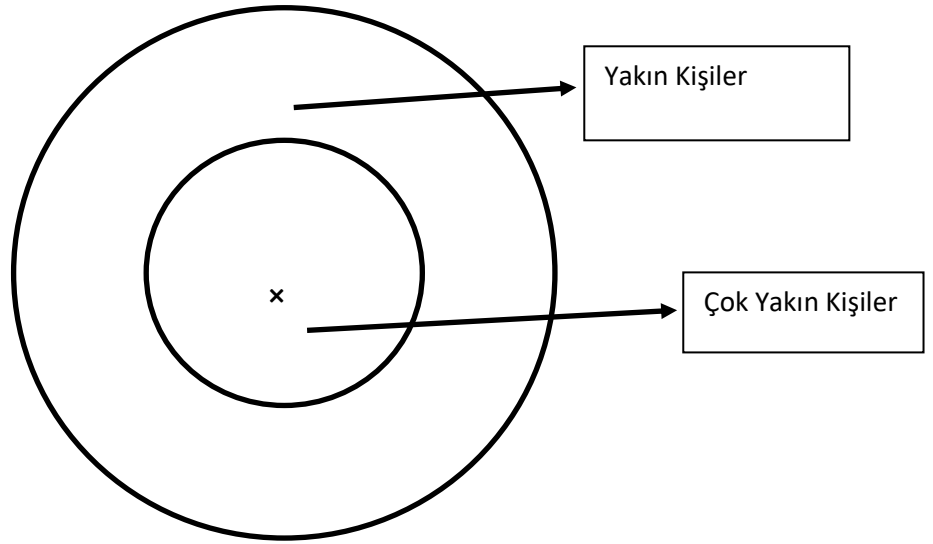
İlk basamak olan değerlendirme aşamasında uygulayıcı, hastanın Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisine uygun olup olmadığına karar verir. Eğer hasta terapi için uygun ise başlangıç aşamasında hasta ile uygulayıcı bir tedavi anlaşması yapılır. Hastayı Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (KIPT) doğrultusunda hastanın var olan destek kaynakları, o kaynaklara ulaşip ulaşmadığı anlamaya çalışarak ve hastadan başlangıç aşamasında alınan bilgilerle hastayla birlikte ortak bir çalışma planı yapılarak hangi çerçeve üzerinden çalışacağına karar verilir.

I. Aşama: Değerlendirme ve başlangıç (2-5 Seans)

Bu oturumda aşağıdaki basamaklar dikkate alınarak hasta ile ilk temas yapılır. Uygulayıcı burada; görüşme ortamında konforu sağlar, ön bilgiler paylaşılır, görüşme zamanını yapılandırır– onayını alır, hastalık öyküsünü alır ve bir sonraki seansın planlanması yapılır. Burada amacımız hasta ile ilk güvenli alanı sağlamaktır. Ayrıca hastada intihar riski değerlendirmesi yapılır.

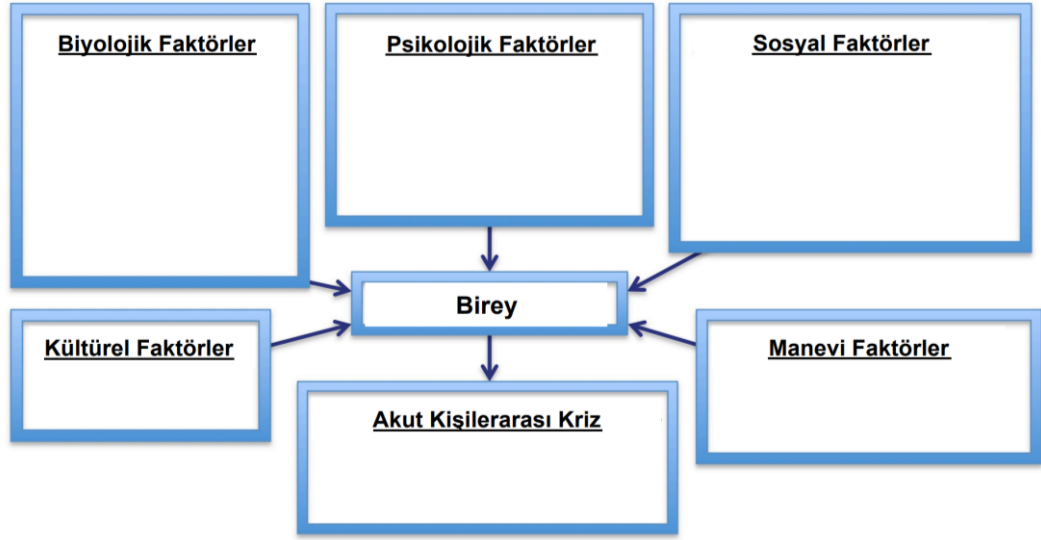
Kişilerarası ilişkiler dökümü

Kişilerarası İlişki Çemberi



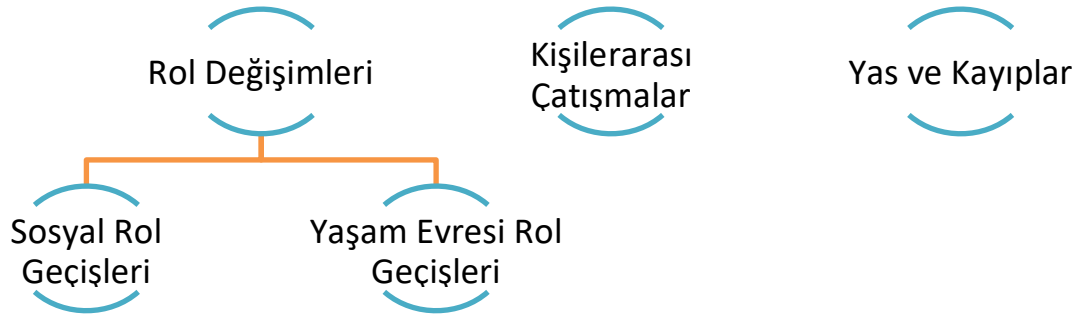
Bu seansta danışman hastayla ilişkilerini daha iyi tanımasını sağlayacak bir çalışma yapacaklarını açıklayarak uygulayıcı boş bir A4 kağıdı alır ve iç içe olan 2 çember çizer. İç çemberin merkezine X işareti koyarak bu işaretin hastanın kendisini temsil ettiğini söyler. Daha sonra hastadan hayatının bir parçası olan kişileri hissettiği yakınlık derecesine göre halkalara yerleştirmesini ister. Amaç, kişilerarası problemlerle ilişkili olan iletişim tarzlarını belirlemek.

Kişilerarası Formülasyon



Formülasyon aşamasında hastanın yaşadıklarının biyopsikososyal / kültürel / manevi bir çerçevede ve işbirliği içinde anlamaya çalışmak.

II. Aşama: Yoğun Çalışma Aşaması (5-8 Seans)



Bu aşamada belirlenmiş çalışma çerçevesi üzerinden çalışmaya başlanır.

Rol değişimlerinde kullanılan teknikler:

I- Yaşam olayları çizelgesi



Bu çizelge hastanın değişim hakkındaki fikirlerini daha gerçekçi ve hayata uygun olacak şekilde organize etmesine yardımcı olur ve geçişler sürecindeki sosyal desteği kaydetmesini kolaylaştırır. Burada amacımız hastanın hayatında yer alan önemli olayların/durumların çizelgenin üzerine kronolojik açıdan sıralayarak yerleştirilmesi ve sonrasında yazdığı bu olayların/durumların ayrıntılı olarak ele alınmasıdır.

II-Netleştirme,

Değerlendirme/Başlangıç seanslarının özüdür ve KİPT'in tüm seyri boyunca sıklıkla kullanılır. Netleştirme, hastanın sıkıntı ve deneyimlerini doğrulama fırsatı verir. Hastanın, destekleyici terapötik bir ilişki içinde kendi kişilerarası deneyimlerini keşfetmesini ve üzerine derinlemesine düşünmesini sağlar.

Kişilerarası Çatışma da kullanılan teknikler:



II- Kişilerarası Çatışma Grafiği

Bu şemada hastadan kendisi için ve çatışma yaşadığı kişi için aralarındaki ilişkinin önemlilik noktalarını belirlemek ve aradaki farkları ele almak. Yaşanan somut olaylar üzerinden anlatmasını desteklemek.

II-Netleştirme, Değerlendirme/Başlangıç seanslarının özüdür ve KİPT'in tüm seyri boyunca sıklıkla kullanılır. Netleştirme, hastanın sıkıntı ve deneyimlerini doğrulama

fırsatı verir. Hastanın, destekleyici terapötik bir ilişki içinde kendi kişilerarası deneyimlerini keşfetmesini ve üzerine derinlemesine düşünmesini sağlar.

III- Duygulanımın Kullanımı

Bu seansta hastanın duygulanımına dikkati çekmek, onu daha iyi anlamak ve bunu hastanın nazik bir biçimde daha etkili bir iletişim kurması için kullanmasına yardım etmeye çalışılır. Amaç, Hastanın karmaşık duygulanım ve duygusal reaksiyonlarının farkına varmasına yardımcı olmak.

IV- İletişim Analizi

Uygulayıcı bu seansta hastanın iletişim analizi basit olarak yapar; hastanın yaşadığı güçlüklerin zayıf iletişimden kaynaklandığı, sürdürüldüğü ve alevlendirildiği durumları araştırır. İletişim analizinin hedefleri; hastaya iletişim tarzlarını belirlemede yardımcı olmak hastaya daha etkili bir iletişim kurması için yardımcı olmak.

V- Problem Çözme

Problem çözme 5 bileşenden oluşur:

1. Problemin ayrıntılı olarak incelenmesi
2. Olası çözümlerin oluşturulması (beyin fırtınası)
3. Eylem planı belirleme
4. Çözümü izleme ve geliştirme
5. Pratik yapma bu teknikler ile hastanın iletişiminde yer alan problemler üzerinde beyin fırtınası yaparak alternatif senaryolar oluşturulu

III Aşama: Akut Tedavinin Tamamlanması (2-6 Seans)

KİPT'in yoğun, sınırlı, süreli kısmının bitirildiği aşamadır. Başlangıçta envanter yardımıyla belirlenen sorunların çözümü ve kişinin ilişkide kalma aşamasına rahat bir şekilde geçirilmesi hedeflenir. Ayrıca görüşmeler tamamlandıktan sonra ileride oluşabilecek muhtemel sorunlara yönelik tedavi stratejileri geliştirilir. Bireye bakım sürecinde bağımsızlık kazandırıldığı gibi, isterse uygulayıcı ulaşabileceği güveni de verilir. Hastadan geribildirim alınır.

IV Aşama: İlişkide kalma aşaması (Anlaşmaya Göre)

Son Seans: Bu aşamanın belli bir aralığı ya da süresi bulunmamaktadır. Tedavinin ne şekilde ilerleyeceğine hastayla birlikte karar verilir. Fakat hasta kendinden eminse kişilerarası sorunlarını bireysel çözebiliyorsa ilişkide kalma aşaması telefonla ya da tele-terapi üzerinden yürütülebilir. Bu aşamada amaç, hastanın kendi yeterlilik duygusunu sağlamlaştırmak ve gelecekte ortaya çıkabilecek sorunları öngörebilmesini ve öğrendiği stratejileri uygulayabilmesi (Stuart, 2012).



EK_10:Araştırmacının Deneyimi

Araştırmayı planlarken bir psikiyatri hemşiresi olarak hastalarımı soracağım soruları özenle hazırlamıştım. Annelerin seanslar için bana ayırdıkları zamanda bebek bakımında destek olacak birilerinin olabileceğini düşünmüştüm. Yalnız durum pek umduğum gibi olmadı. Bebekler seanslarda bölmelere sebebiyet verdiği için çocukların uyku saatlerine ve özellikle de gece saatlerine planlamaları yaptık. Hem benim için hem de anneler için geç saatler her iki tarafada iyi gelmişti. Hastalarımın 2 tanesi benimle olan görüşmelerini eşinin ailesinden ve çevrelerinde yer alan kişilerden sakladığını dile getirdiler. Damgalanmak için olduğunu öğrenince oldukça üzülümüşüm. Bunun yanında terapi aşamalarından biri olan çember aşamasında hastama bana çembere yerleştirdiğin isimleri anlatmasını ve tanıtmasını istediğimde hastamın terapiyi bırakma isteği ile karşılamam beni oldukça şaşırtmıştı. Yönlendirdiğim sorunun hastam tarafından yanlış anlaşıldığını fark edince (hasta bütün isimleri kendisiyle tanıştırması gerektiğini anlamıştı) daha farklı soru sormam gerektiğini anlamamda etkili olmuştu. Terapilerim hem bana hem de onlara eğitici geçti. Her seansın sonunda hastalardan aldığım geri bildirimler beni oldukça mutlu etti. Biten seansların ardından iyi ki bu alana dokunmuşum diyerek tamamladım. Ve son olarak terapi sırasında bir hastam bana şiir yazmıştı.

İnsan insana yalnız şifa olmalı bir
gülüş bir bakış tedavisi olmalı.
Sevmeli insan, insan insan sevmeli
bir derde ortak olup ona merhem
olmalı... Sohbeta candan bir
muhabbete aç olan gönlüm doydu
bir samimiyet daha beni aldı
götürdü bilmediğim diyarlara
bilmediklerimi öğretti
duymadıklarımı söyledi can kulağı
ile dinledi yüreğime dokundu.Ne
güzel şeydir anlaşılma
anlatırken,gülmek ne güzeldir
karşılıklıyken,bir derde dokunup
şifa olmak ne güzeldir. Ne güzeldir
azizim insanda insanın izi kalması...



TEŞEKKÜRLER...

@ogr.gor vesile adiguzel

EK_11 Özgeçmiş**Adı ve Soyadı:** Vesile ADIGÜZEL**Yabancı Dili:** İngilizce**Akademik Unvanı:** Öğretim Görevlisi**Eğitim Bilgileri**

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Dicle Üniversitesi	2007
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Gaziantep Üniversitesi	2018
Doktora	Psikiyatri Hemşireliği	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	2019-