

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**BARKİN ANNELİK FONKSİYONU ÖLÇEĞİNİN
UYARLANMASI VE PSİKOMETRİK
ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

Ruveyde AYDIN

Yüksek Lisans Tezi

2016-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

BARKİN ANNELİK FONKSİYONU ÖLÇEĞİNİN
UYARLANMASI VE PSİKOMETRİK
ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Ruveyde AYDIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi
Tarafından Desteklenmiştir.
(Proje No: 1267)

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir”

2016-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 13/07/2016

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM
Adnan Menderes Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Hatice BALCI YANGIN
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Yrd. Doç. Dr. İlkay BOZ
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Yrd. Doç. Dr. Güçlü ŞEKERCİOĞLU
Akdeniz Üniversitesi



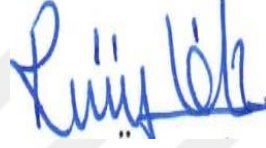
Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/..... /2016 tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.



Öğrenci

Ruveyde AYDIN

İmza



Tez Danışmanı

Kamile KABUKCUOĞLU

İmza

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın her aşamasında büyük desteğini aldığım değerli hocam Prof. Dr. Sayın Kamile KABUKCUOğLU' na,

Bilgi ve sabrı ile tezimin istatistiksel analizlerinde katkısı olan Yrd. Doç. Dr. Güçlü ŞEKERCİOğLU'na,

Geliőtirdięi leği Türkçe'ye uyarlamam için izin veren, sorduğum tüm sorulara sabırla ve titizlikle yanıtlayan Doç. Dr. Jennifer Lynn BARKIN'e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm annelere ve aile hekimliği merkezlerinde bana destek olan tüm hemşire ve doktorlara,

Tezimde emeği olan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü personeline,

Bana daima güvenen ve hep benim yanımda olan babam İbrahim KÖK'e, annem Nezaket KÖK'e, kardeőlerim Hümeyra ve Süreyya KÖK'e ve ablam Nur AYDIN'a,

Akademik hayatımın baőlangıcından beri hayatımın her anında yer alan ve desteğini hiç esirgemeyem değerli eşim ve meslektaőım Metin Mutlu AYDIN'a sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, doğum sonrası annenin fonksiyonel durumunu belirlemek üzere Lynn Jennifer Barkin tarafından geliştirilmiş olan Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin Türk kültürüne uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma, basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle belirlenen 15, 17, 18' nolu ve Meltem Aile Sağlığı Merkezlerinde 10 Şubat-15 Nisan tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma örneklemini, doğum sonu 6-10 haftalık dönemde olan, 18-40 yaşları arasında, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 235 anne oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, anneleri tanıtıcı bilgi formu ve Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, Kendall W analizi, faktör analizi, Cronbach alfa katsayısı ve madde analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Ölçeğin Türkçeye uyarlamasında körlemesine ters çeviri yöntemi kullanılmıştır. Uzman görüşlerinin uyumluluk düzeyi Kendall W= 0.297 (p=0.004) bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, ölçeğin 5 faktör altında toplandığı ve faktörlerin açıklanan varyansa toplam katkısının %59.9 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten elde edilen puanlar doğrultusunda yapı geçerliliğine ilişkin ek kanıt elde etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. DFA'nın uyum indekslerinin, Ki-kare (χ^2) İyilik Uyumu $\chi^2(94)=159.93$ (p=0.000), $\chi^2/sd=1.70$, Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü (RMSEA) 0.05, Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI) 0.94, Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (CFI) 0.96, Standartize Edilmiş Artık Ortalamaların Karakökü (SRMR) 0.06 ve İyilik Uyum İndeksi (GFI) 0.91 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin genel cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.73'tür ve ölçek alt boyutlarından, Öz Bakım Boyutu'nun 0.66, Anne Psikolojisi Alt Boyutu'nun 0.71, Bebek Bakımı Alt Boyutu'nun 0.62, Sosyal Destek Alt Boyutu'nun 0.69, Anneliğe Uyum Alt Boyutu'nun 0.50 olduğu hesaplanmıştır. Madde analizi sonucunda, maddelerin ayırt edicilik ($r_{jk}<0.10$) düzeyinin güçlü olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak, "Barkin Index of Maternal Function" Türkçe formunun kadınların doğum sonu annelik fonksiyonunu ölçmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Annelik fonksiyonu; Barkin Annelik Fonksiyon Ölçeği; Doğum sonu dönem

ABSTRACT

Objective: The aim of the present study to translate the Barkin Index of Maternal Function (BIMF) which was developed by Lynn Jennifer Barkin for determining postpartum maternal functional status into Turkish and to investigate its validity and reliability for Turkish population.

Method: The study was determined by simple random sampling method, was carried out in 15, 17, 18 and Meltem Family Health Centers was from February 10 to April 15 date. The research population consisted of a total 235 women who were between 6-10 the week postpartum, were between 18-40 years, who volunteer to participate in the study. Mother identifying information form, the Barkin Index of Maternal Function were used as a data collection tool. In the analysis of data number, percentage, arithmetic mean, Kendall W analysis, factor analysis, Cronbach alpha coefficient and item analysis were used.

Results: Paralell-blind translation method was used to determine the Turkish adaptation of the scale. The compatibility level of expert opinion Kendall W = 0.297, $p = 0.004$ was found. As a result of exploratory factor analysis of the scale, it was decided to be 5 factors and the total variance explained by the factors was 59.9%. In accordance to scores obtained from the scale confirmatory factor analysis (CFA) was applied to obtain extra evidence with regard to construct validity. Fit indexes of CFA were determined as Chi-Square Goodness of Fit $\chi^2(94)=159.93$ ($p=.000$), $\chi^2/sd=1.70$, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) 0.05, Non-normed Fit Index (NNFI) 0.94, Comparative Fit Index (CFI) 0.96, Standardized Root Mean Square Residuals (SRMR) 0.06 and Goodness of Fit Index (GFI) 0.91. Overall Cronbach's alpha reliability coefficient of the scale was 0.73 and the subcategory reliability coefficient was calculated to as Self Care subscale 0.66, Mother Psychology subscale 0.71, Babysitting subscale 0.62, Social Support subscale 0.69 and Maternity Compliance subscale 0.50. As a result of Item analysis, the level of distinctiveness items was determined to be at high level ($r_{jx} < 0.10$).

Conclusion: Barkin Index of Maternal Function (BIMF) was determined as a reliable and valid tool for Turkish society.

Keywords: Motherhood function; Barkin Maternity Function Scale; Postpartum period

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Doğum Sonu Dönem	4
2.2. Fonksiyonel Durum	5
2.2.1. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum	6
2.2.2. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumla İlgili Çalışmalar	8
2.2.3. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumu Etkileyen Faktörler	12
2.2.4. Doğum Sonu Dönemde Annelik Fonksiyonunu Güçlendirmeye Yönelik Girişimler	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
3.3. Araştırmanın Örneklemi	32
3.3.1. Örneklem Büyüklüğü	32
3.3.2. Örneklem Özellikleri	32
3.4. Araştırmanın Planı	33
3.5. Araştırmanın Etiği	34
3.6. Veri Toplama Araçları	34
3.6.1. Annelerin Tanıtıcı Bilgi Formu	34
3.6.2. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği (BIMF)	34
3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması	35
3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması	36

3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	36
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
4. BULGULAR	46
4.1. Tanımlayıcı Bilgiler	46
4.2. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin Geçerlik Analiz Bulguları	49
4.2.1. Dilsel Eşdeğerlilik	49
4.2.2. Yapı Geçerliliği	51
4.3. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin Güvenirlik Analiz Bulguları	56
4.3.1. İç Tutarlılık Analizi	57
4.3.2. Madde Analizi	57
5. TARTIŞMA	59
5.1. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin Geçerlik Analizlerinin İncelenmesi	
5.1.1. Dilsel Eşdeğerlilik	59
5.1.2. Yapı Geçerliliği	60
5.2. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi	
5.2.1. İç Tutarlılık Analizi	64
5.2.1. Madde Analizi	65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	66
6.1. Sonuçlar	66
6.2. Öneriler	67
KAYNAKLAR	68
EKLER	83
EK-1. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin İzin Yazısı	83
EK-2. Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı	84
EK-3. Antalya Valiliği İzin Yazısı	85
EK-4. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni 86	
EK-5. Dil ve kapsam geçerliliği için görüşü alınan uzmanların isim listesi	87
EK-6. Katılımcıları bilgilendirme formu	88
EK-7. Annelerin tanıtıcı bilgi formu	89
EK-8. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği	91
EK-9. Barkin Index of Maternal Functioning	93
EK-10. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeğinin Türk Kültürüne uyarlanmış hali	94
ÖZGEÇMİŞ	96

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan analiz yöntemleri	36
Tablo 3.2. Doğrulayıcı faktör analizi uyum indekslerinin kriter ve kabulü için kesme noktaları	42
Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri	46
Tablo 4.2. Gebelik, doğum ve bebeğe ait özellikler	48
Tablo 4.3. Gebelik süresince ve bebek bakımında destek alınan kişilerin dağılımı	49
Tablo 4.4. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin uzman görüşlerinin incelenmesi	
Tablo 4.5. Açıklanan toplam varyans tablosu	53
Tablo 4.6. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin faktör deseni (temel bileşenler analizi)	54
Tablo 4.7. Doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri	56
Tablo 4.8. Spearman-Brown korelasyonu	56
Tablo 4.9. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin alt boyutları ve genel cronbach alfa katsayısı	57
Tablo 4.10. Madde ayırt edicilik düzeyleri	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırma planı	33
Şekil 3.2. Yamaç birikinti grafiği	40
Şekil 4.1. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin yamaç birikinti grafiği	52
Şekil 4.2. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi standardize edilmiş katsayılar ve hata varyansları	55



SİMGELER ve KISALTMALAR

- BIMF** : Barkin Index of Maternal Functioning (Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği)
- WHO** : World Health Organization
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- ACOG**: Amerikan College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği)
- EPDÖ**: Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği
- FA** : Faktör analizi
- AFA** : Açımlayıcı faktör analizi
- DFA** : Doğrulayıcı faktör analizi
- YEM** : Yapısal eşitlik modeli
- KMO** : Kaiser- Meyer-Olkin
- sd** : Serbestlik derecesi
- RMSEA**: Root mean square error of approximation (yaklaşık hataların ortalama karekökü)
- GFI** : Goodness of fit (iyilik uyum indeksi)
- AGFI** : Adjusted goodness of fit (düzeltilmiş iyilik uyum indeksi)
- SRMR**: Standardized root mean square residuals (standardize edilmiş ortak ortalamaların karekökü)
- CFI** : Comparative fit index (karşılaştırmalı uyum indeksi)
- NFI** : Normed fit index (normlaştırılmış uyum indeksi)
- NNFI** : Non-normed fit index (normlaştırılmamış uyum indeksi)
- IFSAC**: Inventory Functional Status After Childbirth
- DSFD** : Doğum Sonu Fonksiyonel Durum

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum sonu dönem, fizyolojik ve anatomik değişikliklere ek olarak, annenin yeni roller edindiği, yeni rolüne uyum sağladığı, bebeğin bakımı ile ilgili sorumlulukları üstlendiği, aile ve sosyal çevresiyle ilişkilerinin yeniden düzenlendiği özel ve zor bir dönemdir. Doğum sonu dönem, aile bağlarının güçlendiği, aileye yeni bir bireyin katıldığı olumlu bir dönem olabileceği gibi, kriz yaşanan bir dönemde olabilmektedir (Cunningham ve ark., 2005; Apay ve Pasinoğlu, 2009). Bu dönemde, genital organlar gebelik öncesi duruma dönerken, endokrin sistemde artan östrojen, progesteron, kortizon düzeyleri normal seviyelerine iner. Doğum sonu dönemde kadınlar sıklıkla epizyotomi, meme dolgunluğu, sezeryan veya hemoroide bağlı ağrı, konstipasyon, yorgunluk gibi fizyolojik sorunlarda yaşamaktadırlar. Bu dönemde, fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yanı sıra, annenin yeni rolüne uyum sağlamaya çalıştığı ve yeni sorumluluklar üstlendiği zorlu bir süreçtir. Anneler, yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğin bakımı ile ilgilenmek, bebeğin sorunlarıyla baş etmek zorundadır (Büyükkoca, 2001). Bu dönemde meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, kadının doğum öncesi fonksiyonel durumuna dönmesini önemli derece etkilemektedir.

Doğum sonu fonksiyonel durum; bebek bakımı, öz bakım, ev işleri, sosyal ilişkiler ve meslek faaliyetleri gibi çok boyutlu kavram olarak tanımlanmıştır (Fawcett ve Tulman, 1988). Barkin ve ark., ise (2010) doğum sonu fonksiyonel durumu, annenin bebek bakımı, öz bakım, anne bebek bağlanması, annenin psikolojik durumu, sosyal destek, ev işleri ve annelik rolüne uyum olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda, annenin fonksiyonel durumunu ele alırken, kadının psikolojik durumunun özellikle değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Doğum sonu fonksiyonel durumu etkileyen faktörleri araştıran pek çok çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar doğum sonu fonksiyonel durumun; yaş, eğitim durumu, aile tipi, doğum tipi, gebeliğin planlı olması, doğum sayısı (Özkan ve Sevil, 2007; Şanlı ve Öncel, 2014), evlilik süresi, sosyal destek alma durumu (Barkin ve ark., 2014), yaşanan yer, bebeğin beslenme şekli (Özkan ve Sevil, 2007) ve vb. değişkenler tarafından etkilendiğini göstermektedir.

Doğum sonu dönemde kullanılabilecek farklı parametreleri ölçen ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik kanıtları olan birçok ölçek bulunmaktadır. Bunlar; Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Engindeniz ve ark., 1996), Doğum Sonrası Destek Ölçeği (Ertürk, 2007), Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Ölçeği (Özkan ve Sevil, 2007), Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği (Taşçı ve Mete, 2007), Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (Karaçam ve Kitiş, 2008), Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (Çalışır ve ark., 2009), Doğum Sonu Konfor Ölçeği (Karakaplan ve Yıldız, 2010) ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (Altuntuğ ve Ege, 2012)'dir.

Doğum sonu fonksiyonel durumu tanımlayan Inventory Functional Status After Childbirth (IFSAC), bebek bakım sorumluluğu, öz bakım, ev işleri, sosyal, toplum ve mesleki faaliyetlere hazır oluşluğu ölçen çok boyutlu ve kapsamlı bir ölçektir (McVeigh, 1998; Barkin, 2009). IFSAC'a ilişkin bazı eleştiriler bulunmaktadır. IFSAC kadının annelikten memnuniyetine ve yeni rolüne uyumuna ait düşünce ve duygularına yer vermekten ziyade, görev odaklı yaklaşım ile fonksiyonu değerlendirmektedir (Mercer, 1985; Mercer ve Ferketich; 1990; McVeigh ve Chaboyer, 2002). Kadınların doğum sonu aldığı sosyal destek dikkate alınmadığından, ev işleri ve bebek bakım sorumluluklarını tamamen yerine getirmemesi onun annelik fonksiyonunun düşük olduğu anlamına gelmemektedir. Doğum sonu fonksiyonel durumu değerlendirirken, sosyal destek durumunun da ölçülmesi gerekmektedir (McVeigh ve Chaboyer, 2002; Aktan, 2007). Aynı zamanda, Aktan (2007) IFSAC her ne kadar doğum sonrası annelik fonksiyonlarını ölçen bir ölçüm aracı olsa da, revize edilmeden kullanımının şüpheli araştırma bulgularına neden olabileceğini bildirmiştir. Çünkü annenin doğumdan önceki fonksiyonlarının hepsini doğumdan sonra da gerçekleştirmesinin mümkün olmadığı ve de ölçekte annenin duygularına ve doğumdan sonra meydana gelen değişikliklerle ilgili memnuniyet derecesine yer verilmediği eleştirisini yapmıştır. Noor ve arkadaşları (2015) ise, Roy Adaptayon Modeli'nin amacının; bireylerin fizyolojik, psikolojik sağlığının, rol fonksiyonun, benlik kavramının yükseltilmesine odaklandığını, IFSAC'ın ise Roy Adaptayon Modeli'ne göre geliştirilmesine rağmen, sadece doğumdan sonra spesifik iyileşme durumlarını ölçtüğünü ve kadınların doğumdan sonra rol değişimindeki memnuniyet ve psikolojik durumuna yer verilmediğini belirtmiştir. Ancak, rol değişimindeki memnuniyetin fonksiyon durumunun seviyesini etkileyeceğini, bu nedenle fonksiyon ölçerken psikolojik durumunda ölçülmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Bu eleştiriler dikkate alınarak Barkin 2009 yılında, anneler ile yaptığı grup görüşmeleri sonucunda annelik fonksiyonun değerlendirilebilmesi için; öz bakım, bebek bakımı, sosyal destek, yönetim, anneliğe uyum, anne bebek bağlanması, annenin psikolojik durumu gibi ölçütleri belirlemiştir. Bu araştırmanın problemi; BIMF'in uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı doğum sonrası anne ve bebek sağlığıyla doğrudan ilişkili olan annenin fonksiyonel durumunu saptayan “Barkin Index of Maternal Function” (BIMF) – Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeğinin” Türk kültürüne uyarlayarak geçerlilik ve güvenilirlik kanıtlarını ortaya koymaktır. Bu çerçevede aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- 1- İngilizce formu ile Türkçe formunun dilsel eşdeğerliliği sağlanmış mıdır?
- 2- Açımlayıcı faktör analizi sonucu faktör deseni nasıldır?
- 3- Açımlayıcı faktör analizi sonucunda tanımlanan faktör deseni doğrulanmakta mıdır?
- 4- Faktörler arası korelasyonnedir?
- 5- Cronbach alfa iç tutarlılığı nedir?
- 6- Ölçmenin standart hatası nedir?
- 7- Madde ayırt edicilikleri kaçtır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Sonu Dönem

Doğum sonu dönem, fizyolojik ve anatomik değişikliklere ek olarak, annenin yeni roller edindiği, yeni role uyum sağladığı, bebeğin bakımı ile ilgili sorumlulukları üstlendiği, aile ve sosyal çevresiyle ilişkilerinin yeniden düzenlendiği özel ve zor bir dönemdir. Doğum sonu dönem, aile bağlarının güçlendiği, aileye yeni bir bireyin katıldığı olumlu bir dönem olabileceği gibi, kriz yaşanan bir dönemde olabilmektedir (Cunningham ve ark., 2005; Apay ve Pasinoğlu, 2009). Bu dönemde, genital organlar gebelik öncesi duruma dönerken, endokrin sistemde de artan östrojen, progesteron, kortizon düzeyleri normal seviyelerine iner. Doğum sonu dönemde kadınlar sıklıkla epizyotomi, meme dolgunluğu, sezeryan veya hemoroide bağlı ağrı, konstipasyon, halsizlik, yorgunluk gibi fizyolojik sorunlar yaşamaktadırlar. Bu dönemde, fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yanı sıra, annenin yeni rolüne uyum sağladığı ve yeni sorumluluklar üstlendiği zorlu bir süreçtir. Anneler, yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorundadır. Birçok kadın, doğum sonu dönemde ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlarken, uyum sağlamayan kadınlarda psikolojik sorunlar gelişebilmektedir (Büyükkoca, 2001). Bu nedenle, doğumdan sonra annenin fiziksel ve emosyonel sağlığının iyileşmesi doğum sonu 12 aya kadar sürebileceğini, geleneksel 6 haftalık postpartum süreçte sonlanmadığı görülmüştür (Fawcett ve Tulman, 1988; Brown ve Lumley, 2000; Saurel ve ark., 2000).

Doğum sonu annelerin yaşadığı sağlık sorunları ve annenin iyileşme durumu, bireysel ve çevresel faktörlere göre değişiklik göstermektedir (Beck, 2001; Robertson ve ark., 2004; Schytt ve Waldenström, 2007). Doğum sonu anne sağlığı ve anneliğe uyum; gebelikte yaşanan komplikasyonlar, gebeliğin süresi, doğumun tipi, doğumda yaşanan komplikasyonlar, demografik özellikler, annenin düşük benlik saygısı, destek sistemlerinin olmayışı, evlilik problemleri, doğumdan sonra devam eden yorgunluğu, doğumdan sonra anne bebeğin ayrı kalması, bireysel bakım ve bebek bakımı hakkındaki bilgi yetersizliği gibi faktörlerden olumsuz etkilenmektedir (Özkan ve Sevil, 2007; Apay ve Pasinoğlu, 2009; Şanlı ve Öncel, 2014; Barkin ve ark., 2014).

Anneler, bu süreçte bir taraftan yaşadıkları problemlerle baş etmeye çalışırken, diğer taraftan da bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak, günlük aktivitelerini sürdürmek ve yeni rolüne uyum sağlamak durumundadırlar (Aston, 2002; Wiegers, 2006; Ahn ve Youngblut, 2007; Şeker ve Sevil, 2006).

Wolf ve Crowe (1992), kadınların doğum sonu dönemde yaşadıkları deneyimi şu üç aşamada belirtmişlerdir.

Birinci aşama: Doğumdan sonraki günler ebeveynliğe geçiş dönemidir. Kadınlar bu dönemde doğum olayının hem fizyolojik hem de psikolojik etkileri ile baş etmeye çalışmaktadır. Bu süreçte kadınlar bebeğin beslenmesi, emzirme ve göğüslerle ilgili problemler, duygulanım değişiklikleri gibi sorunlar yaşamaktadır.

İkinci aşama: Annenin ebeveyn olmaya uyumun sağlandığı ilk aylardır. Uykusuzluk, seksüel istekte azalma, yorgunluk, artan sorumluluklar ve bebek bakımı nedeniyle yaşanan sosyal izolasyon, duygulanım dalgalanmaları gibi sorunların yaşandığı dönemdir.

Üçüncü aşama: Doğumdan sonraki 6-12. aylarda duygu dalgalanmalarının yerini, güven ve enerjinin yer aldığı dönemdir. Bu dönemde, ebeveynliğe uyum tam olarak gerçekleşmektedir (Aktaran: Beji ve ark., 2003).

Aile ve toplum sağlığının korunması ve yükseltilmesinde doğum sonu bakım önemli bir yere sahiptir. Çünkü bu süreçte kadında meydana gelen bir sağlık problemi hem bebeği, hem de aileyi maddi ve manevi yönden derinden etkileyecektir. Bu nedenle doğum sonu dönemde hemşirelere büyük görev düşmektedir. Hemşire anneyi fizyolojik, psikolojik, sosyal yönden bir bütün olarak aile içinde değerlendirmeli ve buna göre hemşirelik bakımı planlanmalı ve uygulanmalıdır.

2.2. Fonksiyonel Durum

Fonksiyonel durum, bir hastanın bireysel günlük aktivitelerini etkileyen sağlık durumuna uyum sağlayabilme yeteneğidir. Başka bir tanıma göre ise, herhangi bir vücut bölgesinin durumuna uygun olarak performans göstermesi olarak tanımlanmaktadır (Wang, 2004). Fonksiyonel durum genellikle sosyal rol ve değer faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi anlamına da gelmektedir (Patrick ve Chiang, 2000).

Fonksiyonel durumun kaynağı, günlük aktiviteleri yerine getirmek amacıyla yapılan rehabilitasyon uygulamalarının tümüne dayanmaktadır.

Fonksiyonel durumu değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçekler genellikle, günlük yaşam aktivitesini yerine getirmedeki yetersizlikleri değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Örneğin Hawley (2001) fonksiyonel durumu, yemek yeme ve tuvalet gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme performansı olarak tanımlarken, Knight (2000) ise günlük yaşam aktivitelerinin performans derecesi olarak tanımlamıştır. Wilkerson ve arkadaşları (1992) ise; fonksiyonel statünün kognitif, sosyal ve psikolojik gibi farklı yönleriyle ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır. Keith (1994) ise fonksiyonel durumu; “aktivitede sınırlama ve sağlıklı olmayı içeren fiziksel fonksiyon, kognitif fonksiyonu içeren psikolojik fonksiyon, roller veya majör aktivitelerde sınırlılıkları, sosyal etkileşim ve sosyal fonksiyon olarak tanımlamıştır. Choen ve Marino (2000) fonksiyonel durumu bireyin fiziksel, mental, mesleki ve ekonomik durumunu kapsadığını vurgulamıştır. Bu farklı tanımlardan da anlaşıldığı üzere, fonksiyonel durum, sağlık durumu ve yaşam kalitesine kadar yaşamın değişik alanlarındaki bireysel yeterlilik yer almaktadır (Wang, 2004).

Sonuç olarak; fonksiyonel durum, bireyin hayatını devam ettirebilmesi için gerçekleştirdiği günlük yaşam aktivitelerini ve hayatta karşılaştığı durum ve problemlerle baş etme yeteneğini sağlayan fizyolojik, psikolojik, sosyal yeteneklerin tamamı olarak ifade edilmesi gerekmektedir.

2.2.1. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum

Doğum sonu dönem, gebelikte meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklere ek olarak psikolojik ve sosyal değişikliklerin yaşandığı, doğumun sonlanmasıyla başlayan bir süreçtir. Doğum sonu dönem, kadının bu süreçte normal yaşantısına ek olarak gebelik ve doğumda meydana gelen fizyolojik değişikliklere uyum sağladığı, bebek bakımına ait yeni sorumluluklar üstlendiği, sosyal çevresi ve ailesi ile ilişkilerini yeniden düzenlediği ve yeni rolüne uyum sağladığı dönemdir (Cunningham ve ark., 2005). Bu dönemde meydana gelen değişiklikler, kadının önceki fonksiyonel durumuna dönmesini önemli derece etkilemektedir. Tulman ve Fawcett (1988), doğum sonu fonksiyonel durumu bebek bakımı, öz bakım, ev işleri, sosyal ilişkiler ve meslek faaliyetleri gibi çok boyutlu kavram olarak tanımlanmıştır. Önceki çalışmalarda, doğum sonu fonksiyonel durumu tanımlamışlardır. Ancak fonksiyonel durum, akut ve

kronik hastalık olarak ele almış ve doğumdan sonra iyileşme durumu da dikkate alınmamıştır (Tulman ve Fawcett, 1988; Aktan, 2007; Barkin, 2009).

Barkin (2009) doğum sonu fonksiyonel durumu annenin, bebek bakımı, öz bakım, anne bebek bağlanması, annenin emosyonel durumu, sosyal destek, yönetim ve annelik rolüne uyum olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda annelik fonksiyonel durumunu ele alınırken, annenin emosyonel ve psikolojik durumunun özellikle değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Çünkü, aileye yeni bir bireyin katılması ek sorumluluklar getirdiği düşüncesi ve yenidoğan bakımının neden olduğu özgürlük kısıtlaması kadınlar tarafından sosyal izolasyon olarak algılanmakta ve psikolojik problemler yaşamalarına neden olmaktadır (Özkan ve Sevil 2007).

Doğum sonu dönemde üreme organlarının iyileşmesi kapsamlı olarak ele alınmışken, ebeveynliğe geçiş süreci, artan sorumluluklar, yorgunluk, gebelik öncesi sosyal toplumsal ve mesleki faaliyetlere başlama konularına daha az yer verilmiştir (McVeigh ve Chaboyer, 2002).

Doğumdan sonra annenin gebelik öncesi fiziksel değişikliklerin iyileşmesi 6-8 haftalık süreçte tamamlanmasına rağmen, psikolojik sağlığının iyileşmesi doğum sonu 12. aya kadar sürebileceği ileri sürülmüştür (Fawcett ve Tulman, 1988; Brown ve Lumley, 2000; Saurel ve ark., 2000).Çünkü kadınlar doğumu takip eden altı ay içerisinde, fonksiyonel durumlarında önemli gelişmeler göstermelerine rağmen, fonksiyonel durumlarına tamamen kavuşmadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar, kadınların annelik rolüne yeterince hazırlanmaması ve yeterince uyumun gerçekleşmemesi ile ilişkilendirilmiştir (Fawcett ve Tulman, 1988; McVeigh ve Chaboyer, 2002).

Doğum sayısı, doğum tipi, sosyal destek, bebeğin sağlık durumu, bebeğin gece uyanma sıklığı, maternal ve neonatal komplikasyonlar, annenin yaşı, eğitim seviyesi, annenin yorgunluğu, anneliğe uyum, eşi ile ilişkisi fonksiyonel durumu etkilemektedir (Halpern ve ark., 2001; Sukhee ve Youngblut, 2007). Doğum sonu ilk bir ayda yapılan çalışmada; multiparların primiparlara göre fonksiyonel durumlarının daha yüksek olduğu, uyku bölünmeleri, yorgunluğun daha az olduğu ve kadınların daha enerjik olduğu saptanmıştır. Primipar kadınlar kendilerini daha yorgun hissettikleri ve fonksiyonel durumlarının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (Waters ve Lee, 1996). Çünkü primipar kadınlar yeni rollerine uyum sağlamaya çalışmakta ve bebek bakımı hakkında yetersizlik duygusu yaşayabilmektedir. Tulman ve Fawcett (1988) sezeryan

doğum yapan kadınlarda maternal ve neonatal komplikasyon yaşanması durumunda fonksiyonel durumlarının daha düşük olduğu belirtmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise, sezeryan doğum yapan kadınların normal doğum yapan kadınlara göre fonksiyonel durumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Apay ve Pasinoğlu, 2009). Diğer çalışmalarda ise, düşük psikolojik fonksiyon ile depresif ruh hali, anksiyete, düşük maternal fonksiyon ve dinleme süresinin kısa olması ile ilişkisi olduğu vurgulanmıştır (McVeigh, 2000; Tulman ve Fawcett, 2003).

Postpartum depresyon tanısı alan kadınların fonksiyonel durumları, diğer kadınlara göre daha düşüktür. Postpartum depresyon tanısı alan ve sağlıklı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada; bebeğin cinsiyeti, bebeğin gece uyanma sayısı, ailenin gelir düzeyi, kadının postpartum depresyon tanısı alması, ev işleri, sosyal destek alma durumunun doğum sonu fonksiyonel durum üzerine etkileri olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, postpartum depresyon tanısı alan kadınların fonksiyonel durumlarının gebelik öncesine göre 12 kat azaldığı saptanmıştır (Posmontier, 2008). Özkan ve Sevil'in (2007) yaptığı çalışmada ise kadınların eğitim durumu, evlilik süresi, gebelik ve doğum sayısı, sosyal destek alma durumu, yaşadıkları yer ve gelir durumu, gebeliklerini planlama durumları, doğumun yapıldığı yer, bebeklerini besleme yöntemleri ile doğum sonrası fonksiyonel durum arasında ilişkili olduğu belirlenmiştir. Apay ve Pasinoğlu'nun (2009) yaptığı çalışmada bu durumu destekler niteliktedir.

Doğum sonu fonksiyonel durum, anne kadar bebeğin gelişimini de önemli derecede etkilemektedir. Anne tüm enerjisini bebeğinin bakımına harcadığında, kendi bakımını ve sosyal hayatını ihmal edebilmektedir. Çekirdek aile kavramının yaygınlaşması ile anne primer bakım verici, bebeğini besleyen, bakım veren ve doktor kontrolleri gibi sorumlulukları üstlenmektedir (McVeigh, 2000). Birden çok rolü olan annenin emosyonel durumu, anne bebek bağlanma kalitesini ve bebeğin gelişimini etkilemektedir (Aktan, 2007).

2.2.2. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumla İlgili Çalışmalar

Beji ve arkadaşlarının (2003) doğum şekli ve paritenin kadının fonksiyonel durumu üzerine etkisini belirlemeye yönelik çalışmasında; kadınların %80'ini doğumdan 40 gün sonra fiziksel enerjilerinin gebelik öncesi döneme ulaştığını belirtmiştir. Normal doğum yapan kadınların fiziksel enerjilerine 23.13 ± 22.9 günde sezeryan doğum yapan

kadınların ise 26.25 ± 31.1 yeniden kazandıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların %97.5'i doğum sonu dönemde 40 gün ücretli izni yeterli bulmadıklarını bildirmişlerdir. Doğum sonrası ebeveyn olma ve bebek bakımına uyum sağlamada daha uzun süre gerektiğini vurgulamışlardır.

Özkan ve Sevil (2007)'in çalışmasında ise kadınların evlilik süresi, doğum sayısı, sosyal destek alma durumu, yaşadıkları yer, gebeliğin planlı olma durumu, bebeği besleme tipi ile doğum sonrası fonksiyonel durumları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, doğum sonrası hafta sayısı arttıkça, kadınların fonksiyonel durumlarında da artış olduğu saptanmıştır.

Apay ve Pasinoğlu (2009), kadınların doğum sonrası fonksiyonel yeterliliğe ulaşmaları; gebeliği isteme durumu, doğum şekli, bebek bakımı ve ev işlerinde destek alma durumu tarafından etkilenirken, içinde bulunulan postpartum hafta ve bebek besleme şekli tarafından etkilenmediğini belirtmiştir.

Şeker ve Sevil'in (2006) yaptığı çalışmada ise, doğuma hazırlık sınıflarının kadının doğum sonrası fonksiyonel durumu ve bebeğini algılamasına etkisi olmadığını vurgulamıştır.

Pınar ve arkadaşları (2009), annelerin doğum sonu dönemde halsizlik, ağrı, ayağa kalkmada güçlük, kişisel hijyenini yerine getirememesi, bebek bakımına yönelik bilgi eksikliği ve deneyimsizlik gibi konularda sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Normal doğum yapan annelerin konforlarının, sezaryen olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, annelerin doğum sonu dönemde kendisi ve bebeğiyle ilgili bakım gereksinimleri ve beklentileri ebe/hemşireler tarafından karşılandığında, annelerin memnuniyeti arttıkça konforlarında arttığı görülmüştür.

Şanlı ve Öncel (2010) yaptığı çalışmada yaş, eğitim durumu ve aile tipinin doğum sonrası fonksiyonel durumu (DSFD) etkileyen en önemli faktörlerden olduğunu belirtmiştir. Bebek bakımında ve ev işlerinde yardım almayan kadınların, genel olarak fonksiyonel durumlarına daha erken döndükleri ve doğum sonu fonksiyonel durumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Genel olarak doğum sonrası ilerleyen zamanla birlikte kadınların DSFD'nin de arttığını belirtmiştir.

Aksakallı ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan 167 postpartum annenin katıldığı çalışmada, doğum sonu dönemde annelerin yeterli düzeyde destek göremediklerini belirtilmiştir. Sağlık personellerinin doğum sonu dönemde fizyolojik bakım gibi kadınların psikososyal bakımıyla da ilgilenmeleri ve yeterli desteği olmayan kadınlara destek sağlanması gerektiği vurgulanmıştır.

Altuntuğ ve Ege (2013), gebelik ve doğum sonu dönemde verilen doğum ve doğum sonrasında yönelik eğitimin kadınların hastane taburculuğuna hazır oluşluk düzeyini, doğum sonu güçlük yaşama durumunu ve doğum sonu yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Özkan ve arkadaşları (2016) tarafında yapılan çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan annelerin altıncı ayda ev içi faaliyetlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda sezeryan doğum yapan annelerin normal doğum yapanlara göre, altıncı ayda ev içi faaliyetlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gebeliği planlama, yaş, çocuk sayısı, bebek bakımında ve ev işlerinde destek alma ve ekonomik durum gibi diğer sosyodemografik değişkenlerin anne ve babaların fonksiyonel durumları üzerine bir etkisi bulunmadığı saptanmıştır.

Doğum sonrası fonksiyonel duruma ilişkin yapılan ilk araştırma Tulman ve Fawcett tarafından 1988 yılında rektospektif olarak planlanmıştır. 30 normal doğum, 40 sezeryanla doğum yapan kadın üzerinde yaptıkları çalışmada sezeryanla doğum yapan kadınların %34'ünde, normal doğum yapan kadınların ise %72'sinde fiziksel enerjilerinin gebelik öncesi döneme altı haftada geri döndüğünü belirlenmiştir. Tüm fonksiyonlara başlamanın altı haftadan daha fazla zaman gerektirdiğini bu sürenin sezeryanla doğum yapan kadınlar için vajinal doğum yapanlara oranla çok daha fazla olduğu ve paritenin bu duruma etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Mc Veigh (1988), Avustralya' da doğumdan sonraki fonksiyonel durumu belirlemek amacıyla postpartum altı hafta ile altı ay arasında olan 200 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, altı ayın sonunda kadınların hiç birinin doğumdan sonraki fonksiyonlarına geri dönmedikleri belirlenmiştir. Kadınların %80'ni doğum sonu ilk hafta içinde ev işleri ve sosyal aktivitelerini yapamazken, altı ayın sonunda kadınların %60'nın ev işlerini, %70'nin ise sosyal aktivitelerini yapamadıkları belirlenmiştir.

Tulman ve arkadaşları (1990) dört yıldan fazla süredir evli olan kadınların, bebek bakım sorumluluklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin evlilik süresi artıkça, eşler arasında paylaşımın artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadınların, doğum sonunda hafta sayıları artıkça, fonksiyonel durumlarında artış olduğu görülmüştür. Aynı zamanda eğitim durumu ile fonksiyonel durum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

Tulman ve Fawcett (1991) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, doğum sonrası yarı ya da tam zamanlı çalışmanın ve hiç çalışmamanın doğum sonrası fonksiyonel durumu etkilemediği, doğum sonrası çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında bebek bakım sorumluluğu, ev içi aktiviteler, öz bakım, sosyal, toplumsal ve mesleki aktivitelerde bir fark olmadığı saptanmıştır.

Smith-Hanrahan ve Deblois (1995), hastaneden erken taburculuğun doğum sonu ilk 6 haftada maternal yorgunluk, annenin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme yeteneği üzerine etkilerini araştırmayı amaçlamışlardır. Yüz yirmi beş postpartum kadının katıldığı çalışmada deney ve kontrol grubu arasında bir fark görülmemiştir. Ancak annelerin zaman ilerledikçe fonksiyonel durumlarının arttığı görülmüştür.

Fishbein ve Burggraf (1998) postpartum dördüncü haftada çalışan 100 kadının maternal endişelerini ve annelik yeteneklerini çeşitli rollerde fonksiyonel durumlarını incelemişlerdir. Kadınlar ev işlerinin büyük çoğunluğunu yapmalarına rağmen, doğumdan önceki fonksiyonel durumlarına ulaşamadıkları saptanmıştır. Bu periyotta kadınların %82'si sosyal aktivitelerini aileleri ile gerçekleştirirken, %66'sı arkadaşları ile gerçekleştirmektedir. Kadınların %7'si profesyonel organizasyonlara, %25'i dini aktivitelere, %25'i sosyal kulüplere katıldığı, %15'inin ise sosyal organizasyonlara katılmadığı saptanmıştır.

McVeigh, (2000) yaptığı çalışmada, anksiyete ile annelik fonksiyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Bebeğini istemeyerek dünyaya getiren kadınların, bebeğini isteyerek dünyaya getiren kadınlara göre daha fazla anksiyete yaşadığı saptanmıştır. Aynı zamanda, bebeği geceleri az uyuyan annelerin anksiyete düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Hung ve Chung (2001), 526 postpartum kadının katıldığı çalışmada, maternal role uyum, sosyal destekte yetersizliğin ve vücut görüntüsündeki değişimin postpartum

stres ve maternal sağlık üzerine etkilerini incelemiştir. Sonuç olarak, sosyal destek alan kadınların postpartum stresinin daha dūřuk olduğunu ve maternal sağlığının daha iyi olduğunu saptamıştır.

McGovern ve arkadařları (2006) telefon grūřmesi ile postpartum beřinci haftada olan 716 kadına ulařmıřlardır. Kadınların būyūk bir blūmūnūn altı haftalık postpartum dönemdeki sorunlarına bakıldıđında; %64'ū yorgun olduđunu, %60'ı meme rahatsızlıđı olduđunu ve %52'si ise cinsel istekte azalmanın olduđunu ifade etmiřtir. Dođumun kadının hem fiziksel iřlevini, hem de yeni role uyumunu ve fonksiyonlarını önemli derece etkilediđi vurgulanmıřtır.

2.2.3. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumu Etkileyen Faktörler

Dođum sonu fonksiyonel durum birçok faktörden etkilenmektedir. Tūm bu faktörler postpartum anneyi fizyolojik, psikolojik, sosyal ve emosyonel yönden dođumdan önceki durumuna dönmesini etkilemektedir. Dođum sonrası fonksiyonel durumu en fazla etkileyen faktörler; yorgunluk, sosyal destek azlıđı, anneliđe uyum ve psikolojik problemlerin etkilediđi dūřūnūlmektedir (Barkin, 2009, řanlı ve ncel, 2014).

Yorgunluk

Yorgunluk; bireyin kendisini, dinlenmekle geçmeyen sūrekli ve bunaltıcı bir şekilde yorgun olma duygusu yaşadığını ve fiziksel ve mental olarak çalışma kapasitesinde azalma olduğunu ifade etmesidir (Thompson ve ark., 2000). Postpartum yorgunluk ise; psikolojik, fizyolojik ve durumsal faktörler ile ilişkili olan, rahatsızlık, yetersizlik ve negatif duyguların yaşandığı kompleks bir durum olarak tanımlanmaktadır (Alp ve Mete, 2008). Yorgunluk doğum sonrası dönemde kadınlar tarafından şikayet edilen en yaygın semptomlardan biridir (Brown ve Lumley, 2000; McGovern ve ark., 2006).

Dođum sonrası yorgunluk, bireyin fiziksel ve zihinsel çalışmalarında azalmaya eşlik eden tūkenme olarak tanımlanmaktadır (Biol, 2010). Dođum sonrası yorgunluğa birçok faktör neden olmaktadır. Bunlar arasında primipar olma (Thompson ve ark., 2002), uzun sūren zor doğum eylemi, sezeryan doğum, postpartum kan kaybının fazla olması, aşırı depresif semptomlar, bebeği anlamada zorlanma, uyku yetersizliği, bebek bakımı hakkında bilgi eksikliği ve yetersiz sosyal destektir (Elek ve ark., 2002).

Doğum sonu 8-24 hafta arasında olan 1193 kadının dahil edildiği çalışmada; kadınların %60'nın yorgunluk, %45'inin baş ağrısı, %30'unun uykusuzluk, %30'unun hemorid,

%22'sinin perinal ağrı, %20'sinin aşırı kanama, %19'unun üriner inkontinans, %15'inin mastit sorunları yaşadığı belirtilmiştir. Primiparların multipara göre daha fazla perinal ağrı ve cinsel problemler yaşadığı saptanmıştır. Vakum, forseps ile müdahaleli doğum yapan kadınlar, herhangi bir vajinal travmaya yaşamayan kadınlara göre daha fazla perinal ağrı, cinsel problem ve daha fazla yorgunluk yaşadığı belirtilmiştir (Thompson ve ark., 2002).

Yapılan literatür taramaları sonucunda; doğum sonu dönemde devam eden yorgunluğun maternal depresyon gelişimi (Bozoky ve Corwin, 2002; Corwin ve ark., 2005), bebeğin zihinsel gelişiminde ve maternal fonksiyonların doğum öncesi döneme dönmesinde gecikme ve de emzirmenin erken bırakılmasıyla ilişkisi olduğu saptanmıştır. Postpartum yorgunluk annenin fiziksel, mental fonksiyonlarını anne bebek bağlanmasını ve bebeğin aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Tulman ve ark., 1990; McVeigh, 2000). Bu nedenle, doğumdan sonra kesintisiz dinlenme postpartum kadınlar için oldukça önemlidir (McGovern ve ark., 2006).

Postpartum yorgunluk, doğumun tipi, vücuttaki ağrının varlığı, emzirme ve bebeğin uykusu arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır (McGovern ve ark., 2006). Sezeryan doğum yapan kadınlar, vajinal doğum yapan kadınlara göre kendilerini daha yorgun hissetmektedirler (Rychnovsky ve Hunter, 2009). Aynı zamanda doğum sonrası yorgunluk anne bebek bağlanmasını olumsuz olarak etkilemekte ve anne bebek bağlanmasının gecikmesine neden olmaktadır (Dennis, 2006). Anne bebek bağlanmasında yaşanan sorunlar ve bağlanmadaki gecikme bebeğin bakımını olumsuz olarak etkilemektedir (Taylar ve ark., 2005).

Anneler yorgunluğunun azaltılması konusunda desteklenmelidir. Uyuma, dinlenme, enerji tüketimini azaltma, ev işleri ve bebek bakımı için aileden yardım alma yorgunluğu azaltmada kullanılan stratejilerdir (Troy, 2003). Taylor ve Johnson (2008) çalışmasında; kadınlar yorgunlukları ile baş etmek için dinlenme, uyuma, enerji tasarrufu, yardım alma, beklentilerini azaltma gibi stratejiler kullanmışlardır. Multipar kadınların, primipar kadınlara göre daha çok enerji tasarrufu yaptıkları görülmüştür. Doğumdan sonra kadının yorgunluğu değerlendirilmeli ve eşi ile birlikte doğum sonu süreçte kadının yorgunluğu azaltıcı stratejileri kullanmaları konusunda cesaretlendirilmelidir.

Sosyal Destek

Sosyal destek, güç durumda ya da stres altındaki bireye yakın olduğu kişiler (eş, aile, arkadaş vb.) tarafından sağlanan maddi manevi yardımların tümüne denir. Sosyal destek bireyin, sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü ve önlenmesi yardımcı olan kaynakların tümüdür. İnsan hayatının her döneminde desteğe ihtiyaç duyar. Kadının yaşamının en önemli süreçlerinden olan gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem kadının sosyal desteğe ihtiyacının en fazla olduğu dönemlerdendir (Langford ve ark., 1997).

Doğum sonu dönemde alınan sosyal destek; annenin kendine vakit ayırması, yorgunluğunun azalması, rol fonksiyonunun gelişmesi, anneliğe uyum ve annenin dinlenebilmesi açısından önemlidir (Schytt ve Waldenström, 2007; Aksakallı ve ark., 2013). Anneler doğum sonrası dönemde, kendi bakımını ve yenidoğanın bakımını karşılama çabası içindedirler. Stresli durumların arttığı bu dönemde, annelere yeterli desteğin sağlanmaması anne bebek bağlanmasını ve annelerin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilemektedir (Webster, 2000; Baklaya, 2002). Özellikle primipar annelerin bebek bakımına, bebeğin büyüme-gelişmesine ve hastalıklarına ilişkin bilgi eksikliği, annede kaygı ve strese neden olup, annelik rolünden memnuniyetini ve maternal bağlanmayı olumsuz etkilemektedir.

Doğum sonu ilk üç ayda annelerde görülen postpartum depresyonun nedeninin %30'u bebek bakımına ilişkin bilgi eksikliği ve sosyal destek yetersizliğinden kaynaklandığı saptanmıştır (Barkin ve ark., 2014). Doğum sonu döneme ait stresörler; fiziksel değişiklikler, yorgunluk, bebek bakımındaki bilgi yetersizliği, role uyumsuzluk ve annenin ilgisinin bebeğe yönelmesi nedeniyle eşi ile ilişkilerindeki değişiklik ve de annenin sosyal ilişkilerindeki değişikliklerdir. Bu dönemde eş, aile ve sağlık personeli tarafından anneye verilen sosyal destek, annelik fonksiyonu üzerinde önemli bir yere sahiptir (Ertürk, 2007; Apay ve Pasinoğlu, 2009).

Ermalynn ve arkadaşlarının (2003) yapmış oldukları çalışmada; eş desteğinin annelik rolüne uyumunda önemli pozitif etken olduğu görülmüştür. Ayrıca, hemşireler tarafından prenatal dönemde verilen annelik ile ilgili destek ve önerilerin annelerin güçlü kimlik kazanımında, annelik görevlerini başarıyla yerine getirmesinde, yeni rolüne uyumunda önemli yeri olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada ise, 15-19 yaş arasında olan genç annelerin %14'ünün postpartum depresyon yaşarken, 20 yaş üstü

olan yetişkin annelerin %7.2'sinin postpartum depresyon yaşadığı ve doğumdan sonra sosyal destek almayanların, sosyal destek alanlara göre beş kat daha postpartum depresyon yaşama ihtimalinin olduğu saptanmıştır. Doğum sonrası kadınların postpartum dönemde sosyal destek alması kadının psikolojik olarak kendini rahat hissetmesini ve postpartum depresyon yaşama ihtimalini azalttığı belirtilmiştir (Kim ve ark., 2014). Kadınların doğum sonrası dönemde sosyal desteğe gebelik dönemine göre daha fazla gereksinim duyduğu belirtilmiştir. Kadının özellikle annelik yaşının küçük olması, eğitim seviyesinin düşük olması ve geniş aile yapısına sahip olması sosyal destek ihtiyacının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Anne ve bebek hatta dolaylı olarak aile sağlığının sürdürülebilmesi için gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal desteğin verilmesi önemlidir (Ermalyyn ve ark., 2003; Kim ve ark., 2014).

Sosyal desteği iyi olan, bebeğinin bakımı ile gerekli düzenlemeleri yapan kadınların daha erken işine geri döndüğü belirlenmiştir. Aynı zamanda, postpartum ilk 12 ayda iş yerlerinin bu konuda postpartum kadınlara destek vermesi gerektiği, aile ve iş yaşantısının uyumlu olması gerektiği vurgulanmıştır (Killien, 2005). Aksakallı ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada; kadınlar doğum sonu dönemde önemli düzeyde desteğe ihtiyaç duyduğunu, ancak bu ihtiyaca yönelik alınan desteğin yeterli olmadığını ifade etmişlerdir. Kadının ileri yaşta olması, kendisinin ve eşinin eğitim düzeyinin düşük olması, doğum sonu döneme yönelik bilgi almaması ve bebek bakımında destek alamaması algılanan sosyal desteği azalttığını bildirmiştir. Barkin ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada ise, sosyal destek alan annelerin kendilerini daha iyi hissettiklerini, annelik fonksiyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda postpartum depresyona sahip olan kadınların annelik fonksiyonu daha düşük olduğu saptanmıştır.

Anneliğe Uyum

Uyum, bireyin kendi içinde ve çevresinde meydana gelen değişikliklerin farkında olması ve bu değişikliklere karşı, kendi iç dünyası ile doyumlu bir denge sürdürebilmesi için kullandığı yöntemlerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Bireyin uyumu ve uyum derecesini etkileyen birçok etmen bulunmaktadır. Bireyin uyum süreci, dış çevrede meydana gelen etmenler ve bireyin duyguları, düşünceleri gibi iç dinamikler tarafından etkilenmektedir. Bu nedenle, birey önce kendi psikolojik ve

duygusal değişikliklerinin farkında olmalı, daha sonra da çevresi ile uyumlu ilişkiler kurmalıdır (Beydağ, 2007).

Anneliğe uyum ise, kadının başa çıkma yeteneklerini algılama durumu ve annelik sorumluluk ve görevlerine uyumdur. Doğum sonrası uyum, kadının biyo-psikososyal durumunu, aile ve sosyal yaşamını önemli derece etkiler. Anneliğe uyum, kadının yaşamında karşılaştığı güçlüklerin üstesinde gelmeyi gerektirir. Kadının anneliğe uyumu hem bebek, hem de kadının ev içindeki fonksiyonlarını yerine getirebilmesini sağlar. Annenin yaşı, mesleği, sosyal statüsü, doğumun tipi, hastanede kalma süresi, anne ve bebeğin birlikte ya da ayrı hastanede kalması anneliğe uyumu etkilemektedir (Kiehl ve White, 2003; Aber ve ark., 2013).

Kadınların kendilerini anneliğe yeterince hazır hissetmemesi, doğumdan sonra anneliğe uyum sağlayamaması, fonksiyonel durumlarına geri dönüşlerini olumsuz yönde etkilemektedir (McVeigh, 2000; McVeigh, 2001; Posmontier, 2008). Postpartum depresyonun maternal bağlanmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanında postpartum depresyon, hem kadının annelik fonksiyonunu hem de bebeğin gelişimini olumsuz etkilemektedir (Fowles, 2006).

Postpartum dönemde fizyolojik değişikliklere uyum 6-8 haftalık süreçte meydana gelirken, kadının “annelik rolü ”nü kazanması ve anneliğe uyumu doğumu takip eden 3-10 ay arasında gerçekleşmektedir. Anneliğe uyum; annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal desteği, doğum sayısı, annenin yetenekleri, kişiliği, bebeğin sağlık durumu, geçmiş doğum deneyimleri tarafından etkilenmektedir (Nelson, 2003; Taşkın, 2005).

Psikolojik Problemler

Doğum sonrası dönem kadının yaşamını önemli derece etkilemektedir. Bu süreç boyunca kadınlar önemli stresörlere ve psikolojik sorunlarla baş etmek durumundadır (Yelland ve ark., 2010). Depresyon, gebelik ve doğum sonrası süreçte kadınlarda görülen yaygın bir psikolojik problemidir. Doğumdan sonraki yılda, doğum sonu depresyon kadınların %21.9’unda görülmektedir (Gaynes ve ark., 2005). Depresyon kadının kendine olan güvenini (Ngai, 2010) ve annelik hazzını değiştirerek kadının tüm fonksiyonunu ve özellikle annelik fonksiyonunu olumsuz etkilemektedir (Posmontier, 2008). Avusturalya’da yapılan bir çalışmada, doğum sonrası altı ayda

kadınların %13'ünün anksiyete, %17'sinin postpartum depresyon yaşadığı saptanmıştır (Yelland ve ark., 2010). Doğum sonu yaşanan psikolojik sorunlar kadının mutluluğunu ve fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Aynı zamanda kadının anneliğe uyumunu, anne bebek bağlanmasını (Wilkinson ve Mulcahy, 2010) ve de bebeğin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Beck ve ark., 2011; Barkin, ve ark., 2015). Ancak doğum sonu depresyon yüksek bir prevalansa sahip olmasına rağmen, mental hastalıklarla ilgili damgalanma korkusundan dolayı, insanlar çekinmekte ve tanı-tedavisini almakta istekli olmamaktadırlar (Barkin ve ark., 2015).

Posmontier (2008) 23 postpartum depresyon tanısı alan kadın ve sağlıklı kadın üzerinde yaptığı çalışmada, bebeğin cinsiyeti, bebeğin gece uyanma sayısı, ailenin gelir düzeyi, annenin postpartum depresyon tanısı alması, ev işlerinde destek alması ve sosyal desteğin olması doğum sonu fonksiyonel durum üzerine etkileri olduğunu saptanmıştır. Gebelik öncesine göre postpartum dönemde depresyon tanısı alan kadınların fonksiyonel durumlarının 12 kat azaldığı görülmüştür. Başka bir çalışmada ise, 15-19 yaş arasında olan genç annelerin %14'ü postpartum depresyon yaşarken, 20 yaş üstü olan yetişkin annelerin %7.2'si postpartum depresyon yaşadığı saptanmıştır. Doğumdan sonra sosyal destek almayanların, sosyal destek alanlara göre beş kat daha postpartum depresyon yaşama ihtimalinin olduğu belirtilmiştir. Doğum sonrası kadınların postpartum dönemde sosyal destek alması, kadının psikolojik olarak kendini rahat hissetmesini ve postpartum depresyon yaşama ihtimalini azalttığı ifade edilmiştir (Kim ve ark., 2014).

Barkin ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada, postpartum depresyona sahip olan kadınların annelik fonksiyonunun daha düşük olduğu görülmüştür. Michels ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise, doğumundan ve doğum sonu bakımından memnun olan kadınların, fonksiyonel durumlarının ve psikolojik durumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Doğum sırasında bakım memnuniyetinin, doğum sonrası fonksiyonel durumuda önemli derece etkilediği vurgulanmıştır.

2.2.4. Doğum Sonu Dönemde Annelik Fonksiyonunu Güçlendirmeye Yönelik Girişimler

Doğum sonu dönem, annenin hızlı fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri yaşadığı, psikososyal dengelerin değiştiği ve bu durumlara uyumda anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı bir dönemdir. Doğum sonu dönem anne ve bebek için oldukça önemlidir

(Koç, 2005). Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, annenin nitelikli bir doğum sonu bakım alması, doğru bilgi, tutum ve davranış kazanması ile sağlanabilir (Altuntuğ ve Ege, 2013). Ana çocuk sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yere sahip olan doğum sonu bakım hizmeti, temel koruyucu sağlık hizmetidir. Dünya geneline baktığımızda doğum sonu bakım alan kadınların oranı, prenatal bakım alan kadınların oranından oldukça düşüktür (<http://apps.who.int>, Erişim tarihi: 5 Nisan 2016). Ülkemizde ise postpartum bakım hizmeti alan kadınlara ilişkin veriler yetersizdir (Yanikkerem ve ark., 2005). Yeni bir süreç yaşayan, anne ve aile için bilgi ve desteğe ihtiyacın en fazla duyulduğu bu dönemde; annenin dinlenmeye, cesaretlendirilmeye, nitelikli bir bakıma, gereksinimlerine yönelik bilgiye ihtiyacı vardır. Aynı zamanda, annenin öğrenmeye, ebeveynlik rolüne adaptasyonuna ve doğum sonu fonksiyonel yeterliliğine kavuşması için destek ve yardıma ihtiyacı vardır (Martell, 2001; Barkin ve Wisner, 2013). Doğum sonu dönemde birçok sorun ile baş etmek zorunda kalan kadının, doğum sonu döneme uyumunun sağlıklı ve başarılı olabilmesi için bu dönemde sağlık personeli tarafından verilen eğitim ve danışmanlık önemli bir yere sahiptir. Bu dönemde annelerin başlıca yaşadığı sorunlar; epizyotomi bölgesinde ağrı, sezeryan sonrası insizyon yerinde ağrı, immobilizasyon, enfeksiyon, yorgunluk, uykusuzluk, konstipasyon, hemoroid, küçük meme, ucu içe çökük meme ucu, sütün yetersiz gelmesi, olumsuz beden imajı, annelik hüznü, postpartum depresyon, disparoni, libidoda azalmadır. Kadının bu sorular ile baş edebilmesi için; doğum sonu dönemde verilen hemşirelik bakımı, annenin, bebeğin ve ailenin fiziksel, psikososyal gereksinimlerini tanılamaya, var olan problemi çözümlenmeye ve de anne ile ailenin yeni duruma uyumunu kolaylaştırmaya yönelik kaliteli ve kapsamlı bir bakım olmalıdır (Yanikkerem ve ark., 2005). Ancak, tüm bu sorunlara yönelik verilen gerekli eğitim, danışmanlık ve bakım doğum sonu hastanede kalma süresinin kısa olması, annenin bilgi almaya henüz hazır olmaması nedeniyle amacına ulaşamamaktadır. Bu nedenle anne ve bebeğin, doğuma hazırlık sınıfları, doğum sonu ev ziyaretleri ve telefon aracılığıyla sağlık personeli tarafından kontrol edilmesi önemlidir.

Doğum Sonu Evde Bakım Hizmetleri

Doğum sonu dönemde, kadında doğum sonu kanamaları, puerperal enfeksiyon, puerperal tromboemboli, meme hastalıkları (memelerde dolgunluk, meme başı çatlakları, meme iltibabı) ve kabızlık, yorgunluk, postpartum depresyon, anneliğe uyumda zorlanma, eş ve aile ilişkilerinde bozulma gibi pek çok sorun ortaya

çıkabilmektedir (Hill ve ark., 2007; Balkaya, 2002). Doğum sonu dönemdeki bu sorunlar ilk günlerde çok yaygın olarak görülmele birlikte, çoğu 6 haftaya kadar hatta bir yıla kadar sürebilmektedir (Albers, 2000; Ruchala, 2000; Lugina ve ark., 2001). Anneler, herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ise normal doğumda 12-24 saat sonra, sezaryen doğumda ise 3-5 gün sonra taburcu edilmektedir (Balkaya, 2002; Gölbaşı, 2003). Ancak bu süre, annenin hem kendi bakımı hem de bebeğin bakımı hakkında yeterli eğitim ve danışmanlığı almak için oldukça kısa bir süredir. Ayrıca, bazı doğum sonu komplikasyonlar, önemsenmeyen psikolojik problemler ve bebek bakımıyla ilgili sorunlar erken taburculukla göz ardı edilebilmekte ya da sorunun tamamen giderilebilmesi için zaman gerekmektedir (Duman, 2009).

Aynı zamanda erken taburculuk hastane maliyetlerini düşürürken, annenin yeni rolüne alışmasında sağlık personelinden yararlanma fırsatını azaltmaktadır. Doğum sonu dönemde kadının yaşadığı fizyolojik, psikolojik, sosyal değişikliklere uyum sağlaması, bebeğini kabullenmesi, eve gittiğinde kendine, bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi, becerileri kazanması erken dönemde beklenilmektedir. Bu nedenle, erken taburculuğun yararlı olabilmesi için anne ile bebeğin eve döndükten sonra, ev ziyaretleri ile kontrol edilmesi önemlidir (Mandl ve Homer, 2000; Paul ve ark., 2004).

Doğum sonu erken taburcu olacak annelerin antepartum dönemde uygun bir aday olup olmadığı belirlenmeli ve anne doğum sonu erken taburculuğa antepartum dönemde hazırlanmaya başlamalıdır. Bunun için doğum sonu evde bakım hizmetleri doğum öncesi dönemde başlatılmalı ve ailenin gereksinimleri kapsamlı bir şekilde tanılanmalıdır (Simpson and Creehan, 2001).

Erken taburculuk ev ziyaretleri ile desteklediğinde birçok avantajı bulunmaktadır. Bunlar (Balkaya, 2002);

- Anne ve bebeğin hastanedeki patojenlere maruz kalma süresinin kısalması,
- Hastane yataklarının daha etkin kullanımı,
- Hastane maliyetlerinde azalma,
- Ailenin stresinin ev ortamı ile azaltma,
- Doğum olayının fizyolojik bir olay olduğunu içselleştirmeyi sağlama,
- Aile ve bebek arasındaki bağlanma sürecini kısa sürede başlatma,
- Ailenin günlük yaşamının kısa sürede normale dönmesini sağlama,
- Annenin ev ortamında daha rahat ve memnun olmasını sağlama,

- Anne ve diğer aile üyeleri arasındaki ayrılık sürecini kısaltmaktır.

Anne ve bebeklerin hastaneden taburcu olduktan sonra ne zaman ve ne sıklıkta ziyaret edilecekleri ile kesin standartlar yoktur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğum sonu ev ziyaretlerinin sıklığı konusunda kesin bir öneri geliştirmemişse de özellikle doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde birinci hafta başlangıcında ve bitiminde birer kez ev ziyareti önermektedir (<http://apps.who.int>, Erişim tarihi: 5 Nisan 2016). Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG), erken taburcu edilen yeni doğanların, taburcu olduktan sonra ilk 48 saat içinde ziyaret edilmelerini önermektedir (Galbraith ve Egerter, 2003).

Ülkemizde doğum sonu izlemlerin sıklığı, doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde bir kez, daha sonra ise 2. ve 4. haftalarda birer kez olmak üzere toplam 3 kezdir (<http://sbu.saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 2 Nisan 2016). Evde bakım hizmetlerinin gelişmiş olduğu Amerika, Kanada ve Avrupa ülkelerinde doğum sonu erken taburcu edilen annelere halk sağlığı hemşireleri ya da kliniklere bağlı ebeler tarafından ev ziyaretleri ve telefon izlemleri yapılmaktadır. Ancak ülkemizde uzun yıllardır doğum sonu evde bakım ve izlem sisteminin yasal dayanağının olmasına rağmen, var olan bu sistemin bölgesel olarak farklılık gösterse de etkili bir şekilde işlemediği belirtilmektedir (Balkaya, 2002; Gölbaşı, 2003).

Yapılan birçok çalışmada hemşire/ebe tarafından yapılan doğum sonu ev ziyaretlerinin anne ve bebek sağlığının geliştirilmesinde etkin olduğu gösterilmiştir (Lieu, Braveman, 2000; O'connor ve ark., 2003).

Darj ve Stalnacke (2000), annelerin %40'ının emzirme konusunda bazı belirsizlikler yaşamalarına rağmen, tümünün ev ziyaretleri sırasında ebelerden yeterli bakım aldıkları belirlenmiştir. Sağlık personeli tarafından ilk ev ziyaretinin doğum sonu ilk 2-3 gün içinde, ikinci ev ziyaretinin ise bir ya da iki hafta içinde yapılmasından annelerin çok memnun oldukları saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise, doğum sonu evde ziyaret edilen doğum sonu kadınların ve yeni doğanların daha az doğum sonu komplikasyon yaşadığı görülmüştür. Aile planlamasına başlama sıklığının daha yüksek olduğu, ek besine başlama sıklığının daha düşük olduğu ve yeni doğanın kilo alma durumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, doğum sonu hastaneden erken taburcu edilen anne ve yenidoğanlar için doğum sonu ilk altı haftalık dönemde ev ziyaretlerinin yapılması ve ev ziyaretleri planlanırken, ziyaret yapılacak

günde en fazla yaşanan sorunlara öncelik verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Koç, 2005).

Doğum sonu dönemde kadınlar, bebeğin bakımı, uyku bölünmeleri nedeniyle yüksek düzeyde yorgunluk yaşamakta ve mental sağlıkları risk altındadır (Barkin ve ark., 2015). Bu nedenle doğum sonu dönemde anneler ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri gibi psikolojik eğitim müdahaleleri ile desteklenmeli ve bulunduğu durumu daha kolay yönetmesi sağlanmalıdır. Giallo ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, doğum sonu kadınlar ev ziyaretleri, doğum sonu bakım rehber kitapçıkları ve telefon danışmalığı ile desteklemiştir. Müdahale grubundaki kadınların stres, anksiyete, depresyon, yorgunluk ile baş etme yöntemlerinin güçlendiği ve sağlığı geliştirici tutum ve davranış kazandıkları belirtmiştir.

Doğum sonu depresyonu önlemek için psikososyal ve psikolojik görüşmelerin etkisini değerlendirildiği bir meta analiz çalışmasında, doğum sonu dönemde hemşire ve ebeler tarafından sağlanan, bireyselleştirilmiş, yoğun ev ziyaretleri, eş zamanlı telefon görüşmeleri ve kişiler arası psikoterapiyi içeren psikolojik müdahalelerin doğum sonu depresyon gelişmesini azaltmada etkili olduğusaptanmıştır (Denniz ve Dowswell, 2013).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, Mermer ve arkadaşları (2010) kadınların doğumdan sonra sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduklarını vurgulamıştır. Birçok kültürde sosyal desteğin yetersiz oluşunun anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilediği, ancak bu durumun kültürler arasında farklılık gösterdiği belirtilmektedir (İnandı ve ark., 2002; Şentürk, 2008). İnandı ve arkadaşlarının (2002) çalışmasına göre, kadınların %40'ı yetersiz aile desteğinden yakınmıştır. Bunun nedeninin, geleneksel aile yapısı olan geniş aile yapısının yerini, çekirdek aile yapısının almasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda, Türkiye'nin doğu bölgesinde kız bebek sahibi olmanın depresyon riskini artırdığı bildirilmiştir. Mac Artur ve arkadaşları (2002) randomize kontrollü çalışmalarında, doğum sonu dönemde sağlık çalışanları tarafından verilen bakımın depresyon riskini azaltmada olumlu etkileri olduğunu saptamıştır.

Türkiye'de doğum sonu evde bakım hizmetinin maliyetinin yüksek olması ve yeterli sağlık profesyonelinin olmamasından dolayı doğum sonu izlemler Sağlık Bakanlığı

tarafından geliştirilen Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi doğrultusunda Aile Sağlığı Merkezleri tarafından yürütülmektedir. Anne doğum yaptığı sağlık merkezinden taburcu olduktan sonra, annenin bağlı olduğu aile sağlığı merkezi tarafından en az üç kez izlemi yapılmaktadır. Taburculuk sonrası aile sağlığı merkezi tarafından yapılan ilk izlem doğum sonu 2-5. günlerde yapılmaktadır. İlk izlemde annenin vital bulguları (tansiyon, nabız, ateş) alınır. Ağrı, çarpıntı, nefes darlığı, loşia miktarı-özelliği, idrar ve bağırsak problemleri konusunda sorgulanır. Uterusun involusyonu, meme başı, epizyo kontrolü ve insizyon yeri kontrolü yapılır. Emzirme ve beslenmenin önemi anlatılır. Anne psikolojik olarak değerlendirilir. Annenin halsizlik durumu, loşia miktarına göre gerekirse hemoglobin değeri ölçülür. Aile sağlığı merkezi tarafından ikinci izlem ise doğum sonu 13-17. günlerde yapılmaktadır. Annenin vital bulguları kontrol edilir ve anneye fundus masajı yapılarak uterus involusyonu değerlendirilir. Önceki izlemde hemoglobin değerinde problem varsa tekrar hemoglobin düzeyine bakılır. Annenin sütünün bebeğe yetip yetmediği sorgulanır. Psikolojik durumu tekrar değerlendirilir. Üçüncü izlem ise doğum sonu 30-42. günler arasında yapılmaktadır. Genel muayaneler yapılır. Bir önceki izlemde problemlili olan durumlar tekrar gözden geçirilir. Kadın cinsel ilişkiye başlama zamanı hakkında endişe ya da rahatsızlık duyuyorsa bilgilendirilir. Aile planlaması hakkında danışmanlık verilir. Annenin psikolojik durumu değerlendirmek için Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) anneye uygulanır. Sorun tespit edilirse bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevki yapılır. Anne kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezinde bağlı olduğu ebe tarafından her izlemden bir gün önce aranarak izlem tarihi bebek aşı günleri tarafından bilgilendirilmektedir (<http://sbu.saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 2 Nisan 2016).

Sonuç olarak; doğum sonu dönemde annenin izlemleri ister aile sağlığı merkezinde yapılsın, ister ev ziyaretleri ile yapılsın, ebe ve hemşireler anneleri yaşadıkları ortamda bütüncül olarak değerlendirmeli ve gereksinimleri tespit edilmelidir. Kadının doğum sonu fonksiyonunu güçlendirecek bakım planlanmalı, uygulanmalı ve sonuçları değerlendirilmelidir.

Doğum Öncesi Eğitim Sınıfları

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin anne ve bebek açısından sağlıklı olabilmesi için annelere, farklı zamanlarda ve farklı içeriklerde çeşitli eğitim ve danışmanlıkların verilmesi gerekmektedir (Mete, 2009).

Türkiye’de sosyo-kültürel yapının değişmesi ile çekirdek aile yapısında artış görülmüştür. Bu durum yeni doğum yapmış olan annelerin bebek bakımı, emzirme ve doğum sonu yaşanan güçlüklerde yetersiz destek almasına neden olmuştur (www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 1 Mayıs 2016). Bunun sonucu olarak doğum sonu annelerin doğum sonu sürece uyumda zorlanma ve anne bebek sağlığında problemlerin yaşanmasına neden olduğu görülmüştür. Ancak bu durum bölgeler arası farklılıklar göstermektedir (Güleç ve ark., 2014). Doğum sonu tam ve başarılı emzirmenin gerçekleştirilmesi, ebeveynlik tutum ve davranışlarının geliştirilmesi, başka bir deyişle doğum sonu fonksiyonların güçlendirilmesi için doğum öncesi ve sonrası eğitimler önemli bir yere sahiptir (London, 2003). Doğum öncesi eğitim sınıfları; doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin tüm konularla yapılandırılmıştır. Ailenin ihtiyaçları doğrultusunda gebelik öncesi eğitim sınıfları, doğuma hazırlık sınıfları, sezaryen doğum sınıfları, ebeveyn sınıfları, emzirme sınıfları gibi vb. farklı sınıflar düzenlenmektedir (Şeker ve Sevil, 2006).

Doğum hazırlık sınıflarının amacı; doğum ağrısıyla baş etmeyi kolaylaştırmak, sağlık alışkanlıkları kazandırmak, stres yönetimini sağlamak, anksiyeteyi azaltmak, aile ile ilişkilerin artırmak, kişinin kendi bakımı ve bebek bakımında güçlü hissetmesini sağlamak, annelik yeni rolüne uyumunu sağlamak ve aile planlaması hakkında bilgi vermektir. Aynı zamanda eğitim ve danışmanlık ile annenin problem çözme becerisini geliştirmek, bilgi düzeyini artırmak, özgüveninin gelişmesini sağlamaktır (London ve ark., 2003; Mete, 2009).

Bu amaçlar doğrultusunda doğum öncesi eğitim sınıfları; öncelikle bireylerin aile olabilmelerine yardımcı olmakta ve kadınlara gebelik, doğum ve doğum sonu dönem ve bebek hakkında öğrenmek istedikleri gerçek bilgileri vermeye çalışmaktadırlar (Şeker ve Sevil, 2006). Bu eğitimler sonucu annenin doğum sonu fonksiyonel durumunu artırmayı amaçlamaktadır. Kadının kendine ve bedenine olan güveninin artmasını sağlamaktadır.

Doğum öncesi eğitim almış 1197 İsveçli kadının dahil edildiği çalışmada, primipar annelerin %74'ünün doğumları sırasında, doğum öncesi eğitimin yararlı olduğu bildirilmiştir (Fabian ve ark.,2005). Başka bir çalışma ise, gebelere doğum sonu bakım ve bebek bakımı konusunda verilen eğitim sonucunda; kadınların öncelikli olarak bebek bakımı hakkında bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Eğitime katılan kadınlarda doğum sonu döneme ait komplikasyonlar ve bebeğe ait komplikasyonlar yaşama risklerinin azaldığı görülmüştür. Aynı zamanda verilen eğitimin, annelerin bebeklerini anne sütü ile beslemenin ve bebekte etkili emmenin fazla olduğu saptanmıştır (Karadağ, 2008).

Spinelli (2003)'nin doğum öncesi eğitim sınıflarına katılan kadınlar ile yaptığı çalışmada, kadınların bebek bakımı, emzirme ve aile planlaması hakkında daha fazla bilgi sahibi olduklarını saptamıştır. Kadınların bu eğitim sınıflarında aldıkları eğitim ve teknikleri doğum sırasında uygulayarak, doğumdan memnun kaldıklarını ifade ettiklerini belirtmiştir. Turan ve Say (2003), uyguladıkları toplum temelli antenatal eğitim programının, kadının doğum sonu sağlık davranışı geliştirmesinde, bebek sağlığı, emzirme ve aile planlaması üzerine etkili olduğu belirtilmiştir.

Doğum sonu annelik fonksiyonlarından biri olan emzirmenin, annenin doğum öncesi fonksiyonlarına geri dönmesi ve bebeğin sağlıklı olması bakımından önemlidir (Dewey, 2001; Taveras ve ark., 2003). Emzirme sadece bebeğin beslenmesi ve sağlıklı olmasını sağlamaz, aynı zamanda kadının doğum sonu involüsyon sürecini hızlandırır, annelik hazzını ve anne-bebek bağlanmasını artırır (Dewey, 2001; London ve ark., 2003). Ayrıca süt yapımı sadece düzenli emzirmeye bağlı olmayıp, kadının psikolojik ve sosyal yönden iyi olması, eş desteği, beslenme ve sıvı alımı ile de ilgilidir. Bu nedenle anneler doğum öncesi ve sonrası eğitim programları ile emzirme konusunda psikolojik sosyal yönden desteklenmelidir (White, 2002).

Doğum sonu tam ve başarılı emzirmenin gerçekleştirilmesi, ebeveynlik tutum ve davranışlarının geliştirilmesi, kısacası doğum sonu fonksiyonların güçlendirilmesi için doğum öncesi ve sonrası eğitimler önemli bir yere sahiptir (London, 2003). Khresheh ve arkadaşları (2011) doğum sonu dönemde primipar annelere verilen postpartum eğitim ve destek programlarının emzirmenin artırılması ve tam emzirme üzerine etkilerinin olduğunu saptamıştır. Yapılan çalışmalarda, prenatal dönemde emzirme

eğitimi verilen grubun eğitim verilmeyen gruba göre tam emzirmenin yüksek olduğu belirtilmiştir (Hoyer ve Horvat, 2000; Li-Yin ve ark., 2008).

Zaghloul ve arkadaşları (2004) ise, doğumdan sonra verilen emzirme eğitimlerine katılan kadınlarda emzirme oranlarının daha yüksek olduğunu ve hastane taburculuğunda bebeklerin daha az mama ile beslendiğini belirtmiştir. Mete ve arkadaşları (2010), emzirme eğitimi alan kadınların, ilk emzirme zamanlarının daha erken, bebeklerin emzirme sonrası uyku sürelerinin daha uzun, eş desteğinin daha fazla ve emzirme başarisının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan literatür taramaları sonucunda doğum öncesi verilen emzirme eğitimlerinin annenin emzirme öz yeterliliğini geliştirerek, emzirmenin süresi ve sıklığını artırdığı ortaya konulmuştur (Weiss, 2005; Hannula ve ark., 2008; Aluş TM, 2009).

Doğum ncesi verilen prenatal eğitimler, prenatal uyumu artırırken, doğum sonu uyum üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir (Fabian ve ark., 2005; Hannula ve ark., 2008). Bunun nedenin kültürel etkilere, doğum sonu yaşanan yorgunluğa, özellikle de doğum sonu destek yetersizliğine bağlı olduğu düşünülmektedir (Shin ve ark., 2006; Serekuş ve Mete, 2010). Ancak yapılan bazı çalışmalar, gebelik ve doğum sonu hakkındaki eğitimlerin kadının kendine güvenini artıracadığı bu sayede doğum sonu annelik sorumluluklarını ve semptom yönetimini daha iyi yerine getireceğini ve doğum sonu uyumu artırmaya katkısı olduğunu vurgulanmıştır (London ve ark., 2003; Tulman ve Fawcett, 2003).

Kadınlarda oluşan yetersizlik duygusu kadının fizyolojik ve psikolojik tüm davranışlarını etkilemektedir. Yetersizlik duygusunun gerçekleştiği muhtemel zamanlardan biride doğum öncesi ve sonrası srelerdir. Bu süreçte kadınların psikolojik olarak desteklenmesi gerekmektedir. Ancak doğum öncesi ve sonrası verilen eğitim programları genellikle doğum, emzirme ve bebeğin bakımına odaklanılmıştır (Ge ve ark., 2009; Gao ve ark., 2010). Gao ve arkadaşları (2012) tarafından verilen kişilerarası oryantasyon programının, doğum sonu dönemde kadınların annelik rolüne uyum, rol memnuniyeti, sosyal ilişkiler ve sosyal destekte artışa neden olduğunu saptanmıştır.

Doğum öncesinde ve sonrasında verilen eğitimler annelerin psikolojik durumlarını yükseltmektedir. Kadınların yeni rolünden beklentilerini, anneliğe uyumu, doğum sonu fonksiyonel durumunu artırmaktadır (Holroyd ve ark., 2011).

Ebeveyn Sınıfları

Partnerlerinde katıldığı doğum öncesi veya doğum sonrası eğitim sınıflarına ebeveyn sınıfları denilmektedir. Bu sınıflarda aile olma, yenidoğanın özellikleri, bakımı, gelişimi, korunması, hastalıkları ve doğum sonu kadının yaşadığı fizyolojik değişiklikler, güçlükler ve eş desteğinin önemi anlatılmaktadır (Şeker, 2006).

Doğum sonu dönemde kadına primer destek verici olan kişi kadının partneridir (Delmann, 2004; Burgess, 2011). Ancak araştırmalar gösteriyor ki, doğum sonu dönemde kadınlar primer olarak partnerlerine bağlı olmalarına rağmen, partnerler bu süreçte nasıl davranacağını ve nasıl destek olacağını bilmemektedir. Bu nedenle doğuma hazırlık sınıflarına partnerlerde dahil edilmelidir. Doğum sonu dönemde verilen partner desteği, maternal bağlanmayı, ebeveyn benlik saygısını, partnerler arası ilişkiyi, kadının sosyal ve psikolojik desteğini artırmaktadır (Singh ve Newburn, 2000; Byron ve Baghurst, 2006).

Primer bakım verici olarak görülen kadın doğum sonu partnerinden aldığı destek önemli bir yere sahiptir. Partnerlerin antenatal eğitim programlarına dahil edilmesi ile daha fazla bebek bakımına destek oldukları belirtilmiştir. Aynı zamanda, doğum sonu partner desteği alan kadınların doğum sonrası sürece uyumlarının daha kolay olduğu saptanmıştır (Fletcher ve ark., 2004).

Doğuma hazırlık programlarına katılan partnerlerin bebeğin bakımı, eş ilişkileri ve kadının yaşadığı doğum sonu deneyimlere karşı daha duyarlı olduğu görülmüştür (Burgess, 2011). Ayrıca doğuma hazırlık sınıflarına dahil edilen partnerlerin bebeğin bilişsel, sosyo-emosyonel gelişimini arttırdığı ve doğum sonu dönemde partner desteğinin kadının psiko-sosyal yönden kendini iyi hissetmesini sağladığı saptanmıştır (Redshaw ve Hendorson, 2013).

Prenatal eğitim ve destek programlarına katılan partnerlerin emzirme üzerine de etkili olduğu saptanmıştır (Maycock ve ark., 2013). Partner desteğinin emzirmeyi artırdığı ve postpartum stres riskini azalttığı görülmüştür (Scott, 2005; Burgess, 2011). Amerika'da yapılan bir çalışmada, partner desteği ile emzirme oranlarının %41'den

%74' e yükseldiği saptanmıştır (Wolfberg ve ark., 2004). Benzer şekilde İtalya'da yapılan başka bir çalışmada ise, eğitim programlarına katılan partnerlerin doğum sonu emzirme süresinin 6 ay dan 12 aya kadar çıkmasında etkili olduğu belirtilmiştir (Pisacane, 2005).

Turan ve arkadaşları (2001) antenatal eğitim programlarına partnerlerin dahil edilmesinin hem erkek hem de kadın üzerine sağlıklı tutum ve davranış geliştirmesi bakımında önemli yeri olduğunu belirtilmiştir. Aynı zamanda eşlerin eğitimde bulunmasının, bebeğin sağlığı, beslenmesi, eşler arası ilişki ve doğum sonu eş desteği üzerine olumlu etkileri olduğu saptanmıştır. Bu nedenle doğuma hazırlık sınıflarına partnerin yani babalarında dahil edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Mısırdaki yapılan başka bir çalışmada ise, antenatal eğitim programlarına partnerlerin dahil edilmesinin aile planlaması yöntem kullanımını artırdığı ve kadınların tekrar hamile kalma endişelerini azaltarak doğum sonu psikolojik olarak rahat olmasını sağladığı görülmüştür (Soliman, 2000).

Doğum sonu dönemde kadınların primer destekçisi olan partnerlerin doğuma hazırlık eğitim sınıflarına dahil edilmesi hem yenidoğan, hem de kadın açısından birçok yararı olduğu görülmektedir. Bu nedenle, doğuma hazırlık sınıflarından biri olan ebeveyn sınıflarının sayısı artırılmalı ve partnerlerde doğum sonu dönemde kadın ve yenidoğanın durumu hakkında farkındalık yaratılmalıdır.

Tele Danışmanlık

Tele sağlık hizmetlerinden biri telefon danışmanlığıdır. Telefon danışmanlık programları ile akut/kronik durumdaki hastaların semptom yönetimini sağlamak, tedavi ve bakımı sürdürmekte, günlük yaşamdaki rollerine geri dönmelerine yardımcı olunabilmektedir (Han ve ark., 2010). Tele danışmanlık sistemi ile hastanın durumundaki değişikliklerin erken fark edilmesi, ev ziyaretlerinin sayısının ve acil servise başvurma sayısının azaltılması, bakım maliyetini azaltması ve hastanın öz bakımını artırması sağlanmaktadır (Frantz, 2004).

Hemşireler, telefonla hastaların öz bakım gereksinimlerini ve günlük gereksinimleri yerine getirebilmelerini değerlendirebilir. Fizyolojik ve psikolojik yardıma gereksinim duyan kişileri erken dönemde belirleyip gerekli yerlere yönlendirebilir ve bakımın sürdürülebilirliğini sağlayabilir (Koch, 2006; Hindistan ve Çilingir, 2012).Tele

danışmanlık uygulamasında hemşireler, bireylerin bakımında süreklilik, hasta memnuniyetinin artması ve bakımın değerlendirilmesini sağlamaktadır (Foels ve ark., 2004). Aynı zamanda, tele danışmanlık ile hemşireler, hastaların durumundaki değişiklikler erken dönemde saptanmasını, gerekli müdahalenin zamanında yapılmasını sağlayarak olası istenmeyen durumların önüne geçilmesini sağlamaktadır. Hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rolünün temel amacı bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlerini tanımlarını ve bunlarla baş etmelerini kolaylaştırıcı yöntemlerin belirlenmesini sağlamaktır (Lorentz, 2008; Reinhardt, 2010).

Kadınlar doğum sonu dönemde yaşadığı fiziksel değişimler, doğum sonucu oluşan yorgunluk, artan sorumluluklar, bilgi eksikliği gibi nedenlerden dolayı emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi konusunda eğitim ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Sikorski ve ark., 2003). Doğum öncesinde gerekli eğitimlerin alınmaması ve doğumdan sonra hastanede çok kısa bir süre kalınması bu soruların cevapsız kalmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda, doğum sonu ev ziyaretlerinin yapılmaması kadının anneliğe uyumu ve yaşadığı süreç hakkında gerekli danışmanlığı almamasına neden olmaktadır. Tüm bu eğitim ve danışmanlıkların verilememesinin nedeni ise, hastanelerin yeterli yatak kapasitesine sahip olmaması, yeterli sağlık personeli sayısının bulunmaması, maliyetin yüksek olmasına dayanmaktadır. Bakımın sürdürülmesi ve kadının psikolojik olarak kendini rahat hissetmesi bakımında, doğum sonu verilen tele danışmanlık önemli bir yere sahiptir (<https://crnns.ca/wp-content>, Erişim tarihi: 15 Nisan 2016). Özellikle, tele danışmanlığın sağlanması ilk kez anne olan kadınlar için önemli bir gerekçe olarak hissedilebilir.

Doğum sonu dönemde telefon danışmanlığı sağlığın sürdürülmesinde, değerlendirilmesinde, tedaviye ve doğum sonu sürece uyumda kullanılmıştır. Kadınların kendilerini daha rahat hissetmeleri bakımından, telefon ile yardım alma sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir. Sık kullanılan bir yöntem olmasının nedenleri arasında; doğum sonu hastanede kalma süresinin kısa olması, aile yapısının çekirdek aile yapısına dönmesi söylenebilir.

Doğum sonu dönemde kadınların emzirme konusunda desteklenmesinin doğum sonu altıncı aya kadar emzirme oranlarının önemli derecede artmasını sağladığı görülmüştür (Fatimah ve ark., 2006). Tahir ve Sadat (2013), doğum sonu dönemde kadınlara verilen telefon ile emzirme danışmanlığının doğum sonu ilk altı ayda emzirme oranını artırdığı

saptanmıştır. Ancak, altı aydan sonra verilen tele danışmanlığın emzirmeyi sürdürme üzerine etkisinin bulunmadığı görülmüştür. Dehkordi ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada, primiparanelere verilen telefon danışmanlığının emzirmenin artırılması ve sürdürülmesinde etkili olduğu görülmüştür. Tele danışmanlık emzirmenin artırılmasında hem kolay hem ucuz bir yöntemdir. Aynı zamanda doğum sonu verilen tele danışmanlığın bebek bakımı ve bebek davranışları üzerine etkisi olduğu bildirilmiştir. Yapılan literatür taramaları sonucunda, tele danışmanlık veren kişilerin hastanede kadına emzirme danışmanlığı yapan yüz yüze görüşmenin gerçekleştiği kişiler tarafından yapılmasının daha etkili olduğu vurgulanmıştır (Sikorski ve ark., 2003; Hannula ve ark., 2007).

Postpartum depresyon, doğum sonu dönemde sosyal destek yetersizliği, D vitamini eksikliği ve ani hormonal değişimlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak kadınlar, bebek bakımı ve damgalanma korkusu nedeniyle kendini ihmal etmektedir. Postpartum depresyon hem kadını, hem bebeği ve tüm aileyi olumsuz etkilemektedir (Barkin ve ark., 2015). Postpartum depresyon doğum sonu dönemde ilk bir yıl içinde meydana gelmekte ve doğum sonu ilk üç ayda kadınların yaklaşık %19'unda görülmektedir (O'Hara, 2009). Postpartum depresyon anne bebek bağlanması, maternal uyum, bebek bakım sorumlulukları, kadının öz bakımı, sosyal ve aile hayatını, kısacası doğum sonu annelik fonksiyonunu olumsuz olarak etkilemektedir (Chung ve ark., 2007; Dennis ve McQueen, 2007).

Postpartum depresyonun en önemli nedenlerinden bazıları; sosyal destek yetersizliği, doğum sonu sosyal izolasyon, benzer sorunları yaşayan kişiler ile iletişime geçilememesi gibi nedenlerdir.

Doğum sonu dönemde bulunan sürece uyum sağlamada müdahaleli girişimlerden biri telefon ile akran desteğidir. Doğum sonu dönemde postpartum depresyon tanısı almış kadınlara verilen tele akran danışmanlığının, postpartum depresyon oranının %50 azalmasını sağladığı görülmüştür (Dennis ve ark., 2009). Dennis (2002) yaptığı çalışmada, postpartum depresyon tanısı alan kadınlara verilen akran tele danışmanlık desteğinin, postpartum depresyon, sosyalleşme, sağlığın yükseltilmesi, emzirmenin sürdürülmesi ve yenidoğanın bakımı gibi vb. birçok şey üzerine etkisi olduğunu vurgulamıştır (<https://trialsjournal.biomedcentral.com>, Erişim tarihi: 30 Aralık 2016).

Surkan ve arkadaşları (2012) doğum sonu dönemde sosyo-ekonomik düzeyi düşük kadınlara yapılan ev ziyaretlerinin ve verilen tele danışmanlığın postpartum depresyon, sağlık davranışlarının kazanılması ve sağlığın yükseltilmesinde katkıda bulunduğunu saptamıştır. Khakbazan ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada doğum sonu dönemde verilen tele danışmanlığın kadınların yaşam kalitesi üzerine önemli etkisi olduğunu belirtmiştir. Gjerdingen ve arkadaşları (2013) doğum sonu dönemde verilen doula ve akran tele danışmanlığının postpartum depresyon ve kadının yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğunu saptamıştır. Jiang ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada ise, depresyon tanısı alan kadınlara verilen yüz yüze görüşme, bilgi mailleri, el kitapçıkları, telefon ile danışmanlık gibi psikolojik müdahalelerin postpartum depresyon, doğum sonu komplikasyonlar ve kadının psikolojisi üzerine olumlu etkileri olduğu görülmüştür. Aynı zamanda, kadınların doula danışmanlığından, akran danışmanlığından daha fazla memnun kaldığı belirtilmiştir. Doğum sonu dönemde verilen tele danışmanlığın kadınlarda farkındalığı, öz güveni, motivasyonu, yaşam kalitesini ve kadının güçlenmesini sağladığı ileri sürülmüştür (Ebbeling ve ark., 2007).

Doğum sonu dönemde görülen yorgunluk, anksiyete, stres, depresyon gibi durumlar birbiri ile ilişkilidir. Doğum sonu dönemde bu durumların ortaya çıkması anne ve bebek bağlanması, aile hayatı, annelik fonksiyonu gibi durumlar üzerine olumsuz etkiye sahiptir. Thome ve Alder (1999), doğum sonu dönemde maternal stres ve depresyona sahip kadınlara verilen tele danışmanlığın maternal distres, yorgunluk, yenidoğan davranışları üzerine etkilerini incelemeyi amaçlamışlardır. Çalışma sonucunda; doğum sonu verilen tele danışmanlığın yorgunluk, maternal stres ve yenidoğanın beslenme, uyku ve ağlama üzerine olumlu etkileri olduğu görülmüştür.

Doğum sonu dönemde, kadınlara sağlık davranışlarının kazandırılması ve sağlık problemlerinin yönetiminde tele mesajın önemli olduğu belirtilmiştir (Fjeldsoe ve ark., 2009). Doğum sonu dönemde sağlığın yükseltilmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik mesaj almayı kabul eden kadınlar arasında yapılan çalışmalarda, tele mesajın kadınların bilişsel ve davranışsal değişimler kazanmasında, fiziksel aktivitenin artmasında, öz yeterlilik ve sosyal destek üzerine etkileri olduğu saptanmıştır (Miller ve ark., 2002). Fjeldsoe ve arkadaşları (2010) tarafından doğum sonu fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik yapılan ‘‘Mobile Mums’’ adlı randomize

kontrollü çalışmada, tele mesaj ve danışmanlığın kadınların yürüyüş ve fiziksel aktivite sıklığında artış sağladığı belirtilmiştir.

Tele danışmanlık doğum sonu dönemde, kadınların hem kendi bakımları, hem de bebeğin bakımları hakkında gerekli bilgiyi istedikleri zaman almaları ve maliyetinin düşük olması bakımından bakımda uygulanan uygun yöntemlerden biridir. Bu nedenle doğum sonu dönemde kullanımının artırılması önerilmektedir.

Sonuç olarak; doğum sonu dönem kadının yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ile baş etmek zorunda olduğu zor bir dönemdir. Bu dönemin kadının doğum öncesi ve sonrası verilen eğitim programları, ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı ile desteklenmesi, kadının hem kendi bakımı, hem bebek bakımı konusunda yeterli olarak hissetmesini sağlayarak doğum sonu fonksiyonel yeterliliğine ulaşmasını ve uyumunu kolaylaştırmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Jennifer Lynn Barkin tarafından (2009) geliştirilmiş olan ‘‘Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeğinin’’ Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla planlanmış korelasyonel-ilişkisel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü il merkezine bağlı toplam 99 aile sağlığı merkezi bulunmaktadır. Örneklemin belirlenmesi için basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılmıştır. Antalya il merkezinde bulunan 99 aile sağlığı merkezinin isimleri ayrı ayrı kağıtlara yazılarak bir torbaya konulmuştur. Bağımsız bir gözlemci tarafından kura usulü ile torbadan dört seçim yapması istenmiştir. Seçim sonucunda 15, 17, 18’ nolu ve Meltem Aile Sağlığı Merkezleri belirlenmiştir. Araştırmanın, seçim sonucunda belirlenen aile sağlığı merkezlerinde yapılmasına karar verilmiştir. Belirlenen örneklem sayısına ulaşmak için, aile sağlığı merkezlerine başvuran çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan annelerle görüşülmüştür. Veriler 10 Şubat-15 Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

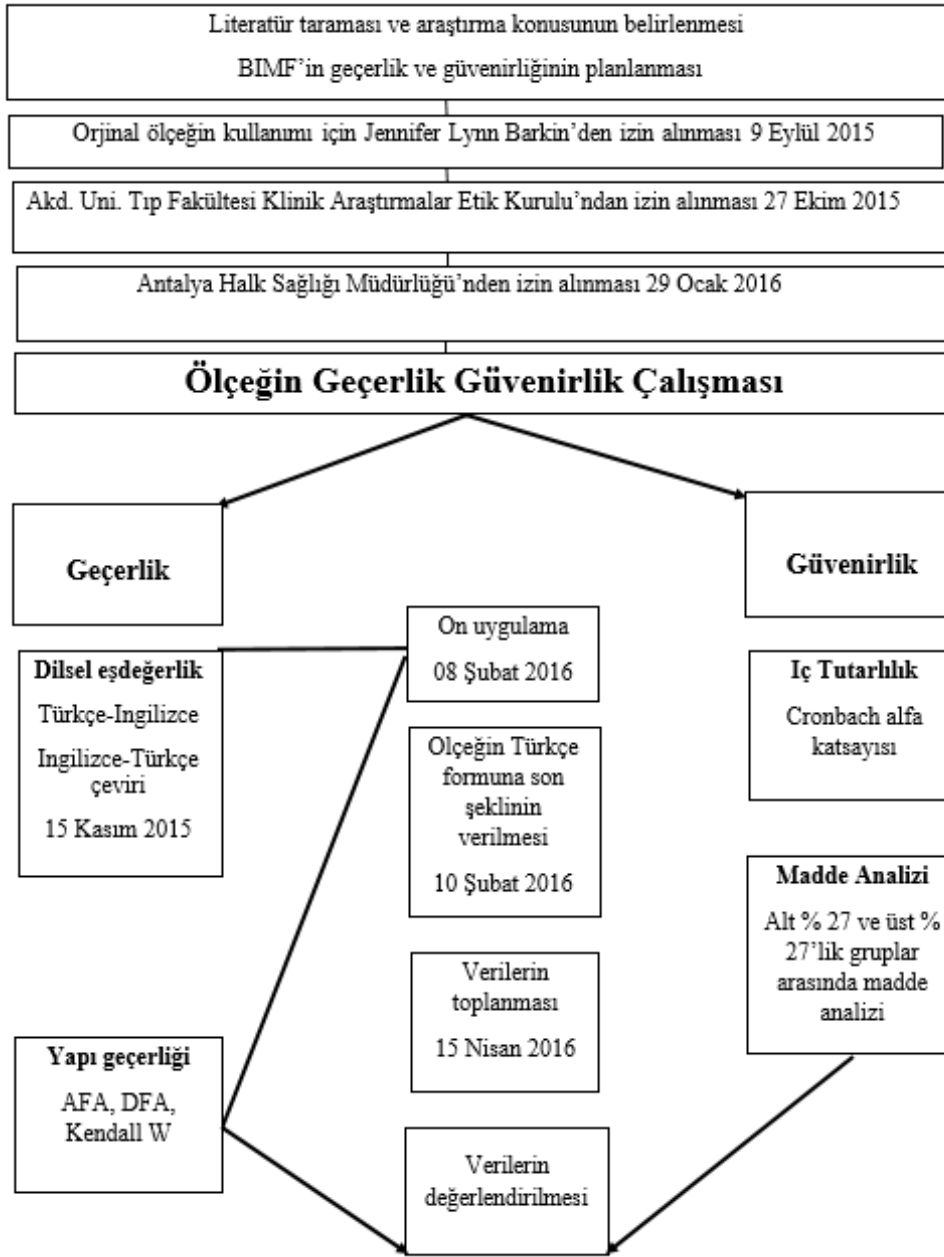
3.3.1. Örneklem Büyüklüğü

Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için örneklemin ölçek madde sayısının en az 5, ideal olarak ise 10 katı alınması gerektiği belirtilmektedir (Şencan, 2005). BIMF’in madde sayısı 20 olması nedeniyle, 200 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Uç ve kayıp değerler olasılığına karşın toplam 235 doğum sonu anne araştırma örneklemini oluşturmuştur.

3.3.2. Örneklem Özellikleri

Örnekleme Dahil Olma Kriterleri	Örneklemden Dışlama Kriterleri
1.Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul etme	1.Bebeğinde ve kendinde bedensel ve zihinsel engelinin bulunması
2.Doğum sonu 6-10 haftalık dönemde olma	2.Kronik sistemik bir hastalığının olması
3.18 yaşın üzerinde olma	3. Geçmişte psikiyatrik tanı almış olması
4.45 yaşın altında olma	4.Doğumun çoğul gebelikle sonuçlanmış olması
6.Türkçe okuma-yazma bilme	5.Bebekte komplikasyon saptanmış olması
7.Dört ve daha az çocuğunun olması	6.Doğumunda bir komplikasyon yaşamış olması

3.4. Araştırmanın Planı



Şekil 3.1. Araştırma planı.

Araştırma Ağustos 2015 tarihinden itibaren planlanmaya başlanmıştır ve 16 Eylül 2015 tarihinde tez önerisi sınavında sunulmuştur. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı (Ek 4), Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü (Ek 2) ve Antalya İl Valilik (Ek 3) izinleri alınmıştır. Ekim 2015 tarihinde dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür (Şekil 3.1).

Geri çevirinin orijinal ölçek ifadeleri ile karşılaştırılması yapıp gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra Türkçeleştirilen ölçeğin hem dilimize hem kültürümüze

uygunluğunu değerlendirmek amacıyla uzman görüşü alınmıştır. Uzmanlar her soruya 1 (uygun değil), 2 (kısmen uygun), 3 (uygun), 4 (oldukça uygun) puanlarını vermişlerdir. Uzman görüşleri sonrasında ölçeğin tüm ifadeleri düzeltildikten sonra ölçeğin n uygulaması 8-9 Şubat 2016 tarihleri arasında örneklem grubunda yer alan aile sağlığı merkezlerinde çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan 20 kişiye yapılmıştır. n uygulama sonucunda elde edilen veriler çalışmanın sonraki aşamalarında kullanılmamıştır. Ölçeğin anlaşılabilirliği test edildikten sonra 10 Şubat 2016’da verilerin toplanmasına başlanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Etiği

Barkin Anne Fonksiyon Envanteri Jennifer Lynn Barkin tarafından Atlanta’da (2009) geliştirilmiştir. Ölçek sahibi Barkin’den elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 1). Araştırma için; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan komisyon onayı alınmıştır (Ek 4). Araştırmanın yapılacağı ilde, Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden ve Antalya İl Valiliği’n den yazılı kurum izinleri alınmıştır (Ek 2, Ek 3).

Araştırmanın rneklemine alınacak olan bireylere çalışmanın amacı açıklandıktan sonra, gönüllü olarak araştırmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alınmıştır (Ek 6).

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; örnekleme alınan Annelerin Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 7), Barkin Annelik Fonksiyonu leği (Ek 8) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Annelerin Tanıtıcı Bilgi Formu

Annelerin Tanıtıcı Bilgi Formu; annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, aylık gelir durumu, sosyal güvencesi, evlilik süresi, eş eğitimi, gebelik sayısı, doğum şekli, gebeliği isteme durumu, gebelikte ve doğum sonu süreçte destek durumu, bebeği besleme metodu ve bebeğin haftasını içeren 15 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Barkin Anne Fonksiyon Envanteri (BIMF)

BIMF 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0’dan 6’ya kadar numaralandırılmıştır. 0 “tamamen katılmıyorum”, 2’de “katılmıyorum” 3’te “kararsızım”, 4’te “biraz katılıyorum”, 5’te katılıyorum, 6 ise “tamamen katılıyorum” şeklinde ifade edilmektedir. BIMF’in 16 ve 18. maddeleri ters yönlüdür. Ölçeğin

puanlamasında en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 120'dir. Puanlama yükseldikçe fonksiyonel durumun yüksek olduğu görülmüştür. Barkin (2009) ölçeğin geliştirme çalışmasında faktör analizi yapmamıştır. Barkin ve arkadaşları (2014) tarafından ölçeğin psikometrik niteliklerinin analizinin yapıldığı çalışmada ise, anne memnuniyeti ve anne ihtiyaçları olmak üzere iki faktör elde edilmiştir. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı ise 0.87'dir (Barkin, 2009).

Barkin Anne Fonksiyon Envanteri'nin Alt boyutları, Madde Sayısı ve Madde Numaraları

BIMF'in geliştirme çalışmasında öz bakım, bebek bakımı, maternal bağlanma, psikolojik durum, sosyal destek, yönetim, anneliğe uyum olmak üzere yedi fonksiyonel durumun olmasına karar verilmiştir. Ancak bu fonksiyonel durumlar faktör analizi yapılmaksızın belirlendiği için bir madde birden fazla fonksiyonel durum altında bulunmaktadır (Barkin, 2009). Sonrasında yapılan psikometrik analiz sonucunda ise annenin ihtiyaçları ve annelik memnuniyeti olmak üzere iki alt boyutu olduğu görülmüştür (Barkin ve ark., 2014).

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Alfa Katsayısı
Annelik Memnuniyeti	11	1,3,4,5,10,12,14,15,17,19,20	0.88
Annenin İhtiyaçları	7	2,6,7,8,9,11,13	0.77
Genel			0.87

16 ve 18. maddeler ters maddelerdir. Faktör analizi sonucunda herhangi bir faktör altında yüklenmedikleri için analiz dışı bırakılmışlardır.

3.7.Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, alınan uzman önerileri ve yapılan düzeltmeler sonucunda son şekli verilen ölçeğin, anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla örneklem özelliklerine uygun olan 20 kadın ile yapılmıştır. Ön uygulamada toplanan veriler araştırmanın sonraki aşamalarına dahil edilmemiştir. Bireylerden ölçeğin anlamakta zorlandıkları maddeleri belirtmeleri istenmiştir. Ancak herhangi bir öneri gelmediği için, ölçek son şekli ile çalışmada kullanılmıştır.

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Verilerin toplanması için belirtilen aile sağlığı merkezlerinin sorumlu hekimlerine çalışmanın amacı, verilerin toplanması süreci açıklanarak sözlü izin alınmıştır. Doğum sonu 6-10 haftalık süreçte olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar ile görüşülmüştür. Araştırma kriterlerine uygunlukları saptanarak, araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar ile görüşülerek, anket formları yüz yüze görüşme metoduyla doldurulmuştur. Çalışmaya katılanların isimleri alınmamış, onam formlarını imzalamaları istenmiştir. Veri toplama sırasında 5 kadının eşinin istememesi nedeniyle anketin doldurulması yarım kaldığı için (anketin %25'inden daha azı dolduruldu), 1 kadın okuma yazma bilmediği için ve 1 kadın ise dörtten fazla çocuğa sahip olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, Statistical Package for Social Science (SPSS) 20.0 yazılım paket programı ve Linear Structural Relations (LISREL) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın amacına uygun olarak verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analiz yöntemleri Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan analiz yöntemleri.

VERİLERİN ANALİZİ	İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER
Annelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	Sayı ve yüzde
Geçerlik Analizi	
Dilsel Eşdeğerlilik	İngilizceden Türkçeye çeviri, Türkçeden İngilizceye körlemesine ters çeviri
Yapı Geçerliliği	Kendall uyum katsayısı, Açımlayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi
Güvenirlilik Analizi	
İç Tutarlılık	Cronbach alfa katsayısının hesaplanması
Madde Analizi	Alt % 27'lik ve üst % 27'lik gruplar arası madde analizi

Dilsel Eşdeğerlilik

Uyarılama süreci birden fazla basamaktan oluşmaktadır. Uyarılamanın ilk adımı hedef dil çevirisidir. Bir testin çeviri sürecinde, hedef dildeki en uygun cümle yapısının bulunması gerekirken, uyarlamada ise hedef kültüre uygun olmayan maddelerin

değiştirilmesi hatta bazen çıkarılması gerekebilmektedir. Bu değişiklikler yalnızca bir çevirinin değil, uyarılmanın da yapıldığını göstermektedir (Deniz, 2007). Uygulanan bu değişiklikler nedeni ile bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, diller arasındaki kavramlaştırma ve anlamsal farklılıktan kaynaklı olarak ölçeğin doğasının değişimine neden olabilmektedir. Farklılıkların en aza indirilmesi için ölçeğin çevrilen dili anlam ve kavram yapılarına göre standardize edilmesi gerekmektedir. Uyarılma çalışması ölçeğin başka bir dile bire bir çevrilip kullanılması demek değildir. Ölçekte kullanılan kelimelerin çevrilen dilde anlamsal ve kavramsal olarak en uygun karşılığının bulunması, hatta bazen kültüre uygun olmayan maddeler var ise ölçekten çıkarılması bile gerekebilmektedir (Şencan, 2005). Dil uyarılma sürecine gereken özen gösterilmezse; ölçeğin geçerlik güvenirliği düşük çıkabilir. Çevirinin başarısı büyük bir kısmı çevirmenin bilgi ve deneyimine dayanır (Şencan, 2005; Alpar, 2012). Bu nedenle yüksek nitelikli çevirmenler seçilmelidir. Uyarılma çalışmaları için çevirmenlerde bulunması gereken özellikler şunlardır:

- Çevirmenler, her iki dilde de akıcı konuşan, her iki kültürü yakından tanıyan kişiler olmalıdır.
- Çevirmenler uyarılması yapılacak olan testin ölçtüğü psikolojik özelliğe ilişkin bilgi sahibi olmalıdır.
- Çevirmenler testin ölçtüğü psikolojik özelliğe aşina olmayabilir, böyle bir durumda farklı gruplarla çalışmak gerekebilir. Komiteler kurarak ya da paneller organize edilerek gruplar arası eş güdümlü çeviri çalışmaları yürütmek daha doğru sonuçlar alınmasını sağlayacaktır (Şencan, 2005).

Testin hem dilsel hem de kültürel yönden yapısal eşdeğerliğinin sağlandığından emin olmak için dil çevirisinden sonra uyarılan ve düzetmeler yapılan test psikometrik özelliklerinin (geçerlik ve güvenirlik) incelemesine geçilmeden önce anlaşılabilirliğini ve uygunluğunu ölçmek için bir ön test yapılmalıdır. Sonrasında ölçekle ilgili başka düzetmeler yapıp yapılmayacağı saptanmalıdır (Deniz, 2007).

Yapı Geçerliği

Bir ölçeğin ölçmek istediği kavramı ne ölçüde doğru ölçtüğünü gösterir. Bir ölçeğe yapı geçerliliği yapılabilmesi için değişkenler arasındaki ilişki iyi tanımlanmalıdır (Ercan ve Kan, 2004). Yapı geçerliği, psikolojik test ya da ölçeğin kuramsal bir yapıyı, özelliği, ne derece temsil ettiği, yani yeterince ölçtüğünün gösterilmesi ile ilgilidir. Bir

ölçeğin bir yapıyı yeterince temsil edebilmesi ise maddelerin birbiriyle tutarlı, aynı yönde ölçüm yapılabilmesi; bir değişle homojen olması demektir (Özdamar, 2004). Bu araştırmada yapı geçerliliğini test etmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Açımlayıcı faktör analizi: Faktör analizi, birbiriyle ilişkili çok sayıdaki değişkeni az sayıda anlamlı ve birbirinden bağımsız gruplar haline getirme işidir. Faktör analizinde aralarında yüksek korelasyon olan değişkenler bir veri setini oluşturmaktadır. Faktör analizi yapılmasının amacı:

- Değişken sayısını azaltmak,
- Değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak, başka bir ifadeyle çok fazla olan değişkenleri birbiri arasında korelasyonu yüksek olanlar ile sınıflandırmaktır (Kalaycı, 2014).

Ancak, faktör analizinde değişkenleri azaltmanın ve isimlendirmenin yanında, aynı zamanda faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörlerin, ölçeğin kuramsal yapısına benzer olup olmadığını ortaya koymaktadır. Belirli bir faktör altında toplanan değişkenlerin, kuramsal yapının ölçmek istediği durumlardan birini ölçüp ölçmediğini saptar (Çokluk ve ark., 2012).

Bir veri setinin faktör analizi yapmak için uygunluğunu test etmek amacıyla 3 yöntem kullanılır. Bunlar; korelasyon matrisinin oluşturulması, Barlett testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testleridir.

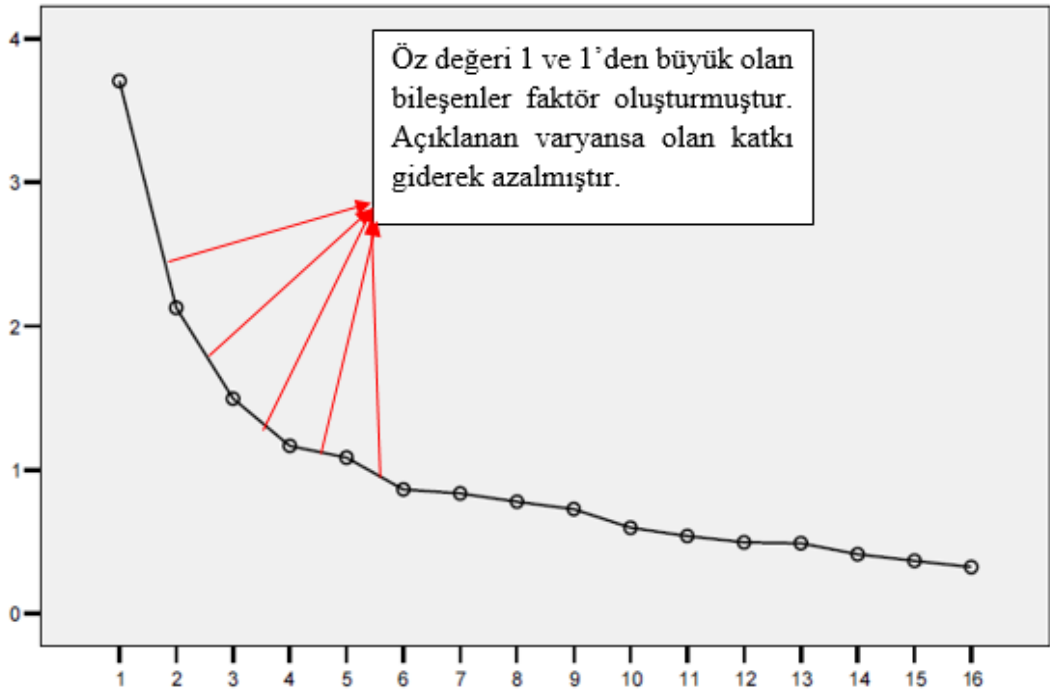
Korelasyon matrisinin oluşturulması: Veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığını test etmek için ilk olarak değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları incelenir. Bu çerçevede, korelasyon matrisindeki korelasyonların faktörleşmeyi sağlayacak bir yapıda olması; genellikle 0.30-0.90 arasında olması ve 0.30'un altında olmaması istenir. Değişkenler arasındaki korelasyon ne kadar yüksek ise değişkenlerin ortak faktör oluşturma ihtimali o kadar yüksektir (Kalaycı, 2014).

Barlett testi: Korelasyon matrisinde değişkenlerin en azında bir kısmı arasında yüksek korelasyon olduğu olasılığını test eder. Korelasyon matrisi birim matrisidir yani H_0 hipotezini ret edilmesi gerekir ($p < 0.05$). Eğer edilirse değişkenler arasında yüksek korelasyon olduğu ve veri setinin çok değişkenli normal dağılım gösterdiği anlamına gelmektedir (Alpar,2012).

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi: Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini saptamak için yapılır. KMO oranının 0.50 üzerinde olması gerekir. Oran ne kadar büyük olursa faktör analizi yapmak için o kadar uygundur. Test sonucundan elde edilen değer 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0.50 altına düştüğünde uygunsuz olarak kabul edilmektedir (Kalaycı, 2014). Değerlerin sıfır ya da sıfıra yakın çıkması durumunda, korelasyon katsayılarının dağılımında bir dağınıklık olduğu için, bu değerlere dayalı olarak yorum yapılamaz (Çokluk ve ark., 2012). Örneklem büyüklüğü için değer, 0.50 ve 0.60 arasında olması kötü, 0.60 ve 0.70 arasında olması zayıf, 0.70 ve 0.80 arasında olması orta, 0.80 ve 0.90 arasında olması iyi, 0.90 üzerinde olması ise mükemmel olarak değerlendirilmektedir (Şencan, 2005; Çokluk ve ark., 2012).

Faktörlerin elde edilmesi: Bu aşamada amaç değişkenler arasındaki ilişkileri en yüksek derecede test edecek en az sayıda faktörü elde etmektir. Bunu elde etmek için birçok kriter mevcuttur. Özdeğer (eigenvalue) istatistiğinin 1'den küçük olduğu faktörler dikkate alınmaz. Ancak, her öz değeri 1 olan bileşende faktör olarak kabul edilmez. Aynı zamanda, bu bileşenlerin ortak varyansa olan katkısına bakılır. Ortak varyansa katısı az olan ve öz değeri 1'den küçük olanlarla neredeyse aynı katkıyı sağlayanlarda faktör olarak kabul edilmez. Buna karar vermek için diğer bir yöntem olan yamaç birikinti grafiğine de bakılmaktadır (Çokluk ve ark., 2012). Yamaç birikinti grafiğinde, grafiğin yatay olduğu noktaya kadar olan faktörler, elde edilecek faktör sayısı olarak kabul edilir (Albayrak, 2006; Kalaycı, 2014). Öz değerler, faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada ve faktör sayısına karar vermede kullanılır. Öz değer yükseldikçe, faktörün açıkladığı varyansta yükselir (Çokluk ve ark., 2012). Toplam varyansın yüzdesi yöntemi ile her ilave faktörün toplam varyansı açıklamasına katkısı %5'in altına düştüğünde faktör sayısına ulaşılmıştır. Açıklanan varyans kriterinde varyansın % 90'ını açıklayan faktör sayısı yeterli kabul edilir. Aynı zamanda araştırmacıda kendi karar verebilir (Özdamar, 2004; Albayrak, 2006; Kalaycı, 2014). Yamaç-birikinti grafiği ise baskın faktörleri ortaya koyarak faktör azaltmaya yardımcı bir grafikdir. Grafikte Y (dikey eksen) ekseni öz değer miktarını, X (yatay eksen) ekseni ise bileşenleri gösterir. Yapılan faktör analizi sonucunda bu grafikte Şekil 3.2'de görüldüğü üzere, Y eksenindeki bileşenler, X eksenine doğru bir iniş yaparlar. Bu iniş esnasında kesikli çizgilerin birleştikleri yerdeki bu nokta, varyansa

yapılan önemli katkının kesme noktasıdır. Aynı zamanda bu noktalar arası faktör sayısına karar vermede yardımcı olmaktadır (Çokluk ve ark., 2012).



Şekil 3.2. Yamaç birikinti grafiği.

Şekil 3.2 'de de görüldüğü gibi öz değeri 1 ve 1'den büyük olanlar faktör oluşturmuştur. Özdeğeri 1'den küçük olan ve ortak varyansa etkisi az ve yakın olanlar faktör oluşturamamıştır.

Faktörlerin Rotasyonu: Faktör rotasyonunda amaç, en uygun faktör yapısını elde etmektir. Rotasyonda en çok kullanılan döndürme yöntemi varimaxtır (Albayrak, 2006; Kalaycı, 2014).

Faktör yük değeri: Faktör yük değerleri maddelerin faktörlerle olan ilişkilerini açıklayan bir kat sayıdır. Diğer bir deyişle, faktör yükleri ile ilgili değişkenin o faktör üzerindeki ağırlığını tanımlar ve -1 ile +1 arasında değer alır. Yapıyı açıklamak için genellikle; her iki yönde 0.30 ve 0.40 arasındaki faktör yükleri kabul edilebilir düşük düzeyde yükler, 0.50 ve üzerindeki yükler uygulama anlamlılığı olan yükler ve 0.70 üzerinde olan yükler yapıyı iyi açıklayan yükler olarak tanımlanmaktadır (Alpar, 2012). Bu konuda farklı fikirler bulunmaktadır. Faktör yük değeri 0.32'den büyük olanların bulunduğu faktörü açıklamaktadır. Faktör yükü <0.32'den küçük olanlar analizden çıkarılır. Ancak bu çıkarılma işlemi binişik maddelerden başlanması tercih edilir ve sıra ile gerçekleştirilir. Binişik madde, maddelerin faktör yüklerinin $0.32 <$

olmasına rağmen analizden çıkarılması gerekebilir. Bunun nedeni maddenin faktör yük değerinin birden fazla faktör altında toplanmasıdır. Maddenin analizden çıkarılma kararının alması için diğer faktörler altındaki faktör yük değerleri arasındaki yük farkı 0.1'den küçük ise analizden çıkarılır. Eğer faktörler arası yük farkı 0.1'den büyük ise madde faktör yükü büyük olan faktör altında kalır (Çokluk ve ark., 2012).

Faktörlerin isimlendirilmesi: Analizler sonucunda maddeler ağırlıklı olarak yığıldıkları faktörler dikkate alınır ve bunlar kuramsal yapılarına göre isimlendirilir (Kalaycı, 2014).

Faktör analizi, açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere ikiye ayrılır. Açımlayıcı faktör analizi deyince akla faktör analizi gelir. Yani yukarıda anlatmış olduğumuz her şey açımlayıcı faktör analizidir (Kalaycı, 2014). Açıklayıcı faktör analizinde önceden kuramsal bir faktör yapısı görülmez. Doğrulayıcı faktör analizinde ise açımlayıcı faktör analizi sonucunda oluşan faktörlerin uygunluğu test edilmektedir (Albayrak, 2006).

Yapısal Eşitlik Modeli ile Doğrulayıcı faktör analizi: Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) başlı başına bir araştırma yöntemi olarak adlandırılan yapısal eşitlik modelinin (YEM) bir türüdür. Bir ölçeğin kuramsal yapıya uygunluğunu belirlemek için geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte, ölçek kullanılabilir hale yani standartlaşmış olur. DFA standartlaşma sürecinde toplanan verilerden elde edilen bilgilerin teorik yapıya uygun olup olmadığını inceleyen bir yöntemdir. YEM çalışmalarının en temel özelliği tamamen teoriye uygun olmasıdır. YEM neden önemlidir diye baktığımızda; araştırmacı birçok değişkenin bilimsel olarak birlikte neyi ifade ettiğini açıkça ortaya koyar (Çokluk ve ark., 2012). Her teorik yapı, gözlenen davranışları açıklamak ve organize etmek için kurulur. Burada amaç öngörülen yapının geçerliliği söz konusu olduğunda, öngörülen yapının ölçülmesi için geliştirilen ölçme aracının, gerçekten öngörülen yapıyı ölçüp ölçmediği değerlendirilir. Genel olarak kurulan teorinin ilgili maddeleri bir araya getirip getirmeyeceği, dolayısıyla maddeler arası ilişkinin de belirlenmesi esas alınır. Kısacası YEM, verilen bir ölçüm aracının psikometrik özellikleri araştırıldığında kullanılır (Erkorkmaz ve ark., 2013).

Doğrulayıcı Faktör Analizinde Uyum İndeksleri: Yapısal eşitlik modeli ile kurulan modelin uyumunu test etmek için bazı uyum indeksleri bulunmaktadır. Bu indekslerin istenen değer aralığında olması gerekmektedir. Uyumun değerlendirilmesi kullanılan programa göre değişiklik göstermektedir. Ancak, gözlenen veri matrisi ile beklenen veri matrisi arasındaki manidarlığı belirlemede en sık kullanılan uyum indeksi Ki-Kare (χ^2) testidir (Çokluk ve ark., 2012).

Ki-Kare (χ^2) İyilik uyumu: Ki-kare istatistiği evren kovaryans matrisi ile örneklem kovaryans matrisinin uyumuna bakar. Matrisler arasında fark olduğu anlamına geldiği için test sonucunun anlamlı çıkması istenmeyen bir sonuçtur, yani χ^2 testinin anlamsız çıkması beklenir. $\chi^2=0$ model mükemmel uyum gösteriyor anlamına gelmektedir. Serbestlik derecesinin ki-kare χ^2/sd önemli bir ölçütü olmakla birlikte, bunun ki-kareye oranı uyum ölçütü olarak kullanılabilir. Bu oranın 5'ten küçük olması beklenmektedir (Erkorkmaz ve ark., 2013).

İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI): Modelin örneklemdeki kovaryans matrisini ne oranda ölçtüğünü gösterir. GFI değeri 0 ile 1 arasında değişir. GF'nin 0.90'ını aşması iyi bir model olarak değerlendirilir (Çapık, 2014).

Düzenlenmiş İyilik Uyum İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index, AGFI): AGFI ise parametre tahminlerinin sayısı için GFI'nin düzenlenmiş bir türüdür. 0 ile 1 arasında değer alır ve örneklem büyüklüğüne duyarlıdır (Çokluk ve ark., 2012).

Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA): Bu indeks 0 ile 1 arasında değer almaktadır. RMSEA'nın 0 olması mükemmel uyuma işaret eder. Evren ile örneklem kovaryansları arasında fark olmadığını ifade eder (Çokluk ve ark., 2012).

Artık Ortalamaların Karekökü (Root Mean Square Residual, RMR) ve Standardize Edilmiş Artık Ortalamaların Karaekökü (Standardized Root Mean Square Residuals, SRMR): Evrene ait kestirimsel kovaryans matrisi ile örnekleme ait kovaryans matrisleri arasındaki artık kovaryans ortalamalarıdır. 0 ile 1 arasında değer alır. RMR ve SRMR değeri 0'a yaklaştıkça iyi uyum belirtecektir (Erkorkmaz ve ark., 2013).

Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI): Değişkenler arasında ilişkinin olmadığını ortaya koyan modeldir. CFI 0 ile 1 arasında değer alır. Değerin 1'e yaklaşması mükemmel uyumu, 0'a yaklaşması ise model uyumsuzluğunu ifade etmektedir (Çapık, 2014).

Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI) ve Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index, NNFI): 0 ile 1 arasında değer alır ve diğer uyum indekslerine göre biraz düşük çıkabilir. Değerlerin 1'e yaklaşması mükemmel uyuma, 0'a yaklaşması ise model uyumsuzluğuna karşılık gelmektedir. Yapısal eşitlik modelinde uyum indekslerinin kabulü için değer aralıkları Tablo 3.2'de gösterilmektedir.

Tablo 3.2. Yapısal eşitlik modeline uyum indekslerinin kriter ve kabulü için kesme noktaları.

Uyum İndeksi	Kriterler	Kabul için Kesme Noktaları
χ^2	P>0.05	
χ^2/sd	-	≤ 2 =mükemmel uyum (küçük örneklerde) ≤ 3 =mükemmel uyum (büyük örneklerde) ≤ 5 = orta düzeyde uyum
GFI/AGFI	0 (uyum yok) 1(mükemmel uyum)	≥ 0.90 = iyi uyum ≥ 0.95 =mükemmel uyum
RMSEA	0 (mükemmel uyum) 1 (uyum yok)	≤ 0.05 =mükemmel uyum ≤ 0.08 =iyi uyum ≤ 0.10 =zayıf uyum
RMR/SRMR	0 (mükemmel uyum) 1 (uyum yok)	≤ 0.05 =mükemmel uyum ≤ 0.08 =iyi uyum ≤ 0.10 =zayıf uyum
CFI	0 (uyum yok) 1(mükemmel uyum)	≥ 0.90 = iyi uyum ≥ 0.95 =mükemmel uyum
NFI	0 (uyum yok) 1(mükemmel uyum)	≥ 0.90 = iyi uyum

Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: spss ve lisrel uygulamaları. Pegem Akademi Yayıncılık. 2. Baskı. Ankara; 2012, ss:136-194.

İç tutarlılık

Ölçeğin maddelerinin birbiriyle ilişki içinde olup bir bütünü temsil etme durumudur. Yani maddelerden elde edilen puan ile ölçekten elde edilen puan arasında pozitif yönlü bir ilişkisi olup, ölçeğin güvenilir olduğunu temsil etmektedir. İç tutarlılığı belirlemede sıklıkla kullanılan yöntem Cronbach Alfa Katsayısıdır (Kalaycı, 2014). Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, ölçekte yer alan maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlaması ile bulunan ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Ölçülmek istenen özellik alanı homojen dağıldığında alfa yüksek çıkar ve maddeler arası iç tutarlılığın yüksek olduğunu ifade eder (Özdamar, 2004). Cevapların üç ve daha fazla olduğu likert tipi ölçeklerin güvenilirliğini ölçme de alfa katsayısının önemli yeri vardır. Alfa katsayısı tam olarak güvenilirliği vermez ancak alfanın büyük olması güvenilirliğin iyi olduğu anlamına gelir. Alfa katsayısı olabildiğince +1'e yakın olmalıdır. (Çokluk ve ark., 2012).

Madde istatistikleri /Madde analizi

Test maddelerinden alınan puan ile testin toplam puanı arasındaki ilişkinin açıklanmasıdır. Madde-toplam korelasyonun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları temsil ettiğini ve maddeleri iç tutarlılığının yüksek olduğunu ifade eder (Çokluk ve ark., 2012). Maddeler ve toplam test puanı arasındaki korelasyon, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ya da Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı düzeltilmiş formülü ile hesaplanmaktadır. Madde korelasyon uygunluğu hakkında birden çok görüş bulunmaktadır (Özdamar 2004). Genel sonuç maddelerin korelasyon kat sayısının +0.20 değerinin üzerinde olması genel kriter olarak kullanılmaktadır (Çokluk ve ark., 2012).

Ölçekte bulunan maddenin korelasyon katsayısı düşük ise, maddenin ölçeğe katkısının az olduğu anlamına gelmektedir. Eğer bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayısı düşük ise maddenin ölçekte bulunmasının bir anlam ifade etmediği ölçekten çıkarılması gerektiğini ifade etmektedir (Özdamar 2004). Ayrıca, standart sapması sıfır olan maddeler var ise, korelasyon katsayısı hesaplanamayacağından bu maddelerinde ölçekten çıkarılması gerekmektedir (Alpar, 2012). Ancak madde ölçekten çıkarılmadan önce alfa katsayısına ve ortalama üzerine etkisine bakılmalıdır. Eğer madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı ve ortalama düşüyorsa maddenin ölçeği temsil ettiği davranışı desteklediği ölçekten çıkarılmaması gerektiği kabul edilmektedir (Özdamar 2004; Alpar, 2012).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çalışmanın rneklemi yalnızca Antalya merkezde bulunan dört aile sağlığı merkezinin bulunduğu bölgedeki kadınlarla sınırlıdır.
- Dilsel eşdeğerlik bağlamında her iki dili ve kültürü bilen anneye ulaşılamamıştır.



4. BULGULAR

Bulgular üç bölümde verilmiştir. Birinci bölümde örnekleme alınan kadınların sosyodemografik özellikleri, ikinci bölümde BIMF'in geçerlik analizleri, üçüncü bölümde ise BIMF'in güvenilirlik analizleri sonuçları yer almaktadır.

4.1. Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de, gebelik ve doğuma ait özellikleri ise Tablo 4.2 ve Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıttıcı özellikleri (N=235).

Tanıttıcı Özellikler	n	%
Yaş		
18-25 yaş	69	29.4
26-35 yaş	145	61.7
36-45 yaş	21	8.9
Ortalama± ss= 28.77±5.03		
Eğitim durumu		
İlköğretim	88	36.9
Lise	68	29.0
Önlisans	30	12.6
Lisans ve Lisansüstü	49	21.5
Aile tipi		
Çekirdek	201	85.5
Geniş	34	14.5
Çalışma durumu		
Evet	60	25.5
Hayır	169	71.9
Cevapsız	6	2.6

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri (devamı).

Gelir	n	%
1300 TL ve 750 TL	24	10.2
1301 TL ve 2500 TL	95	40.1
2501 TL ve 5000 TL	79	34.3
5001 TL ve 10.000 TL	24	10,2
Cevapsız	13	5.2

Sosyal güvenceniz		
Evet	211	89.8
Hayır	24	10.2

Eş eğitim durumu		
İlköğretim	78	33.2
Lise	72	30.6
Önlisans	24	10.2
Lisans ve Lisans Üstü	61	26.0

Evlilik süresi		
1-5 yıl	138	58.7
6-10 yıl	61	26.0
11-15 yıl	21	8.9
15 yıl ve 20 yıl	15	6.4
Ortalama± ss= 6.15±5.02		

BIMF'in geçerlik ve güvenilirlik çalışması aile sağlığı merkezine başvuran 235 kadın ile yürütülmüştür. Tablo 4.1'de örneklem grubunda olan kadınların yaş ortalaması 28.77 (min:18 - max:40) ve evlilik süresi ortalama 6.15 yıl (min:1- max:25) olduğu belirtilmiştir. Kadınların eğitim durumlarına bakıldığında % 36.9'unun ilköğretim mezunu olduğu ve büyük çoğunluğunun (%85.5) çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır. Kadınların %25.5'i çalışırken, %71.9'u çalışmamaktadır. Kadınların gelir durumlarına bakıldığında ise neredeyse yarıya yakını (%40.1) 1300 TL ile 2500 TL arasındadır. Kadınların sosyal güvenceye sahip olma durumlarına bakıldığında, büyük çoğunluğunun (%89.8) bir sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde, %33.2'sinin ilköğretim ve % 30.6'sı lisedir.

Tablo 4.2. Gebelik, doğum ve bebeğe ait özellikler (N=235).

Gebelik ve Doğum özellikleri	n	%
Gebelik sayısı		
1 gebelik	98	41.6
2 gebelik	74	31.5
3 gebelik	47	20.0
4 gebelik	14	6.0
Cevapsız	2	0.9
Bebeğin planlanma ve istenme durumu		
İstenen ve planlı bir bebek	181	77.0
İstenmeyen bir bebek	2	0.9
Planlanmamış ancak istenen bebek	52	22.1
Doğum şekli		
Normal vajinal doğum	72	30.6
Epidural vajinal doğum	12	5.0
Genel anestezi sezaryen	24	10.2
Epidural sezaryen	127	54.2
Bebek haftası		
6 haftalık	58	24.7
7 haftalık	26	11.1
8 haftalık	60	25.5
9 haftalık	37	15.7
10 haftalık	54	23.0
Bebek besleme metodu		
Anne sütü emzirerek	195	83.0
Mama biberon ile	16	6.8
Anne sütü ve mama	24	10.2

Çalışmaya katılan kadınların gebelik, doğum ve bebeğe ait özelliklerine bakıldığında, kadınların %41.6'sının gebelik sayısı birdir. Kadınların gebeliği planlama ve bebeği isteme durumlarına bakıldığında, %77.0'ı istenen ve planlı bir gebelik yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların doğum şekline bakıldığında ise %54.2'sinin sezaryen doğum

yaptığı belirlenmiştir. Kadınların büyük çoğunluğu (%83.0) bebeğini anne sütü ile emzirerek beslemektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Gebelik süresince ve bebek bakımında destek alınan kişilerin dağılımı (N=235).

Destek alınanlar	n	%
Gebelikte destek olanlar		
Eş	62	26.5
Anne ve baba	17	7.2
Akraba ve komşular	115	48.9
Destek almayanlar	41	17.4
Bebek bakımına destek olanlar		
Eş	37	15.7
Anne	17	7.3
Akraba ve komşular	119	50.6
Destek almayanlar	62	26.4

Kadınların gebelik sürecinde ve bebek bakımında destek olan kişilerin dağılımına bakıldığında, gebelikte destek olanların %48.9'u akraba ve komşulardan, %26.5'i eşten destek aldığını belirtmiştir. Bebek bakımına destek olan kişilere baktığımızda %50.6'sının akraba ve komşulardan destek aldığı görülmektedir (Tablo 4.3).

4.2. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin Geçerlilik Analizi Bulguları

BIMF'in geçerliliğinin belirlenmesinde dilsel eşdeğerlik ve yapı geçerliliği yöntemleri uygulanmıştır.

4.2.1. Dilsel Eşdeğerlik

BIMF'in Türkiye'deki geçerlik güvenirlik uyarlamasında ilk olarak dil geçerliliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. İlk olarak orijinal ölçek araştırmacı tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Beş öğretim üyesi tarafından ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisi yapılmıştır (Ek 5).

Ölçek dil uyarlamasındaki anlatım farkını en aza indirmek için "kör geri çeviri" yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu, ana dili Türkçe olan, daha önce ölçeğin İngilizce formunu görmeyen, her iki dili ve kültürü iyi bilen dört kişi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. İngilizceden Türkçeye çeviriyi yapan iki kişi

yabancı diller bölümünde öğretim elemanıdır. Diğer iki kişi ise, ölçeğin geliştirildiği yer olan Atlanta'da uzun yıllar yaşamış olup, profesyonel çeviri yapmaktadır (Ek 5). Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı tarafından değerlendirilerek ölçeğe son şekli verilmiştir.

Dil geçerliliği sağlandıktan sonra BIMF için uzman görüşü alınmıştır. Ölçeğin anlaşılabilirlik, amaca ve kültüre uygunluk açısından hemşirelik alanında yedi akademisyenden (Ek 5) görüş alınmıştır. Konunun amacı açıklandıktan sonra, ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesi 1-Uygun değil, 2-Kısmen uygun, 3-Uygun, 4-Oldukça uygun olarak değerlendirilmiştir. BIMF'in madde puan ortalamaları incelendiğinde 3.00 ile 4.00 arasında değerlendirilmiştir.

Uzmanların BIMF'in maddelerine verdikleri puanların değerlendirilmesinde Kendall W (Kendall Coefficient of Concordance) testi kullanılmıştır. Uzmanların BIMF'in maddelerine verdikleri puanlar ve Kendall Uyum katsayısı değerlendirme sonucu Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin uzman görüşlerinin incelenmesi.

Maddeler	\bar{x}	Sd	Minumum	Maximum
1	4.000	0.000	4.00	4.00
2	3.142	0.899	2.00	4.00
3	3.571	0.534	3.00	4.00
4	4.000	0.400	4.00	4.00
5	3.714	0.755	2.00	4.00
6	3.428	0.534	3.00	4.00
7	3.714	0.487	3.00	4.00
8	3.571	0.786	2.00	4.00
9	4.000	0.000	4.00	4.00
10	4.000	0.000	4.00	4.00
11	3.428	0.786	2.00	4.00
12	3.714	0.755	2.00	4.00
13	3.000	0.816	2.00	4.00
14	4.000	0.000	4.00	4.00
15	3.857	0.377	3.00	4.00
16	3.714	0.755	2.00	4.00

Tablo 4.4. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin uzman görüşlerinin incelenmesi (devamı).

17	3.714	0.755	2.00	4.00
18	3.571	0.534	3.00	4.00
19	4.000	0.000	4.00	4.00
20	4.000	0.000	4.00	4.00
N	W		P	
7	0.297		0.004	

Yedi uzmanın görüşü, istatistiksel olarak birbirleriyle uyumlu ve görüş birliği olduğu saptanmıştır (Kendall W= 0.297, p= 0.004).

Uzmanlardan alınan öneriler doğrultusunda BIMF'in 5, 8, 11 ve 18. maddeleri dilde sadeliğin sağlanması için çeşitli ekleme/çıkarmalar yapılmış ve ölçek ön uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

Uzmanlar arası görüş birliği sağlandıktan sonra, ölçeğin maddelerinin kadınlar tarafından anlaşılabilirlik ve okunabilirlik açısından değerlendirilmesi için, araştırma kapsamına dâhil edilmeyen 20 katılımcı ile ön uygulama yapılmıştır. Okunabilirlik ve anlaşılabilirlik konusunda herhangi bir öneri gelmediği için ölçek son şekli ile kullanılmıştır.

4.2.2. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği için ilk olarak açımlayıcı faktör analizi, sonrasında ise açımlayıcı faktör analizinin doğruluğunu test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

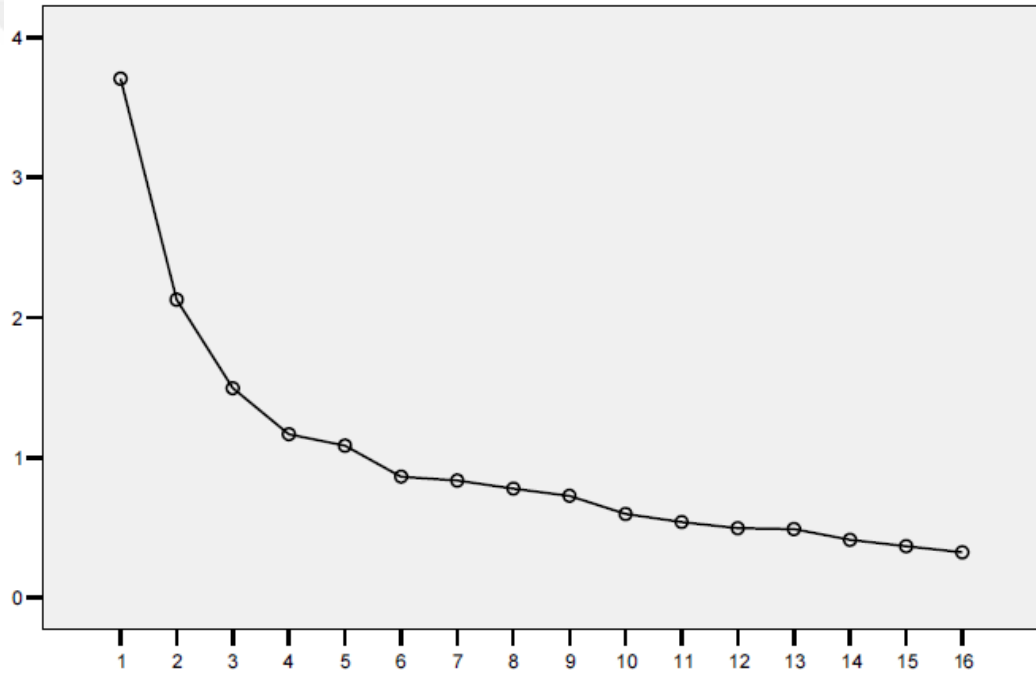
Açımlayıcı Faktör Analizi

BIMF'den elde edilen puanlar doğrultusunda yapı geçerliliğine ilişkin kanıt elde etmek amacıyla öncelikle açımlayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. AFA öncesinde örneklem büyüklüğünün faktörleştirmeye uygunluğunu test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda KMO değerlerinin temel alınan veri seti için 0.80 olduğu, Barlett küresellik testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ($\chi^2(120)=855.708$) p=0.000 anlamlı olduğu saptanmıştır.

Aynı zamanda dağılımın normalliği için merkezi eğilim ölçüleri ile çarpıklık ve basıklık katsayıları hesaplanmış (ortalama=93.12, ortanca=.94, mod=94, çarpıklık katsayısı=-0.234, basıklık katsayısı=0.086) ve dağılımın normale yakın olduğu

görülmüştür. Maddeler arasında çoklu bağlantı (multicollinearity) ve kayıp değer problemi bulunmamaktadır. Sonuçta verilerin faktör analizi yapmak için uygun olduğu belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucunda, analize temel olarak alınan 20 madde için öz değeri 1'in üzerinde olan altı bileşen olduğu görülmüştür. Bu bileşenlerin toplam varyansa yaptıkları katkı %60.15'tir. Söz konusu bu altı bileşen, gerek açıklanan toplam varyans tablosu ve gerekse yamaç-birikinti grafiği de incelenerek, toplam varyansa yaptıkları katkının önemi çerçevesinde değerlendirildiğinde, beş bileşenin varyansa önemli bir katkı yaptığı, daha sonra katkının hem küçük ve hem de yaklaşık olarak aynı olduğu görülmüştür. Bu çerçevede, analizin beş faktör için tekrarlanmasına karar verilmiştir.



Şekil 4.1. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin yamaç birikinti grafiği

Şekil 4.1'de Y eksenindeki bileşenler, X eksenine doğru bir iniş yapmaktadır ve bu inişler açıklanan varyansa olan katkıları göstermektedir. Her iki nokta arası aralık faktör sayısını göstermektedir. Görüldüğü üzere altıncı noktadan sonra eğim bir plato yapmaktadır. 6 faktörlü yapıda 6. faktörün öz değerinin 1'den büyük olduğu ancak açıklanan varyansa katkısının diğer faktörlere göre az olduğu ve öz değeri 1'den düşük faktör yapıları ile açıklanan varyansa katkısının çok yakın olduğu görülmüştür. Aynı zamanda faktörlerin açıklanan varyansa katkısı azalmaktadır ve yaklaşık olarak aynıdır. Bu nedenle, faktör sayısı yamaç birikinti grafiğinin yorumlanması sonucunda

beş faktör olarak belirlenmiştir. Faktörlerin açıklanan toplam varyansa katkısı Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'ne açıklanan toplam varyans tablosu.

Analiz sonucunda elde edilen faktörler	Döndürülmüş Madde Yük Değerleri		
	Toplam	Varyans (%)	Kümülatif (%)
Özbakım	2.050	12.813	12.813
Anne Psikolojisi	2.022	12.640	25.453
Bebek Bakımı	2.022	12.639	38.091
Sosyal Destek	1.915	11.971	50.06
Anneliğe Uyum	1.567	9.794	59.87

Beş faktör için tekrarlanan ve analiz dışı bırakılan maddelerin ardından, faktörlerin toplam varyansa yaptıkları katkının öz bakım alt ölçeği için %12.81, anne psikolojisi alt ölçeği için %12.64, bebek bakımı alt ölçeği için %12.64, sosyal destek alt ölçeği için %11.97 ve anneliğe uyum alt ölçeği için %9.73 olduğu belirlenmiştir. Belirlenen beş faktörün varyansa yaptıkları toplam katkı ise % 59.86'dır (Tablo 4.5).

BIMF'in faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açımlayıcı faktör analizinde, faktör yük değerleri için kabul düzeyi 0.32 olarak belirlenmiştir. Beş faktör için yapılan analizde maddeler, binişiklik ve faktör yük değerlerinin kabul düzeyini karşılayıp karşılamaması açısından değerlendirildiğinde, bir maddenin düşük faktör yük değeri verdiği (16. madde yük değeri <0.32) ve üç maddenin (15, 18 ve 20. maddeler) ise faktör isimlendirmesi açısından uygun olmadığı belirlenmiştir. Bu maddelerin analiz dışı bırakılması sonucunda elde edilen faktör deseni, maddelerin faktör yük değerleri ve ortak faktör varyansları Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin faktör deseni (Temel bileşenler analizi)

Maddeler	Faktör 1 ^a	Faktör 2 ^b	Faktör 3 ^c	Faktör 4 ^d	Faktör 5 ^e	Ortak Faktör Varyansı
B11	0,75					0.61
B13	0,74					0.59
B2	0,71					0.59
B8		0,86				0.77
B10		0,78				0.72
B14			0,77			0.60
B17			0,65			0.56
B12			0,63			0.55
B19			0,62			0.56
B6				0,84		0.72
B7				0,79		0.67
B9				0,63		0.56
B3					0,76	0.59
B4					0,66	0.54
B5					0,50	0.56
B1					0,41	0.38

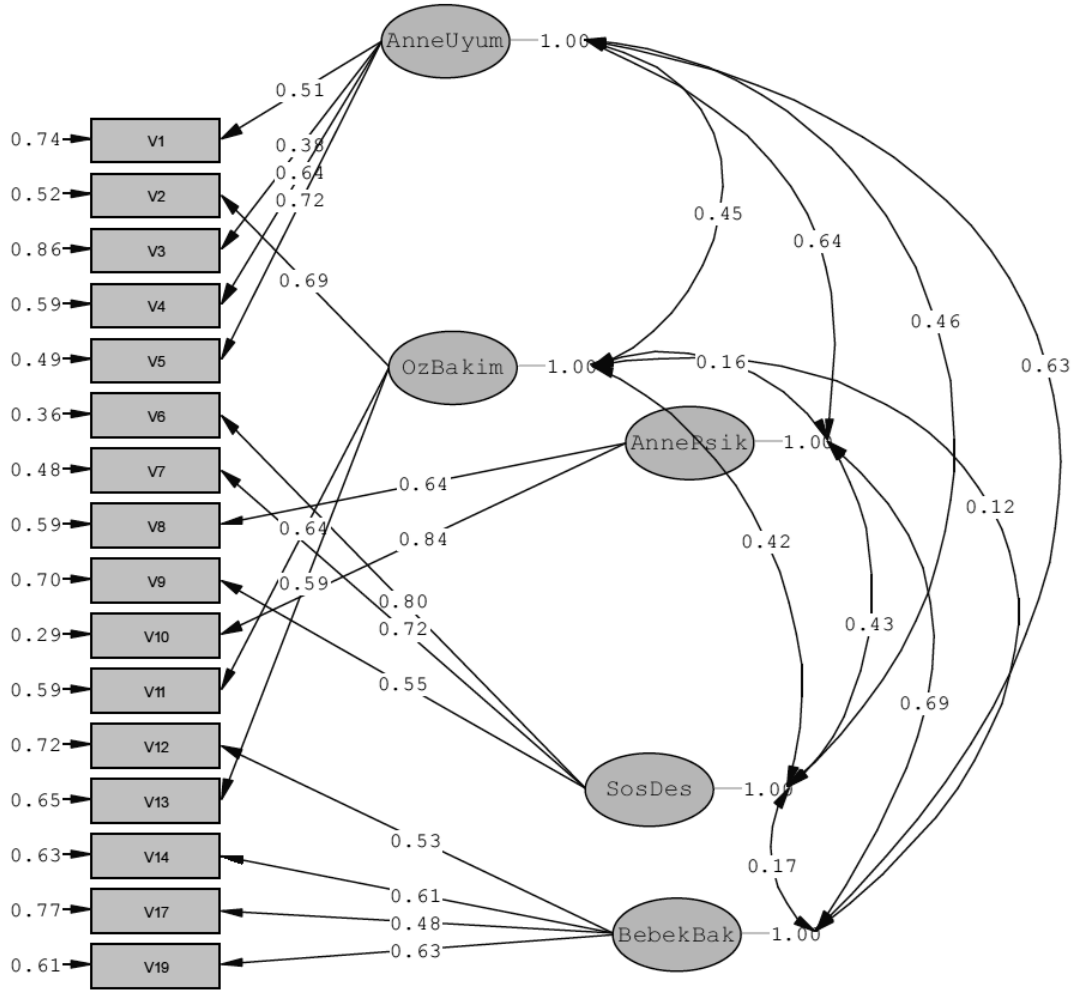
^a Öz Bakım, ^b Anne Psikolojisi, ^c Bebek Bakımı, ^d Sosyal Destek, ^e Anneliğe Uyum

Tablo 4.6'da incelendiğinde, alt ölçekler düzeyinde faktör yük değerleri öz bakım alt ölçeği için 0.71 ile 0.75 arasında, anne psikolojisi alt ölçeği için 0.78 ve 0.86 arasında, bebek bakımı alt ölçeği için 0.62 ile 0.77 arasında, sosyal destek alt ölçeği için 0.63 ile 0.84 arasında ve anneliğe uyum alt ölçeği için 0.41 ile 0.76 arasında değişmektedir.

BIMF'e ait 16 maddenin ortak faktör varyansları incelendiğinde ise değerlerin 0.38 ile 0.77 arasında değiştiği görülmektedir (Tablo 4.6).

Doğrulayıcı Faktör Analizi

BIMF'den elde edilen puanlar doğrultusunda yapı geçerliliğine ilişkin ek kanıt elde etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda örtük değişkenler (faktör) ile gözlenen değişkenler arasındaki standardize edilmiş katsayıları ve gözlenen değişkenlerin hata varyansları Şekil 4.2'de verilmiştir.



Şekil 4.2. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi standardize edilmiş katsayıları ve hata varyansları.

Şekil 4.2'de görüldüğü üzere DFA sonucunda, gizil değişkeni açıklamada manidar t değerlerine sahip olan maddelerin standardize edilmiş katsayıları;

- Öz bakım alt ölçeği için 0.59 ile 0.69 arasında,
- Anne psikolojisi alt ölçeği için 0.64 ve 0.84 arasında,
- Bebek bakımı alt ölçeği için 0.48 ile 0.63 arasında,
- Sosyal destek alt ölçeği için 0.55 ile 0.80 arasında,
- Anneliğe uyum alt ölçeği için 0.38 ile 0.72 arasında değişmektedir.

Maddelerin hata varyanslarının ise öz bakım alt ölçeği için 0.52 ile 0.65 arasında, anne psikolojisi alt ölçeği için 0.29 ve 0.59 düzeyinde, bebek bakımı alt ölçeği için 0.61 ile 0.77 arasında, sosyal destek alt ölçeği için 0.36 ile 0.70 arasında ve anneliğe uyum alt ölçeği için 0.49 ile 0.86 arasında değişmektedir. DFA sonucunda hesaplanan uyum indekslerinin Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7.Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri.

Uyum İndeksleri	Uyum
$\chi^2(94)$	159.93 (p=.000)
χ^2/sd	1.70
RMSEA	0.05
NNFI	0.94
CFI	0.96
SRMR	0.06
GFI	0.91

Herhangi bir modifikasyonun yapılmadığı DFA sonucunda hesaplanan uyum indekslerinin $\chi^2(94)=159.93$, $p=0.000$, $\chi^2/sd=1.70$, $RMSEA=0.05$, $NNFI=0.94$, $CFI=0.96$, $SRMR=0.06$ ve $GFI=0.91$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Spearman-Brown Korelasyonu

AFA sonucunda ortaya konan beş faktörlü yapı çerçevesinde faktörler arasındaki korelasyonu belirlemek amacıyla Spearman-Brown sıra farkları korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Elde edilen korelasyon katsayıları Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Spearman-Brown korelasyon analizi.

	Öz Bakım	Anne Psikolojisi	Bebek Bakımı	Sosyal Destek
Öz Bakım	1.00			
Anne Psikolojisi	0.16*	1.00		
Bebek Bakımı	0.21**	0.34**	1.00	
Sosyal Destek	0.35**	0.38**	0.16*	1.00
Anneliğe Uyum	0.29**	0.37**	0.35**	0.31**

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Tablo 4.8'de görüldüğü üzere faktör toplam puanları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif korelasyon değerleri elde edilmiştir ve bütün korelasyon katsayıları 0.01 ve 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

4.3. Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin Güvenirlik Analizi Bulguları

BIMF'in güvenilirliğinin belirlenmesinde iç tutarlılık analizi (cronbach alfa katsayısı) ve madde analizine bakılmıştır.

4.3.1. İç Tutarlılık Analizi

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Yapılan analizler sonucunda BIMF'in genel cronbach alfa katsayısı ve alt boyutlarının cronbach alfa katsayısı tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Barkin Anne Fonksiyon Envanteri'nin alt boyutları ve genel Cronbach Alfa Katsayısı.

Alt Boyutlar	Cronbach Alfa
Öz bakım	0.66
Anne psikolojisi	0.71
Bebek bakımı	0.62
Sosyal destek	0.69
Anneliğe uyum	0.50
Genel	0.73

Tablo 4.9'da ölçeğin geneli için alfa katsayısının 0.73 olduğu belirtilmiştir. Alt ölçekler için yapılan analizlerde ise cronbach alfa katsayısının 0.71 ile 0.50 arasında değiştiği görülmektedir.

4.3.2. Madde Analizi

AFA ve DFA'nın yanı sıra madde ayırt edicilik düzeylerini belirlemek amacıyla alt %27 ve üst % 27'lik gruplar arası madde analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 4.10'da verilmiştir. Tablo 4.10'da, 12 madde haricinde tüm maddelerin ayırt edicilik düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu çerçevede söz konusu maddelerin özelliğe yüksek ve düşük düzeyde sahip olan anneleri birbirinden ayırt edebildiği söylenebilir. 12. maddenin ise ayırt edicilikte kesme noktasını ($r_{jx} < .010$) karşılamadığı ve dolayısıyla ayırt ediciliğinin düşük olduğu ifade edilebilir, ancak söz konusu maddenin hem AFA'da faktör yük değerinin yüksek olması hem de DFA'da standardize edilmiş katsayısının yüksek, hata varyansının ise görece düşük olması nedeniyle maddenin araçta kalmasına karar verilmiştir.

Tablo 4.10. Madde Ayırt Edicilik Düzeyleri.

Madde No	r_{jx}
1	.000
2	.000
3	.000
4	.000
5	.000
6	.000
7	.000
8	.000
9	.000
10	.000
11	.000
12	.081
13	.000
14	.000
17	.000
19	.001

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'ne (BIMF) ilişkin tartışma, geçerlik ve güvenirlik olmak üzere iki başlık altında tartışılmıştır. Ölçeğin geçerliliğinde; dilsel eşdeğerliliği ve yapı geçerliliği tartışılırken, güvenirliğinde ise iç tutarlılık analizi ve madde analizi ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

5.1.Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği'nin Geçerlik Analizlerinin İncelenmesi

5.1.1. Dilsel Eşdeğerlilik

BIMF'in geçerlik çalışmasının ilk aşamasında dilsel eşdeğerlilik değerlendirilmiştir. Bu aşamanın en önemli noktası çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir. Çevirmenlerin sadece çeviri yapılacak dili bilmesi yeterli değildir. Aynı zamanda çevirmen iki dil arasındaki kavramsal yapı farklılıklarını bilen, iki dile ana dili gibi hakim olan, iki kültürü yakından tanıyan ve çalışılan alan (sağlık, eğitim, fen bilimleri vb.) hakkında çalışmalar yürütmüş kişiler tarafından seçilmelidir (Şencan, 2005; Deniz 2007; Alpar, 2012). Bu nedenle araştırmada ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi ana dili Türkçe olan İngilizce'ye çok hakim ve iki kültürü de tanıyan hemşirelik alanında beş öğretim üyesi tarafından yapılmıştır. Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi ise yine ana dili Türkçe olan, her iki kültüre hakim olan ve profesyonel çeviri yapan öğretim elemanları tarafından yapılmıştır (Ek 5). BIMF'in orijinal formunun İngilizce-Türkçe ve Türkçe-İngilizce çevirisi yapıldıktan sonra BIMF'in Türkçe versiyonu araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmıştır. Aynı zamandan ölçeğin sahibi Jennifer Lynn Barkin tarafından ölçeğin Türkçe versiyonunun uygunluğu hakkında onay alınmıştır ve dilsel eşdeğerlik ölçütü sağlanmıştır.

Ölçeğin dil geçerliliği sağlandıktan sonra, doğum sonu dönem ya da uyarlama çalışmış olan uzmanlar tarafından değerlendirilmiştir (Ek 5). Uzmanlardan BIMF'i Türk kültürüne uygunluğu ve anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla değerlendirmeleri istenmiştir.

Uzman önerileri doğrultusunda kültürümüze uygun olmaması bakımından 7. madde de “Güvendiğim bir arkadaşımın ya da akrabamın bebeğimle ilgilenmesine rahatlıkla izin verebiliyorum (buna bebeğimin babası ya da hayat arkadaşım da dahil)” parantez içindeki cümle kaldırılmıştır. 2. madde “Kendimi yeterince dinlenmiş hissediyorum,”

“Kendimi dinlenmiş hissediyorum” şeklinde değiştirilmiştir. Aynı zamanda bazı maddelerde (5,8,11,18) birkaç kelime ve bağlaç örneğin, “ve ya” yerine “ve”, “mutsuzum” yerine “kaygılıyım” olarak değiştirilmiştir.

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla Kendall W (Kendall Coefficient of Concordance) testi kullanılmıştır (Şencan, 2005). Yedi uzmanın görüşü, istatistiksel olarak birbiriyle uyumlu ve görüş birliği olduğu saptanmıştır (Kendall W=0.297, p=0.004). Bu görüş birliği Kendall W değerinin 0.10 ve 0.30 değeri arasında olması orta düzey olarak değerlendirilmektedir (Şencan, 2005). Bu çalışmada kapsam geçerliliğinin sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

5.1.2. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliğini göstermenin bir yolu faktör analizidir. Bu çalışmada hem açımlayıcı faktör analizi hem de doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Açımlayıcı Faktör Analizi

Barkin (2009) tarafından ölçeğin geliştirildiği çalışmada faktör analizi yapılmaksızın öz bakım, bebek bakımı, maternal bağlanma, annenin psikolojik durumu, sosyal destek, anneliği yönetim ve anneliğe uyum olmak üzere yedi alt boyutunun olmasına karar verilmiştir. Ancak bu durum bir maddenin birden fazla alt boyut altında bulunmasına neden olmuştur. Ayrıca, Barkin ve arkadaşlarının (2014) ölçeğin psikometrik analizini yaptıkları çalışmada Annelik Memnuniyeti ve Anne İhtiyaçları faktörleri bulunmuş, ancak bu faktör yapısı kültürümüzde doğrulanmamıştır. Bu nedenle çalışmada açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Açımlayıcı faktör analizinin yapılması için Barlett testi ve KMO testinin sağlanması gerekmektedir. Açımlayıcı faktör analizinde örneklem yeterliliğine Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine bakılarak karar verilir. KMO 0.90’larda mükemmel, 0.80’lerde iyi, 0.70’lerde orta, 0.50’lerde kötü olarak değerlendirilmektedir (Şencan, 2005). Bu araştırmada BIMF’in KMO değerinin 0.80 olarak saptanması örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir.

Faktör analizinde örneklem evrenin normal dağılım göstermesi gerekmektedir. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini göstermek amacıyla Barlett küresellik testi yapılmaktadır. Bu teste de diğer testlerde olduğu gibi anlamlılık değerine bakılır. Anlamlılık değeri <0.05 ten küçük ise ölçekteki maddelerin

korelasyon matrisinin faktör analizi yapılmaya uygun olduğunu göstermektedir (Çokluk ve ark., 2012). Bu araştırmada Barlett χ^2 değeri 855.709 (p=0.000) bulunduğundan anlamlı olduğu saptanmıştır.

Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkilerinin gösterir ve ölçekten madde çıkarmada dikkate alınır. Uygulamada sıklıkla önerilen, bir maddenin faktör yük değerinin asgari büyüklüğünün 0.30 ya da 0.40 olması yönünde yaygın bir görüş vardır (Çokluk ve ark., 2012). BIMF'in faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açımlayıcı faktör analizinde, faktör yük değerleri için kabul düzeyi 0.32 olarak belirlenmiştir. Beş faktör için yapılan analizde maddeler, binişiklik ve faktör yük değerlerinin kabul düzeyini karşılayıp karşılamaması açısından değerlendirildiğinde, 16. maddenin yük değerinin <0.32 olması açısından analizden çıkarılmasına karar verilmiştir. 18. maddenin 16. madde ile oluşturduğu faktörden 16. maddenin atılması sonucunda, faktör sadece bir madde tarafından temsil edilemeyeceği için (Şencan, 2005) ve 18. maddenin diğer maddeler altında yüklenmemesinden dolayı 18. maddenin de analizden çıkarılmasına karar verilmiştir. Aynı zamanda 16 ve 18. maddenin birlikte oluşturduğu faktörün açıklanan varyansa katkısının da az olması durumu destekler niteliktedir. 15 ve 20. maddeler ise faktör isimlendirmesi açısından uygun olmadığı belirlenmiştir. Bu maddelerin analiz dışı bırakılması sonucunda, alt ölçekler düzeyinde faktör yük değerleri öz bakım alt ölçeği için 0.71 ile 0.75 arasında, anne psikolojisi alt ölçeği için 0.78 ve 0.86 arasında, bebek bakımı alt ölçeği için 0.62 ile 0.77 arasında, sosyal destek alt ölçeği için 0.63 ile 0.84 arasında ve anneliğe uyum alt ölçeği için 0.41 ile 0.76 arasında değişmektedir ve genel 16 madde için faktör yükleri 0.41 ve 0.86 arasında değişmektedir (Tablo 4.6). Faktör yük değerleri büyüklük açısından incelendiğinde, iki madde haricinde (1 ve 5. maddeler) yük değerlerini “iyi”den “mükemmel”e doğru nitelendirmek olanaklıdır. Söz konusu iki maddenin yük değerleri ise “vasat” olarak nitelendirilebilir (Tabachnick ve Fidell, 2015).

Barkin ve arkadaşları (2014) tarafında yapılan çalışmada ise 16. madde (0.16) ve 18. madde (0.25) yeterli faktör yük değerlerine sahip olmadıkları için analizden çıkarılmışlardır. Bu maddelerin analiz dışı bırakılması sonucunda, alt ölçekler düzeyinde faktör yük değerleri annelik memnuniyeti alt ölçeği için 0.30 ile 0.81

arasında iken, anne ihtiyaçları alt ölçeği için 0.44 ile 0.64 arasında değişmektedir ve genel 18 madde için faktör yükleri 0.30 ve 0.81 arasında değişmektedir.

Beş faktör için tekrarlanan ve analiz dışı bırakılan maddelerin ardından, faktörlerin toplam varyansa yaptıkları katkının öz bakım alt ölçeği için %12.81, anne psikolojisi alt ölçeği için %12.64, bebek bakımı alt ölçeği için %12.64, sosyal destek alt ölçeği için %11.97 ve anneliğe uyum alt ölçeği için %9.73 olduğu görülmüştür. Belirlenen beş faktörün varyansa yaptıkları toplam katkı ise %59.86'dır (Tablo 4.5). Analize dâhil edilen değişkenlerle ilgili toplam varyansın 2/3'ü kadar miktarının ilk olarak kapsadığı faktör sayısı, önemli faktör sayısı olarak değerlendirilir. Uygulamada, özellikle sosyal bilimlerde ölçek geliştirmede, sözü edilen miktara ulaşmak güçtür. Çok faktörlü desenlerde, açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması yeterli olarak kabul edilir (Büyüköztürk, 2007). Bu çerçevede, tanımlanan beş faktörün toplam varyansa yaptığı katkının yeterli olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada analiz sonucunda belirlenen faktörler; öz bakım, bebek bakımı, anneliğe uyum, annenin psikolojisi ve sosyal destektir. Ölçeği geliştiren Barkin (2009) çalışmasında yedi faktörlü (öz bakım, bebek bakımı, annenin psikolojisi, maternal bağlanma, anneliği yönetim, sosyal destek ve anneliğe uyum) yapının olması gerektiğini vurgulamıştır. Ancak ölçeğin psikometrik analizinin yapıldığı çalışmada sadece anneliğe uyum ve annenin ihtiyaçları olan iki faktörlü yapıya ulaşılmıştır (Barkin ve ark., 2014). Bu araştırmada ise istenen yedi faktörden beşine ulaşılmıştır. Maternal bağlanma ve anneliği yönetim faktörlerine ulaşılmamasının nedenin; kültürümüzde maternal bağlanmanın anneliğe uyum ve anne psikolojisi olarak algılanması, annelik yönetiminin ise diğer fonksiyonların tümünü kapsamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi

DFA standartlaşma sürecinde toplanan verilerden elde edilen bilgilerin teorik yapıya uygun olup olmadığını inceleyen bir yöntemdir. DFA yapı geçerliliğinde, öngörülen yapının ölçülmesi için geliştirilen ölçme aracının, gerçekten öngörülen yapıyı ölçüp ölçmediği değerlendirmektedir (Çapık, 2014).

Şekil 4.2'de DFA sonucunda, gizil değişkeni açıklamada manidar t değerlerine sahip olan maddelerin standardize edilmiş katsayıları öz bakım alt ölçeği için 0.59 ile 0.69

arasında, anne psikolojisi alt ölçeği için 0.64 ve 0.84 düzeyinde, bebek bakımı alt ölçeği için 0.48 ile 0.63 arasında, sosyal destek alt ölçeği için 0.55 ile 0.80 arasında ve anneliğe uyum alt ölçeği için 0.38 ile 0.72 arasında değişmektedir. Maddelerin hata varyanslarının ise öz bakım alt ölçeği için 0.52 ile 0.65 arasında, anne psikolojisi alt ölçeği için 0.29 ve 0.59 düzeyinde, bebek bakımı alt ölçeği için 0.61 ile 0.77 arasında, sosyal destek alt ölçeği için 0.36 ile 0.70 arasında ve anneliğe uyum alt ölçeği için 0.49 ile 0.86 arasında değişmektedir.

BIMF'in DFA uyum indekleri incelendiğinde (Tablo 4.7), χ^2 serbestlik derecesinin 1.70 (≤ 2), RMSEA'nın 0.05 (≤ 0.05), CFI'nın 0.96 ile (≥ 0.95) mükemmel uyum gösterdiği saptanmıştır. NNFI'nın 0.94 (≥ 0.90 =iyi uyum), GFI'nın 0.91 (≥ 0.90 =iyi uyum) ve SRMR'nin 0.06 ile (≤ 0.08) iyi uyum gösterdiği belirlenmiştir (Çokluk ve ark., 2012). Uyum indekslerine bakıldığında mükemmel uyum ya da iyi uyum gösterdiği saptanmıştır. Ölçeğin orijinal çalışmasında ve psikometrik analizinin yapıldığı çalışmada DFA yapılmadığından dolayı herhangi bir karşılaştırma yapılamamıştır.

DFA'da birden fazla uyum indeksi elde edilmektedir ve ölçeğin modeli doğrulayıp doğrulamadığı tek bir uyum indeksi ile değil, tüm indeksler bir arada değerlendirilerek karar verilmektedir. Elde edilen uyum indekslerine genel olarak bakıldığında, BIMF'in açımlayıcı faktör analizi yapısının hedef kültürde mükemmel yakın düzeyde doğrulandığı kabul edilebilir.

Spearman Brown Korelasyonu

Kolmogorov-Smirnov testi sonucu ölçeğin alt boyutları olan, öz bakım ($p=0.019$), anne psikolojisi ($p=0.000$), bebek bakımı ($p=0.000$), sosyal destek ($p=0.000$) ve anneliğe uyumun ($p=0.000$) normal dağılım göstermediği saptanmıştır ($p<0.05$). Aynı alt boyutların tümünün çarpıklık ve basıklığının -1 ve +1 arasın olması gerektiği şartı sağlamaması normal dağılım göstermediğini desteklemektedir (Alpar, 2012; Kalaycı, 2014). Bu nedenle annelik fonksiyonu alt boyutları arasındaki korelasyona bakmak için Pearson Korelasyon testinin non-parametrik karşılığı olan Spearman Brown korelasyonu analizi yapılmıştır.

Faktörler arası korelasyonun düşük olması faktörlerin bağımsızlığını ve ölçtüğü faktör yapısının güçlü olduğunu ifade eder. Bir faktörün altında toplanan maddelerin

birbiriyle korelasyonun yüksek, faktörün ise diğer faktörler ile korelasyonun düşük olması faktörün ölçtüğü söz konusu durumu güçlü olduğu anlamına gelmektedir. İdeal olarak elde edilen korelasyon kat sayısının, güvenilirlik ve/veya yakınsak geçerlik katsayılarından düşük olması beklenir (Çokluk ve ark., 2012). Beş faktörün birbiriyle spearman browm korelasyonuna bakıldığında en yüksek korelasyonun anne psikolojisi ile sosyal destek arasında olduğu (0.38) , en düşük korelasyonun ise anne psikolojisi öz bakım (0.16) arasında ve sosyal destek ve bebek bakımı (0.16) arasında olduğu görülmüştür. Genel olarak bakıldığında tüm korelasyon değerleri arasında $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ manidarlık düzeyinde anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Faktörlerin bağımsızlığının ve ölçülmek istenen durumu güçlü ölçtüğü belirtilmiştir. (Tablo 4.8).

5.2. Barkin Anne Fonksiyonu Envanteri'nin Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi

5.2.1. İç Tutarlılık Analizi

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Cronbach alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür. Cronbach alfa katsayısı ne kadar yüksekse, ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliği ölçtüğü anlamına gelmektedir (Şencan, 2005).

Cronbach alfa katsayısının < 0.39 olması güvenilir olmadığını, $0.59-0.40$ olması düşük güvenilirliğe sahip olduğunu, $0.79-0.60$ olması oldukça güvenilir olduğunu ve $1.00-0.80$ arasında olması oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Alpar, 2012).

Bu çalışmada, BIMF'in genel cronbach alfa katsayısının 0.73 olması oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Alt ölçekler için yapılan analizlerde ise cronbach alfa katsayılarının öz bakım alt ölçeği için 0.66 , anne psikolojisi alt ölçeği için 0.71 , bebek bakımı alt ölçeği için 0.62 , sosyal destek alt ölçeği için 0.69 ve anneliğe uyum alt ölçeği için 0.50 olduğu belirlenmiştir. Öz bakım, bebek bakımı, sosyal destek ve anneliğe uyum alt ölçeklerinin alfa katsayılarının 0.70 'den düşük olması madde sayısının az olmasından kaynaklanabilir.

Barkin (2009) yaptığı çalışmada genel cronbach alfa kat sayısı 0.87 olarak belirlenmiştir. Barkin ve arkadaşları(2014) tarafından yapılan çalışmada ise genel

cronbach alfa kat sayısı 0.87 bulunurken, anne memnuniyeti alt ölçeği için 0.88 ve anne ihtiyaçları alt ölçeği için ise 0.77 bulunmuştur. Barkin ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada alt boyutlarının cronbach alfa katsayısının yüksek çıkması madde sayısına bağlı olduğu düşünülmektedir.

5.2.2. Madde Analizi

Madde analizi yöntemlerinden biri olan madde ayırdediciliği, ölçülmek istenen özelliğe yüksek ve düşük düzeyde sahip olan anneleri birbirinden ayırt etmek için kullanılmaktadır. Ölçek puanları dağılımının üst ucundaki cevaplayıcıların %27'si üst grup, alt ucundaki %27'si alt grup olarak belirlenir. Üst gruptaki cevaplayıcılar, ölçeğin tümüyle ölçülmek istenen tutuma olumlu yönde sahip olanları, alt gruptaki cevaplayıcılar da olumsuz yönde sahip olanları gösterir. Her maddeye ait tepki dağılımı için de dağılımın üst ucundaki grubun ölçülen tutuma olumlu derecede sahip olanları, alt ucundakilerin ise olumsuz derecede sahip olanları göstermesi beklenir. Eğer bir madde bu iki gruptaki tepkileri birbirinden ayırt etmiyorsa, tutuma olumlu derecede sahip olanlar ile olumsuz derecede sahip olanları ayırt edemiyor demektir (Tezbaşaran, 2008). Bu çalışmada bakıldığında 12. madde hariç tüm maddelerin p değerleri anlamlı fark olduğunu göstermektedir. Ancak söz konusu 12. maddenin ise hem AFA'da faktör yük değerinin yüksek olması, hem de DFA'da standardize edilmiş katsayısının yüksek, hata varyansının ise görece düşük olması nedeniyle maddenin araçta kalmasına karar verilmiştir (Tablo 4.10). Önceki çalışmalarda madde analizi yapılmadığından madde analizi sonuçları karşılaştırılamamıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Türkçe'ye çevrilen ölçeğin dilsel eş değerlik çalışması sonucunda ölçeğin İngilizce formundan farklılık göstermediği orijinale uygun bir biçimde çevrildiği sonucuna ulaşılmıştır.
- AFA sonucunda 16. maddenin faktör yük değerinin manidar olmaması, 15, 18 ve 20. maddelerin faktör isimlendirmesinin uygun olunmamasından dolayı bu maddeler analiz dışı bırakılmıştır ve 16 maddeli ölçeğin 5 faktörlü olmasına karar verilmiştir.
- Faktör yük değerlerine bakıldığında ise büyüklük açısından incelendiğinde, iki madde haricinde (1 ve 5. maddeler) yük değerlerini “iyi”den “mükemmel”e doğru nitelendirmek olanaklıdır. Belirlenen beş faktörün varyansa yaptıkları toplam katkı % 59.86'dır ve yeterli olarak görülmektedir.
- DFA'da t manidar değerlerinin istenen aralıkta olduğu ve herhangi bir modifikasyonun yapılmadığı halde DFA sonucunda hesaplanan uyum indekslerine $\chi^2(94)=159.93$, $p=.000$, $\chi^2/sd=1.7$, $RMSEA=0.05$, $NNFI=0.94$, $CFI=0.96$, $SRMR=0.06$ ve $GFI=0.91$) genel olarak bakıldığında, BIMF'in açıklayıcı faktör analizi yapısının hedef kültürde mükemmel düzeyde doğrulandığını söylemek mümkündür.
- Ölçeğin toplamı için oldukça güvenilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu saptanmıştır (cronbach $\alpha =0.73$).
- Beş faktörlü desen için, faktörler arasında anlamlı fark olduğu yani faktörlerin ölçüm güçlerinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.01$ ve $p<0.05$ düzeyinde).
- Madde ayırt ediciliğinde 12. madde hariç tüm maddelerin ayırt ediciliğinin oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir ($r_{jx}=0.00$). Ancak 12. maddenin ise hem AFA'da faktör yük değerinin yüksek olması hem de DFA'da standardize edilmiş katsayısının yüksek, hata varyansının ise görece düşük olması nedeniyle maddenin araçta kalmasına karar verilmiştir.

6.2. Öneriler

1. Barkin Anne Fonksiyon Envanteri'nin araştırmacılar tarafından farklı bölgelerde, farklı gruplarda (yaş, cinsiyet, eğitim durumu...) ve daha büyük örneklem grubuna uygulanarak geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi,
2. Öz bakım, bebek bakımı, sosyal destek ve anneliğe uyum alt ölçeklerinin alfa katsayılarının 0.70'den düşük olması nedeniyle BIMF yenileme çalışmalarında bu alt boyutlarının soru sayıları artırılarak ölçek alt boyutu düzeyinde iyileştirme yapılması,
3. BIMF'in fonksiyonel durumu tanılamak için herhangi bir kesme değerini bulunmamaktadır. Bu nedenle bir eşik değerini tanımlanmalıdır ve sağlık çalışanlarının annelerin fonksiyonel durumlarını tanılamasına kolaylık sağlanmalı,
4. BIMF'in sağlık çalışanlarına tanıtılması ve aile sağlığı merkezlerinde doğum sonu annelere uygulanması.
5. BIMF'in doğum sonu 6-10 haftalık süreçten, doğum sonu iki yıla kadar kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aber C, Weiss M, Fawcett J. Contemporary women's adaptation to motherhood: The first 3 to 6 weeks postpartum. *Nursing Science Quarterly*. 2013; 26(4) 344–351.
- Ahn S, Youngblut JM. Predictors of women's postpartum health status in the first 3 months after childbirth. *Asian Nurs Res*. 2007; 1: 136–146.
- Aksakallı M, Çapık A, Ejder Apay S, Pasinoğlu T, Bayram S. Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *J PsyNurs*. 2013; 3: 129-135
- Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 1: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *HEMAR-G*. 2002;4: 9-14.
- Aktan MN. Functional status after childbirth. *CNR*. 2007; 16: 195-211.
- Albayrak AS. Uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. Baran Ofset. 1. Baskı. Ankara; 2006, ss:60-258.
- Albers L. Health problems after childbirth. *J. Midwifery&Womens Health*. 2000;45: 55-57.
- Alp N, Mete S. Postpartum yorgunluk düzeyi ile uyku ve beslenmenin yorgunluğa etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11: 10-18.
- Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinde örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik. Deyay Yayıncılık. 2 Baskı. Ankara; 2012, s:408-509.
- Altuntuğ K, Ege E. Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. *HEMAR-G*. 2013;15: 45-56.
- Aluş-Tokat M. Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Emzirme Öz-yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısı Üzerine Etkisi. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Prof. Dr. H Okumuş).
- Apay S, Pasinoğlu T. Kesitsel çalışma; kadınların doğum sonu fonksiyonel durumlarının incelenmesi. *HEMAR-G*. 2009;1: 20-29.
- Arcamone A.A. The Effect of Prenatal Education on Adaptation to Motherhood After Vaginal Childbirth an Primiparous Women as by Roy's Four Adaptative Modes. PhD thesis, 2005, Chester.

- Aston ML. Learning to be a normal mother: empowerment and pedagogy in postpartum classes. *Public Health Nurs.* 2002; 19: 284-293.
- Atıcı İ. Doğum Sonu Erken Taburculukta Lohusalara Verilecek Sağlık Eğitimi ve Evde Bakımın Postpartum Komplikasyonlar ve Anksiyete Düzeyine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2000, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Gözüm).
- Balkaya NA. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe - hemşirenin rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 2002; 6: 42-49.
- Barbara V, Christine T, Randles MS, Susan S, Shigeko I, Marion D, Connie K, Ann M. A model for examining predictors of outcomes of telephone nursing advice. *J Nurs Admin.* 2003; 33: 91-95.
- Barkin JL, Bloch JR, Hawkins KC, Thomas TS. Barriers to optimal social support in the postpartum period. *JOGNN.* 2014; 43: 445-454.
- Barkin JL, Hawkins KC, Thomas TS, Parish DC. Feeling around in the dark. *SMJ Depress Res Treat.* 2015;1: 1003-1008.
- Barkin JL, Wisner KL, Bromberger JT, Beach SR, Terry MA, Wisniewski SR. Development of the Barkin index of maternal functioning. *Journal of Women's Health.* 2010;19: 2239-2246.
- Barkin JL, Wisner KL, Bromberger JT, Beach SR, Wisniewski SR. Assessment of functioning in new mothers. *Journal of Women's Health.* 2012b;19: 1493-1499.
- Barkin JL, Wisner KL, Wisniewski SR. The Psychometric properties of the barkin index of maternal functioning. *JOGNN.* 2014; 43: 792-802.
- Barkin JL, Wisner KL. The role of maternal self-care in new motherhood. *Midwifery.* 2013;29: 1050-1055
- Barkin JL. The Development and Testing of The Barkin Index of Maternal Functioning. P.U. Community Health Sciences Graduate School of Public Health, Ph. D. Thesis, 2009, Pittsburg (Thesis advisor: Assoc. Prof. SR Beach).

- Beck CT, Gable RK, Sakala C, Declercq ER. Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage U.S. National Survey. *Birth*. 2011;38: 216–227.
- Beck CT. Predictors of postpartum depression: An update. *Nurs Res*. 2001;50: 275–285.
- Beji NK, Coşkun A, Yıldırım G. Doğum olayının kadının fonksiyonel durumu üzerine etkisi. *HEMAR-G*. 2003;1: 22-29.
- Beydağ K. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TAF Prev Med Bull*. 2007; 6: 479-484.
- Birol L. Hemşirelik süreci ve hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. *Etki Yayın*. 2. Baskı. İzmir;2010, s:491-492.
- Bozoky I, Corwin E, Fatigue as a predictor of postpartum depression. *JOGNN*. 2002;31: 436-443
- Breger R, DeFrancesco C, Elliot D. Training coders using motivational interviewing treatment integrity coding system. *MINT Bulletin*. 2005; 12: 14-16.
- Brown S G, Johnson BT. Enhancing early discharge with home follow-up: A pilot Project. *JOGNN*. 1998;27: 33-38.
- Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *BJOG*. 2000; 107: 1194–1201.
- Burgess A. Fathers' roles in perinatal mental health: causes, interactions and effects. *New Digest*. 2011; 53: 24–29
- Büyükkoca M. Algılanan Sosyal Destek ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2001, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Mete).
- Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: istatistik, araştırma deseni, spss uygulamaları ve yorum. PEGEM A Yayıncılık. 7. Baskı. Ankara; 2007, s: 100 350.
- Byron-Scott R, Baghurst P. Review of literatüre on strategies to supoprt breastfeeding. Public Health Research Unit, Children Youthand Women's Health Service. 2006; /<http://www.health.sa.gov.au/pehs/branches> (Erişim tarihi 25 Ocak 2012).

- Carlson ED. A case study in translation methodology using the health promotion lifestyle profile II. *J Public Health Nurs.* 2000;17: 61-70.
- Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess.* 2007; 153:1–186.
- Cohen ME, Marino RJ. The tools of disability outcomes research functional status measures. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000;81: 21-29.
- Corwin EJ, Brownstead J, Barton N. The impact of fatigue on the development of postpartum depression. *JOGNN.* 2005; 34: 577-585.
- Cunningham G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics (22nd ed.)*. McGraw-Hill Professional. New York; 2005, pp: 520-780.
- Çalışır H, Karaçam Z, Akgül FA, Kurnaz DA. Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeğinin Türkçe formunun geçerliği ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2009;12: 1-8.
- Çapık C. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014;17: 196-205.
- Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: spss ve lisrel uygulamaları. Pegem Akademi Yayıncılık. 2. Baskı. Ankara; 2012, ss:136-194.
- Darj E, Stalnacke B. Very early discharge from hospital after normal deliveries, *Ups J Med Sci.* 2000; 105: 57-66.
- Dehkordi ZR, Raei M, Shirazi MG, Dehkordi SARR, Mirmohammadali M. Effect of Telephone Counseling on Continuity and Duration of Breastfeeding among Primiparus Women. *تهران پژوهش‌های علمی دانشگاه امامی و پسر ساری دانشکده مجله*. 2012; 25: 530-540. شماره ، 18 دوره (حیات)
- Dellman T. ‘The best moment of my life’: a literature review of fathers’ experience of childbirth. *Australian Midwifery Journal of the College of Midwives.* 2004; 17: 20–26.
- Deniz ZK. Psikolojik ölçme aracı uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2007;40: 1-16.
- Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 28: 1-58.

- Dennis CL, Hodnett E, Kenton L, Weston J, Zupancic J, Stewart DE, Kiss A. Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 338: 3064-3075.
- Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr*. 2007; 96: 590–594.
- Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health*. 2006;29: 259–268.
- Dewey KG. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr*. 2001; 131: 262–267.
- Duman NB. Pospartum erken taburculuk sonrası evde bakım. *TAF Prev Med Bull*. 2009;8: 73-82.
- Ebbeling CB, Pearson MN, Sorensen G, Levine RA, Hebert JR, Salkeld JA. Conceptualization and development of a theory-based healthful eating and physical activity intervention for postpartum women who are low income. *Health Promot Pract*. 2007;8: 50–59.
- Elek S, Hudson D, Fleck M. Couples' experiences with fatigue during the transition to parenthood. *J Fam Nurs*. 2002; 8: 221–240.
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30: 211-216.
- Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu YS. Doğrulayıcı faktör analiz ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2013;33: 210-23.
- Ertürk N. Doğum Sonrası Destek Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B Saydam Karaca).
- Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84: 436-43.
- Fatimah S, Siti HS, Tahir A, Imam MH, Ahmad YF. Breastfeeding in Malaysia: results of the third national health and morbidity Survey (NHMS III) 2006. *J Nutr*. 2010;16: 195–206.

- Fishbein E, Burggraf E. Early postpartum discharge: How are mothers managing? *JOGNN*. 1998; 27: 142-148.
- Fjeldsoe B, Miller YT, Marshall AL. MobileMums: A randomized controlled trial of an sms-based physical activity intervention. *Ann Behave Medicine*. 2010; 39: 101–111.
- Fjeldsoe BS, Marshall AL, Miller YD. Behavior change interventions delivered via mobile telephone short-message service. *Am J Prev Med*. 2009; 36: 165–173.
- Fletcher R, Silberberg S, Galloway D. New fathers' postbirth views of antenatal classes: satisfaction, benefits and knowledge of family services. *Journal of Perinatal Education*. 2004;13: 18–26.
- Foels T, Terranova MD, Melzer SM. After-hours telephone triage: reducing the financial burden- reply. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 23: 158-186.
- Fowles ER. The relationship between maternal role attainment and postpartum depression. *Health Care for Women International*. 2006; 19: 83-94.
- Frantz A. Matching telehealth applications to the patient, clinician, and agency's needs. *Home Health Nurs*. 2004; 22: 672-675.
- Galbraith AA, Egerter S. Newborn Early Discharge Revisited: Are California Newborns Receiving Recommended Postnatal Services?. *Pediatrics*, Evanston. 2003; 11: 364-371.
- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC: Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2005; 119:1–8.
- Gao L, Luo S, Chan SW. Interpersonal psychotherapy-oriented program for Chinese pregnant women: Delivery, content, and personal impact. *Nurs Health Sci*. 2012; 14: 318–324.
- Gao LL, Chan SWC, You LM, Li XM. Experiences of postpartum depression among first-time mothers in mainland China. *J. Adv. Nurs*. 2010a;2: 303–312.
- Ge Y, Xue LS, Qin GR, Liu GR, Liu SE, Mai WY. Content and teaching methods of childbirth education in China: a review. *Matern. Child Health Care Chin*. 2009; 24: 154–156.
- Giallo R, Cooklin A, Dunning M, Seymour M. the efficacy of an intervention for the management of postpartum fatigue. *JOGNN*. 2014;43: 598-613.

- Gjerdingen DK, McGovern P, Pratt R, Johnson L, Crow S. Postpartum doula and peer telephone support for postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *J Prim Care Community Health*. 2013; 4: 36–43.
- Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2003;7: 15-22.
- Güleç D, Kavlak O, Sevil Ü. Ebeveynlerin doğum sonu yaşadıkları duygusal sorunlar ve hemşirelik bakımı. *HEMAR-G*. 2014;11: 54-60.
- Halpern LF, Brand KL, Malone AF. Parenting stress in mothers of very-low-birth-weight (VLBW) and full-term infants: A function of infant behavioral characteristics and child-rearing attitudes. *J Pediatr Psychol*. 2001; 26: 93–104.
- Han HR, Kim J, Kim KB. Implementation and success of nurse telephone counseling in linguistically isolated Korean American patients with high blood pressure. *Patient Educ Couns*. 2010;80: 130-134.
- Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008;17: 1132-1143.
- Hawley DJ. Functional ability, health status, and quality of life. In: Dehoratius, .R.J. (Ed.), *Clinical Care in the Rheumatic Diseases*. Association of Rheumatology Health Professionals, Atlanta; 2001, pp:1079-1138.
- Hill PD, Aldağ JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. Development of a questionnaire to measure maternal postpartum quality of life. *J Nurs Meas*. 2007;14: 205-220.
- Hindistan S, Çilingir D. Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: telefon kullanımı. *HEMAR-G*. 2012; 9: 30-35.
- Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: Controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ*. 1989;298: 223-226.
- Holroyd E, Lopez V, Chan SWC. Negotiating “Doing the month”: an ethnographic study examining the postnatal practices of two generations of Chinese women. *Nurs. Health Sci*. 2011; 13: 47–52.
- Hoyer S, Horvat L. Successful breastfeeding as a result of a health education programme for mothers. *J Adv Nurs*. 2000;32: 1158–1167.

- Inandi T, Elci OC, Özturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol.* 2002;31: 120-17.
- Jiang L, Wang Z, Qiu L, Wan G, Lin Y, Wei Z. Psychological intervention for postpartum depression. *J Huazhong Univ Sci Technol.* 2014;34: 437-447.
- Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti. 6.Baskı. Ankara; 2014, ss:75-200
- Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği: Türkçe'de geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2008;19: 187-196.
- Karadağ F. Gebelere lohusalık bakımı ve bebek bakımı konusunda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. A.K Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Afyonkarahisar (Danışman: Yrd. Doç. Dr. DT Arıöz).
- Karakaplan S, Yıldız H. Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3: 55-65.
- Keith RA. Functional status and health status. *Arch Phys Med Rehabil.* 1994; 75: 478–483.
- Khakbazan Z, Tehrani SG, Payghambaroust R, Kazemnejad A. Effect of telephone counseling during post-partum period on women's quality of life. *Hayat.* 2010;15: 5-12.
- Khresheh R, Suhaimat A, Jalamdeh F, Barclay L. The effect of a postnatal education and support program on breastfeeding among primiparous women: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2011; 48: 1058-68.
- Kiehl EM, White MA. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States. *Scand J Caring.* 2003;17: 96–103.
- Killien MG. The Role of social support in facilitating postpartum women's return to employment. *JOGNN.* 2005; 34: 638-646.
- Kim T, Connolly AJ, Tamim H. The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *Pregnancy and Childbirth.* 2014;14: 1-9.
- Knight MM. Cognitive ability and functional status. *J Adv Nurs.* 2000;31: 1459–1468.
- Koch S. Home telehealth-current state and future trends. *Int J Med Inform* 2006; 75: 565-576.

- Koç G. Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2005, Ankara (Doç Dr. K Eroğlu).
- Langford CP, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs.* 1997;25: 95-100.
- Lieu TA, Braveman PA. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge part I. *Pediatrics.* 2000; 105: 1058-1065.
- Li-Yin SS, Chien LY, Tai CJ, Lee CF. Effectiveness of a prenatal education program on breastfeeding outcomes in Taiwan. *J Clin Nurs.* 2008;17: 296-303.
- London M, Ladewig PW, Ball JW, Bindler RC. *Maternal newborn and child nursing.* Philadelphia, PA: Prentice Hall. 2003;20: 180–210.
- Lorentz MM. Telenursing and home healthcare the many facet of technology. *Home Health Nurs.* 2008; 26: 237-243.
- Lugina H I, Christensson K, Massawe S, Nystrom L, Lindmark G. Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: A study of primiparous mothers in dar es salaam, Tanzania. *J Midwifery Womens Health.* 2001;46: 248-257.
- Mac Arthur C, Winter HK, Bick DE, Knowles H. Effect of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet.* 2002; 359: 378- 385.
- Mandl K, D Homer, CJ. Effect of a reduced postpartum lenght of stay program on primary care services use by mothers and infants. *Pediatrics.* 2000; 106: 937-941.
- Martell L. Heading toward the new normal: A contemporary postpartum experience. *JOGNN.* 2001; 30: 496-505.
- Maycock B, Binns CW, Dhaliwal S, Tohotoa J, Hauck Y, Burns S, Howat P. Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial. *J Hum Lact.* 2013;29: 484–490.
- McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Gross CR, Kennery S, Lundberg U. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann Fam Med.* 2006;4: 159-167.
- McVeigh C. Anxiety and Functional Status After Childbirth. *ACMI Journal.* 2000;14: 172-178.

- McVeigh C. Functional status after childbirth in an Australian sample. *JOGNN*. 1988; 27: 402-409.
- McVeigh C. Investigating the relationship between satisfaction with social support and functional status after childbirth. *Am J Matern Child Nurs*. 2000; 25: 25–30.
- McVeigh CA, Chaboyer W. Reliability and validity of inventory of functional status after childbirth when used in Australian population. *Nurs Health Sci*. 2002;31: 1-5.
- McVeigh CA. Anxiety and functional status after childbirth. *Aust Coll Midwives Inc J*. 2000; 13: 14–8.
- McVeigh, C. Functional status after fatherhood an Australian Study. *JOGNN*. 2001;31: 32-38.
- Mercer R, Ferketich S. Predictors of family functioning eight months following birth. *Nurs Res*. 1990; 39: 76-82.
- Mercer R. The process of maternal role attainment over the first year. *Nurs Res*. 1985;34: 198 – 204.
- Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010;1(2):71-76.
- Mete S. Antenatal eğitim. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Konuşma ve Bildiri Özetleri Kitabı. Ankara, 2009.
- Michels A, Kruske S, Thompson R. Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *J Reprod Infant Psychol*. 2013; 31: 172–182.
- Miller Y, Trost S, Brown W. Mediators of physical activity behavior change among women with young children. *Am J Prev Med*. 2002; 23: 98–103.
- Nelson, A. Transition to motherhood. *JOGNN*. 2003; 32: 465-467.
- Ngai FW, Chan SW, Ip WY. Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction. *Nurs Res*. 2010;59: 185–193

- Noel Weiss J. The effect of prenatal education on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. O. U. School of Nursing Faculty of Health Sciences, Master of Nursing, 2005, Ottawa.
- NoorN, M Aziz, Mostapa MR, Awang Z. Validation of the Malay version of the inventory of functional status after childbirth questionnaire. *BioMed Res İnt.* 2015;2015: 1-10.
- O'Connor K, Mowat DL, Scott HM. A randomized trial of two public health nurse follow up programs after early obstetrical discharge. *Can J Public Health.* 2003;94: 98-104.
- O'Hara MW: Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol.* 2009;65: 1258–1269.
- Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Human Lact.* 2001;17: 326–343.
- Özdamar K. Paket programlar ile istatikselsel veri analizi. Kaan Kitabevi. 5. Baskı. Eskişehir; 2004, ss:100-158.
- Özkan S, Sevil Ü. Doğum sonrası fonksiyonel durum envanterinin geçerlilik güvenilirlik çalışması. *TAF Prev Med Bull.* 2007;6: 199-208.
- Özkan S, Türkcü SG, Kayhan Ö, Serçekuş P, Sevil Ü. Doğum yapan anne ve eşlerin fonksiyonel durumları. 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi. Koçeeeli.14-15 Nisan 2016: 153-155.
- Patrick DL, Chiang YP. Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges. *Medical Care.* 2000; 38: 14–25.
- Paul IM, Phillips TA, Widome MD. Cost-effectiveness of postnatal home nursing visits for prevention of hospital care for jaundice and dehydration. *Pediatrics.* 2004;4: 1015-1023.
- Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi.* 2009;36: 184-190.

- Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 2005;116: 494-498.
- Posmontier B. Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *J Midwifery Women's Health*. 2008;53: 310–318.
- Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13: 70-79
- Reinhardt AC. The impact of work environment on telephone advice nursing. *Clin Nurs Res* 2010;19: 289-310.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26: 289–295.
- Ruchala PL. Teaching new mothers: priorities of nurses and postpartum women". *JOGNN*. 2000; 29: 265-273.
- Rychnovsky JD. Postpartum fatigue in the active-duty military woman. *JOGNN*. 2007;36: 38–46.
- Saurel MJC, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth: A longitudinal study in France and Italy. *BJOG*. 2000;107: 1202–1209.
- Schytt E, Waldenström U. Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *J Women Health*. 2007;16: 390–405.
- Scott JA. What works in breastfeeding promotion? *J R Soc Promot Health*. 2005; 125: 203–204.
- Serçekuş P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *J Adv Nurs*. 2010;66: 999–1010.
- Shin H, Joo-Park Y, Kim MJ. Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *J Adv Nurs*. 2006;55: 425–434.
- Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2003;17: 407–417.
- Simpson RK, Creehan PA. *Perinatal Nursing*, 2nd Edition, Lippincott Company, Philadelphia, 2001, pp:446-667.

- Singh D, Newburn M. Becoming Father: Men's Access to information and support about pregnancy, birth and life with a new baby. National Childbirth Trust, 2000.
- Smith CH, Deblois D. Postpartum early discharge: Impact on maternal fatigue and functional ability. *Clin Nurs Res.* 1995; 4: 50-66.
- Soliman MH. Impact of antenatal counselling on couples' knowledge and practice of contraception in Mansoura, Egypt. *East Mediterr Health J.* 2000;5: 1002-13.
- Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2003;13: 94-101.
- Surkan PJ, Gottlieb BR, McCormick MC, Hunt A, Peterson KE. Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum. *Matern Child Health J.* 2012; 16: 139-148.
- Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2010; 27: 51-58.
- Şanlı Y, Öncel S. Kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Turk J Society Obstet Gynecol.* 2014;2: 22-29.
- Şeker S. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğini Algılamasına Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ü Sevil).
- Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlik. Ankara: Seçkin yayıncılık.1. Baskı. Ankara; 2005, ss:105-500.
- Şentürk V. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi.* 2008;16: 25-34.
- Tabachnick BG, Fidel LS. Çok değişkenli istatistiklerin kullanımı.(Birinci Baskı). (Çeviri Editörü: M. Baloğlu) Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara; 2015, ss: 100-281
- Tahir NM, Sadat N. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2013;50: 16-25.
- Taşçı KD, Mete S. Postpartum kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.* 2007;10: 20-29.

- Taşkın, L. (2005). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık.7. Baskı. Ankara; 2005, s: 437-380.
- Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*. 2003;112: 108–115.
- Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new mother-to-infant bonding scale: Links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health*. 2005; 8: 45-51.
- Taylor J, Johnson M. How women manage fatigue after childbirth. *Midwifery*. 2008; 26: 367-375.
- Tezbaşaran AA. Likert tipi ölçek hazırlama klavuzu. Üçüncü Sürüm e-Kitap. 2008.
- Thome M, Alder B. A telephone intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in community. *J Adv Nurs*. 1999;29: 128-137.
- Thompson J, Roberts LC, Currie M, Elwood AD. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: Associations with parity and method of birth. *BIRTH*. 2002; 29: 200-218.
- Troy N. Is the significance of postpartum fatigue being overlooked in the lives of women? *Am J Matern Child Nurs*. 2003; 28: 252–257.
- Tulman L, Fawcett J, Groblewski L. Changes in functional status after childbirth. *Nurs Res*. 1990;39: 70–75.
- Tulman L, Fawcett J. Women's health during and after pregnancy: a theory-based study of adaptation to change. Springer Publishing Company, New York; 2003, pp:500-1580.
- Tulman L, Fawcett J. Return of functional ability after childbirth. *Nursing Research*. 1998; 37:77-81.
- Turan JM, Nalbant H, Bulut A, Sahip Y. Including expectant fathers in antenatal education programmes in Istanbul, Turkey. *Reproductive Health Matters*. 2001;18: 114-125.
- Turan JM, Say L. Community-based antenatal education in İstanbul Turkey: effect on health behaviours. *Health Policy Plan*. 2003;18: 391–398.
- Wang TJ. Concept analysis of functional status. *Int J Nurs Stud*. 2004;41: 48-56.

- Waters MA, Lee KA. Differences between primigravidae and multigravidae mothers in sleep disturbances, fatigue, and functional status. *J Nurse Midwifery*. 1996; 41: 364–372.
- White ML. A correlational study examining the relationships among maternal breastfeeding self efficacy, problem-solving skills, satisfaction with breastfeeding experience, and duration. Memorial University of Newfoundland, School of Graduate Studies, Master of Nursing, 2002, Newfoundland.
- Wiegers TA. Adjusting to motherhood maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope. *J Neo Nurs*. 2006;12: 163-171.
- Wilkerson, DL, Batavia AI, DeJong G, Use of functional status measures for payment of medical rehabilitation services. *Arch Womens Ment Health*. 1992;73: 111–120.
- Wilkinson RB, Mulcahy R. Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. *J Reprod Infant Psychol*. 2010;28: 252–265.
- Wolf D, Crowe M. Postpartum. *The New Our Bodies, Ourselves A book by and For Women*, A Touchstone Book. Very (Ed). London; 1992, pp: 980-1590.
- Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O’Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191: 708-712.
- Yanikkerem E, Altınparmak S, Karadeniz G, Sevil Ü. Erken lohusalık döneminde olan kadınların doğum sonrası muayene bulgularının ve doğum sonu bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Kadın Doğum Dergisi*. 2005;4: 673-680.
- Yelland J, Sutherland G, Brown SJ. Postpartum anxiety, depression and social health: Findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*. 2010;10: 771-781.
- Zaghloul S, Harrison G, Fendley G, Pierce R, Morrisey C. Correlates of breastfeeding initiation in southeast. *Ark Sout Med J*. 2004;97: 446–450.

EK-1

Hi Ruveyde.

You have my permission to use the unmodified version of the index.

Keep me posted.
Jen

On Sep 9, 2015, at 3:05 AM, ruveyde aydin <aydinruveyde@gmail.com> wrote:

Dear Jennifer Barkin:

I will test the validity and reliability of your index in Turkey. So I want to use your questionnaire If you take permission me

I will not modify index. Yes I publish the result.

Thank you for responding to e-mail.
Best regards...

Ruveyde Aydın - (Research Asistant)

Akdeniz University

Nursing Faculty

Maternity and Gynaecological Nursing Division

EK-2



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

ANTALYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - ANTALYA
ÇOCUK ERGEN KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI
HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
29.01.2016 16:59 - 47897930 - 331.02.99 - E.119



Sayı : 47897930/231.02.99
Konu : Tez Çalışması (Ruveyde AYDIN)

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 24.12.2015 tarih ve E.29800 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Ruveyde AYDIN'ın "Barkin Anne Fonksiyonu Envanterinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu yüksek lisans tez çalışmasının, Müdürlüğümüz tarafından yapılan değerlendirmesi sonucunda tez çalışma uygulanmasında sakınca görülmemiştir.

Gereğini arz ederim.

Uzm.Dr.Murat ÖZDEMİR
Halk Sağlığı Müdürü



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 47897930/231.02.99
Konu : Tez Çalışması (Ruveyde AYDIN)

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: 24.12.2015 tarih ve E.29800 sayılı yazı.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Ruveyde AYDIN'ın "Barkin Anne Fonksiyonu Envanterinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu yüksek lisans tez çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı Muratpaşa 15 Nolu ASM, 17 Nolu ASM, Meltem ASM ve Kepez 18 Nolu Kültür Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütmesi uygun görülmüştür.

Ourlarımıza arz ederim.

Uzm.Dr.Murat ÖZDEMİR
Halk Sağlığı Müdürü

O L U R
...../03/2016

Mustafa ÖZKAYNAK
Vali a.
Vali Yardamcısı

EK-4



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 70904504/ 462
Konu :

27.6/2015

Sayın
Prof.Dr.Kamile KABUKÇUOĞLU
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
"Barkin Anne Fonksiyonunu Envanterinin Geçerlik Güvenirlik Çalışması" adlı çalışmaya ait
Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-5

DİL GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLAR	
<i>İngilizceden Türkçeye çeviri yapan uzmanlar</i>	
Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Gülcihan YILDIRIM AKKUZU	Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Nilüfer ERBİL	Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Selma ÖNCEL	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Sultan AYZAZ	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi
<i>Türkçeden İngilizceye çeviri yapan uzmanlar</i>	
Okutman Bayram KAYA	Gazi Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü Öğretim Elemanı
Araştırma Görevlisi Öznur Yemez	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Batı Dilleri ve Edebiyatı, İngiliz Dili ve Edebiyatı Bölümü
Araştırma Görevlisi Oğuzhan Togay	The University of Georgia Tech
Araştırma Görevlisi Ayşe Ulutaş	The University of Nottingham
KAPSAM GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLAR	
Prof. Dr. Aygül AKYÜZ	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Evşen Batır Nazik	Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Filiz KANTEK	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Sevgi ÖZKAN	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ	Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

EK-6

BARKIN ANNELİK FONKSİYONU ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı;

Adım Ruveyde AYDIN, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD’da yüksek lisans yapmaktayım. 15-17-18 No’lu ve Meltem aile sağlığı merkezlerine kontrol için gelen annelerde doğum sonu fonksiyonu ölçen bu ölçeği Türk kültürüne uyarlamak üzere bir “ölçek uyarlama” çalışması yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplama için sosyodemografik özellikleri ve doğum sonu dönemde yaşadığınız duyguları içeren soru formları hazırlanmıştır. Soruları yanıtlamak ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Sorulan sorulara cevap vermeniz, doğum sonrasında annelik rolüne uyumda sorun yaşayan annelere bu konuda eğitim verilmesi ve destek olunması açısından önemlidir. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Ruveyde AYDIN

Akdeniz Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

Katılımcının İmzası

EK-7

ANNE TANITICI BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) İlköğretim b)Lise c) Ön Lisans d) Lisans e) Yüksek Lisans f) Doktora

3. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

a) Çekirdek b) Geniş c) Birleşik d) Diğer (.....)

4. Çalışıyor musunuz?

a) Evet (Mesleğiniz.....) b) Hayır

5. Ailenizin aylık gelir durumu nedir?.....TL

6. Sosyal güvenceniz var mı? a)Evet b) Hayır

7.Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) İlköğretim b)Lise c) Ön Lisans d) Lisans e) Yüksek Lisans f) Doktora

8.Evlilik süreniz nedir?.....

9.Bebeğinizi planlayıp, isteyerek mi doğurdunuz?

a) İstenen ve planlanan bir bebek b) İstenmeyen bir bebek c) Planlanmamış ancak istenen bebek

10. Bebeğiniz kaç haftalık?.....

11.Bebeğinizi besleme metodunuz nedir?

a)Anne sütü, emzirerek b) Mama, biberonla c)Mama kaşık ile d)Diğer

12. Gebeliğinizde size destek olanlar kimlerdir?

a) Hiç kimse b) Eşim c) Annem ve babam d) Çevremdeki Herkes

13. Doğum şekliniz nedir?

a) Normal vajinal doğum b) Epidural/Spinalle vajinal doğum

c) Genel anestezi ile sezaryen doğum d) Epidural/Spinalle sezaryen doğum

e) Müdahaleli doğum (Vakum/Forseps)

14. Kaçını gebeliğinizdi?.....

15. Bebeğinizin bakımına yardımcı olan birisi/birileri var mı?

a) Evet (Kim/kimler?.....) b) Hayır



EK-8

Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği

YÖNERGE

Geçen iki hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi verilen rakamları daire içine alarak belirtiniz. Cevaplarınız doğum sonrası dönemdeki deneyiminizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacağından lütfen sorulara mümkün olduğunca içten cevap veriniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Ben iyi bir anneyim.	0	1	2	3	4	5	6
2. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
3. Bebeğimi doyurmak için seçtiğim yöntemden memnunum (Biberon veya emzirme, ya da her ikisi birlikte).	0	1	2	3	4	5	6
4. Bebeğim ve ben birbirimizi anlarız.	0	1	2	3	4	5	6
5. Bebeğimle eğlenebilir ve güzel zaman geçirebilirim.	0	1	2	3	4	5	6
6. İşim olduğunda çevremde bebeğimi rahatça bırakabileceğim güvendiğim insanlar vardır.	0	1	2	3	4	5	6
7. Güvendiğim bir arkadaşımın ya da akrabamın bebeğimle ilgilenmesine rahatlıkla izin verebiliyorum	0	1	2	3	4	5	6
8. Yetişkinlerle gerektiği kadar etkileşimde bulunuyorum.	0	1	2	3	4	5	6

9.Diğer insanlardan gerektiği kadar destek alıyorum.	0	1	2	3	4	5	6
10. Bebeğime bakmak söz konusu olduğunda kendi hislerime (içgüdü) güvenirim.	0	1	2	3	4	5	6
11. Her hafta kendime biraz zaman ayırırım.	0	1	2	3	4	5	6
12. Bebeğimin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaya oldukça dikkat ederim (Beslemek, bezini değiştirmek, doktora götürmek).	0	1	2	3	4	5	6
13. Kendi fiziksel ihtiyaçlarıma (duş alma, yemek yeme) yeterince zaman ayırabiliyorum.	0	1	2	3	4	5	6
14. Bebeğimin sağlıklı ve iyi olması için doğru kararlar veririm	0	1	2	3	4	5	6
15. Bebeğim ve ben rutin bir hayata alışıyoruz.	0	1	2	3	4	5	6
16. Diğer insanları beni yargılar mı diye endişe duyarım (bir anne olarak).	0	1	2	3	4	5	6
17. Bebeğime bakabilir ve aynı zamanda diğer yükümlülüklerimi yerine getirebilirim.	0	1	2	3	4	5	6
18. Kaygılı ya da endişeli olmam sıklıkla annelik becerilerimi etkiliyor.	0	1	2	3	4	5	6
19. Zamanla bebeğime bakma konusunda gelişme göstermekteyim.	0	1	2	3	4	5	6
20. Annelik rolümden oldukça memnunum.	0	1	2	3	4	5	6

EK-9

Barkin Index of Maternal Functioning

ID: _____	Date: ___/___/____	Visit: _____
-----------	--------------------	--------------

Please **circle the number** that best represents how you have felt **over the past two weeks**. Please try to answer each question as honestly as possible as your responses will help us better understand the postpartum experience.

	Strongly Disagree	Disagree	Somewhat Disagree	Neutral	Somewhat Agree	Agree	Strongly Agree
1. I am a good mother.	0	1	2	3	4	5	6
2. I feel rested.	0	1	2	3	4	5	6
3. I am comfortable with the way I've chosen to feed my baby (either bottle or breast, or both).	0	1	2	3	4	5	6
4. My baby and I understand each other.	0	1	2	3	4	5	6
5. I am able to relax and enjoy time with my baby.	0	1	2	3	4	5	6
6. There are people in my life that I can trust to care for my baby when I need a break.	0	1	2	3	4	5	6
7. <i>I am comfortable</i> allowing a trusted friend or relative to care for my baby (can include baby's father or partner).	0	1	2	3	4	5	6
8. I am getting enough adult interaction.	0	1	2	3	4	5	6
9. I am getting enough encouragement from other people.	0	1	2	3	4	5	6
10. I trust my own feelings (instincts) when it comes to taking care of my baby.	0	1	2	3	4	5	6
11. I take a little time each week to do something for myself.	0	1	2	3	4	5	6
12. I am taking good care of my baby's physical needs (feedings, changing diapers, doctor's appointments).	0	1	2	3	4	5	6
13. I am taking good care of my physical needs (eating, showering, etc).	0	1	2	3	4	5	6
14. I make good decisions about my baby's health and well being.	0	1	2	3	4	5	6
15. My baby and I are getting into a routine.	0	1	2	3	4	5	6
16. I worry about how other people judge me (as a mother).	0	1	2	3	4	5	6
17. I am able to take care of my baby <u>and</u> my other responsibilities.	0	1	2	3	4	5	6
18. Anxiety or worry often interferes with my mothering ability.	0	1	2	3	4	5	6
19. <i>As time goes on</i> , I am getting better at taking care of my baby.	0	1	2	3	4	5	6
20. I am <i>satisfied</i> with the job I am doing as a new mother.	0	1	2	3	4	5	6

EK-10**Barkin Annelik Fonksiyonu Ölçeği****YÖNERGE**

Geçen iki hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi verilen rakamları daire içine alarak belirtiniz. Cevaplarınız doğum sonrası dönemdeki deneyiminizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacağından lütfen sorulara mümkün olduğunca içten cevap veriniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Ben iyi bir anneyim.	0	1	2	3	4	5	6
2. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
3. Bebeğimi doyurmak için seçtiğim yöntemden memnunum (Biberon veya emzirme, ya da her ikisi birlikte).	0	1	2	3	4	5	6
4. Bebeğim ve ben birbirimizi anlarız.	0	1	2	3	4	5	6
5. Bebeğimle eğlenebilir ve güzel zaman geçirebilirim.	0	1	2	3	4	5	6
6. İşim olduğunda çevremde bebeğimi rahatça bırakabileceğim güvendiğim insanlar vardır.	0	1	2	3	4	5	6
7. Güvendiğim bir arkadaşımın ya da akrabamın bebeğimle ilgilenmesine rahatlıkla izin verebiliyorum	0	1	2	3	4	5	6
8. Yetişkinlerle gerektiği kadar etkileşimde bulunuyorum.	0	1	2	3	4	5	6

9. Diğer insanlardan gerektiği kadar destek alıyorum.	0	1	2	3	4	5	6
10. Bebeğime bakmak söz konusu olduğunda kendi hislerime (içgüdü) güvenirim.	0	1	2	3	4	5	6
11. Her hafta kendime biraz zaman ayırırım.	0	1	2	3	4	5	6
12. Bebeğimin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaya oldukça dikkat ederim (Beslemek, bezini değiştirmek, doktora götürmek).	0	1	2	3	4	5	6
13. Kendi fiziksel ihtiyaçlarıma (duş alma, yemek yeme) yeterince zaman ayırabiliyorum.	0	1	2	3	4	5	6
14. Bebeğimin sağlıklı ve iyi olması için doğru kararlar veririm	0	1	2	3	4	5	6
15. Bebeğime bakabilir ve aynı zamanda diğer yükümlülüklerimi yerine getirebilirim.	0	1	2	3	4	5	6
16. Zamanla bebeğime bakma konusunda gelişme göstermekteyim.	0	1	2	3	4	5	6

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ruveyde	Uyruğu	T.C
Soyadı	AYDIN	Tel no	05466449161
Doğum tarihi	10.03.1991	e-posta	aydinruveyde@gmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Samsun Vezirköprü Anadolu Lisesi	2009
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2013
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2014
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Araş. Gör.	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (ÖYP)	10/09/2013-01/01/2015
Araş. Gör.	Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (ÖYP)	07/01/2015-21/06/2015
Araş. Gör.	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (ÖYP)	01/07/2015-16/12/2015
Araş. Gör.	Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi (ÖYP)	04/01/2016

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	İELTS	5,5
	YDS	78,75

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Barkin Anne Fonksiyon Envanterinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Kordinasyon Birimi	2015-devam ediyor

Yayınlar ve Bildiriler:

1. Yaman Ş, Uçakçı C, Özkan S, Kalkan A, Kök R. Premenstrual Sendromda Kullanılan Tamamlayıcı Yöntemler,12. Uludağ Jinekoloji Ve Obstetri Kış Kongresi 05-08 Mart 2015 (P- 79)
2. Yaman Ş, Kök R, Uçakçı C, Özkan S, Kalkan A, Gebelerde Kesin Yatak İstirahatine Bağlı Gelişebilecek Kardiyovasküler Sistem Sorunları Ve Önlemeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri,12. Uludağ Jinekoloji Ve Obstetri Kış Kongresi 05-08 Mart 2015 (S-80)
3. Altay B, Kök R, Bayrak Ç, Yönetici Hemşirelerin Liderlik Davranışları ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bursa 26-28 Nisan 2012 (S-12)
4. Altay B, Kök R, Bayrak Ç. Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi, Hemşirelik Eğitimi ve Mesleğe Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi 10.Ulusal 1.Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Gaziantep 28-30 Nisan 2011 (P-258)
5. Aydın R, Yangın H.B, Özdemir Ö. Multiple Skleroz Tanısı Alan Bir Kadının Doğum Sonu Dönem Bakım Gereksinimleri: Olgu sunumu. II. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi. Antalya 25-26 Şubat (P-65)
6. Yaman Ş, Aydın R, Uçakçı C, Özkan S, Kalkan A. Doğum Salonunda Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Yenidoğanın İlk Bakımına Yönelik Hasta Güvenliği Uygulamaları. II. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi. Antalya 25-26 Şubat (P-103)
7. Aydın R, Kabukcuoğlu K. Pospartum Dönemde Kadınların Yaşadığı Cinsel Disfonksiyonlar. II. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi. Antalya 25-26 Şubat (P-126)
8. Aydın R, Yılmaz B, Akbulut G. D vitamini Eksikliğinin Gebe ve Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkileri. II. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi. Antalya 25-26 Şubat (P-22)
9. Deliktaş A, Körükcü Ö, Aydın R, Kukulu K. Doğum Korkusu İle Baş Ederken Non-Farmakolojik Yöntem Kullanımında Ne Durumdayız? Türkiye Profili. 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi. 14-15 Nisan Kocaeli. P(68-69).

10. Körükcü  , Aydın R, Kabukcuoğlu K. Kozmetikte Kullanılan Kimyasallar Kadının  reme Sağlığını Olumsuz Etkileyebilir. I. Uluslararası Őehir  evre ve Sağlık Kongresi Kitabı.11-15 Mayıs 2016 Kıbrıs. Sözel sunum(ss:159)
11. Aydın R, Aydın M.M. Otobüslere BiniŐlerde Yaşanan Sorunlar ve Durakta Bekleme Süresi İliŐkisinin İncelemesi. I. Uluslararası Őehir  evre ve Sağlık Kongresi Kitabı.11-15 Mayıs 2016 Kıbrıs. Sözel sunum (ss.162)
12. Aydın R, Körükcü  , Kabukcuoğlu K. Göçün Kadın YaŐamındaki Etkileri. I. Uluslararası Őehir  evre ve Sağlık Kongresi Kitabı.11-15 Mayıs 2016 Kıbrıs. Poster (ss:384)
13. Aydın R, Körükcü  , Deliktaş A, Kabukcuoğlu K. The Effects of Foot Reflexology on Menopause Symptoms in Mid Aged Women. 18 th International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 12-14 May 2016 Malaga Spain.