



**T.C.  
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM SONRASI ANNELİK HÜZNÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ;  
GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**EBRU KÜÇÜK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
EBELİK ANA BİLİM DALI**

**SIVAS-2022**

**T.C.**  
**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM SONRASI ANNELİK HÜZNÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ;  
GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**EBRU KÜÇÜK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**EBELİK ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**  
**DOÇ. DR. BÜŞRA CESUR**

**SİVAS-2022**

## ONAY SAYFASI

## YÖNERGE

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın tüm aşamalarında değerli bilgi, deneyim ve görüşlerini paylaşarak beni destekleyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Büşra CESUR' a,  
Araştırma sürecimde uzman görüşleriyle araştırmama katkı sağlayan tüm hocalarıma,  
Tez izleme jürimde bulunan, Sayın Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN ve Doç.Dr. Zeliha Burcu YURSAL'a,  
İstatistik aşamasında yardımlarını esirgemeyen, Dr.Öğr.Üyesi Ziyet ÇINAR'a  
Desteklerini hep hissettiğim, beni bugünlere getiren annem Sema ÖZ ve babam Muhittin ÖZ'e, zor zamanlarda hep yanımda olan kayınvalidem Emine KÜÇÜK'e,  
Tezimin her aşamasında yanımda bulunan, sonsuz destek, sabır ve anlayış gösteren, amaçlarımın peşinde ilerlememde destek olan sevgili eşim Uğur KÜÇÜK'e,  
Kendilerine ayırmam gereken zamanı bu çalışmaya ayırmama izin veren ve varlıkları ile bana güç veren çocuklarım Mustafa Kerem KÜÇÜK ve Ece Nisa KÜÇÜK'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**ÖZET**  
**DOĞUM SONRASI ANNELİK HÜZNÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ;**  
**GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

EBRU KÜÇÜK

Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Büşra CESUR

2022/101 Sayfa

Araştırma, doğum sonrası annelik hüznünü değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı oluşturmak amacıyla yapıldı. Araştırma metodolojik tipte olup, Ekim 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında , Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Kadın Doğum Kliniğinde doğum sonrası 443 anne ile gerçekleşti. Araştırmada verilerin toplanması; araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ve Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği (DSAHDÖ) taslak hali kullanıldı. Analiz IBM SPSS 22.0 ve AMOS paket programı kullanılarak yapıldı. Kapsam geçerliliği indeksi (KGİ) Lawshe tekniği kullanılarak, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısı , açıklayıcı, doğrulayıcı faktör analizi, madde toplam korelasyonu ve test-tekrar test uygulanarak pearson momentler çarpımı katsayısı ile analizler yapıldı. Araştırmada kullanılan DSAHDÖ toplam varyansın %55,850 açıklayan, 3 alt boyut ve 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) değeri 0,890, Bartlett Küresellik Testi ( $\chi^2(861)$ ) istatistiksel olarak iyi düzeyde anlamlı bulundu. Ölçeğin KGİ aralığı 0,93-0,97; faktör yükleri ise 0,20-0,827, madde toplam korelasyonları 0,437-0,730 ve alt boyutların Cronbach Alpha Güvenirlik katsayıları (anne öz bakım: 0,914; bebek bakım: 0,858; eş destek:0,780) ölçeğin genel puanı 0,902 olup yüksek güvenirlindedir. Doğrulayıcı faktör analizindeki uyum indeksleri ise  $\chi^2$  (Cmin/df) 3,794; CFI 0,883; NFI 0,849; IFI 0,884; GFI 0,964 ve AGFI 0,829 ve RMSEA 0,080 olup kabul edilebilir ve iyi uyum göstermektedir. Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile ilk test ve son test arasında uyumun iyi olduğu tespit edildi( $p<0,01$ ;  $r:0.99$ ). Sonuç olarak, doğum sonu annelerin hüznün belirti ve oranlarını değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği elde edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum sonu; annelik hüznü; geçerlilik ve güvenilirlik; ölçek geliştirme; ebelik

## ABSTRACT

### POSTPARTUM MATERNITY BLUES ASSESMENT SCALE: IMPROVEMENT, VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

Ebru KÜÇÜK

Master Thesis, Department of Midwifery

Süpervizör: Assoc. Prof. Büşra CESUR

2022/101 pages

The research was conducted to prepare a valid and reliable measurement tool to assess postpartum maternity blues. This is a methodological research and was conducted between October 2020 and June 2021 in Çanakkale Mehmet Akif Ersoy State Hospital, Gynecology Clinic, with 443 mothers in the postpartum period. For data collection, Personal Information Form prepared by the researcher and the draft form Postpartum Maternity Blues Assessment Scale (PMBAS) were used. Analysis was performed using IBM SPSS 22.0 and AMOS. The reliability and study of the scale were conducted using content validity index (CVI), Lawshe's technique, Cronbach Alpha coefficient, explanatory and confirmatory factor analysis, item total correlation, test-retest method, and analyzes were performed with Pearson product-moment coefficient. The PMBAS used in the study comprises three sub-dimensions and 23 items, explaining 55.850% of the total variance. The Kaiser-Meyer-Olkin coefficient (KMO) value of the scale was found to be 0.890, and the Bartlett Test of Sphericity ( $\chi^2(861)$ ) was found as statistically significant. The CVI range of the scale was 0.93-0.97; factor loadings were 0.20-0.827, item-total correlations were 0.437-0.730, and the Cronbach Alpha reliability coefficients of the sub-dimensions were mother self-care: 0.914; infant care: 0.858; support of the spouse: 0.780, the overall score of the scale was 0.902, and the scale had high reliability. The fit indices in confirmatory factor analysis were  $\chi^2$  (Cmin/df) 3.794; CFI 0.883; NFI 0.849; IFI 0.884; GFI 0.964 and AGFI 0.829 and RMSEA 0.080 and they were acceptable and had a good fit.

It was determined that there was a good fit between Pearson product-moment correlation coefficient and pre-test and post-test ( $p < 0.01$ ;  $r: 0.99$ ). As a result, a valid and reliable Postpartum Maternity Blues Assessment Scale that can be used to assess the symptoms and rates of blues in mothers in the postpartum period was obtained.

**Keywords:** Postpartum; maternal sadness; validity and reliability; scale development; midwifery



## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	III
ÖZET .....	VI
ABSTRACT .....	VII
TABLolar DİZİNİ .....	XII
ÇİZELGE DİZİNİ .....	XIII
KISALTMALAR / SİMGELER DİZİNİ.....	XIV
<b>1.GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı:.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezi:.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1.Doğum sonu dönem .....	4
2.1.1.Doğum Sonu Dönemdeki Fizyolojik Değişimler.....	5
2.1.1.1.Üreme Organlarının İnvölüsyonu: .....	5
2.1.1.2.Değişime Uğrayan Diğer Organ ve Sistemler:.....	6
2.1.1.3.Laktasyon:.....	8
2.1.2. Doğum Sonu Dönemdeki Psikolojik Değişimler .....	8
2.1.2.1 Doğum Sonrası (Postpartum) Depresyon.....	9
2.1.2.2 Doğum Sonrası (Pospartum) Psikoz .....	11
2.1.2.3. Annelik Hüznü .....	12
2.1.2.3.1. Annelik Hüznünün Belirtileri ve Nedenleri .....	14
2.1.2.3.2. Annelik Hüznünün Görüldüğü Günler ve Sıklığı .....	16
2.1.2.3.3. Annelik Hüznünün Risk Faktörleri .....	19
2.1.2.3.4. Annelik Hüznünün Tedavisi .....	20
2.1.2.3.5. Annelik Hüznünün Komplikasyonları .....	22
2.1.2.3.6. Annelik Hüznünde Ebelik Yaklaşımları .....	22
<b>3. ÖLÇEK VE ÖLÇEK GELİŞTİRME.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1. ÖLÇEK GELİŞTİRME DE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK.....</b>	<b>26</b>
3.1.1. Geçerlilik (Validity):.....	26
3.1.1.1. Geçerlilik Çeşitleri ve Ölçümde Kullanılan Yöntemleri.....	26
3.1.1.2. Yorumsal Geçerlik (Translation Validity): .....	26
3.1.1.3. Ölçüte Dayalı Geçerlik (Criterion- Related Validation): .....	27

3.1.1.3.1. Yapı Geçerliği .....	28
3.1.2. Güvenirlik .....	31
<b>4.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>35</b>
4.1. Araştırmanın Şekli .....	35
4.1.1. Araştırma ve Tez Yazım Planı .....	35
4.3. Araştırmanın Evreni .....	37
4.4. Araştırmanın Örnekleme.....	37
4.5.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	38
4.6. Veri Toplama Araçları .....	38
4.6.1. Veri Toplama Formları .....	38
4.7. Ön Uygulama .....	40
4.8. Verilerin Toplaması .....	40
4.9. Verilerin Değerlendirilmesi .....	40
4.10. Araştırmanın Etik Yönü .....	41
<b>5. BULGULAR</b> .....	<b>42</b>
5.2. Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Bulguları.....	48
5.2.1. Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik Bulguları.....	48
5.2.1.1. Kapsam / İçerik geçerliliği .....	48
5.2.1.2. Yüze Geçerliliği .....	53
5.2.1.3. Görünüm Geçerliliği .....	53
5.2.1.4. Yapı Geçerliliği.....	53
5.2.1.5. Açıklayıcı Faktör Analizi.....	53
5.2.1.6. Doğrulayıcı Faktör Analizi .....	58
5.2.2. Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin Güvenirlik Bulguları .....	62
5.2.2.1. Değişmezlik (Test – Tekrar Test) Güvenirliği Analiz Sonuçları .....	62
5.2.2.2. İç Tutarlılık (Cronbach Alpha) Güvenirliği Analiz Sonuçları .....	62
5.2.2.3. Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin Madde Toplam Korelasyon Katsayıları .....	63
<b>6. TARTIŞMA</b> .....	<b>72</b>
6.1. Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeği (DSAHDÖ); Geçerliliğin Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	72
6.2. Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeği (DSAHDÖ); Güvenirlik Değerlendirmesine İlişkin Bulguları .....	76

<b>7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>79</b>
7.1. Sonuçlar .....	79
7.2. Öneriler .....	80
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>81</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>96</b>

## TABLÖLAR DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Tablo 1:</b> Doğum Sonu Dönemdeki Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n= 443)	42
<b>Tablo 2:</b> Doğum Sonu Dönemdeki Annelerin Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı (n=443)....	43
<b>Tablo 3:</b> Doğum Sonu Dönemdeki Anne-Bebek ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=443) .....	45
<b>Tablo 4:</b> Doğum Sonu Dönemde Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği Kapsam Geçerlilik İndeksi.....	49
<b>Tablo 5:</b> Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör İlk Analizi	54
<b>Tablo 6:</b> Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin Döndürülmüş Bileşenleri (son analiz).....	56
<b>Tablo 7:</b> Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular ve Uyum indeksleri .....	58
<b>Tablo 8:</b> Path Diyagram Modeline İlişkin Sonuçlar.....	61
<b>Tablo 9:</b> Test Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması .....	62
<b>Tablo 10:</b> Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin İç Tutarlılık Analizi .....	62
<b>Tablo 11:</b> Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin Madde Toplam Korelasyon Katsayıları .....	63
<b>Tablo 12:</b> Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	66
<b>Tablo 13:</b> Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin annelerin doğurganlık özelliklerine göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	67
<b>Tablo 14:</b> Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin (DSAHDÖ) doğum sonu anne- bebek özelliklerinin ölçek alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	70

## ÇİZELGE DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Şekil 1:</b> Doğrulayıcı Faktör Analizinde Oluşan Uyum İndeksi Beklendik Değer Aralıkları (Karagöz, 2018) .....	30
<b>Şekil 2:</b> Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısının Değerlendirme Aralıkları (Özdamar,2018)..	32
<b>Şekil 3:</b> Geçerlilik ve Güvenirlik sınaama yöntemleri ve kullanılan testler (Karakoç ve Dönmez, 2014) .....	34
<b>Şekil 4:</b> Araştırmanın yapılmasında izlenecek yol şeması.....	35
<b>Şekil 5:</b> Tez Yazım Planı .....	36
<b>Şekil 6:</b> Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin Path Diyagramı.....	59
<b>Şekil 7:</b> Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin Path Diyagramı.....	60

## KISALTMALAR / SİMGELER DİZİNİ

<b>AFA</b>	:Açıklayıcı Faktör Analizi
<b>AGFI</b>	:Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (Adjustment Goodness of Fit Index)
<b>AH</b>	:Annelik hüznü
<b>CFI</b>	:Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)
<b>CMIN/DF</b>	:Ki-Kare/ Serbestlik Derecesi
<b>DFA</b>	:Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>DSAHDÖ</b>	:Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği
<b>GFI</b>	:Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index)
<b>IFI</b>	:Artan Uyum İndeksi (Incremental Fit Index)
<b>KGI</b>	:Kapsam Geçerlik İndeksi
<b>KGO</b>	:Kapsam Geçerliliği Oranı
<b>KMO</b>	:Kaiser-Meyer-Olkin
<b>NFI</b>	:Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi (Normed Fit Index)
<b>NNFI-TLI</b>	:Ölçeklendirilmemiş Uyum İndeksi (Normed Fit Index/Tucker Lewis Index)
<b>RMSEA</b>	:Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması (Root Mean Square Error of Approximation)
<b>SRMR</b>	:Standarlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması
<b>SPSS</b>	:Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Program For Social Scientists)
<b>P</b>	: Tek Yönlü Varyans Analizinde Test Olasılığı
<b>PPD</b>	:Postpartum Depresyon
<b>F</b>	:Tek Yönlü Varyans Analizinde F Değeri
<b>T</b>	:Tek Yönlü Varyans Analizinde T Değeri
<b>TDK</b>	:Türk Dil Kurumu
$\infty$	:Cronbach İç Tutarlılık Katsayısı
<b>Rp</b>	:Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı
<b>X<sup>2</sup></b>	:Ki-Kare
<b>Sd</b>	: Serbestlik Derecesi

## 1.GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı; “sadece hastalık ve sakatlık olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (Öztürk ve Kıracı, 2019). Dolayısıyla sağlığımızın, ruhsal, fiziksel ve kültürel boyutları ile bir bütün olarak düşünülmesi gerekmektedir. İnsanlar gelişimleri boyunca biyolojik, sosyo-kültürel, siperütüel ve psikolojik olarak farklı engeller ile karşı karşıya gelebilmektedir (Öz, 2010). Örneğin; kadınların sağlık bakım gereksinimi ihtiyacının önemli ölçüde arttığı gebelik, doğum ve doğum sonu (pospartum, lohusalık, postnatal, puerperium) dönemlerin annenin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden etkilendiği gelişimsel kriz olarak adlandırıldığı dönemlerdir (Taşkın, 2020; Walker ve ark,2015).

Doğum sonu dönem fetüs ve plasentanın doğumu ile başlayıp annenin fiziksel ve psikolojik değişimlerinin doğum öncesi döneme dönmesi için geçen 6 haftalık bir zaman dilimini kapsamaktadır. Annede oluşan fizyolojik boyutta değişimlere; perinede ödem ve ağrı, epizyotomi veya sezeryan bölgesinde ağrı, pelvik kaslarda gevşeme, kardiyak output, renal pelvisin ve üreterlerin genişlemesi, memelerde hassasiyet ve dolgunluk, meme uçlarında çatlaklar, bağırsak peristaltizimin yavaşlaması nedeniyle konstipasyon, baş ağrısı örnek verilebilir. Bu değişimler doğum sonu süreci olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuzlukların yanı sıra annelerin duygusal olarak da kendilerini en çok hassas hissettikleri ve bunun da progesteron ve östrojen hormonlarındaki azalmadan kaynaklı duygusal bozukluklar olduğu bilinmektedir. (Pop ve ark, 2015; Taşkın, 2020; Demirgöz Bal ve Dereli Yılmaz; 2017). Annenin bebeğinin olması annede, mutluluk uyandırmasına rağmen biyopsikososyal bir varlık olan kadın, annelik rolüne uyum sağladığı dönemdir (Işıl ve ark., 2006; Güner, 2015; Taşkın, 2020). Annenin fizyolojik, psikolojik değişimlerine ek olarak annenin eşine ve diğer aile üyeleri ile ilişkileri de değişip doğum sonu sürecin zorlukları olarak sıralanabilir (Ferber ve Makhoul, 2004; Rondon,2003). Birçok stresöre maruz kalan anne, kendisinde oluşabilecek duygu durum bozuklukları riski ile karşı karşıya kalmaktadır.

Bunlar genellikle annelik hüznü, postpartum anksiyete, postpartum depresyon ve postpartum psikozdur. (Işıl ve ark,2006; Yıldırım ve ark, 2011; Duran, 2020).

Türk Dil Kurumu (TDK) hüznü; ‘gönül üzgünlüğü, gam, keder, sıkıntı’ olarak tanımlamaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>). Annelik hüznü (AH), geçici bir ruh hali fenomenisi olarak başlayıp ilk birkaç gün içinde, değişen duygu durum bozuklukları, ağlama ile ilişkili üzüntü, huzursuzluk, konsantrasyon bozukluğu, kaygı ve sinirlilik, iştahsızlık, uyku bozuklukları, sürekli olarak tedirgin ve depresif olama haliyle bir dizi karakterize semptomlar göstermektedir. (Adewuya 2006, Gonidakis ve ark 2011, Raynor ve England 2010, Buttner ve ark 2011, Rai ve ark, 2015; ACOG 2013; Shi ve ark.,2018; Nitaouti ve ark.,2018; Meilina ve Nasrudin , 2019). Ijuin ve ark (1998), doğum sonu ilk dört gün içinde meydana gelen hafif depresif durumlar olarak, Rondon (2003), erken doğum sonu dönemde annenin aşırı duygusallığı ve hassaslığı, İngiliz literatür taramalarında ise AH doğum sonu ilk on günde annenin mutsuz olması, ağlama semptomları ile karakterize oluşu olarak tanımlamaktadır (Brockington 2004; AWHONN 2008; Raynor ve England 2010). ACOG (2013), doğum sonu ilk günlerinde annenin değişken duygu durumlarının olması (ağlamaklı, sinirli, uykusuz ve bebeğinin öz bakımı konusunda eksiklik hissetmesi) AH olarak tanımlanmıştır. Gonidakis ve ark (2011), yapmış olduğu çalışmalarda diğer çalışmalar ile aynı tanımları içerip farklı olarak annenin ruhsal değişimlerinin hafif geçici fenomen bir durum olarak tanımlamışlardır. Butter ve ark (2011), de yapmış oldukları çalışmada da aynı tanımlar yapılmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda annelik hüznü tanımı net olarak belirtilmemiştir (Rezaie-Keikhaie ve ark.,2020)

Doğum sonu ruhsal sorunlardan biri olan annelik hüznü, çok sık görülen bir problem olmasına rağmen çoğu anne kendi çabaları ile başa çıkmaya çalışıp, dile getirmekten korkmaktadır. Belirtilerin farkına varmadan normal hayatlarına devam edip çoğu zaman önemsememektedirler. Bundan dolayı destek almadan AH ya atlatılmakta yada yerini doğum sonu depresyon ve psikoza bırakabilmektedir (Nitaouti ve ark., 2018; Henshaw ve ark 2004, Reck ve ark 2009, Raynor ve England 2010). AH doğum sonu depresyon için ön belirleyici olarak çok önemli olduğu sonucuna varılmıştır (Zanardo ve ark., 2019; Duff 2010).



Bu süreçler dikkate alınmadığı takdirde annede ve çocuklarında psikososyal sorunlara yol açmaktadır (Gerli ve ark., 2019; Meilina ve Nasrudin, 2019; Apter-Levy ve ark 2013). Annede meydana gelen bir ruhsal bozukluk sadece anneyi değil bebeğini ve diğer aile üyelerini de etkileyip bu ruhsal değişimler toplum sağlığına kadar ilerleyebileceğinden annenin ruh hali çok önemlidir (Mirhosseini ve ark., 2015).

Yapılan çalışmalarda annelik hüznü oranlarını veya belirtilerini belirlemek için çoğunlukla doğum sonu dönemdeki annelere uygulanan araştırmacı tarafından oluşturulan soru formları, AH için geliştirilmiş sayılı ölçek veya doğum sonu depresyon ölçekleri kullanıldığı gözlenmiştir (Pitt, B.1973; Kennerly H, Gath D.1989; Adewuya AO.2005; Gonidakis F.2012; Grussu, P., & Quatraro, R. M. 2013; Türkyılmaz, S. 2014; Okulu, A., & Sağlığı, D. K.2020; Rezaie-Keikhaie ve ark.,2020). Ülkemizde doğum sonu dönemdeki kadınların yaşadığı annelik hüznü ile ilgili çok sınırlı çalışma bulunup geliştirilmiş bir annelik hüznü ölçeğine rastlanılmamıştır. Doğum sonu annelerin hüznü belirtilerini tanımlayacak geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının olması annelerin hüznülerini tespit etmek için önem taşımaktadır. Doğum sonrası dönemin psikolojik boyutlarına dikkat edilmesi, doğum öncesi ve sonrası kadınlar ve aileleri için tasarlanmış eğitim programları ile geliştirilebilir. Ayrıca, ebeler, hemşireler ve doktorlar da dahil olmak üzere sağlık profesyonellerinin, temel psikososyal bakım ve ruh sağlığı desteği yoluyla AH oluşumunu ve şiddetini belirlemede hayati bir rol oynadığını göstermektedir(Rezaie-Keikhaie ve ark, 2020). Günümüzde annelik hüznü oluşumu, doğum sonu depresyon gelişimi potansiyeli ve daha sonra genel maternal morbidite ve mortalite oranının artması nedeniyle modern toplumlarda ilgili bir halk sağlığı sorunu olarak düşünülmelidir (Takács ve ark.2018), bu nedenle çeşitli koruyucu ve risk faktörlerinin belirlenmesi zorunludur. Dolayısıyla annelik hüznü değerlendirme ölçeği ile annelerin erken dönemdeki hüznü belirtilerini saptayıp depresyon ve psikoza dönüşmeden mevcut durumu ortaya koyarak bu konuda farkındalığı artırabileceği düşünülmektedir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı:**

Annelerin doğum sonu değişen duygu durumlarının depresyon ve psikoza dönüşmeden erken tanı ve teşhisi gerekmektedir. Bu çalışma doğum sonu annelik hüznünü değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı oluşturmak amacıyla yapılmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Hipotezi:**

H<sub>1</sub>: Doğum Sonu Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği geçerli bir ölçektir,

H<sub>2</sub>: Doğum Sonu Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği güvenilir bir ölçektir,

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Doğum sonu dönem**

Plasentanın doğumu ile başlayıp, annenin gebelik sonrası değişen fizyolojik ve psikolojik değişimlerinin gebelik öncesindeki eski durumuna gelebilmesi için altı hafta sürebilen doğum sonu (pospartum, lohusalık, postnatal, puerperium, doğum eyleminin 4.evresi) dönem olarak adlandırılmaktadır. Doğum sonu dönemde annenin, annelik rolüne uyumu ve annenin değişen duygusal, sosyal ve fiziksel değişimleri bu dönemin zorlukları olarak bilinmektedir (Taşkın, 2020). Doğumun başlaması ile birlikte involüsyon ve psikolojik değişimlerin olduğu süreçler yerini alır (Karakaplan, 2007).

Doğum sonu dönem 3' e ayrılmaktadır.

*Birinci dönem:* Akut dönem olarak bilinen ilk 6-12 saatlik süreyi kapsayıp, bu fazda involüsyon hızlı bir şekilde değişime uğrar, hızlı değişimin olmasından dolayı doğum sonu hemoraji, laserasyonlar, sıvı embolisi, uterin atoni, uterin inversiyon gibi acil durumların olabileceği bir dönemi kapsamaktadır (Aydın ve Kukulcu, 2016).

*İkinci dönem:* Doğum sonu annenin kendi kendini tanınması evresi olarak bilinen 2 ile 6 hafta süren annedeki psikolojik dalgalanmalar ile vücutta hemodinamik değişimlerin olduğu bir dönemi içermektedir. Bu dönem akut faz dönemine göre daha yavaş ilerler (Barkin vd, 2014).*Üçüncü dönem:* Anneliğe uyumu kapsayan doğum sonrası 1.günden başlayıp 6.aya kadar süren dönemdir (Balkaya, 2002). Bu dönem de kas ve bağ dokusunda yenilenmeler olur (Romano ve ark, 2010).

### **2.1.1.Doğum Sonu Dönemdeki Fizyolojik Değişimler**

Bu dönemdeki değişimler birbirini takip eden 3 başlık altında incelenir. Bunlar involüsyon, rejenerasyon ve laktasyondur (Taşkın,2020).

#### **2.1.1.1.Üreme Organlarının İnvölüsyonu:**

Üreme organlarının gebelik öncesi haline tekrar dönüşmesine involüsyon denir. Bu değişimler hastalık olarak algılanmadan normal bir değişim süreci olarak algılanıp altı hafta devam etmesi beklenir (Sevil ve Ertem, 2016). İnvölüsyonun oluşumunun sebepleri arasında östrojen ve progesteronun ani düşmesi ile meydana gelen endometriumda oluşan proteolitik enzimlerin olmasıdır (Barnesd, 2006).

Doğumdan sonra uterus kontrakte olduğu için uterus sert bir şekilde elle palpe edildiğinde hissedilir. Uterustaki myometrial kasılmalar ilk 24 saate düzenli olması ile uterus 16-20. haftaki gebelik büyüklüğünde görülür (Andersson ve ark 2006). Bu uterustaki değişimlerden servikte, normal doğum dan sonra yumuşak ve laserasyonların olduğu görülüp, ilk günlerde serviks dilatasyonu 2-3 cm açıklığında kalır. Serviks hızlı bir iyileşme süreci ile 6 haftada düzeliş normal doğumlarda vajinadan muayene ile gözlemlendiğinde eksternal os'u enine bir çizgi şeklinde görülür ve gebelik öncesi haline dönmez (Coşkun,2012).

Gebelikte fetüsün gelişimini tamamlaması için oluşan desidua tabakası doğum sonrasında dökülmeye başlar. Bu akıntılar puerperium boyunca akan loşia olarak bilinmektedir. Loşianın özelliği lohusalık boyunca değişime uğrayabilir. Çoğu annede farklılık göstermiş olsa da ortalama 240- 270 ml' dir (Coşkun,2012). Doğum sonu ilk 3 günde kırmızı renkteki loşia rubra, 4-10 gün süren pembe renk loşia seroza, 11. günden sonra başlayıp lohusalık bitimine kadar süren sarı, kirli beyazımsı akıntılı renk ise loşia alba olarak adlandırılır (Bernazzi ve Bifulco 2003).

Gebelik süresince abdomenin büyümesi vulva, perine ve vajinaya baskı yapmasından dolayı oluşan ödemler, doğum sonu azalıp gebelik öncesi haline tekrar dönüşmesi 1-2 hafta arasında olmaktadır (Yılmaz, 2002; Koç ve Yüksel, 2001). Epizyo açılmış ise epizyotomi yerinin iyileşme süresi 7-10 gün arasında iyileşip tamamen düzelmesi 4-6 ay süreceği belirtilmektedir (Andersson ve ark 2006).

### 2.1.1.2. Değişime Uğrayan Diğer Organ ve Sistemler:

**Solunum sistemi:** Gebelik süresince büyüyen uterusun diyaframa bası yapması ve göğüs kafesindeki anatomik değişimler solunum sıkıntısına sebep olmaktadır. Doğum sonu uterusun gebelik öncesi haline dönüşmesi, progesteronun azalması, pulmoner fonksiyon değişikliklerinin olması, solunum sistemini eski haline gelmesine neden olur. Bu durumda solunum sıkıntısı ve kaburga ağrıları gibi sistemik rahatsızlıklar giderilir. Akciğer kapasitesi ve fonksiyonları ortalama 1 ile 3 hafta arasında olabileceği gibi 6 aylık süreyi de kapsayabilir (Edebohls ve Ecklund 2002; Blackburn 2007).

**Kardiyovasküler Sistem:** Gebelik sürecinde artan kalp hacmi ve kan debisindeki artışların sistemik damar direncindeki ve kan basıncındaki azalmalara sebep olur (Türk kardiyol Dern Ars. 2012). Gebeliğin son trimesterinde kalp hafifçe sola ve yukarıya doğru kayıp, doğum gerçekleştikten sonra kalp eski yerine tekrar gelir. Doğum sonrası kan hacmi önce hızlıca düşer daha sonra 4 hafta içinde gebelik öncesi haline geri döner. Kalp debisi ise 3 ay sonra eski haline gelir (Ricci 2009; Arenson ve Drake 2007).

**Üriner Sistem:** Gebelikte süresinde glomerüler filtrasyon hızı ve plazma akışında artış olur. Doğum sonu 6 hafta sonra gebelik öncesi haline döner. Doğum öncesi kullanılan anestezi ve oksitosin kadının sinir sistemini bloke edip antidiüretik etki gösterip doğum sonu mesane sorunları ve idrar retansiyonuna neden olmaktadır. Doğum sırasında hızlı şekilde verilen intravenöz sıvılar, oksitosin düzeyinin azalmasına bağlı antidiüretik etkiyi de azaltır. Gebelik sürecinde vücutta biriken sıvıların, azalan aldosteronun tekrar üretimi doğumdan sonra mesanenin hızlı bir şekilde dolmasına katkı sağlar. Doğum sonrası ilk 12 saat içinde diürez başlayıp bir hafta devam etmesi gözlenip, bir aylık zaman sürecinde eski haline döner (Edmonds 2007; Ricci 2009; Arenson ve Drake 2007).

**Gastrointestinal Sistem:** Gebelikte büyüyen uterus, abdomendeki organlara baskı oluştururken, doğum sonu bu baskı ortadan kalktığı için gastrointestinal sistem gebelik öncesine döner. Gebelik süresinde düz kaslardaki gevşetici özelliğe neden olan progesteron hormon seviyesi düşük seyirindedir.

Doğumdan sonra ilk birkaç günde bağırsak peristalizmi yavaş olduğu için annenin doğum şekline göre doğum öncesi yeterli beslenememe durumundan analjezik kullanımı, cerrahi işlemlerin olması, doğum sonu bağırsak tonusunda zayıflamaya neden olmaktadır. Bundan dolayı gaz ve defekasyon sorulanları ile karşılaşabilmektedirler.

Epizyotomi ve hemoroidi olan annelerin ilk defekasyon süresinde ağrı hissedeceklerinden dolayı korku yaşayabilirler ve sonrasında boşaltımı geciktirebilirler. Annenin boşaltımı ertelemesi doğum sonrası en sık sorunlardan olan konstipasyonlara sebep olmaktadır. Bu sorunların da annenin doğru ve düzenli beslenmesi ile geçici olabileceği belirtilmiştir (Edmonds 2007).

**Kas- İskelet Sistemi:** Östrojen ve progesteronun gevşetici etkisinden dolayı eklemler de gevşektir. Doğum sonrası hormonların seviyeleri azalıp gebelik öncesi iskelet- kas sistemi de eski haline yavaşça dönmeye başlar. Hormonların azalmasından dolayı annenin yürüyüş bozuklukları çarpıklık hissedilebilir. Kalça ve eklem ağrıları oluşabilir. Doğum sonu ortalama 7 hafta içinde eklemlerdeki ağrılar azalmaya başlar. Kas tonusundaki azalmalar ve karın kaslarındaki gevşekliklerin eski haline dönmesi için annenin egzersiz yapması önerilmektedir (Hackley ve ark, 2007).

**Endokrin sistemi:** Doğum eyleminin gerçekleşmesinden sonra östrojen ve progesteron hormonları yavaşça yok olmaya başlar. Doğum sonu ilk haftada östrojen çok düşük seviyede seyrederek. Emziren annelerde bu seviye emzirme bitinceye kadar düşük bir şekilde görülür. Plasental hormonlarda ortadan kalkıp yerini hipofiz ön ve arka lob hormonlarına bırakır. Emziren annelerde prolaktin hormonu yüksek olup hipofiz arka lobunda oksitosin salınımının artışı süt kanallarını uyararak boşaltılmasını sağlar (Gordon ve ark, 2006; McLearn ve ark 2006; Hackley ve ark, 2007).

### **2.1.1.3.Laktasyon:**

Laktasyon, progesteron, östrojen ve prolaktin hormonlarının etkisi ile sütün memeden salgılanması olarak tanımlanmaktadır. Anne sütünün normal doğum yapan kadınlarda ilk saatlerde, sezaryen doğumlarda ise en geç üç gün sonra salınımı başlar. Memelerin süt kanallarının gelişi alveollerin oluşumu gebeliğin ilk trimesterında başlar. Bu değişimlerin olması gebelikte de memelerde hassasiyete sebep olmaktadır. Doğum sonu bu hassasiyet azalır, memeler prolaktin hormonu etkisi ile süt salınımına hazırlanır. Oksitosin hormonu yardımı ile de meme başındaki süt salınımının dışarı atılması sağlanır ve bebeğin emmesi sağlanmış olur.

Emme oranı arttıkça prolaktin ve oksitosin seviyeleri de artmış olup süt salınımı devam eder. Anne memesinde süt doluluğu karıncalanmaya ve ağrıya neden olabilir, annenin bebeğini belli aralıklar ile emzirmesi gerekmektedir (Blackburn, 2007; Ricci, 2009).

### **2.1.2. Doğum Sonu Dönemdeki Psikolojik Değişimler**

Dünyaya yeni bir bireyin gelişi annelik -babalık rolüne uyumunun oluşumu için zaman gerektiren bir süreçtir. Bu dönemde ebeveynler değişen rollerine uyum sağlarken bir yandan da doğum sonu dönemdeki fiziksel ve ruhsal sorunlarla baş etmeye çalışmaktadırlar (Zeren ve Özerdoğan, 2018). Bu değişimler annede; uykusuzluk, sezaryen kesi yeri iyileşme süresi veya epizyotomi bölgesinin iyileşme süresi, enfeksiyonlar, kanama, anemi, ağrı, yorgunluk, beslenme bozukluğuna bağlı konstipasyon sorunları yaşayabilirler (Romano ve ark,2010; Ashrafinia ve ark, 2015; Ricci, 2009; Blackburn, 2007). Kennerly ve Gath (1989)'in yapmış olduğu çalışmada doğum sonu psikolojik bozuklukların Hipokrat zamanında da ortaya çıktığı ve o dönemde ‘‘doğum sonrası akıl bozukluğu ‘’olarak tanımlandığı görülmektedir. Anneler doğum sonu uyku bozukluğu yaşayabilmekte ve bu sorunun üstesinden gelebilmek için bir başkasından destek alması gerekmektedir.

Doğum sonu doğum şekli her ne olursa olsun annelerin kendi kişisel bakımları ve yeme içmelerinde yardıma gereksinim duydukları görülmektedir. Anne kendi bedensel işlevlerini yerine getirmediğinde kendi sağlığı ve bebeğinin sağlığı için endişe duymakta bu da onun anksiyete yaşamasına neden olmaktadır. Bu durumların devam etmesi doğum sonu annelik hüznü, postpartum depresyon veya postpartum psikoz gibi duygu durum bozukluklarına yol açmaktadır(Karaçam ve ark 2004, , Badr, ve Zauszniewski, 2017; Rude 2013).

### **2.1.2.1 Doğum Sonrası (Postpartum) Depresyon**

Doğum sonu depresyon (PPD), postpartum 2 ile 4. haftalarda başlayıp ilk bir yıl süren duygu durum bozuklarından majör depresyonun bir alt boyutunu kapsayan dönemdir (Tsivos ve ark,2015; Annagür 2012; Erdem ve Bucaktepe 2012; Nebioğlu ve ark. 2013; Erkal Aksoy ve ark. 2016; Demir ve ark. 2016; Ay ve ark. 2018). ). Doğum sonu dönemde annede; fizyolojik, biyolojik olarak gerçekleşen tüm değişimler annenin ruhsal durumuna yansır. Bundan dolayı bu dönemde duygu durum bozuklukları ortaya çıkar (Küçüköğlü ve ark. 2014; Özkan ve ark. 2014; Erkal Aksoy ve ark. 2016). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğüne hazırlanan 03.05.2010 tarihi 2010/27 sayılı Doğum Sonu İzlem Genelgesi Gereğinde Edinburg Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) ile doğum sonundaki kadınların değerlendirilmesi zorunlu kılınmıştır (AÇSAP 2009; Sütü ve Çatak 2017).

Postpartum depresyonun belirtileri genellikle uykusuzluk, kilo artışı veya azalması, halsizlik, suçluluk duygusu, konfüzyonlar, dikkat bozuklukları, disfori gibi faktörlerdir (Aydın 2017).

PPD annenin benlik saygısının azalmasına ve buna bağlı olarak annenin bebeğine yeterince bakımı veremediğini düşünmesi, anne- bebek iletişimini negatif yönde etkilemesine depresif annelerin bebek ile aralarındaki duygusal bağın oluşmasını engellemektedir (Coşkun 2016; Aktaş ve ark. 2017; Ay ve ark,2018).

PPD risk faktörleri doğum sonu aniden değişime uğrayan hormonal (progesteron ve östrojen) ve kortizol düzeyindeki değişimlerin olabileceği belirtilmiştir (Kumcağız ve ark. 2018). Belirtileri arasında olan ani kilo alımları da PPD risk faktörleri arasında sıralanmaktadır. İnsülin direncinin postpartum dönemde hızlı bir şekilde düşmesi ile serotonin salınımını azaltmakta bunun sonucunda da annenin ruhsal durumu bozulmaktadır (Shrestha ve ark, 2016; Toptaş Bıyıklı ve Yıldırım 2018). Yapılan göçler ile meydana gelen kültürel farklılıklarında depresyona sebep olabileceği düşünülmüştür (Aydın ve ark. 2017). Bazı kültürlerde doğum sonu dönem hassas bir dönem olarak bilinip bu dönemde anneye ve bebeğe geleneksel yöntemler uygulanmaktadır. Örneğin; annenin kırk gün ev dışına çıkmaması, kırk gün cinsel ilişkinin yasak olması, annenin sütünü artıracak uygulamaların yapılması, bebeği tuzlama gibi geleneksel yöntemlerdir. Bu yöntemler bazı annelerde postpartum depresyona sebep olabilmektedir (Zhong ve ark, 2015; Gölbaşı ve Eğri 2010; Aktaş ve ark. 2017).

Bu risk faktörlerinin dışında ailenin sosyo-ekonomik durumu, annenin sigara, alkol veya madde bağımlısı olması, gebelikte meydana gelen düşükler, istenmeyen gebelikler, annenin yaşı risk faktörleri arasında sıralanabilmektedir (Öztürk ve Aydın 2017).

PPD tedavisinde genellikle psikoterapi, psikososyal destek ve grup terapileri yapılmaktadır (Yıldırım ve Büyükkayacı Duman 2018). Depresyonun şiddetlendiği evrelerde antidepresanların kullanıldığı ileri düzey kanıtlarda belirtilmiştir (Molyneaux ve ark. 2014).

PPD'nin yaygınlığını rapor eden birçok çalışma mevcuttur. Bunlardan bazıları; Ko ve ark. (2017) çalışmalarında PPD oranları Alaska %12.2, Hawaii %10.6, Ohio %13.2, Minnesota %9.3 olarak tespit edilmiştir. Franck ve ark. (2016) Belçika'da %9.6, Iliadis ve ark. (2015) İsveç'te %8.5, Onyemaechi ve ark. (2017) Nijerya'da %58, Sylven ve ark. (2017) İsveç'te 5. günde %10.3, 6. hafta da ise %6.4, Fisher ve ark. (2012) %18.59 olarak belirtmişlerdir. Ülkemiz de PPD prevalansı %6 ile %58 arasındadır (Erdem ve Bucaktepe 2012; Nebioğlu ve ark. 2013; Demir ve ark. 2016; Kılıç, 2016; Ay ve ark. 2018).



PPD yaygınlığının tespiti için güncel çalışmalara yer verilmiştir, çalışmalarda yaygınlık, yapıldığı ülke, veri toplama zaman aralığı, kullanılan ölçekler farklılık göstermiş olsa da sonuç itibari ile PPD'nin yüksek olması risk faktörlerinin de etkisinin olabileceğini düşündürmüştür (O'Hara ve Wisner, 2014; Anderson ve Maes,2013). Yapılan çalışmalarda farklı ölçekler kullanılmıştır.

Bunlardan en çok kullanılanlar: EPDS = Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (Cox, Holden ve Sagovsky, 1987), RSES = Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg, 1965), BDI-II = Beck Depresyon Envanteri II (A. T. Beck, Steer ve Antonio, 1996), BAI = Beck Anksiyete Envanteri (A. T. Beck, Epstein, Brown ve Steer, 1988), PDRS = Postpartum Depression Risk Scale (Liabsuetrakul vd., 2007), PDS = Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (Cox, Chapman, Murray ve Jones, 1996), Emzirme-Öz Yeterlilik Ölçeği (Dennis ve Faux, 1999), GSA = Genel Sağlık Anketi (Goldberg ve Hillier, 1979) WHOQOL-BREF = Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu (World Health Organization, 1997),MSPSS = Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley, 1988), , ZSDS = Zung's Self-Rating Depression Scale (Zung, 1986), HADS = Hospital Depression Inventory (Zigmond ve Snaith, 1983) (Taştekn, 2019).

### **2.1.2.2 Doğum Sonrası (Pospartum) Psikoz**

Doğum sonrası psikoz genellikle doğumdan sonra ilk 2 hafta içinde başlayıp 3 aya kadar sürebilir. Doğum sonu duygu durum bozukluklarının en tehlikelidir.Hastanın genellikle mevcut durumu, yorgunluk, ağlama nöbetleri, huzursuzluk, konsantrasyon bozukluğu, intihar, şüphencilik, kendisinin bütün kötü olayların sorumlusu görmesi, çocuğunu kabullenmeme, bebeğinin sağlık problemi olduğunu düşünme, bebeğine yeterli bakımı veremeyeceği düşüncelere sahip olma, kendisini ve bebeğini öldürerek çektiği acılara son verebileceğini söyleyen duygu durum bozukluklarına sahip olma durumlarını kapsamaktadır (Demirkol ve ark, 2018). Toplumda görülme sıklığı ise %0.1 ile % 0.2 arasındadır. Bu da 1000 yeni doğum yapan anne içinden 1 ya da 2'sinin pospartum psikoz yaşadığını göstermektedir (Koyun ve ark, 2011; O'Hara ve Wisner, 2014).

Doğum sonu psikotik belirtiler gösteren annelerin geçmiş yıllarında da psikolojik sorunlarının olduğu veya aile üyelerinde de ruhsal bozuklukların olabileceği, şizofreni, bipoalar bozukluğu gibi belirtilerin genetik faktörlerden kaynaklandığı belirlenmiştir (Watson, 2015). Yapılan bir çalışmada 12 ay içinde gerçekleşen toplam 54.000 doğumda doğum sonu psikoz belirtisi gösteren %72 -80'inde bipolar veya şizoafektif bozukluk, %12'sinde ise şizofreni teşhisi konulduğu belirtilmiştir (Kendell ve Platz, 1987). Erken dönemde tedavi edilmez ise tedavi süresi zorlaşıp uzayabilir. Tedavisi genellikle antipsikotikler uygulanarak başlanıp, yanıt alınmadığı durumlarda elektrokonvülsif tedaviye geçilir. Annenin intihara meyilli ve bebeğine zarar verecek boyutta olması durumunda annenin tedavisi hastanede devam etmektedir. Tedavi gören annelerin %95'i 2- 3 ay içinde iyileştikleri belirtilmiştir (El-Hachem ve ark, 2014; Demirkol ve ark, 2018).

### **2.1.2.3. Annelik Hüznü**

Annelik hüznü (AH)'nün 19. yüzyıldan itibaren fenomenliğinin sürdüğü bilinmektedir (Savage, 2008; Gonidakis, 2012). Moloney (1952)'in AH olarak belirttiği doğum sonu ağlama nöbetleri, konsantrasyon bozukluğu, annedeki yorgunluk gibi hafif karakterize depresif belirtileri AH olarak tanımlamıştır. Daha sonraki yıllarda Yalom ve ark. (1968) çalışmasında benzer sonuçlar görülmüş ve pospartum blues sendromu olarak belirtmiştir. 1973 yılında Pitt'in çalışmasında AH olarak net bir ifade kullanılmış "maternity blues" ölçeğini geliştirerek annelik hüznünün önemini ortaya koymuştur. Stein,1980 yılında yaptığı "stein annelik hüznü" ölçeği, 1989 yılında ise Kennerly ve Gath AH konusunu tekrar ele alıp çalışmalar ile kapsamlı annelik hüznünü tanımlamışlardır.

Buttner ve ark. (2011) doğumdan sonra kadınların ruh halinin belirti yapısını incelemeyi, pozitif ve negatif duygulanım çizelgesinden ek olarak maddeler içeren Kennerley Blues Anketinin uyarlanmış bir versiyonu olan Günlük Deneyimler Anketinin (DEQ) psikometrik özelliklerini incelemeyi amaçlamışlardır. Kadınların ruh hallerindeki değişimi altı günde derecelendirmeleri istendi bu ölçek ile ve sonucunda ölçeğin kadınların ruh halinin güvenilir bir şekilde değerlendirilmesini sağlayıp üremeye ilgili duygu durum bozukluklarının da ölçek ile tespit edilebileceği sonucuna varılır.

Geliştirilen ölçekler ile annelik hüznü tanısını koymak biraz daha kolaylaşmıştır (Rezaie-Keikhaie ve ark.,2020). Annelik hüznünün literatür de standart bir tanımı yoktur. Bu tanımlardan bir kısmı:

- Maternity blues (annelik hüznü), baby blues (bebek mavisi veya hüznü), postpartum blues(doğum sonu hüznü), maternity (annelik) ve maternity melancholy (annelik melenkolisi)’’ olarak adlandırılmaktadır (AWHONN 2008, Reck 2009, Buttner ve ark 2011).
- Annelik hüznü, doğum sonu ikinci veya üçüncü günde başlayıp beşinci günde zirve yaptığı ortalama iki hafta kadar sürdüğü hafif şiddetle seyreden duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Buttner ve ark, 2015; De Choudhury ve ark, 2014; M. L. Miller ve ark, 2017; Norhayati ve ark, 2015; O’Hara ve Wisner, 2014).
- Doğum sonu ilk dört günde pik yaptığı hafif depresif durumlardır (Ijuin ve ark.1998).
- Doğum sonu ilk 10 günde meydana gelen irritabilite, sebepsiz ağlamalar, mutsuzluk gibi karakterize durumlardır (Brockington 2004, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010).
- Doğumu takip eden ilk günlerde annenin ağlamaklı olması, anlamsız sinirlenmeler, uyku düzeni bozuklukları, bebeğine yeterince bakım vermeme endişesi hisesetme, iştahsızlık gibi duygu durum bozukları olarak tanımlanmıştır (ACOG, 2013).
- Erken doğum sonu dönemdeki duygusallık, ambivalan duygulara sahip olma durumuna AH demiştir (Rondon, 2003).
- Doğum sonu erken dönemde ağlama, yorgunluk, unutkanlık, halsizlik, olaylara karşı tepkisiz kalma, aşırı duygusallık olarak tanımlamıştır (Gonidakis ve ark, 2007).
- Hafif kendiliğinden iki hafta içinde tedaviye gerek duyulmadan sonlanabilen duygu durum bozukluğu olarak belirtmiştir (Butter ve ark. 2011).

- Annelik hüznü belirtileri düşük ruh hali, duygusal olarak ani iniş ve çıkışlar, ağlama, sinirlilik, endişe, gergin olma, iştahta azalma veya artma olarak belirtilmiştir (Buttner ve ark, 2015; Gereklioğlu ve ark, 2007; M. L. Miller ve ark, 2017; Norhayati ve ark, 2015; O’Hara ve Wisner, 2014; Sit ve Wisner, 2010)
- Nijeryalı kadınlarla yapılan çalışmada ise kültürlerin annelik hüznünü etkilediği gelenek göreneklerin farklılığı, kadının kendini iyi ifade edememesi, çekingen davranması annelik hüznü yaşadığı anlamında olduğunu ifade etmiştir (Adewuya, 2006)
- Annelik mavileri, potansiyel depresyon belirtileri, gözyaşı, üzüntü / ağlama, dengesiz ruh hali, uykusuzluk, anksiyete ve kafa karışıklığı ile geçici bir fizyolojik ve psikolojik bozukluktur ( Kurniasari ve Astuti,2015; Rai, Pathak, & Sharma, 2015).
- Doğum sonu ilk saatlerde başlayıp iki haftaya kadar devam ettiği annelik hüznü,hormonların etkisi ile ani duygu durum değişimlerine, sosyo ekonomik ve kültürel değişimlerin annelik hüznü ile doğru orantılı olabileceği, sosyal destek içinde eş desteğinin annelik hüznün oluşumunu azaltabileceğine çalışmamız sonucucunda varılmıştır.

### **2.1.2.3.1. Annelik Hüznünün Belirtileri ve Nedenleri**

Annelik hüznünün net bir tanımının olmayışından dolayı literatürde belirtileri de farklılık göstermektedir. Bu belirtiler genellikle, doğum sonu erken dönemde annede başlayan duygu durum bozuklukları, ağlama, mutsuzluk, iştahta azalma veya aşırı artma, uyku bozuklukları, bebeğine yeterince bakamama endişesi içinde olma, yalnız hissetme veya yalnız kalmak istemek, yorgun , çökkün hissetme, sürekli her şeye karşı tedirgin olma, odaklanamama, irritabilite, gergin olma, aşırı sinirlilik, eleştirilere karşı aşırı hassas davranma, alınganlık, bedeninin kontrol edemeyişi hissinde olması ( depersonalizasyon), ani öfkelenmeler, olaylara karşı sabırsızlık, sosyal desteğe karşı duyarsızlaşma gibi belirtiler mevcuttur

(Kennerly ve Gath 1989, Boardman 2001, Rondon 2003, Brockington 2004, Suri ve Altshuler 2004, Puget ve ark 2005, Munoz ve ark 2006, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, Buttner ve ark 2011, Gonidakis 2012, ACOG 2013).

AH'nün etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, biyolojik, fizyolojik, psikolojik, spirütuer ve sosyo-kültürel faktörlerin etkisi olduğu düşünülmektedir (Abbott, ve ark, 2014; Fazlagić, 2011; Gereklioğlu ve ark, 2007; O'Hara ve Wisner, 2014; M. L. Miller ve ark, 2017; Norhayati ve ark, 2015; O'Hara ve Wisner, 2014; Sit ve Wisner, 2010; Mirhosseini ve ark., 2015).

Doğum sonu dönemdeki endokrin hormonların etkisi olabileceği düşünülmektedir (Harris ve ark 1994; Bloch ve ark 2003, Glover ve Kammerer 2004). Bu düşünceye karşı çıkan Rondon (2003) çalışmasında sıklık ile biyolojik, fizyolojik ve hormonal olduğunu, psikososyal, sosyo-demografik faktörlerin etkisinin olmadığını belirtmiştir. Block ve ark (2000) endokrin hormonlarından gonadal hormonun etkisi olduğunu düşünmüşlerdir. Gebelik dönemindeki hormonal değişikliklerin (östrojen ve progesteron) doğum sonu aniden eski haline dönmesi annelik hüznüne etkisinin olup olmadığı bilinmemekle beraber depresyona etki ettiği bilgisine varılmıştır (Grussu ve Quatraro, 2013; Brummelte ve Galea 2010; Rathfisch ve Kızılkaya 2012; Gelaye ve ark., 2016). Klier ve ark (2007)'de yapmış olduğu çalışmada östrojenin nörotransmitter arasındaki ilişkinin duygusal süreci etkilediği belirtilmiştir.

Prolaktin hormonunda düşüklüğünde emzirme oranının düştüğüne bu da annenin stres yaşamasına ve strese karşı kadındaki savunma direncinin azalmasından annenin uyku problemleri yaşamasına sebep olduğu, uykusuzluktan dolayı psikolojik sorunların ortaya çıkabildiği belirtilmiştir (Rathfisch ve Kızılkaya 2012; Gelaye ve ark., 2016).

Oksitosin hormonunun, doğum sonu 2.gün, 6-9. Aylar ve 6 yıl sonra yapılmış çalışmada duygu durum bozukluğu yaşayan annelerin ve ailelerinde oksitosin düzeyinin düşük seviyelerde olduğu gözlemlenmiştir (Takács ve ark, 2019; Apter- Levy ve ark.2013). Beta- Endorfin hormonunun vücutta ağrı kesici özellik etkisi yaptığı, emzirme ile hormonun artacağı ve buna bağlı olarak annenin psikolojisine etkileyip postpartum ruhsal bozuklukları önlediği bilinip, hormonun azalması ile vücuttaki hareketsizliğe, iştaha azalmalara ve cinsel isteksizliklerin oluşmasına sebep olduğu belirtildi (Rathfisch ve Kızılkaya 2012).Kortizol , testesteron, katekolaminler, psikolojik ve sosyal nedenlerin postpartum duygu bozukluklarına etki ettiği vurgulanmıştır .Doğum sonu duygu durum bozuklukları arasında semptomları en hafif seyreden annelik hüznüdür (Alves ve ark, 2018). Bu durumu göz ardı etmeden erken önlem almak gerekmektedir. Annelik hüznü erken önlem alınmadığı takdirde postpartum depresyonunun oluşmasına sebep olan 13 risk faktöründen birisi olarak adlandırılmıştır (Manjunath ve Giriyappa Venkatesh ,2011; Beck,2013).

#### **2.1.2.3.2. Annelik Hüznünün Görüldüğü Günler ve Sıklığı**

Doğum mavileri doğumdan sonraki ilk gün başlayabilir ve 10 güne kadar veya birkaç hafta devam edebilir. Bireysel çalışmalarda doğum mavilerinin prevalansının %10 ila %80 olduğu tahmin edilmektedir (O'Hara ve McCabe, 2013; Raynor ve England 2010).

İlk günde başlayan olgular olmasına rağmen sıklık ile 5. günde pik yapar (Buttner ve ark 2011). Yüksekol ve ark. (2014) yaptığı çalışmada prevalansı %40-60 arasında değiştiği belirtildi Yapılan diğer çalışmalarda doğum sonu erken dönemdeki annelerin %50 ile %84'ü arasında annelik hüznü yaşadıkları belirtilmiştir (Durukan ve ark, 2011; Gerekliloğlu ve ark, 2007; Norhayati ve ark, 2015; Sit ve Wisner, 2010; Sylvén ve ark, 2017). Yapılan çalışmalarda genellikle annelik hüznü ile ilgili soru formları veya geçerlilik güvenilirliği alınan ölçekler ile çalışmaların hüznü oranları belirlenmiştir.

1952-2020 yılları arasında yapılan annelik hüznü ile ilgili ölçekler:

- 1- Hamilton, 1962' de yaptığı doğum sonu annelerin hüznlerine belirlemeye çalışan soru formları ile hüzn oranları belirlendi (Baker A,1962).
- 2- George Stein 1980 'de 'Stein's Maternity Blues Scale' (SMBS).13 maddeden oluşan annenin kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek belirtilerin zirve yaptığı 4. gün ve belirtilerin kaybolmaya başladığı 14. günde uygulanmaktadır (Okulu, A., & Sağlığı, D. K.(2020).
- 3- H Kennerley, D Gath 1989 yılında 'Maternity blues, I: detection and measurement by questionnaire (MB): algılama ve anket ile ölçüm (28 maddeden oluşan bir 'Birincil Maviler' kümesi tanımlanmıştır: ağlamaklı, yorgun, endişeli, aşırı duygusal, ruh halinde yukarı ve aşağı, düşük ruhlu, düşünmede karışık, şeklinde 7 soruluk alt küme oluşturulup doğum sonu ardışık günlerde tekrarlanan annelere uygulanmıştır).
- 4- Pitt B. 1968 yılında Londra'da doğum sonu 100 anne ile görüşerek 1973'de, 'Maternity blues' ölçeğini geliştirdi.
- 5- Pitt mavi ölçeği (Pop ve ark., 1995),
- 6- The Item Development of Maternal Blues Suryani (MBS), doğum sonrası mavileri öngören bağlanma eki yoluyla Antepartum döneminde Anne Blues Suryani (MBS) Ölçeğinin Öge Gelişimi (Manurung, S ve ark.,2019).
- 7- Q7 Zung Kendi Kendine Derecelendirme Depresyon Ölçeği (ZSDS; Nagata ve ark., 2000),
- 8- Middlesex Hastanesi Anketi (MHQ; Harris, 1981),
- 9- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS; Cox, Holden, ve Sagovsky, 1987)

AH'nin görüldüğü ülkeler, günler ve sıklıkları genel olarak aşağıdaki gibi belirtilmiştir:

- Kennerly ve Gath (1989)'ın yaptıkları çalışmada annelik hüznünü 3. ve 10. günlerde değerlendirip %26,4-%21 arasında tespit etmişlerdir.
- Pitt (1973)'de 4. günde %66,

- Hau ve Levy (2003)'de 1 ve 7 günler arasında %44.3,
- Stein 1980'de 5. günde %76,
- Kariman, N., ve ark, (2016) ilk 7 günde hüzün oranları %80,
- Kato, Ohta ve ark. (2008), ilk 7 günde %13-26,
- Mislav Mikus ve ark. (2020) çalışmasında % 19.9,
- Murata A ve ark. (1998) ilk 7 günde %44.5,
- Adewuya AO. (2006) ilk 10 günde %70.3,
- Aymelek ve Bayraktar (2020)'in 5.ve 15.günler de %52 hafif, %10.1şiddetli hüzün yaşadıkları belirlenmiştir

Ristanti,ve Masita, (2020), Endonezya'nın madure kabilesinde doğum sonu ilk 3 ayda annelerin hüzün belirtilerini EPDS ile bakılıp eşlerin, ailelerin ve çevrenin, inançların ve kültürün desteğinin doğum sonrası anne mavilerini Madura kabilesinde sağlık arayışı davranışını etkilediği sonucuna varılmıştır.

Rezaie-Keikhaie ve ark. (2020)'in yapmış olduğu sistematik veri tabanlarından ulaştıkları 1980-2019 yılları arasında yayınlanan ve 5.667 katılımcıyı kapsayan 26 çalışmanın meta analizi sonucunda doğum mavilerinin sıklığı %39,0 idi. İngiltere ve ABD'de %76, Jamaika'da %46, Hindistan'da %58 ve Nijerya'da %31,3 olarak saptanmıştır (Adewuya AO.2006). Yapılan çalışmalarda kullanılan ölçüm araçları, AH belirtilerin olduğu günler ve oranları farklılık göstermektedir. Farklılıkların olması çalışmaların yapıldığı ülkelerin sosyo- kültürel değerleri ve dini inaçlarına göre değişebileceği literatür taramalarında belirtilmiştir (Rezaie-Keikhaie ve ark.,2020;Okulu, A., & Sağlığı, D. K.2020; Norhayati ve ark, 2015; Sit ve Wisner, 2010; Sylvén ve ark, 2017).



### **2.1.2.3.3. Annelik Hüzününün Risk Faktörleri**

Annelik hüznünün birçok risk faktörü mevcuttur. Bunlar genellikle, sosyo ekonomik durum, psikiyatrik bozukluklar özgeçmişinde veya soygeçmişin de , doğum korkusu, premenstrüel sendromların yaşanması, sigara içenlerde, yetersiz sosyal desteği olanlar, yetersiz beslenme, istenmeyen gebelikler, adölesan evlilikler, bebeğin cinsiyeti(kızı olanlarda), ilk gebeliğinde duygu durum bozukluğu yaşayanlar, doğum şekli gibi etkenler annelik hüznü riskini artırmaktadır (Fiala ve ark, 2017; Gerli ve ark. 2019; Buttner 2011; Gonidakis 2012). Sezaryen ile doğum yapanların normal doğum yapanlara göre daha fazla hüznü yaşadıkları saptanmıştır (Gonidakis,2012). Gebelik öncesi depresyon öyküsü olanların olmayanlara göre 3 kat, doğum sonu dönemde ilk beş günde bebeğinin sağlık sorunu olan annelerin olmayanlara göre 2 kat, annede olduğu gibi eşinin de ruhsal bir sorunu olanların olmayan eşlere göre ortalama 2 kat annelik hüznü riski altında olduğu belirtilmiştir (Ismail, 2006). Doğum mavilerinin yaygınlığının Afrika ve Avrupa ülkelerinde Asya ülkelerine ve Amerika Birleşik Devletleri'ne göre daha fazla olduğunu ve doğum mavilerinin yaygınlığı düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre daha fazlaydı. Bu bulgu, ekonomik durumu kötü olan kadınların doğum sonrası depresyonun daha yüksek düzeyde doğum mavisini yaşadığı belirtildi (Hahn-Holbrook, ve ark., 2018; Manjunath ve ark., 2011; Shivalli ve Gururaj, 2015).

#### 2.1.2.3.4. Annelik Hüzününün Tedavisi

Doğum sonu dönemde aileye yeni bir bireyin katılımı heyecan yaratmış olsa da anne ve babanın ebeveynliğine ne kadar hazır olduğu tam olarak bilinmeyebilir. Bebeğe olan ilgi annenin mevcut olan annelik hüznünün gözden kaçmasına sebep olabilir veya anneler genelde kendileri baş etme yöntemlerini bulup bu durumu önemsemeyebilirler. Annelik hüznü erken önlenmediği takdirde psikoza veya depresyona dönüşebilir (Durukan ve ark, 2011; Gereklioğlu ve ark, 2007; Norhayati ve ark, 2015). Çeşitli doğum mavileri değerlendirme araçlarına rağmen, Vitale ve arkadaşları (2016), ruh halini etkileyen ilaçların ve antidepresanların kullanımının, aile desteği gibi uygun önlemlerle birlikte, doğum mavisini semptomlarının tedavi edenlerine yardımcı olabileceğini buldu.

AH'nü ilaç ile tedaviye gereksinim duyulmadan geçici bir ruh hali olarak bilindiği için genellikle psikososyal destek, anneye danışmanlık, destekleyici psikoterapi şeklinde olmaktadır (Raynor ve England 2010; ACOG 2013; AWHONN 2008; Aktaş ve ark., 2017; Rude 2013).

**Psikososyal Destek:** İnsanların hayatları boyunca karşılaştıkları zorlu süreçlerde veya mutlu anlarında duygularını paylaşabilecek destek sistemleri olarak ifade edilen psikososyal destek terimidir (Ardahan 2006). Bu destekler yaşam boyunca farklı yerlerde farklı insanlar ile olabilir, yeri gelir aile üyeleri, çalışma arkadaşı, evli bireylerin eş desteği, akrabaları veya sağlık profesyonelleri, ebeler, hemşireler destek olabilir (Rude 2013). Sosyal destek bireyin hem psikolojik hemde fizyolojik olarak tedavisinde ve zor durumlarda karşılaştığında başa çıkabilmesi için en önemli güç kaynaklarından biridir (Webster ve ark 2000). Doğum sonu dönemde yeni bir bebeğin olması hem annede hem de babada mutluluk uyandırmasının yanında babanın anneye desteği çok önemlidir. Yapılan çalışmalarda da sosyal desteğin özellikle eş desteğinin annede lohusalık sürecinin sorunsuz geçirmesinde çok büyük etken olduğu belirtilmiştir (Raynor ve England 2010). AH 'nün tedavisinde de eğitimin önemi de belirtildiği kadar sosyal desteğin de çok önemli olduğu sonucuna varılmıştır (ACOG 2013). Doğum sonun da normal doğum veya sezaryen sonrası taburculuk eğitimlerinde mutlaka sosyal desteğin önemi de vurgulanmalıdır (AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, ICM 2011, ACOG 2013).

AH tedavisinde nonfarmakolojik ürünlerin de etkili olabileceği belirtilmiştir. Japonya'daki annelerle yapılan bir çalışmada geleneksel tamamlayıcı alternatif ürünlerle Xiong-gui-tiao-xue-yin (Kyukichouketsu-in) bitkisi ile doğum sonu psikolojik sorunlarda iyi geldiği vurgulanmıştır ( Ushiroyama ve ark,2005). Çin de ise akupunktur ve çeşitli bitkiler ile doğum sonu dönemi rahatlatıcı geleneksel tedaviler yapılmıştır (Maciocia 2011).

***Destekleyici Psikoterapi:*** Annelik hüznünde psikososyal desteğin yeterli olmadığı veya annelik hüznün belirtilerinin iki haftalık süreden fazla sürdüğü yerini depresyona kadar devam edebileceği durumlarda bir uzman tarafından anne veya babanın kendilerine zarar verme düşüncelerine veya yeni bir bireyin olmasından dolayı üstlerindeki sorumluluklarının artması endişesi ve korkularından dolayı iç çatışmalar yaşamaları veya kendilerine zarar verecek duruma gelindiğinde yardımcı olunmasıdır (Rude 2013). Psikoterapide amaç annenin içindeki duygu durumunu anlayıp, kabullenip açığa çıkarmasını sağlamaktır (Rude 2013). Vitale ve arkadaşları (2016), ruh halini etkileyen ilaçların ve antidepresanların kullanımının, aile desteği gibi uygun önlemlerle birlikte, doğum sonrası semptomlarının tedavi edenlerine yardımcı olabileceğini buldu. Doğum sonu dönemlerde özetle, ebelerin veya hemşirelerin ev ziyaretlerinde anneleri dinleyip sosyal desteğin annenin ruh halinde çok önemli olduğunu belirtmeleri gerekmektedir (Raynor ve England 2010, Rude 2013).

### **2.1.2.3.5. Anelik Hüzünün Komplikasyonları**

Gebelik süresince veya doğum sonu dönemde annede hormonal değişimlerden dolayı duygu durum bozuklukları görülebilir. Bebek bakımının da eksiklikler bireylerin sosyo ekonomik durum yetersizliği ebeveynliğe adaptasyon süreci gibi birtakım sorunlar yaşanabilir. Bu sorunların artması bireyde strese sebep olur (Manjunath ve Venkatesh 2011). Bu sorunların artması doğum sonu annelik hüznün belirtilerinin oluşmasına sebep olduğu gibi bazı çalışmalarda AH 'nın kendiliğinden geçebileceği annede herhangi bir etki bırakmayacağı belirtilmiştir (ACOG 2013)

Bazı çalışmalarda ise AH'nün PPD' nin belirleyici olduğu, erken önlem alınmadığı takdirde doğum sonu depresyona ve psikoza dönüşürebileceği majör duygu durum bozukluklarına neden olduğu saptanmıştır (Bruno ve ark, 2018; Watanabe ve ark 2008).

### **2.1.2.3.6. Anelik Hüzünde Ebelik Yaklaşımları**

Doğum sonrası dönem, kadınların fizyolojik (meme problemleri, epizyotomi, sezaryen doğum sonrası ağrı, yorgunluk) ve psikolojik değişikliklerle (PPD ve AH) başa çıkmaları gereken zorlu bir süreçtir. Kadınların doğum sonrası dönemde sosyal destek sistemlerine ihtiyacı vardır. Bu dönemi antenatal ve doğum sonrası eğitim programları, ev ziyaretleri ve tele danışmanlık ile desteklemek, kadının öz bakım ve bebek bakımı konusunda kendi kendine yeterli hissetmesini sağlar ve doğum sonrası fonksiyonel yetkinlik ve adaptasyona ulaşmayı kolaylaştırır. Bu sayede sosyal destek sistemleri anne fetal bağlanmasını sağlar, emzirmeyi artırır, rol adaptasyonunu iyileştirir ve depresif semptomları azaltır. Doğum sonrası dönemde tüm anneler doğum öncesi dönem olarak ev ziyaretleri, telefon danışmanlığı ve eğitim sınıfları ile desteklenmelidir. Ancak bu sosyal destek sistemlerinin uygulanabilmesi için bazı önemli durumları hayata geçirilmesi gerekmektedir. Doğum sonrası evde bakım, tele danışmanlık, doğum sonrası eğitimler konusunda sağlık politikası ile bir standart oluşturulmalıdır. Hemşireler ve ebeler tarafından anneler için en etkili öğretim yöntemlerinin belirlenmesi gerekmektedir (Aydın ve ark, 2016).

AH doğum sonu yaygın olmasına rağmen literatürde net bir tanımının olmayışından dolayı kesin tanı ve tedavisin de de annelerin kendiliğinden atlatabileceği ve kalıcı sekeller bırakmayacağı düşünülmesinden dolayı annelere gerekli destek verilmemektedir. Ebeler annelik hüznü belirti ve bulgularını gözlemleyip erken dönemde tespit edip risk altındaki grupları belirleyip önlem almaları konusunda yönlendirmelidirler.

Ebelerin gebe izlem ziyaretlerin de annenin bulunduğu koşulları önceden tespit edip (gebeliğin planlı mı olduğu, gebenin psikiyatrik bir sorunun olup olmadığı veya çevresinde olan birinin varlığı, sosyal destek eksikliği, adölesan gebelik mi gibi) doğum sonu dönemde lohusanın neler ile karşılaşabileceğini önceden teyit etmelidir. Eş desteğinin gebelik süresince önemli olduğu kadar doğum sonu dönemde de önemi vurgulanmalıdır (Yılmaz ve Öncel, 2007; Yüksekol ve ark,2014). AH yaşayan kadınların belirlendikten sonra ev ziyaretleri ile belirtilerin geçip geçmediği gözlenmesi ve bu hüznün ile nasıl baş etmeleri konusunda bilgilendirilip sosyal destek sağlanmalıdır. Doğum sonu dönemde annenin bebek bakımında neler yapacağı emzirme eğitimleri ile annenin hüznün yaşayabilecek faktörlerin en aza indirmesi için annenin istediği zaman destek alabileceği bildirilmelidir (Balkaya, 2002).

Müdahaleli doğum yapan ve sezaryen doğum yapanlarda hüznün oranlarının normal doğum yapanlara göre daha fazla yaşandığı araştırma sonuçlarında görüldüğü üzere doğum şekline göre anneyi değerlendirmesi gerektiği postpartum ruhsal problemler ile nasıl baş etmesi gerektiği anneye anlatılmalıdır (Rezaie-Keikhaie ve ark,2020; Akbarzadeh ve ark,2015).

AH önlenmediği durumlarda kadınların doğum sonu depresyona yatkın olabileceği çalışmalar ile desteklenmiştir. PPD uzun dönemde annenin ve aile bütünlüğünde sorunlar yaşamasına ve tedavi sürecinin uzun olmasından dolayı önemlidir. AH belirtileri gösteren kadınların doğum sonu 6 haftaya kadar ev ziyaretleri ile desteklenmesi sağlanmalıdır (Shi, P ve ark,2018; O'Hara, ve McCabe, 2013). AH'ündeki ebelik yaklaşımlarını özetlersek:

- AH açısından risk altında olanları belirleyip bireye göre uygun bakım planının yapılması,
- Doğum öncesi ev ziyaretlerinde annenin ve aile üyelerindeki depresif duygu durum bozukluklarının tespit edilmesi,
- Gebelik sürecinde doğum ve doğum sonrası eğitimlere katılmasını sağlamak,
- Gebeliği ve sonrasında kadının sosyal desteğini sağlayıp özellikle eş desteğinin önemini anne ve baba adayına vurgulamak,
- Normal doğum ve müdahaleli doğum ile ilgili annenin endişeleri varsa eğitimler ile desteklemek (Gürcüoğlu ve Vural, 2017).
- Annelik- babalık hazır olunuşluk için ebeveynlere bebek bakımı eğitimleri verilmeli,
- AH belirtilerini söyleyip bilgi vermek ve gelişmemesi için yapılması gerekenleri anlatmak,
- Annelerin doğum ve doğum sonrası anksiyetelerini azaltmak için soru sormaları konusunda cesaretlendirmeli,
- AH yaşayan kadınların bütüncül yaklaşım ile değerlendirip erken önlem alınması sağlanmalıdır (Shi, P ve ark,2018; O'Hara, ve McCabe, 2013; Rezaie-Keikhaie ve ark,2020; Akbarzadeh ve ark,2015; Yılmaz ve Öncel, 2007; Yüksekol ve ark,2014; Aydın ve ark, 2016).

AH yaşayan annelerin ilk iki hafta süresinde ziyaret edip hüznün belirtilerinin değerlendirmesi yapıp, depresyon ve psikoza dönmeden erken önlem alınması gerekmektedir (Watanabe ve ark 2008).

### 3. ÖLÇEK VE ÖLÇEK GELİŞTİRME

Ölçme; bir niteliği inceleyip gözlem sonucunun sayı veya semboller ile ifade edilmesidir (Aktürk, 2012). Ölçme bir amaç için yapılır, olaylar veya nesneler ile ilgili bilgi verip nesnelerin sonuçlarına göre değerlendirme yapılır (Ercan ve Kan, 2004). Ölçek; ölçme sonuçlarının matematiksel sayılar ile sembol edilmesidir (Öner, 2006). Ölçekler ölçme işleminin de sınıflara ayırarak sıralayıp ve yapılan konunun miktar ve derecelendirmesinde de kolaylıklar sağlar. Bilimsel çalışmalar genellikle ölçmeyle yapılır ve ölçeğin geçerli ve güvenilirliği bu çalışmaların gelişmesine ışık tutar (Tavşancıl, 2002). Ölçek çalışma işlemlerinden önce yapılacak konu ile ilgili bir çalışmanın olup olmadığına bakılır, benzer ölçek varsa ne kadar duyarlı olduğuna ve ölçeğin duyarlılığı yüksek ise uyarılma çalışması mı yapmalı yoksa ölçek mi geliştirilmeli değerlendirilir (Karagöz ve ark,2019; Deniz, 2007).

Var olan bir ölçeğin uyarlanmasında ölçeğin sadece dil değişimi değil ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği de yapılmalıdır. Yeni bir ölçek geliştirme de ise literatür kapsamlı bir şekilde taranmalıdır. Ölçek soruları madde havuzu yapılarak uzman görüşüyle formatlanır (Erkuş, 2014). Madde havuzu oluşturulurken soruların açık, sade bir dille olması, soruların birden fazla yargı içerecek şekilde olmamasına özen gösterilmelidir (Ekici, 2012). Oluşturulan madde havuzu kapsam ve görünüm geçerliliği için alanında uzman olan kişilerin görüşüne sunulur. Uzmanlar soruları inceleyerek soruların gerekli olup olmadığına düzeltilmesi gereken soruları varsa öneride bulunarak görüşlerini bildirirler (Taşkın, 2010). Uzman görüşünden sonra ölçek taslağının kapsam geçerliliği ve güvenilirliği yapıldıktan sonra pilot uygulama yapılır (Karakoç ve Dönmez, 2014).

### **3.1. ÖLÇEK GELİŞTİRME DE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK**

#### **3.1.1. Geçerlilik (Validity):**

Geçerlilik ölçeğin ölçmek istediği değişkeni değerlendirip, ölçüyorsa onu başka değişkenlerle karıştırmadan ayırarak ölçmesidir (Aktürk, 2012). Yapı geçerliliğinde de ölçülmek istenen soyut bir kavramı (faktörü veya nesneyi) doğru bir şekilde ölçme boyutunu gösterip, ölçeğin kullanım amacına uygun olup olmadığını belirtmektedir (Karadağlı, 2017). Madde havuzundan ve uzman görüşlerinden sonra ölçeğin geçerliliği geçerlilik katsayısı ile hesaplanır. Geçerlilik katsayısı ölçekteki soruların kullanım amacına göre belirlenip bu kat sayısı -1.00 ile +1.00 arasında değişen değerler alıp bu katsayı ne kadar yüksek olursa ölçeğin amacına uygun olduğu belirlenir. Ölçeğin katsayısının düşük olması ölçeğin güvenilirliğinin eksik olduğunu ifade eder.

Güvenilir ölçeğin her zaman geçerli olacağı anlamına da gelmeyeceği bildirilir. Dolayısıyla geçerlilik-güvenirlilik birlikte yorumlanması gerekir (Atılğan ve ark,2017; Ercan, 2004; Dönmez, 2014).

#### **3.1.1.1. Geçerlilik Çeşitleri ve Ölçümde Kullanılan Yöntemleri**

Araştırmacılar arasında geçerlilik türleri farklılık gösterip tanımsal değişiklikler yer alabilmektedir. Geçerlilik ölçütünün iyi olabilmesi çalışmanın niteliğine göre farklılıklar göstermekle birlikte, yorumsal, yapı ve ölçüte dayalı geçerlilik olarak 3'e ayrılır (Karakoç ve Dönmez, 2014).

#### **3.1.1.2. Yorumsal Geçerlilik (Translation Validity):**

Ölçek yapısının ne kadar işlevsel olduğunu belirtir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

##### **a) Yüzeysel Geçerlilik (Görünüş Geçerliliği) (Face Validity):**

Ölçme aracındaki soruların alanında uzman kişilerin görüşüne sunmaktır (Karakoç ve Dönmez, 2014).



### **b) İÇERİK (KAPSAM) GEÇERLİLİĞİ (Content Validity):**

Mantık yolu veya istatistiksel yol gibi farklı iki şekilde değerlendirme ile yapılabilir. Kapsam geçerliliği ölçekteki bütün soruların ölçek amacına ne derece uyum sağladığıdır. Uzmanların görüşü ve sayısı (5-40) büyük önem taşır (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Ölçeği geliştiren ile uzmanlar arasında ölçek soruları üzerinde ortak tanımların olması gerekmektedir.

Uzmanlar kapsam geçerliliği için farklı teknikler kullanabilir. Bunlar: Davis tekniğinde maddelere a) uygun, b)madde hafifçe gözden geçirilmelidir, c) madde ciddi olarak gözden geçirilmelidir, d) madde uygun değil, olarak dörtlü sınıflandırılır. Bu maddelerden a şıkkı ve b şıkkı cevabını verenlerin sayısı toplam uzman sayısına bölünür o maddenin “kapsam geçerlilik indeksi (KGİ)” elde edilmiş olur. Bu indeksin 0.80-1 olması kabul edilebilir bir düzeyi gösterir (Tavşancıl, 2002; Dönmez, 2014). Lawshe (1975) tekniğinde her madde için uzman görüşleri a) madde hedeflenen yapıyı ölçüyor, b) madde yapı ile ilişkili ancak yetersiz, c) madde hedeflenen yapıyı ölçmüyor, şeklinde üçlü derecelendirilir. İlerleyen yıllarda “ uygun”, “ uygun ancak düzeltilmeli”, “çıkartılmalı” şeklinde değiştirilmiştir (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018)

### **3.1.1.3. Ölçüte Dayalı Geçerlik (Criterion- Related Validation):**

Test yöntemlerini belirlemeye çalışan bir veya iki ölçütle arasındaki ilişkiyi inceleyen bir tekniktir. İki türü olan eşzaman ve yordama geçerliğidir. Eşzaman geçerliğinde araştırmacının yapmış olduğu ölçekten aldığı puan ile aynı sonucu vermiş başka bir test hem de başka bir davranışı ölçen bir test ile aralarında korelasyon yapılarak bulunur. Bu ölçümlerin zaman aralığının yakın olması gerekir. Yordama geçerliği ise sonradan alınacak referans sonucunun önceden tahmin edilmesidir (Büyüköztürk ve ark, 2017).

### 3.1.1.3.1. Yapı Geçerliliği

Ölçek sonucunun ne ile bağlantılı olduğunu açıklamasını belirtir. Hazırlanan ölçeğin ne derece doğru olduğunu ölçer (Karakoç ve Dönmez, 2014). Benzer ölçek geçerliliği, yapısal eşitlik modeli ve faktör analizi olarak üç alt başlığa ayrılır. Yapısal eşitlik modelinde ölçeğin içindeki yapıların kendi içindeki diğer yapılar ile arasındaki ilişkiye bakılır. Ölçek geliştirmede faktör analizi önemli bir yere sahiptir (Dönmez, 2014).

- a) **Faktör Analizi:** Araştırmacının geliştirdiği ölçekteki maddelerin birbiri aralarında ilişkilerine veya birbiri ile bağımsız maddeler ile aralarındaki uyumu inceler. Faktör analizinde çok sayıda değişkeni bir araya getirerek kavramsal bir diyagram ortaya koyup istatistik bir analiz yapılmasını sağlar (Özdemir, 2018). Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri mevcuttur.

**1.Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA):** Faktör analizi yapılırken araştırmacının veri setindeki değişkenleri belirleyip aralarında korelasyonu yüksek olanlar gösterilip sonra farklı gruplar ile nispeten daha düşük korelasyonu olanlar ile alt gruplar oluşturulur. Yüksek korelasyonu olanlar faktör olarak belirlenir (Tabachnick ve Fidell, 2007). Aralarında uyum olmaması durumunda ölçekten çıkartılacak veya eklenecek durum söz konusu olduğunda tekrar analiz yapılır. Belli bir uyum ve ölçülecek madde sayısı yeterli oluncaya kadar devam eder. Örneklem büyüklükleri de ilişkilerin güvenilirliği için 5-10 katı olması gerektiği belirtilmektedir (Karagöz, 2018; Dönmez, 2014). Kısacası; açıklayıcı faktör analizinde ölçekteki faktör sayı adedinin belirlenmesidir. Bazı ölçeklerde 3 ile 7 arasında gözlenmektedir. Faktör sayıları ise kendi aralarında korelasyon ve kovaryans matrisi, öz değer, faktör yükü, bartlet küresellik testi ve kaiser- meyer olkin testi, döndürme yöntemleri/ varimax, temel bileşenleri analizi (principal component analysis), faktör sayısının belirlenmesi şeklinde belirlenmesinde kullanılan açıklayıcı analizin temel kavramlarıdır. Ölçek geliştirmede genellikle açıklayıcı faktör analizi yapılmaktadır (Karagöz, 2018).

**Korelasyon ve Kovaryans Matrisi:** Korelasyon matrisi genel anlamda değişkenlerden gözlemlenen matrislerdir. Faktörden oluşanlara ise ‘yeniden türetilmiş korelasyon matrisi’ denir. İki korelasyon arasındaki fark iyi bir korelasyon matrisini belirler. Bu farkın az olması gerekir çünkü aralarındaki uyum bu farka bağlıdır (Tabachnick ve Fidell, 2013).

**Öz Değer:** Belirlenen faktörlerin bütün faktörler arasındaki ilişkiyi inceler. Faktör sayısını belirlemede de kullanılır. Değeri artıkça faktörün geçerlilik oranı da artar (Tabachnick ve Fidell, 2013).

**Faktör Yüğü:** Belirli bir katsayıya sahip olunması gerekir faktörlerin ve bu katsayıda işarete bakılmaksızın en az 0.40’ın üstünde olması gerekmektedir (Karagöz,2018).

**Bartlet Küresellik Testi ve Kaiser- Meyer Olkin Testi (KMO):** AFA uygunluğunu ölçmek için bu testin yapılması gerekmektedir. KMO testi faktör analizi yapılırken değişkenler arasındaki korelasyona ve uyuma bakar (Tavşancıl, 2010). Örneğin varyans analizlerinde nasıl ki ölçütlerin homojenliği önemli ise faktör analizinde de KMO analizi çok önemlidir. Araştırmacının verileri öncelikle faktör analizine uygunluğu değerlendirilir eğer KMO istatistiksel olarak anlamlı çıkar ise bundan sonraki işlem faktör analizidir (Yurdugül, 2005). Belli formüllerle KMO hesaplamaları yapılmaktadır. Bu ölçüt aralıkları  $1,00 \leq KMO \leq 0,90$  Mükemmel,  $0,90 < KMO \leq 0,80$  iyi,  $0,80 < KMO \leq 0,70$  Orta düzey,  $0,70 < KMO \leq 0,60$  zayıf,  $0,60 < KMO$  kötü olarak hesaplanır.

KMO testindeki değerlerden 0,60’ın altında olması kötü, 0,90 üstünde olması da mükemmel olarak değerlendirilir. Çoğu çalışmalarda KMO’nı n 0.50’den büyük çıkması beklenmektedir (Şencan, 2005). Bartlett testi sıfır hipotezi için yapılır.  $P \leq 0,05$  ise verilerin faktör analizine uygun olduğunu gösterir (Yurdugül, 2005).

**Döndürme Yöntemleri/ Varimax:** Verilerin temel uygulaması faktörlerin döndürülmesidir. Çıkartılması gereken faktörlerden döndürme işlemi olmadan yorumlanması doğru olmaz ve varyansları yüksek değerlendiren varimax yöntemidir (Şencan, 2005).

**Temel Bileşenler Analizi (principal component analysis):** AFA için SPSS programında 7 tane faktör oluşturma yöntemi mevcuttur. Temel bileşenin amacı gruplar içinde bileşenlerin kendi aralarında dik olarak bir yüksek varyans çıkartmaktır (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu faktörlerin sayısının belirlenmesi gerekmektedir. Bunlar öz değere, serpilme diyagram (scree test), varyansın oranına göre belirlenmektedir (Tavşancıl, 2002).

**2.Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA):** Genellikle AFA sonucunu DFA ile test edilir. AFA dan farkı DFA'nin modelleri gizli değişkenlerin ile kuramlarının test edilmesi üst seviyede kullanılmasına olanak sağladığı için geniş bir yöntemdir (İlhan, 2014). Doğrulayıcı faktör analizini test etmek için uyum indeksleri vardır ve bu indekslerin belli bir düzeyde olması gerekmektedir. Bu indeksler; karşılaştırmalı NFI, NNFI (TLI), IFI, CFI, RMSEA ve mutlak uyum indeksi GFI, AGFI' dir (Karagöz, 2018). DFA önceden belirlenmiş ve planlanmış bir yapının istatistiksel boyutta doğrulanmasını sağlamaktır. AFA var olan verileri faktör analizi yaparken DFA araştırmacının sağladığı o an veya daha önce belirlenmiş kurumsal verilerin ölçümde var olup olmadığını test eder. Bundan dolayı ölçek geliştirmede AFA, uyarlamada ise DFA tercih edilmektedir (Özdemir, 2018).

**Şekil 1:** Doğrulayıcı Faktör Analizinde Oluşan Uyum İndeksi Beklendik Değer Aralıkları (Karagöz, 2018)

İndeks	Normal değer	Kabul edilebilir değer
Chi- square/df (CMIN/DF)	CMIN/DF<2*	CMIN/DF<5*
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	RMSEA<0.05**	RMSEA≤0.08
P-Value for Test of Close Fit	>.05	-
Non-Normed Fit Index (NNFI)	NNFI>0.90	0.80≤NNFI
Comparative Fit Index (CFI)	CFI≤0.95*	CFI>0.85**
Standardized RMR	SRMR<0.05*	SRMR<0.08*
Goodnes of Fit Index (GFI)	GFI>0.90*	GFI>0.80*
PCLOSE	>.05	-

### 3.1.2. Güvenirlik

Bir ölçüm aracında niteliğin artması için mutlaka güvenilirliğinin olması gereklidir. Güvenirliği düşük olan bir çalışmanın geçerliliğinin yüksek olması asla beklenemez (Karakoç AG,2014; Büyüköztürk ve ark, 2017). Literatürde güvenliğin birçok tanımı mevcuttur. Tanımlardan ortak olarak güvenirliğin göstergesi olabilecek 3 tanım üzerine odaklanılmıştır. Bunlar güvenirliğin; tutarlılığı, duyarlılığı ve kararlılığıdır (Özdemir, 2018; Tavşancıl E, 2006; Kartal ve Bardakçı, 2018).

Güvenirliğin değerlendirilmesinde yapılabilecek hataları engellemek için değişkenler arasında korelasyon katsayısına ve değişkenlerin ilişkisine bakılır. Güven aralığı 1'e yakın olması güvenirliğinin yüksek olmasını sağlar. Bu değerlendirmeyi yapmak için paralel test, test -tekrar test, iç tutarlık katsayısı, eş değer yarılama yönteminin kullanılması gerekmektedir (Özdemir, 2018)

**Paralel Test Yöntemi:** Ölçeğin güvenirliğinin için aynı kapsam ve özelliklerin bilinen başka bir ölçekle korelasyon değerinin hesaplanması ile olur. Bazı özelliklerin aynı olmaması sonucunda ölçeklerin eş değerliği düşük çıkabilir (Özdemir, 2018).

- a) **Test Tekrar Test Yöntemi:** Araştırmacının yaptığı çalışmayı aynı bireylere farklı zaman dilimlerinde aynı testlerin uygulanmasıdır. Bu iki uygulamadan sonra korelasyon katsayısına bakılıp güvenirlik derecesi tespit edilir. Korelasyon sonuçları 0.80 'en üzeri, 0.70 altında olmaması belirtilmektedir.
- b) Yapılan ön test ve son test uygulama aralıkları ise literatür çalışmalarında 7. gün, 15. gün veya 1.ile 3. aya kadar belli aralıklarla uygulanabileceği istenmiştir (Özdemir, 2018; Karakoç ve Dönmez, 2014; Karagöz, 2018).
- c) **İç Tutarlık Katsayısı:** Bir ölçme aracında en çok kullanılan yöntemdir. Her maddenin bütün maddeler arasındaki uyumuna ve tamamıyla aynı doğrultuda hareket edip etmediğine bakar (Özdemir, 2018). En çok kullanılan yöntemi ise, Cronbach alfa katsayısı, madde analizi ve Kuder Richardson 20-21 güvenirlik katsayısıdır (Karakoç AG,2014; Erkuş ve ark.2017).

**Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı:** Verilerin iç tutarlılığını ve homojenliğini gösterir. Genellikle likert tipli ölçümlerde güvenilirlik katsayısına bakılır ve belli seviyede olmasına önem gösterilir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Faktör yüklerindeki alt boyutları arasında iç tutarlılığı ölçek alfa katsayısıdır (Alpar, 2016)

**Şekil 2:** Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısının Değerlendirme Aralıkları (Özdamar,2018)

<b><math>\alpha</math> Sınırları</b>	<b>Açıklama</b>
$\alpha < 0.40$	Ölçek güvenilir değildir. Ölçeğin yeniden düzenlenmesi uygun olur.
$0.40 \leq \alpha < 0.50$	Ölçek çok düşük güvenilirlik düzeyine sahiptir. Ölçeğin yeniden düzenlenmesi ya da modifiye edilmesi uygun olur.
$0.50 \leq \alpha < 0.60$	Ölçek düşük güvenilirlik düzeyine sahiptir. Prototip ölçek olarak kullanılması, ancak iyileştirme çalışmalarının yapılması uygun olur.
$0.60 \leq \alpha < 0.70$	Ölçek yeterli güvenilirlik düzeyine sahiptir. Ölçek toplum taramalarında kullanılabilir.
$0.70 \leq \alpha < 0.90$	Ölçek yüksek güvenilirlik düzeyine sahiptir. Ölçek toplum taramalarında ve bilimsel yargıların oluşturulmasında güvenle kullanılabilir.
$\alpha \geq 0.90$	Ölçek çok yüksek güvenilirlik düzeyine sahiptir ve inceleme alanı ile ilgili yüksek geçerlilik ve güvenilirlik düzeyinde bilimsel yargıların oluşturulmasında güvenle kullanılabilir.

**Kuder Richardson 20-21 yöntemi:** Ölçeğin maddeleri, evet- hayır şeklinde ise bu yöntem uygulanır. Ölçeğin öncelikle homojen dağılması ve tek bir yapıyı ölçmesi gerekmektedir. Maddeler arasında benzer güçlük yoksa Kr-20, benzer ise Kr-21 kullanılması gerekir. Güvenirlik için madde sayısının değerlendirilebilen ölçekte kabul edilebilir değer aralığı ise 0.50 ile 0.80 arasında değişiklik gösterebilir (Özdemir, 2018); Kartal ve Bardakçı, 2018).

**Madde Analizi:** Ölçekteki soruların ölçeğin hedefine uyup uymadığını tespit eder. Uyum için bazı teknikler ile analiz yapılır. Bu teknikler madde ayırt ediciliği ve madde- bütün korelasyonu tekniklerdir. Madde -bütünde, bir madde ile bütün arasındaki korelasyonu, ölçeğin diğer maddelerinin tamamı ile korelasyon yapıp değerlendiren bir tekniktir. Analiz sonucunda katsayısı düşük olan madde ölçeğe katkısı düşük olarak belirtilir.

Dolayısıyla madde-bütün korelasyonu katsayısı +0.25 den az olması maddenin güvenilirliğinin düşük olduğunu ve maddenin ölçekten çıkarılması sonucuna varılır (Güler, 2017). Madde ayırt ediciliği, ölçekteki her bir maddenin veya ölçeğin tamamının hedeflenen ölçmeyi belli standartlara göre ayırt etmek için yapılan testtir.

Bu madde ayırt edici yöntem alınan toplam puanın büyükten küçüğe doğru sıralanması ile oluşur. Toplam katılımcıların sayısı en yüksek olan %27'lik kısmı "üst grup", %27'lik dilimin altında olanlar en düşük puana sahip olup ortada kalanlar ise önemsenmemektedir (Alpar R, 2016). Maddelerdeki %27'lik dilim puanlaması literatürde kabul görülen bir kuraldır (Kartal ve Bardakçı, 2018). Madde ayırt ediciliği yapıldıktan sonra bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkı belirlemek için önemlilik testi ve  $p < 0.05$  olması değerlendirilir (Tavşancıl E, 2006)

***Eş Değer Yarılar Yöntemi (Split Half):*** Ölçeğin birden fazla kullanılması gerektiği durumlar da güvenilirliği belirlemek için en sık yapılan yöntemdir (Özdemir, 2018). Ölçek ikiye ayrılıp iki eş parça arasındaki eş değerliliğe bakılır. Bakılan yarı ölçekler arasında korelasyon ilişkisi yüksek olduğunda ölçeğin bütününe iç tutarlılık ve güvenilirliğinin yüksek olduğu sonucuna varılır (Ercan İ, İsmet K.2004; Orçan F,2018).

**Şekil 3:** Geçerlilik ve Güvenirlik sına yöntemleri ve kullanılan testler (Karakoç ve Dönmez, 2014)

Güvenirlik		Geçerlik			
		İstatistiksel test	İstatistiksel test		
Ölçeğin kararlılığı	Test-retest	Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı	Yorumsal geçerlik	Yüzeysel geçerlik	Uzman yorumu
	Paralel form			İçerik (kapsam) geçerliği	
Ölçümcü güvenilirliği	Gözlemciler arası tutarlılık	Korelasyon, t-testi, özel varyans çözümlemeleri ve Cronbach alfa	Ölçüte dayalı geçerlik	Eşzaman geçerliği	Korelasyon
	Gözlemciler içi tutarlılık			Yordama geçerliği	
İç tutarlılık	Yarıya Bölme Yöntemi	Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı	Yapı geçerliği	Benzer ölçek geçerliği	Korelasyon
	Kuder-Richardson Güvenirlik Katsayıları	Kuder-Richardson Güvenirlik Katsayıları		Yapısal eşitlik modellemesi	Korelasyon
	Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı	Cronbach alfa katsayısı		Faktör analizi	Faktör analizi



## 4.GEREÇ VE YÖNTEM

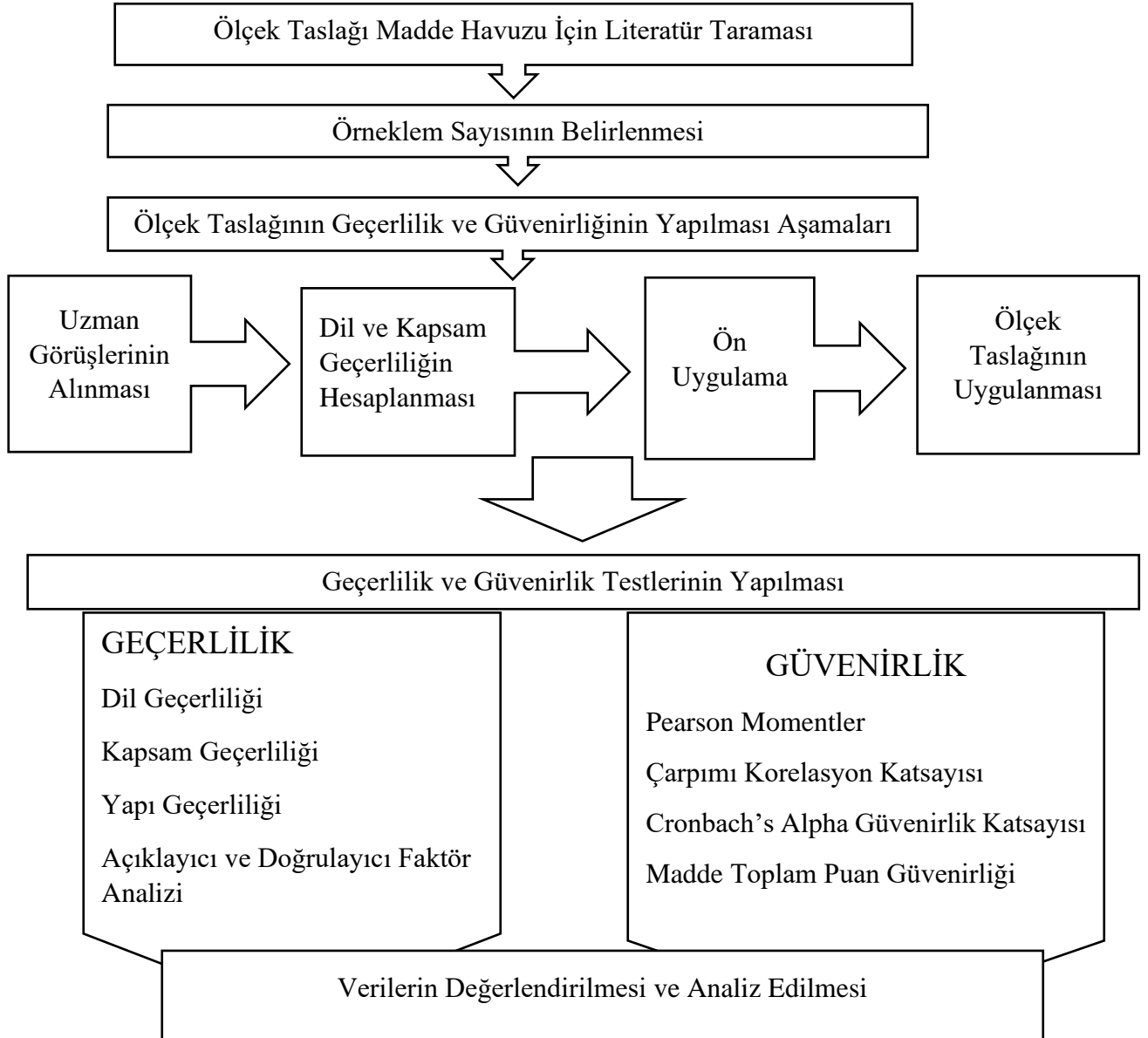
### 4.1. Araştırmanın Şekli

Araştırmamız, doğum sonu ilk14 günü (iki hafta) kapsayan normal (spontan) ve sezaryen doğum yapmış anneler ile, ülkemize özgü annelik hüznü belirtilerini değerlendirip, doğum sonrası annelik hüznü değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesini, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olarak metodolojik türde yapılması planlanmıştır.

#### 4.1.1. Araştırma ve Tez Yazım Planı

Araştırmanın yapılmasında izlenecek yol şeması aşağıdaki gibidir.

**Şekil 4:** Araştırmanın yapılmasında izlenecek yol şeması



**Şekil 5: Tez Yazım Planı**

TEZ YAZIM PLANI	Şubat- Temmuz 2020	Temmuz 2020	Ağustos- Eylül 2020	Ekim- Kasım 2020	Kasım- Aralık 2020	Aralık 2020	Aralık- Haziran 2021	Temmuz- Kasım 2021	Aralık 2020- Ocak 2022	Mart- 2022
Literatür tarama										
Tez önerisi										
Etik kurul onayının alınması										
Uzman görüşlerin geri bildirimleri										
Kurum izinleri										
Pilot uygulama										
Verilerin toplanması										
Verilerin analizi										
Tez yazım süreci										
Tez savunması										

#### **4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırmamız Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesinde yapılmıştır. Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi ilk olarak 1 Mart 1920 tarihinde donanma komutanı Hasan Rahmi Paşa tarafından 25 yataklı olarak kurulmuştur. 1938’de 50 yataklı Memleket Hastanesi olarak hizmet edip, 2016 yılında TSK’dan Sağlık Bakanlığına devredilen Askeri Hastanesi de Çanakkale Devlet Hastanesi Meriç Alemdar Binası olarak poliklinik hizmeti vermeye başlamış, 2017 yılında Bahattin Huriye Demircioğlu Ek Hizmet Binasındaki Kadın- Doğum ve Çocuk branşlarının da taşınması ve 2019 tarihinde Meriç Alemdar Binasındaki poliklinikler Merkez Bina ve Mehmet Akif Ersoy binasına taşındıktan sonra 545 yatak kapasitesine ulaşip 2 ayrı yerde( Merkez Bina ve Mehmet Akif Ersoy) hizmet vermektedir.

2019 yılına ait doğum istatistik bilgilerine göre yıllık normal doğum sayısı 1409, müdahaleli doğum 25, primer sezaryen 347, mükerrer sezaryen 589, toplam sezaryen 936, toplam doğum sayısı ise 2370 olarak belirtilmiştir (<https://canakkaledh.saglik.gov.tr/>). 30 yataklı Kadın Doğum Servisinde, 11 ebe ve 9 Kadın Doğum Uzmanı mevcut olan hafta içi 08-16:00 ve 16-08:00, hafta sonu 08:00-08:00 şeklinde nöbet ve mesai tamamlama şeklinde çalışılmaktadır.

#### **4.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmamızın evrenini Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Kadın Doğum Servisinde yatışı olan doğum sonu dönemdeki anneler oluşturmaktadır.

#### **4.4. Araştırmanın Örnekleme**

Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklem sayısının fazla olması ölçeğin güvenilirliğini artırmaktadır (Öner, 2006; Şencan, 2005). Örneklem büyüklüğü 50 ise çok zayıf, 100 zayıf, 200 orta, 300 iyi, 500 ise çok iyi, 1000 ve üzeri mükemmel olarak tanımlanmaktadır (Kadioğlu ve Yıldız, 2012). Ölçek geliştirme çalışmalarında her madde için 5-40 katı olacak kişi sayısı alınması önerilmektedir (Alpar R,2018). Çalışmada 575 katılımcıya ulaşılmış bu katılımcılardan 55 kişi son test grubuna katılmak istemediğini, 77'si ise soruların yarısını boş bıraktıkları için çalışmaya dahil edilmemiştir. 42 maddelik ölçek taslağımızda 10 katından fazla doğum sonu annelere ulaşılmıştır (42 madde x 10.54). Araştırmanın örneklemini Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisinde doğum sonu 443 anne oluşturmaktadır.

#### **Araştırmaya Alınma Kiriterleri:**

- Türkçe konuşabilen,
- Primipar ya da multipar,
- İletişime ve iş birliğine açık,
- Eşi ile birlikte yaşayan,
- Son gebeliğinin tek veya ikiz gebelik olması,
- Bebeğinde ve kendisinde fiziksel ve ruhsal hastalığı olmayan,
- Sistemik bir rahatsızlığı olmayan,
- Gebelik süresince herhangi bir risk faktörü olmayan,
- Doğum sonu ilk 14 gün (iki hafta) arasında olan,
- 19-45 yaşında olan,

#### **4.5.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

**Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:** Annelerin sosyo-demografik ve doğurganlık özellikleri,

**Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:** Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması.

#### **4.6. Veri Toplama Araçları**

Kişisel Bilgi Formu (27) soru, likert tipi hazırlanmış geçerlilik güvenirlik çalışması yapacağımız ‘doğum sonu annelik hüznü değerlendirme ölçeği taslağı’ soruları uygulandı.

##### **4.6.1. Veri Toplama Formları**

**Kişisel Bilgi Formu:** Form, gebelerin yaş, eğitim, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu gibi sosyo-demografik özellikler, doğum sonu dönemde annelik hüznüne yönelik (bebeğinizi ilk kucağınıza aldığınızda neler hissettiniz, anne öz bakımı için yardım aldınız mı veya kimden yardım beklersiniz, annelik hüznü teriminin ne olduğunu) 27 sorudan oluşmaktadır (Ek-I).

### **Doğum Sonu Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği (DSAHDÖ); Taslak Formu:**

Doğum Sonu Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçek taslağı (Ek-2) literatür taraması yapılarak ölçek soru havuzu oluşturulmuştur. Ölçeğimizde doğum sonu dönemde annede meydana gelen psikolojik değişimlerin neler olduğunu bu değişimlerin annede ne gibi sorunlar yaratabileceğini belirlemek amacı ile hazırlanan sorular yer aldı. Ölçeğimiz katılımcıların cevaplayacağı 5’li likert tipi şeklinde oluşturulmuştur. Ölçek taslağında 42 madde yer almaktadır. Ölçekte yer alan maddeler ‘1- Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5- Kesinlikle Katılıyorum’ şeklinde uygulanmıştır. Taslak ölçeğindeki sorularda puanın yüksek olması doğum sonu dönemde annelik hüznü belirtilerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Kapsam geçerlilik ve güvenilirliği için alanın da uzman görüşüne sunulan kişiler; Dil geçerliliği için Türk Dili ve Edebiyatı bölümünden 1(bir) uzman kişiye, kapsam ve içerik geçerliliği için 2(iki) ebelik, 1(bir) kadın doğum hemşireliği, psikiyatri alanında 1(bir) tıp hekimi uzmanı, 3(üç)psikiyatri hemşireliği alanında uzman kişiye, olmak üzere toplam 8 öğretim üyesinin görüşlerine sunulmuştur.

Uzmanlardan ölçekteki her bir maddeyi “1=gerekli; 2=yararlı/yetersiz; 3=gereksiz” olarak değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanların değiştirilmesini gerekli gördüğü madde bulunmayıp noktalama ve yazım hataları için önerilerde bulunup ölçek taslak soru sayısı 42 olarak belirlenmiştir.

Uzmanların görüşleri doğrultusunda düzenlenen taslak maddelerin kapsam geçerliliği, Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) ve Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

Her maddeye ait KGO =  $NG / (N/2) - 1$

NG: Ölçek için her maddeye “uygundur” yazan uzman sayısı

N: Ölçek maddesine görüş sunan uzman sayısı (Karakoç ve Dönmez, 2014).

#### **4.7. Ön Uygulama**

Ölçek madde havuzundan sonra dil ve kapsam geçerliliği tamamlanan ölçek taslağı, değerlendirmek için kadın doğum servisine yatışı olan 20 anne ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonrasında anlaşılmayan bir maddeye rastlanmayıp ölçek soru sayısında bir değişiklik yapılmayacağı kararına varıldı. Ön uygulamaya katılan anneler örnekleme dahil edilmedi.

#### **4.8. Verilerin Toplaması**

Araştırmaya başlamadan önce kadın doğum servisine yatışı olan doğum sonrası dönemdeki anneler ile tanışılarak çalışmanın amacı açıklanıp, araştırma kriterlerini karşılayan annelerin sözel ve yazılı onamları alındı. Veriler tüm katılımcılara aynı araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile hastanede yatışı olan annelerin taburcu olmadan önce ön test, daha sonra 14. günde(doğum sonu ikinci hafta) örneklem dağılımının en az 1/3'ünü (150 kişiye) kriterlere uyan anneler ile kodlama yöntemi( ön teste uyguladığımız annelere kod vererek örneğin: papatya 1,papatya 2 şeklinde kodlama yaparak) 14. günde test tekrar testinde aynı koda sahip olan anneler belirlenip telefon ile görüşerek geliştirdiğimiz ölçek taslak soruları tekrar sorulup cevaplamaları istendi, son test de yapılarak ölçeğimizin geçerlilik- güvenilirlik çalışması yapıldı. Veri toplama süresi 20-25 dakikada tamamlandı.

#### **4.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 ve AMOS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik testlerinin yanı sıra histogram, Q-Q grafiği ve kutu-çizgi (box-plot) grafikleri ile; çarpıklık ve basıklık varyasyon katsayısı gibi dağılım ölçüleriyle değerlendirildi (Hayran ve Hayran, 2011:35-48).

KGO analizinde Kendall's W iyi uyum analizi, tekrar test analizinde bağımlı testlerde t testi ve pearson momentler çarpımı korelasyon analizi, taslak ölçeğinin alt boyutlarının belirlenmesinde açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, alt boyutlarının güvenilirliği cronbach alfa katsayısı ve madde toplam puan analizi için de pearson momentler çarpımı korelasyonu, Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarına ait toplam puanlar arasındaki farklılıklar diğer özellikler açısından birbirleriyle tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve bağımsız gruplar T testi ile karşılaştırıldı.

Varyans analizini takiben LSD (least significant) çoklu karşılaştırma testleri (Post-hoc test) uygulandı,  $p < 0,05$ 'den küçük bulunan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Ölçek alt boyutlarının tanımlayıcı istatistiksel analizinde ise maksimum, minimum, standart sapma ve ortalama puanlarına bakılmıştır.

#### **4.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Karar No: 2020-09/01) (Ek 6), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Yönetim Kurulu (Karar No: 2020/31-5) (Ek 7), izinleri ve son olarak çalışmanın yapılacağı kurumdan (Ek 8) izin alınarak çalışmamıza başlanmıştır. Bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesine uygun davranılmıştır. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek "Kimliksizlik ve Güvenlik" ilkesi yerine getirilmiştir. Daha sonra araştırmaya gönüllülük esasına göre katılacak bireylere Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ön Test Grubu- Son Test Grubu) (Ek 4 ve Ek 5) yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Çalışmamız Helsinki Deklarasyonuna göre yapılmıştır.

## 5. BULGULAR

Ölçek geliştirme çalışmamız 2 başlık altında incelenmiştir.

1. Doğum Sonu Dönemdeki Annelerin Tanıtıcı Bilgilerinin İncelenmesi
2. Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin (DSAHDÖ); Geçerlilik ve Güvenirlilik Bulguları

### 5.1. Doğum Sonu Dönemdeki Annelerin Kişisel Bilgilerinin İncelenmesi

**Tablo 1:** Doğum Sonu Dönemdeki Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı(n=443)

Sosyo-demografik özellikleri		Sayı	Yüzde
Yaş (min-maks / $\bar{X} \pm SS$ )		19-40 / 28,15 $\pm$ 4,23	
Evlilik Süresi (min-maks / $\bar{X} \pm SS$ )		1-20 / 6,49 $\pm$ 4,26	
Eğitim durumu	İlköğretim	62	14,0
	Lise	246	55,5
	Üniversite	135	30,5
Eş eğitim durumu	İlköğretim	25	5,6
	Lise	223	50,3
	Üniversite	195	44,0
Çalışma durumu	Evet	201	45,4
	Hayır	242	54,6
Aile tipi	Çekirdek aile	411	92,8
	Geniş aile	32	7,2
Sosyal güvence	Genel Sağlık Sigortası (Emekli Sandığı- Sigorta-Bağ-Kur-Yeşil Kart )	357	80,6
	Özel Sağlık Sigortası	71	16,0
	Sosyal güvence yok	15	3,4
Ekonomik durum algılama düzeyi	İyi	198	44,7
	Orta	208	47,0
	Kötü	37	8,4
Şuan yaşanan yer	İl Merkezi	312	70,4
	İlçe Merkezi	95	21,4
	Köy/Kasaba	36	8,1
Toplam		443	100

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma, kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi.  $\bar{X}$ : Ortalama, ss: Standart sapma Min-Max (Minimum-Maximum).



Araştırmaya katılan annelerin demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Eğitim durumları incelendiğinde, %14’ünün ilköğretim, %55,5’inin lise, %30,5’inin üniversite olduğu görülmektedir. Eşlerinin eğitim durumları, %5,6’sının ilköğretim, %55,3’ünün lise, %44’ünün üniversite olduğu görülmektedir. Annelerin çalışma durumları incelendiğinde, %45,4’ünün çalıştığı, %54,6’sının çalışmadığı görülmektedir. Aile tipleri incelendiğinde, %92,8’inin çekirdek aile, %7,2’sinin geniş aile olduğu görülmektedir. Sosyal güvenceleri incelendiğinde ise %80,6’sının genel sağlık sigortası (Emekli Sandığı- Sigorta-Bağ-Kur-Yeşil Kart), %16’sının özel sağlık sigortası olduğu ve %3,4’ünün sağlık güvencesi olmadığı görülmektedir. Ekonomik durum algılama düzeyleri incelendiğinde, %44,7’sinin iyi, %47’sinin orta, %8,4’ünün orta olduğu görülmektedir. Yaşadıkları yer incelendiğinde, %70,4’ünün il merkezi, %21,4’ünün ilçe merkezi, %8,1’inin köy/kasaba olduğu görülmektedir.

**Tablo 2:** Doğum Sonu Dönemdeki Annelerin Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı (n=443)

Annelerin Doğurganlık özellikleri		Sayı	Yüzde
Gebelik isteme durumu	Evet	430	97,1
	Hayır	13	2,9
Gebelik planlama durumu	Evet	331	74,7
	Hayır	112	25,3
Doğumun gerçekleştiği hafta	38-40. hafta arası	269	60,7
	40 hafta üzeri	174	39,3
Düşük öyküsü	Var	104	23,5
	Yok	339	76,5
Düşük Sayısı	Yok	339	76,5
	1	76	17,2
	2	25	5,6
	3	3	0,7
Canlı doğum öyküsü	Var	279	63,0
	Yok	164	37,0
Canlı doğum sayısı	Yok	164	37,0
	1	145	32,7
	2	99	22,3
	3	32	7,2
	4	3	0,7
Yaşayan çocuk	Var	279	63,0
	Yok	164	37,0
Yaşayan çocuk sayısı	0	164	37,0
	1	142	32,1
	2	102	23,0
	3	32	7,2
	4	3	0,7
Doğum şekli	Normal vajinal doğum	295	66,6
	Sezaryen doğum	148	33,4
Toplam		443	100

*Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi*

Araştırmaya katılan annelerin doğurganlık özellikleri Tablo 2’te verilmiştir. Annelerin gebelik isteme durumları incelendiğinde, %97,1’inin istediği, %2,9’unun istemediği görülüp, planlı gebelik durumları incelendiğinde, %74,7’sinin planlı, %25,3’ünün plansız olduğu görülmektedir. Doğumlarının gerçekleştiği hafta, %60,7’sinin 38-40. hafta arası, %39,3’ünün 40 hafta üzeri olduğu saptanmıştır. Annelerin %23,5’inin düşük öyküsü olduğu, %76,5’inin olmadığı, düşük sayılarının, %17,2’sinin 1, %5,6’sının 2, %0,7’sinin 3 olduğu görülmektedir. %63’ünün canlı doğum öyküsü olduğu, %37’sinin olmadığı görülmektedir. Canlı doğum sayıları, %32,7’sinin 1, %22,3’ünün 2, %7,2’sinin 3, %0,7’sinin 4 olduğu görülmektedir. Annelerin %63’ünün yaşayan çocuğu olduğu, %37’sinin olmadığı ilk gebelikleri olduğu, yaşayan çocuk sayılarına bakıldığında, %32,1’inin 1, %23’ünün 2, %7,2’sinin 3, %0,7’sinin 4 olduğu görülmektedir. Doğum şekli incelendiğinde ise %66,6’sının normal vajinal doğum, %33,4’ünün sezaryen doğum olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3:**Doğum Sonu Dönemdeki Anne-Bebek ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=443)

Anne-Bebek ile İlgili Özellikler	$\bar{X}\pm ss$	Min- Max
Bebek Ağırlık(kg)	3684,06±303,90	2500- 4380
Bebek Boy(mm)	49,41±3,34	2-5,2
	<b>n</b>	<b>%</b>

Bebek cinsiyeti	Kız		213	48,1
	Erkek		230	51,9
Bebeğin beklenen cinsiyette olma durumu	Evet		443	100,0
	Hayır		0	0,0
Doğum sonrası bebeğini ilk kucağına aldıklarındaki durumları	Şaşkınlık yaşama	Evet	320	72,2
		Hayır	123	27,8
	Aşırı heyecan	Evet	233	52,6
		Hayır	210	47,4
	Kucağına nasıl alınacağını bilememe	Evet	17	3,8
		Hayır	426	96,2
	Kucaktan bırakmak istememe	Evet	29	6,5
		Hayır	414	93,5
	Ağlama	Evet	144	32,5
		Hayır	299	67,5
	Duygulanma	Evet	197	44,5
		Hayır	246	55,5
	Mutluluk hissi	Evet	173	39,1
		Hayır	270	60,9
	Diğer	Evet	7	1,6
		Hayır	436	98,4
Gebelik ya da lohusalık döneminde bebek bakımına yönelik eğitim alma durumu	Evet		227	51,2
	Hayır		214	48,3
Gebelik ya da lohusalık döneminde bebek bakımına	İnternet	Evet	142	32,1
		Hayır	301	67,9
	Gebe bilgilendirme okulu	Evet	93	21,0

yönelik eğitim alınan yer		Hayır	350	79,0
	Doktor	Evet	134	30,2
		Hayır	309	69,8
	Ebe veya hemşire	Evet	46	10,4
		Hayır	397	89,6
Doğum sonrası dönemde kendi öz bakımı için yardım bekleme durumu	Evet		146	33,0
	Hayır		297	67,0
Kendi öz bakımı için yardım beklenen kişiler	Eş	Evet	128	28,9
		Hayır	315	71,1
	Anne	Evet	102	23,0
		Hayır	341	77,0
	Kayınvalide	Evet	14	3,2
		Hayır	429	96,8
	Kız kardeş	Evet	5	1,1
		Hayır	438	98,9
Doğum sonrası dönemde bebek bakımı için yardım alma durumu	Evet		232	52,4
	Hayır		211	47,6
Bebek bakımı için yardım alınan kişi	Eş	Evet	183	41,3
		Hayır	260	58,7
	Anne	Evet	193	43,6
		Hayır	250	56,4
	Kayınvalide	Evet	36	8,1
		Hayır	407	91,9
	Kız kardeş	Evet	2	0,5
		Hayır	441	99,5
Doğum sonu dönemde 'annelik hüznü' teriminin ne olduğunu biliyor muydunuz?	Evet		110	24,8
	Hayır		333	75,2
<b>Toplam</b>			443	100

*Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma şeklinde verildi. Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi.*

Araştırmaya katılan annelerin doğum sonu dönemi ile ilgili özellikleri Tablo 3'te verilmiştir. Bebeklerinin cinsiyetleri, %48,1'inin kız, %51,9'unun erkek olduğu görülüp, %100'ünün bebeklerinin beklenen cinsiyette olduğu görülmektedir.

Doğum sonrası bebeğini ilk kucağına aldıklarındaki durumları, %72,2'sinin şaşkınlık yaşama, %52,6'sının aşırı heyecan, %3,8'inin kucağa nasıl alınacağını bilememe, %6,5'inin kucaktan bırakmak istememe, %32,5'inin ağlama, %44,5'inin duygulanma, %39,1'inin mutluluk hissi, %1,6'sının diğer olduğu görülmektedir.

Annelerin %51,2'sinin gebelik ya da lohusalık döneminde bebek bakımına yönelik eğitim aldığı, %48,3'ünün almadığı görülüp, gebelik ya da lohusalık döneminde bebek bakımına yönelik eğitim aldıkları yerler incelendiğinde, %32,1'inin internet, %21'inin gebe bilgilendirme okulu, %30,2'sinin doktor, %10,4'ünün ebe veya hemşire olduğu görülmektedir.

Doğum sonu dönemdeki annelerin %33'ünün doğum sonrası kendi öz bakımı için yardım beklediği, %67'sinin beklemediği, doğum sonrası dönemde kendi öz bakımı için yardım bekledikleri kişilere bakıldığında, %28,9'unun eş, %23'ünün anne, %3,2'sinin kayınvalide, %1,1'inin kız kardeş olduğu görülmektedir. %52,4'ünün doğum sonrası dönemde bebek bakımı için yardım aldığı, %47,6'sının yardım almadığı görülmektedir. Bebek bakımı için yardım aldıkları kişiler incelendiğinde, %41,3'ünün eş, %43,6'sının anne, %8,1'inin kayınvalide, %0,5'inin kız kardeş olduğu görülmektedir. Annelerin %24,8'inin doğum sonu dönemde 'annelik hüznü' teriminin ne olduğunu bildiği, %75,2'sinin bilmediği görülmektedir.

## **5.2. Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Bulguları**

### **5.2.1. Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik Bulguları**

#### **5.2.1.1. Kapsam / İçerik geçerliliği**

Ölçeğin kapsam geçerliliğinin sağlanması için “Lawshe Tekniği” kullanılmıştır. Kapsam (içerik) geçerliliği için 8 kişilik alanında uzman bir grup oluşturulmuştur. Ölçek formu elektronik posta yoluyla 8 uzmana gönderilmiş ve görüş istenmiştir. Uzmanlardan ölçekteki her bir maddeyi “1=gerekli; 2=yaralı/yetersiz; 3=gereksiz” olarak değerlendirmeleri istenmiştir. Geri dönüt yapan 8 uzmanın değerlendirmeleri tek bir formda birleştirilerek maddelerin dil ve anlam bakımından uygunluğu  $KGİ = 0,93$ ; maddelerin alt boyutlara uygunluğu  $KGİ = 0,97$  olarak hesaplanmıştır. Maddelerde yazım yanlışı, anlatım bozukluğu, noktalama işaretleri uzman görüşlerinin önerileri doğrultusunda soruların içeriğinde değişiklikler yapıp maddelerin en son hali soru sayımızda bir değişiklik olmayıp 42 soru olarak belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4 Doğum Sonu Dönemde Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği Kapsam Geçerlilik İndeksi

Doğum Sonu Dönemde Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği Taslak Maddeleri:	DİL GEÇERLİĞİ (Maddelerin dil ve anlam bakımından uygunluğu)			KGO	KGO
	Gerekli	Yararlı/ Yetersiz	Gereksiz		
1. Kendimi huzursuz hissediyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.0
2. Bebeğim konusunda aceleci davranıyorum.	7	1	0	7/8=0,88	0.88
3. Bebeğime bir şey olacak korkusu ile sık uyanıyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
4. Herhangi bir işi yapmaya konsantre olamıyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
5. Kendimi gergin hissediyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
6. Sakin olamıyorum. <i>'Rahatlamış hissetmiyorum'</i>	7	1	0	7/8=0,88	0.88
7. Kendimi yetersiz hissediyorum. <i>'Kendimi annelik konusunda yetersiz hissediyorum'</i>	7	1	0	7/8=0,88	0.88
8. Algılamada zorluk yaşıyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
9. Unutkanlık yaşıyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
10. Kendimi mutsuz hissediyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
11. Kendimi değersiz hissediyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
12. Kendimi yalnız hissediyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
13. Kendimi iştahsız hissediyorum. <i>'Canım hiçbir şey yemek istemiyor'</i>	7	1	0	7/8=0,88	0.88
14. Kendimi boğuluyor gibi hissediyorum. <i>'Kendimi nefes alamıyor gibi hissediyorum'</i>	7	1	0	7/8=0,88	0.88
15. Bebeğime yeterli bakım veremeyeceğim düşüncesiyle endişeleniyorum. <i>'Bebeğime yeterli bakım veremeyeceğim endişesi yaşıyorum'</i>	7	1	0	7/8=0,88	0.88
16. Bebeğime sütümün yetmeyeceğini düşünüyorum. <i>'Bebeğime sütümün yetmediğini düşünüyorum'</i>	7	1	0	7/8=0,88	0.88
17. İdeal bir anne olamayacağımı düşünüyorum. <i>'Yeterli bir anne olamayacağımı düşünüyorum'</i>	7	1	0	7/8=0,88	0.88
18. Bebeğim ağladığında stres yaşıyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
19. Ağrılarım olduğu için bebeğimi rahatça kucağıma alamıyorum. <i>'Ağrılarımdan dolayı bebeğimi rahatça kucağıma alamıyorum'</i>	6	1	1	6/8=0,75	0.75

20. Sezaryen (kesi yerinde) veya epizyotomi yerinde ağrı olmasından dolayı kendimi rahat hissetmiyorum. <i>'Ağrılarımın dolay kendimi rahat hissetmiyorum'.</i>	6	1	1	<b>6/8=0,75</b>	0.75
21. Gebelik süresinde aldığım fazla kilo nedeniyle güzel görünmediğimi düşünüp endişelendiriyor. <i>'Gebelik sürecinde aldığım fazla kilolardan dolayı güzel görünmediğimi düşünüp endişelendiriyor'.</i>	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88
22. Fazla kilolarım nedeniyle eşimin beni artık beğenmeyeceğini düşünüyorum. <i>'Fazla kilolarım nedeniyle eşimin beni beğenmeyeceğini düşünüyorum'.</i>	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88
23. Eşimin eskisi kadar bana değer vermeyeceğinden korkuyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
24. Hıçkırma hıçkırma ağlamak istiyorum. <i>'Bağıra bağıra ağlamak istiyorum'.</i>	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88
25. Hiç kimsenin içinde bulunduğum durumu anlamadığını düşünüyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
26. Çevrede olup bitene karşı kendimi ilgisiz hissediyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
27. Olaylara karşı kendimi duyarsız hissediyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
28. İçimden anlamsız şeylere gülmek geliyor.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
29. Kendimi çökkün bir ruh halindeymiş gibi hissediyorum. <i>'Kendimi ruhsal olarak çökmüş hissediyorum'.</i>	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88
30. Çevremdekilerden destek görmediğimi düşünüyorum. <i>'Çevremdekilerden yeterli desteği görmediğimi düşünüyorum'.</i>	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88
31. Kendi bakımımı yeterince yapamıyorum. <i>'Kendi kişisel bakımımı yeterince yapamıyorum'.</i>	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88
32. Uykudan kâbus ile uyanıyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
33. Bebeğime yeterli ve nitelikli zaman geçirememekten korkuyorum. <i>'Bebeğime yeterince zaman ayırmadığımı düşünüyorum'.</i>	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88
34. Bebeğimin sağlığının bozulmasından endişeleniyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
35. Her an kötü şeyler olacakmış korkusu yaşıyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
36. Kendimi üzgün hissediyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
37. Kendimi fiziksel ve ruhsal olarak sağlıksız hissediyorum. <i>'Kendimi bedensel ve ruhsal olarak sağlıksız hissediyorum'.</i>	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88
38. Kendimi vicdanen rahatsız hissediyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
39. Kendimi umutsuz hissediyorum. <i>'Kendimi geleceğe dair umutsuz hissediyorum'.</i>	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88
40. Her şey bana anlamsız geliyor. <i>'Her şey bana anlamsız boş geliyor'.</i>	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88
41. Her şey çok sıkıcı geliyor.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
42. İçim içime sığmıyor. <i>'Aklımdaki endişelerden içim içime sığmıyor gibi hissediyorum'.</i>	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88



Doğum Sonu Dönemde Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeği Taslak Maddeleri:	KAPSAM GEÇERLİĞİ (Maddelerin alt boyutlara uygunluğu)				KGO
	Gerekli	Yararlı/ Yetersiz	Gereksiz	KGO	
43. Kendimi huzursuz hissediyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
44. Bebeğim konusunda aceleci davranıyorum.	6	1	1	6/8=0,75	0.75
45. Bebeğime bir şey olacak korkusu ile sık uyanıyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
46. Herhangi bir işi yapmaya konsantre olamıyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
47. Kendimi gergin hissediyorum. <i>'Rahatlamış hissetmiyorum'</i>	8	0	0	8/8=1,00	1.00
48. Sakin olamıyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
49. Kendimi yetersiz hissediyorum. <i>'Kendimi annelik konusunda yetersiz hissediyorum'</i>	7	1	0	7/8=1,00	0.88
50. Algılamada zorluk yaşıyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
51. Unutkanlık yaşıyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
52. Kendimi mutsuz hissediyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
53. Kendimi değersiz hissediyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
54. Kendimi yalnız hissediyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
55. Kendimi iştahsız hissediyorum. <i>'Canım hiçbir şey yemek istemiyor'</i>	7	1	0	7/8=1,00	0.88
56. Kendimi boğuluyor gibi hissediyorum. <i>'Kendimi nefes alamıyor gibi hissediyorum'</i>	7	1	0	7/8=1,00	0.88
57. Bebeğime yeterli bakım veremeyeceğim düşüncesiyle endişeleniyorum. <i>'Bebeğime yeterli bakım veremeyeceğim endişesi yaşıyorum'</i>	8	0	0	8/8=1,00	1.00
58. Bebeğime sütümün yetmeyeceğini düşünüyorum. <i>'Bebeğime sütümün yetmediğini düşünüyorum'</i>	8	0	0	8/8=1,00	1.00
59. İdeal bir anne olamayacağımı düşünüyorum. <i>'Yeterli bir anne olamayacağımı düşünüyorum'</i>	8	0	0	8/8=1,00	1.00
60. Bebeğim ağladığında stres yaşıyorum.	8	0	0	8/8=1,00	1.00
61. Ağrılarımın dolaylı bebeğimi rahatça kucağıma alamıyorum. <i>'Ağrılarımın dolaylı kendimi rahat hissetmiyorum'</i>	7	0	1	7/8=0,88	0.88
62. Sezaryen (kesi yerinde) veya epizyotomi yerinde ağrı olmasından dolayı kendimi rahat hissetmiyorum.	7	0	1	7/8=0,88	0.88
63. Gebelik sürecinde aldığım fazla kilolardan dolayı güzel görünmediğimi düşünüp endişelendiriyor. <i>'Gebelik sürecinde aldığım fazla kilolardan dolayı güzel görünmediğimi düşünüp endişelendiriyor'</i>	8	0	0	8/8=1,00	1.00

64. Fazla kilolarım nedeniyle eşimin beni artık beğenmeyeceğini düşünüyorum. <i>'Fazla kilolarım nedeniyle eşimin beni beğenmeyeceğini düşünüyorum'</i> .	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
65. Eşimin eskisi kadar bana değer vermeyeceğinden korkuyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
66. Hıçkırma hıçkırma ağlamak istiyorum. <i>'Bağra bağra ağlamak istiyorum'</i> .	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
67. Hiç kimsenin içinde bulunduğum durumu anlamadığımı düşünüyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
68. Çevrede olup bitene karşı kendimi ilgisiz hissediyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
69. Olaylara karşı kendimi duyarsız hissediyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
70. İçimden anlamsız şeylere gülmek geliyor.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
71. Kendimi ruhsal olarak çökmüş hissediyorum <i>'Kendimi ruhsal olarak çökmüş hissediyorum'</i> .	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
72. Çevremdekilerden yeterli desteği görmediğimi düşünüyorum. <i>'Çevremdekilerden yeterli desteği görmediğimi düşünüyorum'</i> .	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
73. Kendi bakımımı yeterince yapamıyorum. <i>'Kendi kişisel bakımımı yeterince yapamıyorum'</i> .	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	<b>0.88</b>
74. Uykudan kâbus ile uyanıyorum.	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	<b>0.88</b>
75. Bebeğime yeterli ve nitelikli zaman geçirememekten korkuyorum. <i>'Bebeğime yeterince zaman ayırmadığımı düşünüyorum'</i> .	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
76. Bebeğimin sağlığının bozulmasından endişeleniyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
77. Her an kötü şeyler olacakmış korkusu yaşıyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
78. Kendimi üzgün hissediyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
79. Kendimi fiziksel ve ruhsal olarak sağlıksız hissediyorum. <i>'Kendimi bedensel ve ruhsal olarak sağlıksız hissediyorum'</i> .	7	1	0	<b>7/8=0,88</b>	0.88
80. Kendimi vicdanen rahatsız hissediyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
81. Kendimi geleceğe dair umutsuz hissediyorum.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
82. Her şey bana anlamsız boş geliyor. <i>'Her şey bana anlamsız boş geliyor'</i> .	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
83. Her şey çok sıkıcı geliyor.	8	0	0	<b>8/8=1,00</b>	1.00
84. İçim içime sığmıyor. <i>'Aklımdaki endişelerden içim içime sığmıyor gibi hissediyorum'</i> .	6	2	0	<b>6/8=0,75</b>	0.75

### **5.2.1.2. Yüzey Geçerliliği**

Doğum sonu annelik hüznün belirtileri değerlendirme ölçeği taslak maddeleri uzman görüşlerine sunulup anlaşılabilirlik, imla ve yazım kurallarına, kapsam geçerliliği için görüşler alındıktan sonra maddelerdeki soru sayısında değişiklik yapılmayacağı kararına varılmıştır.

### **5.2.1.3. Görünüm Geçerliliği**

Ölçek taslağının görünüm geçerliliği için pilot çalışmada ölçekteki soruların net ve anlaşılır olduğu sonucuna varılmış ve ölçek taslak sorularından soru çıkartılmayıp ölçek taslak soru adedi 42 olarak çalışma devam etmiştir.

### **5.2.1.4. Yapı Geçerliliği**

Ölçeğimizin geçerlilik ve güvenilirliği, alt boyutları için iki faktör analizi yapılmıştır.

### **5.2.1.5. Açıklayıcı Faktör Analizi**

Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığını test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerinin 0,890 olduğu belirlenmiştir. KMO değeri faktör analizi için çalışılan örneklemin büyüklüğü hakkında analist için yeterli olup olmadığı konusunda önemli bilgiler verir. 0 ile 1 arasında değerler alabilen KMO ölçümde 1'e yakın değerler örneklemin faktör analizi için uygun olduğu sonucunu göstermektedir. Bu sonuç doğrultusunda, örneklem yeterliliğinin faktör analizi yapmak için "yeterli" olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Bartlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki kare değerinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür.  $KMO= 0,890$ ;  $\chi^2(861) = 12255,997$ ; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000. Ölçeğin taslak maddelerinin cronbach alpha katsayısı 0,941 olarak bulundu.

**Tablo 5:** Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör İlk Analizi

Ölçek maddeleri	Faktörler		
	1	2	3
<b>Öz değer</b>	<b>13,207</b>	<b>3,997</b>	<b>3,314</b>
<b>Açıklanan varyans (%)</b>	<b>21,313</b>	<b>17,450</b>	<b>11,987</b>
A42	0,722		
A40	0,716	0,202	
D30	0,708	0,283	
A27	0,698	0,275	
A38	0,684		
A29	0,676	0,258	
A26	0,657	0,259	0,239
A41	0,636	0,292	
D25	0,630	0,245	0,298
A36	0,619		
A37	0,619	0,316	
A31	0,616		
A39	0,615		
A35	0,594	0,268	
A28	0,581		
B34	0,578		0,220
A11	0,563	0,402	
A32	0,545		
B33	0,531		0,220
A10	0,461	0,392	
A24	0,450		
A5		0,806	
A4		0,739	
A9		0,678	0,236
A13	0,319	0,671	
B2		0,643	
A8	0,286	0,639	0,276
B3		0,604	0,228
A6	0,292	0,579	
A1		0,544	-0,247

A12	0,355	0,517	
A7	0,359	0,460	0,240
A14	0,206	0,434	0,244
A20		0,223	0,827
B19		0,262	0,826
D21			0,764
B18		0,334	0,700
B16		0,371	0,672
B17	0,259	0,295	0,621
B15	0,245	0,406	0,580
D22	0,202	0,312	0,551
D23		0,305	0,514

**Açıklanan toplam varyans (%):50,75 Genel alpha katsayısı: 0,941**

Doğum Sonu Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör İlk Analizi sonuçları verilmiştir. Tablo da görüldüğü üzere 42 maddelik ölçek taslağının madde analizi sonrasında Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı, 890'dır. Bartlett Küresellik Testi ( $\chi^2(861) 12255,997$ ;  $(p) = 0,000$ ) anlamlı bulunmuştur. 42 maddeden oluşan ölçekte öz değeri 1'in üzerinde olan 3 faktörde toplanmıştır. Maddelerin faktör yükleri .20 ile.827 aralığında tespit edilmiştir (Tablo 5). Faktör yükünde işarete bakılmaksızın maddelerin 0,40 üzerinde olması gerektiği bilinmektedir. Faktör yükü bu doğrultuda ilerlemiştir. Binişik maddeler değerlendirilip 0.10'dan daha az olan maddeler çıkartılmalıdır (Büyüköztürk,2002). Faktör yük değerleri 0.4 ya da yüksek olanlar analize alınmış, 0.4'ten düşük olanlar maddelerden çıkartılmıştır (Karagöz,2018). Maddelerdeki çıkarma işlemleri her madde için teker teker analiz edilerek yapılmış ve en sonda 19 maddenin çıkartılmasına karar verilmiştir (Çıkan maddeler; 1,4,5,6,7,8,9,12,13,14,20,24,25,28,30,31,32,33,34)

**Tablo 6:** Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin Döndürülmüş Bileşenleri (son analiz)

İfadeler	Faktörler		
	Anne Öz Bakım Boyutu	Bebek Bakım Boyutu	Eş Destek Boyutu
A42	0,792		
A40	0,762		
A41	0,735		
A27	0,725		
A39	0,693		
A29	0,693		
A38	0,683		
A37	0,675		
A11	0,671		
A26	0,663		
A36	0,649		
A35	0,642		
A10	0,563		
B16		0,815	
B19		0,785	
B18		0,784	
B15		0,693	
B17		0,686	
B3		0,598	
B2		0,561	
D22			0,840
D23			0,787
D21			0,716
<b>Güvenirlilik</b>	0,914	0,858	0,780
<b>Açıklanan Varyans (%)</b>	28,237	17,450	10,164
<b>Öz Değer (Λ)</b>	7,783	3,188	1,875
<b>KMO= 0,881; <math>\chi^2(253) =5404,392</math>; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000</b>			

Kullanılan ölçeğinin faktör desenini ortaya koymak amacıyla faktör eşirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi, döndürme olarak da dik döndürme yöntemlerinden “Varimax” seçilmiştir. Ölçeğin faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizinde, 42 maddelik ölçeğin 3 alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Ölçekte faktör yapısı için araştırmacı tarafından literatür yardımıyla oluşturulan boyutlara uygunluk esas alınmıştır.

Üç boyut olarak tasarlanan ölçekte boyutlar dışında kalan, binişiklik gösteren ve faktör yükü 0,40’ten düşük olan maddeler analiz dışı bırakılmıştır. Analiz sonucunda çıkan faktörler toplam varyansın %55,850 açıklamaktadır. Çok faktörlü desenlerde, açıklanan varyansın %50’nin üzeri olması yeterli olarak kabul edilir. Faktörlerin toplam varyansa yaptığı katkı sırası ile %28,237; %17,450; %10,164 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6).

→ Birinci faktör maddeleri: 10,11,26,27,29,35,36,37,38,39,40,41,42 ve Anne Öz bakım Boyutu olarak isimlendirilmiştir.

→ İkinci faktör maddeleri: 2,3,15,16,17,18,19 Bebek Bakım Boyutu olarak isimlendirilmiştir.

→ Üçüncü faktör maddeleri: 21,22,23 Eş Destek Boyutu olarak isimlendirilmiştir

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, 2006: 286). Ölçeğinin ve boyutlarının güvenilirlikleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde, güvenilirlik katsayıları birinci boyut için (0,914), ikinci boyut için (0,858), üçüncü boyut için (0,780) ve ölçeğin geneli için (0,902) olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha değerlerinin 0,60’tan büyük olması kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu; 0,80’den büyük olması ise sonuçların oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.

### 5.2.1.6. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğum Sonu Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi SPSS 22 Versiyonu ve AMOS paket programı ile analizi yapılmıştır. Ölçeğimizin alt boyutlarını belirlemek için ‘Doğrulayıcı Faktör Analizi’ ve boyutların elde edilen verilerin uyum indeksleri ile açıklanmıştır. Tablo 7’ de detaylı şekilde belirtilmiştir.

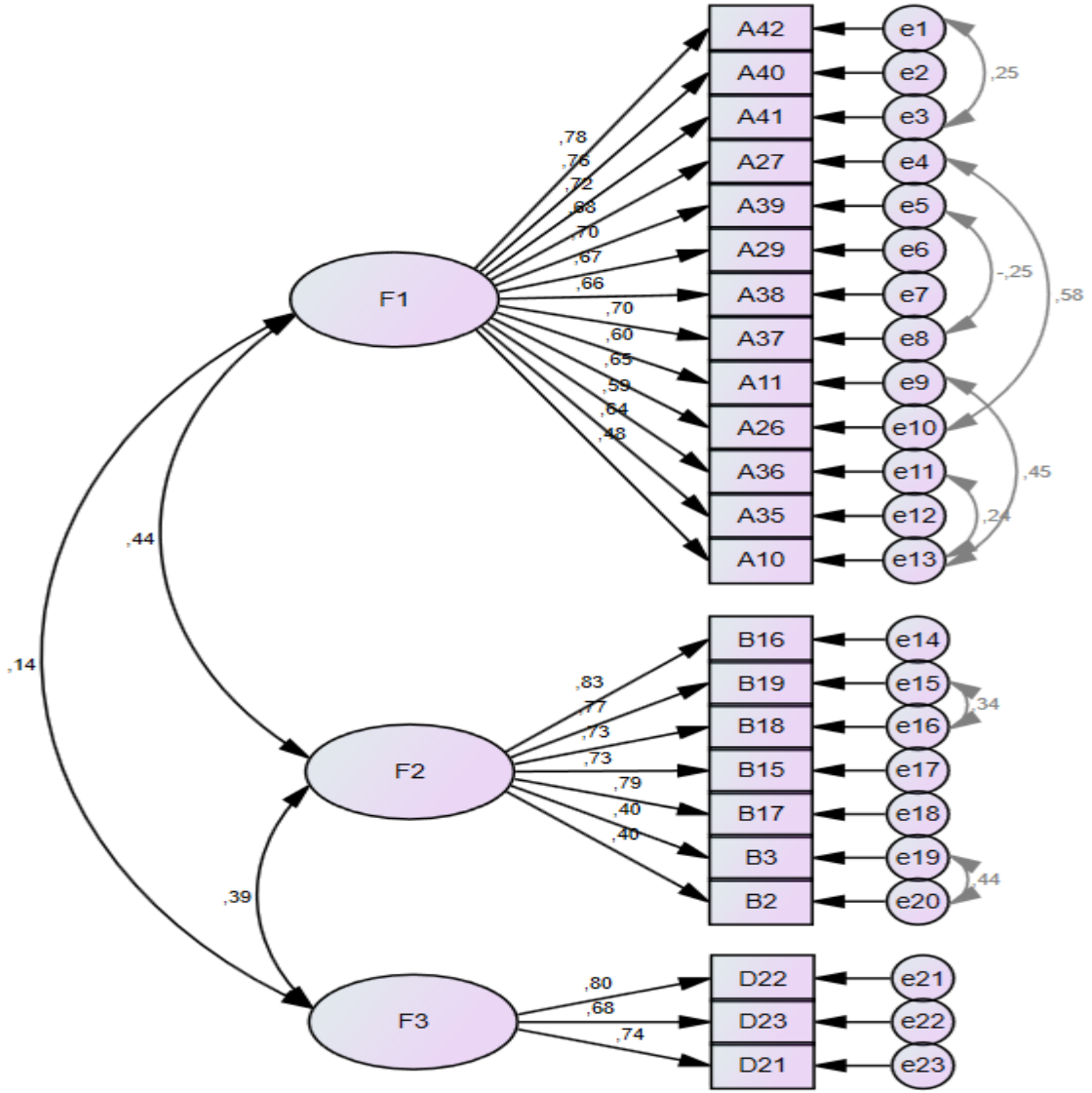
**Tablo 7:** Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular ve Uyum indeksleri

Uyum İyiliği Ölçümleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Modifikasyon Sonrası Uygulama Sonuçları
CMIN/Df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	3,794
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,80 \leq GFI$	0,864
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,80 \leq AGFI$	0,829
CFI	$0,95 \leq CFI$	$0,85 \leq CFI$	0,883
RMSEA	$0,0 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,06 \leq RMSEA \leq 1,0$	0,080
NFI	$0,95 \leq NFI$	$0,80 \leq NFI$	0,849
TLI	$0,90 \leq TLI$	$0,80 \leq TLI$	0,866
IFI	$0,95 \leq IFI$	$0,85 \leq IFI$	0,884

Doğrulayıcı Faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results)  $p=0,000$  düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 23 madde ve üç faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Modelde iyileştirme yapılmıştır. İyileştirme yapılırken MI değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans oluşturulmuştur. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre Doğum Sonu Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği'nin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında  $\chi^2$  (Cmin/df) 3,794; CFI 0,883; NFI 0,849; IFI 0,884; GFI 0,964 ve AGFI 0,829 ve RMSEA 0,080 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği tespit edilmiştir ( $p=0,000$ ).

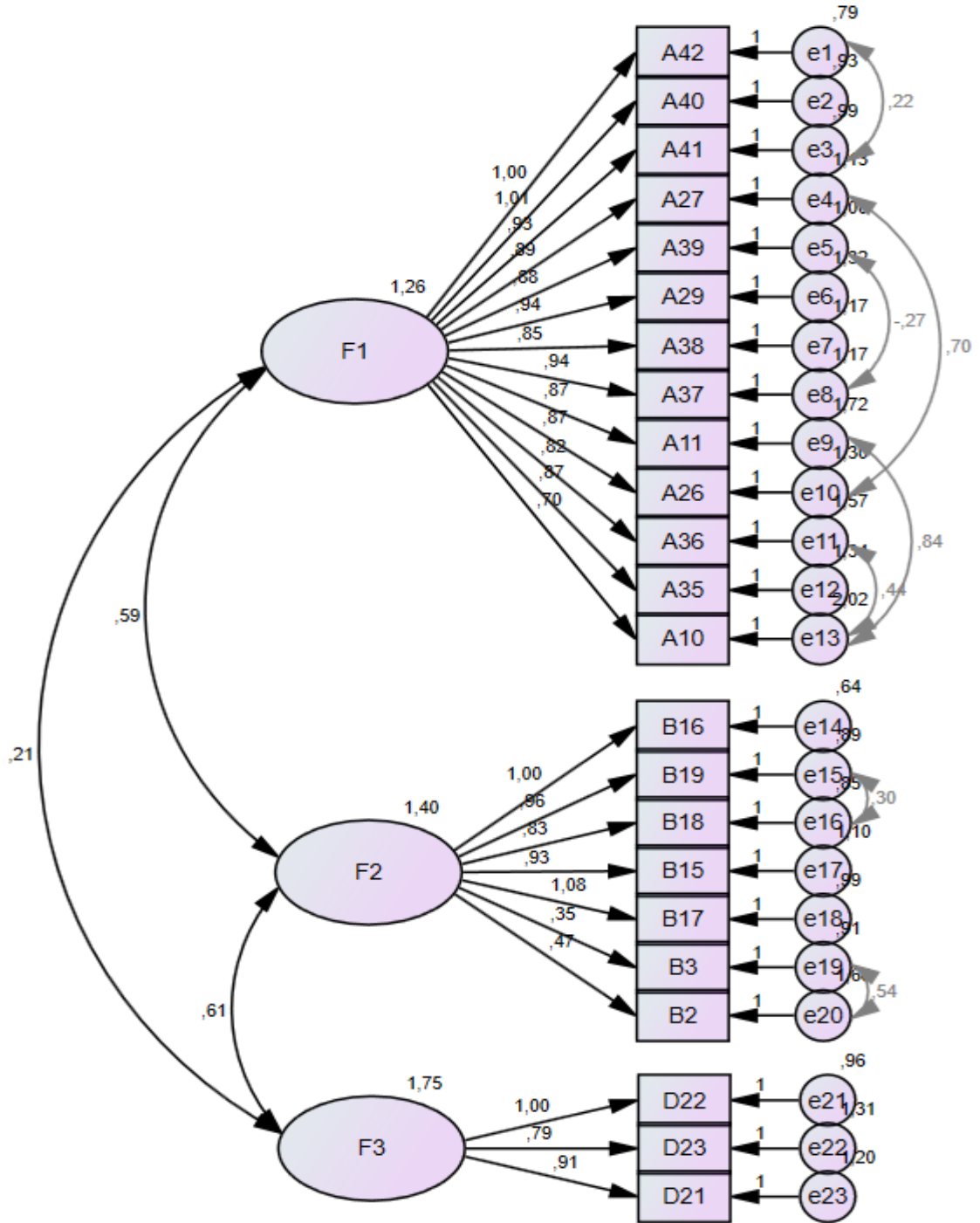
Mevcut ölçek modellerimiz Çizelge 6 ve Çizelge 7 de Path Diyagramlar ile gösterilmiş olup 3 alt boyuttan oluşmuştur. Alt boyutlar arasındaki kovaryanslar incelendiğinde genel uyum indeksleri, mükemmel uyum ve kabul edilebilir uyum arasında değişmektedir





**Şekil 6:** Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin Path Diyagramı

(Modelde F1- anne öz bakım boyutunu, F2- bebek bakım boyutunu ve F3- eş destek boyutunu simgelemektedir.)



Şekil 7 : Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin Path Diyagramı

**Tablo 8:** Path Diyagram Modeline İlişkin Sonuçlar

İfadeler	Faktör Yükleri		Standart Hata	t Değerleri	P Değerleri
	Standardize Edilmiş	Standardize Edilmemiş			
A42	0,783	1,000	-	-	0,000
A40	0,759	1,005	0,060	16,877	0,000
A41	0,722	0,927	0,050	18,426	0,000
A27	0,684	0,887	0,060	14,893	0,000
A39	0,701	0,879	0,058	15,228	0,000
A29	0,674	0,936	0,064	14,657	0,000
A38	0,663	0,855	0,059	14,389	0,000
A37	0,699	0,941	0,062	15,159	0,000
A11	0,597	0,871	0,068	12,762	0,000
A26	0,650	0,872	0,062	14,040	0,000
A36	0,590	0,818	0,065	12,593	0,000
A35	0,643	0,868	0,063	13,893	0,000
A10	0,482	0,697	0,069	10,055	0,000
B16	0,829	1,000	-	-	0,000
B19	0,769	0,960	0,055	17,381	0,000
B18	0,729	0,828	0,051	16,173	0,000
B15	0,725	0,934	0,057	16,296	0,000
B17	0,789	1,079	0,060	18,118	0,000
B3	0,455	0,447	0,043	8,089	0,000
B2	0,437	0,573	0,058	8,127	0,000
D22	0,803	1,000	-	-	0,000
D23	0,676	0,794	0,065	12,128	0,000
D21	0,738	0,908	0,072	12,618	0,000

\*\*\*p<0.05

Maddelere ilişkin t istatistikleri incelendiğinde, bütün maddelerin anlamlı olduğu görülmektedir. Faktör yük değerleri için gerekli kabul gören sınır 0,40 olarak belirlenmiştir. Ölçeğe ilişkin faktör yükleri incelendiğinde 0,40 altında bir madde olmadığı ve faktör yüklerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu tespit edilmiştir.

## 5.2.2. Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin Güvenirlik Bulguları

### 5.2.2.1. Değişmezlik (Test – Tekrar Test) Güvenirliği Analiz Sonuçları

Test tekrar test analizi ölçeğin zamana göre değişmezliğinin ölçmek için yapılmaktadır. Ölçek ilk test kısmından 14 gün sonra ikinci bir ölçüm ile 150 anneye tekrar uygulanmıştır. Test tekrar test Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile hesaplanmıştır.

**Tablo 9:** Test Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması

Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin	X ±ss	İstatistiksel Analiz			
		T	p	R	P
1.Ölçüm (ilk test)	3,41±0,82	2,488	0,014	0,999	<0,001
2.Ölçüm (son test)	3,42±0,81				

1.Ölçüm (ilk test) ve 2.ölçüm (son test) puanları arasındaki korelasyon değeri 0,999 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,01$ )

### 5.2.2.2. İç Tutarlılık (Cronbach Alpha) Güvenirliği Analiz Sonuçları

Doğrusal ve açıklayıcı faktör analizlerinden sonra 23 maddeye düşen nihai analiz sonuçlarına göre geliştirdiğimiz ölçeğin boyutlarının güvenirlikleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde, güvenilirlik katsayıları anne öz bakım boyut için (0,914), bebek bakım boyut için (0,858), eş destek boyut için (0,780) ve ölçeğin geneli için (0,902) olarak bulunmuştur. Tablo 10' da belirtilmiştir.

**Tablo 10:** Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin İç Tutarlılık Analizi

Ölçek alt boyutları	A	Madde numarası
Anne öz bakımı	0,914	10,11,26,27,29,35,36,37,38,39,40,41,42
Bebek bakımı	0.858	2,3,15,16,17,18,19,
Eş desteği	0.780	21,22,23

### 5.2.2.3. Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin Madde Toplam Korelasyon Katsayıları

**Tablo 11:** Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin Madde Toplam Korelasyon Katsayıları

		Grup	Ort±SS	R	t değeri	P değeri
F1: Anne öz bakım boyutu	A10- Kendimi mutsuz hissediyorum.	Üst grup	4,37±1,24	0,524	20,088	0,000 *
		Alt grup	1,63±0,83			
	A11- Kendimi değersiz hissediyorum.	Üst grup	4,48±1,17	0,607	20,950	0,000 *
		Alt grup	1,69±0,88			
	A26- Çevrede olup bitene karşı kendimi ilgisiz hissediyorum.	Üst grup	4,73±0,71	0,650	24,284	0,000 *
		Alt grup	1,99±1,01			
	A27- Olaylara karşı kendimi duyarsız hissediyorum.	Üst grup	4,56±0,92	0,688	23,652	0,000 *
		Alt grup	1,9±0,81			
	A29- Kendimi ruhsal olarak çökmüş hissediyorum.	Üst grup	4,81±0,4	0,655	27,332	0,000 *
		Alt grup	1,93±1,09			
	A35- Her an kötü şeyler olacakmış korkusu yaşıyorum.	Üst grup	4,51±0,95	0,617	20,601	0,000 *
		Alt grup	1,96±0,96			
	A36- Kendimi üzgün hissediyorum.	Üst grup	4,33±1,15	0,590	18,758	0,000 *
		Alt grup	1,83±0,9			
	A37- Kendimi bedensel ve ruhsal olarak sağlıksız hissediyorum.	Üst grup	4,78±0,61	0,642	23,333	0,000 *
		Alt grup	2,11±1,09			
	A38- Kendimi vicdanen rahatsız hissediyorum.	Üst grup	4,08±1,38	0,622	17,631	0,000 *
		Alt grup	1,69±0,56			
A39- Kendimi geleceğe dair umutsuz hissediyorum.	Üst grup	4,72±0,57	0,630	17,896	0,000 *	
	Alt grup	2,38±1,32				
A40- Her şey bana anlamsız boş geliyor.	Üst grup	4,76±0,48	0,696	20,368	0,000 *	
	Alt grup	2,22±1,28				
A41- Her şey çok sıkıcı geliyor.	Üst grup	4,78±0,42	0,688	22,625	0,000 *	
	Alt grup	2,15±1,2				
A42- Aklımdaki endişelerden içim içime sığmıyor gibi hissediyorum.	Üst grup	4,76±0,43	0,730	22,632	0,000 *	
	Alt grup	2,14±1,2				
F2: Bebek bakım boyutu	B2- Bebeğim konusunda aceleci davranıyorum.	Üst grup	5,00±0	0,437	15,039	0,000 *
		Alt grup	2,88±1,55			
B3- Bebeğime bir şey olacak korkusu ile sık uyanıyorum	Üst grup	5,0±0	0,455	10,170	0,000 *	
	Alt grup	3,63±1,47				

F3: Eş destek boyutu	B15- Bebeğime yeterli bakım veremeyeceğim endişesi yaşıyorum.	Üst grup	5,00±0	0,666	28,215	0,000 *
		Alt grup	2,03±1,15			
	B16- Bebeğime sütümün yetmediğini düşünüyorum.	Üst grup	5,00±0	0,739	26,954	0,000 *
		Alt grup	2,14±1,16			
	B17- Yeterli bir anne olamayacağımı düşünüyorum.	Üst grup	5,00±0	0,662	42,720	0,000 *
		Alt grup	1,73±0,84			
	B18- Bebeğim ağladığında stres yaşıyorum.	Üst grup	5,00±0	0,708	18,610	0,000 *
		Alt grup	2,51±1,47			
	B19-Ağrılarımın dolaylı bebeğimi rahatça kucağıma alamıyorum	Üst grup	5,00±0	0,716	25,961	0,000 *
		Alt grup	2,13±1,21			
	D21- Gebelik sürecinde aldığım fazla kilolardan dolayı güzel görünmediğimi düşünüp endişeleniyorum.	Üst grup	4,93±0,28	0,588	49,898	0,000 *
		Alt grup	1,46±0,71			
	D22- Fazla kilolarım nedeniyle eşimin beni beğenmeyeceğini düşünüyorum.	Üst grup	4,8±0,66	0,686	46,946	0,000 *
		Alt grup	1,33±0,47			
	D23- Eşimin eskisi kadar bana değer vermeyeceğinden korkuyorum	Üst grup	4,73±0,66	0,581	28,686	0,000 *
Alt grup		1,68±0,96				

$n = 443$ ,  $n_1 = n_2 = 120$ ; \*  $p < 0,05$  için anlamlı değerler. ;  $t$  : Alt % 27\*\*-Üst %27\*\* istatistik değeri;  $p$  : Alt % 27\*\*-Üst %27\*\* olasılık değeri;  $r$ : Madde Toplam Puan Korelasyonu

Tablo 11’de 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 0,40 olarak belirtilmektedir. Madde korelasyonlarını incelediğimiz ölçek maddelerinden 0,40’un altında kalan maddelerin analize dahil edilmemesi gerekmektedir. Katılımcıların ölçek sorularına verdikleri cevapların madde-toplam test korelasyon değerleri incelenmiş ve 0,40’un altında kalan maddeler olmadığı tespit edilmiştir. Tüm maddelerin madde-toplam test korelasyon değerleri 0,437 ile 0,730 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 maddelerinin, istenen niteliği ölçmesi bağlamında ayırt edici olduğu söylenebilir.

**Tablo 12:**Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Anne Öz Bakım Boyutu	Bebek Bakım Boyutu	Eş Destek Boyutu	Ölçek Genel
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Eğitim durumu	İlköğretim	3,31±1,00	3,63±1,00	2,83±1,21	3,34±0,73
	Lise	3,32±1,06	3,93±1,04	3,18±1,36	3,49±0,86
	Üniversite	3,24±1,09	3,90±1,05	3,24±1,35	3,44±0,85
<b>Test Değeri</b>		0,280	2,057	2,083	0,725
<b>p</b>		0,756	0,129	0,126	0,485
Eş eğitim durumu	İlköğretim	3,65±0,92	3,59±1,00	2,67±1,23	3,50±0,64
	Lise	3,31±1,04	3,88±1,05	3,18±1,36	3,47±0,85
	Üniversite	3,23±1,09	3,91±1,04	3,18±1,33	3,43±0,86
<b>Test Değeri</b>		1,797	1,081	1,717	0,135
<b>p</b>		0,167	0,340	0,181	0,784
Çalışma durumu	Evet	3,21±1,09	3,83±1,09	3,25±1,39	3,40±0,87
	Hayır	3,36±1,02	3,92±1,00	3,06±1,30	3,49±0,82
<b>Test Değeri</b>		-1,458	-0,901	1,452	-1,073
<b>P</b>		0,146	0,368	0,147	0,284
Aile tipi	Çekirdek aile	3,29±1,06	3,88±1,04	3,16±1,34	3,45±0,85
	Geniş aile	3,36±1,05	3,82±1,07	2,96±1,33	3,45±0,79
<b>Test Değeri</b>		-0,395	0,321	0,834	0,014
<b>p</b>		0,693	0,749	0,405	0,989
Sosyal güvence	Genel Sağlık Sigortası (Emekli Sandığı- Sigorta-Bağ-Kur-Yeşil Kart )	3,26±1,04	3,91±1,03	3,15±1,34	3,45±0,84
	Özel Sağlık Sigortası	3,38±1,12	3,69±1,11	3,21±1,41	3,45±0,85
	Sosyal güvence yok	3,52±1,15	4,05±0,88	2,76±1,17	3,58±0,87
<b>Test Değeri</b>		1,222	2,570	1,277	0,374
<b>p</b>		0,543	0,277	0,528	0,829
Ekonomik durum algılama düzeyi	İyi <sup>1</sup>	3,18±1,08	3,88±1,11	3,22±1,34	3,40±0,88
	Orta <sup>2</sup>	3,30±1,02	3,84±0,97	3,12±1,34	3,44±0,80
	Kötü <sup>3</sup>	3,85±0,97	4,05±1,09	2,93±1,39	3,79±0,77
<b>Test Değeri</b>		<b>6,533</b>	0,598	0,831	<b>3,462</b>
<b>p</b>		<b>0,002*</b>	0,550	0,436	<b>0,032*</b>
<b>PostHoc</b>		<b>3&gt;1,2</b>	-	-	<b>3&gt;2</b>
Şuan yaşanan yer	İl Merkezi	3,25±1,07	3,90±1,04	3,21±1,33	3,44±0,85
	İlçe Merkezi	3,30±1,01	3,86±1,07	3,11±1,37	3,45±0,87
	Köy/Kasaba	3,62±1,06	3,77±1,03	2,72±1,34	3,55±0,73
<b>Test Değeri</b>		1,982	0,243	2,203	0,264
<b>p</b>		0,139	0,785	0,112	0,768

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama ± standart sapma şeklinde verildi.

\* Bağımsız gruplar T testi. \*\* Tek Yönlü ANOVA testi kullanıldı.

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p<0.05).



Doğum sonu annelerin eğitim durumlarına, eşlerinin eğitim durumlarına, annelerin çalışma durumlarına, aile tiplerine, şu an yaşadıkları yerlere, sosyal güvencelerine, göre anne öz bakım, bebek bakım, eş destek alt boyutları ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Ekonomik durum algılama düzeylerine göre ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Yapılan post hoc testi sonucunda; ekonomik durumunu kötü algılayan katılımcıların ölçek genel puanlarının ekonomik durumunu orta algılayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 12).

**Tablo 13:** Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin annelerin doğurganlık özelliklerine göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		<b>Anne Öz Bakım Boyutu</b>	<b>Bebek Bakım Boyutu</b>	<b>Eş Destek Boyutu</b>	<b>Ölçek Genel</b>
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Gebelik isteme durumu	Evet	3,29±1,06	3,88±1,05	3,14±1,35	3,45±0,84
	Hayır	3,51±1,04	3,97±0,88	3,59±0,97	3,66±0,82
<b>Test Değeri</b>		-0,751	-0,311	-1,203	-0,901
<b>p</b>		0,453	0,756	0,230	0,368
Gebelik planlama durumu	Evet	3,22±1,03	3,91±1,03	3,22±1,33	3,43±0,83
	Hayır	3,50±1,10	3,78±1,09	2,95±1,36	3,51±0,88
<b>Test Değeri</b>		<b>-2,423</b>	1,179	1,853	-0,883
<b>p</b>		<b>0,016*</b>	0,239	0,064	0,378
Doğumun gerçekleştiği hafta	38-40. hafta arası	3,29±1,08	3,81±1,09	3,20±1,37	3,44±0,86
	40 hafta üzeri	3,30±1,02	3,99±0,97	3,07±1,29	3,48±0,81
<b>Test Değeri</b>		-0,062	-1,737	1,058	-0,478
<b>p</b>		0,951	0,083	0,291	0,633
Düşük öyküsü	Var	3,20±0,99	3,69±1,05	2,96±1,36	3,32±0,77
	Yok	3,32±1,08	3,94±1,04	3,21±1,33	3,49±0,86
<b>Test Değeri</b>		-0,976	<b>-2,072</b>	-1,632	-1,816
<b>p</b>		0,330	<b>0,039*</b>	0,103	0,070
Düşük Sayısı	1	3,14±0,98	3,84±1,02	3,12±1,3	3,35±0,78
	2 ve üzeri	3,38±1,01	3,31±1,05	2,54±1,46	3,25±0,77

	t	-1,079	<b>2,336</b>	1,966	0,603
	P	0,283	<b>0,021*</b>	0,052	0,548
Canlı doğum öyküsü	Var	3,23±1,08	3,71±1,06	3,04±1,36	3,35±0,84
	Yok	3,40±1,00	4,16±0,95	3,34±1,29	3,62±0,82
	t	-1,590	<b>-4,580</b>	<b>-2,277</b>	<b>-3,280</b>
	P	0,113	<b>0,000*</b>	<b>0,023*</b>	<b>0,001*</b>
Canlı doğum sayısı	1	3,27±1,10	3,93±1,04	3,04±1,34	3,44±0,86
	2	3,16±1,05	3,59±0,99	3,13±1,34	3,29±0,81
	3 ve üzeri <sup>3</sup>	3,31±1,15	3,16±1,10	2,79±1,52	3,20±0,81
	T	0,403	<b>8,932</b>	0,827	1,749
	P	0,669	<b>0,000*</b>	0,438	0,176
	PostHoc		<b>1&gt;2,3</b>		
Yaşayan çocuk	Var	3,24±1,08	3,71±1,07	3,04±1,36	3,35±0,84
	Yok	3,39±1,01	4,17±0,94	3,33±1,29	3,62±0,82
	T	-1,474	<b>-4,813</b>	<b>-2,202</b>	<b>-3,254</b>
	P	0,141	<b>0,000*</b>	<b>0,028*</b>	<b>0,001*</b>
Yaşayan çocuk sayısı	1	3,28±1,10	3,92±1,05	3,04±1,35	3,44±0,87
	2	3,15±1,04	3,59±1,00	3,14±1,32	3,29±0,81
	3 ve üzeri <sup>3</sup>	3,31±1,15	3,16±1,10	2,79±1,52	3,20±0,81
	T	0,462	<b>8,422</b>	0,848	1,733
	P	0,630	<b>0,000*</b>	0,429	0,179
	postHoc		<b>1&gt;2,3</b>		
Doğum şekli	Normal vajinal doğum	3,34±1,09	3,86±1,08	3,06±1,34	3,46±0,86
	Sezaryen doğum	3,20±0,99	3,91±0,98	3,33±1,33	3,43±0,81
	T	1,300	-0,427	<b>-2,030</b>	0,311
	P	0,195	0,670	<b>0,043*</b>	0,756

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama ± standart sapma şeklinde verildi.

\* Bağımsız gruplar T testi. \*\* Tek Yönlü ANOVA testi kullanıldı.

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ( $p<0.05$ ).

Doğum sonu dönemde annelerin gebelik isteme durumlarına göre anne öz bakım, bebek bakım, eş destek alt boyutları ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Gebelik planlama durumlarına göre anne öz bakım alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).

Gebelik durumu planlı olmayan annelerin anne öz bakım alt boyut puanlarının gebelik durumu planlı olan annelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Doğumun gerçekleştiği haftalarına göre anne öz bakım, bebek bakım, eş destek alt boyutları ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Düşük öykülerine göre bebek bakım alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunup ( $p<0,05$ ), düşük öyküsü olmayan katılımcıların bebek bakım alt boyut puanlarının düşük öyküsü olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Düşük sayılarına göre bebek bakım alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Düşük sayısı 1 olan annelerin bebek bakım alt boyut puanlarının düşük sayısı 2 ve üzeri olan annelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Annelerin canlı doğum öykülerine göre bebek bakım, eş destek alt boyut ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunup ( $p<0,05$ ), canlı doğum öyküsü olmayan annelerin bebek bakım, eş destek alt boyut ve ölçek genel puanlarının canlı doğum öyküsü olan annelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Canlı doğum sayılarına göre bebek bakım alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Yapılan post hoc testi sonucunda; canlı doğum sayısı 1 olan katılımcıların bebek bakım alt boyut puanlarının canlı doğum sayısının 3, 3 ve üzeri olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Annelerin yaşayan çocuk durumlarına göre bebek bakım, eş destek alt boyut ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Yaşayan çocuğu olmayan katılımcıların bebek bakım, eş destek alt boyut ve ölçek genel puanlarının yaşayan çocuğu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşayan çocuk sayılarına göre bebek bakım alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Yaşayan çocuk sayısı 1 olan katılımcıların bebek bakım alt boyut puanlarının yaşayan çocuk sayısı 2, 3 ve üzeri olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Annelerin doğum şekillerine göre eş destek alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunup ( $p<0,05$ ), sezaryen doğum yapan katılımcıların eş destek alt boyut puanlarının normal vajinal doğum yapan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 14:** Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin (DSAHDÖ) doğum sonu anne- bebek özelliklerinin ölçek alt boyut puanlarının karşılaştırılması

		Anne Öz Bakım Boyutu	Bebek Bakım Boyutu	Eş Destek Boyutu	Ölçek Genel
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Bebek cinsiyeti	Kız	3,36±1,03	3,89±1,01	3,21±1,32	3,5±0,79
	Erkek	3,23±1,08	3,86±1,07	3,10±1,37	3,41±0,88
T		1,293	0,303	0,845	1,209
P		0,197	0,762	0,398	0,227
Gebelik ya da lohusalık döneminde bebek bakımına yönelik eğitim alma durumu	Evet	3,21±1,00	3,86±1,03	3,26±1,39	3,42±0,81
	Hayır	3,37±1,11	3,90±1,06	3,04±1,28	3,49±0,87
T		-1,530	-0,360	1,732	-0,865
P		0,127	0,719	0,084	0,388
Doğum sonrası dönemde kendi öz bakımı için yardım bekleme durumu	Evet	3,22±1,01	3,93±0,99	3,30±1,34	3,45±0,81
	Hayır	3,32±1,08	3,85±1,07	3,07±1,34	3,45±0,86
T		-0,934	0,764	1,705	-0,021
P		0,351	0,445	0,089	0,983
Doğum sonrası dönemde bebek bakımı için yardım alma durumu	Evet	3,22±1,02	3,96±0,99	3,31±1,32	3,45±0,82
	Hayır	3,37±1,10	3,79±1,10	2,97±1,35	3,45±0,87
T		-1,576	1,716	<b>2,648</b>	0,076
P		0,116	0,087	<b>0,008*</b>	0,940
Doğum sonu dönemde ‘annelik hüznü’ teriminin ne olduğunu biliyor muydunuz?	Evet	3,16±1,05	3,96±0,99	3,57±1,34	3,45±0,85
	Hayır	3,34±1,06	3,85±1,06	3,01±1,32	3,45±0,84
T		-1,566	0,958	<b>3,852</b>	0,040
P		0,118	0,339	<b>0,000*</b>	0,968

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma şeklinde verildi.

\* Bağımsız gruplar T testi..

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ( $p < 0.05$ ).

DSAHDÖ annelerin doğum sonu dönemi ile özelliklerine göre ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması tablo 14' de verilmiştir.

Annelerin bebek cinsiyetlerine göre anne öz bakım, bebek bakım, eş destek alt boyutları ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Gebelik ya da lohusalık döneminde bebek bakımına yönelik eğitim alma durumlarına göre anne öz bakım, bebek bakım, eş destek alt boyutları ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Doğum sonrası dönemde kendi öz bakımı için yardım bekleme durumlarına göre anne öz bakım, bebek bakım, eş destek alt boyutları ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Doğum sonrası dönemde bebek bakımı için yardım alma durumlarına göre eş destek alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunup ( $p<0,05$ ), doğum sonrası dönemde bebek bakımı için yardım alana katılımcıların eş destek alt boyut puanlarının yardım almayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Annelerin doğum sonu dönemde 'annelik hüznü' teriminin ne olduğunu bilme durumlarına göre eş destek alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Doğum sonu dönemde 'annelik hüznü' teriminin ne olduğunu bilen katılımcıların eş destek alt boyut puanlarının 'annelik hüznü' teriminin ne olduğunu bilmeyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

## 6. TARTIŞMA

Bu çalışma doğum sonrası dönemdeki annelik hüznünü ilk 14 günde değerlendirmek için geliştirilen metodolojik tipte bir çalışmadır.

Annelik hüznü (AH)'nün 19. yüzyıldan itibaren fenomenliğinin sürdürdüğü doğum sonu ağlama nöbetleri, konsantrasyon bozukluğu, annedeki yorgunluk gibi hafif karakterize depresif belirtileri olduğu bilinmektedir (Savage, 2008; Gonidakis, 2012). Annelik hüznü ile ilgili yapılan çalışmalarda da hüznün oranları, günleri, ülkeler arası farklılık göstermektedir. Ölçek geliştirme çalışmalarına başlamadan önce ilk olarak annelik hüznü değerlendirme ölçeklerinin neler olduğu ve içerikleri incelenip bizim ülkemizde hüznün oranlarını belirlemek için bir ölçeğin geliştirilmesi mi veya yurt dışında geliştirilen ölçeklerden uyarlama yapılmasını daha duyarlı olur diye kapsamlı bir literatür araştırması yapılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda annelik hüznünü değerlendirmek için yurt dışında geliştirilen ölçeklere rastlanılmış fakat ülkemize özgü doğum sonu annelik hüznünü değerlendirmek için geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmamış olması ve literatüre bir ölçek kazandırmak amacı ile yapılması düşünülmüştür.

Çalışmamızın tartışma kısmı iki başlık altında ele alınmıştır; Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik Değerlendirmesine ve Güvenirlik Değerlendirmesine İlişkin Bulgularına yöneliktir.

### **6.1. Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği (DSAHDÖ); Geçerliliğin Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Ölçeğin her maddesinin ölçülmesi istendiği durumun derecesini ispatlamak için kapsam geçerliliği yapılmalıdır (Tavşancıl, 2014). Çalışmalarda uzman görüşü almak için 3-40 arası uzmanın görüşünün alınması belirtilmektedir (Çapık,2014). Kapsamlı bir literatür taramasından sonra 42 soruluk madde havuzu oluşturulup 8 uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanların öneri doğrultusunda araştırmacı tarafından maddelerin anlatım bozukluğu olan yerleri düzeltilip 42 soru ile madde sayımız belirlenmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliliğinin sağlanması için "Lawshe Tekniği" kullanılmıştır. Uzmanlardan ölçekteki her bir maddeyi "1=gerekli; 2=yaralı/yetersiz; 3=gereksiz" olarak değerlendirmeleri istenmiştir.

Geri dönüt yapan 8 uzmanın değerlendirmeleri tek bir formda birleştirilerek maddelerin dil ve anlam bakımından uygunluğu  $KGİ = 0,93$ ; maddelerin alt boyutlara uygunluğu  $KGİ = 0,97$  olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin istenilen yapıyı ölçüp ölçmediği yüzey geçerliliği ile belirlenmiş olup uzmanlara gönderilen maddelerin anlaşılıp anlaşılmadığı ve tez danışmanımın maddelerdeki ifadelerin netleştirilmesindeki görüşlerinden sonra maddeler uygun formata sokulmuştur (Jasmine, 2009).

Geliştirilmiş ölçek taslağının yüzey geçerliliğinden sonra görünüm geçerliliği için pilot uygulama yapılmıştır. Katılımcıların ölçekteki soruların açıklığı ve anlaşılabilirliği belirlenmesi gerekmektedir (Erol, 2016; Altıok ve ark., 2011). Pilot uygulama olarak örneklem sayımıza dahil edilmemiş 20 anne ile yüz yüze görüşülerek ölçek taslak sorularımızın net ve anlaşılır olduğu belirlenip ölçek taslak soru sayımızda bir değişikliğe gidilmeyip 42 soru olarak netlik kazanmıştır. Örneklem büyüklüğü için '50' sayısı az, '300-500' arası iyi '500-1000' arası çok iyi '1000'üstü ise mükemmel olarak belirtilmektedir (Çoklu Ö,2010). Ölçek geliştirme çalışmalarında her madde için 5-40 katı olacak kişi sayısı alınması önerilmektedir (Alpar R,2018). Örneklem sayımız 42 soruluk madde sayımızın 10 katından fazla katılımcıyı kapsayıp 443 kişiye uygulanıp örneklem sayımızın iyi olduğu sonucuna varılmıştır (42 madde x 10.54). İlk test grubumuz için de örneklem grubumuzun 1/3'ü alınıp 150 katılımcıya uygulanmıştır.

Ölçek geliştirme çalışmalarında ölçme aracının istenen yapıyı ne kadar doğru ölçtüğünü tespit etmek için yapı geçerliliğinde faktör analizleri yapılmalıdır (Özdemir, 2018). Faktör analizi örneklem büyüklüğünün uygunluğunu analiz etmek için yapılmıştır. Bu büyüklüğün testi ise Kaiser Meyer Olkin (KMO) ile yapılmaktadır. Belli formüllerle KMO hesaplamaları yapılmaktadır. Bu ölçüt aralıkları  $1,00 \leq KMO \leq 0,90$  Mükemmel,  $0,90 < KMO \leq 0,80$  iyi,  $0,80 < KMO \leq 0,70$  Orta düzey,  $0,70 < KMO \leq 0,60$  zayıf,  $0,60 < KMO$  kötü olarak hesaplanır. KMO testindeki değerlerden 0,60'ın altında olması kötü, 0,90 üstünde olması da mükemmel olarak değerlendirilir. Çoğu çalışmada KMO'nun 0.50'den büyük çıkması beklenmektedir (Tavşancıl, 2014). 0,80 üzerinde değerlerin iyi

bir faktör analizi için gerekli olduğu ifade edilebilir (Alpar, 2013:294). Bartlett testi sıfır hipotezi için yapılır.  $P \leq 0,05$  ise verilerin faktör analizine uygun olduğunu gösterir (Yurdugül, 2005). Çalışmamızın analiz sonucunda KMO değeri 0,890;  $\chi^2(861) = 12255,997$ ; Bartlett Küresellik Testi ( $p$ ) = 0,000. Bu sonuç doğrultusunda, örneklem yeterliliğinin faktör analizi yapmak için “yeterli” olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Faktörün araştırmamızdaki ölçek için uygunluğunun varsayımları sağlandıktan sonra ölçeğimizin alt boyutlarının neler olabileceği için açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. AFA de temel bileşenleri varimax döndürme yöntemi kullanılarak 3 alt boyut ve öz değerleri bulunmuştur. Örneklem sayısı ne kadar büyük olursa o kadar öz değerlerin güvenilirliği iyi sonuçlar verir (Yaşlıoğlu, 2017). Yapılan çalışmalarda AFA’ da madde ve faktör yüklerinin en az 0,20 kabul edilmiştir. Alt sınır olarak 0,30 kabul edilirken 0,50’ den büyük olması ise maddelerin iyi olduğuna ve anlamlı sonuçlar çıktığını göstermektedir (Hill, 2014; Tavşancıl, 2014). Çalışmamızda 443 örneklem sayısına ulaşıp faktör yükümüz ise 0,40 olarak maddelerin faktör analizi yapılmıştır. Faktörlerin yük değerleri 0,20 ile 0,827 arasındadır. Çok faktörlü desenlerde, açıklanan varyansın %50’nin üzeri olması yeterli olarak kabul edilir (Karagöz,2018).

Analiz sonucunda çıkan faktörler toplam varyansın %55,850 açıklamaktadır. Faktörlerin toplam varyansa yaptığı katkı sırası ile %28,237; %17,450; %10,164 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6).

1.Faktör: ‘Anne Öz bakım Boyutu’:10,11,26,27,29,35,36,37,38,39,40,41,42

2. Faktör: ‘Bebek Bakım Boyutu’:2,3,15,16,17,18,19

3.Faktör: ‘Eş Destek Boyutu’ 21,22,23 olarak isimlendirilmiştir.

Açıklayıcı faktör analizi yapıp tamamlandıktan sonra yapıları doğrulayıcı faktör analizi yapısal eşitlik modeli ile test edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) faktörlerin model ile arasındaki uyum gücünü ölçmesidir (Karagöz, 2018). Doğrulayıcı Faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results)  $p=0,000$  düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 23 madde ve üç faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Modelde iyileştirme yapılmıştır.



İyileştirme yapılırken MI değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans oluşturulmuştur.

DFA için uyum iyiliği değerleri mevcuttur. Bunlar;

Chi-Square/Df (CMIN/DF): Bakılan modelin kabul edilebilmesi için bakılır. Kapsam aralıkları ise; mükemmel uyum aralığı ( $0 \leq \chi^2/df \leq 3$ ), kabul edilebilir aralığı ( $3 \leq \chi^2/df \leq 5$ ) olarak belirtilmektedir (Karagöz, 2018). Çalışmamız da  $\chi^2$  (Cmin/df) 3,794 değeri alarak kabul edilebilir bir uyum gösterdiği tespit edilmiştir.

Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA-Root Mean Square Error of Approximation): RMSEA aralığının 0.80 ne eşit olması veya 0,80' den küçük olması modelin uyumunun iyi olduğunu göstermektedir (Erdoğan ve ark,2014). Çalışmamızda RMSEA değeri 0,80 olarak bulunup modelin uyumunun iyi olduğu sonucuna varılmıştır.

Non- Normal Fit Index (NNFI- TLI): Aralık değerleri  $0,80 \leq TLI \leq 0,90$  kapsamaktadır (Karagöz,2018). Çalışmamızdaki TLI değeri ise 0,866 olarak modelimizin uyum gösterdiği tespit edilmiştir.

Normal Fit Index (NFI): 0 ile 1 aralığında değişmezlikle birlikte aralık değerleri genellikle 0,80 ile 0,95 arasında kabul edilebilir uyum gösterdiği bilinmektedir (Alpar, R. (2013). Bu çalışmada ise NFI 0,849 olduğu için modelin kabul edilebilir olduğu görülmüştür.

Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index- CFI): Kapsam aralığı 0,85 ile 0,95 olarak belirtilmektedir (Erdoğan ve ark, 2014; Büyüköztürk, 2011; Byrne 1998). Çalışmamızın sonucunda CFI 0,883 olarak bulunup modelimizin kabul edilir bir uyum gösterdiği tespit edilmiştir.

Uyum iyiliği indeksi (GFI- Goodness of fit index): Referans aralığı 0,80 ile 0,90 arasında olup 1'e yaklaştıkça uyum artar (Erkorkmaz ve ark., 2013). Çalışmamızda ise GFI 0,964 bulunup modelin uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır.

Ayarlanmış Uyum İyiliği İndeksi (Adjustment Goodness Of Fit Index- AGFI): Kapsam aralığı 0,80 ile 0,90 arasındadır (Karagöz, 2018; Hu ve Bentler, 1999; Anderson ve Gerbing, 1984). Çalışmamız da AGFI 0,829 bulunup modele uyum gösterdiği görülmüştür. DFA uyum indeksleri (Tablo 7).

Yapılan uyum indeksleri modifikasyon sonuçlarında bazı değerlerin iyi uyum gösterdiği gibi bazılarının kabul edilebilir aralıkta olduğu tespit edilmiştir. DFA analizi sonucunda modelimizin alt boyutlarının ve maddeler arasında uyumun olduğu gözlenip  $H_1$ 'in geçerliliği ispatlanmıştır.

DFA sonucunda 23 maddeden 3 alt boyut oluşturulmuştur. Bu bağlamda maddelerin içeriğine göre alt boyutlar belirlenip birinci faktör 'anne öz bakım boyutu', ikinci faktör 'bebek bakım boyutu', üçüncü faktör 'eş destek boyutu' olarak adlandırılmış olup Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği (DSAHDÖ)'ne son şekli verilmiştir.

(Ek-3)

## **6.2. Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği (DSAHDÖ); Güvenirlik Değerlendirmesine İlişkin Bulguları**

DSAHDÖ'nin güvenilirliğini analiz etmek için test-tekrar-test ve iç tutarlık analizleri yapılmıştır.

Bir ölçüm aracında niteliğin artması için mutlaka güvenilirliğinin olması gereklidir. Güvenirliği düşük olan bir çalışmanın geçerliliğinin yüksek olması asla beklenemez (Karakoç AG,2014; Büyüköztürk ve ark, 2017).

Güvenirliğin değerlendirilmesinde yapılabilecek hataları engellemek için değişkenler arasında korelasyon katsayısına ve değişkenlerin ilişkisine bakılır. Güven aralığı 1'e yakın olması güvenilirliğinin yüksek olmasını sağlar. Ölçek sorularımız ilk test kısmından sonra 14. günde aynı kişilere tekrar uygulanmıştır.

Yapılan çalışmalarda örneklem sayısından en az 30 kişiye ikinci uygulama olarak uygulanması yeterli olmasına rağmen çalışmamızda ölçeğimizin güvenilirliği için örneklem sayımızın 1/3'ne ulaşmış 150 kişi ile son test uygulamamızı yapmış olduk (Karakoç AG,2014; Erkuş ve ark.2017). Test- tekrar- test Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu (r) ile hesaplanmıştır. Korelasyon aralığının 0,70 ile 0,89 arası yüksek, 0,90 ile 1,00 arası olması çok yüksek korelasyona sahip olduğunu belirtilmektedir (Şencan, 2005; Akgül, 2005; Özdemir, 2018; Karakoç ve Dönmez, 2014; Karagöz, 2018).

Çalışmamızın birinci ve ikinci ölçüm korelasyon değeri 0,999 bulunup istatistiksel olarak ölçeğimizin zamana göre tutarlılık ve test tekrar güvenilirliğe sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

İç Tutarlılık Katsayısı: Bir ölçme aracında en çok kullanılan yöntemdir. Her maddenin bütün maddeler arasındaki uyumuna ve tamamıyla aynı doğrultuda hareket edip etmediğine bakar (Özdemir, 2018). En çok kullanılan yöntemi ise, Cronbach alpha katsayısı, madde analizi ve Kuder Richardson 20-21 güvenilirlik katsayısıdır (Karakoç AG,2014; Erkuş ve ark.2017).

Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı ile çalışmamız analiz edilip verilerin iç tutarlılığını ve homojenliğini bakılmıştır. Faktör yüklerindeki alt boyutları arasında iç tutarlılığı ölçek alfa katsayısıdır (Alpar, 2016). Doğrusal ve açıklayıcı faktör analizlerinden sonra 23 maddeye düşen nihai analiz sonuçlarına göre geliştirdiğimiz ölçeğin boyutlarının güvenilirlikleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde, güvenilirlik katsayıları anne öz bakım boyut için (0,914), bebek bakım boyut için (0,858), eş destek boyut için (0,780) ve ölçeğin geneli için (0,902) olarak bulunmuştur (Tablo 10). 23 madde ve üç alt boyuttaki ölçeğimiz mükemmel ve iyi güvenilirlik göstermektedir.

Madde Analizi: Ölçekteki soruların ölçeğin hedefine uyup uymadığını tespit eder. Analiz sonucunda katsayısı düşük olan madde ölçeğe katkısı düşük olarak belirtilir. Dolayısıyla madde-bütün korelasyonu katsayısı +0.25 den az olması maddenin güvenirliliğinin düşük olduğunu ve maddenin ölçekten çıkarılması sonucuna varılır (Güler, 2017).

Korelasyon alt sınır aralığının 0,20 olabileceğini destekleyen çalışmalarda mevcuttur (Esin, 2015; Şencan, 2005). Çalışmamızda madde korelasyonlarını incelediğimiz ölçek maddelerinden 0,40'un altında kalan maddelerin analize dahil edilmemiştir.

Tüm maddelerin madde-toplam test korelasyon değerleri 0,437 ile 0,730 arasında değişkenlik göstermektedir. Madde-toplam test korelasyonu tablosunda görüldüğü üzere tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Tablo11). 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 (Alpar R, 2016). Madde ayırt ediciliği yapıldıktan sonra bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkı belirlemek için önemlilik testi ve  $p < 0.05$  olması değerlendirilir (Tavşancıl E, 2006).

Karşılaştırma sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Buradan hareketle ölçeğin maddelerinin, istenen niteliği ölçmesi bağlamında ayırt edici olduğu söylenebilir ( $p < 0.05$ ).

Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği (DSAHDÖ) için yapılmış olan güvenilirlik değerlendirilmesinde de yüksek iç tutarlık gösterip,  $H_2$  hipotezinin güvenilirliği doğrulanmıştı.

## 7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 7.1. Sonuçlar

Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği olarak geliştirilen, metodolojik olarak tasarlanan Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği (DSAHÖ) ne ait sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme ölçek taslak soruları 8 uzman görüşünden sonra soru sayısı değişmeyip 42 madde ile verilerin analizi yapıp nihai 23 maddelik üç alt boyuttan (Birinci Faktör ‘Anne öz bakım boyutu’, ikinci faktör ‘bebek bakım boyutu’, üçüncü faktör ‘eş desteği boyutu’) oluşan Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı .902 olarak belirlenen bir ölçek elde edilmiştir.
- KGI 0,93-0,97 olarak alt boyutlara uyumlu, KMO ilk değeri 0,941 olup bu sonuç doğrultusunda, örneklem yeterliliğinin faktör analizi yapmak için “yeterli” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Faktör yük analizi açıklanan varyansın %50’nin üzeri olması yeterli olarak kabul edildiği ölçeğimizdeki alt boyutların varyansa yaptığı toplam katkısı ise %55,850’dir.
- Güvenirlik analizinde madde toplam korelasyon katsayısının 0,40’ın altında kalan maddeler çıkarılmıştır.
- 23 madde, 3 alt boyuttan oluşan ölçeğimizin doğrulayıcı faktör analizine ilişkin bulgular da uyum indeksleri kabul edilebilir ve iyi düzeydedir.
- Ölçeğin alt boyutları arasındaki boyutlarının güvenirlikleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde, güvenirlik katsayıları anne öz bakım boyutu için (0,914), bebek bakım boyutu için (0,858), eş destek boyutu için (0,780) ‘dır.
- Test-tekrar-test analizde iki ölçüm arasında puanları arasındaki korelasyon değeri 0,999 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,01$ ).

Sonuç olarak Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeğinin yüksek geçerlilik ve güvenirlik göstergelerine sahip olduğu, doğum sonrası annelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olabileceği sonucuna varılmıştır.

## 7.2. Öneriler

- ❖ Aile sağlığı merkezinde ve kadın doğum kliniklerinde ‘Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeğinin’ ebe veya hemşireler tarafından kullanılması,
- ❖ Aile sağlığı merkezinde ve kadın doğum kliniklerindeki ebe veya hemşirelere doğum sonrası annelik hüzünü değerlendirmesi teknikleri içeren hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- ❖ Ebeler ve hemşirelere doğum sonrası annelik hüzününü değerlendirmeleri için hastane yönetim protokollerinin yöneticiler tarafından oluşturulması,
- ❖ Gebe okullarında, gebeye ve eşine doğum sonu dönemde ‘anne öz bakımı, bebek bakımı, eş desteğinin, annelik hüzününe etkisi ve öneminden bahsedilmesi,
- ❖ Doğum sonu annelik hüzününün değerlendirilmesi için farklı örneklem de ve çok merkezli çalışmalar ile ülkemizdeki doğum sonu annelik hüzün oranlarının belirlenmesini sağlayabilmek,

## 8. KAYNAKLAR

1. Abbott, S. M., Attarian, H., & Zee, P. C. (2014). Sleep disorders in perinatal women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 159-168.
2. ACOG. Postpartum depression. Position statement, 2013  
<https://www.acog.org/Search?Keyword=maternity+blues>
3. Adewuya AO. (2006) Early postpartum mood as a risk factor for postnatal depression in Nigerian women. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (8):1435-1437.
4. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005;193(4):1522-1525.
5. Altıok HÖ, Şengün F, Üstün B (2011). Bakım Kavram Analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4/3, 137- 140.
6. Anderson, J. C., ve Gerbing, D.W., (1984). The Effect Of Sampling Error On Convergence, İmproper Solutions, And Goodness-Of-Fit İndices For Maximum Likelihood Confirmatory Factor Analysis. *Psychometrika*, 49(2), 155-173.
7. Akbarzadeh, M., Mokhtaryan, T., Amooee, S., Moshfeghy, Z., & Zare, N. (2015). Investigation of the effect of religious doctrines on religious knowledge and attitude and postpartum blues in primiparous women. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(5), 570.
8. Aktaş, M. C., Şimşek, Ç., & Aktaş, S. (2017). Postpartum depresyonun etiyolojisi: Kültür etkisi. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(Supp: 1), 10-13.
9. Aktaş, S., & Pasinlioğlu, T. (2017). Ebelere verilen empati eğitiminin postpartum dönemdeki annelerin beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeyi algılama düzeyine etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(2), 60-65.
10. Aktürk Z. Acemoğlu H (2012). Tıbbi Araştırmalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*. Cilt / Vol 39, No 2, 316-319
11. Alpar, C. (2016). Spor Sağlık Ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik Ve Geçerlik Güvenirlik.

12. Alves, S., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Preliminary psychometric testing of the postpartum depression predictors inventory-revised (PDPI-R) in portuguese women. *Maternal and child health journal*, 22(4), 571-578.
13. Anderson, G., & Maes, M. (2013). Postpartum depression: psychoneuroimmunological underpinnings and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 277.
14. Apter-Levy Y, Feldman M, Vakart A, Ebstein RP, Feldman R. (2013) Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: The moderating role of oxytocin. *The American Journal of Psychiatry*;170(10):1161-1168.
15. Ardahan M (2006). Sosyal Destek vee Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 9 Sayı: 2
16. Arenson, J., & Drake, P. (2007). *Maternal and newborn health*. Jones & Bartlett Learning.  
Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders* 2007;99(1-3):107-115.
17. Atılğan, H., Kan, A., & Aydın, B. (2017). Eğitimde ölçme ve değerlendirme. attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000:101(3):209-217.
18. AWHONN.(2008) The role of the nurse in postpartum mood and anxiety disorders.,[https://www.awhonn.org/awhonn/content.do?name=07\\_PressRoom/07\\_PositionStatements.htm](https://www.awhonn.org/awhonn/content.do?name=07_PressRoom/07_PositionStatements.htm).
19. Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. (2018) Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları. *J Psychiatric Nurse*, 9(3):147-52.
20. Aydın, R., Barkin, J. L., & Kukulü, K. (2016). Attempts to strengthen maternal functioning in the postpartum period: A literature review. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 5751-5759.
21. Aydın, R., Körükcü, Ö., & Kabukçuoğlu, K. (2017). Bir göçmen olarak anneliğe geçiş: riskler ve engeller. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3), 250-262.



22. Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *International journal of nursing sciences*, 4(2), 179-183.
23. Balkaya, N. A. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 42-9.
24. Barnesd L. Postpartum depression: it's impact on couples and marital satisfaction. *Journal of Systemic Therapies* 2006;25(3):25-42.
25. Beck, C. T. (2013). Postpartum depression: A metasyntesis. *Journal of Nursing*, 60(6), 22–26. <https://doi.org/10.6224/JN.60.6.22>
26. Brockington IF. Postpartum psychiatric disoreders. *The Lancet* 2004;363(9405):303-310.  
Demott K, Bick D, Norman R. Clinical guidelines and evidence review for postnatal care: routine postnatal care of recently delivered women and their babies. 2006.
27. Brummelte, S., & Galea, L. A. (2010). Chronic corticosterone during pregnancy and postpartum affects maternal care, cell proliferation and depressive-like behavior in the dam. *Hormones and behavior*, 58(5), 769-779.
28. Bruno, A., Laganà, A. S., Leonardi, V., Greco, D., Merlino, M., Vitale, S. G., ... & Muscatello, M. R. A. (2018). Inside–out: the role of anger experience and expression in the development of postpartum mood disorders. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(22), 3033-3038.
29. Buttner MM, O'Hara MW, Watson D. (2011)The Structure of women's mood in the early postpartum. *Assesment*;19(2) 247-256.
30. Buttner, M. M., Brock, R. L., & O'Hara, M. W. (2015). Patterns of women' s mood after delivery: A growth curve analysis. *Journal of Affective Disorders*, 174, 201-208.
31. Büyüköztürk, Ş., (2011). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. 15. Baskı, Ankara: Pegem Akademi, 124-180
32. Bütüner, S. Ö. (2008). Büyüköztürk, Ş.(2007), *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*, Ankara: Pegem A Yayıncılık. *Elementary Education Online*, 7(1).

33. Büyüköztürk, Ş. (2005). Anket geliştirme. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 133-151.
34. Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2017). Bilimsel araştırma yöntemleri. Pegem Atıf İndeksi, 1-360.
35. Bydlowski, S., Lalanne, C., Golse, B., & Vaivre-Douret, L. (2013). Postpartum blues: A marker of early neonatal organization?. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 508-515.
36. Byrne, B.M., (1998). *Structural Equation Modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: Basic Concepts, Applications and Programming*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
37. Çapık, C., Gözüm, S., Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber, FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing, 26(3): 199-210.
38. Çapık, C., (2014). Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3): 196-204.
39. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara, Pegem Akademi, 2010: 177- 20
40. Demir, S., Sentürk, M. B., Çakmak, Y., & Altay, M. (2016). Postpartum depression and associated factors in patients who admitted to our clinic to make child birth. *Haseki Tıp Bulteni*, 54(2).
41. Demirgöz Bal, M. Dereli Yılmaz, S. (2017). Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum Akademisyen Kitabevi. Ankara.
42. Demirkol, M. E., Güleç, H., Çakmak, S., Namli, Z., Güleç, M., Güçlü, N., & Tamam, L. (2018). Psikolojik Acı Ölçeği Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19, 14-20.
43. Demirkol, M. E., Kızıltoprak, A., & Şenbayram, Ş. (2018). Postpartum psikoz. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 206-222.

44. Deniz, Z. (2007). Psikolojik Ölçme Aracı Uyarlama, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 40 (1), 1-16.
45. Dennis CL, Brown HK, Morrell J. Interventions (other than psychosocial, psychological and pharmacological) for preventing postpartum depression. The Cochrane Library. 2016;5:1-10.p Bülteni 2016;54:83–90.
46. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Yayın No: 925. Ankara
47. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
48. Dönmez L (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Derleme. Tıp Eğitimi Dünyası, Mayıs, Sayı 40.
49. Duran, S. (2020). Postpartum specific anxiety scale (psas): reliability and validity of the turkish version. *Perspect Psychiatr Care*, 56:95-101.
50. Edebohls L, Ecklund C. Postpartum depression, Practical advice from two nurse practitioners. *Paediatric Nursing* 2002;22(3):298.
51. Edmonds K. Dewhurst's textbook of obstetrics and gynecology. 7th ed. Oxford, UK: Blackwell Publishing Limited, 2007.
52. Ekici E (2012). Öğretmenlere Yönelik Bilişim Teknolojileri Öz-yeterlik Algısı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 31.53–65.
53. El-Hachem, C., Rohayem, J., Bou Khalil, R., Richa, S., Kesrouani, A., Gemayel, R. & Attieh, E. (2014). Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women. *BMC Psychiatry*, 14(1), pp 1–9.
54. Ercan, İ., Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (3) 211-216.
55. Erkal Aksoy Y, Dereli Yılmaz S, Aslantekin F. Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. *Turkiye Klinikleri J Health Sci*. 2016;1(3):163-9. doi: 10.5336/healthsci.2016-50668

56. Erkuş, A., Sünbül, Ö., Sünbül, S., Yormaz, S., & Aşiret, S. (2017). Psikolojide ve Ölçme Ve Ölçek Geliştirme-II [Testing and Scale Development in Psychology]. Ankara: Pegem Akademi.
57. Erol, F., (2016). Hemşirelerin Bakım Davranışları ve Mesleki Profesyonel Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
58. Erkorkmaz Ü. Etikan İ. Demir O. Özdamar K. Sanisoğlu Y.S (2013). Doğrulayıcı Faktor Analizi ve Uyum İndeksleri. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*;33(1):210-23.
59. Fazlagić, A. (2011). Psychological Correlates Of Postpartum Depression. *Acta Medica Medianae*, 50(4).
60. Ferber, S. G., & Makhoul, I. R. (2004). The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 113(4), 858-865.
61. Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J., & Kašpárek, T. (2017). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-10.
62. Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973-982.
63. Gereklioğlu, Ç., Poçan, A. G., & Başhan, İ. (2007). Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 17(2), 126-133.
64. Gerli, S., Fraternali, F., Lucarini, E., Chiaraluce, S., Tortorella, A., Bini, V., ... & Favilli, A. (2019). Obstetric and psychosocial risk factors associated with maternity blues. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-6.
65. Glover V, Kammerer M. The biology and pathophysiology of peripartum psychiatric disorders. *Primary Psychiatry* 2004; 11:37-41.
66. Gonidakis F. Postpartum depression and maternity blues in immigrants. *Perinatal Depression* 2012;p.117-138.
67. Gonidakis, F., Korakakis, P., Ploumpidis, D., Karapavlou, D. A., Rogakou, E., & Madianos, M. G. (2011). The relationship between acculturation factors and

- symptoms of depression: A cross-sectional study with immigrants living in Athens. *Transcultural psychiatry*, 48(4), 437-454.
68. Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G. N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece:: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of affective disorders*, 99(1-3), 107-115.
69. Gölbaşı, Z., & Eğri, G. (2010). Doğum sonu dönemde annenin bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar. *Cumhuriyet Medical Journal*, 32(3), 276-282.
70. Grussu, P., & Quatraro, R. M. (2013). Maternity blues in Italian primipara women: symptoms and mood states in the first fifteen days after childbirth. *Health care for women international*, 34(7), 556-576.
71. Güner SE. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4(3): 482-96.
72. Güngör D (2016). Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları*. Aralık, 19 (38), 104-112
73. Gürcüoğlu, E. A., & Vural, G. (2017). Annelerin doğum sonu dönemde hastanede verilen ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyetleri. *Gazi Medical Journal*, 29(1).
74. 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.
75. Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker G, Fahmy DR. Maternity blues and major endocrine changes: cardiff puerperal mood and hormone study. II. *British Medical Journal* 1994;308(4):949-953.
76. Harris B. 'Maternity blues' in East African clinic attenders. *Archives of General Psychiatry*1981;38(11):1293-1295.
77. Hau FWL, Levy VA. The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders* 2003;75(2):197-203
78. Hill, BD., (2011). The Sequential Kaiser-Meyer-Olkin Prodeure as An Alternative for Determining the Number of Factors in Common Fakcor Analysis: A Monte Carlo

- Smullation. Doctor of Philosophy, Oklahoma State University Submitted of the Faculty, Oklohama,
79. Hu, L. T., ve Bentler, P. M. (1999). Cutoff Criteria For Fit İndexes In Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
  80. ICM. Appropriate maternity services for normal pregnancy, childbirth and the postnatal period. Position statement, 2011, <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policyand-practice/icm-position-statements-general/>.
  81. Ijuin T, Douchi T, Yamamoto S, Ijuin Y, Nagata Y. The relationship between maternity blues and thyroid dysfunction. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 1998;24(1):49-55.
  82. Ismail RI. Antepartum Depression and Husband's Mental Problem Increased Risk Maternity Blues. *Medical Journal of Indonesia* 2006;15(2):74-80.
  83. Işıl, Ö., Onan, N., Karaca, S., Küçük, L. (2006). Erken postpartum dönemde anksiyete düzeyi ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi*, 15(57):27-37.
  84. İlhan, M., & Çetin, B. (2014). LISREL ve AMOS programları kullanılarak gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli (yem) analizlerine ilişkin sonuçların karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 5(2), 26-42.
  85. Jasmine, T., (2009). Art, Science, or Both? Keeping the Care in Nursing. *Nurs Clin N Am*. 44: 415-421.
  86. Karadağlı F (2017). Bir Ölçek Geliştirme Çalışması: Kemoterapi Uygulanan Hastalarda
  87. Karagöz Y, (2018). Spss ve Amos Uygulamalı Nicel – Nitel – Karma. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği*. Nobel Yayıncılık. Şubat / 1. Baskı, sayfa 286-287.
  88. Karagöz, Y., Demir, M. E. H. M. E. T., & Günel, Y. (2019). Araç Kasko Sigortası Yaptırırken Şirket Seçimini Etkileyen Faktörlerin Tespitine Yönelik Ölçek

- Geliştirilmesi. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 22(42), 227-254.
89. Karakoç, F. Y., Dönmez, L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası (40), 39-49.
90. Karaman, H., Atar, B., & Çobanoğlu Aktan, D. (2017). Açımlayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Faktör Çıkartma Yöntemlerinin Karşılaştırılması. Gazi University Journal of Gazi Educational Faculty (GUJGEF), 37(3).
91. Kariman, N., Karimi, S., Shiadeh, M. N., Shams, J., & Nasiri, N. (2016). The relation between maternity blues and postpartum anxiety among Iranian pregnant women. Biosciences Biotechnology Research Asia, 13(1), 429-434.
92. Kartal, M., & Bardakçı, S. (2018). SPSS ve AMOS uygulamalı örneklerle güvenirlik ve geçerlik analizleri. Akademisyen Yayınevi: Ankara.
93. Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. The British Journal of Psychiatry, 150(5), 662-673.
94. Kennerly H, Gath D. Maternity blues I. detection and measurement by questionnaire. British Journal of Psychiatry 1989;155(9):356-362
95. Koyun, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(1), 67-99.
96. Kumcağız H, Aydın Avcı İ, Caner Ş. Yaşam Doyumu, Doğum Sonrası Depresyon ve Özkıyım Olasılığı Arasındaki İlişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018;21(1):1-9.
97. Kurniasari, D., & Astuti, Y. A. (2015). Hubungan antara karakteristik ibu, kondisi bayi dan dukungan sosial suami dengan postpartum blues pada ibu dengan persalinan SC di Rumah Sakit Umum Ahmad Yani Metro Tahun 2014. Holistik Jurnal Kesehatan, 9(3).
98. Manjunath, N. G., & Giriappa Venkatesh, R. (2011). Postpartum blue is common in socially and economically insecure mothers. Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 36(3), 231.

99. Meilina, A. R., & Nasrudin, A. M. (2019). Relationship between Childbirth Duration and Postpartum Blues. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(4).
100. Miller, M. L., Kroska, E. B., & Grekin, R. (2017). Immediate postpartum mood assessment and postpartum depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 207, 69-75.
101. Mirhosseini, H., Moosavipoor, S. A., Nazari, M. A., Dehghan, A., Mirhosseini, S., Bidaki, R., & Yazdian-Anari, P. (2015). Cognitive behavioral development in children following maternal postpartum depression: a review article. *Electronic physician*, 7(8), 1673.
102. Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, Y., Oiji, A., & Saito, H. (1998). Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecologic and obstetric investigation*, 46(2), 99-104.
103. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honjo S. Maternity blues and
104. Norhayati, M. N., Hazlina, N. N., Asrenee, A. R., & Emilin, W. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders*, 175, 34-52.
105. Ntaouti, E., Gonidakis, F., Nikaina, E., Varelas, D., Creatsas, G., Chrousos, G., & Siahianidou, T. (2020). Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath's blues questionnaire. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(13), 2253-2262.
106. O'hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 9, 379-407.
107. O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 3-12.
108. Okulu, A., & Sağlığı, D. K.(2020). Kırşehir'deki Kadınların Annelik Hüzünü Yaşama Durumları.



109. Orcan, F. (2018). Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi: İlk Hangisi Kullanılmalı?. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi, 9(4), 414-421.
110. Öz F (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. (2.Baskı). Mattek Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara Özbakım Yetersizliği Kuramına Gore Özbakım Davranışları Ölçeği . Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2017;10(3).
111. Özdamar, K. (2013). Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi (Cilt 2). Ankara: Nisan Kitabevi.
112. Özdemir, Z. (2018). Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 5(1), 60-68.
113. Öztürk, N., & Aydın, N. (2017) Anne Ruh Sağlığının Önemi. Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi, 1(2);29-36.
114. Öztürk, S., & Behice, E. R. C. İ. (2016). Postpartum Dönemdeki Primipar Annelere Loğusa Ve Yenidoğan Bakım Eğitimi Maternal Bağlanmayı Arttırdı: Son Test Kontrol Gruplu Eğitimsel Araştırma. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3), 129-134.
115. Öztürk, Y. E., & Kırac, R. (2019). Sağlık ve Hastalık. Scientific Developments, 382.
116. Pitt, B. (1973). Maternity blues. The British journal of psychiatry, 122(569), 431-433.
117. Pop, V. J., Truijens, S. E., Spek, V., Wijnen, H. A., Van Son, M. J., & Bergink, V. (2015). A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms?. Journal of affective disorders, 177, 74-79.
118. Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. Indian journal of psychiatry, 57(Suppl 2), S216.
119. Rathfisch, G., & Kızılkaya Beji, N. (2012). Protection of continence in pregnancy, labor and postpartum periods. International Journal of Urological Nursing, 6(3), 100-106.

120. Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Mogharabi, S., & Sarjou, A. A. (2020). Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. doi: 10.1016/j.jogn.2020.01.001
121. Ricci SS. *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2009.
122. Rondón, M. B. (2003). Maternity blues: cross-cultural variations and emotional changes. *Primary care update for OB/GYNs*, 10(4), 167-171.
123. Rude L. *Creating postpartum wellness natural solutions to Banish depression after childbirth*. New York: Aviva Publishing; 2013.
124. Savage, J. (2008). *Teenage: The prehistory of youth culture: 1875-1945*. Penguin.
125. Shi, P., Ren, H., Li, H., & Dai, Q. (2018). Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry research*, 261, 298-306.
126. Shivalli, S., & Gururaj, N. (2015). Postnatal depression among rural women in South India: do socio-demographic, obstetric and pregnancy outcome have a role to play?. *PLoS One*, 10(4), e0122079.
127. Shrestha, S. D., Pradhan, R., Tran, T. D., Gualano, R. C., & Fisher, J. R. (2016). Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-19.
128. Stein, G. S. (1980). The pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week. *Journal of psychosomatic research*, 24(3-4), 165-171.
129. Sütü S, Çatak B. Burdur İlinde Postpartum Depresyon Prevalansı ve Etki Eden Faktörler. *Kafkas J Med Sci*. 2017; 7(3):220–24.
130. Sylvén, S. M., Thomopoulos, T. P., Kollia, N., Jonsson, M., & Skalkidou, A. (2017). Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *European Psychiatry*, 40, 4-12.

131. Şahin NH, Soypak F. Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2010;41(4):187-193.
132. Şencan H (2005). Sosyal Ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik Ve Geçerlilik. Ankara: Seçkin
133. Şimşek F. Doğum sonrası depresyonun sıklığı, ortaya çıkan risk faktörleri ve bebeğin anne sütü alımı, uykusu, büyümesi, gelişimi ve davranışları üzerine olan etkileri. Sosyal Bilimler Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2005.
134. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2010. <http://www.saglik.gov.tr>,
135. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi Ankara, 2018
136. Tabachnick, B. G. Fidell, L. S. (2007). Using Multivariate Statistics (Fifth edition ed.): Pearson
137. Takács, L., Seidlerová, J. M., Štěrbová, Z., Čepický, P., & Havlíček, J. (2019). The effects of intrapartum synthetic oxytocin on maternal postpartum mood: findings from a prospective observational study. Archives of women's mental health, 22(4), 485-491.
138. Takahashi, Y. U. K. I., & Tamakoshi, K. O. J. I. (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. Nagoya journal of medical science, 76(1-2), 129.
139. Tan, C. S., Krishnan, S. A., & Lee, Q. W. (2017). The role of self-esteem and social support in the relationship between extraversion and happiness: A serial mediation model. Current Psychology, 36(3), 556–564.
140. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 16. Baskı, Akademisyen Matbaacılık, Ankara, 2020; syf 478
141. Taştekné, F. (2019). Postpartum depresyonun gelişimindeki risk faktörleri ve koruyucu faktörler (Master's thesis, İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).

142. Tavşancıl E. (2010). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. (4. Basım). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
143. Tavşancıl, E. (2006). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi, Nobel Yayın Dağıtım, 3. Baskı. İstanbul.
144. Toptaş Bıyıklı E, Yıldırım H. Postpartum Depression and Nutrition. *Sted.* 2018; 27(2): 136-42.
145. Tsivos, Z. L., Calam, R., Sanders, M. R. & Wittkowski, A. (2015). Interventions for postnatal depression assessing the mother-infant relationship and child developmental outcomes: A systematic review. *International Journal of Women's Health*, 7, pp 429–447.
146. *Türk Kardiyol Dern Ars* 2012;40:117-121,
147. Türkyılmaz, S. (2014). Sağlık personelinin annelik hüznü ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamaları (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
148. Ushiroyama T, Sakuma K, Ueki M. Efficacy of the kampo medicine Xiong-gui-tiao-xue-yin (Kyuki-chouketsu-in), a traditional herbal medicine, in the treatment of maternity blues syndrome in the postpartum period. *The American Journal of Chinese Medicine* 2005;33(1):117–126.
149. Vitale, S. G., Laganà, A. S., Muscatello, M. R. A., La Rosa, V. L., Currò, V., Pandolfo, G., & Bruno, A. (2016). Psychopharmacotherapy in pregnancy and breastfeeding. *Obstetrical & gynecological survey*, 71(12), 721-733.
150. Walker, L. O., & Wilging, S. (2000). Rediscovering the “M” in “MCH”: Maternal health promotion after childbirth: THOUGHTS & OPINIONS. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 29(3), 229-236.
151. Walker, L. O., Gao, J., & Xie, B. (2015). Postpartum psychosocial and behavioral health: A systematic review of self-administered scales validated for postpartum women in the United States. *Women's Health Issues*, 25(5), 586-600.
152. Watanabe M, Wada K, Sakata Y, Aratake Y, Kato N, Ohta H, Tanaka K. Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among

- Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2008;29(3):206-212.
153. Watson, G. M. (2015). Women's perspectives on adequacy of screening and treatment for postpartum depression. *ProQuest Dissertations and Theses*. Walden University College of Health Sciences, UK women. *The American Journal of Psychiatry* 2006;163(8):1435-1437.
154. Yeşilyurt, S., & Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251-264.
155. 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.
156. Yılmaz, M. (2007). Öncel S. Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 1, 32-38.
157. Yurdagül H (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 28-30 Eylül, Denizli.
158. Yüksekol, Ö. D., Arguvanlı, S. Ç., & Başer, M. (2014). Annelik Hüznü Ve Hemşirelik. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 56-61.
159. Zanardo, V., Volpe, F., de Luca, F., Giliberti, L., Giustardi, A., Parotto, M., ... & Soldera, G. (2020). Maternity blues: a risk factor for anhedonia, anxiety, and depression components of Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(23), 3962-3968.
160. Zhong, Q. Y., Gelaye, B., Rondon, M. B., Sánchez, S. E., Simon, G. E., Henderson, D. C., ... & Williams, M. A. (2015). Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Archives of women's mental health*, 18(6), 783-792.
161. (<https://sozluk.gov.tr/>).

## EKLER

EK 1. Tanıtıcı kişisel bilgi formu

## ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma yüksek lisans tezim kapsamında “**Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği; geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik**” sağlamak amacıyla doğum sonrası dönemde yaşadığımız annelik hüznüne ilişkin görüşünüzü en iyi belirten derecelendirme seçeneğini işaretleyiniz. Araştırmanın verileri sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı  
Ebe Ebru KÜÇÜK.

## EK I - KİŞİSEL BİLGİ FORMU

### A. Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız (Lütfen belirtiniz): .....

2. Eğitim durumunuz:

- (1). Okuryazar
- (2). İlköğretim
- (3). Lise
- (4). Üniversite

3. Eşinize eğitim durumu:

- (1). Okuryazar
- (2). İlköğretim
- (3). Lise
- (4). Üniversite

4. Çalışma durumunuz:

- (1). Evet
- (2). Hayır

5. Aile tipiniz:

- (1). Çekirdek aile
- (2). Geniş aile

6. Sosyal güvenceniz:

- (1). Genel Sağlık Sigortası (Emekli Sandığı- Sigorta-Bağ-kur-Yeşil Kart)
- (2). Özel Sağlık Sigortası
- (3). Sosyal güvence yok

7. Ekonomik durumunu algılama düzeyi:

- (1). İyi
- (2). Orta
- (3). Kötü

8. Şu anda yaşadığınız yer:

- (1). İl Merkezi
- (2). İlçe Merkezi
- (3). Köy/Kasaba

9. Evlilik süresi (*Lütfen belirtiniz*): ..... (yıl)

**B. Doğurganlık Özellikleri**

10. Gebeliği isteme durumunuz:

(1). Evet (2). Hayır

11. Gebeliği planlama durumunuz:

(1). Evet (2). Hayır

12. Doğum eyleminin gerçekleştiği hafta:

13. Daha önce düşük öykünüz:

(1). Var (*Lütfen sayısını belirtiniz*): .....

(2). Yok

14. Daha önce canlı doğum öykünüz:

(1). Var (*Lütfen sayısını belirtiniz*): .....

(2). Yok

15. Yaşayan çocuğunuz var mı?

(1). Var (*Lütfen sayısını belirtiniz*): .....

(2). Yok

16. Doğum yapma şekliniz:

(1). Normal vajinal doğum (2). Sezaryen doğum

**C. Doğum Sonu Dönemi İle İlgili Özellikler**

17. Bebeğinizin cinsiyeti:

(1). Kız (2). Erkek

18. Bebeğin beklenen cinsiyette olma durumu:

(1). Evet (2). Hayır

19. Bebeğin doğum ağırlığı ve boyu (*Lütfen belirtiniz*): .....gr/ .....cm

20. Doğum sonrası bebeğinizi ilk kucağınıza aldığınızdaki durumunuz:

(*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)

(1). Şaşkınlık yaşama

(2). Aşırı heyecan

(3).Kucağa nasıl alınacağını bilememe

(4). Kucaktan bırakmak istememe

(5). Ağlama

(6). Duygulanma

(7). Mutluluk hissi

(8). Diğer *Lütfen belirtiniz*: .....

21. Gebelik ya da lohusalık döneminde bebek bakımına yönelik eğitim aldınız mı?

(1). Evet (2). Hayır (*Cevabınız hayır ise 23. soruya geçiniz*)

22. Cevabınız EVET ise; bebek bakımına yönelik eğitimi nereden aldınız?

(*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.*)

(1). İnternet

(2). Gebe bilgilendirme okulu

(3). Doktor

(4). Ebe veya hemşire

(5).Diğer*Lütfen belirtiniz*: .....

**23. Doğum sonrası dönemde kendi öz bakımınız için yardım bekliyor musunuz?**

(1). Evet (2). Hayır (Cevabınız hayır ise 25. soruya geçiniz)

**24. Cevabınız EVET ise; kimden yardım bekliyorsunuz?**

(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

(1). Eş (2). Anne  
(3). Kayınvalide  
(4). Kız kardeş  
(5). Görümce (6). Diğer Lütfen belirtiniz): .....

**25. Doğum sonrası dönemde bebeğinizin bakımı için yardım alıyor musunuz?**

(1). Evet (2). Hayır (Cevabınız hayır ise 27. soruya geçiniz)

**26. Cevabınız EVET ise; kimden yardım alıyorsunuz?**

(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

(1). Eş (2). Anne (3). Kayınvalide (4). Kız kardeş  
(5). Görümce (6). Bakıcı (7). Diğer (Lütfen belirtiniz): .....

**27. Doğum sonu döneminde “annelik hüznü” teriminin ne olduğunu biliyor musunuz?**

(1). Evet (2). Hayır



<b>EK 2.DOĞUM SONRASI ANNELİK HÜZNÜ DEĞERLENDİRME TASLAK ÖLÇEĞİ</b>		<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
Doğum sonrası dönemde yaşadığınız annelik hüznüne ilişkin görüşünüzü en iyi belirten derecelendirme seçeneğini işaretleyiniz.						
<b>1</b>	Kendimi huzursuz hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>2</b>	Bebeğim konusunda aceleci davranıyorum.	1	2	3	4	5
<b>3</b>	Bebeğime bir şey olacak korkusu ile sık uyanıyorum.	1	2	3	4	5
<b>4</b>	Herhangi bir işi yapmaya konsantre olamıyorum.	1	2	3	4	5
<b>5</b>	Kendimi gergin hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>6</b>	Rahatlamış hissetmiyorum.	1	2	3	4	5
<b>7</b>	Kendimi annelik konusunda yetersiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>8</b>	Algılamada zorluk yaşıyorum.	1	2	3	4	5
<b>9</b>	Unutkanlık yaşıyorum.	1	2	3	4	5
<b>10</b>	Kendimi mutsuz hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>11</b>	Kendimi değersiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>12</b>	Kendimi yalnız hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>13</b>	Canım hiç bir şey yemek istemiyor.	1	2	3	4	5
<b>14</b>	Kendimi nefes alamıyor gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>15</b>	Bebeğime yeterli bakım veremeyeceğim endişesi yaşıyorum.	1	2	3	4	5
<b>16</b>	Bebeğime sütümün yetmediğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
<b>17</b>	Yeterli bir anne olamayacağımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
<b>18</b>	Bebeğim ağladığında stres yaşıyorum.	1	2	3	4	5
<b>19</b>	Ağrılardan dolayı bebeğimi rahatça kucağıma alamıyorum.	1	2	3	4	5
<b>20</b>	Ağrılardan dolayı kendimi rahat hissetmiyorum.	1	2	3	4	5
<b>21</b>	Gebelik sürecinde aldığım fazla kilolardan dolayı güzel görünmediğimi düşünüp endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
<b>22</b>	Fazla kilolarım nedeniyle eşimin beni artık beğenmeyeceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
<b>23</b>	Eşimin eskisi kadar bana değer vermeyeceğinden korkuyorum.	1	2	3	4	5
<b>24</b>	Bağıra bağıra ağlamak istiyorum.	1	2	3	4	5
<b>25</b>	Hiç kimsenin içinde bulunduğum durumu anlamadığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
<b>26</b>	Çevrede olup bitene karşı kendimi ilgisiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>27</b>	Olaylara karşı kendimi duyarsız hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>28</b>	İçimden anlamsız şeylere gülmek geliyor.	1	2	3	4	5
<b>29</b>	Kendimi ruhsal olarak çökmüş hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>30</b>	Çevremdekilerden yeterli desteği görmediğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
<b>31</b>	Kendi kişisel bakımımı yeterince yapamıyorum.	1	2	3	4	5
<b>32</b>	Uykudan kâbus ile uyanıyorum.	1	2	3	4	5
<b>33</b>	Bebeğime yeterince zaman ayıramadığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
<b>34</b>	Bebeğimin sağlığının bozulmasından endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
<b>35</b>	Her an kötü şeyler olacaktı korkusu yaşıyorum.	1	2	3	4	5
<b>36</b>	Kendimi üzgün hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>37</b>	Kendimi bedensel ve ruhsal olarak sağlıksız hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>38</b>	Kendimi vicdanen rahatsız hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>39</b>	Kendimi geleceğe dair umutsuz hissediyorum.	1	2	3	4	5
<b>40</b>	Her şey bana anlamsız boş geliyor.	1	2	3	4	5
<b>41</b>	Her şey çok sıkıcı geliyor.	1	2	3	4	5
<b>42</b>	Aklımdaki endişelerden içim içime sığmıyor gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5

### EK 3.DOĞUM SONRASI ANNELİK HÜZNÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Doğum sonrası dönemde yaşadığınız annelik hüznüne ilişkin görüşünüzü en iyi belirten derecelendirme seçeneğini işaretleyiniz.

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Bebeğim konusunda aceleci davranıyorum.	5	4	3	2	1
2	Bebeğime bir şey olacak korkusu ile sık uyanıyorum.	5	4	3	2	1
3	Kendimi mutsuz hissediyorum.	5	4	3	2	1
4	Kendimi değersiz hissediyorum.	5	4	3	2	1
5	Bebeğime yeterli bakım veremeyeceğim endişesi yaşıyorum.	5	4	3	2	1
6	Bebeğime sütümün yetmediğini düşünüyorum.	5	4	3	2	1
7	Yeterli bir anne olamayacağımı düşünüyorum.	5	4	3	2	1
8	Bebeğim ağladığında stres yaşıyorum.	5	4	3	2	1
9	Ağrılarımın dolaylı bebeğimi rahatça kucağıma alamıyorum.	5	4	3	2	1
10	Gebelik sürecinde aldığım fazla kilolardan dolayı güzel görünmediğimi düşünüp endişeleniyorum.	5	4	3	2	1
11	Fazla kilolarım nedeniyle eşimin beni artık beğenmeyeceğini düşünüyorum.	5	4	3	2	1
12	Eşimin eskisi kadar bana değer vermeyeceğinden korkuyorum.	5	4	3	2	1
13	Çevrede olup bitene karşı kendimi ilgisiz hissediyorum.	5	4	3	2	1
14	Olaylara karşı kendimi duyarsız hissediyorum.	5	4	3	2	1
15	Kendimi ruhsal olarak çökmüş hissediyorum.	5	4	3	2	1
16	Her an kötü şeyler olacaktı korkusu yaşıyorum.	5	4	3	2	1
17	Kendimi üzgün hissediyorum.	5	4	3	2	1
18	Kendimi bedensel ve ruhsal olarak sağlıksız hissediyorum.	5	4	3	2	1
19	Kendimi vicdanen rahatsız hissediyorum.	5	4	3	2	1
20	Kendimi geleceğe dair umutsuz hissediyorum.	5	4	3	2	1
21	Her şey bana anlamsız boş geliyor.	5	4	3	2	1
22	Her şey çok sıkıcı geliyor.	5	4	3	2	1
23	Aklımdaki endişelerden içim içime sığmıyor gibi hissediyorum.	5	4	3	2	1

#### EK.4.Bilgilendirilmiş Olur Formu 1 (ön test)



### SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (ÖN TEST GRUBU)

Sayın Katılımcı,

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışmasıdır. Araştırmamız, doğum sonu ilk 14 günü (iki hafta) kapsayan anneler ile doğum sonu dönemde değişen duygu durumlarının depresyon ve psikoza dönüşmeden, annelik hüznü belirtileri değerlendirilip erken önlem alınmasını sağlamak amacı ile doğum sonu annelik hüznü değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesini, geçerliliği ve güvenirliliğinin yapılması planlanmaktadır. Çalışmamızda ön test (taburcu olmadan önce) ve son test (doğum sonu 14.günde olan annelere) grupları vardır. Siz ön test grubunda olacaksınız. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu uygulama sırasında; taburcu olmadan ve taburculuğunuzdan sonra 14.günde uygulanmak üzere geliştirdiğimiz doğum sonu annelik hüznü değerlendirme ölçeğini bir defa daha tekrar edilebilmesi için sizden alacağımız adres ve telefon bilgileri ile size ulaşmamız gerekmektedir. Kişisel bazı özelliklerinizi belirlemek için 27 sorudan oluşan kişisel bilgi formu, bu formda olan sosyo-demografik özellikleri (yaş, meslek, eğitim durumu, sosyal güvencesi, sosyoekonomik durumunu, aile tipi, vb.), obstetrik öykülerinde ise (doğum sayısı, gebelik deneyimi, düşük/ölü doğum, isteyerek/planlı gebelik, vb.), doğum sonu dönemde (bebeğin cinsiyeti, kilosu, bebek ve anne bakımı, destek alma durumu ve annelik hüznü ile ilgili) soruları içermektedir. Geliştirdiğimiz ‘Doğum sonrası annelik hüznü değerlendirme ölçeği’ ise ülkemizde annelerin doğum sonu 14 günde (iki haftayı) kapsayan zaman süresinde annelerin en çok karşılaştığı annelik hüznü belirtilerinin neler olabileceğini tespit etmek için oluşturduğumuz sorular bulunmaktadır. Anketlerin toplam süresi 20-25 dakikayı kapsamaktadır, sizden beklenen sadece sorulan sorulara uygun ve doğru cevap vermektir.

Bu süre içerisinde Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Kadın Doğum Servisinde yatışı olan, araştırma kriterlerine uyan annelerin örneklem seçiminde, oluşturduğumuz doğum sonu annelik hüznü değerlendirme ölçeği soru sayısının 10 katı alınması planlanmaktadır (soru sayımız örneğin: 30 ise 300 kişi). Son test grubunun örneklem sayısının 1/3 ‘üne (300 kişi ise 100 kişiye) kriterlere uyan anneler ile kodlama yöntemi (ön teste uyguladığımız annelere kod vererek örneğin: papatya 1, papatya 2 şeklinde kodlama yaparak) 14. günde test tekrar testinde aynı koda sahip olan anneler belirlenip telefon ile görüşerek geliştirdiğimiz ölçek soruları tekrar sorulup cevaplamaları istenecektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. ‘Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması’ ülkemizdeki annelerin doğum sonu değişen duygu durumlarını değerlendirip annelik hüznü belirtilerini erken dönemde önlenmesi planlanmaktadır. Çalışma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir’. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeye etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ..... numaralı telefondan araştırmanın yürütücüsü Ebe Ebru KÜÇÜK’e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir

aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeyen ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

#### **Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

#### **Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı : Ebru KÜÇÜK

Görevi : Ebe

Adresi : Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi

Tel :

Tarih ve İmza :

#### **Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

## EK.5.Bilgilendirilmiş Olur Formu 2 (son test)



### SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (SON TEST GRUBU)

Sayın Katılımcı,

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmasıdır. Araştırmamız, doğum sonu ilk14 günü (iki hafta) kapsayan anneler ile doğum sonu dönemde değişen duygu durumlarının depresyon ve psikoza dönüşmeden, annelik hüznü belirtileri değerlendirilip erken önlem alınmasını sağlamak amacı ile doğum sonu annelik hüznü değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesini, geçerliliği ve güvenirliliğinin yapılması planlanmaktadır. Çalışmamızda ön test(taburcu olmadan önce) ve son test (doğum sonu 14.günde olan annelere) grupları vardır. Siz son test grubunda olacaksınız. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu uygulama sırasında; taburcu olmadan ve taburculuğunuzdan sonra 14.günde uygulanmak üzere geliştirdiğimiz doğum sonu annelik hüznü değerlendirme ölçeğini bir defa daha tekrar edilebilmesi için sizden alacağımız adres ve telefon bilgileri ile size ulaşmamız gerekmektedir. Kişisel bazı özelliklerinizi belirlemek için 28 sorudan oluşan kişisel bilgi formu, bu formda olan sosyo-demografik özellikleri (yaş, meslek, eğitim durumu, sosyal güvencesi, sosyoekonomik durumunu, aile tipi, vb.), obstetrik öykülerinde ise (doğum sayısı, gebelik deneyimi, düşük/ölü doğum, isteyerek/planlı gebelik, vb.), doğum sonu dönemde (bebeğin cinsiyeti, kilosunu, bebek ve anne bakımı, destek alma durumu ve annelik hüznü ile ilgili) soruları içermektedir. Geliştirdiğimiz ‘Doğum sonrası annelik hüznü değerlendirme ölçeği’ ise ülkemizde annelerin doğum sonu 14 günde (iki haftayı) kapsayan zaman süresinin de annelerin en çok karşılaştığı annelik hüznü belirtilerinin neler olabileceğini tespit etmek için oluşturduğumuz sorular bulunmaktadır. Anketlerin toplam süresi 20-25 dakikayı kapsamaktadır, sizden beklenen sadece sorulara uygun ve doğru cevap vermektir.

Bu süre içerisinde Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Kadın Doğum Servisinde yatışı olan, araştırma kriterlerine uyan annelerin ölçek örneklem seçiminde, oluşturduğumuz doğum sonu annelik hüznü değerlendirme ölçeği soru sayısının 10 katı alınması planlanmaktadır (soru sayımız örneğin: 30 ise 300 kişi). Son test grubunun örneklem sayısının 1/3 ‘üne (300 kişi ise 100 kişiye) kriterlere uyan anneler ile kodlama yöntemi ( ön teste uyguladığımız annelere kod vererek örneğin: papatya 1,papatya 2 şeklinde kodlama yaparak) 14. günde test tekrar testinde aynı koda sahip olan anneler belirlenip telefon ile görüşerek geliştirdiğimiz ölçek soruları tekrar sorulup cevaplamaları istenecektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. ‘Doğum Sonrası Annelik Hüznü Değerlendirme Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması’ ülkemizdeki annelerin doğum sonu değişen duygu durumlarını değerlendirip annelik hüznü belirtilerini erken dönemde önlenmesi planlanmaktadır. Çalışma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir’. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeye etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ..... numaralı telefonda araştırmanın yürütücüsü Ebe Ebru KÜÇÜK’e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

#### **Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

#### **Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı : Ebru KÜÇÜK

Görevi : Ebe

Adresi : Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi

Tel :

Tarih ve İmza :

#### **Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

İZİNLER

(EK 6. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı)



**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR**  
**FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2020-09/01	Tarih: 23.09.2020		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç. Dr. Gülay Yıldırım					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Meral Kelleci	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hüseyin Aydın (Raportör)	Tıbbi Biyokimya	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım (Başkan)	Tıp Tarihi ve Etik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Binnur Bağcı (Başkan Yardımcısı)	Beslenme ve Diyetetik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Atas	Farmasötik Mikrobiyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Aktaş	İç Hastalıkları	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Esra Gültürk	Biyostatistik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi, Ahmet Şevki Taşkıran	Fizyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım  
İmza:

EK 7. Sağlık Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
YÖNETİM KURULU KARARLARI



TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
02.11.2020	31	2020/31-4-5

Yönetim Kurulumuz Enstitü Müdürü Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT başkanlığında 02.11.2020 tarihinde saat 10.00'da toplanarak aşağıdaki kararları almışlardır.

**KARAR NO 2020/31-5:** Ebelik Ana Bilim Dalı Başkanlığının 23.10.2020 tarihli ve 486233 sayılı yazısı görüşüldü. Enstitümüz Ebelik Programı yüksek lisans öğrencisi Ebru KÜÇÜK'tün "*Doğum Sonrası Annelik Hüzünü Değerlendirme Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlilik*" konulu tezi hazırlamasına oybirliği ile;

Karar verildi.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT  
Müdür  
(İmza)

Doç. Dr. Vildan ÖRNEKOL  
Müdür Yardımcısı  
(İZİNLİ)

Doç. Dr. Gülseren DAĞLAR  
Müdür Yardımcısı  
(İmza)

Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU  
Üye  
(İmza)

Prof. Dr. Serkan HAZAR  
Üye  
(İmza)

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ATAŞ  
Üye  
(İmza)

Ash Gibidir  
Arife DASTAN  
Enstitü Sekreteri



### EK 9.Görüş Bildiren Uzman Listesi

Adı Soyadı	Bölüm	Çalıştığı Kurum
Dr.Öğrt. Üyesi Mine Bekar	Kadın Doğum Hemşireliği	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Erman Yıldız	Psikiyatri Hemşireliği	İnönü Üniversitesi
Doç. Dr Yasin KILIÇ	Türkçe Eğitimi Ana Bilim Dalı	Ağrı Üniversitesi
Prof. Dr. Hatice Birgül CUMURCU	Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı	İnönü Üniversitesi
Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR	Halk Sağlığı Hemşireliği	Uludağ Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt YILAR ERKEK	Ebelik Ana Bilim Dalı	Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Doç.Dr. Z. Burcu YURTSAL	Ebelik Ana Bilim Dalı	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER	Psikiyatri Hemşireliği	Ömer Halis Demir Üniversitesi

### Ek 10. Ölçek Geliştirme Katılım Belgesi



### ÖZGEÇMİŞ:

**Kişisel bilgiler:**

Adı Soyadı: Ebru KÜÇÜK

Doğum Yılı: 1985

Medeni Hali Evli

Yabancı Dil: İngilizce

İletişim Adresi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Başkanlığı

E-Posta Adresi: [Ebruli12-33@hotmail.com](mailto:Ebruli12-33@hotmail.com)

**Eğitim ve Akademik Durumu**

Lisans: Mersin Üniversitesi/İçel Sağlık Yüksek Okulu/Ebelik Bölümü. Mezuniyet 2011

Yüksek Lisans: Toros Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü/ Sağlık Kurumları İşletmeciliği (YL)(Tezsiz). Mezuniyet 2013

Yüksel Lisans: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Ebelik (YL)(Tezli), 2019-2022

**Meslek tecrübesi:**

02.01.2012 yılından itibaren ebe unvanı ile kamu personeli olarak görev yapmaktayım.

**Akademik Yayınlar:**

1- Küçük E., Küçük U. Ebeler defibratör kullanmasını bilmelimi?6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Sivas, Türkiye, 19-21 Nisan 2019(poster bildiri)

2- Küçük E., Cesur B. Hiperemezis gravidarum tanısı alan gebelerde eş desteği algısı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki, 1.Uluslararası Anadolu Ebeler Derneği Kongresi, sayfa; 235-236 ;20 -22 Kasım 2020(özet bildiri)

3- Küçük E., Cesur B. Doğum Sonu Annelik Hüznünün Önemi ve Geliştirilmiş Ölçekler, 3. Uluslararası 4. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, sayfa: 124-125;16-18 Eylül 2021(özet bildiri)

4- Küçük E. Preeklampsi Tanısı Almış Gebelerin Postpartum Yönetimi ve Ebelik Yaklaşımı 3. Uluslararası 4. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, sayfa; 122-123;16-18 Eylül 2021(özet bildiri)

5- Küçük E. Doğum Sonu Dönemde Eş Desteği Eğitiminin Annelik Hüznüne Etkisi, 4. Uluslararası 5. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri Kongresi, sayfa: 198-201;24-26 Eylül 2021(Tam metin)

