



**DOĞUM SONRASI DEPRESYON OKURYAZARLIĞI
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİK
VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Müjde SÖNMEZ

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Aşlı SİS ÇELİK

Yüksek Lisans Tezi-2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**DOĞUM SONRASI DEPRESYON OKURYAZARLIĞI
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Müjde SÖNMEZ

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Aşlı SİS ÇELİK**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT.....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	IX
TABLolar DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Postpartum Dönem	6
2.2. Postpartum Dönemde Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar.....	6
2.2.1. Annelik Hüzünü	7
2.2.2. Postpartum Psikoz.....	7
2.2.3. Postpartum Depresyon	8
2.2.3.1. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi	9
2.2.3.2. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	10
2.2.3.3. Postpartum Depresyonun Belirtileri	12
2.2.3.3. Postpartum Depresyonun Ana Çocuk Sağlığına Etkisi	14
2.2.3.4. Postpartum Depresyonun Tanı ve Tedavisi	18
2.2.3.5. Postpartum Depresyona Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı	20
2.3. Sağlık Okuryazarlığı	23
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	25
2.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Bilincini Geliştirmeye Yönelik Yaklaşımlar	26
2.3.3. Ruh Sağlığı ve Okuryazarlığı	28

2.3.4 Sağlık Okuryazarlığı ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki	28
2.3.5. Ruhsağlığı Okuryazarlığının Önemi	29
2.3.6. Depresyon Okuryazarlığı	29
2.4. Ölçek Uyarlama Çalışmaları	30
2.4.1. Ölçeklerin Türkçeye Uyarlanması Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi (Dil Uyarlaması / Dil Geçerliliği)	31
2.4.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi	33
2.4.2.1. Geçerlilik	34
2.4.2.2. Güvenirlik	37
2.4.3. Kùltürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması	39
3. MATERYAL VE METOT	41
3.1. Araştırmanın Türü	41
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	41
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
3.4 Verilerin Toplanması	41
3.5. Veri Toplama Araçları	42
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	42
3.5.2. Beck Depresyon Envanteri	42
3.5.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	43
3.5.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	43
3.5.5. Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği	44
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	45
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	47
4. BULGULAR	48
4.1 Dil Geçerliliğine İlişkin Bulgular	48

4.2. Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulgular	48
4.3. Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulgular.....	50
4.3.1.Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları	50
Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapısı uyarlama yapılan ölçekler için belirlidir. Bu nedenle tekrar AFA yapılmadan yapının doğrulanması yapılabilir.....	50
4.3.2. Doğrulamalı Faktör Analizi Bulguları	50
4.4. Tepki Yanlılığına İlişkin Bulgular	54
4.5. Güvenirliğe İlişkin Bulgular	54
4.6. Kadınların Depresyon Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı ve Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	61
5. TARTIŞMA.....	67
5.1. Dil Uyarlaması / Dil Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	67
5.2. Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	67
5.3. Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	68
5.4. Güvenirliğe İlişkin Bulguların Tartışılması	70
5.5. Kadınların Depresyon Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı ve Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKLAR	81
EKLER	104
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	104
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	105
EK-3. KURUM İZNİ	106
EK-4. GEBELER İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU	107
EK-5. LOHUSALAR İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU	109

EK-6. BECK-DEPRESYON ENVANTERİ.....	111
EK-7. EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ	114
EK-8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ.....	116
EK-9. DEPRESYON OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE VERSİYONU	118
EK-10. DOĞUM SONRASI DEPRESYON OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ ORJİNALİ.....	120
EK-11. ÖLÇEK UYARLAMA İZNİ	122
EK-12. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ.....	123

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her türlü konuda yol gösterici olan, zaman ve mekân farketmeksizin büyük bir emeği ve özverisi olan, hayatımda rol model olarak gördüğüm ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum Sayın Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK'e tüm içtenliğimle sonsuz teşekkür ederim.

Tez savunma sınavıma katılarak verdikleri kıymetli katkılardan dolayı Sayın Doç.Dr. Dilek POTUR ve Sayın Dr.Öğr.Üyesi Ayşe AYDIN hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Lisansüstü eğitim sürecimdeki destekleri ve emeklerinden dolayı Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK ve Eczacılık Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Yasin BAYIR hocalarıma teşekkür ederim.

Erzurum Şehir Hastanesi'nde çalışan değerli meslektaşım Beyzanur KIZILOĞLU'na yüksek lisans eğitimim boyunca hem ders hem de tez dönemimde beni cesaretlendirdiği için teşekkür ederim.

Ve tabiki de bana her yerde ve her koşulda güvenen, benliğimdeki saflığın, merhametin ve iyiliğin kaynağı olan canım anneme çok teşekkür ederim.

Müjde SÖNMEZ

ÖZET

Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Amaç: Bu çalışma, orijinal adı “The Postpartum Depression Literacy Scale” olan ölçüm aracını Türkçe’ye uyarlamak, geçerlik ve güvenirliğini test etmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Metodolojik olarak yapılan bu araştırma Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Haziran 2022 - Eylül 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, ilgili hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran gebeler ve 0-12 aylık çocuğu olan kadınlar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini; en az ilkokul mezunu olan, gebeliğinde veya çocuğunda herhangi bir riskli/anomali durumu bulunmayan ve aile bütünlüğü bozulmamış 203 gebe ve 197 doğum yapmış kadın olmak üzere 400 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Postpartum Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Formu”, “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”, “Beck Depresyon Envanteri” ve “Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır.

Bulgular: Doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucunun $p=0.000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 25 madde ve altı faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ölçek yapısının doğrulanması sırasında faktör 5’in faktör yükü 1’in üzerinde olduğundan dolayı modelden çıkarılması gerektiğine karar verilmiştir. Ayrıca model yapısını bozan maddelerin de analiz dışı bırakılmasına karar verilmiştir. Bu bağlamda 4., 5., 8., 19., 20. ve 23. maddelerin modelden çıkarılması ile modelin yapı geçerliğinin sağlandığı görülmüştür. Ölçeğin iç tutarlılık analizlerinde; toplam Cronbach’s alfa katsayısının 0.868, ve alt boyutlarına ait Cronbach’s alfa katsayısının ise 0.618-0.912 arasında olduğu belirlenmiştir. Madde-toplam test korelasyon değerlerinin 0.307 ile 0.846 arasında değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. Ölçeğin eş değeriğinin belirlenmesi için yapılan paralel form güvenirliği için “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” kullanılmıştır. İki ölçek arasındaki korelasyon değerinin $r=0.459$ olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Sonuç: Postpartum Depresyon Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe versiyonunun gebelerde veya lohusalarda postpartum depresyon okuryazarlığını belirlemede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon okuryazarlığı, geçerlik, güvenirlik, hemşirelik, postpartum depresyon okuryazarlığı ölçeği

ABSTRACT

Validity and Reliability Study of Turkish Version of Postpartum Depression Literacy Scale

Aim: This research was conducted to adapt the measurement tool originally called the "Postpartum Depression Literacy Scale" into Turkish and to test its validity and reliability.

Material and method: This methodological study was conducted in Erzurum Regional Training and Research Hospital between June 2022 and September 2023. The population of the study included pregnant women and women with 0-12 months old children who applied to the Obstetrics and Gynecology and Pediatrics outpatient clinics of the hospital. The sample of the study comprised 400 women, including 203 pregnant women and 197 women who had given birth, who were at least primary school graduates, who did not have any risky/anomalous conditions in pregnancy or childbirth, and whose family integrity was not disrupted. "Descriptive Information Form", "Postpartum Depression Literacy Scale Turkish Form", "Health Literacy Questionnaire", "Beck Depression Inventory" and "Edinburg Postpartum Depression Scale" were used to collect the data.

Results: Based on the confirmatory factor analysis, it was found that the structural equation model result of the scale was significant at the $p=0.000$ level and was associated with the 25 items and six-factor scale structure. During the verification of the scale structure, it was decided that factor 5 should be excluded from the model since its factor loading was above 1. It was also decided to exclude the items that violate the model structure from the analysis. In this context, it was seen that the construct validity of the model was achieved by excluding the 4th, 5th, 8th, 19th, 20th, and 23rd items from the model. In the internal consistency analysis of the scale, it was determined that the total Cronbach's alpha coefficient was 0.868, and the Cronbach's alpha coefficient of the sub-dimensions was between 0.618-0.912. Item-total test correlation values ranged between 0.307 and 0.846. "Health Literacy Scale" was used for the parallel form reliability to determine the equivalence of the scale. The correlation value between the two scales was $r=0.459$ and there was a statistically significant correlation ($p<0.001$)

Conclusion: The Turkish version of the Postpartum Depression Literacy Scale was found to be a valid and reliable measurement tool for determining the literacy of postpartum depression in pregnant or postpartum women.

Key Words: Depression literacy, validity, reliability, nursing, postpartum depression literacy scale

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

X^2/SD	: Ki Kare/Degrees Of Freedom
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	: Adjusted Googness of Fit Index
AMA	: American Medical Association
APA	: American Psychiatric Association
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders-4
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders-5
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDDÖ	: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
EKT	: Elektrokonvülsiv Tedavi
GFI	: Goodness of Fit Index
NNFI (TLI)	: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi
PPD	: Postpartum Depresyon
RMSEA	: Root Mean Sque Error of Approximation
RSOY	: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SRMR	: Standardized Root Meansquare Residual
WHO	: World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

- Şekil 4.1.** Doğum sonrası depresyon okuryazarlığı ölçeğine ilişkin birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (standardize edilmiş)..... 51
- Şekil 4.2.** Doğum sonrası depresyon okuryazarlığı ölçeği birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (standardize edilmemiş)..... 52



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Geçerlik ve güvenirlik için yapılan analizler	46
Tablo 4.1. Ölçek maddelerine yönelik uzman görüşleri	49
Tablo 4.2. Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum indeksleri	51
Tablo 4.3. Doğrulayıcı faktör analizi faktör yükleri (birinci düzey).....	53
Tablo 4.4. Tepki yanlılığı.....	54
Tablo 4.5. Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği güvenirlik analizi	55
Tablo 4.6. Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği maddelerine ilişkin madde analizi	57
Tablo 4.7. Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeğine ilişkin güvenirlik analizi	58
Tablo 4.8. Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe versiyonuna ilişkin iki yarı güvenirliği analizi	59
Tablo 4.9. Ölçekler arasındaki ilişki ve eş değer ölçek güvenirliği	60
Tablo 4.10. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	61
Tablo 4.11. Kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı	62
Tablo 4.12. Kadınların ölçeklere ait toplam ve alt boyut puan ortalamaları.....	64
Tablo 4.13. Lohusaların Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarına göre dağılımı	65
Tablo 4.14. Gebelerin Beck Depresyon Envanteri puanlarına göre dağılımı	65

1. GİRİŞ

Postpartum depresyon (PPD) ilk olarak Ruhsal Bozuklukların Teşhisi ve İstatistiksel El Kitabı-4'te (DSM-4) "postpartum başlangıçlı major depresif bozukluk" başlığı altında major depresif bozukluğun subtipi olarak tanımlanmıştır (DSM-4th, 1994). Postpartum depresyon, günümüzde DSM-5'te gebelik sırasında semptom göstermeye başlayan her üç hastada bir görülen "peripartum başlangıçlı major depresif bozukluk" başlığı altında yer almaktadır (DSM-5th,2013). Doğum sonrası depresyon ya da postpartum depresyon şeklinde ayrı bir klinik tanı bulunmamaktadır (Wisner ve ark., 2013). Major depresyon tanısının konulabilmesi için; son 2 haftadır devam eden depresif duygu durum, ilgide azalma ya da aktivitelere olan isteksizlik, iştah problemleri, vücut ağırlığı değişimi (1 ayda %5'ten fazla değişim), uykusuzluk, psikomotor ajitasyon ve retardasyon, enerji kaybı, suçluluk ve değersizlik duyguları, dikkat bozukluğu ve tekrarlayan ölüm düşünceleri gibi semptomların 5 ya da daha fazlasının yaşanıyor olması gerekmektedir. DSM-5'te belirtilen postpartum depresyon için karşılama kriteri bu semptomların gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki ilk 1 ayda başlamasıdır (DSM-5th, 2013). Postpartum depresyonun etiyolojisi henüz net olarak bilinmemekle birlikte ortaya çıkışı multifaktöriyel (biyolojik, obstetrik ve pediatrik, psikososyal, kültürel faktörler) bir süreçtir (Danacı ve ark., 2000; Falah Hassani ve ark., 2015).

Postpartum depresyon prevalansının küresel olarak %10-20 olduğu ve düşük gelirli bölgelerde daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Pampaka ve ark., 2019). ABD'de doğum sonrası depresyon yaygınlığı %11.5 olarak bildirilmiştir (Hahn-Holbrook ve ark., 2018). Liu ve ark. (2022) tarafından yapılan, 133.313 katılımcıyı ve 27 çalışmayı içeren bir sistematik derleme-meta analiz çalışmasında PPD prevalansının %14 olduğu, oranların ülkeye göre değiştiği ve gelişmekte olan ülkelerde, özellikle Çin'de PPD prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada gestasyonel diyabet,

gebelikte depresyon öyküsü, annenin depresyon öyküsü, doğumda epidural anestezinin PPD için risk faktörleri olduğu belirtilmiştir. Orta Doğu'nun farklı ülkelerinde 2006 ve 2020 yılları arasında yürütülen bir sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında, dokuz kesitsel, altı kohort çalışması incelenmiş ve Orta Doğulu annelerde PPD prevalansının %27 olduğu bildirilmiştir. Ayrıca düşük ekonomik düzey, gebelikle ilişkili komplikasyonlar, düşük eğitim düzeyi, planlanmamış gebelik, ev hanımı olma, aile üyelerinden yetersiz sosyal destek alma ve bebeği mama ile beslemenin PPD için en yaygın risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (Alshikh ve ark., 2021). Karaca Kurtulmuş ve ark. (2022). Türkiye'nin batısında yaptığı bir çalışmada PPD prevalansı %15.7 olarak bulunmuş ve vajinal yolla doğum yapan, bebekleri için yeni doğan yoğun bakıma ihtiyaç duyulan annelerde PPD gelişme olasılığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Postpartum depresyon, annenin kendisine veya çocuğuna zarar verme riskini ve intihar düşüncelerini artırmaktadır (Bodnar-Deren ve ark., 2015; Pope ve Mazmanian, 2016). Postpartum depresyonlu annelerin, bebekleri için sağlık hizmeti veren kuruluşlara başvurma oranlarının, diğer annelere göre iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda yapılan başka bir çalışmada düşük gelirli ve depresif belirtiler gösteren annelerin çocuklarının hastaneye yatış riskinin, depresif belirtiler göstermeyenlere oranla daha fazla olduğu saptanmış ve koruyucu sağlık hizmetinden daha az yararlandıkları tespit edilmiştir (Chung ve ark., 2004).

Postpartum depresyon tanısı konulamaması, geç tanı konulması veya tedavi edilmemesi, anne ve çocuk sağlığı için mortalite ve morbidite açısından yüksek risk oluşturmaktadır. Yapılan çalışma ve öngörülere göre önlem alınmazsa 2030 yılına kadar en sık 3 ölüm sebebinden birinin depresyon olacağı tahmin edilmektedir (Mathers ve Loncar, 2006). Doğum sonu depresyonun semptomları ve tedavi olanakları hakkında bilgi eksikliği, doğum sonrası dönemde önemli bir yardım arama engeli olarak kabul edilmiştir

(Fonseca ve ark., 2015). Bu da depresyon okuryazarlığının yardım aramadaki rolünün ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (Jorm ve ark., 1997). Bu nedenle, kadınların doğum sonrası depresyonu tanımaları ve etkili tedavi almaları için bu konuda bilgi ve becerilerin sağlanması esastır (Letourneau ve ark., 2012).

Depresyon okuryazarlığı, “depresyonu tanıyabilme ve tedavi hakkında bilinçli karar verme becerisi” olarak tanımlanır (Wang ve ark., 2007). Depresyon okuryazarlığının, depresyonla alakalı bilgiler içermesinin yanında birçok bileşeni vardır. Bu bileşenlerden bazıları: depresyonu tanıyabilme, depresyonun nedenleri ve tedavisi hakkında görüşler ve inançlar, kendi kendine yardımla ilgili bilgiler ve inançlar, profesyonel yardım girişimleri ve tedavi işbirliğine karşı tutumlardır (Gabriel ve Violato, 2010). Yapılan çeşitli araştırmalarda ruhsal bozukluklar ve tedavileri hakkında yeterli bilgi sahibi olmamanın tedavide direnç anlamında büyük bir bariyer olduğu vurgulanmıştır (Gulliver ve ark., 2012; Thompson ve ark., 2004). Depresyon okuryazarlığı kişilerin yardım arama davranışlarını; hastalığı tanımlama, hastalığına uygun medikal yardım arama ve kendilerine uygun tedavi yöntemini seçebilme becerilerini artırır (Tomczyk ve ark., 2018).

Perinatal dönemde depresif bozuklukların ve sonuçlarının önlenmesi için belirtilerin erken dönemde fark edilmesinde sağlık profesyonellerinin çok önemli rolü vardır. Ancak hizmet sunumunda; zaman yetersizliği, gebelik ve doğum sonrası dönemde ruhsal hastalıklarla ilgili damgalanma nedeniyle başvurunun yetersiz olması ve kadınlarda eğitim seviyesinin düşük olması doğum sonrası depresyonun erken dönemde tanılanmasını engellemektedir (Oliveira ve ark., 2022). Tespit edilmeyen ve tedavi edilmeyen ruhsal bozukluklar, kadınlara, ailelerine, sağlık sistemine ve tüm topluma yük olabilmektedir.

Kadınların gebelik veya doğum sonrası gibi riskli dönemlerde yaşanabilecek ruh sağlığı bozukluklarını tanıması ve kendi ruh sağlıklarını daha etkin bir şekilde yönetmeleri için ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi önemlidir. Özellikle doğum sonrası dönemde kadınların doğum sonrası depresyonun risk faktörlerine ve belirtilerine yönelik okuryazarlık düzeylerinin artırılması doğum sonu depresyonun önlenmesi ve tedavisi için büyük sosyal öneme sahiptir (Francis ve ark., 2002). Bu kapsamda öncelikle kadınların depresyon okuryazarlık düzeylerinin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı ile belirlenmesi gerekmektedir. Böyle bir ölçüm aracı ile gebelerin ve lohusaların depresyon okuryazarlık düzeyleri ölçülerek postpartum depresyona yönelik mevcut bilgileri değerlendirilir. Değerlendirilen anne adayları ya da annenin depresyon okuryazarlığının düşük olması halinde profesyonel sağlık çalışanları tarafından doğru bilgiye erişimini sağlamak için yönlendirmeler yapıp gebe ve lohusalara rehber olunabilir. Böylece hali hazırda postpartum depresyonu olan annelerde farkındalık sağlanıp, yardım ararken daha bilinçli karar verebilmesi sağlanır, postpartum riski olan anne ve anne adayları da olası postpartum depresyonu için erken dönemde bilgilendirilip önlem alabilir olası postpartum depresyonun varlığını daha kolay tanımlayıp bundan sonraki süreci kendisine ve bebeğine zarar vermeden daha sağlıklı yönetebilir. Ülkemizde postpartum depresyon okuryazarlığını ölçebilecek bir ölçme aracı bulunmamaktadır. Bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı; Mirsalimi ve ark., tarafından 2020 yılında İran’da geliştirilen orijinal ismi “The Postpartum Depression Literacy Scale” olan “Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlık Ölçeği’nin” Türkçeye uyarlanarak Türk toplumunda geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılmasıdır.

Araştırmanın Soruları;

- “The Postpartum Depression Literacy Scale: Development and Psychometric Properties” (Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği) isimli ölçek

Türkiye’deki kadınların postpartum depresyon okuryazarlığını belirleyebilecek geçerli bir ölçüm aracı mıdır?

- “The Postpartum Depression Literacy Scale: Development and Psychometric Properties” (Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği) isimli ölçek Türkiye’deki kadınların postpartum depresyon okuryazarlığını belirleyebilecek güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?
- Gebelerin ve lohusaların depresyon düzeyleri nedir?
- Gebelerin ve lohusaların sağlık okuryazarlık düzeyleri nedir?
- Gebelerin ve lohusaların depresyon okuryazarlık düzeyleri nedir?
- Gebelerin veya lohusaların depresyon okuryazarlık düzeyleri ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
- Gebelerin veya lohusaların depresyon okuryazarlık düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
- Gebelerin veya lohusaların depresyon okuryazarlık düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Postpartum Dönem

Doğum eylemi sona erdikten, bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra “Postpartum dönem” başlar. Postpartum dönem, bütün sistemlerin özellikle üreme organlarının gebelik öncesi durumlarına döndükleri bir zaman periyodudur. Bu periyod 6 haftalık bir süreyi kapsar. Bu periyodda annenin enerji düzeyi, rahatı, yenidoğanın sağlığı, aldığı sağlık bakımının kalitesi ve desteği gibi pek çok faktör annenin bu döneme fizyolojik ve psikolojik uyumunu etkiler. Çok hızlı olarak gerçekleşen fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya çalışan annede psikolojik ve davranış değişiklikleri de gözlenir (Kırlek ve Öztürk, 2016; Kızılkaya Beji, 2015; Taşkın, 2016).

2.2. Postpartum Dönemde Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar

Postpartum dönem ve duygu durum bozuklukları arasında ilişki olduğu Hipokrat döneminden bu yana bilinmektedir. Postpartum psikiyatrik bozuklukların ayrı bir hastalık mı yoksa bilinen psikiyatrik bozuklukların lohusalık dönemine rastlayan veya o dönemde tetiklenen bir atak mı olduğu uzunca bir süre tartışılmıştır (Hamilton, 1982). Brockington doğumu tüm psikiyatrik bozukluklar için tetikleyici olabilecek yaşam olaylarından genel bir stressör olarak görmüştür (Brockington, 2004). Bu görüş doğum sonrası ortaya çıkan tüm klinik bozukluklar için günümüzde kabul görmektedir.

Doğum sonrası duygudurum bozuklukları yoğunluklarına göre şu şekilde sınıflandırılır:

- Doğum sonrası ilk 2 haftada başlayan, annelerin %80 kadarını etkileyen, ve 1-2 hafta süren, hafif şiddette olan ve kadının doğumdan sonra yaşadığı endişe, korku, mutsuzluk veya yorgunluk hislerini tanımlamak için kullanılan bir terimdir olan doğum sonrası hüznün (annelik hüznü),

- Doğumdan sonraki 1 ila 12 ay arasında bir süreye yayılabilen doğum sonrası depresyon,
- Doğumdan sonraki ilk 3-4 hafta içinde akut başlangıç gösteren puerperal (lohusa) psikoz postpartum dönemde görülen ruhsal sorunlardır.
- Genellikle, duygu durum bozukluklarının semptomları çoğu kadın için geçicidir ancak kadınların %10-15'i kalıcı depresyon belirtileri ve %0.1-0.2'sinde ise psikozla ilişkili şiddetli doğum sonrası depresyon (psikoz) gelişebilir (Scaunasu ve ark., 2018).

2.2.1. Annelik Hüznü

Tüm annelerin %50 ila %80'i doğumdan birkaç gün sonra emzirmenin başlamasıyla bağlantılı olarak genellikle annelik hüznü olarak adlandırılan hafif bir duygu durum bozukluğu yaşar. Annelik hüznü sırasında anne duygu durum değişkenliği, ağlamaklı olma ve bazı hafif kaygı ve depresif belirtiler yaşayabilir. Annelik hüznü şiddeti ve kalıcılığı ile PPD'den ayırt edilebilir (Cameron ve ark., 2016; Moyo ve Djoda, 2020; Rezaie-Keikhaie ve ark., 2020; Yavuz ve Bilge, 2022).

Annelik hüznünün doğumdan sonra ani hormonal çekilmelere bağlı olabileceği ya da anne-bebek bağlanmasında etkili oksitosin kaynaklı biyolojik sistemin aktifleşmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Psikiyatrik bir durum olarak değerlendirilmeyen ve tedavi gerektirmeyen “annelik hüznü” sosyal destek ile 1-2 hafta gibi kısa bir sürede geçer. Ancak o sırada sosyal desteğin yetersiz olması ve stres düzeyinin yüksek olması anneyi doğum sonrası depresyona daha yatkın hale getirebilir (Kırlek ve Öztürk, 2016; Kızılkaya Beji, 2015; Öztürk ve Aydın, 2018).

2.2.2. Postpartum Psikoz

Psikotik bozukluk, gerçeği değerlendirmenin bozulduğu, yanlış inançlar (insanların kendisine kötülük yapacağı, hakkında konuşulduğu düşünceleri), algı

bozuklukları (görüntü görme, kulağına sesler gelmesi) ve garip davranışların eşlik edebildiği bir hastalıktır. Doğum sonrası dönemde bipolar bozukluk veya bir psikotik atakın başlaması ya da nüks etmesi açısından kadın artmış risk taşımaktadır. Doğum sonrası psikoz sıklıkla beklenmedik ve hızlı bir şekilde başlamaktadır. Belirtiler genellikle doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde görülmektedir (Cohen ve ark., 2010; Kirlek ve Öztürk, 2016). Psikotik atak bir gün gibi kısa bir süre de olabilir ya da bir haftaya kadar uzayabilir. Atak sonrasında kişi önceki işlevselliğine dönebilmektedir. Postpartum dönemde görülen psikotik belirtiler yaşamın diğer zamanlarında görülen psikotik belirtilerle aynıdır. Ancak bu dönemde bebekle ilgili olabilen bozuk düşünceler ve davranışlar bebek için risk oluşturmaktadır. Neonatisid/infantisid olarak tanımlanan bu durum annenin bu düşüncelerin etkisiyle bebeği öldürmesidir. Hızlı şekilde başlayan bu tabloda kadının genellikle hastalığın ciddiyeti ile ilgili farkındalığı yoktur. Bu yüzden hem anne ve bebeğin güvenliği hem de tedavinin hemen başlanması için annenin hastaneye yatırılması gerekmektedir. Perinatal dönemde psikotik atak psikiyatrik bir acil durum olarak değerlendirilmelidir (Kirlek ve Öztürk, 2016; Öztürk ve Aydın, 2018).

2.2.3. Postpartum Depresyon

Tarihsel bilinen adıyla melankoli yani depresyon, 1800'lü yıllarda bir akıl hastalığı olarak tanımlanmaktaydı. Majör depresif bozukluk 1952 yılların başlangıcında Mental ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)'na dahil edilmiştir. Postpartum depresyon içinse bir sınıflama yapılmamıştır. Postpartum depresyon ilk olarak DSM'4 te "postpartum başlangıçlı major depresif bozukluk" başlığı altında major depresif bozukluğun subtipi olarak tanımlanmıştır (DSM-4th, 1994). Günümüzde DSM-5'te gebelik sırasında semptom göstermeye başlayan her üç hastada bir görülen "peripartum başlangıçlı major depresif bozukluk" başlığı altında yer almaktadır (DSM-5th, 2013). Doğum sonrası depresyon ya da postpartum depresyon

şeklinde ayrı bir klinik tanı bulunmamaktadır (Wisner ve ark., 2013). Major depresyon tanısını koymak için; son 2 haftadır devam eden depresif duygu durum, ilgide azalma ya da aktivitelere olan isteksizlik, iştah problemleri, vücut ağırlığı değişimi (1 ayda %5'ten fazla değişim), uykusuzluk, psikomotor ajitasyon ve retardasyon, enerji kaybı, suçluluk ve değersizlik duyguları, dikkat bozukluğu ve tekrarlayan ölüm düşünceleri gibi semptomların 5 ya da daha fazlasının olması gerekmektedir. DSM 5'te belirtilen postpartum depresyon için karşılama kriteri bu semptomların gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki ilk ayda başlamasıdır (DSM-5th, 2013).

2.2.3.1. Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi

Doğum sonrası depresyon sıklığı son derece yüksektir. Postpartum Depresyonun prevalansının küresel olarak %10-20 olduğu ve düşük gelirli bölgelerde daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Pampaka ve ark., 2019). ABD'de doğum sonrası depresyon yaygınlığı %11.5 olarak bildirilmiştir (Hahn-Holbrook ve ark., 2018). ABD'de her yıl 750.000 anneyi etkilediği tahmin edilmektedir (O'hara ve McCabe, 2013). Liu ve ark. (2022), tarafından yapılan, 133.313 katılımcıyı ve 27 çalışmayı içeren bir sistematik derleme-meta analiz çalışmasında PPD prevalansının %14 olduğu, oranların ülkeye göre değiştiği ve gelişmekte olan ülkelerde, özellikle Çin'de PPD prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Orta Doğunun farklı ülkelerinde 2006 ve 2020 yılları arasında yürütülen bir sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında, dokuz kesitsel, altı kohort çalışması incelenmiş ve Orta Doğulu annelerde PPD prevalansının %27 olduğu bildirilmiştir (Alshikh ve ark., 2021). Türkiye'nin batısında Karaca Kurtulmuş ve ark., (2022). yaptığı çalışmada PPD prevelansı %15.7 olarak tespit edilmiştir.

2.2.3.2. Postpartum Depresyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Postpartum depresyonun etiyolojisi henüz net olarak bilinmemekle birlikte ortaya çıkışı multifaktöriyel (biyolojik faktörler, obstetrik ve pediatrik faktörler, psikososyal faktörler ile kültürel faktörler) bir süreçtir.

Sosyodemografik Faktörler

Sosyodemografik özelliklerin postpartum depresyon gelişimi üzerine etkisiyle ilgili çalışmalarda aşağıda belirtilen faktörler belirtilmiştir;

- Annenin düşük eğitim düzeyine sahip olması (Alshikh ve ark., 2021; Falah-Hassani ve ark., 2015)
- Anne için düşük evlilik yaşı ve düşük anne olma yaşı (Falah-Hassani ve ark., 2015; Karaca Kurtulmuş ve ark., 2022)
- Düşük gelir düzeyi (Alshikh ve ark., 2021; Fallah-Hassani ve ark., 2015)
- Annenin çalışmıyor olması (Alshikh ve ark., 2021)
- Eşin çalışmama durumu

Türkiye’de yapılan bir çalışmada postpartum depresyonu riskini arttıran en yaygın sosyodemografik göstergelerin eşin çalışmama durumu ve düşük ekonomik düzey olduğu tespit edilmiştir (Özcan ve ark., 2017) .

Barrera ve Nichols, yaptığı bir çalışmada göçmen olmanın postpartum depresyonun görülme riskini arttırdığını göstermiştir (Barrera ve Nichols, 2015).

Biyolojik Faktörler

Postpartum dönemde östrojen, progesteron, kortizol, prolaktin ve endorfin gibi çeşitli hormonların seviyelerinde önemli değişiklikler olmaktadır. Doğum sonrası dönemde, hormon düzeylerindeki değişikliklerin depresyon etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (Ceriani Cernadas, 2020; Chung ve ark.,2017; Learman, 2018).

Obstetrik ve İnfantil Faktörler

- Gebelikle ilişkili preeklampsi, hiperemesis, braxton hick kontraksiyonları ve doğumla ilişkili acil sezaryen, prematüre doğum, aşırı kanama gibi komplikasyonların postpartum depresyonun gelişiminde küçük ama anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur (Alshikh ve ark., 2021).
- İstenmeyen veya planlanmayan gebelik durumu
- Doğum sonrası emzirememek ve bebeği mama ile beslemek (Alshikh ve ark., 2021; Falah-Hassani ve ark., 2015)
- Bebekte sağlık sorunu varlığı (Karaca Kurtulmuş ve ark., 2022)
- Düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olmak (Falah-Hassani ve ark., 2015) .
- Doğumda epidural anestezi kullanılması PPD riskini artırır (Liu ve ark., 2022)
- Geçirilmiş abortus öyküsü,
- İlk doğum olması,
- Stresli geçirilmiş gebelik,
- Doğum şekli gibi faktörler postpartum depresif semptomların ortaya çıkması ile ilişkili bulunmuştur (Danacı ve ark., 200; Falah-Hassani ve ark., 2015)
- Gestasyonel diyabet varlığı PPD riskini artırdığı tespit edilmiştir (Liu ve ark., 2022).

Psikososyal faktörler

Doğum yapan tüm kadınlarda endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiyolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir (Brockinton, 2004; Chung ve ark., 2017; Goldbort, 2006).

Yapılan çalışma sonuçlarına göre postpartum depresyon riskini artıran psikososyal faktörler olarak şunlar tespit edilmiştir;

- Anne bebek arasında yaşanan bağlanma problemleri,
- Doğum sonu hüznün tanısı almış olma,

Annenin psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı, daha önce geçirilmiş postpartum depresyon, bipolar bozukluk öyküsü ve ya gebelikte depresyon öyküsü olmasıdır. Postpartum depresyonun görülme ve tekrarlanma riski duygu durum bozukluğu öyküsü olmayanlarda %50'ye, duygu durum bozukluğu ya da postpartum depresyon öyküsü olanlarda ise %100'e kadar ulaşmaktadır (Falah-Hassani ve ark., 2015; Liu ve ark., 2022; Rai ve ark., 2015).

- Ailede şiddet veya istismar öyküsü,
- Bebeğin cinsiyeti
- Beden imajı problemleri, düşük benlik saygısı ve beslenme bozukluklarının (anoreksiya nevroza vb.) varlığı (Danacı ve ark., 2000; Falah-Hassani ve ark., 2015).
- Babanın yokluğundan kaynaklanan stres, gebelik ve doğumdan sonra yalnız kalma (Ceriani Cernadas, 2020)
- Kötü aile ilişkileri ve sosyal destek yetersizliği varlığı (Alshikh ve ark., 2021; Falah-Hassani ve ark., 2015)
- Bekar bir anne olmak ve aile üyelerinin veya son bebeğin ölümü (Nishimura ve ark., 2015)

2.2.3.3. Postpartum Depresyonun Belirtileri

Doğum sonrası depresyonun belirtileri klasik depresyondan farklı değildir. Belirtiler normal sayılan bir hüznün halinden, psikotik depresyona kadar giden bir gelişim

gösterebilir ve doğumu takip eden bir yıl içinde, herhangi bir zaman diliminde ortaya çıkabilir (Beaudreau ve O'Hara, 2009; Kirlek ve Öztürk, 2016).

Doğum sonrası depresyonun belirtilerinde Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı DSM-IV te yer alan majör tanı kriterleri göz önüne alınmaktadır (DSM-4th, 1994). Majör depresyon ve postpartum depresyon bulguları birbirine benzediğinden; PPD riskinden bahsetmek için aşağıda yer alan belirtilerden en az beş tanesinin iki hafta süre ile görülüyor olması gerekmektedir (Erdem ve Bucaktepe, 2012; Yıldırım ve ark., 2011).

- Depresif, çökkün ruh hali
- Hayattan zevk almama
- İştahta azalma ya da artma ve buna bağlı kilo değişiklikleri,
- Uyku düzeninde değişiklikler
- Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
- Bitkinlik
- Suçluluk duygusu
- Kendini kötü hissetme, değersiz hissetme
- Konsantrasyon güçlüğü,
- Kararsızlık
- Tekrarlayıcı ölme ya da intihar etme düşüncesi (Çalik ve Aktaş, 2011; Yıldırım ve ark., 2011; DSM-5th, 2013; Erdem ve Bucaktepe, 2012; Stewart ve Vigot, 2019) .

Beaudreau ve O'Hara, 2009'da yaptığı çalışmada yukarıdakilerine ek olarak aşağıdaki belirtiler listelenmiş ve bu belirtilerin en az 4 hafta gözlenmesinin gerektiği bildirilmiştir (Beaudreau ve O'Hara, 2009);

- Umutsuzluk, değersizlik, karamsarlık hisleri,
- Sosyal izolasyon,

- Devamlı ağlama,
- Cinsel istekte azalma.

Bunların yanı sıra annenin hem kendisiyle hem de bebekle ilgilenemediğini düşünmesi nedeniyle yoğun bir suçluluk duygusu yaşanabilir. Bebeğe yabancılaşma söz konusu olabilir ve anne bebeğin kendisine ait olmadığı duygusunu hissedebilir. Anne, ailesine karşı sevgisizlik ve bebeğine karşı olumsuz duygular hissedebilir. Doğum sonrası depresyona eşlik eden temel duygu genelde annenin kendini yetersiz hissetmesidir. Bu durumda kadın sadece çocuğunu değil, bir birey olarak kendisini de ihmal etmeye başlar. Bebeğe veya kendine zarar vermeye yönelik düşüncelere de kapılabilir (Beaudreau ve O'Hara, 2009; Kirlek ve Öztürk, 2016).

Yapılan farklı çalışmalar sonucunda postpartum depresyonlu annelerde; duygu durum değişiklikleri, anksiyete ve panik ataklar, hareket ve konuşmada yavaşlama, hiperaktivite, düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma, düşmanlık, enerji ve motivasyon kaybı, yoğun umutsuzluk, yalnızlık, korku, kontrol kaybı ya da çıldırma korkusu, yaşamı anlamsız bulma, kendini çaresiz hissetme, bebeği için aşırı endişelenme görülen diğer belirtilerdendir (Aktaş ve ark., 2017; Gereklioğlu ve ark., 2007).

Postpartum depresyonu klinik anlamda diğer depresyon türlerinden ve doğum sonrası annelik hüznünden ayırt etmek güç olabilir. Diğerlerinden farklı olarak postpartum depresyonda aileye karşı ilgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular besleme ön plandadır (Kirlek, 2016; Nur ve ark., 2004).

2.2.3.3. Postpartum Depresyonun Ana Çocuk Sağlığına Etkisi

Doğum sonrası depresyon, doğumun en yaygın komplikasyonudur ve genellikle yetersiz teşhis edildiğinden tedavi edilemez. Tedavi edilmeyen postpartum depresyon aylar veya yıllar sürebilir: Postpartum depresyon tanısı alan kadınların %24'ü doğumdan 1 yıl sonra ve %13'ü 2 yıl sonra hala depresyonda olabilir. Doğum sonrası psikozlar ve

diğer depresyonlar gibi, yeni annenin kendisine veya çocuğa zarar verme riskini ve intihar düşüncelerini artırır (Bodnar-Deren ve ark., 2015; Howard ve ark., 2014; Pope ve Mazmanian, 2016; Stevart ve Vigot, 2019).

Bebek bakımı büyük ölçüde anneye atfedilmiş bir sorumluluktur. Postpartum depresyondan dolayı konsantrasyon kaybı, uyku sorunları, duygusal çökkünlük gibi depresyonun tipik belirtileri annenin annelik görevlerini yerine getirme kapasitesini olumsuz etkilemektedir (Parsons ve ark., 2012). İşlevsellik bozulduğu için anne bebek bakım sorumluluğunu yerine getiremeyeceğinden bebek bu durumdan en çok etkilenecek kişidir (Rahman ve ark., 2003). Bebeğin babası ve diğer aile üyeleri üzerinde de etkisi olabilir, ancak bu nadirdir (Ceriani Cernadas, 2020). Postpartum Depresyonun kliniği bir yıl kadar sürebilen bir süreç olabilmektedir. Doğumdan sonraki bu bir yıl ise bebeğin gelişimi için en önemli dönemdir (Kırlek ve Öztürk, 2016; Rahman ve ark., 2003). PPD annenin yaşamını etkiler, ancak özellikle annenin emzirmeyi reddetmesi ya da emzirmemesi yaşamın ilk günlerinden itibaren bebeğe çok az bakım vermesine neden olur (Ceriani Cernadas, 2020). Duygu durum bozukluğu, annenin sağlığını etkilemesinin yanı sıra bebeklerinde beslenme, büyüme ve gelişme bozukluklarına neden olup, bebeğiyle bağlantı kurma ve ona bakma yeteneğini etkileyebilir ve bu da bebekte uyku, yeme veya davranış sorunları gelişmesine neden olabilir (Rahman ve ark., 2003; Werner ve ark., 2015).

Annenin ruhsal problemlerinin olması, anne sütüne devam etme konusunda daha başarısız olmasına, anne sütü verme sürelerinin daha kısa olmasına neden olur. Aynı zamanda PPD'li annelerin bebeklerini emzirmeyi bırakma oranlarının daha yüksek olduğu, emzirme konusunda daha fazla kaygı duydukları, sütlerinin besleyiciliği ve yeterliliği konusunda olumsuz düşüncelere sahip oldukları ve bunun neticesinde emzirmeye daha az istekli oldukları söylenebilir (Dias ve Figueriredo, 2015; Figueriredo

ve ark., 2014; Zubaran ve Foresti, 2013). Bebeğin iyi beslenememesine bağılı olarak bebeğin fiziksel sağılığında bozulmalara yol açıp gelişimini olumsuz yönde etkiler (Grace ve ark., 2003; Rahman ve ark., 2002). Annelerde görülen depresyonun fiziksel ve mental olarak doğrudan bebek üzerine olumsuz etkileri olduğı görülmektedir (Gress-Smith ve ark., 2012; Özşahin ve ark., 2021; Rahman ve ark., 2004). Yenidoğan veya bebekte aşırı ağlama, kolik bebek, uyku problemleri ve huysuzluk gibi durumlara sebep olmaktadır (Dennis ve ark., 2007; Orhon ve ark., 2007). PPD anne-bebek iletişimi negatif yönde etkiler, anne çocuğunu ihmal edebilir, bebekle ilişki kurmak istemeyebilir, bakmak istemeyebilir ve bebeğe karşı düşmanca duygular besleyebilir (Field, 2010; Weissman ve ark., 2006).

Postpartum depresyon tanısı alan annelerin, bebeklerinin ilk üç yıllık dönemlerinde fiziksel, duygusal, mental ve motor gelişim açısından olumsuz olarak etkilendiğı ve bu bebekler için koruyucu sağılık hizmetlerine daha az oranda başvurulduğı belirtilmektedir (Minkovitz ve ark., 2005; Moshki ve ark., 2014).

Gress Smith ve ark. (2012), yaptığı bir çalışmaya göre depresif annelerin bebeklerini doktor kontrollerine götürme, bağışıklama, bebek için güvenli bir ev çevresi oluşturma, bebeğı uygun bir şekilde besleme ve bebeğin uyku düzenini sağılama gibi bebek sağılığı ile ilgili davranışlarda da daha yetersiz oldukları tespit edilmiştir.

PPD’li annelerin bebekleri için sağılık hizmeti veren kurumlara başvurma oranlarının, diğerr annelerin bebeklerine göre iki kat daha fazla olduğı saptanmıştır. Aynı zamanda yapılan başka bir çalışmada düşük gelirli depresif belirtiler gösteren annelerin çocuklarının hastaneye yatış riskinin, depresif belirtiler göstermeyenlere oranla daha fazla olduğı saptanmıştır (Chung ve ark., 2004). Böylece depresyondaki annelerin bebeklerinde daha fazla sağılık problemiyle karşılaşıldığı görülmektedir.

PPD’li annelerin, bebeklerine yaklaşılamamaları ve konuşamamaları da yaygındır (Ceriani Cernadas, 2020). Tedavi edilmemiş PPD’li kadınların çocuklarında dil gelişim bozukluğu ve duygusal ve sosyal davranış bozukluğu görülmüştür (Beck, 1995). Çocuklarda annenin depresyonu ile ilişkili davranışsal bozuklukların 4-8 yaşa kadar sürebildiği bildirilmiştir (Gjerdingen ve Yawn, 2007). Goodman ve Gotlib’in yaptığı bir çalışmanın sonucuna göre PPD yaşayan kadınların çocuklarının hayatı boyunca anksiyete bozuklukları, majör depresyon yaşama riski daha yüksektir (Goodman ve Gotlib, 1999).

PPD’li annelerin çocuk yetiştirme üzerine olan duygu durum bozuklukları, partnerleriyle olan ilişkilerinde de sorun yaratmakta ve evlilik tatmininde düşüşe neden olmaktadır (Levin ve Becker, 2010).

Postpartum depresyon annenin, bebeğin ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamalarına neden olan ve anneliği çalan bir hırsız olarak adlandırılmaktadır. Doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlarda bebek ile olan ilişki ve annelik rolünün kabulü olumsuz etkilenmektedir (Goecke ve ark., 2012).

Doğum sonrası depresyon yaşayan annelerde bebekleriyle ilgilenmek istememe, bebeğinin varlığından memnuniyet duymama, ağlayınca susturmaya çalışmak yerine bağırma, bebeklerini yalnız bırakma, bebeğe sözlü veya sözsüz olumsuz davranışlarda bulunma gibi durumlar görülebilmektedir (Battaloğlu ve ark., 2012; Üstgörül ve Yanıkkerem, 2014).

Depresyondaki annelerin bebeklerinin göstermiş oldukları pozitif ya da negatif uyaran veya etkilere karşı olumsuz ya da sınırlı oranda tepki gösterdikleri belirtilmektedir. Aynı zamanda depresif annelerin aşırı müdahaleci veya çekingen, bağ kuramayan ya da etkileşimsiz davranışlar gibi olumsuz etki oluşturacak dışavurumları daha fazla sergiledikleri belirtilmektedir (Gress-Smith ve ark., 2012).

Depresyondaki anneler, hayatlarının bir daha eskisi gibi normale dönemeyeceği korkusuna kapılmakta, çocuk bakmanın gerektirdiği sorumluluk hissinin getirmiş olduğu bunalımı yaşamakta, çocuklarına daha az şefkat göstermekte, kendilerini çocuklarından fiziksel ve psikolojik olarak tamamen ayırarak kopukluk yaşamakta ve hatta çocuklarına zarar vermeyi planlamaktadırlar. Bu nedenle, depresyonlu annelerin bebeklerinde düşük seviyede hareketlilik, daha az ses çıkarma ve etkileşim boyunca daha az olumlu yüz ifadelerini kullanma gibi durumların gözlemlendiği belirtilmektedir. Ayrıca bu annelerin çocuklarında sıklıkla davranış problemi görüldüğü ve bilişsel işlevlerinin daha düşük düzeyde olduğu bildirilmektedir (Çankaya ve ark., 2017).

2.2.3.4. Postpartum Depresyonun Tanı ve Tedavisi

Doğum sonrası depresyon tedavisi ile ilgili çok geniş bir literatür bulunmaktadır. Birçok tedavi major depresyon tedavisinden uyarlanmış olup doğum sonrası depresyon için özel olarak onay almış tedavi sayısı kısıtlıdır. Yenidoğanın farmakolojik müdahalelerden etkilenebilme ihtimali nedeniyle doğum sonrası depresyon hastalarında tedaviye karşı isteksizlik belirgindir ve sadece hastaların %18'i etkili bir tedavi almaktadır (Marcus, 2009). Depresyonun yeterince tanınması ve tedavi edilebilmesi için gebelik döneminde kadınların rutin bir şekilde depresyon açısından taranmaları tavsiye edilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011). Postpartum ruhsal sorunların erken tanısına yardımcı olmak üzere çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Postpartum ilk 2 haftadan daha uzun süren emosyonel yakınmalar hekimi depresif semptomları daha fazla sorgulaması açısından uyarıcı olmalıdır (Karamustafalıoğlu ve Tomruk, 2000). Postpartum depresyonun şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)'den yararlanılabilmektedir. Doğumla ilişkili duygudurum bozukluklarının tedavisinde, puerperal dönem dışındaki tedavi ilkeleri geçerli olmakla birlikte, postpartum psikiyatrik bozuklukların özgün bir psikososyal ve

gelişimsel içeriği olduğu da unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda, bireysel danışmanlık verilmesi ve psikoterapötik tedavilerin postpartum depresyon tedavisindeki etkisi kanıtlanmıştır (Dilbaz ve Enez, 2007). Postpartum depresyon tedavisinde, annenin kendine olan güvenini tekrar kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek, bireysel ve grup tedavilerinin temel parçalarını oluşturmaktadır. Postpartum depresyon yaşayan annenin istirahat etmesi, aile üyelerinin ona desteği ve tedavi süresince anne ve bebeğin birbirinden ayrılmaması da önemlidir. Postpartum depresyonda psikoterapötik yöntemleri kullanırken; hastanın kalıtsal, yapısal, gelişimsel özellikleri, geçmişte karşılaştığı toplumsal zorluklar, nesne yitimlerinin araştırılması ve bu olayların anne üzerindeki etkilerinin de iyi değerlendirilmesi gerekir. Değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesine, değiştiremeyeceklerine uyum sağlamasına destek olurken, kendisini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerinin de doğru olmadığı gösterilmeye çalışılmalıdır. Bu hastalara antidepresan tedavi başlanması da uygun bir yaklaşımdır. Selektif serotonin geri alım inhibitör grubu ilaçlar tedavide ilk seçenek olan ilaçlardır. Çünkü bu ilaçların toksik etkileri son derece düşüktür. Ayrıca hastanın daha fazla cevap vermiş olduğu herhangi bir antidepresan grubuna ait bir ilaç varsa tedavide göz önüne alınmalıdır. Uyku sorunu yaşayan annelerde trisiklik antidepresanlar da kullanılabilir. Doğum sonrası kadınlar ilaçların yan etkilerine duyarlı oldukları için önerilen ilaç dozunun yarısı ile başlanmalı, hasta remisyona girene kadar tolere edebildiği ölçüde yavaş yavaş artırılmalıdır (Marakoğlu ve ark., 2009). Postpartum depresyon tedavisinde emzirme konusu son derece önemlidir. Bebeğin beslenmesi için en ideal besinin süt olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk anne için ek stresör olacaktır. Ancak tüm antidepresanlar süte geçmektedir. EKT ise emziren annelerde başarı ile uygulanmakta olan ve bebeğe herhangi bir risk

oluşturmayan, tercih edilebilecek bir tedavi seçeneğidir (Erdoğan ve Hoccoğlu, 2020; Karamustafalıoğlu ve Tomruk, 2000).

2.2.3.5. Postpartum Depresyona Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı

Koruyucu sağlık hizmetlerinde görevli hemşireler lohusa izlemlerinde kilit rol oynayarak risk grubundaki anneleri ve aileleri değerlendirmelidir. Gebe ve lohusa izlemleri sırasında postpartum depresyon göz önüne alınması gereken önemli bir konudur. Bu nedenle gebe eğitim sınıfları, doğuma hazırlık sınıfları gibi gebe kadın veya aile üyelerine ulaşma fırsatı yaratan tüm eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinde, postpartum depresyon konusu dâhil edilmelidir (Seven ve Akyüz, 2013). Ayrıca postpartum depresyon riskinin yüksek olduğu bölgelerde sağlık personelinin hastalığın risk faktörleri ve belirtileri konusunda duyarlı olması sağlanmalıdır (Yıldırım ve ark., 2011). Annenin bilgi eksikleri saptanarak eğitim planı oluşturmak, eğitici rolünü kullanarak bilgi eksikliklerinin giderilmesini sağlamak, annenin ruhsal desteklenmesi amacıyla psikoterapi desteği sağlanmak lohusanın gebeliğe ve çocuk sahibi olmasına adapte olmasını kolaylaştırarak doğum sonu ruhsal sorunların oluşma riskini azaltmaya yardımcı olacaktır. Bunun yanında doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanmasına destek olunmalıdır (Figueiredo ve ark., 2014). Anneyi etkileyen fiziksel ve psikolojik faktörler iyi bilinmeli ve uygun bakım planlanmalıdır. Bakımın tüm yönleri ve sonuçları hakkında kadın bilgilendirilmeli, duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade etmeye cesaretlendirilmeli ve kendi bakımına dâhil edilmelidir. Postpartum depresyon gelişimini hem maternal hem paternal yönden önlemek için; doğum öncesi süreçten başlayarak sosyal desteğe olan ihtiyaçlar belirlenmeli ve karşılanmalıdır (Ngai ve Ngu, 2015). Doğum sonu kliniklerde çalışan hemşireler özellikle ilk kez anne olmuş kadınlara bebek bakımını öğreterek annenin çocuk bakımı ile ilgili endişeleri azaltmaya yardımcı olabilirler. Ayrıca annelere postpartum depresyonun, bu dönemde hissedilen olumsuz

duyguların sık karşılaşılan bir durum olduğunun anlatılması da önemlidir (Tezel, 2006). Hemşireler tarafından telefonla gerçekleştirilen kişiler arası psikoterapi uygulamasının doğum sonrası anksiyete ve depresyonu olan anneler için olumlu etkili bir tedavi yöntemi olduğunu belirtilmiştir (Dennis ve ark., 2020). Ruh sağlığı hemşirelerinin doğum sonrası depresyonu olan kadınlara ev ziyaretleri ile birlikte yaptıkları eğitim sonucunda, depresif belirtilerde önemli ölçüde azalma, anne-bebek etkileşiminde artma ve annelerin yaşam kalitesinde artma gözlemlenmiştir (Beeber ve ark., 2010; Tamaki, 2008).

Bir annenin kendine özgü kaygılarını ve bu kaygıları gidermek için mevcut kaynakları belirlemek oldukça önemlidir. Bununla birlikte annelik kimliğini kazanmaya çalıştığı dönemde annenin yetkinlik duygusunu güçlendirmek için bakım becerilerini güçlendirmek gerekmektedir. Bu geçiş sırasında hemşireler, anneleri uzun vadeli olarak olumlu yönde ve başarılı bir şekilde etkileyebilecek eşsiz bir konuma sahiptirler (Mercer, 2006). Postpartum depresyonun kadın ve yakın çevresini olumsuz bir şekilde etkilemesini önlemek için erken dönemde tanı konulması ve bu duruma müdahale edilmesi gerekmektedir. Hemşireler, annede var olan postpartum depresyon risklerini belirlemek, postpartum ruhsal durumunu değerlendirmek, uygun müdahaleyi yapmak ve gerekli olduğu durumlarda sevk edilmesini sağlamakla sorumludurlar (Efe ve ark., 2009; Kennedy ve ark., 2002).

Annagür ve Annagür tarafından 2012’de yapılan bir çalışma sonucuna göre yenidoğan kliniğindeki anneler izlendiğinde emzirme düzeyi düşük olan annelerde depresyon belirtileri olduğu tespit edilmiştir (Annagür ve Annagür, 2012). Emzirmemenin doğum sonrası depresyon riskini artırdığı, sadece anne sütü ile besleyenlerin biberonla besleyen annelere göre daha az depresif belirti gösterdiği, biberonla besleyen annelerin, bebeğin beslenmesi sonrasında olumsuz duygularında artış olduğu saptanmıştır. Hemşireler anne sütü almayan bebeklerin annelerini de, postpartum

depresyon yönünden değerlendirilmeli, uygun takip ve izlemini yapmalıdırlar. Besin ögesi yetersizliği, sinir hücrelerindeki iletişimi olumsuz etkileyerek beyindeki duygu ve ruh durumu regülasyonunu olumsuz yönde etkileyebilir. Bu sebeple riskli gruptaki annenin beslenmesi de çok önemlidir, bu konuda kadına ve ailesine uygun beslenme eğitimi verilmelidir (Durmazoğlu ve ark., 2016; Kaner ve Samur, 2012; Kirpınar ve ark., 2010).

Kadınların damgalanacakları, ebeveynlik haklarını kaybedecekleri ya da yetersiz olarak değerlendirilecekleri düşüncesiyle ruhsal problemlerini söylemekten kaçındıkları göz önünde bulundurularak bu kişilere oldukça nazik ve destekleyici yaklaşılmalıdır. Bir bireyde yaşamının ilerleyen döneminde görülebilecek hastalıkların kodlanmasının ve stresin olumsuz etkilerinin henüz anne karnındayken başlaması, anne ruh sağlığının bireyin ve toplumun sağlığını etkilediği gerçeğini daha iyi anlamamızı sağlar. Bununla birlikte çeşitli kampanyalar düzenlenerek anne ruh sağlığının öneminin toplum ve sağlık çalışanları tarafından kavranması için çaba sarf edilmelidir (Öztürk ve Aydın, 2018).

Bazı annelerde depresyon yoktur, ancak doğumdan sonraki ilk üç ila beş gün içinde bir üzüntü veya melankoli hissi tarif eder. Bu meydana geldiğinde, hemşireler, doğum uzmanları ve neonatologlar bu annelere çok fazla endişelenmemeleri gerektiğini çünkü bu tür duyguların genellikle önümüzdeki iki hafta içinde geçeceğini söyleyebilirler. Yine de taburcu olduktan sonra ve mümkünse ilk aya kadar her hafta mutlaka kendilerinden randevu alınması gerekir. Bu nedenle doğum sonrası depresyon belirtilerini tanımayı her anneye öğretmek ve doğum öncesi ve sonrası depresyonun neden olabileceği belirtilerin varlığını sorgulamak yeterli olacaktır. Bu eylemlerle, mümkün olan en iyi sonuçlar, büyük olasılıkla, ilk haftalarda doğum sonrası depresyonun erken teşhisi ve yönetimi yoluyla elde edilecektir (Ceriani Cernadas, 2020).

Geçmişte kişide ya da ailede psikiyatrik bir rahatsızlığın olup olmadığı, fiziksel, cinsel ya da duygusal kötüye kullanım öyküsü, partner şiddeti ve olumsuz yaşam olaylarının varlığına özellikle dikkat edilmelidir. Yenidoğan ve bebek servislerinde görevli sağlık profesyonelleri psikolojik iyilik halini değerlendirecek ve kapsamlı bir psikolojik destek verecek bilgi birikime sahip olmalıdır (Chandra ve ark., 2009).

Perinatal dönemde depresif bozuklukların ve sonuçlarının önlenmesi çabasında yukarıda belirtilen faktörlerin erken fark edilmesinde sağlık profesyonelinin rolü önemlidir. Ancak zaman yetersizliği, gebelikte ve doğum sonrası dönemde ruhsal hastalıklarla ilgili damgalanma, düşük eğitim düzeyi gibi faktörler erken tanı almayı engellemektedir (Oliveira ve ark., 2022).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı

Günümüz sağlık sisteminde bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarını benimsemeleri, verilen sağlık hizmetleri hakkında bilgilenmeleri, kendi sağlıkları ile ilgili kararlar verebilmelerinde etkin olmaları, sorumluluk ve haklarını bilmeleri beklenmektedir. Ne var ki tanı sürecinin karmaşık olması, sürekli gelişen ve değişen teknoloji, kültürel farklılıklar, sınırlı okuryazarlık düzeyi, yaşa bağlı fiziksel ve bilişsel değişiklikler gibi etkenler bireylerin öz bakımlarını, öz-etkiliklerini, sunulan hizmetlerin kullanımını, sağlık ekibi ile iletişimi etkileyebilmektedir. Tüm bu süreçlerde sağlık bilgilerini arama ve anlama, sağlık bilgisi ve hizmetini sunanlar ile iletişim kurmada bireylerin sağlık okuryazarlığı önemli bir diğer etken olarak ortaya çıkmaktadır (Linan ve ark., 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığını (SOY); “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” olarak tanımlamıştır (WHO, 1998). Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association/AMA), ise sağlık okuryazarlığını “bireylerin sağlıkla ilgili mesajları

okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi” şeklinde tanımlamıştır (American Medical Association, 1999). Daha geniş bir tanım ile “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlık durumlarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini arttırmak/sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak ifade edilmiştir (Sørensen ve ark., 2012). Sağlık okuryazarlığı okuma-yazma becerilerinin ötesinde sağlıklı davranışlar, ilaçların doğru kullanımı, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilmek, aydınlatılmış onam formlarını anlamak ve imzalamak, özbakım ve hastalık yönetimi hakkında kararlar verebilmek, evdeki tıbbi cihazları doğru kullanabilmek, bakım veren rolünü üstelenebilmek gibi sağlık bilgilerini kavrama ve değerlendirme yetisini kapsamaktadır (Barrett ve Puryear, 2006).

SOY düzeyi: bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Institute Of Medicine Board On Neuroscience Behavioral Health Committee On Health Literacy, 2004). Göçmenlerin, eğitim seviyesi düşük bireylerin, azınlıkların, düşük gelirli, genel sağlık düzeyi düşük olanlarda, uzun süreli sağlık sorunu olanlarda ve yaşlıların SOY düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (The European Health Consortium, 2011; Von Wagner ve ark., 2007).

Türkiye’de 2010’da yapılan bir çalışmaya göre benzer biçimde düşük eğitim düzeyi ve düşük gelirin düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmaya göre kadınlar düşük sağlık okuryazarlığı açısından risk grubu olarak değerlendirilmiştir (Özdemir ve ark., 2010).

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık Okuryazarlığı sağlık bilgilerini kavrama ve değerlendirme yetisini kapsamaktadır (Barrett ve Puryear, 2006). Burdan yola çıkarak bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararları doğru alabilmesi için sağlık mesajlarını doğru anlaması önemlidir. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre düşük/ sınırlı ya da yetersiz SOY düzeyleri olan bireylerin:

Düşük sağlık okuryazarlığının bireyin kendini doğru ifade edememesi, sağlık bilgisini doğru algılayamaması sağlığın korunması ya da tedavisi üzerinde potansiyel bir risk olabileceği ve hem hayati hem de sağlık harcamaları üzerindeki sınırlı kaynakların israfına yol açtığını vurgulamaktadırlar (Yılmaz ve Tiraki, 2016).

Sağlık okuryazarlığı eksik olduğunda bireyler kendi hastalıkları ve tedavileri konusunda daha az bilgi sahibi olup, öz-yönetim becerileri ve uyumları daha eksik olup daha fazla tıbbi hatalara maruz kalmakta, aynı zamanda gerekli beceri eksikliği nedeni ile sağlık hizmetlerine ulaşmaları da daha az olabilmektedir (American Medical Association, 1999).

Kronik hastalıklarla SOY ilişkisi irdelendiğinde, böbrek hastalıkları, astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Tip 2 Diyabet, romatoid artrit ve depresyon nedeniyle izlenen bireylerde, tedavide hastaların SOY düzeylerinin düşük olması nedeniyle bariyerlerin oluştuğu ve bunların aşılmasının gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (Al Sayah ve ark., 2015; Dageforde ve Cavanaugh, 2013).

Yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi olan bireylerin, yeterli SOY düzeyine sahip bireylere göre değerlendirildiğinde, gereksiz hastane masraflarının arttığı, hastane yatış sürelerinin uzadığı, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Ayrıca, bu bireylerin gereksiz acil servis kullanımlarının da arttığı görülmektedir. Tüm bu nedenler, gereksiz işgücü kayıplarına ve bununla birlikte artmış sağlık harcamalarına neden olmaktadır (Baker ve ark., 1998; Berkman ve ark., 2011).

Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin “sağlıklarının daha iyi olduğunu ifade ettiklerini, sağlık bakım maliyetinin daha az olduğunu, kişilerin sağlık bilgisinin arttığını, hastanede yatış süresinin ve sağlık hizmetinden yararlanma sıklığının azaldığını, tutumların olumlu yönde geliştiğini, öz etkililiklerinin, motivasyonlarının ve sorun çözme becerilerinin artması sonucu daha yüksek oranda sağlıklı yaşam biçimi geliştirdiklerini bildirmektedir (Wolf ve ark., 2007).

Yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi ilaç uygulamalarında, hastaneye yatış hızında, hastane sağlık giderlerinde ve kişinin kendi sağlık giderlerine de %3-5 ek bir artışa neden olduğu belirlenmiştir (American Medical Association, 1999; Wolf ve ark., 2007; Eichler ve ark., 2009; Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

Düşük SOY düzeyi, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları ve kronik hastalık yönetimlerinin kötü, mortalite ve morbidite oranlarının da daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Berkman ve ark., 2011; Sadeghi ve ark., 2013).

Düşük SOY düzeyinin, koruyucu sağlık hizmetlerinden olan tarama programlarına başvurma oranlarının düşmesine neden olduğu bulunmuştur (Kobayashi ve ark., 2014). Düşük SOY düzeyi, bireylerin yazılı materyali okuyup, anlayıp, buna uygun davranış oluşturmalarını engellemektedir. Bu noktada hazırlanan yazılı materyallerin, bireylerin SOY düzeyine göre düzenlenmesi veya toplumun SOY düzeyini yükseltecek girişimlerin yapılması gündeme gelmiştir (Institute Of Medicine Board On Neuroscience Behavioral Health Committee On Health Literacy, 2004).

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Bilincini Geliştirmeye Yönelik Yaklaşımlar

DSÖ tarafından, toplumlarda sağlık okuryazarlığı bilincinin geliştirilmesine yönelik şu yaklaşımlar önerilmektedir:

- Sağlık okuryazarlığı eğitimi erken çocukluk döneminden itibaren yapılmalıdır:
Sağlıkla ilgili temel kavramlar erken çocukluk döneminden başlayarak

verilmelidir. Çocuk bakımı, çocuk oyunları sırasında veya çocukla konuşmalar içinde çocuğa sağlıkla ilgili temel kavramlar da aktarılmalıdır.

- Sağlığın geliştirilmesi kavramı okul eğitimi sırasında geliştirilmelidir: Okul eğitim programı içinde sağlık üzerinde belirleyici olan bireysel ve çevresel faktörlerin üzerinde durulmalı, ders ve ders dışı etkinlikler içinde bu konulara da yer verilmelidir.
- Yetişkin dönemindeki eğitimde olası engellerle baş etme yolları geliştirilmelidir: Yetişkinlere eğitim vermenin çeşitli güçlükleri vardır. Öncelikle eğitim için talep yaratmak ve uygun ortam sağlamak gerekir. Ayrıca yetişkinlerin eğitime zaman ayırması da kolay değildir. Bütün bu güçlükleri doğru olarak tespit edip bunların çözümü için uygun yaklaşımlar geliştirilmelidir. Eğitim için uygun bir iletişim yöntemi ve anlaşılır bir dil kullanmak gereklidir. Bununla birlikte yetişkin eğitimi yapmanın önemli olumlu yanı da vardır; bir yetişkinin eğitilmesi, ailenin diğer bireylerinin, özellikle çocukların eğitimi bakımından olumlu etki yapar.
- Bireylerin özelliklerine ve kapasitelerine uygun çok yönlü programlar yapılmalıdır: Eğitime katılacak grupların benzer ilgileri olan, benzer eğitim düzeyinde olan ve anlama kapasiteleri de birbirine yakın olan kişilerden oluşması önemlidir. İlgi ve kapasiteleri farklı olan kişilerden oluşan gruplarda eğitim verimsiz olur, başarısı düşük olur. Eğitim yöntemi olarak görsel ve işitsel araçlar kullanılmalı, kolay anlaşılır yazılı materyal sağlanmalıdır.
- Katılımcı eğitim yöntemleri kullanılmalıdır: Eğitimler “anlatım ve dinleme” şeklinde olmamalı, katılımcılar da eğitim süreci içinde aktif olarak yer almalı, rol üstlenmelidir.

- Sağlıklı olmak ve iyilik hali için yeni yöntemler geliştirilmelidir: Hem sağlık ve iyilik anlayışı bakımından hem de eğitim yöntemleri bakımından gelişmeler izlenmeli ve yeni kavramlar ve yeni yöntemler uygulanmalıdır (WHO, 2015).

2.3.3. Ruh Sağlığı ve Okuryazarlığı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. DSÖ'ne göre ruh sağlığı ise, "bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, verimli çalışabildiği ve kendisine ya da topluma katkıda bulunabildiği bir refah durumu" olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak ruh sağlığı bozuklukları anormal düşünceler, algılar, duygular, davranışların ve ilişkilerin farklı kombinasyonlarıyla karakterizedir (WHO, 2012). Jorm'a göre Ruh Sağlığı ve Okuryazarlığı (RSOY) altı komponentten oluşmaktadır. Bunlar:

- Ruh sağlığı bozukluklarını tanıma becerisi,
- Ruh sağlığı bozukluklarının risk faktörleri ve nedenleri hakkında bilgi ve inançlar,
- Kendi kendine yardım müdahaleleri hakkında bilgi,
- Profesyonel yardım ile ilgili bilgi ve inançlar,
- Ruh sağlığı bozukluklarını doğru tanıma ve uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar,
- Ruh sağlığı ile ilgili doğru bilginin nasıl elde edileceği hakkında bilgidir (Jorm, 2000).

2.3.4 Sağlık Okuryazarlığı ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki

DSÖ, sağlık okuryazarlığının, sağlıkla ilgili sosyal belirleyiciler içerisinde belki de en önemli bileşen olduğunu belirterek, sağlık okuryazarlığının gelir, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve etnik gruba göre daha güçlü bir sağlık belirleyicisi olduğunu

bildirmektedir (WHO, 2015). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı alanından doğan ve sağlık okuryazarlığının halen gelişmekte olan bir komponentidir (Bjørnsen ve ark., 2017; Kutcher ve ark., 2016). RSOY, sağlık okuryazarlığı ile uyumlu bir yapı sergilemektedir (Kutcher ve ark., 2016). RSOY düzeyi, bireylerin ve toplumun ruh sağlığı üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (Bjørnsen ve ark., 2017).

2.3.5. Ruhsağlığı Okuryazarlığının Önemi

Ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye yönelik faaliyetler, ruh sağlığının geliştirilmesinde önemli bir bileşeni oluşturmaktadır. Bireylerin ruh sağlığı bozukluklarını tanıması ve kendi ruh sağlıklarını daha etkin bir şekilde yönetmeleri için toplumda ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi önemlidir (Francis ve ark., 2002). Bireylere kendisi veya başkalarının ruh sağlığı bozukluğu riskini nasıl değiştirebileceği ve ruh sağlığı bozukluğu ile ilgili acil bir durumla karşılaştığında uygulayacağı ilk yardım stratejileri hakkında eğitimler vermek mümkündür (Jorm ve ark., 2006). Ruh sağlığı okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programlarının, sosyal ve sağlık ile ilgili çıktıları iyi yönde değiştireceği, bu şekilde de hastalık yükünü azaltacağı bildirilmektedir (Goldney ve ark., 2005).

2.3.6. Depresyon Okuryazarlığı

Depresyon okuryazarlığı, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı'nın özel bir alt türüdür. Depresyon okuryazarlığı, depresyonu tanıyabilme ve tedavi hakkında bilinçli karar verme becerisi olarak tanımlanır (Deen ve Bridges, 2011; Wang ve ark., 2007). Depresyon okuryazarlığının, depresyonla alakalı bilgiler içermesinin yanında birçok bileşeni vardır. Bu bileşenlerden bazıları:

- Depresyonu tanıyabilme,
- Depresyonun nedenleri ve tedavisi hakkında görüşler ve inançlar,
- Kendi kendine yardımla ilgili bilgiler ve inançlar,

- Profesyonel yardım girişimleri ve tedavi işbirliğine karşı tutumlardır (Gabriel ve Violato, 2010).

Yapılan çeşitli araştırmalarda ruhsal bozukluklar ve tedavileri hakkında yeterli bilgi sahibi olamamak tedavide direnç anlamında büyük bir bariyerdir (Gulliver ve ark., 2012; Thompson ve ark., 2004). Depresyon okuryazarlığı kişilerin yardım arama davranışlarını; hastalığı tanımlama, hastalığına uygun medikal yardımı arama ve kendilerine uygun tedavi yöntemini seçebilme becerilerini artırır (Tomczyk ve ark., 2018). Depresyon okuryazarlığına yönelik olarak yapılan toplum tabanlı çalışmalarda;

- Erkeklerde,
- Yaşlılarda,
- Kırsal kesimde yaşayanlarda,
- Eğitim düzeyi lise düzeyinden düşük olanlarda depresyon okuryazarlığı daha düşük saptanmış,
- Kadınlarda da eğitim düzeyi liseden yüksek olanlarda, kendisinde ya da ailesinde depresif bozukluk tanısı olanlarda ise depresyon okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Denn ve Bridges, 2011; Tomczyk ve ark., 2018).

2.4. Ölçek Uyarlama Çalışmaları

Herhangi bir dil ve kültürde hazırlanan ölçeklerin farklı bir dil ve kültüre göre hazırlanması çalışmalarına ölçek uyarlaması denir (Esin, 2014). Ölçek uyarlama çalışmaları birçok adımdan oluşur. Bu aşamalar ölçeğin farklı bir dil uyarlaması ve dil geçerliliğini incelediğimiz psikolinguistik aşaması, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik niteliklerini incelediğimiz psikometrik aşama ve ölçekteki maddelerin uyarlandığı kültürdeki geçerlik ve güvenilirliğinin sorgulandığı kültürlerarası özelliklerin

karşılaştırılmasının yapıldığı kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması aşaması olarak 3 adımda gerçekleştirilir (Coster ve Mancini, 2015).

2.4.1. Ölçeklerin Türkçeye Uyarlanmasında Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi (Dil Uyarlaması / Dil Geçerliği)

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve psikolinguistik (dilsel) farklılıklardan ileri gelir. Bir ölçek uyarlamada farkları en aza indirebilmek için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi uyarlama işleminin temelini oluşturur (Öner, 2009).

Yani bir ölçeğin farklı bir dil ve kültüre uyarlanması ve dil geçerliliğinin sağlanmasında belirli bir standart yaklaşım izlenmesi gerekmektedir. Bunun için uluslararası güncel literatürde sıklıkla aşağıda belirtilen dört aşamanın sırası ile gerçekleştirilmesi önerilmektedir (International Test Commission, 2018; WHO, 2018). Bunlar;

- Grup çevirisi (en az iki kişi),
- Geri çeviri (en az iki kişi),
- Uzman grup incelemesi / uzman görüşü alınması
- Pilot çalışmadır (uygulama öncesi testin küçük gruba uygulanması).

Grup Çevirisi: Bu yönteminde, orijinal dildeki ölçek, her iki dili iyi bilen, yerel kültürü tanıyan, araştırma metodolojisini ve çeviri sürecine hakim iki veya daha fazla kişi tarafından hedef dile çevrilir. Bu yöntemde grup üyelerinin birbirinden etkilenmesini önlemek için grup üyelerinin çevirilerini bağımsız olarak yapmaları uygun görülür. Çevirmenlerin seçiminde, ilgili alana özgü jargon kullanımından kaçınmak amacıyla farklı alanlarda eğitimi olan kişilere yer verilmesi önerilmektedir. Ayrıca araştırmacıların

çevirmen olarak görev yapmamaları, onların daha sonraki görüşmeleri yürütmeleri ve nihai metnin oluşturulmasında görev almaları bakımından gereklidir. Ardından ortak metin, çeviri grup üyeleri ve araştırmacıların da içinde yer aldığı ortak uzlaşma ile oluşturulur (Esin, 2014; International Test Commission, 2018; WHO, 2018).

Uluslararası güncel literatür grup çevirisini önermektedir ancak çeviri yöntemlerinden tek taraflı çeviri yöntemi de kullanılmaktadır.

Tek taraflı çeviri: ölçek çevirilerinde en sık kullanılan yöntemdir. Yalnız tek taraflı çeviride başarı tamamen çeviren kişinin bilgi ve becerisine bağlıdır. Yapılan araştırmalar, tek taraflı çeviri yapılarak kullanılan ölçeklerin, geçerlilik ve güvenilirliğinin düşük olduğunu tespit etmiştir (Ercan ve Kan, 2004).

Geri Çevirisi: Dil geçerliği sürecindeki ikinci büyük adımdır ve etkili bir orijinal-hedef dil çevirisini onaylamak için önerilen bir yöntemdir. Bu aşama, kalite kontrol görevi görür; tutarsızlık ve kavramsal hataların anlaşılmasını sağlar. Bu çeviri metni ve orijinali metin arasındaki anlamsal eşitliğin anlaşılmasına yardımcı olur. Geriye dönük çeviri işlemi, tercihen araştırma grubunda yer almayan ve araştırmanın içeriğini bilmeyen çevirmenler tarafından yapılmalıdır

Uzman Grup İncelemesi/Uzman Görüşü Alınması: Çevirileri karşılaştırmak, çevirinin doğru olup olmadığını ve öğelerin orijinal amacına uygun kullanıp kullanılmadığını incelemek amacı ile bir uzman grubu oluşturulur. Bu grupta daha önceki çalışmalara katılan konu alanında uzman kişiler, çevirmenler ve araştırmacılar yer alırlar. Ölçek sahibi yazar, hedef dilde yetkinse, uzman paneline katılmaya davet edilebilir ya da en azından orijinal ve hedef sürüm arasında gözlenen farkları (varsa) açıklığa kavuşturmada yardım etmesi istenebilir (International Test Commission, 2018; WHO, 2018). Ölçek uyarlamada kavramda ve dilde eş değerlik yaklaşımlarından söz edilmektedir. Orijinal ölçekteki bazı ifade ve kavramların, hedef dilin anlatım ve kültürel

özelliklerine uygun aktarımında problem oluşabileceğinden, ölçeğin Türkçeye uyarlanmasında, kavramda eşdeğerlik yaklaşımının tercih edilmesi ve bu amaçla uzman görüşü alınması önerilir. Kavramda eşdeğerlikte, aynı anlamın kültüre özgü farklı sözcük ve cümlelerle anlatılması söz konusudur. Gerekli görüldüğünde orijinal bazı ölçeğin maddeleri birden fazla madde ile hedef dile aktarılabilir. Bu durumda ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik değerlendirmesinin madde secimi aşamasında en uygun olan madde seçilebilir (Esin, 2014; WHO, 2018).

Pilot çalışması: Türkçeye çevirisi hazırlanan ölçeğin psikometrik (güvenirlik ve geçerlik) özelliklerini incelemeye geçmeden önce, yapılması önerilen son aşamadır ve aynı zamanda bilişsel görüşme/bilgi alma olarak da adlandırılır. Bu aşamada, genellikle hedef kitleden seçilen bir örnekleme ölçek uygulanır ve ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği ve kabul edilebilirliği ilgili katılımcıların görüş ve geri bildirimleri alınır. Bu işlem, araştırmacıların ölçeğin basit, açık, anlaşılabilir ve bağlamsal olarak uygun olup olmadığını anlamasını sağlar. Ayrıca, bu aşama, araştırmacıların çeviride yetkin bir dil ve kültürel açıdan zararsız ifadeler kullanıldığından emin olmalarına yardımcı olur (International Test Commission, 2018; WHO, 2018).

2.4.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Ölçme, belirli bir hedef doğrultusunda yapılmaktadır. Hedef, ölçümün konusu olan nitelik bakımından nesneler, olaylar ya da bireylerle alakalı değerlendirmede bulunmak ve bu değerlendirme neticelerine bakarak karar vermektir. Verilen kararların uygunluğu ve doğruluğu; değerlendirme neticelerine, ölçüm aracının uygun olmasına ve değerlendirmede kullanılacak olan ölçüm sonuçlarına bağlıdır (Ercan ve Kan, 2004).

İyi bir ölçme aracı vazgeçilmez iki temel özellik vardır (Karasar, 2007). İlki bir ölçme yönteminin elde ettiği verilerden varılan sonucun gerçek dünyaya ne kadar uygun olduğunun derecesini gösteren “geçerlilik”, ikinci ise aynı şartlarda yapılan

gözlemlerden elde edilen sonuçların kendi aralarındaki tutarlılığının veya hatalardan ne kadar arındırıldığına derecesi olan “güvenirlilik” tir (Hayran, 2020; Karakoç ve Dönmez, 2014).

Araştırmalarda elde edilen bilgi ile uygulamada klinikte veya hasta bakımında bir değişime gidilecekse bu çalışmada kullanılan araçların geçerli ve güvenilir olması daha fazla önem kazanmaktadır (Noble ve ark., 2015).

2.4.2.1. Geçerlilik

Bir ölçüm aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği tam ve doğru olarak, başka bir özellikte karıştırmadan ölçebilme yeteneğidir (Aktürk ve Acemoğlu, 2012; Robertson, 2017). Geçerlilik bir ölçeğin işe yararlık kanıtıdır. Bir ölçek güvenilir olabilir ancak geçerli olmayabilir. Ölçek geliştirici kendi çalışmalarının ötesinde ölçekle yapılacak tüm çalışmaları izlemelidir. Çünkü bu çalışmaların hepsi ölçeğin geçerliliğine kanıt oluşturacaktır (Erkuş, 2007; Tutar ve Erdem, 2020). Yaygın olarak geçerlilik aşamaları genelde dört başlık altında incelenir (Yasir, 2016).

- Yüz/Görünüm Geçerliliği
- Kapsam Geçerliliği
- Ölçüt Geçerliliği
- Yapı Geçerliliği

Yüz/Görünüm Geçerliliği: Araştırmacının kendisi ve uzman birinin görüşüyle geliştirilecek ölçeğin neyi ölçtüğüne değil neyi ölçmeye çalıştığını incelemesidir. İstatistiksel herhangi bir hesapla yapılmaz, sübjektif bir değerlendirme yapılır. Anketin görünüş, okunabilirlik, üslup ve kullanılan dilin netliği açısından değerlendirilmesidir (Taherdoost, 2016). Kısaca ölçek maddelerinin hedef kitlenin anlayabildiği dilde ve konuyla alakalı olup olmadığının incelenmesidir (Anthoine ve ark., 2014).

Kapsam Geçerliliği: Ölçeğin ölçülmek istenen özelliğini temsil edebilmesidir (Özdamar, 2017; Seçer, 2015). Kapsam geçerliliği ölçeğin, bütünü ve alt boyutlarının ölçülmek istenen özelliğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramların barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılır. Kapsam geçerliliği daha çok madde üretme sürecini kapsar. Literatürü gözden geçiren dilleri, kültürleri, ölçeğin içeriğini ve ölçek uyarlama yöntemlerini bilen uzmanlar tarafından değerlendirilir (Anthoine ve ark., 2014; Borsa ve ark., 2012; Yasir ve ark., 2016). Bu aşamada en sık kullanılan yöntem Davis tekniğidir. Bu teknikte, ölçeğin orijinali ve Türkçe çevirisi bir önsöz ile uzmanlarca değerlendirilmesi için gönderilir. En az 3 en fazla 20 uzmandan gelen görüşler arasındaki uyum yüzdesi ile Kapsam geçerliliği indeksi hesaplanır (Çapık ve ark., 2018; Souza ve ark., 2017).

Ölçüt Geçerliliği: Geliştirilen ölçeğin başka bir ölçekle elde edilen sonuçlara benzer sonuçlar verme yeteneğidir (Drost, 2011). Eğer benzer sonuçlar verebiliyorsa ölçüt geçerliliği olduğu kanısına varılır. İki çeşit ölçüt geçerliliği vardır:

- **Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliliği:** Ölçme aracı ve ölçüt aynı anda kullanıldığında elde edilir. Geliştirilen ölçek ve ölçüt uyumunun düzeyine bakılır. Bunun için Pearson ve Spearman kolerasyon kat sayısına bakılır (Tutar ve Erdem, 2020; Yasir, 2016). Eş zamanlı ölçüt geçerliliğinde iki ölçüm arasında en az 0.70 düzeyinde bir kolerasyon kat sayısı beklenir (Souza ve ark., 2017).
- **Ön Kestirim Geçerliliği:** Bu yöntemde önce ölçme yapılır ve ileride ortaya çıkacak bir davranışla ilgisi aranır. Bu bir anlamda, yapılan ölçme ile gerçek hayattaki yansımanın karşılaştırılmasındaki uyumu gösterir. Bu kapsamda ölçeğin ifade ettiği şeyin sadece gelecekte gözlenebilir olmasının şart olmadığını, konu ile alakalı olarak ölçekle belirlenen unsurun geçmişte, şuan ya da gelecekte gözlenebilmesi gerekir (Thardoost, 2016).

Yapı Geçerliliği: Bazı ölçeklerin ölçmek istediği özellik karmaşık bir yapıda olur ve tek bir alt boyut olarak incelenemez. Bu durumda ölçek maddelerinin alt boyutlar halinde gruplandırılarak incelenmesi gerekir. Bir ölçek geliştirilirken ilk adım, ölçülmek istenen özelliğin teorik olarak izah edilmesi gerekir (Anthoine ve ark., 2014; Robertson, 2017). Yapı geçerliliği de daha en baştan tasarlanan model ile veri topladıktan sonra elde edilen sonuçlar arasındaki uyumun değerlendirilmesini içerir. Yani ölçeğin teorik yapısının gerçek verilerle sınanmasıdır (Özdamar,2017; Robertson, 2017).

Yapı geçerliliğinde faktör analizi, hipotez testi sınaması, madde toplam korelasyonu, bilinen başka bir ölçekle puanların karşılaştırılması gibi farklı metotlarda kullanılabilir. En çok kullanılan yöntem faktör analizidir.

Faktör analizi: Bir ölçme çalışmasında ölçme aracının faktör yapısını ortaya koymak ya da önceden belirlenen bir yapının doğrulanması amacıyla yapılır (Öner, 2009; Seçer, 2015). Ölçekte gözlemlenemeyen yapılar olarak adlandırabileceğimiz alt boyutlar ve bu alt boyutları oluşturan maddeler bulunmaktadır (Borsa ve ark., 2012). Faktör analizini maddeleri gösterdikleri benzerliklerine göre alt gruplar altında toplayan bir teknik olarak tanımlayabiliriz (Seçer, 2015). İşlem sonunda da teorik yapıya uymayan maddeler atılır veya tekrardan gözden geçirilerek işlem tekrar edilir (Erkuş, 2007). Faktör analizi teknik olarak ikiye ayrılır:

- Açıklayıcı Faktör Analizi: Bir ölçme aracında yer alan maddelerin kaç başlık altında toplanabileceğini ve aralarında ne tür bir ilişki olduğunu belirtme tekniğidir. Açıklayıcı faktör analizi ile ölçme aracında yer alan maddelerin belli bir alt faktörler veya alt boyutlar altında toplanması beklenir. Böylece ölçekteki madde sayısı incelenip, teorik yapı ile elde edilen yapının karşılaştırılmasına olanak sağlanır (Hair ve ark., 2006; Seçer, 2015).

- Doğrulamalı Faktör Analizi: Araştırmacının hipotezini kurduğu teorik yapıyı veri tabanı kullanarak oluşturması ve çeşitli uyum indeksleri yardımıyla doğrulamasıdır. Doğrulamalı faktör analizi ile ölçekte yer alan maddelerin birbirleriyle olan ilişkisi, maddelerin hata payları bu maddelerin araştırılan özelliğın ne kadarını açıkladığını ve maddelerin faktör yükleri belirlenir. Doğrulamalı faktör analizi çeşitli öneri ile ölçekte iyileşme katkı sağlayabilir. Doğrulamalı faktör analizi sınamadan sonrası uyum indeksleri iyi değilse ölçümler teorik yapıyı desteklemediğini sonucunu çıkarabiliriz. Ve bu durumda açıklayıcı faktör analizi yapılarak nasıl bir alt kümelene olduğı incelenmelidir. Sonrasında açıklayıcı faktör analizi doğrulamalı faktör analiziyle tekrardan sınanmalıdır (Çapık, 2014).

2.4.2.2. Güvenirlilik

Bir ölçeğin farklı zamanlarda, aynı kişilerde uygulandığı zaman aynı sonuçları vermesidir (Buelow ve ark., 2016; Mohajan, 2017). Bir ölçeğin güvenirliliğini belirlemede çeşitli katsayılardan yararlanır. Bunlardan hangisinin en doğru olduğı içinde olduğı koşula, paralel form varlığı ve tekrardan gözlenip gözlenememe durumuna göre değişir (Güven, 2017; Öner, 2009).

Güvenirlilik ile ölçeğin hata oranları en aza indirilir. Güvenirlilik 0'dan 1'e kadar değişen korelasyon (r) kat sayısı ile ifade edilir. 0 tesadüfi ilişkiyi gösterirken 1 rakamı tam uyumu gösterir ve 0.7 den küçük r değerine sahip ölçeklerin kullanılması önerilmez (Özdamar,2017).

Güvenirlilik çoğunlukla bağımsız değerlendiriciler arasındaki güvenirlilik, test tekrar test güvenirliliğı, eşdeğer güvenirliliğı ve iç güvenirliliğı yöntemleri kullanılarak belirlenir.

Bağımsız Değerlendiriciler Arasındaki Güvenirlilik: Bu yöntem iki farklı anketör tarafından uygulanıp cevapların karşılaştırılması ile değerlendirilir. Birden fazla ölçümcü arasında %70 ve daha yüksek tutarlılık, güvenilirlik sınaması için uygundur. Mevcut durum ve araştırma kriterlerine dayalı olarak, Kappa istatistikleri, t testi istatistiksel analizi ve önlemler ile yapılabilir (Yasir, 2016).

Test Tekrar Test Güvenirliliği: Bir test ya da ölçeğin tutarlılığı farklı zamanlarda yapılan ölçüm sonuçlarının benzerliği ile belli olur. Bu durum test tekrar test yöntemi ile belirlenir (Bajpai, 2014; Mohajan, 2017; Robertson, 2017). Daha çok standardizasyonu yapılmak istenen ölçeklerde kullanılır yani her ölçekte kullanılması zordur. Tekrar test işleminde zaman aralığının kısa oluşu ezbere neden olması, zamanın uzun oluşu gelişime neden olacağı için dezavantaj olarak görülür (Drost, 2011). Test tekrar test güvenirliliği Wilcoxon, sınıf içi korelasyon kat sayısı, Pearson korelasyon katsayısı, Spearman korelasyon katsayısı, Kappa katsayıları, eşleştirilmiş t testi gibi farklı istatistiksel yöntemler ile değerlendirilebilir (Drost, 2011; Yasir, 2016). Tekrar test aşamasında önceki katılımcıların 50 kadarının alınarak karşılaştırılması ve ölçüm arasında 0.70 düzeyinde bir ilişki yeterlidir (Souza ve ark., 2017).

Eş Değer Ölçek Güvenirliliği: Bu yöntemde deneklere farklı ama eşdeğer iki ölçek uygulanır (Robertson, 2017). Aynı özellikleri ölçtüğü bilinen ve daha önce geçerlilik-güvenirliliği sağlamış ölçüm aracının araştırma grubu üzerinde uygulanması ve elde edilen değerlerin, geliştirilen ölçüm aracı ile karşılaştırılması şeklinde uygulanır (Drost, 2011). Testlerden alınan sonuçların ortalama ve standart sapmaları olabildiğince benzer olmalıdır. Ayrıca gruptan elde edilen üçüncü bir değişkenin değerleriyle olabildiğince ilişkili ve korelasyon kat sayısı yüksek olmalıdır (Chae ve Park, 2018).

İç Güvenirlilik (Tutarlılık): Ölçek maddelerinin birlikte değişme derecesinin bir ölçüsüdür. Bir ölçeğin maddelerinden elde edilen puanların birbirleriyle pozitif bir bağıntı

göstermesidir (Tutar ve Erdem, 2020). İç tutarlılık analiziyle tek bir ölçüm kullanılarak ve tek bir seansta ölçüm yapılarak maddelerin belirli bir kavramsal yapıyı tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediği araştırılır. Güvenilir test ve ölçekler iç tutarlılığı yüksek olan araçlardır (Çakmur, 2012).

Bu yöntemde en çok Kuder Riachardson 20 ve Cronbach's alfa teknikleri kullanılır. Hangisinin kullanılacağına karar vermek için madde puanlarının ölçeklenme biçimine bakılır (Akgül, 2003; Öner, 2009). Madde puanları süreksiz ise Kuder Riachardson 20 tekniği, sürekli ise (Likert tipi için) Cronbach's alfa katsayısı olarak geçen güvenirlik ölçütü kullanılması gerekir (Bajpai, 2014). Kuder Riachardson 20 tekniği kullanılıyorsa 10-15 madde gibi kısa ölçeklerde 0.50 gibi bir değer güvenilir kabul edilebilir. Fakat daha uzun maddeler içeriyorsa değerin daha yüksek olması istenir (Şencan, 2005). Cronbach's alfa katsayısı kullanılıyorsa 0.70 ve üzerinde olması güvenilir kabul görmektedir (Bajpai, 2014; Seçer, 2015; Souza ve ark., 2017).

2.4.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması

Ölçek uyarlamanın bu aşamasında uyarlanmış ölçeğin kültüre bağlı nitelikleri incelenir. Gruplar arası farkların temelinde yatan en önemli neden kültüredir ve kültürel farkların ölçek performanslarına yansımaları beklenir (Öner, 2009). Ölçek uyarlama çalışmalarında, uyarlanan ölçeğin kültürel normları saptanır ve diğer dildeki kültürel normlar ile karşılaştırılır (Aksayan, 2003).

Ölçeğin geliştirildiği ülke ile hedef ülke arasındaki dil ve kültür farklılıkları ne kadar büyükse bu değerlendirme o kadar önem kazanmaktadır. Bununla birlikte, gelişmişlik düzeyi, sosyal yaşam ya da değerler açısından çok benzer kültürlerde bile ölçeğin geçerlik ve güvenirliğini etkileyebilecek farklılıklar olabilir. Kültürlerarası çalışmalar, yalnızca bireyler ve kültürlerarasındaki farklılıkları ortaya çıkarmakla kalmaz, aynı zamanda ortak özelliklerini anlamamıza da yardımcı olur. Bu nedenle, doğru şekilde

uyarlanmış ve kullanılan ölçüm araçları özellikle küreselleşen dünyada sağlık çalışanları için önemli bir yere sahiptir (apık ve ark., 2018).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, metodolojik türde bir araştırmadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanmasında Uluslararası Test Komisyonu (International Test Commission= ITC)'nin “Ölçeklerin Tercüme Edilmesi ve Uyarlanması Hakkındaki Rehber Kontrol Listesi” esas alınmıştır (Gregoire, 2018; International Test Commission, 2018).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma Haziran 2022 -Eylül 2023 tarihleri arasında Erzurum Şehir Hastanesi'nde (Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde) yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Erzurum Şehir Hastanesinin doğum, kadın sağlığı ve hastalıkları poliklinikleri ve çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvuran gebeler ve son 12 ay içerisinde doğum yapmış kadınlar oluşturmuştur. Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında, ölçek madde sayısının en az 5-10 katı büyüklüğünde bir gruba ulaşılması gerekmektedir (Çapık ve ark., 2018). Bu araştırmada, ölçek madde sayısı 31'dir. Araştırmanın örnekleme, aile bütünlüğü bozulmamış, en az ilkokul mezunu, riskli gebeliği/ anomali bebeği olmayan, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, en az 18 yaşında araştırmaya katılmayı kabul eden 400 kadın (203 gebe 197 doğum yapmış kadın) oluşturmuştur. Gebe gurubunda trimesterlere göre, doğum yapmış kadınlarda ise lohusalık süresine göre amaçlı örnekleme yöntemi uygulanmıştır.

3.4 Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında; Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Doğum sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formu kullanılmıştır. Sağlık Okuryazarlığı ölçeği uyarlanan ölçeğin paralel form güvenirliğini (eş değer ölçek güvenirliği)

belirlemek amacıyla, Beck Depresyon Envanteri örnekleme alınan gebelerin depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği örnekleme alınan doğum yapmış kadınların (lohusaların) depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Veriler ilgili kurumdaki polikliniklere başvuran kadınlar ile yüzyüze toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-4, Ek-5)

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bu form gebelerin ve lohusaların tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesine yönelik iki ayrı form şeklinde hazırlanmıştır. Formların her biri toplam 23 sorudan oluşmaktadır (Manurung ve Setyovati, 2021; Mirsalimi ve ark., 2020; Pop ve ark., 2011; Tosto ve ark., 2023). (Ek-4 ve Ek-5)

3.5.2. Beck Depresyon Envanteri (Ek-6)

Beck ve ark., (1961), tarafından erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetinin değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Hisli tarafından yapılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği 21 maddeden oluşmakta ve her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır, alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresif belirtilerin düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Depresyon puanına göre derecelendirme yapılırken: 0-9 arası minimal depresyon, 10-16 arası hafif depresyon, 17-29 orta depresyon ve 30-63 şiddetli depresyon olarak hesaplanır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı Hisli tarafından 0.80 olarak bulunmuştur (Hisli, 1989). Bu çalışmada da cronbach's alfa katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur. (Ek-6)

3.5.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Ek-7)

Cox ve Holden tarafından 1987’de geliştirilen ölçek doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır (Cox ve Holden, 1987). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Engindeniz ve ark. tarafından 1996’de yapılmıştır. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) 10 maddeden oluşan, dörtlü likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1. 2. ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. EDDÖ’nün kesme noktası 12/13 olarak hesaplanmış olup, toplam ölçek puanı kesme noktasından fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmektedir. Engindeniz’in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin cronbach’s alfa katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur (Engindeniz ve ark., 1996). Bu çalışmada da cronbach’s alfa katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur. (Ek-7)

3.5.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Ek-8)

Sorensen ve ark., (2013), tarafından geliştirilen ölçek 47 maddeden oluşmaktadır Toçi ve ark., (2013), tarafından tekrar düzenlenmiş ve 25 maddeden oluşan “Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği” geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aras ve Bayık Temel tarafından yapılmıştır. Ölçeğin maddeleri katılımcılar tarafından “5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4:Az zorluk çekiyorum, 3:Biraz zorluk çekiyorum, 2:Çok zorluk çekiyorum, 1:Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/olanaksız” şeklinde 5’li Likert yapıda yanıtlanır. Ölçekten alınacak puan 25 ile 125 arasında değişebilmektedir. Değerlendirmede ise, ölçekten alınan puanın artması sağlık okuryazarlık düzeyinin de artması anlamına gelmektedir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

için belirlenen cronbach's alfa değeri 0.90'dır (Aras ve Bayık Temel, 2017). Bu çalışmada cronbach's alfa katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur. (Ek-8)

3.5.5. Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği (Ek-10)

Mirsalimi ve ark., (2020), tarafından, hali hazırda gebe olan veya son 12 ay içerisinde doğum yapan kadınların postpartum depresyon okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla 2020 yılında geliştirilen ölçek 31 madde ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin alt boyutları;

1. Doğum sonrası depresyonu tanıma yeteneği: 1.- 6. maddelerden oluşmaktadır.
2. Risk faktörleri ve nedenlerine ilişkin bilgi: 7.-11. maddelerden oluşmaktadır.
3. Öz bakım faaliyetlerine ilişkin bilgi ve inanç: 12.-16. maddelerden oluşmaktadır.
4. Mevcut profesyonel yardım hakkında bilgi: 17. ve 18. maddelerden oluşmaktadır.
5. Mevcut profesyonel yardıma ilişkin inançlar: 19. ve 20. maddelerden oluşmaktadır.
6. Doğum sonrası depresyonun tanınmasını kolaylaştıran tutumlar ve uygun yardım arama: 21.-26. maddelerden oluşmaktadır.
7. Doğum sonrası depresyonla ilgili bilgilerin nasıl aranacağı bilgisi: 27.-31. maddelerden oluşmaktadır.

Ölçek 5'li likert tipindedir (1=kesinlikle katılmıyorum/hiç mümkün değil, 5=kesinlikle katılıyorum/çok mümkün). Olumsuz maddeler ters kodlanmaktadır (19.-26. maddeler). Her bir alt boyut ve toplam ölçek puanı için her bir maddeye verilen yanıtlar toplanıp madde sayısına bölünerek 1-5 arasında puan elde edilir. Puanların yüksek olması okuryazarlık düzeylerinin fazla olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.78'dir (Mirsalimi ve ark., 2020). (Ek-10)

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 ve AMOS 21 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Güvenirlilik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2005). Yapılan testlerin ve sonuçların güvenilir olabilmesi için ölçümlerin güvenilir olmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda ölçeğe ilişkin güvenirlikler Cronbach's alfa, yarıya bölme ile incelenmiştir. Ayrıca ölçeğe ilişkin yapı geçerliliği için Doğrulayıcı Analizi yapılmıştır. Madde ayırt ediciliği için %27 alt üst madde analizi yapılmıştır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı ölçeği ile arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanmasında yapılan analizler Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Geçerlik ve güvenirlik için yapılan analizler

Geçerlik çalışması için yapılan analizler	
Kapsam Geçerliği	
Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi	Kapsam geçerlik indeksi (content validity index-CVI)
Yapı Geçerliği	
Doğrulayıcı Faktör analizi	Doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis-CFA)
	Yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean square error of approximatın-RMSEA)
	Standardize ortalama hataların karekökü (standardized root meansquare residual-SRMR)
	Karşılaştırmalı uyum iyiliği (comperative fit index-CFI)
	Uyum iyiliği indeksi (goodnessof fit index-GFI)
	Ayarlanmış uyum iyiliği indeksi (adjusted googness of fit index-AGFI)
	Normlandırılmamış uyum indeksi (non-normed fit index-NNFI ya da TLI)
Ölçek Tepki Yanlılığı	
Tepki yanlılığı	Hotelling T ² testi (Hotelling's T-squared test)
Güvenirlik çalışması için yapılan analizler	
İç Tutarlılık	
Yarıya bölme yöntemi	Korelasyon katsayısı
Cronbach's alfa katsayısı	Cronbach's alfa katsayısı (Cronbach's alpha coefficient)
Madde-toplam puan ölçek güvenirliği	Korelasyon katsayısı
Paralel formlar	Korelasyon katsayısı
Diğer Çalışmalar	
Madde ayırıcılık gücü indeksi	Madde ayırıcılık gücü indeksi
Alt boyutlar arasındaki ilişki	Korelasyon katsayısı
Madde tanımlayıcı istatistikleri	Aritmetik ortalama
	Standart sapma (standard deviation)

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Doğum sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması için ölçeği geliştiren yazarlardan A. Montazeri'den e-posta yoluyla yazılı izin alınmıştır (EK-11). Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (tarih:31/03/2022 sayı/karar no:9/3) onay alınmıştır (EK-2). Araştırmanın Erzurum Şehir Hastanesi'nde (Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi) yapılabilmesi için Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (EK-3). Araştırma verilerinin toplanması esnasında kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan bireylere bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilerek kadınlardan sözlü onam alınmıştır. Çalışmanın tüm basamaklarında İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde Postpartum Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik bulgularına yer verilmiştir.

4.1 Dil Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Postpartum Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği'nin dil geçerliliğini test etmek için ölçek ilk olarak araştırma grubunda yer almayan ve araştırmanın içeriğini bilmeyen üç farklı akademik çeviri hizmetinden yararlanılarak İngilizce 'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından incelenerek ortak tek bir Türkçe form elde edilmiştir. Elde edilen bu form her iki dili (Türkçe-İngilizce) iyi bilen ve alanda uzman olan on bir kişinin görüşüne sunulmuş ve uzmanlar tarafından ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği açısından incelenmesi sağlanmıştır. On bir uzman tarafından yapılan geri dönüşler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak, geri çevrilen formun maddeleri ile ölçeğin orijinali karşılaştırılmış ve tüm maddelerin anlamsal olarak orijinaline uygunluğu kontrol edilmiştir. Ölçeğin son hali ile örneklem kriterlerine uyan 30 kadınla pilot uygulama yapılmıştır. Ölçek sorularını yüz yüze dolduran kadınlar tarafından ölçek maddelerinin anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol edilmiş ve tüm maddelerin anlaşılır olduğu tespit edilmiştir. Pilot uygulamaya alınan kadınların verileri çalışmaya dâhil edilmemiştir.

4.2. Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Ölçeğin kapsam geçerliliğini sağlamak için dil geçerliği için alanda uzman 11 kişiden alınan uzman görüşleri değerlendirilmiş ve uzman görüşlerinin alınmasında Davis Yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemle göre ölçekte yer alan her bir madde uzmanlar tarafından “1 puan: Uygun değil, önerinizi yazınız, 2 puan: Biraz uygun (maddelerin / ifadelerin uygun şekilde getirilmesi gerekir), önerinizi yazınız, 3 puan: Oldukça uygun (uygun, ancak ufak değişiklik gerekli), önerinizi yazınız, 4 puan: Çok uygun (değişikliğe gerek yok, aynen kalabilir)” şeklinde puanlandırılmıştır. Elde edilen puanlar sonucunda

ölçeğin her bir maddesine yönelik kapsam geçerlilik indeksi hesaplanmıştır. Literatürde kapsam geçerlilik İndeksi için kriter değeri 0.80 olarak kabul edilmektedir, her madde için minimum geçerlilik oranının 0.80 olması gerekmektedir (Çapık ve ark., 2018). Sonuçlara göre tüm maddelerin kapsam geçerlilik indeksi 0.80 ve üzerindedir. Ayrıca toplam Kapsam geçerlilik indekslerinin ortalaması 1.00 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.1. Ölçek maddelerine yönelik uzman görüşleri

Ölçek maddeleri	UZMAN GÖRÜŞÜ	
	3+4	KGI
S1	11	1.0
S2	11	1.0
S3	11	1.0
S4	11	1.0
S5	11	1.0
S6	11	1.0
S7	11	1.0
S8	11	1.0
S9	11	1.0
S10	11	1.0
S11	11	1.0
S12	11	1.0
S13	11	1.0
S14	11	1.0
S15	11	1.0
S16	11	1.0
S17	11	1.0
S18	11	1.0
S19	11	1.0
S20	11	1.0
S21	11	1.0
S22	11	1.0
S23	11	1.0
S24	11	1.0
S25	11	1.0
S26	11	1.0
S27	11	1.0
S28	11	1.0
S29	11	1.0
S30	11	1.0
S31	11	1.0

3+4= “Oldukça uygun” ve “Çok uygun” olarak görüş bildiren uzmanların toplam sayısı

4.3. Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulgular

4.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapısı uyarlama yapılan ölçekler için belirlidir.

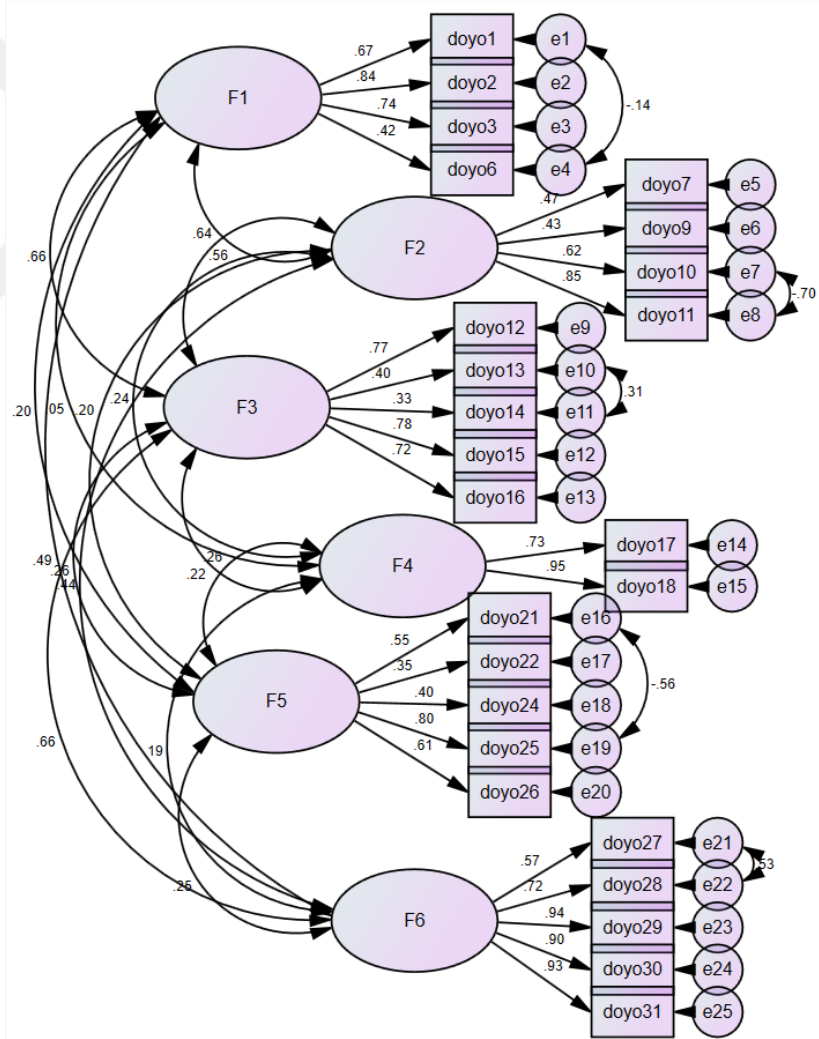
Bu nedenle tekrar AFA yapılmadan yapının doğrulanması yapılabilir.

4.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

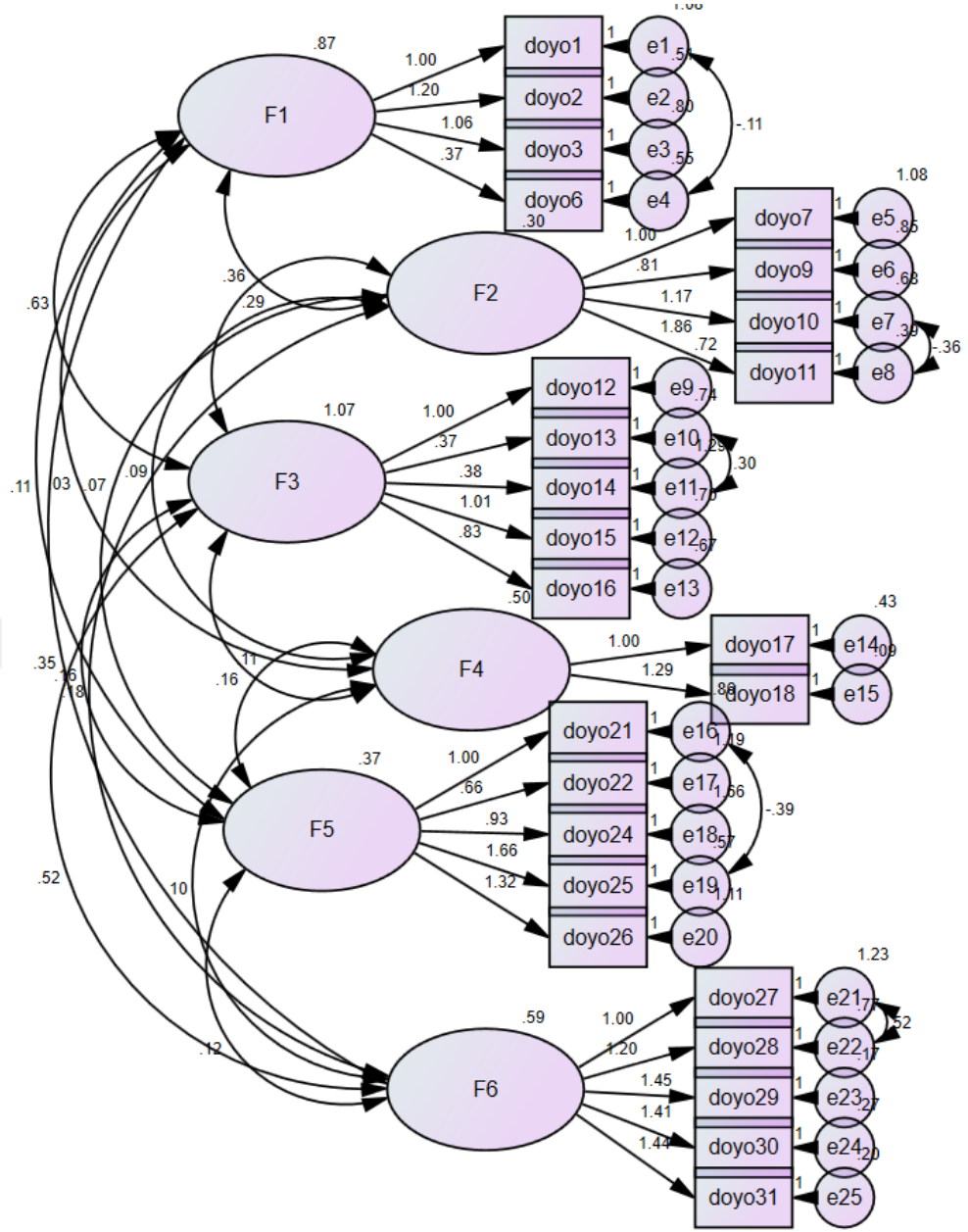
Orijinal ölçekte ortaya çıkan boyutların yapısını doğrulamak için modele ilişkin doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ilgili modelin teorik yapısının açıklanmakta yeterli olup olmadığı test edilir (Özdamar, 2017). Doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p=0.000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 25 madde ve 6 faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Modelde aynı faktörün hataları arasında kovaryans oluşturulmuştur. Ölçek yapısının doğrulanması sırasında faktör 5'in faktör yükü 1'in üzerinde olduğundan dolayı modelden çıkarılması gerektiğine karar verilmiştir. Ayrıca model yapısını bozan maddelerin de analiz dışı bırakılmasına karar verilmiştir. Bu bağlamda 19., 20., 4., 5., 8. ve 23. maddelerin modelden çıkarılması ile modelin yapı geçerliğin sağlandığı görülmüştür. Birinci düzey faktör analizi sonuçlarına göre ilgili ölçeğin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0.061 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği; χ^2 (Cmin/df) 2.500 ile mükemmel uyum gösterdiği tespit edilmiştir (Simon ve ark., 2010; Wong ve ark., 2018). Sonuç olarak ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum indeksleri

İndeks	Mükemmel Uyum Ölçütü	Kabul edilebilir uyum Ölçütü	Modifikasyon Sonrası
χ^2/SD	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	2.500
RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0.061
SRMR	$0.00 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.08$	0.061
CFI	$0.95 \leq CFI$	$0.85 \leq CFI$	0.909
GFI	$0.90 \leq GFI$	$0.85 \leq GFI$	0.885
AGFI	$0.90 \leq AGFI$	$0.85 \leq AGFI$	0.854
IFI	$0.90 \leq IFI \leq 1.00$	$0.80 \leq IFI$	0.910
TLI	$0.90 \leq TLI$	$0.80 \leq TLI$	0.894
NFI	$0.90 \leq NFI$	$0.80 \leq NFI$	0.859



Şekil 4.1. Doğum sonrası depresyon okuryazarlığı ölçeğine ilişkin birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (standardize edilmiş)



Şekil 4.2. Doğum sonrası depresyon okuryazarlığı ölçeği birinci düzey çok faktörlü model doğrulayıcı faktör analizi (standardize edilmemiş)

Tablo 4.3. Doğrulayıcı faktör analizi faktör yükleri (birinci düzey)

Maddeler	Standardize edilmiş faktör yükü	Standardize edilmemiş faktör yükü	S.E.	C.R.	p
madde1	0.669	1.000			<0.001
madde2	0.842	1.198	0.092	13.058	<0.001
madde3	0.740	1.058	0.087	12.226	<0.001
madde6	0.418	0.368	0.052	7.019	<0.001
madde7	0.467	1.000			<0.001
madde9	0.433	0.810	0.119	6.791	<0.001
madde10	0.615	1.172	0.178	6.594	<0.001
madde11	0.852	1.859	0.244	7.625	<0.001
madde12	0.773	1.000			<0.001
madde13	0.404	0.367	0.048	7.586	<0.001
madde14	0.327	0.381	0.062	6.102	<0.001
madde15	0.780	1.005	0.067	15.023	<0.001
madde16	0.722	0.825	0.059	13.916	<0.001
madde17	0.731	1.000			<0.001
madde18	0.949	1.286	0.188	6.852	<0.001
madde21	0.548	1.000			<0.001
madde22	0.345	0.660	0.132	5.002	<0.001
madde24	0.401	0.927	0.170	5.448	<0.001
madde25	0.800	1.655	0.237	6.974	<0.001
madde26	0.607	1.321	0.207	6.394	<0.001
madde27	0.570	1.000			<0.001
madde28	0.723	1.195	0.076	15.753	<0.001
madde29	0.937	1.449	0.111	13.006	<0.001
madde30	0.901	1.407	0.110	12.760	<0.001
madde31	0.927	1.437	0.111	12.946	<0.001

CR: maddelerin anlamlılıklarını sınavan test değeri: SE ise standart error yanı standart hatadır

CR istatistikleri maddelerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını göstermektedir (Seçer, 2015). Buna göre öncelikle CR değerinin tamamının anlamlı olduğu ve tüm maddelerin faktör yük değerinin 0.30 üzerinde olduğu görülmektedir.

Faktör yük değerleri 0.30 üzerinde ise maddelerin yapı için uygun olduğu ve yapının doğrulandığı sonucuna ulaşılabılır. Buna göre tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.327-0.937 arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.3.)

4.4. Tepki Yanlılığına İlişkin Bulgular

Ölçeğin tepki yanlılığı Hotelling T^2 analiz yöntemiyle analiz edilmiştir. Ölçeğin tepki yanlılığında, her bir madde için verilen yanıtların homojen olması değerlendirilmiştir. Diğer bir ifade ile soru ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığını tespit eder. Hotelling's T- testi ile ölçekte yer alan soruların katılımcılar tarafından aynı yaklaşımla algılanıp algılanmadığı ve her bir sorunun zorluk düzeyi de ölçülmüş olur. Çalışmada test sonucunda, ölçeğin maddeleri cevaplandırılırken bireylerin kendi görüşlerine göre maddeleri cevapladıkları, ölçeklerde tepki yanlılığı olmadığı belirlenmiştir (Hotelling $T^2 = 1216.419$; $p = .000$) (Özdamar, 2017).

Tablo 4.4. Tepki yanlılığı

Hotelling's T-Squared Test				
Hotelling's T-Squared	F	Sd 1	Sd 2	p değeri
1216.419	47.762	24	376	0.000

sd: serbestlik derecesi, Hotelling's T-Squared: Hotelling's T test sonucu, F: F test sonucu

4.5. Güvenirliliğe İlişkin Bulgular

Faktör analizleri sonrasında ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesinde Cronbach's alfa kat sayısı, eş değer ölçek (paralel form) ve yarıya bölme teknikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.5. Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği güvenirlik analizi

Maddeler	Madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's Alfa
1. Alışılmadık şekilde üzgün ve ağlamaklı hissetmek doğum sonrası depresyonun bir belirtisi olabilir.	0. 500	0. 849
2. Çok fazla veya çok az uyumak doğum sonrası depresyonun bir belirtisi olabilir.	0. 533	0. 848
3. Çok fazla yemek yemek veya yeme isteğini kaybetmek doğum sonrası depresyonun bir belirtisi olabilir.	0. 457	0. 850
4. Daha önce yapılan aktiviteleri yapmamak veya bunlardan keyif alamamak doğum sonrası depresyonun bir belirtisi olabilir.	0. 308	0. 854
5. Doğum sonrası depresyon kişinin hafızasını ve konsantrasyonunu (odaklanmasını) etkiler.	0. 307	0. 854
6. Doğum sonrası depresyonun belirti ve bulguları en az iki hafta sürer.	0. 299	0. 854
7. Doğum sonrası depresyonun genetik veya kalıtsal bir sorundan kaynaklanması ne kadar mümkündür?	0. 272	0. 855
8. Doğum sonrası depresyonun yaşamdaki stresli durumlardan (sevilen birinin ölümü veya boşanma gibi) kaynaklanması ne kadar mümkündür?	0. 181	0. 857
9. Doğum sonrası depresyonun eş desteği gibi sosyal bir destek eksikliğinden kaynaklanması ne kadar mümkündür?	0. 395	0. 852
10. Doğum sonrası depresyonun, daha önceden bir depresyon yaşamış olma durumundan kaynaklanması ne kadar mümkündür?	0. 381	0. 852
11. Doğum sonrası depresyonun hormonal bir dengesizlikten kaynaklanması ne kadar mümkündür?	0. 525	0. 848
12. Fiziksel aktivite, doğum sonrası depresyonu önlemede veya depresyonla baş edebilmede etkilidir.	0. 629	0. 845
13. Bebek bakımı ve ev işleri gibi konularda eşten ve aile üyelerinden yardım almak, doğum sonrası depresyonu önlemeye veya depresyonla baş edebilmeye yardımcı olur.	0. 407	0. 852
14. İbadet etmek, dua etmek ve türbe gibi kutsal yerlere gitmek doğum sonrası depresyonu önlemeye veya depresyonla baş edebilmeye yardımcı olur.	0. 224	0. 857
15. Dengeli beslenme, doğum sonrası depresyonu önlemeye veya depresyonla baş edebilmeye yardımcı olur.	0. 600	0. 846
16. İyi uyku, doğum sonrası depresyonu önlemeye veya depresyonla baş edebilmeye yardımcı olur.	0. 603	0. 846
17. Ruh sağlığı alanında uzman bir sağlık çalışanı tarafından sağlanan doğum sonrası depresyon tedavisi etkili olabilir.	0. 238	0. 856
18. Psikoterapi, (örneğin; konuşma terapisi veya danışmanlık gibi) doğum sonrası depresyonun tedavisinde etkili olabilir.	0. 289	0. 855

Tablo 4.5. (Devamı)

Maddeler	Madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's Alfa
19. Antidepresan ilaçlar bağımlılık yapar.	0. 345	0. 853
20. Antidepresan ilaçlar beyin hasarına neden olur.	0. 080	0. 860
21. Psikiyatrik tedavi almanın çilesini çekmektense doğum sonrası depresyonla yaşamayı tercih ederim.	0. 277	0. 855
22. Doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlar için klinikler olmasına rağmen, onlara pek inanmam.	0. 119	0. 859
23. Doğum sonrası depresyon yaşayan çoğu kadın şiddete eğilimlidir.	-0. 145	0. 868
24. Doğum sonrası depresyon yaşamamak için, doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlardan uzak durmak en iyisidir.	0. 094	0. 861
25. Eğer doğum sonrası depresyon yaşasaydım bundan hiç kimseye bahsetmezdim.	0. 260	0. 856
26. Psikoloji / psikiyatri randevularına gitseydim (gittiğim için) ailemin / arkadaşlarımdan benim hakkımda ne düşüneceğinden korkardım (korkuyorum).	0. 338	0. 854
27. Doğum sonrası depresyon hakkında nereden bilgi alabileceğimi biliyorum.	0. 449	0. 850
28. Bilgileri araştırmak için çeşitli kaynaklardan nasıl yararlanacağımı biliyorum.	0. 607	0. 846
29. Doğum sonrası depresyonla ilgili, radyo ve televizyondan duyduğum bilgilerin doğruluğunu değerlendirebilirim.	0. 691	0. 844
30. Doğum sonrası depresyonla ilgili, internette gördüğüm bilgilerin doğruluğunu değerlendirebilirim.	0. 664	0. 844
31. Doğum sonrası depresyonla ilgili, arkadaşlarımdan ve ailemin bana verdiği tavsiyelerin doğruluğunu değerlendirebilirim.	0. 666	0. 844
Cronbach's Alfa=0.837		

Taslak ölçeğin iç tutarlılığının olup olmadığı Cronbach's alfa yöntemi ile incelenmiştir. İlgili sonuçlar değerlendirildiğinde; bazı maddelerin madde toplam puan korelasyon değerinin düşük olduğu görülmüştür. Ancak ölçek geneli için yapılan bu değerlendirme net olarak ilgili maddeleri çıkartmak konusunda yetersiz kalacaktır. Alt boyutların her biri için alfa değerleri ve madde toplam puan korelasyon değerleri doğrulayıcı faktör analizinin de değerlendirilmesi ile tekrar kontrol edileceği için bu aşamada hiçbir maddenin çıkarılmaması gerektiğine karar verilmiştir.

Tablo 4.6. Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği maddelerine ilişkin madde analizi

	r*	Madde silindiğinde alfa değeri	t	p değeri
F1				
madde1	0.553	0.694	20.746	0.000**
madde2	0.708	0.593	32.399	0.000**
madde3	0.643	0.635	28.558	0.000**
madde6	0.318	0.794	8.455	0.000**
F2				
madde7	0.388	0.556	15.300	0.000**
madde9	0.363	0.572	9.926	0.000**
madde10	0.374	0.564	13.445	0.000**
madde11	0.468	0.491	18.048	0.000**
F3				
madde12	0.576	0.702	25.323	0.000**
madde13	0.432	0.751	10.998	0.000**
madde14	0.396	0.765	13.224	0.000**
madde15	0.640	0.676	25.928	0.000**
madde16	0.627	0.685	20.292	0.000**
F4				
madde17	0.694		20.681	0.000**
madde18	0.694		20.221	0.000**
F5				
madde21	0.307	0.618	11.290	0.000**
madde22	0.311	0.617	11.078	0.000**
madde24	0.350	0.606	14.503	0.000**
madde25	0.509	0.520	17.348	0.000**
madde26	0.475	0.536	19.004	0.000**
F6				
madde27	0.636	0.924	22.884	0.000**
madde28	0.776	0.892	30.534	0.000**
madde29	0.845	0.879	39.709	0.000**
madde30	0.801	0.887	34.930	0.000**
madde31	0.846	0.878	43.456	0.000**

n=400, n1=n2=108, r= Madde Toplam Puan Korelasyonu ** p<0.05 için anlamlı değerler.

Tablo 4.6.'da bütün maddelerin ayırt edicilik güçlerini gösteren bağımsız grup t-testi sonuçları ve madde toplam korelasyon yer almaktadır. Madde- toplam test korelasyonunun yeterli olabilmesi için gerekli minimum değer 0.30 olarak belirtilmektedir (Alpar, 2012). Madde korelasyonlarını incelediğimiz ölçek maddelerinden 0.30'un altında kalan maddelerin analize dahil edilmemesi gerekmektedir. Katılımcıların ölçek sorularına verdikleri cevapların madde-toplam test korelasyon değerleri incelenmiş ve 0.30'un altında kalan madde olmadığı tespit edilmiştir. Tüm

maddelerin madde-toplam test korelasyon değerleri 0.307–0.846 arasında değişkenlik göstermektedir. Madde-toplam test korelasyonu tablosunda görüldüğü üzere tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ölçekte yer alan maddelerin ayırt ediciliklerinin belirlenmesi amacıyla ölçekten elde edilen ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmış, alt %27 ve üst %27’de yer alan grupların puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Buradan hareketle ölçeğin, istenen niteliği ölçmesi bağlamında ayırt edici olduğu söylenebilir.

Tablo 4.7. Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeğine ilişkin güvenirlik analizi

Ölçek ve alt boyutları	Cronbach Alfa
Faktör 1 (Doğum sonrası depresyonu tanıma yeteneği)	0.751
Faktör 2 (Risk faktörleri ve nedenlerine ilişkin bilgi)	0.618
Faktör 3 (Öz bakım faaliyetlerine ilişkin bilgi ve inanç)	0.762
Faktör 4 (Mevcut profesyonel yardım hakkında bilgi)	0.819
Faktör 5 (Doğum sonrası depresyonun tanınmasını kolaylaştıran tutumlar ve uygun yardım arama)	0.635
Faktör 6 (Doğum sonrası depresyonla ilgili bilgilerin nasıl aranacağı bilgisi)	0.912
Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği Toplam	0.868

Güvenirlik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etmek amacıyla yapılmaktadır. Güvenirlik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach’s Alfa (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40 -0.60 arasında ise düşük güvenirlikte olduğu, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir olduğu ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005). Sonuçlar incelendiğinde; Doğum Sonrası

Depresyon Okuryazarlığı Ölçeğine ilişkin genel alfa değerinin 0.868; alt boyutlara ilişkin alfa değerlerinin ise 0.618-0.912 arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe versiyonuna ilişkin iki yarı güvenirliği analizi

Cronbach's Alfa	Bölüm 1= madde1. madde3. madde7. madde10. madde12. madde14. madde16. madde18. madde22. madde25. madde27. madde29. madde31.	0.770
	Bölüm 2= madde2. madde6. madde9. madde11. madde13. madde15. madde17. madde21. madde24. madde26. madde28. madde30.	0.732
İki yarı arasındaki korelasyon		0.847
Spearman-Brown katsayısı		0.917
Guttman Split-Half katsayısı		0.912

Yarıya bölme yani ikiye bölme metodu testin iki yarı parçaya bölünüp bir puan elde edilebildiği durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Yöntem eğer ilgili ölçüm aracı güvenilir ise örneklemin her iki yarısından aldığı puanların benzer olmasına dayanmaktadır. İki yarıya bölme yöntemi tek maddeler-çift maddeler olarak ya da tesadüfi sırayla yapılabilir (Baykul, 2015). Elde edilen iki yarı arasındaki korelasyon güvenilir bir ölçüm aracı olup olmadığını göstermektedir. Korelasyon katsayısının 0.70'in üstünde olması, yani 1'e yakın bulunması ilgili aracın güvenilir olduğunu göstermektedir (Field, 2009). Araştırmada tek ve çift sıra numarası ile maddeler ortadan ikiye bölünmüştür. Sonuçlara göre iki yarı arasındaki korelasyon katsayısı 0.847; Spearman Brown katsayısı 0.917; Guttman katsayısı 0.912 olarak hesaplanmış ve ölçme aracının güvenilir olduğu görülmüştür.

Tablo 4.9. Ölçekler arasındaki ilişki ve eş değer ölçek güvenirliği

Örneklem	Ölçekler	Doğum Sonrası
		Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği
Gebe	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0.517**
	Beck Depresyon Envanteri	-0.365**
Lohusa	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0.420**
	Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	-0.138
Toplam	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0.459**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Gebe kadınlar için;

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.517$, $p<0.001$).

Beck Depresyon Envanteri ile Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=-0.365$, $p<0.001$).

Lohusa kadınlar için;

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.420$, $p<0.001$).

Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0.138$, $p>0.05$).

Tüm kadınlarda; Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir

ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.459$). Sonuç olarak uyarlanan ölçeğin paralel formula ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

4.6. Kadınların Depresyon Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı ve Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir. Kadınların yaş ortalamasının 29.96 ± 6.25 olduğu, %28.3'ünün üniversite veya üzeri mezunu olduğu ve %70.8'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların %38.3'ünün eşinin lise mezunu olduğu, %39'unun eşinin memur olduğu, %58'inin gelirinin giderine denk olduğu ve %77.2'sinin çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.10. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikleri		GEBE		LOHUSA		TOPLAM	
		Ort±Ss		Ort±Ss		Ort±Ss	
Yaş ortalaması		28.59±5.95		31.37±6.25		29.96±6.25	
Eşinin yaş ortalaması		32.54±6.36		35.92±7.10		34.20±6.93	
Evlilik süresi ortalaması		23.06±6.12		9.04±6.13		7.56±5.96	
		n	%	n	%	n	%
Öğrenim durumu	İlkokul mezunu	44	21.7	50	25.4	94	23.4
	Ortaokul mezunu	42	20.7	51	25.9	93	23.3
	Lise mezunu	49	24.1	51	25.9	100	25.0
	Üniversite mezunu ve üzeri	68	33.5	45	22.8	113	28.3
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Evet	74	36.5	43	21.8	117	29.3
	Hayır	129	63.5	154	78.2	283	70.8
Eşinin öğrenim durumu	Okuryazar/ilkokul mezunu	20	9.9	21	10.7	41	10.3
	Ortaokul mezunu	39	19.2	33	16.8	72	18.0
	Lise mezunu	68	33.5	85	43.1	153	38.3
	Üniversite mezunu ve üzeri	76	37.4	58	29.4	134	33.4
Eşinin mesleği	Memur	90	44.3	66	33.5	156	39.0
	İşçi	29	14.3	49	24.9	78	19.5
	Çiftçi	15	7.4	15	7.6	30	7.5
	Esnaf	29	14.3	36	18.3	65	16.2
	Serbest meslek	40	19.7	31	15.7	71	17.8
Ekonomik durum	Gelirim giderimden az	68	33.5	57	28.9	125	31.2
	Gelirim giderime denk	113	55.7	119	60.4	232	58.0
	Gelirim giderimden fazla	22	10.8	21	10.7	43	10.8
Aile tipi	Geniş aile	50	24.6	41	20.8	91	22.8
	Çekirdek aile	153	75.4	156	79.2	309	77.2

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Gebe kadınların %13’ünün 1. trimester, %13.5’inin 2. trimester, %24.3’ünün 3. trimesterde olduğu, lohusa olan kadınların ise %24.5’inin pospartum 0. ve 4. aylar arasında, %12’sinin pospartum 4-8 aylar arasında, %12.8’inin pospartum 8-12. aylar arası olduğu saptanmıştır.

Kadınların gebelik sayısı ortalamasının 2.53 ± 1.51 olduğu ve yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 2.00 ± 1.22 olduğu saptanmıştır. Kadınların %76.2’sinin isteyerek gebe kaldığı ve %60.2’sinin gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin daha önce bilgi aldığı saptanmıştır. Kadınların %70.8’inin gebelikte sosyal destek aldığı ve %87.5’inin doğum sonu dönemde sosyal destek aldığı/alacak olduğu belirlenmiştir. Kadınların %81’inin doğum sonu depresyon hakkında daha önce bilgi almadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.11. Kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı

Obstetrik Özellikler		GEBE		LOHUSA		TOPLAM	
		Ort±Ss		Ort±Ss		Ort±Ss	
Gebelik sayısı ortalaması		2.31±1.5		2.76±1.49		2.53±1.51	
Düşük sayısı ortalaması		0.50±0.72		0.37±0.66		0.42±0.69	
Kürtaj sayısı ortalaması		0.28±0.65		0.2±0.47		0.23±0.56	
Yaşayan çocuk sayısı ortalaması		1.49±1.02		2.31±1.22		2.00±1.22	
Doğum haftası ortalaması		-		38.47±1.44		38.47±1.44	
Gebelik haftası	Gebelikte 1. Trimester	52	25.6	-	-	52	13.0
	Gebelikte 2. Trimester	54	26.6	-	-	54	13.5
	Gebelikte 3. Trimester	97	47.8	-	-	97	24.3
Postpartum süresi	Pospartum 0-4 ay arası	-	-	98	49.7	98	24.5
	Pospartum 4-8 ay arası	-	-	48	24.4	48	12.0
	Pospartum 8-12 ay arası	-	-	51	25.9	51	12.8
İsteyerek gebe kalma durumu	Evet	155	76.4	150	76.1	305	76.2
	Hayır	48	23.6	47	23.9	95	23.8
Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin daha önce bilgi alma durumu	Evet	118	58.1	123	62.4	241	60.2
	Hayır	85	41.9	74	37.6	159	39.8
Bilginin alındığı kişi/yer	Doktor	39	33.1	27	22.0	66	27.4
	Ebe/hemşire	47	39.8	47	38.2	94	39.0
	Kitap	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	İnternet	3	2.5	1	0.8	4	1.7
	Aile üyeleri/arkadaş	4	3.4	6	4.9	10	4.1
	Gebelik okulu	25	21.2	42	34.1	67	27.8

Tablo 4.11. (Devamı)

Obstetrik Özellikler		GEBE		LOHUSA		TOPLAM	
		Ort±Ss		Ort±Ss		Ort±Ss	
Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin doğru bilginin kimden/nereden alınacağını bilme durumu	Evet	144	70.9	158	80.2	302	75.5
	Hayır	59	29.1	39	19.8	98	24.5
Bilginin alınması gereken kişi/yer	Doktor	87	60.4	60	38.0	147	48.7
	Ebe/hemşire	34	23.6	56	35.4	90	29.8
	Kitap	0	0.0	2	1.3	2	0.7
	İnternet	8	5.6	6	3.8	14	4.6
	Aile üyeleri/arkadaş	15	10.4	34	21.5	49	16.2
Gebelikte destek alma durumu	Evet	159	78.3	124	62.9	283	70.8
	Hayır	44	21.7	73	37.1	117	29.2
Destek alınan kişi	Eş	39	24.5	26	21.0	65	23.0
	Anne	68	42.8	53	42.7	121	42.8
	Kayınvalide	35	22.0	25	20.2	60	21.2
	Kardeş	14	8.8	13	10.5	27	9.5
	Diğer	3	1.9	7	5.6	10	3.5
Doğum sonu dönemde destek alma/alacak olma durumu	Evet	182	89.7	168	85.3	350	87.5
	Hayır	21	10.3	29	14.7	50	12.5
Destek alınan/alınacak olan kişi	Eş	30	16.5	26	15.5	56	16.0
	Anne	90	49.5	83	49.4	173	49.4
	Kayınvalide	39	21.4	33	19.6	72	20.6
	Kardeş	18	9.9	17	10.1	35	10.0
	Diğer	5	2.7	9	5.4	14	4.0
Geçmişte ruh hastalığı tedavisi alma durumu	Evet	5	2.5	2	1.0	7	1.8
	Hayır	198	97.5	195	99.0	393	98.2
Geçmişteki ruh hastalığı durumu	Anksiyete bozukluğu	3	60.0	0	0.0	3	0.8
	Depresyon	1	20.0	1	50.0	2	0.5
	Panik atak	1	20.0	0	0.0	1	0.3
	Obsesif kompulsif bozukluk	0	0.0	1	50.0	1	0.3
Doğum sonu depresyon hakkında daha önce bilgi alma durumu	Evet	43	21.2	33	16.8	76	19.0
	Hayır	160	78.8	164	83.2	324	81.0
Bilginin alındığı kişi/yer*	Kadın doğum doktoru	20	22.2	19	23.8	39	22.9
	Ebe/ hemşire	23	25.6	22	27.5	45	26.5
	Psikolog/ Psikiyatrist	5	5.6	6	7.5	11	6.5
	İnternet	13	14.4	8	10.0	21	12.4
	Kitap	9	10.0	6	7.5	15	8.8
	Radyo Televizyon	5	5.6	4	5.0	9	5.3
	Arkadaş/ aile üyeleri	15	16.6	15	18.7	30	17.6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.12. Kadınların ölçeklere ait toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Örneklem	Ölçekler ve Alt boyutları		n	Min	Mak	Ort.	SS
GEBE	Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Alt Boyutları	Faktör 1	203	1.00	5.00	3.12	1.03
		Faktör 2	203	1.25	5.00	3.55	0.77
		Faktör 3	203	1.00	5.00	3.80	0.91
		Faktör 4	203	1.00	5.00	4.28	0.94
		Faktör 5	203	1.40	5.00	3.42	0.87
		Faktör 6	203	1.00	5.00	3.46	1.08
	Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği Toplam		203	2.00	4.92	3.55	0.63
	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları	Bilgiye Erişim	203	5.00	25.00	20.08	4.85
		Bilgileri Anlama	203	7.00	35.00	27.52	5.92
		Değerlendirme	203	8.00	40.00	32.35	6.22
		Uygulama	203	9.00	25.00	20.42	3.70
	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam		203	35.00	125.00	100.38	18.26
	Beck Depresyon Envanteri Toplam		203	2.00	46.00	17.26	8.62
LOHUSA	Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Alt Boyutları	Faktör 1	197	1.00	5.00	2.66	0.77
		Faktör 2	197	1.00	5.00	3.21	0.71
		Faktör 3	197	1.40	5.00	3.45	0.78
		Faktör 4	197	1.50	5.00	4.22	0.82
		Faktör 5	197	1.00	5.00	3.39	0.73
		Faktör 6	197	1.00	5.00	2.87	0.96
	Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği Toplam		197	2.04	4.76	3.22	0.49
	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları	Bilgiye Erişim	197	8.00	25.00	20.70	3.53
		Bilgileri Anlama	197	10.00	35.00	28.21	5.08
		Değerlendirme	197	9.00	40.00	31.09	5.53
		Uygulama	197	10.00	25.00	20.46	2.92
	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam		197	44.00	125.00	100.45	15.47
	Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Toplam		197	.00	26.00	12.14	5.31
TÜM ÖRNEKLEM	Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Alt Boyutları	Faktör 1	400	1.00	5.00	2.89	0.94
		Faktör 2	400	1.00	5.00	3.38	0.76
		Faktör 3	400	1.00	5.00	3.63	0.87
		Faktör 4	400	1.00	5.00	4.25	0.88
		Faktör 5	400	1.00	5.00	3.41	0.80
		Faktör 6	400	1.00	5.00	3.17	1.07
	Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği Toplam		400	2.00	4.92	3.38	0.59
	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları	Bilgiye Erişim	400	5.00	25.00	20.38	4.26
		Bilgileri Anlama	400	7.00	35.00	27.86	5.52
		Değerlendirme	400	8.00	40.00	31.73	5.92
		Uygulama	400	9.00	25.00	20.44	3.34
	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam		400	35.00	125.00	100.41	16.92

Gebelerin Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 3.55 ± 0.63 olduğu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 100.38 ± 18.26 olduğu ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalamasının 17.26 ± 8.62 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12.).

Lohusaların Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 3.22 ± 0.49 olduğu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 100.45 ± 15.47 olduğu ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamasının 12.14 ± 5.31 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12.).

Çalışma kapsamına alınan tüm kadınların Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 3.38 ± 0.59 olduğu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 100.41 ± 16.92 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12.).

Tablo 4.13. Lohusaların Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarına göre dağılımı

Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	n	%
12 puan ve altı	99	50.3
13 puan ve üzeri	98	49.7
Toplam	197	100.0

Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanlarına göre kategorize edildiğinde; lohusaların %50.3'ünün puanı 12 ve altında; %49.7'sinin puanı 13 puan ve üzerindedir (doğum sonu depresyon açısından riskli grup).

Tablo 4.14. Gebelerin Beck Depresyon Envanteri puanlarına göre dağılımı

Beck Depresyon Envanteri	n	%
0-9 puan arası: Minimal depresyon	32	15.8
10-16: Hafif depresyon	84	41.4
17-29: Orta depresyon	68	33.5
30-63: Şiddetli depresyon	19	9.4
Toplam	203	100.0

Beck Depresyon Envanteri puanlarına göre kategorize edildiğinde; gebelerin %15.8'inin minimal depresyon, %41.4'ünün hafif depresyon, %33.5'inin orta düzeyde depresyon ve %9.4'ünün ise şiddetli düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir.



5. TARTIŞMA

5.1. Dil Uyarlaması / Dil Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçek uyarlamaları çalışmalarında dil ve kültür farklılıkları nedeniyle çevrilen ölçekte farklılıklar oluşur. Bu farkları en aza indirgeyebilmek için ölçeğin maddelerinin incelenmesi, çevrilen dildeki toplum tarafından anlaşılır ve standardize olması gerekir (Öner, 2009). Ölçek ilk olarak araştırma grubunda yer almayan ve araştırmanın içeriğini bilmeyen üç farklı akademik çeviri hizmetinden yararlanılarak İngilizce 'den Türkçe 'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından incelenerek ortak tek bir Türkçe form elde edilmiştir. Elde edilen bu form her iki dili (Türkçe-İngilizce) iyi bilen ve alanda uzman olan on bir kişinin görüşüne sunulmuş ve uzmanlar tarafından ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği açısından incelenmesi sağlanmıştır. On bir uzman tarafından yapılan geri dönüşler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak, geri çevrilen formun maddeleri ile ölçeğin orijinali karşılaştırılmış ve tüm maddelerin anlamsal olarak orijinaline uygun olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin son hali ile örneklem kriterlerine uyan 30 kadınla pilot uygulama yapılmıştır. Ölçek sorularını yüz yüze dolduran kadınlar tarafından ölçek maddelerinin anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol edilmiş ve tüm maddelerin anlaşılır olduğu tespit edilmiştir. Pilot uygulamaya alınan kadınların verileri çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu aşamada, dil uyarlamasında, kavramsallaştırma ve anlatım farklarını en aza indirebilmek için uluslararası test komisyonun önerdiği aşamalar takip edilmiştir (Özgüven, 2004; Gözüm, 2002; International Test Commission, 2018). Bu çalışmalar sonucunda, Postpartum Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun dil geçerliliği yönünden uygun bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

5.2. Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Daha çok madde üretme sürecini kapsayan kapsam geçerliliği literatürü gözden geçiren dilleri, kültürleri ve ölçek uyarlama sürecine hakim olan uzmanlar tarafından

ölçeğin bütününe ve alt boyutların ne kadar konuyla ilgili olduğunu ve ölçülecek alan dışında konu barındırıp barındırmadığını değerlendirir (Anthoine ve ark., 2014; Borsa ve ark., 2012; Yasir, 2016). Bu aşamada uzman görüşlerin değerlendirilmesinde Davis tekniği kullanılmıştır. Davis tekniğine göre ölçekte yer alan her bir madde uzmanlar tarafından “1 puan: Uygun değil, önerinizi yazınız, 2 puan: Biraz uygun (maddelerin / ifadelerin uygun şekilde getirilmesi gerekir), önerinizi yazınız, 3 puan: Oldukça uygun (uygun, ancak ufak değişiklik gerekli), önerinizi yazınız, 4 puan: Çok uygun (değişikliğe gerek yok, aynen kalabilir)” şeklinde puanlandırılmaktadır (Arslan ve ark., 2018). Bu teknikte, ölçeğin orijinali ve Türkçe çevirisi bir önsöz ile uzmanlarca değerlendirilmesi için gönderilir (Çapık ve ark., 2018; Souza ve ark., 2017). Bu araştırmada ölçeğin kapsam geçerliliğini sağlamak için alanda uzman 11 kişiden oluşan bir uzman grubunun görüşüne başvurulmuştur. Elde edilen görüşler sonucunda ölçeğin her bir maddesinin Kapsam Geçerlilik İndeksi hesaplanmıştır. Literatürde kapsam Geçerlilik İndeksi için kriter değeri 0.80 olarak kabul edilir ve her madde için minimum geçerlilik oranının 0.80 olması gerekmektedir (Esin, 2014). Bu araştırmada tüm maddelerin kapsam geçerlilik indeksi 0.80 ve üzerindedir, ayrıca toplam kapsam geçerlilik indekslerinin ortalaması 1.00 olarak hesaplanmıştır. Sonuçlara göre ölçeğin tüm maddelerinin kapsam geçerlilik oranı kabul sınırının üstündedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, Postpartum Depresyon Okuryazarlık Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının kapsam geçerliliği yönünden uygun bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

5.3. Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Tasarlanan model ile toplanan veriler arasındaki uyumun incelenmesidir (Özdamar, 2017; Robertson, 2017). Ölçme araçlarında geçerlilik belirleme yöntemleri olarak açıklayıcı faktör analizi, temel bileşenler analizi, korelasyon analizi ve doğrulayıcı faktör analizi uygulanmaktadır.

Faktör analizi: Önceden belirlenen bir yapının doğrulanması amacıyla ya da ölçme aracının faktör yapısını ortaya koymak için yapılır (Seçer, 2015; Şen, 2021). Ölçek uyarlama sürecinde gözlemlenemeyen alt boyutlar bulunur. Faktör analizinde bu boyutların birbirleri ile olan ilişkisi ve alakaları incelenip benzer alt boyutlar aynı gruplarda birleştirilir. Bu adımda konudan bağımsız teorik yapıya uymayan maddeler atılır veya gözden geçirilir, işlem doğrulanıncaya kadar tekrar edilir (Erkuş, 2007; Borsa ve ark., 2012; Seçer, 2015). Faktör analizi teknik olarak ikiye ayrılır. İlki uyarlanan ölçekte daha önce yapıldığı için tekrardan yapılmayan, maddelerin kaç başlık altında toplanabileceğini ve aralarındaki ne tür bir ilişki olduğuna bakılması yani açıklayıcı faktör analizi; ikincisi ise yapı ile gözlemlenen değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığına bakan yani doğrulayıcı faktör analizidir (Hair ve Babin, 2006; Borsa et al., 2012; Çapık, 2014; Seçer, 2015). Orijinal ölçekte ortaya çıkan boyutların yapısını doğrulamak için modele ilişkin doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ilgili modelin teorik yapısının açıklanmakta yeterli olup olmadığı test edilir (Özdamar, 2017).

Bu araştırmada yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi (CFA), maddelerin anlamlılıklarını sınavan test değeri (CR), yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA), Ki kare/ Degrees of Freedom (χ^2/SD), standardize hataların ortalama karekökü (SRMR), karşılaştırmalı uyum iyiliği (CFI), uyum iyiliği indeksi (GFI), ayarlanmış uyum iyiliği indeksi (AGFI) ve normlandırılmamış uyum indeksi (NNFI veya TLI) değerleri incelenmiştir.

Doğrulayıcı Faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p=0.000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 25 madde ve altı faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Modelde iyileştirme yapılmıştır. İyileştirme yapılırken değerleri yüksek olan hatalar arasında

kovaryans oluşturulmuştur. Literatürde RMSEA değerinin 0.08'in altında olması gerektiği bildirilmektedir (Bayram, 2010; Giriş, 2007; Ural ve Kılıç, 2005). Birinci düzey faktör analizi sonuçlarına göre ilgili ölçeğin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0.061 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği; χ^2 (Cmin/df) 2.500 ile mükemmel uyum gösterdiği tespit edilmiştir (Simon ve ark., 2010; Wong ve Carback, 2018). Sonuç olarak ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı tespit edilmiştir.

CR istatistikleri maddelerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını göstermektedir (Seçer, 2015). Buna göre öncelikle CR değerinin tamamının anlamlı olduğu ve tüm maddelerin faktör yük değerinin 0.30 üzerinde olduğu görülmektedir. Ayrıca RMSEA= 0.0061, CFI= 0.909 (Mükemmel uyum ölçütü için %90 kabul edilebilir güven aralığı $0.90 \leq CFI$), GFI= 0.885 (%90 kabul edilebilir güven aralığı $0.85 \leq GFI$), AGFI=0.854 (%90 kabul edilebilir güven aralığı $0.85 \leq AGFI$), NFI= 0.859 (%90 kabul edilebilir güven aralığı $0.80 \leq NFI$), IFI= 0.910 (Mükemmel uyum ölçütü için %90 kabul edilebilir güven aralığı $0.90 \leq IFI \leq 1.00$), TLI= 0.894 (%90 kabul edilebilir güven aralığı $0.80 \leq TLI$), SRMR=0.061 (%90 kabul edilebilir güven aralığı $0.05 \leq SRMR \leq 0.08$) olarak bulunmuştur ve tüm bu değerler istenilen sınırlar içinde yer aldığı için modelin kabul edildiği anlamına gelir.

5.4. Güvenirliliğe İlişkin Bulguların Tartışılması

Güvenirlilik bir ölçeğin farklı zamanlarda, aynı kişilerde uygulandığı zaman aynı sonuçları vermesidir (Buelow ve ark., 2016; Mohajan, 2017). Bir ölçeğin güvenirliliğini belirlemede çeşitli katsayılardan yararlanılır. Bunlardan hangisinin en doğru olduğu içinde olduğu koşula, paralel form varlığı ve tekrardan gözlenip gözlenememe durumuna göre değişir (Güven, 2017; Öner, 2009). Güvenirlilik ile ölçeğin hata oranları en aza indirilir (Özdamar, 2017). Bu çalışmada ise Cronbach's alfa katsayısı, iki yarı güvenirliliği, Madde-toplam puan korelasyonu, paralel form güvenirliliği kullanılmıştır.

Maddelerden alınan puan ile testin toplam puan arasındaki ilişkiyi gösteren madde-toplam puan korelasyonu, pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir (Büyüköztürk, 2018). Madde- toplam test korelasyonunun yeterli olabilmesi için gerekli minimum değer 0.30 olarak belirtilmektedir (Alpar, 2012). Madde korelasyonlarını incelediğimiz ölçek maddelerinden 0.30'un altında kalan maddenin analize dahil edilmemesi gerekmektedir. Katılımcıların ölçek sorularına verdikleri cevapların madde-toplam test korelasyon değerleri incelenmiş ve 0.30'un altında kalan maddeler olmadığı tespit edilmiştir. Tüm maddelerin madde-toplam test korelasyon değerleri 0.307–0.846 arasında değişkenlik göstermektedir. Madde-toplam test korelasyonu tablosunda görüldüğü üzere tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ölçekte yer alan maddelerin ayırt ediciliklerinin belirlenmesi amacıyla ölçekten elde edilen ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmış, alt %27 ve üst %27'de yer alan grupların puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Buradan hareketle ölçeğin, istenen niteliği ölçmesi bağlamında güvenilir olduğu söylenebilir

Cronbach's alfa yöntemi; iç tutarlılığın belirlenmesinde sıklıkla başvurulanan bir güvenilirlik belirleme yöntemidir (Coşkun ve ark., 2012). Cronbach's Alfa Katsayısı (korelasyon katsayısı) 0 ile 1 arasında değişen değer alır. 1'e ne kadar yaklaşırsa güvenilirliğin o kadar yüksek olduğu kabul edilir. Cronbach alfa değeri (α) ise;

- $0.00 < \alpha < 0.40$ arasında olması ölçeğin güvenilir olmadığını
- $0.40 < \alpha < 0.60$ arasında olması ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğunu
- $0.60 < \alpha < 0.80$ arasında olması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu

- $0.80 < \alpha < 1$ arasında olması ölçeğin yüksek derece güvenilir olduğunu göstermektedir (Tutar ve Erdem, 2020).

İran’da yapılan orijinal ölçekte alt boyutlara ait Cronbach’s α değerlerinin 0.70-0.83 arasında, Çin’deki uyarlamasında bu değer 0.862 ve Malezya’da yapılan uyarlamada ise 0.73 olduğu belirtilmiştir (Guo ve ark., 2022; Hairol ve ark., 2021; Mirsalimi ve ark., 2020). Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe versiyonunun alt boyutlarına ilişkin Cronbach’s alfa değerleri incelendiğinde değerlerin 0.618—0.912 arasında olduğu belirlenmiştir. Genel Cronbach’s alfa değerinin ise 0.868 olduğu ve oldukça güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

Yarıya bölme yani ikiye bölme metodu testin iki yarı parçaya bölünüp bir puan elde edilebildiği durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Yöntem eğer ilgili ölçüm aracı güvenilir ise örneklemin her iki yarısından aldığı puanların benzer olmasına dayanmaktadır (Baykul, 2015). Postpartum depresyon okuryazarlığı ölçeği Türkçe versiyonunun iç tutarlık güvenilirlik katsayısı için ölçek iki yarıya ayrıldığında birinci bölümün Cronbach’s alfa katsayısı 0.770 ve ikinci bölümün Cronbach’s alfa katsayısı 0.732 olarak bulunmuştur. Korelasyon katsayısının 0.70 üstünde olması, yani 1’e yakın bulunması ilgili aracın güvenilir olduğunu göstermektedir (Field, 2009). İki yarı arasındaki korelasyon katsayısı 0.847; Spearman Brown katsayısı 0.917; Guttman katsayısı 0.912 olarak hesaplanmış ve aracın güvenilir olduğu görülmüştür.

Paralel form güvenirliliği yönteminde deneklere farklı ama eşdeğer iki ölçek uygulanır (Robertson, 2017). Aynı özellikleri ölçtüğü bilinen ve daha önce geçerlilik-güvenirliği sağlanmış ölçüm aracının araştırma grubu üzerinde uygulanması ve elde edilen değerlerin, geliştirilen ölçüm aracı ile karşılaştırılması şeklinde uygulanır (Drost, 2011). Testlerden alınan sonuçların ortalama ve standart sapmaları olabildiğince benzer olmalıdır. Ayrıca gruptan elde edilen üçüncü bir değişkenin değerleriyle olabildiğince

ilişkili ve kolerasyon kat sayısı yüksek olmalıdır (Chae ve Park, 2018). Bu çalışmada paralel form olarak Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır ve tüm katılımcılarda Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu ilişki bize ölçeklerin sorularının kapsamlarının ve zorluklarının güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçekler arasındaki ilişkileri incelediğimizde:

Gebelerde ve lohusalarda; Sağlık Okuryazarlığı düzeyleri ile Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç doğrultusunda gebelerin ve lohusaların sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça depresyon okuryazarlık düzeylerinin de arttığı söylenebilir. Kutcher ve ark., (2016), yaptığı bir çalışmada depresyon okuryazarlığının alt tipi olan RSOY'un sağlık okuryazarlığı ile uyumlu bir yapı sergilediği bildirilmiştir,

Gebelerde; gebelik dönemindeki depresyon düzeyleri ile Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç doğrultusunda gebelerin depresyon okuryazarlık düzeyleri azaldıkça depresyon düzeylerinin arttığı söylenebilir.

Lohusalarda; Doğum sonrası depresyon düzeyleri ile doğum sonrası depresyon okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Malezya'da 2021 yılında yapılan bir çalışmada postpartum depresyon okuryazarlığı ile doğum sonrası depresyon düzeyleri arasında herhangi bir ilişki olmadığı, postpartum depresyon okuryazarlığının PPD tanısı alan kadınların insidansına herhangi bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Hairol ve ark., 2021).

5.5. Kadınların Depresyon Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı ve Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelerin, Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 3.55 ± 0.63 olduğu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 100.38 ± 18.26 olduğu ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalamasının 17.26 ± 8.62 olduğu belirlenmiştir. Ölçeklerden alınabilecek puanların değerlendirilmesi kapsamında gebelerin doğum sonrası depresyon okuryazarlık düzeylerinin ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek, depresyon düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.

Gebelerin doğum sonrası depresyon okuryazarlığı düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda; Mirsalimi ve ark., (2020), yaptığı çalışma sonucunda Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 3.85 olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmanın sonuçları, literatürdeki çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında sonuçların benzer olduğu söylenebilir.

Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda; Akça ve ark., (2020), gebelerin SOY ölçeği puan ortalamasını 111.52 ± 13.28 olarak bildirmişlerdir. İran'da 2020 yılında gebeler arasında sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi arasında sağlık kontrol odağının aracı rolünü araştırmayı amaçlayan çalışmada gebelerin SOY ölçeği puan ortalamalarının 104.04 ± 14.42 olduğu, yine İran'da 2022'de yapılan farklı bir çalışmada gebelerde sağlık okuryazarlığı ile güçlendirme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada gebelerin SOY puan ortalamasının 80.03 ± 12.79 olduğu bildirilmiştir (Mirzania ve ark., 2020; Tavananezhad ve ark., 2022). Yapılan çalışmanın sonuçları, literatürdeki çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında sonuçların benzer olduğu söylenebilir.

Gebelerin depresyon düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda; Karabulutlu ve Yavuz gebelerde depresyon puan ortalamasının 11.85 ± 9.95 olduğu tespit

edilmiştir (Karabulutlu ve Yavuz, 2021). Zaman ve ark., (2018) gebelerde depresyon puan ortalamasının 13.19 ± 10.79 olduğunu belirtmiştir. Şayık ve ark., (2019), gebe eğitiminin anne ve babanın depresyon düzeylerine etkisini incelediği çalışmada deney grubunda yer alan gebelerde eğitim öncesi depresyon puan ortalamasının 14.14 ± 6.92 olduğu, kontrol grubunda yer alan kadınlarda ise 10.56 ± 10.47 olduğu belirtilmiş olup, verilen eğitim sonrasında deney grubundaki gebelerin depresyon düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmanın sonuçları, literatürdeki çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında sonuçların benzer olduğu söylenebilir.

Lohusaların Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 3.22 ± 0.49 olduğu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 100.45 ± 15.47 olduğu ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalamasının 12.14 ± 5.31 olduğu belirlenmiştir. Ölçeklerden alınabilecek puanların değerlendirilmesi kapsamında lohusaların doğum sonrası depresyon okuryazarlık düzeylerinin ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek, depresyon düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Lohusaların doğum sonrası depresyon okuryazarlığı düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda; Mirsalimi ve ark., (2020), İran'da yaptıkları çalışmada lohusaların Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması 3.78 ± 0.39 olarak bildirilmiştir. Hairol ve ark., (2021), ise aynı ölçeği kullanarak Malezya'da yaptıkları çalışmada puan ortalamasını 3.78 ± 0.37 olarak belirtmiştir.

Lohusaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda; Karakayalı Ay ve ark., (2023), Türkiye'nin doğusundaki bir ilde yaptıkları çalışmada SOY ölçeği puan ortalamalarını 105.05 ± 16.44 olduğu tespit edilmiştir. Aydın ve Aba'nın Balıkesir'de yaptıkları çalışmada SOY ölçeği puan ortalamalarını 103.64 ± 16.25 olduğu bildirilmiştir (Aydın ve Aba, 2019). Yeşilçınar ve ark., (2021),

Batman’da yaptıkları çalışmada SOY ölçeği puan ortalamalarını 106.77 ± 16.52 olarak tespit etmişlerdir (Yeşilçınar ve ark., 2021). Salarvand ve ark., (2023), tarafından İran’ın batı eyaletinde yapılan başka çalışmada lohusaların SOY ölçeği puan ortalamasının 133.36 ± 16.32 olduğu tespit edilmiştir.

Lohusaların doğum sonrası depresyon düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda; Küçükkelepçe ve ark., (2022), yaptığı çalışmada depresyon ölçeği puan ortalamasının 9.55 ± 3.01 olduğu tespit edilmiştir., Özkan ve ark., (2019), yaptığı çalışmada ise depresyon ölçeği puan ortalamasının 14.94 ± 3.31 olduğu belirlenmiştir. Ceulemans ve ark., (2021), tarafından İrlanda, Norveç, İsviçre, Hollanda ve Birleşik Krallık’ta COVID-19 salgını sırasında hamile ve emziren kadınların ruh sağlığı durumunu araştıran kesitsel bir çalışmada lohusaların Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ) puan ortalamasının 7.4 olduğu tespit edilmiştir. Lebel ve ark., (2020), tarafından Kanada’da yapılan COVID-19 salgını sırasında hamile bireylerde artan depresyon ve anksiyete belirtilerini araştıran bir çalışmada ise EPDÖ puan ortalamasının 10.7 olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmanın sonuçları, literatürdeki çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında sonuçların benzer olduğu söylenebilir.

Çalışma kapsamına alınan tüm kadınların Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 3.38 ± 0.59 olduğu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının 100.41 ± 16.92 olduğu belirlenmiştir. Ölçeklerden alınabilecek puanların değerlendirilmesi kapsamında kadınların doğum sonrası depresyon okuryazarlık düzeylerinin ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Kadınların doğum sonrası depresyon okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda; Guo ve ark., (2022), Çinli kadınların doğum sonrası depresyon okuryazarlığı puan ortalamasını 3.80 ± 3.38 olarak tespit

ettiklerini bildirmiştir. Mirsalimi ve ark., (2020), ise İran’da yaptıkları çalışmada 3.79 ± 0.39 olarak bildirmişlerdir.

Literatürde hem gebelerin hem de lohusaların SOY düzeylerini aynı çalışmada veren bir çalışmaya rastlanmamıştır ancak Vural Aktan ve Özdemir tarafından klimakterik dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamasının 106.67 ± 14.78 olduğu tespit edilmiştir (Vural Aktan ve Özdemir, 2020). Köse Tuncer ve Karakurt tarafından 20-65 yaş arasındaki kadınların jinekolojik kanserler ile ilgili farkındalık düzeyinin artmasında sağlık okuryazarlığının etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamasının 100.79 ± 21.15 olduğu belirlenmiştir (Köse Tuncer ve Karakurt, 2023). Yusefi ve ark., (2022), tarafından İran’ın Şiraz kentinde yapılan bir çalışmada hastanede yatarak tedavi gören kadınların SOY puan ortalamasının 64.41 ± 11.31 olduğu bildirilmiştir .

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Postpartum Depresyon Okuryazarlık Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlayarak, geçerlik ve güvenirliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın sonucunda;

- Postpartum Depresyon Okuryazarlık Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun madde toplam puan korelasyonlarının 0.307 ile 0.846 arasında değiştiği, ölçeğin toplam Cronbach's alfa katsayısının 0.868, alt boyutlarının Cronbach's alfa katsayılarının ise 0.618-0.912 arasında olduğu ve bu değerlerin iç tutarlılık için oldukça güvenilir olduğu bulunmuştur.
- Doğrulayıcı Faktör analizi sonrası, ölçeği oluşturan 25 madde ve 6 faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Modelde iyileştirme yapılmıştır. İyileştirme yapılırken değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans oluşturulmuştur. Sonuç olarak ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı tespit edilmiştir.
- Yarıya bölme metodunda kabul edilebilir bir korelasyon düzeyinde olan uyarlanan ölçek, paralel formla ilişkili olduğu tespit edilmiş ve tepki yanlılığı olmadığı belirlenmiştir.
- Çalışma kapsamına alınan kadınların doğum sonrası depresyon okuryazarlık düzeylerinin ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğu,
- Gebelerin doğum sonrası depresyon okuryazarlık düzeylerinin ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek, depresyon düzeylerinin düşük olduğu,
- Lohusaların doğum sonrası depresyon okuryazarlık düzeylerinin ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek, depresyon düzeylerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.
- Gebelerin ve lohusaların sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça depresyon okuryazarlık düzeylerinin de arttığı,

- Gebelerin depresyon okuryazarlık düzeyleri azaldıkça depresyon düzeylerinin arttığı, lohusaların doğum sonrası depresyon okuryazarlığı düzeyleri ile doğum sonrası depresyon düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; Postpartum Depresyon Okuryazarlık Ölçeğinin;

- Hem gebelerde hem de lohusalarda postpartum depresyon okuryazarlığının belirlenmesinde veri toplama aracı olarak kullanılması,
- Hem gebelerde hem de lohusalarda postpartum depresyon okuryazarlığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile ilgili çalışmalarda veri toplama aracı olarak kullanılması,
- Orijinal ölçeğin geliştirildiği İranlı kadınlar ile Türk kadınların postpartum depresyon okuryazarlığı düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin karşılaştırılmasına yönelik çalışmalarda veri toplama aracı olarak kullanılması,
- Farklı toplumlarda/ülkelerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması,
- Postpartum depresyon okuryazarlık düzeylerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılması veya yüksek ise bunun sürdürülebilmesi için; özellikle aile hekimliklerine, doğum, kadın sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine, çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine postpartum depresyon başta olmak üzere kadın sağlığına yönelik broşür ve afiş asılması,
- Bu alanda çalışan sağlık çalışanlarının farkındalığının artırılması için de hizmet içi eğitimlerin, seminerlerin yapılması,
- Yukarıda bahsedilen birimlere başvuran gebelere/doğum yapmış kadınlara doğum sonrası depresyona yönelik eğitim ve danışmanlık yapılması,

- Gebelerin gebe okullarına yönlendirilmesi ve gebe okullarında doğum sonrası depresyon gibi konuların ele alınması,
- Sosyal medya platformlarında ve TV/Radyo kanallarında doğum sonrası depresyon başta olmak üzere kadın sağlığına yönelik kamu spotu veya bilgilendirilmelerin yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., Akbaş, M. 2020. Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 630-642.
- Akgül, A. 2003. İstatistiksel analiz teknikleri. Emek Ofset Ltd. Şti, 86-92, Ankara.
- Aksayan, S. 2003. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1), 3-14.
- Aktaş, M.C., Şimşek, Ç., Aktaş, S. 2017. Postpartum depresyonun etiyolojisi: Kültür etkisi. *JAREN*, 3(1), 10-13.
- Aktürk, Z., Acemoğlu, H., 2012. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2), 316-319.
- Al Sayah, F., Majumdar, S.R., Johnson, J.A. 2015. Association of inadequate health literacy with health outcomes in patients with type 2 diabetes and depression: secondary analysis of a controlled trial. *Canadian Journal of Diabetes*, 39(4), 259-265.
- Alpar, R. 2012. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Detay Yayıncılık, 527-638, Ankara.
- Alshikh, A., Hoda Alkhatib, A., Luo, J. 2021. Prevalence and risk factors of postpartum depression in the middle east: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1-12.
- American Medical Association, 1999. Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *JAMA*, 281(6), 552-557.
- American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders 4th ed. 273-320, Washington.

- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Depression Disorders.M. B. First (Eds.),5, 143-160,ABD.
- Annagür, A., Annagür, B.B., 2012. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 279-292.
- Anthoine, E., Moret, L., Regnault, A., Sébille, V.,Hardouin, J.B. 2014. Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 12(1), 1-10.
- Aras, Z., Bayık Temel, A. 2017. Sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*,25(2),85-94.
- Aslantekin, F.,Yumrutaş, M. 2014. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4),327-334.
- Aydın, D., Aba, Y.A. 2019. Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz-yeterlilik algıları arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 31-39.
- Bajpai, S. 2014. Goodness of measurement: reliability and validity ejmanager. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3(2),112-115.
- Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., Clark, W.S. 1998. Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal Of General Internal Medicine*, 13(12), 791-798.
- Barrera, A., Nichols A.D. 2015. Depression help-seeking attitudes and behaviors among an internet based sample of spanish-speaking perinatal women. *Rev Panam Salud Publica*, 37(3), 148-153.

- Barrett, S.E., Puryear, J.S. 2006. Health literacy: İmproving quality of care in primary care settings. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17(4), 690-697.
- Battaloğlu, B., Aydemir, N., Hatipoğlu, S. 2012. Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 12-21.
- Baykul, Y. 2015. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme: Klasik Test Teorisi Ve Uygulaması. Pegem Akademi,37-425,Ankara.
- Bayram, N. 2010. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş AMOS Uygulamaları. Ezgi Kitabevi,21-143,Bursa.
- Beaudreau, S.A., O'Hara, R. 2009. The association of anxiety and depressive symptoms with cognitive performance in community-dwelling older adults. *Psychology And Aging*, 24(2), 507-512.
- Beck, A.T.,Ward, C.H., Mendelsön H. 1961. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571
- Beck, C.T. 1995. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nursing Research*, 44(5), 298-304.
- Beeber, L.S., Holditch-Davis, D., Perreira, K., A. Schwartz, T., Lewis, V., Blanchard, H., Canuso, R., Goldman, B.D. 2010. Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in Early Head Start Latina mothers of infants and toddlers. *Research In Nursing & Health*, 33(1), 60-76.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Crotty, K. 2011. Low Health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals Of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.

- Bjørnsen, H.N., Eilertsen, M.E.B., Ringdal, R., Espnes, G. A., Moksnes, U. K. 2017. Positive mental health literacy: Development and validation of a measure among norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17, 1-10.
- Bodnar-Deren, S., Benn, E.K.T. 2017. Stigma and postpartum depression treatment acceptability among black and white women in the first six-months postpartum. *Maternal and Child Health Journal*, 21, 1457-1468.
- Bodnar-Deren, S., Klipstein, K., Fersh, M., Shemesh, E., Elizabeith, H. 2015. Depression, anxiety and suicidality during the postpartum period. *Journal of Womens Health*, 24(4), 8-8.
- Borsa, J.C., Damásio, B.F., Bandeira, D.R. 2012. Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22, 423-432.
- Brockington, I. 2004. Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363(9405), 303-310.
- Buelow, J.M., Hinkle, J.L., McNett, M. 2016. Reliability and validity for neuroscience nurses. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(5), 238-241.
- Büyüköztürk, Ş. 2018. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. PegemYayıncılık, 1-214, Ankara.
- Cameron, E.E., Sedov, I.D., Tomfohr-Madsen, L.M. 2016. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*, 206, 189-203.
- Ceriani Cernadas, J.M. 2020. Postpartum depression: Risks and early detection. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 118(3), 154-155.
- Ceulemans, M., Foulon, V., Ngo, E., Panchaud, A., Winterfeld, U., Pomar, L., Lambelet, V., Cleary, B., O'Shaughnessy, F., Passier, A., Richardson, J. L., Hompes, T., Nordeng, H. 2021. Mental health status of pregnant and breastfeeding women

- during the COVID-19 pandemic-A multinational crosssectional study, *Acta Obstet Gynecol Scand*,100(7):1219–1229.
- Chae, D. 2018. Development and cross-validation of the short form of the cultural competence scale for nurses. *Asian Nursing Research*, 12(1), 69-76.
- Chandra, P.S., Herrman, H., Fisher, J., Kastrup, M., Niaz, U., Rondón, M.B.,Okasha, A. 2009. Contemporary Topics In Women’s Mental Health.Wiley-Blacwell,9-549,India.
- Chung, E.K., McCollum, K.F., Elo, I.T., Lee, H.J.,Culhane, J.F. 2004. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics*, 113(6), 523-529.
- Chung, F.F., Wan, G.H., Liu, H.E. 2017. The effectiveness of first-time-mother parent education for infant interaction and sense of parenting competence during the first year in taiwan. *European Psychiatry*, 41, 361-362.
- Cohen, L.S., Wang, B., Nonacs, R., Viguera, A.C., Lemon, E.L., Freeman, M. P. 2010. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 273-293.
- Coster, W.J., Mancini, M. C. 2015. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(1), 50-57.
- Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., Yıldırım, E., Altunışık, R. 2012. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı. Sakarya Yayıncılık,133-391,Sakarya.
- Cox, J.L., Holden, J.M. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale (EPDS). *Br J Psychiatry*, 150:782-786.
- Çakmur, H. 2012. Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3),339-344.

- Çalık, K.Y., Aktaş, S. 2011. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. psikiyatride güncel yaklaşımlar *Current Approaches in Psychiatry* 3, 142-162.
- Çankaya, S., Yılmaz, S.D., Ruveyde, C., Kodaz, N.D. 2017. Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(4), 232-240.
- Çapık, C. 2014. Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 196-205.
- Çapık, C., Gözümlü, S., Aksayan, S. 2018. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 199-210.
- Dageforde, L.A., Cavanaugh, K.L. 2013. Health literacy: Emerging evidence and applications in kidney disease care. *Advances In Chronic Kidney Disease*, 20(4), 311-319.
- Danacı, E.A., Dinç, G., Deveci, A., Şen, S.F., İçelli, İ. 2000. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 204-211.
- Deen, T.L., Bridges, A.J. 2011. Depression literacy: Rates and relation to perceived need and mental health service utilization in a rural american sample. *Rural And Remote Health*, 11(4), 83-95.
- Dennis, C.L., Grigoriadis, S., Zupancic, J., Kiss, A., Ravitz, P. 2020. Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: Nationwide randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 216(4), 189-196.

- Dennis, C.L., Hodnett, E.D. 2007. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*,4,2-11.
- Dias, C.C., Figueiredo, B. 2015. Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal Of Affective Disorders*, 171, 142-154.
- Dilbaz, N., Enez, A.,2007.Kadın ve depresyon: Doğum sonrası görülen duygudurum bozuklukları. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 3(47), 32-40.
- Drost, E.A. 2011. Validity and reliability in social science research. *Education Research And Perspectives*, 38(1), 105-123.
- Durmazoğlu, G., Oktay, A. K., Toksoy, S., Serttaş, M., Göçmen, F., Bezirgan, S., Tatarlar, A. 2016. Postpartum depresyonun hemşire ve ebeler tarafından öngörülebilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19,33-37.
- Efe, Ş. Y., Taşkın, L.,Eroğlu, K.,2009. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *J Turk Ger Gynecol Assoc*, 10(01), 14-20.
- Eichler, K., Wieser, S.,Brügger, U.,2009. The costs of limited health literacy: A systematic review. *International Journal Of Public Health*, 54, 313-324.
- Engindeniz, A., Küey, L., Kültür, S.,1996. Edinburgh dogum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Psikiyatri Derneği Yayınları*,1,51-52,Ankara.
- Ercan, İ., Kan, İ., 2004. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Erdem, Ö., Bucaktepe, P. G. E.,2012. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri/the prevalence and screening methods of postpartum depression. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3), 458-461.

- Erdoğan, A., Hocaoglu, Ç.,2020. Doğum sonrası depresyonun tanı ve tedavisi: Bir gözden geçirme. *The Medical Journal Of Mustafa Kemal University*, 11(39), 31-37.
- Erkuş, A.,2007. Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 13(40), 17-25.
- Esin, N.,2014. Veri Toplama Yöntem Ve Araçları: Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik Ve Geçerliği. . Nobel Tıp Kitapevleri,193-232,Ankara.
- Falah Hassani, K., Shiri, R., Vigod, S.,Dennis, C.-L.,2015. Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Psychiatric Research*, 70, 67-82.
- Field, A.,2009. Assumptions And Things That Can Go Wrong. Discovering Statistics Using SPSS.In: Thousand Oaks, CA: SAGE, 265-315.
- Field, T.,2010. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A Review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6.
- Figueiredo, B., Canário, C., Field, T.,2014. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(5), 927-936.
- Fonseca, A., Gorayeb, R., Canavarro, M. C.,2015. Women' S help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*, 31(12), 1177-1185.
- Francis, C., Pirkis, J., Dunt, D., Blood, R. W., Davis, C.,2002. Improving Mental Health Literacy: A Review Of The Literature. Centre For Health Program Evaluation, University Of Melbourne.Avusturalya,1,1-104.
- Gabriel, A.,Violato, C.,2010. Depression literacy among patients and the public: a literature review. *Primary Psychiatry*, 17(1),55-64.

- Gereklioğlu, Ç., Poçan, A. G., Başhan, İ.,2007. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 17, 126-133.
- Giriş, Ş., 2007. Temel İlkeler Ve LISREL Uygulamaları. Basın Yayın Dağıtım Ltd Sti, 1, 20-55,Ankara.
- Gjerdingen, D. K.,Yawn, B. P.,2007. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 20(3), 280-288.
- Goecke, T., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M., Beetz, A.,2012. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre-and postpartum depression in first-time mothers. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*,286, 309-316.
- Goldbort, J.,2006. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(2), 121-126.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Dal Grande, E., Taylor, A. W.,2005. Changes in mental health literacy about depression: South australia, 1998 To 2004. *Medical Journal of Australia*, 183(3), 134-137.
- Goodman, S. H., Gotlib, I. H.,1999. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458.
- Gözüm, S.,2002. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber ii: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(1), 9-14.
- Grace, S. L., Evindar, A., Stewart, D.,2003. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives Of Women's Mental Health*, 6, 263-274.

- Gregoire, J.,2018. ITC guidelines for translating and adapting tests. *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134.
- Gress-Smith, J. L., Luecken, L. J., Lemery-Chalfant, K., Howe, R.,2012. Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants. *Maternal And Child Health Journal*, 16, 887-893.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., Brewer, J. L.,2012. A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1-12.
- Guo, P. P., Cui, N. Q., Mao, M. N., Zhang, X. H., Chen, D. D., Xu, P., Wang, X. J., Zhang, W., Zheng, Q., Zhang, L., Xiang, Z. Z., Jin, Y., Feng, S. W.,2022. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the chinese version of the postpartum depression literacy scale. *Frontiers In Psychology*,23(2),167-185.
- Güven, S. T.,2017. Metodolojik Araştırmalar. Hipokrat Kitapevi,Ankara.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T.,Anaya, I.,2018. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers In Psychiatry*, 8, 248.
- Hair, J. F.,Babin, B. J., Anderson, R. E., Tatham, R. L., 2006.Multivariate Data Analysis. Pearson Prentice Hall: Upper Saddle River (NJ),6(1),23-601,ABD.
- Hairol, M. I., Ahmad, S. a., Sharanjeet-Kaur, S., Hum Wee, L., Abdullah, F., Ahmad, M.,2021. Incidence and predictors of postpartum depression among postpartum mothers in Kuala Lumpur, Malaysia: A cross-sectional study. *Plos One*, 16(11), 1-12.

- Hamilton, J.,1982. The Identity Of Postpartum Psychosis. *Motherhood and mental illness, 1*, 1-17.
- Hayran, M.,2020. Sağlık Araştırmaları için Temel İstatistik, Azim Matbaacılık,3,29-30,Ankara.
- Hisli, N.,1989.Beck depresyon envanteri,ölçek geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi, 7*(23), 3-13.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., Milgrom, J.,2014. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet, 384*(9956), 1775-1788.
- Institute Of Medicine Board On Neuroscience Behavioral Health Committee On Health Literacy, 2004. Health Literacy: A Prescription To End Confusion. National Academies Press,1,31-167,Washington.
- International Test Commission, 2018. Guidelines for Translating and Adapting Tests. *International Journal of Testing, 18*, 101–134.
- Jorm, A. F., 2000. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal Of Psychiatry, 177*(5), 396-401.
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., Kitchener, B. A., 2006. Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 3-5.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., Pollitt, P.,1997. “Mental health literacy”: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal Of Australia, 166*(4), 182-186.
- Kaner, G., Samur, F., 2012. Postpartum depresyonda beslenmenin rolü. *Beslenme ve Diyet Dergisi, 40*(1),51-58.

- Karabulutlu, Ö., Yavuz, C.,2021. Yüksek Riskli Gebeliklerde Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Sıklığının Değerlendirilmesi. *Caucasian Journal of Science*, 8(1), 51-69.
- Karaca Kurtulmuş, S., Şahin, Z., Güleç, E. Ş., Adıyaman, D., Öztekin, D.,2022. Risk factors and prevalence of postpartum depression during the covid-19 pandemic in a university hospital in western turkey: A crosssectional study. *İzmir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*,26(4),405-412.
- Karakayalı Ay, Ç., Benli, T. E., Özşahin, Z.,2023. Doğum sonu dönem kadınlarda sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 11(1), 1068-1080.
- Karakoç, A., Dönmez, L.,2014. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Karamustafalıoğlu, N., Tomruk, N.,2000. Postpartum hüzn ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi*, 2(2), 64-71.
- Karasar, N.,2007. Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler. Nobel Yayın Dağıtım,3-139,Ankara.
- Kennedy, H. P., Beck, C. T., Driscoll, J. W.,2002. A light in the fog: caring for women with postpartum depression. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 47(5), 318-330.
- Kirlek, F., Öztürk, C. H.,2016. Postpartum Dönem. Perinatoloji ve Bakım,Sevil Ümran(Editör). Nobel Tıp Kitabevleri,Ankara,409-497.
- Kirpınar, I., Gözüm, S., Pasinlioğlu, T.,2010. Prospective study of postpartum depression in eastern turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(3-4), 422-431.

- Kızılkaya Beji, N.,2015. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları.Nobel TIP kitapevleri,3,413-472,İstanbul.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J.,Von Wagner, C.,2014. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in england: evidence from the english longitudinal study of ageing. *Preventive Medicine*, 61, 100-105.
- Köse Tuncer, S., Karakurt, P.,2023. Kadınların jinekolojik kanserler ile ilgili farkındalık düzeyinin artmasında sağlık okuryazarlığının etkisi üzerine bir araştırma.*Lokman Hekim Journal*,13 (1):196-206
- Kucukkelepce, D. S., Ozkan, S. A.,Yilmaz, S.,2022. Gebelikte psikolojik distres deneyimleyen primipar gebelerde, postpartum dönemde depresyon görülmesi arasındaki ilişkinin incelenmesi: prospektif çalışma. *Journal Of Social And Analytical Health*, 2(1), 8-14.
- Kutcher, S., Wei, Y.,Coniglio, C.,2016. Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
- Learman, L. A.,2018. Screening for depression in pregnancy and the postpartum period. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 61(3), 525-532.
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., Giesbrecht, G., 2020.Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J ournal of Affective Disorders*, 277: 5–13.
- Letourneau, N. L., Dennis, C.-L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., Este, D., Watson, W.,2012. Postpartum depression is a family affair: Addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues In Mental Health Nursing*, 33(7), 445-457.
- Levin, B. L., Becker, M. A.,2010. A Public Health Perspective Of Women’s Mental Health. Springer,3-10,ABD.

- Linan, L., Peabody, K., Wieland, J., 2012. İşyeri Ortamlarında sağlığı geliştirme programları. Sağlığı Geliştirme Programları Toriden Pratiğe. The Society For Public Health Education .Fertman, C. I., & Allensworth, D. D.(Eds.),Ankara,11-120.
- Liu, X., Wang, S.,Wang, G.,2022. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2665-2677.
- Manurung, S., Setyovati, S.,2021. Development and validation of the maternal blues scale through bonding attachments in predicting postpartum blues. *Malaysian Family Physician: The Official Journal Of The Academy Of Family Physicians Of Malaysia*, 16(1), 64-74.
- Marakoğlu, K., Özdemir, S., Çivi, S.,2009. Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 29(1), 206.
- Marcus, S. M.,2009. Depression during pregnancy: Rates, risks and consequences. *Journal Of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 16(1),15-22.
- Mathers, C. D., Loncar, D.,2006. Projections of global mortality and burden of disease From 2002 To 2030. *Plos Medicine*, 3(11), 442.
- Mercer, R. T.,2006. Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 649-651.
- Minkovitz, C. S., Strobino, D., Scharfstein, D., Hou, W., Miller, T., Mistry, K. B., Swartz, K.,2005. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*, 115(2), 306-314.
- Mirsalimi, F., Ghofranipour, F., Noroozi, A., Montazeri, A.,2020. The postpartum depression literacy scale (PODLIS): development and psychometric properties. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 20(1), 1-13.

- Mirzania, M., Khajavi, A., Kharazmi, A., Moshki, M.,2020.Health literacy and quality of life among Iranian pregnant women: The mediating role of health locus of control. *Medikal Journal Of The Islamic Republic of Iran*, 34,161-167.
- Mohajan, H. K.,2017. Two criteria for good measurements in research: validity and reliability. *Annals Of Spiru Haret University. Economic Series*, 17(4), 59-82.
- Moshki, M., Baloochi Beydokhti, T., Cheravi, K.,2014. The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2256-2263.
- Moyo, G. P. K., Djoda, N.,2020. relationship between the baby blues and postpartum depression: A study among cameroonian women. *American Journal Of Psychiatry And Neuroscience*, 8(1), 26-29.
- Ngai, F.W., Ngu, S. F.,2015. Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *Journal Of Psychosomatic Research*, 78(2), 156-161.
- Nishimura, A., Fujita, Y., Katsuta, M., Ishihara, A., Ohashi, K.,2015. Paternal postnatal depression in japan: an investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 15(1), 1-8.
- Noble, H.,Smith, J.,2015. Issues of validity and reliability in qualitative Research. *Evidence-Based Nursing*, 18(2), 34-35.
- Nur, N., Çetinkaya, S., Bakır, D., Demirel, Y.,2004. Postnatal depression prevalence and risk factors in women in sivas city center. *CU Faculty Of Medicine Journal*, 26, 55-59.
- O'hara, M. W., McCabe, J. E.,2013. Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 9, 379-407.

- Oliveira, T. A., Luzetti, G., Rosalem, M. M. A., Neto, C. M.,2022. Screening of perinatal depression using the edinburgh postpartum depression scale. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia*, 44(5), 452-457.
- Orhon, F. S., Ulukol, B.,Soykan, A.,2007. Postpartum mood disorders and maternal perceptions of infant patterns in well-child follow-up visits. *Acta Paediatrica*, 96(12), 1777-1783.
- Öner, N.,2009.Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı .Psychological Tests Used In Turkey: A Resource Book. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları,9-18,İstanbul.
- Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E.,Dinç, H.,2017. Postpartum depression prevalence and risk factors in turkey: A systematic review and meta-analysis. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 31(4), 420-428.
- Özdamar, K.,2017. Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi IBM SPSS, IBM SPSS AMOS ve MINTAB Uygulamalı. Nisan Kitapevi,78-79,Eskişehir.
- Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y.,Bilgel, N.,2010. Health literacy among adults:a study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-47
- Özgüven, İ. E. (2004). Psikolojik Testler. Sistem Ofset,1,110-113,Ankara.
- Özkan, S. A., Bozkurt, A. M., Korkmaz, B., Yılmaz, G., Küçükkelepce, D. Ş.,2019. Postpartum birinci ayda depresyon ve emzirme özyeterliliği arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(1), 28-35.
- Özşahin, Z., Santur, S. G.,2021. Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ve postpartum depressyon ile emzirme öz yeterliliği aarasındaki ilişkinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 285-301.
- Öztürk, N., Aydın, N.,2018. Anne ruh sağlığının önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 29-36.

- Pampaka, D., Papatheodorou, S. I., AlSeaidan, M., Al Wotayan, R., Wright, R. J., Buring, J. E., Dockery, D. W., Christophi, C. A., 2019. Postnatal depressive symptoms in women with and without antenatal depressive symptoms: Results from a prospective cohort study. *Archives Of Womens Mental Health*, 22(1), 93-103.
- Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L., Stein, A., 2012. Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 101(1), 57-79.
- Pop, V. J., Pommer, A. M., Pop-Purceleanu, M., Wijnen, H. A., Bergink, V., Pouwer, F., 2011. Development of the tilburg pregnancy distress Scale: The TPDS. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 11(1), 1-8.
- Pope, C. J., Mazmanian, D., 2016. Breastfeeding and postpartum depression: An overview and methodological recommendations for future Research. *Depression Research And Treatment*, 1, 1-9.
- Rahman, A., Harrington, R., Bunn, J., 2002. Can maternal depression increase infant risk of illness and growth impairment in developing countries? *Child: Care, Health And Development*, 28(1), 51-56.
- Rahman, A., Iqbal, Z., Bunn, J., Lovel, H., Harrington, R., 2004. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives Of General Psychiatry*, 61(9), 946-952.
- Rahman, A., Iqbal, Z., Harrington, R., 2003. Life events, social support and depression in childbirth: Perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological Medicine*, 33(7), 1161-1167.
- Rai, S., Pathak, A., Sharma, I., 2015. Postpartum psychiatric disorders: early diagnosis and management. *Indian Journal Of Psychiatry*, 57(2), 216-221.

- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., Arbabisarjou, A., 2020. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 127-136.
- Robertson, G., 2017. Developing valid and reliable survey scales. *Bill & Melinda Gates Foundation*, 1, 4-25.
- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S., & Goldstein, R., 2013. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with copd. *copd: Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1), 72-78.
- Salarvand, S., Ghazvineh, S., Mousivand, F., Ahmadi Gharaei, H., Bitaraf, S., 2023. Health literacy and its related factors as predictors for the breastfeeding self-efficacy in a western province in Iran, *BMC Public Health*, 23(1):593-562.
- Scaunasu, R. V., Voiculescu, Ș., Popescu, B., Popa, R., Bălălău, D., Răducu, L., Cozma, C. N., Jecan, C. R., 2018. Depression and breast cancer; postoperative short-term implications. *Journal Of Mind And Medical Sciences*, 5(1), 82-84.
- Seçer, İ., 2015. SPSS Ve LISREL Ile Pratik Veri Analizi, Analiz Ve Raporlaştırma. Anı Yayıncılık, 116-155, Ankara.
- Seven, M., Akyüz, A., 2013. Postpartum depresyon gelişiminde etkisi az bilinen bir faktör: İnfertilite. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3), 7-11.
- Simon, D., Kriston, L., Loh, A., Spies, C., Scheibler, F., Wills, C., Härter, M., 2010. Confirmatory factor analysis and recommendations for improvement of the autonomy-preference-index (API). *Health Expectations*, 13(3), 234-243.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13.

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., Brand, H., 2013. Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the european health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13, 1-10.
- Souza, A. C. D., Alexandre, N. M. C., Guirardello, E. D. B., 2017. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia E Servicos De Saude*, 26, 649-659.
- Stewart, D. E., Vigod, S. N., 2019. Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual Review Of Medicine*, 70, 183-196.
- Şayık, D., Arı, s., Kaya, Y., Kaya, E., & Emine, K., 2019. Gebe eğitiminin anne ve babanın anksiyete, depresyon düzeylerine etkisi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 41(1), 23-30.
- Şen, S., Yıldırım, İ., 2021. Eğitimde Araştırma Yöntemleri.. Nobel Tıp Kitabevi, 2, 358-360, Ankara.
- Şencan, H. (2005). Sosyal Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlilik ve Geçerlilik. Seçkin Yayıncılık, 1, 241-546, Ankara.
- Taherdoost, H., 2016. Validity and reliability of the research instrument; how to test the validation of a questionnaire/survey in a research. how to test the validation of a questionnaire/survey in a Research. *International Journal of Academic Research in Management*, 5(3), 28-36.
- Tamaki, A., 2008. Effectiveness of home visits by mental health nurses for japanese women with post-partum depression. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 17(6), 419-427.

- Taşkın, L.,2016. Postpartum dönem. In *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (Vol. 13, pp. 462-490). Akademisyen Tıp Kitapevi,13,462-490,Ankara.
- Tavananezhad, N., Bolbanabad, A. M., Ghelichkhani, F., Efati Daryani, F., Mirghafourvand, M.,2022.The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: a cross-sectional study.BMC Pregnancy and Childbirth,22,351-360.
- Tavşancıl, E.,2005.Tutumların Ölçülmesi Ve Spss İle Veri Analizi.Nobel Basimevi,1,101-224, Ankara.
- Tezel, A.,2006. Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin/ebelerin sorumlulukları. *New Symposium Journal*,49-52.
- The European Health Consortium,2011. The european health literacy project 2009–2012. *German Questionnaire NRW. Feldzeit*, 7, 27.
- Thompson, A., Hunt, C., Issakidis, C.,2004. Why wait? reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an australian clinical sample. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 39, 810-817.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E., Brand, H.,2013. Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional kosovo. *British Journal Of Medicine And Medical Research*, 3(4), 1646-1658.
- Tomczyk, S., Muehlan, H., Freitag, S., Stolzenburg, S., Schomerus, G., Schmidt, S.,2018. Is knowledge “half the battle”? the role of depression literacy in help-seeking among a non-clinical sample of adults with currently untreated mental health problems. *Journal Of Affective Disorders*, 238, 289-296.

- Tosto, V., Ceccobelli, M., Lucarini, E., Tortorella, A., Gerli, S., Parazzini, F., Favilli, A.,2023. Maternity blues: A narrative review. *Journal Of Personalized Medicine*, 13(1), 154-168.
- Tutar, H., Erdem, A. T.,2020. Örnekleriyle Bilimsel Araştırma Yöntemleri Ve SPSS Uygulamaları. Seçkin Yayıncılık, 1,325-495,Ankara.
- Ural, A.,Kiliç, İ.,2005. Bilimsel Araştırma Süreci Ve SPSS Ile Veri Analizi.Detay Yayıncılık,241-289,Ankara.
- Üstgörül, S., Yanikkerem, E.,2014. Doğum sonrası depresyonunun maternal bağlanmaya etkisinin incelenmesi. *SSTB International Refereed Academic Journal of Sports, Health & Medical Sciences*, 12(4),5-17.
- Vogel, D. L.,Wade, N. G.,2007. Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal Of Clinical Psychology*, 63(3), 233-245.
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A.,Wardle, J.,2007. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of british adults. *Journal Of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 1086-1090.
- Vural Aktan, G., Özdemir, F.,2020. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1):352-361.
- Wang, J., Fick, G., Adair, C., Lai, D., 2007. Gender specific correlates of stigma toward depression in a canadian general population sample. *Journal Of Affective Disorders*, 103(1-3), 91-97.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D.,Verdeli, H. 2006. Offspring of depressed parents: 20 Years later. *American Journal Of Psychiatry*, 163(6), 1001-1008.

- Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., Monk, C., 2015. Preventing postpartum depression: Review and recommendations. *Archives Of Womens Mental Health*, 18(1), 41-60.
- Wisner, K. L., Sit, D. K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H. F., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., 2013. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5), 490-498.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., Baker, D. W., 2007. Health literacy and health risk behaviors among older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(1), 19-24.
- Wong, A., Carlbäck, J., 2018. A study on factors influencing acceptance of using mobile electronic identification applications in sweden. *Jönköping University Journal*, 1-50.
- World Health Organization, 1998. Division of health promotion. education and communications health education and health promotion unit, health promotion glossary, https://aoe.ahima.org/?utm_term=health%20education%20conference&utm_campaign=AOE23&utm_source=adwords&utm_medium=ppc&hsa_acc=6443157362&hsa_cam=20185927084&hsa_grp=147845352445&hsa_ad=659530146885 (12.05.2009)
- World Health Organization, 2012. Ruh sağlığı bozuklukları. <http://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/mental-isorders> (20.12.2012)
- World Health Organization, 2015. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı geliştirilmesi. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055339> (12.12.2015)

- World Health Organization, 2018. Process of translation and adaptation of instruments.https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/(20.12.2019)
- Yasir, A. S. M., 2016. Study design of validation studies needs attention.*International Psychiatry Journal*.1(1),1.
- Yavuz, M. Y., Bilge, Ç.,2022. Annelik hüznünden postpartum depresyon ve psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-10.
- Yeşilçınar, İ., Şahin, E., Mercan, D.,2021. Postpartum dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı ile geleneksel uygulamalara başvurumaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care*, 15(3), 594-601.
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P.,2011.Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 31-46.
- Yılmaz, M., Tiraki, Z.,2016.Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.
- Yusefi, A. R., Barfar, E., Daneshi, S., Bayati, M., Mehralian, G., Bastani, P.,2022.Health literacy and health promoting behaviors among inpatient women during COVID-19 pandemic.*BMC Womens Health*, 22(1):77-87.
- Zaman, F. K., Özkan, N., Toprak, D.,2018. Gebelikte depresyon ve anksiyete artar mı? *Konuralp Medical Journal*, 10(1), 20-25.
- Zubaran, C., Foresti, K.,2013. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(1), 9-15

EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK danışmanlığında sunulan “*Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	7	15
Genel Bilgiler	30	30
Materyal ve Metot	33	35
Bulgular	10	10
Tartışma	15	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 23/08/2023

* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun/....../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun/....../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU

		ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
KARAR					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı			
	TELEFON	+90 442 234 65 11			
	FAKS	+90 442 236 09 68			
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com			
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Doç. Dr. Ash SİS ÇELİK			
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması			
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 3 Karar No: 109	Tarih: 31.03.2022			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.				

EK-3. KURUM İZNİ



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ERZURUM
SAĞLIK HİZMETLERİ İZLEME, DEĞERLENDİRME VE
DENETİM BİRİMİ
06/06/2022 09:23 - E-76614443 - 799 - 110
00166763986

Sayı : E-76614443-799
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri/Müjde
SÖNMEZ

Sayın MÜJDE SÖNMEZ
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Atatürk Mahallesi Çat Yolu Caddesi NO.36 25240
Yakutiye / ERZURUM

İlgi : 03/06/2022 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçenizde **"Doğum Sonrası Depresyon Okuryazarlığı Türkçe Versiyonunu Geçerlilik ve Güvenilirlik "** başlıklı bilimsel çalışmanın yapılabilmesi için tarafımızdan izin talebinde bulunulmuştur.

Çalışmanızı Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmanız tarafımızca uygun görülmüştür. Çalışmanız esnasında etik kurallara uymanız, kurum ve kişi mahremiyetine uygun hareket etmeniz, pandemi süreci nedeniyle Bakanlığımızın belirlediği kurallara uygun hareket etmeniz önem arz etmektedir.

Söz konusu çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan toplam 2 (iki) nüsha Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve uyarılara hassasiyetle uyulması hususunda;
Bilgilerinize rica ederim.



EK-4. GEBELER İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Öğrenim durumunuz nedir?
 - ☐ İlkokul mezunu
 - ☐ Ortaokul mezunu
 - ☐ Lise mezunu
 - ☐ Üniversite mezunu ve üzeri
3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 - ☐ Evet (.....)
 - ☐ Hayır
4. Eşiniz kaç yaşında?.....
5. Eşinizin öğrenim durumunu nedir?
 - ☐ Okuryazar değil
 - ☐ Okuryazar/ İlkokul mezunu
 - ☐ Ortaokul mezunu
 - ☐ Lise mezunu
 - ☐ Üniversite mezunu ve üzeri
6. Eşinizin mesleği nedir?
 - ☐ Memur
 - ☐ İşçi
 - ☐ Çiftçi
 - ☐ Esnaf
 - ☐ Serbest meslek
7. Kaç yıllık evlisiniz?.....
8. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - ☐ Gelirim giderimden az
 - ☐ Gelirim giderime denk
 - ☐ Gelirim giderimden fazla
9. Aile tipiniz nedir?
 - ☐ Geniş aile
 - ☐ Çekirdek aile
10. Kaç haftalık gebesiniz.....
11. Gebelik sayınız:.....
12. Düşük sayınız:.....Kürtaj sayınız:.....

13. Yaşayan çocuk sayınız:.....
14. Varsa sonuncu çocuğunuzun yaşı:
15. İsteyerek mi gebe kaldınız? () Evet () Hayır
16. Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin daha önce bilgi aldınız mı?
() Evet (kimden) () Hayır
17. Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin nereden veya kimlerden doğru bilgiyi alacağınızı biliyor musunuz?
() Evet (kimden) () Hayır
18. Gebeliğinizde ailenizden size yardımcı olan, destek aldığınız kişiler var mı?
() Evet (kim) () Hayır
19. Doğum sonu dönemde size evde destek olabilecek kişiler var mı?
() Evet (kim) () Hayır
20. Geçmişte herhangi bir ruh hastalığı tedavisi aldınız mı?
() Evet (hastalık nedir?) () Hayır
21. Gebeliğinizde herhangi bir ruh hastalığı tedavisi alıyor musunuz?
() Evet (hastalık nedir?) () Hayır
22. Doğum sonu depresyon hakkında bilgi aldınız mı?
() Evet () Hayır
23. Eğer bilgi aldıysanız kimden aldınız?
- () Kadın doğum doktoru
 - () Ebe/ hemşire
 - () Psikolog
 - () Psikiyatrist
 - () İnternet
 - () Kitap
 - () Radyo/ televizyon
 - () Arkadaş veya aile üyeleri

EK-5. LOHUSALAR İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Öğrenim durumunuz nedir?
 - ☐ İlkokul mezunu
 - ☐ Ortaokul mezunu
 - ☐ Lise mezunu
 - ☐ Üniversite mezunu ve üzeri
3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 - ☐ Evet (.....)
 - ☐ Hayır
4. Eşiniz kaç yaşında?.....
5. Eşinizin öğrenim durumunu nedir?
 - ☐ Okuryazar değil
 - ☐ Okuryazar/ İlkokul mezunu
 - ☐ Ortaokul mezunu
 - ☐ Lise mezunu
 - ☐ Üniversite mezunu ve üzeri
6. Eşinizin mesleği nedir?
 - ☐ Memur
 - ☐ İşçi
 - ☐ Çiftçi
 - ☐ Esnaf
 - ☐ Serbest meslek
7. Kaç yıllık evlisiniz?.....
8. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - ☐ Gelirim giderimden az
 - ☐ Gelirim giderime denk
 - ☐ Gelirim giderimden fazla
9. Aile tipiniz nedir?
 - ☐ Geniş aile
 - ☐ Çekirdek aile
10. Kaç haftalıkken doğum yaptınız:.....
11. Doğumun üzerinden geçen süre: ay
12. Gebelik sayınız:.....

13. Düşük sayınız:.....Kürtaj sayınız:.....
14. Yaşayan çocuk sayınız:.....
15. İsteyerek mi gebe kaldınız? () Evet () Hayır
16. Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin daha önce bilgi aldınız mı?
() Evet (kimden) () Hayır
17. Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin nereden veya kimlerden doğru bilgiyi alacağınızı biliyor musunuz?
() Evet (kimden) () Hayır
18. Gebeliğinizde ailenizden size yardımcı olan, destek aldığınız kişiler var mı?
() Evet (kim) () Hayır
19. Doğum sonu dönemde size evde destek olabilecek kişiler var mı?
() Evet (kim) () Hayır
20. Geçmişte herhangi bir ruh hastalığı tedavisi aldınız mı?
() Evet (hastalık nedir?) () Hayır
21. Doğum sonrası dönemde herhangi bir ruh hastalığı tedavisi aldınız mı?
() Evet (hastalık nedir?) () Hayır
22. Doğum sonu depresyon hakkında bilgi aldınız mı?
() Evet () Hayır
23. Doğum sonu depresyon hakkında bilgi aldıysanız kimden aldınız?
- () Bilgi almadım
 - () Kadın doğum doktoru
 - () Ebe/ hemşire
 - () Psikolog
 - () Psikiyatrist
 - () İnternet
 - () Kitap
 - () Radyo/ televizyon
 - () Arkadaş veya aile üyeleri

EK-6. BECK-DEPRESYON ENVANTERİ

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
☐ Minimal depresyon	0-9
☐ Hafif depresyon	10-16
☐ Orta depresyon	17-29
☐ Şiddetli depresyon	30-63

EK-7. EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1) *Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.*

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Artık pek okadar değil
- ☐ Artık kesinlikle okadar değil
- ☐ Artık hiç değil

2) *Geleceğe hevesle bakıyorum.*

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

3) *Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.*

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiç bir zaman

4) *Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.*

- ☐ Hayır, hiç bir zaman
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Evet, çoğu zaman

5) *İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.*

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Hayır, çok sık değil
- ☐ Hayır, hiç bir zaman

6) *Her şey giderek sırtıma yükleniyor.*

- ☐Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- ☐Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- ☐Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- ☐Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7) *Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.*

- ☐Evet, çoğu zaman
- ☐Evet, bazen
- ☐Çok sık değil
- ☐Hayır, hiç bir zaman

8) *Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.*

- ☐Evet, çoğu zaman
- ☐Evet, oldukça sık
- ☐Çok sık değil
- ☐Hayır, hiç bir zaman

9) *Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.*

- ☐Evet, çoğu zaman
- ☐Evet, oldukça sık
- ☐Çok seyrek
- ☐Hayır, asla

10) *Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.*

- ☐Evet, oldukça sık
- ☐Bazen
- ☐Hemen hemen hiç
- ☐Asla

Değerlendirme: Ölçek bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin değerlendirilmesinde tüm sorular 0-3 arasında puanlandırılır ve ölçekte alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Ölçekteki sorulardan 1., 2. ve 4. sorular 0-1-2-3 biçiminde puanlanırken; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. sorular ise 3-2-1-0 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 13 olarak hesaplanmıştır.

EK-8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

BİLGİYE ERİŞİM	Hiç Zorluk Çekmiyorum	Az Zorluk Çekmiyorum	Biraz Zorluk Çekiyorum	Çok Zorluk Çekiyorum	Yapamayacak Durumdayım/ Hiç Yeteneğim Yok/ Olanaksız
1. Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?					
BİLGİLERİ ANLAMA					
6. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
7. Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
DEĞER BİÇME/ DEĞERLENDİRME					
13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					

18. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
UYGULAMA/ KULLANMA					
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22. Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25. Sağlıkla ilgili bilgiler sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					

EK-9. DEPRESYON OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE VERSİYONU

Sayın katılımcı,

Bu anket, sizin doğum sonrası depresyon okuryazarlığına yönelik algıladığınız bilgi, inanç ve becerilerinizi değerlendirmeyi amaçlar. Her soru için, bilginizi, inançlarınızı veya becerilerinizi en iyi tanımlayan bir cevabı işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

Madde No	Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Alışılmadık şekilde üzgün ve ağlamaklı hissetmek doğum sonrası depresyonun bir belirtisi olabilir.					
2	Çok fazla veya çok az uyumak doğum sonrası depresyonun bir belirtisi olabilir.					
3	Çok fazla yemek yemek veya yeme isteğini kaybetmek doğum sonrası depresyonun bir belirtisi olabilir					
4	Daha önce yapılan aktiviteleri yapmamak veya bunlardan keyif alamamak doğum sonrası depresyonun bir belirtisi olabilir.					
5	Doğum sonrası depresyon kişinin hafızasını ve konsantrasyonunu (odaklanmasını) etkiler.					
6	Doğum sonrası depresyonun belirti ve bulguları en az iki hafta sürer					
	Maddeler	Hiç mümkün değil	Mümkün değil	Kararsızım	Mümkün	Çok mümkün
7	Doğum sonrası depresyonun genetik veya kalıtsal bir sorundan kaynaklanması ne kadar mümkündür?					
8	Doğum sonrası depresyonun yaşamdaki stresli durumlardan (sevilen birinin ölümü veya boşanma gibi) kaynaklanması ne kadar mümkündür?					
9	Doğum sonrası depresyonun eş desteği gibi sosyal bir destek eksikliğinden kaynaklanması ne kadar mümkündür?					
10	Doğum sonrası depresyonun, daha önceden bir depresyon yaşamış olma durumundan kaynaklanması ne kadar mümkündür?					
11	Doğum sonrası depresyonun hormonal bir dengesizlikten kaynaklanması ne kadar mümkündür?					

	Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
12	Fiziksel aktivite, doğum sonrası depresyonu önlemede veya depresyonla baş edebilmede etkilidir.					
13	Bebek bakımı ve ev işleri gibi konularda eşten ve aile üyelerinden yardım almak, doğum sonrası depresyonu önlemeye veya depresyonla baş edebilmeye yardımcı olur.					
14	İbadet etmek, dua etmek ve türbe gibi kutsal yerlere gitmek doğum sonrası depresyonu önlemeye veya depresyonla baş edebilmeye yardımcı olur.					
15	Dengeli beslenme, doğum sonrası depresyonu önlemeye veya depresyonla baş edebilmeye yardımcı olur.					
16	İyi uyku, doğum sonrası depresyonu önlemeye veya depresyonla baş edebilmeye yardımcı olur.					
17	Ruh sağlığı alanında uzman bir sağlık çalışanı tarafından sağlanan doğum sonrası depresyon tedavisi etkili olabilir.					
18	Psikoterapi, (örneğin; konuşma terapisi veya danışmanlık gibi) doğum sonrası depresyonun tedavisinde etkili olabilir.					
19	Antidepresan ilaçlar bağımlılık yapar.					
20	Antidepresan ilaçlar beyin hasarına neden olur.					
21	Psikiyatrik tedavi almanın çilesini çekmektense doğum sonrası depresyonla yaşamayı tercih ederim.					
22	Doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlar için klinikler olmasına rağmen, onlara pek inanmam.					
23	Doğum sonrası depresyon yaşayan çoğu kadın şiddete eğilimlidir.					
24	Doğum sonrası depresyon yaşamamak için, doğum sonrası depresyon yaşayan kadınlardan uzak durmak en iyisidir.					
25	Eğer doğum sonrası depresyon yaşasaydım bundan hiç kimseye bahsetmezdim.					
26	Psikoloji / psikiyatri randevularına gitseydim (gittiğim için) ailemin / arkadaşlarımla benim hakkımda ne düşüneceğinden korkardım (korkuyorum).					
27	Doğum sonrası depresyon hakkında nereden bilgi alabileceğimi biliyorum.					
28	Bilgileri araştırmak için çeşitli kaynaklardan nasıl yararlanacağımı biliyorum.					
29	Doğum sonrası depresyonla ilgili, radyo ve televizyondan duyduğum bilgilerin doğruluğunu değerlendirebilirim.					
30	Doğum sonrası depresyonla ilgili, internette gördüğüm bilgilerin doğruluğunu değerlendirebilirim.					
31	Doğum sonrası depresyonla ilgili, arkadaşlarımla ve ailemin bana verdiği tavsiyelerin doğruluğunu değerlendirebilirim.					

EK-10. DOĞUM SONRASI DEPRESYON OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ ORJİNALİ

The Postpartum Depression Literacy Scale (PoDLiS)

Dear respondent,

This questionnaire deals with your perceived knowledge, beliefs and skills on postpartum depression literacy. For each question, put a check mark or cross in the box in front of the answer that best describes your knowledge, beliefs or skills. Please answer all questions.

Item	Items	Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree
1	Feeling unusually sad and teary may be a symptom of postpartum depression					
2	Sleeping too much or too little may be a sign of postpartum depression					
3	Eating too much or losing interest in food may be a sign of postpartum depression					
4	Loss of interest or pleasure in activities may be a symptom of postpartum depression					
5	Postpartum depression affects a person's memory and concentration					
6	Symptoms and signs of postpartum depression last for a period of at least two weeks					
	Items	Not likely at all	Not very likely	Neutral	Some what likely	Very likely
7	How likely is it that postpartum depression might be caused by a genetic or inherited problem?					
8	How likely is it that postpartum depression might be caused by stressful circumstances in the life (such as the death of a loved one or divorce)?					
9	How likely is it that postpartum depression might be caused by lack of social support such as intimate partner support?					
10	How likely is it that postpartum depression might be caused by a previous history of depression?					
11	How likely is it that postpartum depression might be caused by a hormonal imbalance?					

	Items	Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree
12	Physical activity is effective for the prevention or management of postpartum depression					
13	Seeking help with tasks like infant care and house hold chores from intimate partners and family members is helpful for the prevention or management of postpartum depression					
14	Religious practices, prayer and going to holy shrine are helpful for the prevention or management of postpartum depression					
15	Having a balanced diet is helpful for the prevention or management of postpartum depression					
16	Good sleep is helpful for the prevention or management of postpartum depression					
17	Treatment for postpartum depression, provided by a mental health professional, can be effective					
18	Psychotherapy (for example, talking therapy or counselling) can be effective in treating postpartum depression					
19	Antidepressants are addictive					
20	Antidepressants cause brain damage					
21	I would rather live with postpartum depression than go through the ordeal of getting psychiatric treatment					
22	Although there are clinics for women with postpartum depression, I would not have much faith in them					
23	Most women who have postpartum depression are violent					
24	It is best to avoid women with postpartum depression so that you don't develop this problem					
25	If I had postpartum depression I would not tell anyone					
26	I am afraid of what my family and/or friends might think of me for attending psychology and/ or psychiatry appointments					
27	I know where to seek information about postpartum depression					
28	I know how to use information various sources to seek					
29	I can appraise the accuracy of information about postpartum depression on the radio and television					
30	I can appraise the accuracy of information about postpartum depression on the Internet					
31	I can appraise the accuracy of advices about postpartum depression given to me by friends and family members					

EK-11. ÖLÇEK UYARLAMA İZNİ



Dr. Ali Montazeri
Aslı SİS ÇELİK

22.03.2021



Dear Dr. Celik,

Thank you for your e-mil. You are welcome to translate
and validate the Turkish version of the PoDLiS.

Best wishes.

Ali Montazeri



EK-12. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ

Prof. Dr. Ayden ÇOBAN	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Ebelik AD
Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği AD
Prof. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Ebelik AD
Prof. Dr. Nülüfer ERBİL	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD
Prof. Dr. Serap EJDER APAY	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Ebelik AD
Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr. Dilek POTUR	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr. Havva ÖZKAN	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Ebelik AD
Doç. Dr. Songül AKTAŞ	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Ebelik AD
Doç. Dr. Yeliz DOĞAN MERİH	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Ebelik AD

*Uzmanların unvan ve isimleri alfabetik sıraya göre sıralanmıştır.