



T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**DOĞUM HAFIZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ
TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI VE POSTPARTUM DEPRESYON PREVALANSI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma Nilüfer TOPKARA

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÇAĞAN

2019



T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**DOĞUM HAFIZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ
TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI VE POSTPARTUM DEPRESYON PREVALANSI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma Nilüfer TOPKARA

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÇAĞAN

KABUL VE ONAY SAYFASI

Fatma Nilüfer TOPKARA'nın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı **"Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Güvenirlik Çalışması ve Postpartum Depresyon Prevalansı"** başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek **"KABUL"** edilmiştir.

Tarih

04. / 01 / 2019

Üye: Prof. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÇAĞAN

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAŞAR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 14.01.2019 tarih ve 1207/5999 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda Foley ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği"nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak Türk toplumuna uyarlanması ve postpartum depresyon ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma metodolojik nitelikte bir araştırmadır. Çalışmanın örneklemini, örneklem koşullarını karşılayan 400 kadın oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra; "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ)", "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)" ve araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Veriler Mayıs 2018-Ağustos 2018 tarihleri arasında, Aile Sağlığı Merkezlerinin emzirme odası, aşı odası ve bekleme salonlarında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (version 16.0) ve LISREL (8.7) İstatistik Paket Programları kullanılmıştır.

Bulgular: Ölçeğin dil geçerliliğini sağlamak amacıyla geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Kapsam geçerliliğinin sağlanmasında, 17 uzmandan alınan görüşlerin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) puanları incelenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek için faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin orijinal formu 6 alt boyuttan oluşmaktayken, Türkçe formu da benzer şekilde 6 alt boyuttan oluşmuş ancak bazı alt boyutların içeriğinde ve adlandırmasında farklılıklar olmuştur. Ölçüt geçerliği, eş zamanlı ölçüt geçerliği yöntemiyle belirlenmiş olup, EPDÖ ve DHHÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r:0.378$, $p<0.001$). Ölçeğin test-yarı test iki yarı arasındaki korelasyon katsayısı 0.789 olarak belirlenmiştir. Bu değer ölçeğin zamana göre değişmezliğinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (ICC:0.840; $p<0.001$). Ölçek toplamında Cronbach Alfa katsayısı 0.794 olarak bulunurken, ölçeğin alt boyutlarında bu değer 0.643 ve 0.797 arasında değişmektedir.

Sonuç: Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ve yapılacak olan araştırmalarda kullanılabileceği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Doğum, Hafıza özellikleri, Doğum anıları, Hatırlama, Ölçek uyarlama, Geçerlik, Güvenirlik.

ABSTRACT

Objective: Aimed at our study, the validity and reliability study of "Birth Memories and Recall Scale" which was developed by Foley et al. (2014) making adapt to Turkish society and evaluate its relationship with postpartum depression.

Material and Methods: This study is a methodological study. The samples of the study consisted of 400 women who met the sampling conditions. After obtaining required permissions from the ethics committee and institutions for the research data collection; "Birth Memories and Recall Scale", "Edinburgh Postpartum Depression Scale" and the questionnaire form prepared by the researchers were used. The data were collected between May 2018 and August 2018 in the nursing room, vaccination room and waiting rooms of the Family Health Centers. To evaluate the data, SPSS (version 16.0) and LISREL (version 8.7) Statistical Package Programs were used.

Findings: In order to implement the language validity of the scale, back translation method was used. In order to ensure content validity, Content Validity Index (CVI) scores of the opinions of 17 experts were examined. Factor analysis was performed to evaluate the construct validity of the scale. While the original form of the scale consisted of 6 sub-dimensions, the Turkish version also consisted of 6 sub-dimensions but there were differences in the content and denotation of some sub-dimensions. The criterion validity was determined by concurrent criterion validity method, and it was found that there was a statistically significant relationship between Edinburgh Postpartum Depression Scale and Birth Memories and Recall Scale total scores ($r:0.378$, $p<0.001$). The correlation coefficient of the scale between the two groups was 0.789. This value shows that the scale is at good level considering time invariance (ICC:0.840; $p<0.001$). The Cronbach's alpha coefficient was found as 0.794 in the total scale, whereas this value ranged between 0.643 and 0.797 in the sub-dimensions of the scale.

Conclusion: The results show that the Turkish version of Birth Memories and Recall Scale is a valid and reliable measurement tool and can be used in further researches.

Key Words: Birth, Memory features, Birth memories, Recall, Scale adaptation, Validity, Reliability.

İçindekiler

| | |
|---|-----------|
| ÖZET | iii |
| ABSTRACT | iv |
| Şekil Dizini..... | viii |
| Resim Dizini | ix |
| Simge ve Kısaltmalar Dizini | x |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. HAFIZANIN TANIMI VE ÖNEMİ | 4 |
| 2.2. HAFIZANIN BİYOLOJİK TEMELİ..... | 4 |
| 2.3. HAFIZA AŞAMALARI | 6 |
| 2.4. HAFIZA TÜRLERİ | 8 |
| 2.4.1. Duyusal hafıza | 8 |
| 2.4.2. Kısa süreli hafıza | 8 |
| 2.4.3. Uzun süreli hafıza..... | 9 |
| 2.5. DOĞUM, DOĞUM HAFIZASI VE TRAVMATİK DOĞUM | 12 |
| 2.6. POSTPARTUM DEPRESYON..... | 14 |
| 2.6.1. Postpartum depresyonun klinik belirtileri ve tanı | 15 |
| 2.6.2. Postpartum depresyon risk faktörleri | 16 |
| 2.6.3. Postpartum depresyonun etkileri | 17 |
| 2.6.4. Postpartum depresyon tedavisi | 18 |
| 2.6.5. Postpartum depresyonda ebelik bakımının önemi | 20 |
| 2.7. ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMALARI | 21 |
| 2.7.1. Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/ dil uyarlama | 22 |
| 2.7.2. Psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlik- güvenirlik) | 22 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 30 |
| 3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI | 30 |
| 3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ | 30 |
| 3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI | 31 |
| 3.4.1. Anket formu (EK-5)..... | 32 |
| 3.4.2. Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği (EK-6)..... | 32 |
| 3.4.3. Edinburgh postpartum depresyon ölçeği (EK-8) | 33 |
| 3.5. VERİ TOPLANMASI..... | 34 |
| 3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ | 34 |
| 3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ | 36 |
| 3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI | 36 |
| 4. BULGULAR..... | 37 |
| 4.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR..... | 37 |
| 4. 2. DOĞUM HAFIZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR | 39 |
| 4.3. DOĞUM HAFIZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR | 47 |

| | |
|---|------------|
| 5. TARTIŞMA | 51 |
| 5. 1. DOĞUM HAFIZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİĞİNE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI | 51 |
| 5.1.1. Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği'nin kapsam geçerliğine dair bulguların tartışılması | 51 |
| 5.1.2. Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği'nin yapı geçerliğine dair bulguların tartışılması | 52 |
| 5.1.3. Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği'nin ölçüt geçerliğine dair bulguların tartışılması | 57 |
| 5.2. DOĞUM HAFIZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİĞİNE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI | 60 |
| 6.1. SONUÇLAR | 62 |
| 6.2. ÖNERİLER | 64 |
| 7. KAYNAKLAR DİZİNİ | 65 |
| EK-1 ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEĞİN KULLANIM İZİNİ | 78 |
| EK-2 ETİK KURUL ONAYI | 80 |
| EK-3 ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İLE BİLİMSEL ARAŞTIRMA SAHİBİ ARASINDA YAPILAN BİLİMSEL ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİNE İLİŞKİN PROTOKOL | 84 |
| EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | 90 |
| EK-5 ANKET FORMU | 92 |
| EK-6 DOĞUM HAFIZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ | 94 |
| EK-7 BIRTH MEMORIES AND RECALL QUESTIONNAIRE | 95 |
| EK-8 EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ | 97 |
| ÖZGEÇMİŞ | 100 |

Tablo Dizini

| | |
|--|----|
| Tablo 2.1. KMO Değerleri | 25 |
| Tablo 4.1. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Ve Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı (n=400) | 38 |
| Tablo 4.2. Ölçek Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri | 39 |
| Tablo 4.3. Kapsam Geçerlik İndeksleri (n=17) | 40 |
| Tablo 4.4. Uzman Görüşlerinin Sınıf içi Korelasyon Katsayısına (ICC) Göre Uyumunun Değerlendirilmesi | 40 |
| Tablo 4.5. Açıklayıcı Faktör Analizine Göre Faktör Yükleri (n=87) | 41 |
| Tablo 4.6. Doğrulayıcı Faktör Analizi Model Uyum İndeksleri | 42 |
| Tablo 4.7. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ile Ölçek ve Ölçek Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon | 44 |
| Tablo 4.8. Depresyon Risk Durumuna Göre (Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ne Göre) Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Bilinen Grup Karşılaştırması) (n=387) | 46 |
| Tablo 4.9. Ölçek Alt Boyutlarının Depresyon Risk Durumunu Yordama Düzeyi (n=387) | 46 |
| Tablo 4.10. Ölçek Güvenirlik Analiz Sonuçları (n=387) | 48 |
| Tablo 4.11. Madde Çıkarıldığında Kalan Madde İstatistikleri | 49 |
| Tablo 4.12. Madde Ölçek Toplam Puan ve Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n=387) | 50 |

Şekil Dizini

| | |
|---|----|
| Şekil 2.1. Hafıza aşamaları (Atkinson vd., 2006) | 6 |
| Şekil 3.1. Araştırmanın yürütülmesinde takip edilen basamaklar | 35 |
| Şekil 4.1. Doğrulayıcı faktör analizi | 43 |



Resim Dizini

Resim 2. 1. Hafızanın biyolojik temeli5



Simge ve Kısaltmalar Dizini

| | |
|---------------|---|
| AFA | : Açıklayıcı Faktör Analizi |
| APA | : American Psychological Association |
| CFI | : Comparative Fit Index |
| CVI | : Content Validity Index |
| DFA | : Doğrulayıcı Faktör Analizi |
| DHHÖ | : Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği |
| DSM-5 | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| EKT | : Elektro Konvulzif Tedavi |
| EPDÖ | : Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği |
| GFI | : Goodness-of-Fit Index |
| ICD-10 | : International Classification of Diseases 10 |
| IFI | : Incremental Fit Index |
| KGİ | : Kapsam Geçerlik İndeksi |
| KMO | : Kaiser-Meyer-Olkin |
| NFI | : Normed Fit Index |
| PPD | : Postpartum Depresyon |
| PDS | : Posttraumatic Stress Diagnostic Scale |
| RFI | : Relative Fit Index |
| RMSEA | : Root Mean Square Error of Approximation |
| SD | : Serbestlik Derecesi |
| SRMR | : Standardized Root Mean Square Residual |
| SSNI | : Serotonin ve Norepinefrin Geri Alım Engelleyicileri |
| SSRI | : Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü |
| TSSB | : Travma Sonrası Stres Bozukluğu |

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hafıza; bilgi, beceri, deneyim ve alışkanlıkların farklı şekillerde edinilmesini, korunmasını, kullanılmasını kapsayan ve birbirini takip eden süreçlerden oluşan bilişsel bir yapıdır (Tulving ve Szpunar, 2009). Bireye geçmiş yaşantılar, bugün ve gelecek yaşantılar arasında bağlantı kurma imkânı tanımaktadır (Özyürek, 2009).

Hafıza; yeni bilgilerin hafızaya alınmasını ifade eden *kodlama*, kodlanan bilgilerin hafızada saklanması olan *depolama* ve hafızadaki bilgilerin *geri alınması* yani *hatırlama* aşamalarından oluşmaktadır. Bu aşamalardan herhangi birinde bir aksaklık meydana gelmesi durumunda *unutma* gerçekleşmektedir (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem ve Nolen-Hoeksema, 2006, s. 267). Bireyin deneyimleri aracılığıyla çevresiyle iletişim kurabilmesi, karşılaşılan bilgilerin kodlanması ve saklanması gibi bilişsel süreçlerin yeterliliği sonucunda sağlanmaktadır (Saraç, 2017). Kişisel anıların oluşması, hafızanın işlevini yerine getirmesiyle mümkündür (Cüceloğlu, 2017).

Hafıza; duyuşsal hafıza, kısa süreli hafıza ve uzun süreli hafıza olmak üzere 3 ana başlık altında incelenebilir. *Duyuşsal hafızada*, birey duyu reseptörleri aracılığıyla kendine gelen uyarıyı algılamaktadır. Her bir duyu için ayrı kodlama türleri bulunmakta ve duyuşsal hafızaya gelen bilgiler çok kısa bir süre sonra buradan silinmektedir. Ancak yeterli dikkat ve çaba ile duyuşsal hafızada yer alan bilgilerin kısa süreli hafızaya aktarılması mümkün olmaktadır (Dharani, 2015, s.57). *Kısa süreli hafıza*, duyuşsal hafızadan aktarılan bilginin kısa süreliğine muhafaza edildiği depolama sistemidir (Atkinson vd., 2006, s. 268). Kodlama yoluyla elde edilen ve kısa süreli hafızada bulunan bilgiler tekrar edilmedikleri takdirde bir dakika içerisinde silinmektedir. Diğer bir ifadeyle, kısa süreli hafıza bilgilerin uzun süreli hafızaya aktarılmasını sağlayan bir araç iken *uzun süreli hafıza*, eski bilgilerle yeni öğrenilen bilgiler arasında bağlantılar kurarak onların saklanmasını sağlayan hafıza türüdür. Kısa süreli hafıza kapasitesini aşan bilgiler uzun süreli hafızada yer almakta ve ister 5 dakika isterse ömür boyu burada muhafaza edilmektedir (Brunning, Schraw ve Norby, 2014).

Bu bilgiler ışığında, doğum anında yaşananların kadın hayatında uzun süreli hafızaya aktarılacak ölçüde önemli bir yer kapladığını söylemek mümkündür. Her doğumun kadına kattığı deneyim farklıdır ve kadının yaşamını baştan sona değiştirme potansiyeline sahiptir. Bireysel farklılıklar, doğum algısı, postpartum dönemdeki ruh hali ve iyilik durumu kadınların doğuma dair anılarında farklılıklar görülmesine yol açmaktadır (Ayers, 2007; Briddon, Slade, Isaac ve Wrench, 2011). Dolayısıyla, kadının hafızasında saklanan ve gerektiğinde kullanılan doğum deneyimine ilişkin bilgileri *doğum hafızası* olarak adlandırmak mümkündür.

Doğum hafızası; kadınların doğumu, doğum sonrası dönemi ve potansiyel olarak ebeveynliğe adaptasyonlarını bilişsel olarak anlamlandırmasını etkilemektedir. Doğum hafızasının özellikleri doğum sonrası ruh hali ya da psikolojik iyilik hali ile de ilişkilidir (Ayers, 2007; Briddon vd., 2011; Foley, Crawley, Wilkie ve Ayers, 2014).

Doğum sonu dönemde kadının psikolojik sağlığının korunması, zihninde doğuma dair anılarının olumlu olmasına bağlıdır ve doğumu düşündüğünde olumlu duygular hissetmesi beklenmektedir. Ancak her zaman beklenen gerçekleşmemekte ve bazı kadınlar doğumu olumlu bir olay olarak değil, travmatik bir olay olarak deneyimlemektedir (Ayers, Joseph, McKenzie-McHarg, Slade ve Wijma, 2008). Travmatik olarak nitelendirilen doğumlarda, doğumun herhangi bir evresinde anne ya da bebek açısından ciddi yaralanma veya ölüm riski söz konusu olmaktadır (Beck & Watson, 2008). Travmatik doğum deneyimlemiş olan kadınlar, doğum anının zihinlerinde canlı kaldığını ve doğum anını bir kâbus olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Ayers, 2004).

Gerek klinik gerekse deneysel araştırma bulguları duygusal yönü ağır basan olayların hafızada daha iyi tutulduğunu göstermektedir (Van Giezen, Arensman, Spinhoven ve Wolters; 2005). Bununla birlikte travmatik anılar parça parça ve her geçen gün daha yoğun hatırlanmaktayken, olumlu anılar tutarlı bir şekilde olumlu kalmaya devam etmektedir (Foley vd., 2014). Yine travmatik olaya maruz kalan bireyler; travma sonrası stres bozuklukları (TSSB) ve psikolojik bozukluk gelişimi açısından yüksek risk altında bulunmaktadır (Krinsley, Gallagher, Weathers, Kutter ve Kaloupek, 2003).

Travmatik doğum deneyimlemiş kadınların %19'unda postpartum depresyon (PPD), %16'sında anksiyete bozuklukları ve %7'sinde TSSB görülmektedir (Foley vd., 2014). Brummelte ve Galea (2016) da, doğum yapan kadınların her yıl %10-15'inin PPD'den etkilendiğini ifade etmektedir.

Doğum hafızasının doğum öncesi gerek sağlık çalışanı gerekse çevreden edinilen bilgilerle başlayarak, doğum ve doğum sonrası yaşanan deneyimlerin kadının hafızasında yer etmesiyle oluştuğunu söylemek mümkündür. Özellikle olumsuz deneyimlerin kadının doğum sonrası yaşamını, bebeği ve ailesiyle olan iletişimini de etkilediği göz önünde bulundurulduğunda, doğum hafızasının postpartum dönemde depresyon, anksiyete ve TSSB'nin oluşumunda büyük etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Uluslararası literatürde kadınların doğum hafızası ve doğum anılarına ilişkin yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Simkin (1991 ve 1992) yaptığı çalışmalarda; uzun süreli hafızada yer alan anıların doğruluk ve tutarlılığının doğumdan 15-20 yıl sonrasına kadar devam ettiğini öne sürmüştür. Çalışmada yer alan kadınlar doğuma dair anılarının canlılığını koruduğunu ve doğum anılarını derinden hissettiklerini bildirmişlerdir.

Çalışma bulguları, yıllar sonra kadınların hatıralarının genellikle doğru olduğunu ve özellikle doğumun başlangıcı, membranların rüptürü, hastaneye varma, doktor, ebe/hemşire ve eşin davranışları, özel müdahaleler, doğum, bebekle ilk temas anı gibi anların ufak hafıza hataları ve karışıklıklar olsa da çarpıcı şekilde canlı olduğunu ortaya koymuştur.

Hatamleh, Sinclair, Kernohan ve Bunting (2013), Ürdün'de kadınların doğum anılarını araştırmak için bir çalışma yapmışlardır. Nitel ve nicel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya, ilk doğumunu yapan 160 kadın dahil edilmiştir. Doğumdan sonraki 6 haftaya kadar olan süre içerisindeki kadınlara, 3 açık uçlu soru sorularak toplanan verilerde; doğum anında insanlıktan çıktıklarını hissetme, doğumu canlı bir şekilde hatırlama gibi olumsuz temalarla birlikte, anne olma sevinci ve desteği için Allah'a şükretme gibi olumlu ana temalar da ortaya çıkmıştır.

Rjinders ve arkadaşları (2008), Hollanda'da doğumdan 3 yıl sonra kadınların doğum deneyimi hakkındaki görüşlerini araştırmak amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Verileri kendi oluşturdukları bir anket kullanarak toplamışlardır. 3 yıl önce ve en az 1 doğum yapmış olan 1309 kadın ile yürütülen bu çalışmada; kadınların %35'i doğumunu çok açık bir şekilde hatırlayabildiğini belirtmiş, ya da doğuma dair çoğu şeyi (%59) hatırlamıştır. Sadece %7'si doğuma dair sadece birkaç şeyi net olarak hatırlayabildiğini belirtmiştir. Kadınların çoğu (%83) doğumu hatırladıklarında doğum deneyimlerine dair olumlu görüş bildirirken, %16,5'i olumsuz görüş bildirmiş ve mutsuz hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Takehara, Noguchi, Shimane ve Misago (2014), doğumdan birkaç gün sonra ve 5 yıl sonra kadınların doğum deneyimleri hakkındaki anılarının tutarlılığını araştırmak amacıyla bir prospektif kohort çalışması yapmışlardır. Çalışmaya 1168 kadın dahil edilmiştir. Doğum deneyimi, doğumdan birkaç gün sonra ve 5 yıl sonra Doğum Deneyimi Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma neticesinde, kadınların doğumdan sonraki 5 yıl içinde doğum deneyimlerini net olarak hatırladıkları ortaya konmuştur.

Türkçe literatür incelendiğinde, doğum hafızası ile ilgili daha önce bir çalışma yapılmadığı ve yalnızca postpartum depresyon prevalansının değerlendirildiği çalışmaların söz konusu olduğu görülmüştür. Aynı zamanda kadınların doğum hafızasının ve doğumla ilişkili olan faktörlerin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçüm aracına rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, Foley ve arkadaşları (2014) tarafından doğum sonrası ruh hali ve psikopatolojide önemli olabilecek, kadınların doğum hafızalarını ve doğuma dair anılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (Birth Memories and Recall Questionnaire)"nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak Türk toplumuna uyarlanması ve postpartum depresyon ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

Bu bölümde hafızanın tanımı ve önemi, hafızanın biyolojik temeli, hafıza aşamaları, hafıza türleri, doğum, doğum hafızası ve travmatik doğum, postpartum depresyon ve ölçek uyarılma çalışmalarına ilişkin literatür bilgilerine detaylı olarak yer verilmiştir.

2.1. Hafızanın Tanımı ve Önemi

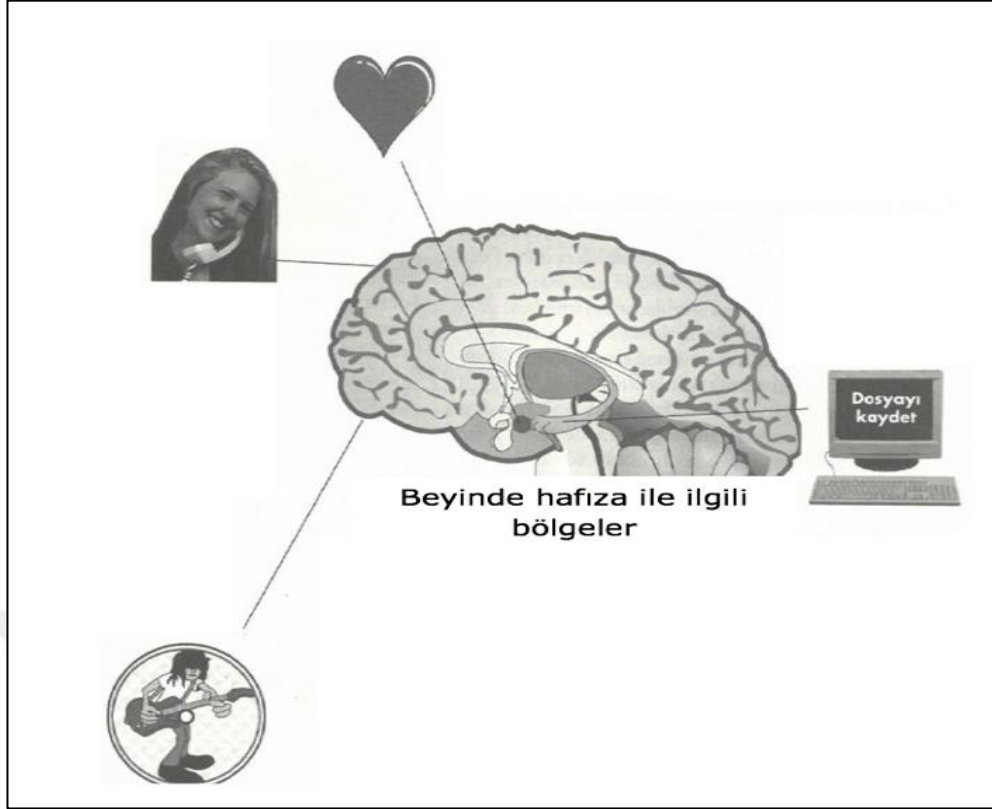
Hafıza; bilgi, beceri, deneyim ve alışkanlıkların farklı şekillerde edinilmesini, korunmasını, kullanılmasını kapsayan ve birbirini takip eden süreçlerden oluşan bilişsel bir yapıdır (Tulving ve Szpunar, 2009). Geçmiş deneyimlerle bugünkü ve gelecekteki deneyimler arasında bağlantı kurulmasını sağlayan bir köprü konumunda olan hafıza ile birey bir eylemi her defasında sil baştan yeniden öğrenmek zorunda kalmamaktadır (Cüceloğlu, 2017; Özyürek, 2009).

Hafızanın da içerisinde yer aldığı bilişsel yapı, birbiriyle etkileşim içerisinde olan farklı fonksiyonları içermektedir. Bunlar dikkat, hafıza, dil, algı, akıl yürütme, soyutlama, okuma ve yazma gibi üst düzey fonksiyonlar olarak sıralanmaktadır.

Duygu ve düşüncelerin bireyin gerçekleştirdiği bir etkinliğe veya içinde bulunduğu bir olaya odaklanması olan *dikkat*, bilişsel uzmanlar tarafından sınırlı işlem kapasitesi olarak tanımlanmakta ve bireysel farklılıklar göstermektedir. Beş duyu organımızla edindiğimiz duyumları yorumlayarak anlam kazandırma süreci olan *algının* en belirgin özelliği, seçici olmasıdır. *Akıl yürütme*, herhangi bir konuda bütün faktörleri dikkate alarak düşünüp akılcı bir sonuç elde etme süreci iken, *soyutlama* bir nesnenin özellikleri arasından herhangi birini tek başına ele alan zihinsel işlem, gerçeklikte ayrılamaz olanı düşüncede ayırmadır (Esin, 2011; Özkalp, 2003, s. 66; Saraç, 2017; TDK, 2018; Umay, 2003). Bu süreçler içinde yer alan *hafıza* ise öğrenilmiş bilgilerin saklanması sağlanması ve diğer bilişsel süreçlerin gelişimini desteklemesi bakımından önem taşımaktadır (Özyürek, 2009).

2.2. Hafızanın Biyolojik Temeli

Hafızanın biyolojik temelini açıklamak için beynin korteks, amigdala ve hipokampus bölümlerine bakılması gerekmektedir. Çünkü korteks kısa ve uzun süreli hafıza, amigdala duygusal hafıza ve hipokampus hafızanın aktarılması ile ilişkilidir.



Resim 2.1. Hafızanın biyolojik temeli (Plotnik, 2009, s.268).

Korteks ve Kısa Süreli Hafıza; Sözcükleri, öğrenilen bilgileri ve yaşanan olayları kısa süreli hafızada tutma işlemleri; ön beyin yüzünü örten, beyin hücrelerinden meydana gelmiş ince bir tabaka olan korteks sayesinde gerçekleşmektedir. Örneğin; bir telefon numarasına baktığımızda, numarayı tuşlayacak kadar süreyle kısa süreli hafızada tutabilmemizi mümkün kılan yapı kortekstir.

Korteks ve Uzun Süreli Hafıza; Sözcükler, bilgiler veya olayların günler, haftalar, aylar hatta yıllar boyunca hatırlanması korteks üzerinde bulunan alanlar aracılığıyla gerçekleşmektedir. Örneğin; ezberlenen bir şarkının sözleri uzun süreli hafızada saklanmaktadır. İnsanların beyni öğrenmeyi ya da hatırlamayı engelleyecek biçimde hasar gördüğünde, korteks çalışır vaziyetteyse hasardan önce öğrenilmiş bilgilerin hatırlanması mümkün olmaktadır. Çünkü bu bilgiler serebral korteks aracılığıyla güvenli bir şekilde saklanmaktadır.

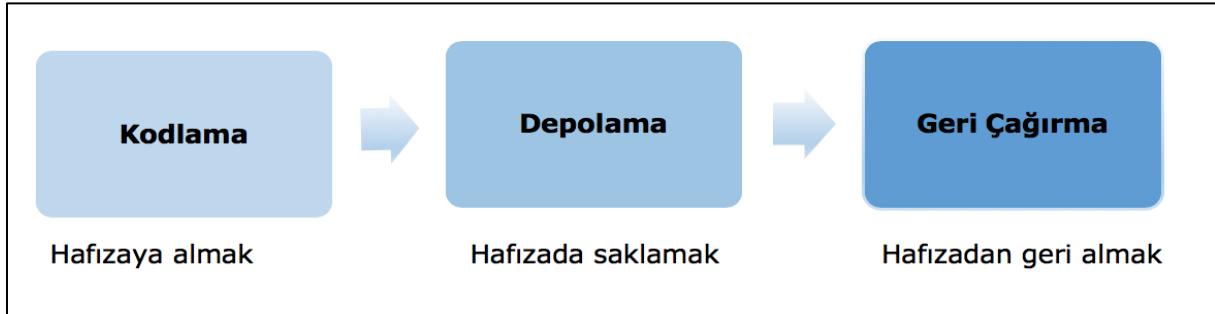
Amigdala ve Duygusal Hafıza; Özel bir olay veya kişiye karşı verilen duygusal tepkilerden; temporal lobun ucunda yer alan ve tüm duylardan gelen bilgileri alan amigdala sorumludur. Amigdala hasarı yaşayan bireylerin hatıraları silinmemekte fakat bu hatıralar duygusal etkilerini kaybetmektedir. Örneğin; amigdala hasarı yaşayan bireylere gürültülü sesler artık rahatsız edici gelmez veya bu bireylerin yüzlerinde korku ve mutluluk ifadeleri bulunmaz (Hamann, Ely, Hoffman ve Kilts,

2002). Yapılan araştırmalarda amigdalanın duygusal yüz ifadelerinin tanınmasında rol oynadığı ve hatıralara olumlu veya olumsuz çok sayıda duygu kattığı bildirilmektedir.

Hipokampüs ve Hafızanın Aktarılması; Temporal lobda, korteksin altında yer alan parmak büyüklüğünde, kıvrımlı bir yapı olan hipokampüs sözcüklerin, bilgilerin ve kişisel olayların kısa süreli hafızadan uzun süreli hafızaya aktarılması görevini üstlenmektedir. Hipokampüsün bu görevi, bilgisayarda yer alan kaydet komutunun bir dosyayı sabit diskteki kalıcı bir depoya aktarmasına benzetilmektedir. Belli türdeki dosyaların depolanmasındaki rolü büyük önem taşımaktadır. Hipokampüs ifade edilebilir bilgilerin (yeni kelimeler, bilgiler ya da kişisel olaylar gibi) kısa süreli hafızadan uzun süreli hafızaya aktarılması için gereklidir fakat ifade edilemeyen veya işlemsel bilgilerin (motor beceriler ve alışkanlıklar gibi) aktarılması için gerekli değildir. Hipokampüs ve çevresindeki korteksi hasar alan kişiler ifade edilebilir anıları kaydedememezken, motor beceriler ve alışkanlıklar gibi ifade edilemeyen veya işlemsel bilgileri öğrenebilmektedirler. Fakat bireylere sorulduğunda (kişisel bir olay olduğundan) bu motor becerileri gerçekleştirdiğini hatırlamamaktadırlar (Plotnik, 2009, s. 268).

2.3. Hafıza Aşamaları

Hafıza; kodlama, depolama ve geri çağırma (hatırlama) aşamalarından oluşmaktadır.



şekil 2.1. Hafıza aşamaları (Atkinson vd., 2006)

Kodlama: Edinilen bir bilginin anlamlı hale getirilerek hafızaya yerleştirilmesi, hafızada bir iz bırakmasıdır. Bu aşamada fiziksel girdi (ses, görüntü gibi) hafızanın kabul ettiği türden bir koda veya temsile dönüştürülmekte ve bu temsil hafızaya yerleştirilmektedir. Kodlama insan hafızasında bilgi kaydının temelini oluşturmaktadır. Otomatik ve çaba harcayarak olmak üzere iki şekilde gerçekteşmektedir. Otomatik kodlamada bilgiler isteğimiz dışında kodlanırken, çaba harcayarak kodlamada bilgiler tekrarlama yoluyla özel bir çaba harcayarak ya da eski

bilgilerle yeni bilgiler arasında çağrışım oluşturarak hafızada tutulmaktadır (Plotnik, 2009, s. 248; Terry ve Cangöz, 2012, s. 437). Otomatik kodlama; bireysel olaylar, ilginç gerçekler, beceri ve alışkanlıklara dair anıların yani epizodik bilgilerin hafızaya kodlanmasında etkili olmaktadır. Çaba harçayarak kodlama ise; yeni bilgilerin, kavramların ya da bir denklemin öğrenilmesi gibi semantik bilgilerin hafızaya kodlanmasını sağlamaktadır. Çünkü semantik bilgilerin hafızaya kodlanması ancak çaba harçayarak ve hedef bilgiye odaklanarak mümkün olmaktadır (Plotnik, 2009, s. 248).

Depolama: Kodlanarak hafızaya kaydedilen bilgilerin gerektiğinde kullanılmak üzere uzun süreli hafızada saklanmasıdır. Her bilgi için, içeriğine göre farklı hafıza türleri bulunmaktadır (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson ve Loftu, 2017, s. 268-269).

Geri Çağırma (Hatırlama): Daha önce hafızada kodlanarak saklanan bilginin uzun süreli hafızadan çekilerek, tekrar bilinç düzeyine (kısa süreli hafızaya) çıkarılmasıdır (Smith vd., 2017, s. 268). Kodlanan bilginin düzenlenmesi ne kadar iyi yapılırsa geri çağırma da o denli kolay olmaktadır (Atkinson vd., 2006, s. 271). Geri çağırmanın gerçekleşmesi için; bilginin hafızada depolanmış olması ve depolanmış olan bu bilgiye erişmemizi sağlayacak yeterli ipucu bulunması gerekmektedir. İpuçlarının zayıf veya güçlü olma durumu geri çağırmaı etkilemektedir (Smith vd., 2017, s. 268-269). Hamann, Ely, Grafton ve Kilts (1999) ve McGaugh (1999) insanlar üzerinde yaptıkları deneysel araştırmalarda, duygusal yönü ağır basan ya da bireyde gerginlik yaratan olayların, duygusal zamanlarda salgılanan hormonlar tarafından kodlandığını veya adeta taşta kazınır gibi hafızaya kazındığını ve bu anıların daha kolay hatırlandığını bildirmişlerdir (Hamann, Ely, Grafton ve Kilts, 1999; McGaugh'tan aktaran Plotnik, 2009). Özellikle olumsuz anılar bireyin yaşamında çok kuvvetli bir etkiye sahiptir ve tedavi edilerek üstesinden gelmek oldukça zordur (Plotnik, 2009, s. 262-263).

Hafıza aşamalarından herhangi birinde bir aksaklık meydana gelmesi durumunda unutma gerçekleşmektedir (Atkinson vd., 2006, s. 265). Çoğu zaman unutma ve hatırlayamama kavramları karıştırılmaktadır. Unutma kısa süreli hafıza için geçerliyken, hatırlayamama uzun süreli hafıza için geçerlidir. Çünkü normalde uzun süreli hafızada hiçbir zaman tam anlamıyla unutma olmamaktadır. Yeterli öğrenmenin sağlanmaması, öğrenilen bilgilerin anlamsız olması, öğrenmeyi takiben düzenli tekrar yapılmaması unutmaya neden olmaktadır. Bunların dışında yeni öğrenilen bilgilerin daha önceki bilgileri unutturması (geriye ket vurma) veya önceki bilgilerin yeni öğrenilenleri unutturması (ileriye ket vurma) unutmaya neden olabilecek diğer etkenlerdir (Sayar ve Dinç, 2017, s. 55-56).

2.4. Hafıza Türleri

Hafızayı temel olarak duyuşal hafıza, kısa süreli hafıza ve uzun süreli hafıza olmak üzere üç kategoriye ayırmak mümkündür.

2.4.1. Duyuşal hafıza

Çevre ile etkileşim halinde bulunan birey, duyu reseptörleri vasıtasıyla kendine gelen uyarıcıları algılamakta ve anlamlandırılmak üzere merkezi sinir sistemine iletmektedir. Duyu reseptörleri vasıtasıyla merkezi sinir sistemine gelen bu iletilerin yorumlanması için kısa süreli hafızaya aktarılması gerekmektedir. Kısa süreli hafızaya aktarılan bilgilerin yorumlanmasına kadar geçen zaman zarfında, saklandığı yer duyuşal hafıza olarak adlandırılmaktadır (Yorbık, 2006).

Duyuşal hafızaya gelen sonsuz uyarandan sadece dikkat ve seçici algı süzgecinden geçebilen bilgiler kısa süreli hafızaya aktarılmaktadır. Algı alanı dışında yer alan uyarılar duyuşal hafızadan silinmektedir. Ancak yeterli dikkat harcanarak duyuşal hafızadaki bilgilerin kısa süreli hafızaya aktarılması sağlanmaktadır (Brunning vd., 2014). Örneğin; çiçeklerle kaplı muazzam güzellikte bir göle baktığımızda gölün bir köşesinde hareketsiz halde duran bir sandalı farketmekte başarısız olabiliriz. Sandalın görüntüsü gölün, çiçeklerin vs. görüntüleriyle birlikte kesinlikle retinaya ulaşmış fakat hafızamıza kaydedilmemiştir. Sandalın görüntüsü bize diğer detaylarla birlikte beyne ulaşarak duyuşal hafızayı vermesine rağmen, sandal beyindeki algıyı bilinçli olarak tetiklemediği için algılanmamıştır. Diğer bir deyişle, sandal sadece bir duyum olarak kalmış ve hafıza olarak saklanmamış-akılda tutulmamıştır. Sonuç olarak bu şekilde oluşan duyuşal hafıza gözlemci tarafından farkedilmeden geçilebilmektedir. Gün içinde çok sayıda duyuşal girdi alınmakta ve gün aşımında nispeten çok azının farkına varılmaktadır.

Duyuşal hafızada bilginin tutulma süresinin ne kadar olduğu tartışmalı olmakla birlikte, görsel bilginin 1 saniyeden az, dokunma ile ilgili bilginin 2-3 saniye, işitsel bilginin 4 saniye sonra kaybolduğu öne sürülmektedir (Dharani, 2014, s. 57-58). Ayrıca, duyuşal hafızada yer alan bilgiler tam bir gerçeklik taşısa da, burada bilgiler bilinçsizce bulunmaktadır (Saraç, 2017).

2.4.2. Kısa süreli hafıza

Kısa süreli hafıza, duyuşal girdinin ve hafızada bıraktığı izlerin kısa bir süre için muhafaza edildiği anlık hafızadır (Atkinson vd., 2006, s. 269-270). Duyuşal hafızadan alınan yeni bir bilginin tekrar edilmediği takdirde yaklaşık bir dakika içinde kaybolduğu kısa süreli depolama sistemine kısa süreli hafıza denir.

Kısa süreli hafızadaki bilgiler adı gibi kısa ömürlüdür. Ancak tekrarlamak kaydıyla kısa süreli hafızada bir süre kalabilmektedir. Kısa

sürelî hafızada yer alan bilgiler kodlama yoluyla algılanan bilgilerdir. Ayrıca kısa sürelî hafızada bilinçli bilgiler mevcuttur.

Kısa sürelî hafızaya iletilen bilgi anında anlamlandırılarak hemen yanıt verilebileceği gibi kodlanarak uzun sürelî hafızaya da aktarılabilir. Örneğin; baktığımız bir telefon numarasını hemen arayarak anında yanıt verilmesini sağlayabilir ya da daha sonra kullanılmak üzere uzun sürelî hafızaya yönlendirebiliriz (Selçuk, 2004).

Miller, yapmış olduğu pek çok araştırma neticesinde kısa sürelî hafızanın depolama kapasitesini 7 birim olarak bulmuştur (Miller, 1956). Bu rakam 7+2 ya da 7-2 olarak değişiklik göstermektedir. Sınırlı olan bu hafıza kapasitesini kümeleme yaparak arttırmak mümkündür. Kümeleme, farklı birimlerden anlamlı ve daha büyük bütünler meydana getirilmesi işlemidir. Örneğin; r,z,u,e,m,u,r şeklindeki 7 harf yer değiştirildiğinde erzurum kelimesi ortaya çıkmaktadır. Normalde hafızada 7 birimlik yer tutan harfler anlamlı bir bütün haline geldiğinde tek birimlik yer işgal ederek hafıza üzerindeki yükü azalacaktır. Bu işlem ile hafıza üzerindeki yük azaldığından hafıza daha fazla bilgi taşıyor hale gelmektedir (Bruning vd., 2014; Solso, Maclin ve Maclin, 2016, s. 206).

Kısa sürelî hafızanın sınırlı depolama kapasitesi, belirli bir zamanda gerekli olup daha sonra silinmesinin bir sakıncası olmayan numara, isim gibi bilgilerin hafızada bilinçli olarak tutulmasını ve unutulmasını sağlamaktadır. Kısa süreli hafızanın depolama süresi tekrar edilerek uzatılabildiği gibi tekrar edilmezse öğrenilen bilgi 15-30 dakika korunmakta ve zamanla unutulmaktadır. Tekrar etme bilginin hatırlanmasını arttırmaktadır. Sonuçta, kısa sürelî hafıza edinilen bilgilerin uzun sürelî hafızaya aktarılması amacına hizmet etmektedir (Terry ve Cangöz, 2012, s.333-334).

2.4.3. Uzun süreli hafıza

Uzun süreli hafıza yeni öğrenilen bilgiler ile var olan bilgilerin ilişkilendirilerek saklandığı kalıcı hafızadır (Bruning vd., 2014). Gerektiğinde kullanılmak üzere hazır durumda bulunan, düzenli, organize edilen sınırsızca bilginin saklandığı bir kütüphane gibidir. Bu muntazam kütüphane bilgiye erişimi yani hatırlamayı sağlayacak milyonlarca giriş ve geçişin olduğu bir ağ yapılanmasına sahiptir (Senemoğlu, 2012).

Kısa süreli hafızanın kapasitesini aşan her bilgi uzun süreli hafızada yer almaktadır. İyi öğrenilen bilgiler burada saklanmaktadır. İster 5 dakikalık isterse ömür boyu saklanan bilgiler buraya aittir (Bruning vd., 2014). Sekonder (intermediate) hafıza ve tersiyer hafıza olmak üzere iki evreden oluşmaktadır. Sekonder hafıza, bilgilerin yıllarca saklanabildiği hafızadır ve buradaki herhangi bir bilginin hatırlanması zordur. Bir bilginin sekonder hafızaya aktarılabilmesi için 30 dakika ile 3 saat arasında bir zaman dilimi gerekmektedir. Kısa süreli hafızadaki bilgilerin sekonder hafızaya aktarılması için bilgilerin öncelikle kodlanması gerekmektedir.

Benzerlik ya da zıtlıkların sınıflandırıldığı bu hafızada detaylar geri planda, genellemeler ise ön planda yer almaktadır. Bu bilgilerin uzun süreli hafızaya aktarılması, bilgilerin tekrar edilmesiyle mümkün olmaktadır. Tersiyer hafıza ise, bilginin hem görsel hem de sözel olarak depolanabildiği hafızadır. Limitsiz kapasiteye sahip olması, depolanan bilgiler arasında güçlü bir bağlantı ağı oluşturması ve uzun bir sürece sahip olması tersiyer hafızanın en belirgin özellikleridir. Bilgilerin tersiyer hafızaya aktarılması zordur ancak, bu hafızada depolanan bilgiler bir ömür boyu hatırlanabilmektedir (Keleş ve Çepni, 2006; Korkmaz ve Mahiroğlu, 2007).

Bir bilginin kısa süreli hafızada yer edebilmesi için sıkça tekrar edilmesi gerekirken, uzun süreli hafızada önemli olan anlam ve örgütlenmedir. Nasıl ki düzenli ve organize edilmiş bir kütüphanenin erişim sisteminde uygun kodlama yapılarak bölmelere yerleştirilmiş kitaplara ulaşmak kolaysa, organizasyonu ve kodlaması iyi yapılmış olan bilgiye ulaşmak ve onu uzun süreli hafızadan çağırmak yani hatırlamak da o denli kolay olmaktadır (Keleş ve Çepni, 2006; Saraç, 2017). Kısa süreli hafızada yer alan bilgiler unutulduklarında geri getirilemezken, uzun süreli hafızada yer alan bilgiler yıllarca bozulmadan korunabilmektedirler. Belki dilediğimiz bir zamanda hatırlanmasalar bile, daha sonra hatırlanabilmektedirler (Selçuk, 2004).

Nörofizyolojik açıdan bakıldığında; kısa süreli hafızadaki bilgi, tekrar edilerek duyuşal uyarıların bilgi nöronlarını uyarmasıyla tutulmaktadır. Bu uyarım süreci sonlandığında bilgi de kaybolmaktadır. Bilgi kısa süreli hafızadan uzun süreli hafızaya geçmediğinde beyinde nöral değişiklik meydana gelmemektedir. Uzun süreli hafızada ise, nöronlar arasındaki sinaptik bağlantılarda yapısal gelişme ve değişme olmaktadır. Sinaptik iletişim güçlenmekte ya da yeni bağlantı ağları oluşturmaktadır (Senemoğlu, 2012).

Hafızadaki bir bilginin hiçbir zaman uzun süreli hafızaya aktarılmamış olması, uzun süreli hafızadaki bilgiyi hatırlama yeteneğimizi kaybetmemiz ve uzun zamanın geçmesi gibi faktörler öğrendiğimiz bilgileri unutmamıza neden olmaktadır (Banikowski & Mehring, 1999).

Uzun süreli hafıza ifade edilebilir (açık) ve ifade edilemeyen (örtük) hafıza olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır (Plotnik, 2009, s. 246-247):

İfade Edilebilir (Açık) Hafıza: İfade edilebilir hafıza bilinçli bir şekilde hatırlanabilen gerçekler veya kesin olaylardan oluşmaktadır. Ayrıca açıkça saklanabilen ve hatırlanabilen bilgilerden oluştuğu için açık hafıza olarak da bilinmektedir. Özelliklerine göre, epizodik ve semantik hafıza olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır. Epizodik ve semantik hafıza arasındaki ayrımı ilk olarak 1972'de araştırmacı Endel Tulving ele almıştır (Miendlarzewska, Bavelier ve Schwartz, 2016; Plotnik, 2009).

Epizodik (Anısal) Hafıza; olayların ne zaman, hangi koşullar altında ve hangi olayları takiben gerçekleştiği gibi, olayların içeriğine dair bilgileri

barındıran hafıza türüdür. Açıkça ifade edilebilen otobiyografik olayların (zaman, yer, duygusal ilişkiler ve diğer bağlamsal bilgi) anılarıdır. Deneyimlerimizin ve hayatımızın herhangi bir noktasında gerçekleşmiş olan belirli olayların anılarını içermektedir. Bu anılar sıklıkla otobiyografik referans vasıtasıyla depolanmaktadır. Epizodik hafıza değişime ve kayba karşı hassas olmakla birlikte geçmişteki olayları (örn; kişileri veya yerleri) tanımanın temelini oluşturmaktadır (Solso vd., 2016, s. 267). Epizodik anılar, söz konusu olay –kesin olarak- sadece bir defa gerçekleştiği için, belirli bir zaman ve yerde meydana gelmektedirler. Epizodik hafızadaki bilgiler tamamıyla bir anda öğrenilmelidir. Bu hafıza türü çoğunlukla kadınlarda bulunmaktadır. (Carlson, 2014).

Semantik (Anlamsal) Hafıza; dış dünyayla ilgili edindiğimiz bilgilerin, anlamların, kavramların ve gerçeklerin yapısal bir kayıdır (Binder ve Desai; 2011). Hafızanın bilginin edinilmesi, temsil edilmesi ve işlenmesinden sorumlu alt bileşenidir (Saumier ve Chertkow, 2002). Genel bilgilerimizin deposudur ve semantik hafızayı bu yönüyle bir sözlük veya ansiklopediye benzetmek mümkündür (Terry ve Cangöz, 2012, s. 339-340). Önemli görevler üstlenmiş olan semantik hafıza; kelime ve cümleleri yorumlama, nesnelere tanıma, önceden öğrenilmiş bilgiyi hatırlama veya algısal deneyim ve muhakemeden yeni bilgiler edinme gibi geniş bilişsel fonksiyonları içermektedir (Saumier ve Chertkow; 2002). İnsan aktivitelerinin temelini oluşturmaktadır (Binder ve Desai; 2011). Öğrenilen bilgilerin elde edildiği kaynağa dair bilgileri içermemektedir. Epizodik hafızaya göre daha az belirgindir. Örneğin; güneşin de bir yıldız olduğu bilgisi, bu bilginin ne zaman, nereden ve kimden öğrenildiği bilgisine göre daha az belirgindir. Anlamsal hafızanın içerdiği bilgi, zamanla ve aşamalı olarak öğrenilmektedir. Bu hafıza türü çoğunlukla erkeklerde bulunmaktadır (Carlson, 2014).

İfade Edilemeyen (Örtük) Hafıza: İfade edilemeyen hafıza bazen örtük hafıza veya bilinçsiz hafıza olarak da adlandırılmaktadır. Örtük hafıza, bir şeyleri düşünmeden hatırlamak için geçmiş deneyimleri kullanmaktadır. Örtük hafızanın performansı, bu deneyimlerin ne zaman gerçekleştiğine bakılmaksızın önceki deneyimler tarafından sağlanmaktadır. Zihnimize derinlemesine yerleştirilmiş ve farkında olmadan gerçekleştirilmiş nesnelere kullanımı veya vücudun hareketleri gibi motor becerileri kapsamaktadır (Miendlarzewska vd., 2016; Plotnik, 2009, s. 246).

Örtük hafıza; hazırlama, işlemsel hafıza ve koşullama bileşenlerinden oluşmaktadır.

Hazırlama; bir uyarının sunulmasının, bireyin daha sonra sunulan aynı veya benzer bir uyarana gösterdiği yanıtı etkilemesiyle gerçekleşmektedir. Tekrar hazırlama ve kavramsal hazırlama olmak üzere iki önemli hazırlama çeşidi bulunmaktadır. *Tekrar hazırlama*, test uyarısını hazırlayıcı uyarıya benzediğinde veya hazırlayıcı uyarıya aynı olduğunda gerçekleşmektedir. Örneğin; bir kelimeyi gördüğümüzde, bu kelimenin tekrar sunulmasına –o kelimeyi

gördüğünüzü hatırlamasanız dahi- daha hızlı yanıt vermenizi sağlamaktadır. *Kavramsal hazırlama*, hazırlayıcı uyarının neden olduğu güçlenme, uyarının anlamına dayandığında gerçekleşmektedir. Örneğin; mobilya kelimesinin sunulması, daha sonra koltuk kelimesinin sunulmasında daha hızlı yanıt vermenizi sağlamaktadır (Goldstein, 2013, s. 284-285).

İşlemsel hafıza (Prosedürel hafıza); herhangi bir şeyin gerçekleşmesini sağlayan yöntemle dair bilgilerin ve işlemlerin depolandığı hafıza türüdür. Durum-etkinlik bilgileri burada depolanmaktadır. Yani A durumu ortaya çıktığında B davranışını sergile gibi. İşlemsel hafızanın oluşumu fazlasıyla zaman alıcı olmaktadır, fakat bir defa meydana geldiğinde kalıcılık ve hatırlanma niteliklerine sahip olmaktadır. İşlemsel hafızadaki bilgilerin kalıcı olup olmayacağını belirlenmesi ve otomatik hale gelmesi, önemli ölçüde araştırmalar veya tekrarlara bağlı olarak gerçekleşmektedir (Senemoğlu, 2012, s. 282).

Klasik koşullanma; nötr bir uyarının, normal şartlar altında başka uyarılar tarafından oluşturulan bir yanıtı oluşturma becerisi kazanmasıdır. Burada nötr uyarın; görülerek, duyularak ya da kokusu alınarak duyuşsal bir yanıt oluşmasına neden olabilen, fakat test edilen refleksi oluşturmayan bir uyarını ifade etmektedir (Plotnik, 2009, s. 196-197). Örneğin; Korkulmaması gereken bir şeyden korkmak klasik koşullanma yoluyla öğrenilmektedir ve uzun süreli hafızanın örtük bölümünde saklanmaktadır.

2.5. Doğum, Doğum Hafızası ve Travmatik Doğum

Doğum deneyimi kadınlar ve eşleri için önemli, duyuşsal bir yaşam olayıdır (Callister, 2004). Doğum, özel bir deneyimin çok ötesindedir. Aynı zamanda gücü zafere çeviren, kısa ve uzun süreli sonuçları iyileştiren dönüştürücü bir deneyim anlamına da gelmektedir (Kennedy, Shannon, Chuahorm ve Kravetz, 2004). Anne öz yeterliliğini etkileyen ve ambivalan duyuşların yaşandığı bir süreçtir. Her çocuğun doğumuyla birlikte yaşanan deneyim farklıdır ve kadının yaşamını her anlamda değıştirme potansiyeline sahiptir (Callister, 2004). Gebelikle ilgili faktörler, komplikasyonlar, beklentiler, ağrı, bakım ve destek alma gibi özelliklerin tümü kadınların doğum deneyimlerini etkilemektedir (Gibbins ve Thomson, 2001; Kennedy vd., 2004; Parrat ve Fahy, 2003). Bireysel farklılıklar, doğum algısı, doğuma bakış açısı, postpartum dönemdeki ruh hali ve psikolojik rahatsızlıklar kadınların doğuma dair anılarında farklılıklar görülmesine yol açmaktadır (Ayers, 2007; Briddon vd., 2011).

Hafıza ile ilgili edindiğimiz bilgiler doğrutusunda, doğum anında yaşananların kadın hayatında uzun süreli hafızaya aktarılacak ölçüde önemli bir yer kapladığını söylemek mümkündür. Dolayısıyla, kadının hafızasında saklanan ve gerektiğinde kullanılan doğum deneyimine ilişkin bilgileri *doğum hafızası* olarak adlandırmak mümkündür.

Doğum sonrası dönemde kadının psikolojik sağlığının korunabilmesi için zihninde doğuma yönelik anılarının olumlu olması ve doğumunu hatırladığında olumlu duygular hissetmesi beklenmektedir. Fakat bazı kadınlar doğumu pozitif ve mutluluk verici bir olay olarak değil de, travmatik bir olay olarak deneyimlemektedirler (Ayers vd., 2008).

Travmatik doğum, doğumun herhangi bir evresinde anne ya da yeni doğan açısından ciddi yaralanma veya ölüm riskinin olmasıdır (Beck ve Watson, 2008). Travmatik doğum deneyimlemiş olan kadınlar doğumu, korku ve çaresizlik duygularının eşlik ettiği olağanüstü bir an olarak ifade etmektedirler. Bununla birlikte bu kadınlar için doğum anıları sürekli canlılığını koruyarak hatırlanmakta ve olay anı bir kâbus olarak görülmektedir (Ayers, 2004). Travmatik doğum deneyimlemiş olan kadınlar, doğum anını hatırlamak istememekle birlikte doğum deneyimlerini yaşanması gereksiz bir an olarak görmektedirler (Ayers, 2007). Bu kadınlar doğum sırasında kontrollerini kaybettiklerini, kendilerini tehdit altında hissettiklerini ve doğum anını unutamadıklarını bildirmişlerdir (Elmir, Schemied, Wilkes ve Jackson, 2010). Travmatik doğum deneyimlemiş olan kadınların, doğum anına bakış açıları farklılık göstermektedir. Bir yandan panik, öfke, sinirlilik, irritabilite, yalnızlık ve çaresizlik gibi olumsuz duygular yaşanırken öte yandan mutluluk, heyecan, şaşkınlık, minnettarlık gibi pozitif duygular yaşanmaktadır. Ayrıca kadınlar doğum anında düşünme süreçlerinin durduğunu, zihinsel çözülme yaşadıklarını ve kendilerini ölüme daha yakın hissettiklerini bildirmişlerdir (Ayers, 2007).

Bazı kadınlara göre olumsuz geçen doğum süreci travmatik olarak tanımlanırken, bazı kadınlar bu süreci tamamen normal kabul edebilmektedir (Elmir vd., 2010). Beklentisi dışında, travmatik doğum deneyimlemiş olan bazı kadınlar ise bebeğini sağlıklı bir şekilde kucağına almayı pozitif bir sonuç olarak algılayıp doğumu olumlu bir olay olarak görebilmektedirler (Ayers, 2004; Elmir vd., 2010). Kadınların doğum algısı; kişilik özellikleri ve yaşadığı doğum deneyimini nasıl anlamlandırdığına göre değişiklik göstermekle birlikte, toplumun ve kültürel değerlerin doğuma yüklediği anlamdan da etkilenmektedir. Travmatik doğum deneyimleri kadınların sağlık ve refah durumlarında ve bebekleriyle olan ilişkileri üzerinde uzun ömürlü bir etkiye sahiptir (Foley vd., 2014).

Hatırlamada tutarsızlıklar göstermesine rağmen, yaşamdaki travmatik olaylar hafızadan silinmemekte hem klinik hem de deneysel araştırma bulguları, hafızayı duygusal olarak uyanan olayların genellikle hafızada daha iyi tutulduğunu göstermektedir. Üstelik travmatik anılar, çarpıtmaya nötr bilgi veya sıradan olayların anılarından daha az duyarlıdır. Olay hakkındaki mevcut bilgiye çoğu zaman doğrudan ulaşılmadığı için bireylerin travmatik olayları zaman içinde kademeli olarak, parça parça hatırladığı görülmektedir (Van Giezen vd., 2005). Yapılan çalışmalar da kadınların travmatik anıları her geçen gün daha yoğun hatırladıklarını,

olumlu anıların ise birçok durumda tutarlı bir şekilde olumlu kalmaya devam ettiğini göstermektedir (Foley vd., 2014).

Bu bilgiler ışığı altında; travmatik doğum deneyimi ile ilgili postpartum dönemde depresyon, anksiyete ve TSSB gibi psikolojik sorunların görülme oranlarında artış meydana geldiğini söylemek mümkündür. Travmatik doğum deneyimlemiş kadınların %19'unda PPD, %16'sında anksiyete bozuklukları ve %7'sinde TSSB görülmektedir (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy ve Devilly, 2010; Ayers vd., 2008; Ayers ve Pickering, 2001; Gavin vd., 2005; Wenzel, Haugen, Jackson ve Brendle, 2005).

2.6. Postpartum Depresyon

Doğum ve doğum sonu dönem, kadınlarda ruhsal bozukluk gelişiminin en sık görüldüğü dönemdir. Bu ruhsal bozukluklardan en yaygın olarak görüleni ise, postpartum depresyondur (Gavin vd., 2005). Yeni anneler bir yandan hissetmeleri gereken olumlu duygular ile çoğu kişinin deneyimlediği depresif duygu durum ve anksiyete gerçekliği arasında kalmaktadır (Yim, Stapleton, Guardino, Hahn-Holbrook ve Schetter, 2015).

PPD her yıl kadınların yaklaşık %10-%15'ini etkilemektedir (Brummelte ve Galea, 2016). PPD prevalansı; doğumdan sonra hastaların değerlendirildikleri zaman diliminin, örneklem büyüklüğünün, çalışılan popülasyon özelliklerinin, tarama araçlarının ve kesme puanlarının farklı olmasından dolayı değişiklik gösterebilmektedir (Erdem ve Bucaktepe, 2012). Ülkemizde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kullanılarak yapılan çalışmalarda PPD prevalansı %7.10 (Samsun) (Kumcağız, Avcı ve Caner, 2018) ile %61.8 (Elazığ) (Küçüköğlü, Çelebioğlu ve Coşkun, 2011) arasında değişiklik gösterirken, uluslararası çalışmalarda bu oran %6.0 (Avustralya) ile %69.9 (Hong Kong) arasında değişmektedir (Norhayati, Hazlina, Asrenee ve Emilin, 2015).

PPD'yi tanımlayan ölçütler her ne kadar benzerlik gösterse de başlangıç ve devam süresi ile ilgili farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 5'te (DSM-5) depresif bozukluklar içerisinde ele alınan PPD, doğumu takip eden ilk dört hafta içinde başlayan, psikotik olmayan, majör depresif atak olarak tanımlanırken, International Classification of Diseases 10'da (ICD-10) belirtilerin doğumu takip eden ilk altı hafta içinde başladığı belirtilmiştir (Yim vd., 2015). Ayrıca PPD'nin, sıklıkla doğumu takip eden ilk 4 hafta içinde başlasa da bu başlangıcın, doğum sonrası ilk 6 aydan ilk 1 yıla kadar, hatta bazı ağır vakalarda 2 yıla kadar uzayabildiği ifade edilmektedir (Beydağ, 2007; Demir, Şentürk, Çakmak ve Altay, 2016; Durat ve Kutlu,2010).

2.6.1. Postpartum depresyonun klinik belirtileri ve tanı

PPD'nin tekrarlanma olasılığı yüksektir ve çoğunlukla majör depresyon bulguları ile benzerlik gösterdiğinden ayırt etmek güçtür. Uyku problemleri, cinsel istekte dalgalanmalar, yorgunluk ve kaygı postpartum depresyon bulguları olmakla beraber, normal postpartum dönemde de görülebilmektedir. PPD'yi doğum sonrası normal uyum sürecinden ayırt etmek için yapılan bir çalışmada; bilişsel affektif belirtiler, suçluluk duyguları, konsantrasyon güçlüğü, ilgi istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif hastalarda görüldüğü saptanmıştır (Marakoğlu, Özdemir ve Çivi, 2009).

Beck (1993), PPD'de olan kadınların kontrolsüz duygu ve düşüncelere sahip olduklarını, bazen de davranışlarını kontrol etmekte dahi yetersiz kaldıklarını ifade etmiştir. Bu sebepten dolayı PPD'de ana problemin kontrol kaybı olduğu görüşünü savunmaktadır. Postpartum dönemdeki kadınların bu durumunu da "akıllılık ve delilik arasındaki ince bir çizgide yürüyüş" olarak tanımlamıştır (Beck'ten aktaran Demir, 2016).

American Psychological Association'ın (APA), DSM-5'te yer verdiği tanı ölçütlerine göre ardışık iki haftalık zaman zarfı içinde, aşağıda yer alan belirtilerden 5 ya da daha fazlasına sahip olunması ve işlevsellik düzeyinde herhangi bir değişiklik meydana gelmesi depresyon tanısı koymak için yeterli olmaktadır. Tanı konulabilmesi için; belirtilerden en az birinin çökkün duygu durum, ilgisini yitirme ve zevk alamama olması gerekmektedir. Belirtiler hemen hemen her gün, günün büyük bir bölümünde görülmeli ve kişinin kendisi tarafından ifade edilmeli ya da dışarıdan birinin gözlemiyle fark edilmelidir. Bu belirtiler şunlardır:

- Çökkün Duygu Durum: Bu durum ya kişinin kendisi tarafından üzüntülü olmak, boşlukta hissetmek, umutsuzluk şeklinde ifade edilir ya da durum başkaları tarafından gözlenir. Örneğin kişinin ağlamaklı görüntü içinde olmasının gözlenmesi,
- Çevresine, meydana gelen olaylara karşı ilgisini kaybetme ya da zevk alamama,
- İstem dışı, herhangi bir çaba sarf edilmeksizin, kilo kaybı ya da kilo alımı (1 aylık süre zarfı içinde vücut ağırlığının %5'inden daha fazla değişiklik olması) ve iştah değişikliği,
- Uyku problemleri (Uykuya aşırı düşkünlük ya da uyuyamama hali),
- Ajitasyon hali ya da zihinsel süreçlerde yavaşlama,
- Enerji kaybı, bitkin hissetme,
- Kendini değersiz hissetme ya da gereksiz yere suçluluk duyma,
- Düşük konsantrasyon ya da kararsızlık yaşama,
- Tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri.

2.6.2. Postpartum depresyon risk faktörleri

PPD nedenleri belirsizliğini korumaktadır ancak postpartum depresyon için bazı risk faktörleri tanımlanmıştır (Patel vd., 2012). Bu risk faktörlerini; fiziksel ve biyolojik risk faktörleri, psikolojik risk faktörleri, obstetrik ve pediatrik risk faktörleri, sosyo-demografik risk faktörleri ve kültürel risk faktörleri olmak üzere 5 başlık altında incelemek mümkündür (Klainin ve Authur, 2009):

Fiziksel ve Biyolojik Risk Faktörleri: Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde PPD gelişme riski; zayıf (kötü) fiziksel sağlık, olumsuz beden imajı ve vücut ağırlığı gibi fiziksel ve biyolojik faktörlerle ilişkilendirilmiştir (Norhayati vd., 2015). Nepal kadınları arasında yapılan bir çalışmada vücut kitle indeksi 20 kg / m²'nin altında olan kadınlarda PPD gelişme riskinin arttığı gösterilmiştir (Dorheim Ho-Yen, Tschudi Bondevik, Eberhard-Gran ve Bjorvatn, 2007). Ayrıca tıbbi öykünün ve premenstrual belirtilerin de PPD gelişiminde etkili olduğu bildirilmiştir (Battaloğlu, Aydemir ve Hatipoğlu, 2012; Durukan, Ayhan, Bumin ve Aycan, 2011).

Psikolojik Risk Faktörleri: Antenatal depresyon ve anksiyete öyküsü, önceki psikiyatrik hastalıklar, zayıf psikolojik sağlık, bağımlı-çekingen ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, zayıf (kötü) evlilik ilişkisi, stresli yaşam olayları, düşük yaşam kalitesi, çocuk bakım stresi, istenmeyen gebelikler, doğum sonrası işe geri dönme stresi, algılanan stres, cinsel, fiziksel ve psikolojik istismar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde PPD'ye zemin hazırlayan önemli psikolojik risk faktörleridir (Gaillard, Le Strat, Mandelbrot, Keita ve Dubertret, 2014; Norhayati vd., 2015).

Obstetrik ve Pediatrik Risk Faktörleri: Doğum şekli, parite, emzirmeye geç başlama ya da hiç emzirmeme, bebeğin cinsiyeti, bebeğin tıbbi bir hastalıkla dünyaya gelmesi, erken doğum, zor (huysuz) mizaçlı bebeğe sahip olma, istenmeyen gebelikler PPD gelişimi için obstetrik ve pediatrik risk faktörleri arasında yer almaktadır (Ahmed, Alalaf ve Al-Tawil, 2012; Figueiredo, Canário ve Field, 2014; Gaillard vd., 2014; Kirpınar, Gözüm ve Pasinlioğlu, 2010).

Sosyo-demografik Risk Faktörleri: Anne yaşı, düşük sosyo-ekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, düşük gelir düzeyi, işsizlik, işsiz veya eğitimsiz eşe sahip olmak, sosyal destek eksikliği, göçmenlik statüsü, aile içi şiddet, yaşam koşullarından memnuniyetsizlik ve çok eşlilik gibi durumlar PPD için sosyo-demografik risk faktörleri olarak bildirilmiştir (Fiala, Svancara, Klanova ve Kasperek, 2017; Gaillard vd., 2014).

Kültürel Risk Faktörleri: Geleneksel lohusalık uygulamalarına, doğumla birlikte, kadınlara yüklenen rollere ve doğumdan sonra kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesiyle ilgileneceği ve "ondan sonra hep mutlu yaşayacağı" şeklindeki güçlü beklentilere dikkat çekilmektedir. Bu düşünceler anne üzerinde genellikle dayanılmaz baskılar

oluşturmaktadır. Ataerkil toplumlarda bebeğin cinsiyeti de kadınlarda sosyal baskıya neden olarak PPD görülmesinde etkili olabilmektedir. Örneğin; Türkiye’de erkek çocuk beklentisi yüksektir. Son yıllarda ülkemizde ebeveynlerin beklentileri bebeğin sağlıklı olmasından yana olsa da, özellikle kırsal kesimlerde bebeğin cinsiyetinin erkek olması beklentisi hala devam etmektedir (Erdem ve Çelepkolu, 2014).

2.6.3. Postpartum depresyonun etkileri

Tedavi edilmeyen PPD anne, bebek ve aile için ciddi morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. PPD kadının bireysel ve sosyal yaşamında uyumsuzluklara, yorgun hissetmesine, annelik rolünü yerine getirmede güçlük çekmesine ve bebek bakımında yetersiz olmasına neden olmaktadır (O’Hara, 2009). Annenin aile, iş ve sosyal yaşamını gözle görülür şekilde etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Durukan vd., 2011; Sadat, Abedzadeh-Kalahroudi, Atrian, Karimian ve Sooki, 2014). Deprese durum çoğunlukla pekişmiş izolasyon, suçluluk, mutsuzluk ve umutsuzluk duyguları ile karakterizedir. PPD’li kadınlar sigara içmek, alkol ve yasadışı madde kullanımı açısından daha fazla risk altındırlar ve depresyonda olmayan kadınlara göre fiziksel, duygusal veya cinsel istismara daha açıktırlar (Lindahl, Pearson ve Colpe, 2005).

PPD davranışsal süreçlerle birlikte ağlama, anlama, öğrenme ve bilme gibi zihinsel süreçleri de olumsuz yönde etkilemektedir. Bununla birlikte yoğun anksiyete ve ümitsizlik duygularına sebebiyet verdiğiinden dolayı annede intihar duygusu oluşumuna yol açmaktadır (Bilgiç, Dağlar, Özkan ve Kadioğlu, 2015; Hirst ve Moutier, 2010; Wisner vd., 2013). Gebelik veya lohusalık dönemindeki kadınlardaki intihar oranları genel nüfustaki oranlardan düşük olmasına rağmen, intihar anne ölümlerinin önemli bir nedenidir (Lindahl vd., 2005). Kendini yaralama da doğum sonrası ilk bir yılda meydana gelen anne ölüm nedenlerindedir (Oates, 2003). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yayınladığı "*Women and Health: Today’s Evidence Tomorrow’s Agenda*" başlıklı raporda; yüksek gelirli ülkelerde kendini yaralamayı anne ölüm nedenlerinde ikinci sırada olarak tanımlamış, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise intihar anne ölüm nedenlerinin önemli bir nedeni olarak kalmıştır. İstenmeyen bebeğe kazara veya kasıtlı olarak zarar verme düşünceleri erken PPD’de yaygındır (WHO, 2009).

Depresyonda olan kadınlar; bebeğin ihtiyaçlarına karşı zayıf tepki ve daha olumsuz, düşmanca veya boş (bağlantısız) ebeveynlik davranışlarına sahiptirler (Fitelson, Kim, Baker ve Leight, 2011). Anne-bebek etkileşimindeki bu bozulmalar, çocukların bilişsel işlevleri yerine getirmesinde başarısızlıklara ve çocuklarda olumsuz duygusal gelişim görülmesine neden olmaktadır (Field, 2008; Fitelson vd., 2011). Depresyonun annelerde kronikleşmesi halinde, çocuklar davranışsal problemler yaşamakta, ayrıca psikopatolojik açıdan risk altında bulunmaktadırlar. Çocuklarda psikiyatrik sorunların görülmesi, annelerdeki

depresyonun artması ya da azalması ile doğru orantılı olarak değişiklik göstermektedir (Weissman vd., 2006).

PPD emzirme üzerinde de olumsuz etkiye sahiptir. Dönmez ve Bükülmez (2015) yaptıkları çalışmada; PPD tespit edilen annelerin emzirme oranlarının azaldığı, besleme sürelerinin kısaldığı ve bebeklerinin kilo alımının diğer bebeklere kıyasla daha düşük olduğunu ortaya koymuşlardır (Dönmez ve Bükülmez, 2015).

Colorado'da PPD'nin anne ve babaların ebeveynlik davranışları üzerindeki etkilerini araştırmak üzere Paulson, Dauber ve Leiferman (2006) tarafından yapılan çalışmada; babaların da anneler kadar PPD'ye yatkın olduğu sonucuna varılmış olup, annelerde PPD görülme oranı %14 bulunurken, babalarda bu oran %10 bulunmuştur (Paulson, Dauber ve Leiferman, 2006).

2.6.4. Postpartum depresyon tedavisi

PPD'nin sebebini saptamaktaki güçlük nedeniyle tedavi edilmesi de zordur. Tedaviye karar vermeden önce hastanın ayrıntılı öyküsü alınması, annenin emzirme tercihinin göz önünde bulundurulması, fizik değerlendirmesi ve laboratuvar incelemelerinin yapılarak öncelikle olası fizyolojik hastalıklar devre dışı bırakılması gerekmektedir. Erken dönemde tanı konulmaz ve etkin bir tedavi yapılmazsa, PPD belirtileri kronikleşerek tedaviye dirençli hale gelebilmektedir. Bu nedenle belirtilerin erken tanınması ve bir an önce tedaviye başlanması önemlidir (Yurdakul, 2015).

PPD'nin şiddetine göre non-farmakolojik tedavi veya farmakolojik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (Hirst ve Moutier, 2010).

Non-Farmakolojik Tedavi: Gebelik ve lohusalık dönemlerinde kadınlar, ilaçların bebeğe olası yan etkilerinden dolayı non-farmakolojik tedavi yöntemlerini daha çok tercih etmektedirler. Danışmanlık, uyku hijyeni, düzenli yürüyüş gibi davranışsal düzenlemeler ve psikoterapi hafif ile orta derecede PPD için etkili non-farmakolojik tedavi yöntemleridir (Annagür, Annagür, Şahin, Örs ve Kara, 2013; Dennis ve Hodnett, 2007). Psikoterapi ayrıca, orta ve şiddetli PPD'de ilaç tedavisine yardımcı tedavi olarak da kullanılabilir. En sık kullanılan psikoterapi yöntemleri bireysel veya grup psikoterapisi ve kişilerarası ilişkiler terapisi. Her iki terapi yönteminin de bireysel ve grup tedavilerinde etkili olduğu gösterilmiştir (Crockett, Zlotnick, Davis, Payne ve Washington, 2008; Grote vd., 2009).

PPD hastalarında etkinliği kanıtlanmamış olmakla birlikte ışık tedavisi de kullanılabilir (Corral, Wardrop, Zhang, Grewal ve Patton, 2007). Aynı şekilde akupunktur, yoga, egzersiz ve masaj PPD tedavisinde kullanılabilen non-farmakolojik tedavi yöntemleri olmakla birlikte etkinlikleri üzerine yeterince çalışma yapılmamıştır (Dennis ve Allen, 2008). PPD tanısına sahip kadınlarda alternatif tedavi yöntemlerinin desteği

birçok hekim tarafından diğer ilaç tedavisine destek olarak önerilmektedir (Hirst ve Moutier, 2010).

Elektro Konvulzif tedavi (EKT) PPD tedavisinde başarılı bir şekilde ve herhangi bir riski olmadığından emziren annelerde de güvenle kullanılabilen bir diğer tedavi seçeneğidir. Özellikle hastalık şiddetli ise, özkıyım, kendine ya da bebeğine zarar verme riski söz konusu ise, annenin beslenmesi bozulmuş ve psikotik belirtiler varsa hastaneye yatış ve EKT tercih edilmektedir. EKT uygulanacak olan hasta ve ailesinin; tedavi sürecinin tüm aşamaları, tedavi edilmeyen depresyonun anne ve bebek üzerindeki olumsuz etkileri; anne ilaç kullanacak olursa ilacın olası yan etkileri konusunda bilgilendirilmesi ve aileden yazılı onam alınması gerekmektedir (Patel vd., 2012).

Farmakolojik Tedavi: Postpartum dönemde kadınların antidepresan ilaçlara daha hassas olmalarından dolayı önerilen dozun yarısı ile başlanması ve ilacın kademeli olarak arttırılması gerekmektedir. Gebelik döneminde ilaç kullanıldıysa, postpartum dönemde aynı doza devam edilmelidir. Çoklu ilaç uygulamalarından mümkün olduğunca kaçınılması gerekmektedir (Yurdakul, 2015).

PPD için herhangi bir ilaç reçete etmeden önce, doktorlar hastanın daha önceki antidepresan deneyimini göz önünde bulundurmalıdırlar. Eğer hasta daha önce belirli bir ilaca iyi cevap vermişse, potansiyel zararı kanıtlanmadıkça tedavide bu ilaç ilk tercih olmalıdır (Payne, 2007; Wisner, Parry ve Piontek, 2002). Hasta daha önce antidepresan tedavisi almamışsa, selektif serotonin geri alım inhibitör (SSRI) grubu ilaçlar olumlu yan etki profilleri ve doz aşımında daha güvenli olmalarından dolayı orta ve ileri derece depresyon tedavisinde ilk seçenek olarak önerilmektedir. SSRI grubu ilaçların etkinliği ve tolere edilebilirliği kanıtlanmıştır. SSRI grubu ilaçlar emziren annelerde de en çok araştırılan ve anne sütü aracılığı ile bu ilaçlara maruz kalan annelerin bebeklerinin çok az bir kısmında yan etkilerin görüldüğü ilaçlardır. SSRI grubu ilaçlardan, sertralin ve paroksetinin bebeklerde daha az yan etkilerine rastlanmış olup, düzeyinin saptanmayacak kadar az olduğu ortaya konmuştur (Berle ve Spigset, 2011). Bütün antidepresan ilaçlar değişik miktarlarda anne sütüne geçmektedir. İlaç, emzirdikten hemen sonra alınarak bebeğin ilaç maruziyeti azaltılabilir. Depresif belirtilerin yanısıra ajitasyon varsa, düşük dozda antipsikotik kullanımı yararlı olmaktadır (Kennedy, Beck ve Driscoll, 2002). Depresyona belirgin anksiyetenin eşlik ettiği hastalarda, tedavi olarak kısa dönem benzodiyazepin kullanılmaktadır (Wisner vd., 2002).

PPD tedavisinde; trisiklik antidepresanlar, Serotonin ve Norepinefrin Geri Alım Engelleyicileri (SSNI), buprapion ve mirtazapin gibi atipik antidepresan ilaçlar da kullanılmaktadır ancak emzirme dönemindeki güvenilirlikleri göreceli olarak değişiklik göstermektedir (Newport, vd., 2009).

PPD tedavisinde ayrıca gonadal hormon kullanımı, sublingual ve transdermal östrojen tedavisini içeren hormonal tedavi de uygulanmaktadır. Ancak hormonal tedavi yaygın değildir ve etkinliği üzerine yeterince çalışma yapılmamıştır (Ulusoy, 2010).

Tedavinin Yararları ve Zararları: Hamile veya emziren kadınlar bebeklerine zarar verme korkusu nedeniyle ilaç tedavisine başlamaya isteksiz olabilmektedirler. PPD tedavisine karar vermeden önce her hastayla kapsamlı bir risk-yarar tartışması yapmak gerekmektedir. Hekimin yardımıyla, hasta tedavinin potansiyel faydalarının bir listesini yapmaya teşvik edilmelidir. Bu, onun kendi iyileşmesini göz önünde bulundurmasına ve uygun hedefler belirlemesine olanak sağlayacaktır. Daha sonra hekim, kalıcı depresif belirtilerin riskleri ile birlikte ilaçların anne sütü içine nüfuz etmesi (seçilen ilaç için uygulanabilir ise) ve bebeklerde uyku bozukluğu, zayıf anne-bebek bağı, bebek büyümesinde gecikmeler, IQ da gerilikler ve daha sonraki yaşamda bebek için artan kaygı veya depresif belirtiler riski gibi farmakolojik tedavi risklerini de hastaya açıklamalıdır (Brand ve Brennan, 2009).

2.6.5. Postpartum depresyonda ebelik bakımının önemi

Depresyon yaşamın her anında görülebmesine rağmen, postpartum dönemde görülen depresyon sonuçları itibariyle daha ciddi ve yıkıcı olmaktadır. PPD yaşayan annelerin kendilerine ya da bebeklerine zarar verme riskleri artmaktadır. Bu nedenle riskli grupların belirlenerek, erken tanı ve tedavinin sağlanması önem taşımaktadır (Seven ve Akyüz, 2013). Gebelik ve doğum sonu izlemlerinin yapılması, riskli durumların erken dönemde tespit edilmesi, riskli grupta bulunanların hekime yönlendirilmesi ebelerin görevleri içinde yer almaktadır. Bu açıdan bakıldığında ebelerin PPD konusunda önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır (Işık ve Bilgili, 2010; Werner, Miller, Osborne, Kuzava ve Monk, 2015).

Doğum sonu dönemde annelerin hastanede kalış süreleri kısıtlı olduğundan, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde ülkemizde birincil koruyucu sağlık hizmetler zincirinin en önemli halkasından biri olan ebeler, doğum sonu dönemde risk altındaki kadınların ve ailelerin izlenmesinde de kilit konumdadırlar. PPD, gebe ve lohusa izlemlerinde göz önünde bulundurulması gereken fakat bir o kadar da gözden kaçabilen önemli bir sağlık sorunudur (Seven ve Akyüz, 2013). Doğum öncesi dönemde PPD için risk faktörleri belirlenmeli, postpartum dönemde de hem riskler hem de belirtiler yönünden anne takip edilmelidir (Işık ve Bilgili, 2010). Bu nedenle gebe eğitim ve doğuma hazırlık sınıfları gibi gebe kadın veya aile üyelerine ulaşma fırsatı sağlayan tüm eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinde PPD konusuna yer verilmesi önem taşımaktadır (Seven ve Akyüz, 2013).

2.7. Ölçek Uyarlama Çalışmaları

Ölçme, bir olayın belirli bir yöntem ile gözlenerek elde edilen gözlem sonuçlarının amaca, araca ve olanaklara bağlı olarak sayısal hale getirilmesi çabası, işlemi ve sürecidir (Erkuş, 2012, s. 7).

Ölçek, ölçülecek olan niteliklerin sınıflandırılması, sıralanması, derecelendirilmesi veya miktarlarının belirlenmesi için gerekli şart ve kısıtlamaları tanımlayan ölçme aracıdır. Ölçekler ölçme işlemi kolaylaştırmakla birlikte, varılan sonuçların özelliklerinin tanımlanmasını da sağlamaktadır. Bilimsel ilerleme ölçmeye dayanmaktadır. Duyarlı ölçeklerle yapılan ölçümler de bu ilerlemeyi hızlandırmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Ölçek hazırlama; yeni ölçek geliştirme ve farklı kültürde geliştirilmiş var olan bir ölçeği uyarlama olmak üzere iki farklı şekilde yapılmaktadır. Ölçek uyarlama; bir ölçeğin yalnızca başka bir dilden çeviri yapılarak kullanılması değil, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılarak farklı dil ve kültürlerle uyarlanması demektir. Yeni bir ölçek geliştirmek yerine var olan bir ölçeğin uyarlanması daha çok tercih edilmektedir.

Ölçek uyarlama çalışmalarının tercih edilme nedenleri şunlardır:

- Daha az zaman ve maliyet ile gerçekleştirilmesi,
- Ölçülecek özelliğin farklı kültürlerde ya da bir ülkenin farklı bölgeleri arasında karşılaştırılması amaçlandığında, bu özelliğin farklı bir kültürde ölçülmesi için daha uygun olması,
- Farklı bir kültürde ölçek geliştirmek için uzmanlık bilgisinin yetersiz kaldığı durumlarda, yeni ölçek geliştirmek yerine uyarlama yapmak daha mantıklıdır. Asıl ölçek iyi bilinen bir ölçek ise, uyarlandığında yeni geliştirilecek ölçeğe göre daha fazla güven duyulacak olması.

Ölçek uyarlama çalışmalarının da bazı sıkıntıları bulunmaktadır. Bunlar:

- Her iki dili de iyi derecede bilen ve ölçek uyarlama konusunda çalışacak uzman bulmak güçtür. Belirtildiği gibi donanımlı uzman bulunmaz ve uzmanlık alanına göre farklı uzmanların bir araya getirilmesi planlanırsa, bunların birlikte çalışması için ortak bir zaman dilimi bulmak sorun olabilmektedir.
- Uyarlama sonrası ölçeğin psikometrik özelliklerinin sağlanamaması (Deniz, 2007).

Mevcut bir ölçeğin uyarlama çalışması üç aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar (Gözüm ve Aksayan, 2003):

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi / dil uyarlama
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlik – güvenilirlik)

- Kùltùrlerarası özelliklerin karşılaştırılması'dır.

2.7.1. Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/ dil uyarlama

Ölçülecek olan yapının, karşılaştırma yapılan kùltürlerde aynı anlamı ifade edip etmediğinin sorgulanması gerekmektedir. Eğer her iki kùltürde de aynı yapı yoksa gerekli düzenlemeler yapılarak ortak bir yapı oluşturulmalı, ortak yapı oluşumu sağlanamazsa çalışma durdurulmalıdır (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Ölçeğin çeviri aşamasında, çevirmenin iki dile de hâkim olması, çalışmanın yapıldığı kùltürleri tanınması, ölçülen yapı hakkında bir miktar bilgiye sahip olması göz önünde bulundurulmaktadır. Çeviri, bir dilden diğere dile çevirinin yapılması olan tek taraflı çeviri veya bir dilden diğere çeviri yapıldıktan sonra tekrar asıl dile çevirme olan çift taraflı çeviri şeklinde yapılabilmektedir (Deniz, 2007). Psikometrik bir terimin Türkçe karşılığı uygun değilse, yapılan işlemlerin hatalı olmasına neden olabilmektedir. Türkçe'de yer alan dil karşılıkları bazen terimin anlamını karşılamamakta, bu nedenle yapılan işlemler hatayla sonuçlanabilmektedir (Erkuş, 2010). Çeviri sonrası uyarlama aşaması gelmektedir. Bu aşamada ölçeğin uyarlanmış hali gözden geçirilmekte ve gerekli düzenlemeler yapılmaktadır. Uyarlama sonrasında, ölçeğin esas uygulamasının yapılacağı grubun özelliklerini taşıyan bir gruba ölçeğin pilot uygulaması yapılmakta ve yapılması gereken başka düzeltmeler olup olmadığı kontrol edilmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

2.7.2. Psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlik- güvenilirlik)

Uyarlama aşamasını ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışması aşaması takip etmektedir. Bir ölçeğin standart hale gelmesi ve sonrasında uygun bilgi üretme becerisine sahip olabilmesi için "geçerlik" ve "güvenirlik" olarak adlandırılan niteliklere sahip olması gerekmektedir (Ercan ve Kan, 2004).

2.7.2.1. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçeğin ölçülmesi amaçlanan özelliği doğru ölçme derecesini ifade etmektedir. Ölçeği değerlendirmede yalnızca amaçlanan özelliği ölçüp ölçmediğine bakmak için geçerlik değerlendirmesi yapılmaktadır. Güvenirlik geçerliğin ön şartıdır. Bir ölçek güvenilir olmadan geçerli olmamaktadır. Ancak; güvenilir bir ölçek de her zaman geçerli olmayabilir (Ercan ve Kan, 2004). Bu nedenle ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik birbirinden ayrı düşünülmemektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003).

Bir ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için üç yöntem kullanılmaktadır. Bunlar; Kapsam geçerliği, ölçüte bağlı geçerlik, yapı geçerliğidir.

Kapsam Geçerliği: Ölçeğin bir bütün olarak ve ayrı ayrı her maddesinin amaca ne kadar uygun olduğunun, diğere bir ifadeyle ölçeğin

ölçülmesi amaçlanan özelliği içerip içermediğinin değerlendirilmesidir (Ercan ve Kan, 2004). Farklı dilde geliştirilmiş olan bir ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması amaçlanıyorsa kapsam geçerliğinin denemesi gerekmektedir. Bu denemenin yolu uzman görüşlerine başvurmaktır. Uzman görüşünde; ölçeğin çeviri formunun dil açısından uygunluğu ve anlaşılabilirlik durumu değerlendirilmektedir. Uzman görüşlerinin doğru değerlendirilmesi için, Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ), ve Davis yöntemleri kullanılmaktadır. Davis yönteminin uygulanabilmesi için en az 3, en fazla 20 uzman görüşüne ihtiyaç vardır. Bu yöntemde maddeler:

- Madde uygun (A),
- Madde hafifçe gözden geçirilmeli (B),
- Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli (C),
- Madde uygun değil (D) olmak üzere 4'lü olarak derecelendirilmektedir (Davis, 1992).

Her bir ölçek maddesi için (A) "Madde uygun" ve (B) "Madde hafifçe gözden geçirilmeli" seçeneklerini işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek, maddeye dair KGİ değeri hesaplanmaktadır. $KGİ \geq 0.80$ olması maddenin kapsam geçerliği için yeterli olduğunu göstermektedir. Eğer $KGİ < 0.80$ ise maddenin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (Yurdugül, 2005).

KGİ hesaplama formülü aşağıda verilmiştir:

$$\frac{A \text{ (Madde uygun)} + B \text{ (Madde hafifçe gözden geçirilmeli)}}{\text{Toplam Uzman Sayısı}}$$

Ölçüte Bağlı Geçerlik: Ölçüte bağlı geçerlikte, ölçeğin uygulandığı bireylerden elde edilen puanların yine uygulamanın yapıldığı bireylerden elde edilen ve ölçeğin ölçtüğü özelliklerin yer aldığı başka bir değişkenle ilişkisine bakılmaktadır. Burada ölçek puanlarının geçerliği araştırılmaktadır ve geçerlik ispatı ölçeğin ölçtüğü özelliklerin ölçek puanıyla olan ilişkisidir. Ölçüte bağlı geçerlik uygun bir ölçüt ölçüsü bulunduğu pratikte fayda sağlamaktadır. Aynı zamanda beraberinde geçerli ve güvenilir bir ölçüt bulmanın zorluğunu da getirmektedir (Kelecioğlu ve Göçer Şahin, 2014). Ölçüte bağlı geçerliği test etmek için sıklıkla 2 yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden ilki; **yordama kestirim geçerliği**nin hesaplanmasıdır. Bu yöntemle uyarlanan ölçeğin, ileriye dönük bir ölçeğe göre kişilerin başarı veya davranışlarını ayırt edebilme becerisi ispatlanmaktadır. Hesaplanırken sıklıkla Pearson Momentler Çarpımı kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003). İkinci yöntem ise, **eş zamanlı ölçüt geçerliği**dir. Ölçekten elde edilen puanlar ölçüm esnasında var olan farklı bir ölçütle karşılaştırılmaktadır. Bu yaklaşımda, daha önceden geçerlik ve güvenilirliği ispatlanmış bir ölçeğe

ihtiyaç duyulmaktadır. Kişilerin her iki ölçekten elde ettikleri puanların korelasyonuna bakılarak değerlendirilmektedir (Erdoğan, Nahcivan ve Nihal, 2014; Gözüm ve Aksayan, 2003).

Yapı Geçerliliği: Ölçeğin, ölçmeyi amaçladığı özelliği ölçme derecesini göstermektedir (Harrington, 2009). Yapı geçerliğini saptamada faktör analizi ve bileşeni ayırt eden geçerlik, bilinen grup karşılaştırması, hipotezin test edilmesi ve faktör analizi gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler içerisinde en yaygın kullanılanı faktör analizidir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Faktör analizi birbirleriyle ilişkili olan birçok değişkeni bir araya getirerek sayıca daha az, kavramsal açıdan anlamlı yeni değişkenler (boyut, faktör) ortaya çıkarmayı amaçlayan, çok değişkenli bir istatistiksel teknik olarak ifade edilebilir (Rennie,1997). Faktör analizinin yapılmasındaki amaç, ölçek maddelerinin farklı boyutlar altında toplanabilme durumunu değerlendirmektir. Faktör analizi yapılarak birbirleriyle etkili bir ilişkisi olan, birbirleriyle benzerlik gösteren maddelerin toplanmasıyla, ölçeğin toplam puanı üzerinde etkili olan temel boyutlar ortaya çıkmaktadır. Açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki çeşit faktör analizi bulunmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003).

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA): Araştırmacının ölçülen faktörlerin doğasına ilişkin bilgi edinmek amacıyla yaptığı inceleme türlerini ifade etmektedir. Bir veri grubuna açıklayıcı faktör analizi uygulanabilmesi için; likert tipi ölçek kullanılması, verilerin doğrusallık şartlarını taşıması ve değişkenler arasındaki korelasyonun en az 0.25, en fazla 0.90 olması gerekmektedir. Ölçeklerde yapı geçerliliğini değerlendirmek için yapılan açıklayıcı faktör analizi 4 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar (Eser, 2006; Körükçü, 2009):

- a)** Verilerin faktör analizi yapılabilmesi için uygunluğunun değerlendirilmesi:
 - ✓ Değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları incelenmektedir. Korelasyon katsayısı yükseldikçe, değişkenlerin ortak faktör oluşturma ihtimalleri artmaktadır.
 - ✓ Barlett testi ile değişkenler arasındaki korelasyon incelenmektedir. Farklılıklar meydana gelmesi, verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.
 - ✓ Yeterli örneklem büyüklüğü sağlanması için, Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) değerinin 0.50'den yüksek olması gerekmektedir.

Tablo 2.1. KMO Değerleri

| KMO Değeri | Ölçme Yeterliliği |
|-------------------|--------------------------|
| 0.90 | Mükemmel |
| 0.80 | Çok iyi |
| 0.70 | İyi |
| 0.60 | Orta |
| 0.50 | Zayıf |
| 0.50'nin altı | Kabul edilemez |

- b)** Faktörlerin elde edilmesi: Değişkenler arasındaki korelasyonun en fazla bulunduğu ortak faktörlerin belirlenmesi aşamasıdır.
- c)** Faktörlerin rotasyonu: Adlandırılabilen ve yorumlanabilen faktörler elde edilmesi amaçlanmaktadır.
- d)** Faktörlerin Adlandırılması: Maddelerin ağırlıklı olarak toplandıkları faktörler dikkate alınarak, ifade ettikleri yapıya göre adlandırılmaktadırlar.

Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA): Doğrulamalı faktör analizi, yapı ile gözlenen değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılık durumunu test etmeyi amaçlamaktadır. Mevcut ölçeğin uyarlamaya nasıl bir yanıt verdiğini test ettiğinden, özellikle ölçek uyarlama çalışmalarında kullanılmaktadır (Eser, 2006).

2.7.2.2. Güvenirlik

Güvenirlik, bir ölçeğin tutarlı olması için gereklidir. Ölçeğin farklı toplumlarda uygulandığında da benzer sonuçlar vermesini ifade etmektedir. Yani birbirinden bağımsız olarak yapılan ölçümlerde de yakın sonuçlar elde edilmelidir. Güvenirlik, bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği doğru ölçme derecesini, üretkenliğini ve devamlılığını göstermektedir. Güvenirlik için testin tekrarlanabilir ve aktarılabilir olması gerekmektedir. Güvenirlik bir ölçme aracında bütün soruların birbirleriyle tutarlılığını, ele alınan özelliği ölçmede türdeşliğini, yeterliliğini ortaya koymaktadır. Bir özelliğin değerlendirilmesinde güvenilirlik gereklidir fakat tek başına yeterli değildir (Çakmur, 2012).

Ölçme sonrası hata payı ile güvenilirlik ters orantılıdır. Hata payı azaldıkça güvenilirlik artmakta, hata payı arttıkça güvenilirlik azalmaktadır. Ölçeklerin güvenilirlik düzeyleri güvenilirlik analizleri ile belirlenmektedir. Güvenirliği ifade etmenin en iyi yolu -1.00 ile +1.00 arasında değişen korelasyon katsayısı (r) kullanmaktır. Korelasyon katsayısı, paralel iki ölçüm arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi vermektedir. Elde edilen korelasyon katsayısı +1 ise, iki ölçüm arasında pozitif ve mükemmel bir ilişki var, -1 ise, negatif ve mükemmel bir ilişki var

anlamına gelmektedir. Eğer elde edilen korelasyon katsayısı 0 ise ölçümler arasında herhangi bir ilişki bulunmamaktadır. Sıklıkla korelasyon katsayısı 0.70'in altında olan ölçeklerin kullanılması tavsiye edilmemektedir. Bir ölçeğin korelasyon katsayısının 0.70 olması, bu ölçeği cevaplayanlar arasındaki değişkenliğin %70'inin ölçülen özellikle ilgili gerçek değişkenlikten, %30'unun ise rastgele hatalardan kaynaklandığını göstermektedir (Çoban, 2006; Erdoğan vd., 2014; Gözüm ve Aksayan, 2003). Bir ölçeğin güvenilirliğini test etmek için kullanılan 3 yöntem vardır (Gözüm ve Aksayan, 2003):

Değişmezlik (Stability): Bir ölçeğin benzer şartlar altında ve belli bir zaman aralığı boyunca uygulanmasıyla elde edilen veri grupları arasındaki ilişki, ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin ölçütüdür. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin değerlendirilmesinde test-tekrar test yöntemi en önemli ölçüttür. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da en yaygın kullanılan ve önerilen güvenilirlik göstergesidir (Gözüm ve Aksayan, 2003).

Bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum (Inter-rater ve intra-rate consistency): Bağımsız gözlemciler arası uyum, iki veya daha fazla gözlemcinin, birbirinden bağımsız olarak, aynı koşulu, aynı ölçek ile ölçmeye çalıştığı zaman uygulanan bir güvenilirlik ölçütüdür. Bağımsız gözlemciler arası uyum hesaplanırken korelasyon, t-testi, özel varyans çözümlenmeleri ve Cronbach Alfa kullanılmaktadır. %70 ve daha yüksek tutarlılık, güvenilirlik sınaması için yeterli görülmektedir. Ancak tutarlılık yüzdesinin şansa bağlı olması söz konusu olduğunda kappa katsayısı kullanılmaktadır.

Kappa katsayısı= gözlenen tutarlılık-beklenen tutarlılık/1- beklenen tutarlılık şeklinde hesaplanmaktadır.

Kappa katsayısı 0 ise tam uyumsuzluktan, 1'e yaklaşıyorsa uyumdan bahsedilmektedir. Ayrıca kappa katsayısı -1 ise, ters uyum söz konusudur (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Gözlemciler içindeki uyum, birden çok gözlemin aynı gözlemci tarafından yapılarak puanlanmasıdır (Çoban, 2006).

İç Tutarlılık (Internal consistency) / Tutarlılık (Homogeneity): Her ölçeğin bir bütün oluşturmak amacıyla birbirinden deneysel olarak bağımsız birimlerden (test maddeleri, anket soruları gibi) oluştuğu varsayımıdır. Yaygın kullanılan bir güvenilirlik ölçütüdür. Belirli bir alanı ölçtüğü düşünülen soruların kendi aralarında homojen bir dağılım sağlayıp sağlamadığına ve istenen kavramı ölçüp ölçmediğine bakmak amacıyla kullanılmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014). İç tutarlılığın belirlenmesinde kullanılan yöntemler; Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı, madde-toplam puan korelasyonları, iki yarıya bölme yöntemi ve test-tekrar test yöntemidir.

- **Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı:** Likert tipi ölçüm sağlayan ölçeklerde, maddelerin kendi aralarındaki tutarlılık ve hipotetik bir

değişkeni ölçme durumunu saptamaktır. Temel fonksiyonu iç tutarlılığı belirlemektir. Ölçek maddelerinin tutarlılık durumu ve arka planda bir hipoetik değişkeni temsil etme derecesi hakkında bilgi veren bir güvenilirlik indeksidir (Çakmur, 2012). Cronbach Alfa katsayısının yüksek olması, ölçeğin tutarlı maddelerden oluştuğu anlamına gelmektedir. Literatürde bir ölçeğin kullanılabilirliği için Cronbach Alfa katsayısının 0.60-0.80 aralığında olmasının yeterli olduğu belirtilmektedir.

Cronbach Alfa katsayısının bulunduğu aralığa göre güvenilirlik durumu aşağıdaki gibidir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Şencan, 2005):

$0.20 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,
 $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir,
 $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise oldukça güvenilirliktedir,
 $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

- **Madde-Toplam Puan Korelasyonları:** Bu teknikle ölçeğin toplam puanı ve her bir maddenin puanları karşılaştırılarak aralarındaki korelasyon incelenmektedir. Madde toplam puan korelasyon katsayılarının ortalaması ile testin güvenilirliği belirlenmektedir (Çakmur, 2012). Korelasyon hesaplanırken Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonunun düzeltilmiş formülü kullanılmaktadır. Bir maddenin kabul edilebilir nitelikte olması için madde-toplam korelasyon katsayısının pozitif ve 0.20 ve üstünde olması gerekmektedir. Madde-toplam korelasyon katsayısı 0.20'nin altında olan maddeler ölçekten çıkarılmalıdır. Aksi takdirde ölçeğin güvenilirliğinin düşmesine neden olmaktadır. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra ölçeğin madde-toplam korelasyon katsayısı tekrar incelenmelidir (Gözüm ve Aksayan, 2003).
- **İki Yarıya Bölme Yöntemi:** İç tutarlılığı belirlemek için kullanılan en eski ve avantajlı yöntemlerden birisi, iki yarıya bölme yöntemidir. Bu yöntemde ölçeği oluşturan maddeler iki gruba ayrılmakta ve bağımsız olarak puanlanmaktadır (Körükçü, 2009). İki yarıya bölme işlemi farklı şekillerde yapılabilir. Bunlardan ilki ölçek maddelerini birinci yarı ve ikinci yarı şeklinde ikiye bölmektir. Yaygın olarak kullanılan diğer bir bölme yöntemi de ölçek maddelerini çift sayılı ve tek sayılı olarak ayırarak bölmektir. Bu yarılar arasındaki ilişkiye bakılarak iç tutarlılık kestirilebilmektedir (Osburn, 2000). İki yarı testten elde edilen puanlar bir korelasyon katsayısını hesaplanmasında kullanılmaktadır. Bir ölçeğin bölünmüş yarılarından elde edilen korelasyon katsayısı, sistematik olarak tüm ölçeğin güvenilirliğinin

gerçek değerinin altında olma eğilimi göstermektedir. Kısa ölçekler, uzun ölçeklere kıyasla daha düşük güvenilirliğe sahiptir. İki yarıya bölme yöntemi bu yetersizliğinde giderilmesini sağlamaktadır. Ölçeğin tümünün güvenilirliğini saptamak amacıyla, özellikle ölçek maddeleri ordinal yapıdaysa *Spearman Brown prophecy* formülü olarak bilinen bir korelasyon katsayısı düzeltme formülü kullanılarak korelasyon katsayısı hesaplaması yapılmaktadır.

Formül şöyledir (Green ve Hersberger, 2000; Osburn, 2000):

$$r^1 = 2r / (1+r)$$

r: Ölçek yarılarının korelasyon katsayısı

r¹ : Ölçek bütünü için kestirilen güvenilirlik katsayısı

Ölçeğin bir toplumda toplanabilir özellikte olup olmadığına bakmak için Tukey Toplanabilirlik Analizi yapılmaktadır. Ölçek maddeleri arasındaki korelasyon katsayısından faydalanılarak Cronbach Alfa katsayısı ve Guttman Split-Half katsayıları hesaplanmaktadır (Körükçü, 2009).

- ***Test-Tekrar Test Yöntemi:*** Bir ölçeğin güvenilirliğinin zamana göre değişmezliğini sınamak için kullanılmaktadır. Ölçeğin farklı zamanlarda tekrarlanan ölçümlerde benzer ölçüm sonuçlarını sağlama özelliği ile ilgilenmektedir (Green ve Hersberger, 2000). Ölçülen nitelik kısa süre içerisinde farklılık göstermiyorsa, yineleyen testlerde aynı veya benzer sonuçların alınması beklenmektedir. Bu yöntem çoğunlukla fiziksel ve teknoloji odaklı ölçümler, yazılı ölçekler ile gözlemlerde kullanılmaktadır. Davranışlar, duygular ve fiziksel durum vb. nitelikler iki ölçüm arasında geçen sürede farklılık gösterebilmektedir (Yurdugül, 2006). Dolayısıyla testin ölçtüğü niteliğin devamlı farklılık gösterdiği durumlarda kullanılmamaktadır. Ölçülen niteliklerin iki ölçüm arasında geçen süre içerisinde istikrarlı olması gerekmektedir. Test-tekrar test yönteminde; test bir örneklem grubuna ara vermeden veya kısa bir süre dinlenmelerini sağladıktan sonra uygulanabildiği gibi, iki ölçüm arasında 2-4 hafta ara verilerek de uygulanabilmektedir (Körükçü, 2009).

2.7.3. Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması

Bir ölçeğin başka bir dile uyarlanmasında, en etkili faktör kültürün ölçek sonuçlarına yansımadır. Bu nedenle ölçek uyarlama çalışmasının

son aşaması olan bu aşamada uyarlanan ölçeğin kültürel özellikleri incelenmekte ve gruplar arası fark olup olmadığı araştırılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılmasında, her iki kültürde de benzer özelliklere sahip kişilere uygulanan iki ölçeğin bütün psikometrik özellikleri, ölçekte yer alan maddelere verilen cevapların yüzdeleri ve benzeri pek çok özellik karşılaştırılmaktadır. Kültürlerarası özellikler, dil ve kavramsal eşdeğerlik incelenerek değerlendirilmektedir. Ölçek maddelerinin birebir çevrilmesi dilde eşdeğerliği ifade etmektedir. Kavramsal eşdeğerlik ise, her iki kültürde de aynı anlamı vermek için kültüre uygun sözcük ve cümlelerin seçilmesi anlamına gelmektedir (Erdoğan vd., 2014). Literatürde "cross-cultural research" olarak adlandırılan bu çalışmalar, bir ölçeğin evrensel nitelik kazanmasını sağlamaktadırlar (Gözüm ve Aksayan, 2003).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma, Foley ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği"nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak Türk toplumuna uyarlanması ve postpartum depresyon ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yürütülmüş olan metodolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Haziran 2017'de literatür taraması ile başlamış olup; etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Büyükdere, Emek, Ihlamurkent, Kırmızı Toprak, Odunpazarı, Osmangazi, Hoşnudiye, Batıkent Gökkuşluğu ve Şirintepe Aile Sağlığı Merkezleri olmak üzere toplam 9 Aile Sağlığı Merkezi'nden Mayıs 2018 - Ağustos 2018 tarihleri arasında anket yöntemiyle veri toplanmış ve Ocak 2019 tarihinde sonlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 76 Aile Sağlığı merkezine kayıtlı kadınlar oluşturmaktadır. Ölçek çalışmalarında, örneklem hacminin belirlenmesinde ölçek madde sayısının minimum 5-10 katı sayıda bireye ulaşılması önerilmektedir (Burns & Grove, 2009). Bu doğrultuda toplam 21 maddeden oluşan "Birth Memories and Recall Questionnaire (BirthMARQ)" madde sayısı göz önünde bulundurularak madde başına 10 kişinin çalışmaya dahil edilmesi ve örneklem büyüklüğünün en az 210 kişi olması planlanmıştır. Bu bilgilerden yola çıkarak, Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 76 tane Aile Sağlığı Merkezi sosyo-ekonomik faktörler göz önünde bulundurularak iyi, orta, kötü olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Araştırma bu 3 grup içerisinde rastgele kura yöntemi ile seçilen ve her grupta 3'er tane olmak üzere toplamda 9 tane Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür. Çalışma Mayıs 2018 - Ağustos 2018 tarihleri arasında, 9 tane Aile Sağlığı Merkezine başvuran ve çalışmaya katılım koşullarını sağlayan 400 kadın üzerinde yapılmıştır. Her bir grup için %30 ile %40 arasında bir katılım olmuştur. Ölçek maddelerini 13 kişi tam olarak cevaplamayıp eksik bıraktığı için ölçek geçerlik güvenilirlik analizleri 387 kadın üzerinde yapılmıştır.

Doğum sonrası psikopatoloji açısından, özellikle de postpartum depresyon açısından riskli dönem doğumdan sonraki ilk 1 yıldır (Durukan vd., 2011). Ayrıca doğum deneyimi kadın yaşamında kişisel bir anı niteliğindedir. Kişisel anılar uzun süreli hafızanın epizodik (anısal) hafıza bölümünde saklanmaktadır. Kadınların doğum hafızasına ve doğum anına ilişkin yapılan çalışmalarda, doğum anının doğumdan 15-20 yıl sonrasına kadar hatırlanabileceği ortaya konmuştur (Simkin, 1991 ve 1992). Hem postpartum depresyon açısından riskli dönem olması, hem de ölçeğin orijinalinin de 0-1 yaş aralığında bebeği olan kadınlara uygulanması göz önünde bulundurularak, çalışma 0-1 yaş aralığında bebeği olan 400 kadın üzerinde yapılmıştır.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü ve rızası olan,
- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan,
- 18-49 yaş aralığında,
- En az bir doğum yapmış,
- 0-1 yaş aralığında bebeğe sahip olan,
- Vajinal doğum yapmış,
- Epidural/Spinal anestezi ile sezaryen doğum yapmış olan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Örnekleme Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Çalışmaya katılma konusunda rıza göstermeyen,
- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan,
- 18 yaşından küçük, 49 yaşından büyük,
- Hiç çocuk doğurmamış,
- Genel anestezi altında sezaryen doğum yapmış,
- Son doğumunun üzerinden 1 yıldan daha uzun süre geçen,
- Araştırmaya engel olacak işitme-görme ve zihinsel problemi bulunan kadınlar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan "Anket Formu (EK-5)" "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (EK-6)" ve "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EK 8)" kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Anket formu (EK-5)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olan anket formunda katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek üzere hazırlanmış olan toplam 16 adet soru bulunmaktadır (Figueiredo vd.,2014; Foley vd., 2014; Waldenstrom, 2003).

3.4.2. Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği (EK-6)

Doğum sonrası ruh hali ve psikopatolojide önemli olabilecek doğum anılarının özelliklerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Ayers vd., 2014). Toplam 21 maddeden oluşan ölçek, yedili likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19,20 ve 21. maddeleri 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 biçiminde puanlanmaktadır. 1,4 ve 11.maddeler ise 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 biçiminde puanlanmaktadır.

Ölçek, 6 alt boyuttan oluşmaktadır ve her bir alt boyut kendi içinde değerlendirilmektedir. Her bir alt boyut puanı, bu alt boyuttaki maddelerin puan ortalamasından oluşmaktadır.

- Ölçeğin duygusal hafıza, hafızanın merkeziliği ve tutarlılık alt boyutlarında; 1 puan: "kesinlikle katılmıyorum.", 7 puan: "kesinlikle katılıyorum." anlamına gelmektedir.
- Ölçeğin tekrar yaşama alt boyutunda; 1 puan: "hiç", 7 puan: "çok fazla" anlamına gelmektedir.
- Ölçeğin duygusal hafıza alt boyutunda; 1 puan: "hiç", 7 puan: "çok" anlamına gelmektedir.
- Ölçeğin istemsiz hatırlama alt boyutunda; 1 puan: "asla", 7 puan: "her zaman" anlamına gelmektedir.

1. Duygusal Hafıza alt boyutu (varyans: %12.94): Hem doğum anında hem de hatırlama sırasında duyguların birleşmesine ilişkin 5 maddeyi içermektedir. Bu boyuttan alınan puanların yüksek olması, doğum deneyimi ile ilgili olumsuz duygu ve/veya daha karışık duyguya sahip olduğunu göstermektedir.
2. Hafızanın Merkezliliği (varyans: %10.83): Doğum hafızasının, annenin öz-kimliği ve yaşam öyküsünde merkezi bir deneyim olarak ne kadar entegre edildiğini ölçen 4 maddeyi içermektedir. Daha yüksek puanlar, doğum hafızasının annede daha merkezi bir yerde olduğunu göstermektedir.
3. Tutarlılık alt boyutu (varyans: %9.0): Doğum hafızasının tutarlı, parçalanmamış ve sürekli bir film gibi olma derecesini değerlendiren 3 maddeden oluşmaktadır. Bu boyuttan yüksek puan alınması daha tutarlı bir doğum hafızasına sahip olduğunu göstermektedir.

4. Tekrar Yaşama alt boyutu (varyans: %10.98): 4 maddelik bir bileşen olan bu alt boyut; görsel gösterimler, ses ve bedensel duyular yoluyla doğum deneyiminin algılanmasını ve bugünmüş gibi ne kadar çok tekrar yaşandığını göstermektedir. Artan değerler daha çok tekrar yaşamayı ortaya koymaktadır.
5. Duyusal Hafıza (varyans: %10.47): Dört maddelik bir bileşen olan duyuşal hafıza, katılımcıların doğum anındaki koku, tat, ses ve dokunuş detaylarını ne kadar iyi hatırladıklarını değerlendirmektedir ve daha yüksek puanlar doğum deneyimi ile ilgili artan duyuşal hafızayı göstermektedir.
6. İstemsiz Hatırlama (varyans: %9.88): Doğumun istemli ve istemsiz hatırlanma sıklığını değerlendiren 3 maddeyi içermektedir. Daha yüksek puanlar istemsiz hatırlamanın daha sık olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin total Cronbach Alfa değeri 0.794 iken; ölçeğin alt boyutlarında bu değer 0.643 ve 0.797 arasında değişmektedir (Foley vd., 2014).

3.4.3. Edinburgh postpartum depresyon ölçeği (EK-8)

Doğum sonrası dönemde depresyon riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Cox vd., 1987). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Toplam 10 sorudan oluşan ölçek, dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Yanıtlar her madde için 4 seçenekten oluşmakta olup, 0-3 arasında değişen puanlarla ölçülmektedir. Skor 0-30 arasında değişmektedir. Ölçeğin 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeleri giderek azalan şiddet göstermekte ve 3, 2, 1, 0 biçiminde puanlanmaktadır. 1, 2 ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilmektedir. İç tutarlılık katsayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80, kesme noktasının 12/13 alınması durumunda duyarlılığı 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif yordama değeri 0.69, negatif yordama değeri 0.94'tür. Ölçeğin kesme puanı 12/13 olarak kabul edilmiştir. Bu değerin üzerinde puana sahip olan kadınlar, riskli grup olarak kabul edilmiştir (Engindeniz, Küey ve Kültür, 1997).

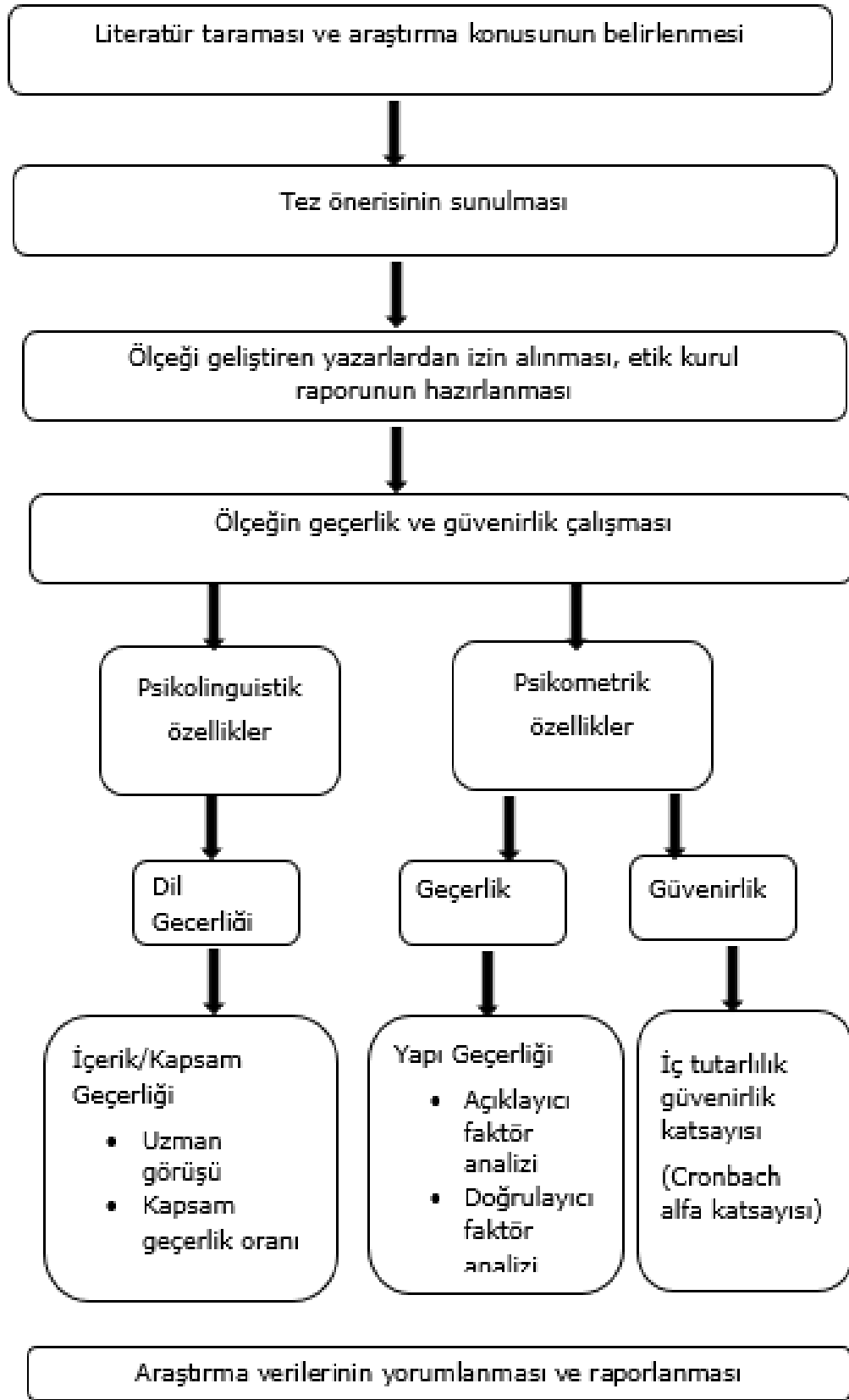
3.5. Veri Toplanması

Veri toplamaya başlanmadan önce uzman görüşleri doğrultusunda son şekli verilen ölçeğin 52 kişi üzerinde pilot uygulaması yapılmıştır. Yapılan uygulama sonucunda, veri toplama araçlarının anlaşılabilirliği konusunda olumsuz geri bildirim alınmamıştır.

Veri toplama araçları uygulanmadan önce katılımcılar araştırmacı tarafından bilgilendirildikten sonra, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-4). Çalışmanın ilk aşamasında çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışma hakkında bilgi verilmiş, sırasıyla sosyo-demografik ve obstetrik özelliklere ilişkin soruların bulunduğu Anket Formunu (EK-5), Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'ni (EK-6) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ni (EK-8) doldurmaları sağlanmıştır. Veriler araştırma süresince her gün, aile sağlığı merkezlerine gidilerek muayene ve aşı için bekleyen annelerle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Okuma-yazma bilmeyen veya maddeleri anlamakta güçlük çeken katılımcılara, veri formları okunup açıklanarak uygulanmıştır. Her bir katılımcı ile görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

- Verilerin analizinde SPSS 16.0 ve LISREL 8.7 istatistik paket programları kullanılmıştır.
- Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde ve ortalama ile değerlendirilmiştir.
- Geçerlik için kapsam geçerlik indeksi, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, bilinen grup karşılaştırması ve yordama kestirim geçerliği kullanılmıştır.
- Güvenirlik için Cronbach Alfa değeri, iki yarıya bölme, madde-toplam puan ve madde-alt ölçek toplam puan korelasyonu, taban ve tavan etki kullanılmıştır.
- Ölçekte tepki yanlılığı olup olmadığı Hotelling T^2 testi ile incelenmiştir.
- Ölçeğin Türk örnekleminde toplanabilirlik özelliği olup olmadığı Tukey Toplanabilirlik analizi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.
- Şekil 3.1'de Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği için takip edilen basamaklar verilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın yürütülmesinde takip edilen basamaklar

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

- Ölçeği geliştiren araştırmacılarından City of London Üniversitesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Susan Ayers ile e-posta üzerinden görüşülerek yazılı izin alınmıştır (EK-1).
- Çalışma 'Helsinki Deklarasyonu Son Versiyonu' ve 'İyi Klinik Uygulamalar Yönergesi' ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir.
- Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı'ndan 09.04.2018 tarih ve 25403353-050.99-E.37670 sayılı ve 09 karar numaralı onay alınmıştır (EK-2).
- Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır (EK-3).
- Ayrıca çalışmayı kabul eden kadınlardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu aracılığı ile yazılı onam alınmıştır (EK-4).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları; 0-1 yaş aralığında bebeği olan ve çalışmanın yürütüldüğü Aile Sağlığı Merkezindeki kadınlara ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı; Büyükdere, Emek, Ihlamurkent, Kırmızı Toprak, Odunpazarı, Osmangazi, Hoşnudiye, Batıkent Gökkuşuğu ve Şirintepe Aile Sağlığı Merkez'lerine Mayıs-Ağustos 2018 tarihleri arasında başvuran, 0-1 yaş aralığında bebek sahibi olan 400 kadın ile gerçekleştirilen çalışmamızın bulguları bu bölümde ele alınmıştır.

4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, 18-49 yaş grubu arası 0-1 yaş aralığında bebeği olan kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 28.68 ± 5.30 'dur (Min=18 - Max=44). Katılımcıların %1.3'ü (n=5) okur-yazar değil, %3.0'ü (n=12) okur-yazar, %32.5'i (n=130) ilköğretim, %36.3'ü (n=145) lise ve %27.0'si (n=108) üniversite ve üstü seviyede bir okul mezunudur. Katılımcıların %76.2'si (305) çalışmamaktadır. Katılımcıların %71.3'ü (n=285) gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %98.8'i (n=395) evlidir. Katılımcıların %47.8'i (n=191) bebek sahibi olmanın evliliklerini olumlu etkilediğini belirtmiştir. Katılımcıların %6.0'sında (n=24) geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü mevcutken, katılımcıların eşlerinin %0.8'inde (n=3) daha önce geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü mevcuttur.

Katılımcıların %41.5'i (n=166) 1 çocuğa, %43.0'ü (n=172) 2 çocuğa ve %15.5'i (n=62) 3 veya daha fazla çocuğa sahiptir. Katılımcıların %47.0'sinin (n=188) son doğumu epizyotomili vajinal doğum, %8.5'inin (n=34) epizyotomisiz vajinal doğum ve %44.5'inin (n=178) sezaryen doğumdur. Son doğumların %60'ını (n=240) hekimler yaptırmıştır. Son doğumların %62.3'ü (n=249) devlet hastanesinde gerçekleşmiştir. Son doğumların %87.2'si (n=349) 37. hafta ve sonrasında olmuştur.

Son doğumda dünyaya gelen bebeklerin %91.7'sinin (n=367) doğum ağırlığı 2500 gr'dan fazladır. Ayrıca bebeklerin %54.0'ünün (n=216) cinsiyeti erkektir. Bebeklerin %41.7'si (n=167) 0-3 aylık, %23.0'ü (n=92) 4-6 aylık, %20.0'si (n=80) 7-9 aylık, %15.3'ü (n=61) 10-12 aylıktır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı
(n=400)

| Sosyo-Demografik Özellikler | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|-----------------|------------------|
| Öğrenim durumu | | |
| Okur-yazar değil | 5 | 1.3 |
| Okur-yazar | 12 | 3.0 |
| İlköğretim | 130 | 32.5 |
| Lise | 145 | 36.3 |
| Üniversite ve üstü | 108 | 27.0 |
| Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyor | 95 | 23.8 |
| Çalışmıyor | 305 | 76.2 |
| Gelir Durumu | | |
| Gelir giderden az | 65 | 16.2 |
| Gelir gidere denk | 285 | 71.3 |
| Gelir giderden fazla | 50 | 12.5 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 395 | 98.8 |
| Bekâr | 5 | 1.2 |
| Bebeğin Evliliği Etkileme Durumu | | |
| Hayır, etkilemedi | 188 | 47.0 |
| Evet, olumlu etkiledi | 191 | 47.8 |
| Evet, olumsuz etkiledi | 21 | 5.2 |
| Toplam Yaşayan Çocuk Sayısı | | |
| 1 çocuk | 166 | 41.5 |
| 2 çocuk | 172 | 43.0 |
| 3 veya daha fazla çocuk | 62 | 15.5 |
| Son Doğum Şekli | | |
| Epizyotomili vajinal doğum | 188 | 47.0 |
| Epizyotomisiz vajinal doğum | 34 | 8.5 |
| Sezaryen Doğum | 178 | 44.5 |
| Son Doğumu Yaptıran Kişi | | |
| Ebe | 160 | 40.0 |
| Hekim | 240 | 60.0 |
| Son Doğumun Yapıldığı Yer | | |
| Devlet hastanesi | 249 | 62.3 |
| Özel hastane | 116 | 29.0 |
| Üniversite hastanesi | 35 | 8.7 |
| Son Doğumun Gerçekleştiği Hafta | | |
| 37 haftadan önce | 51 | 12.8 |
| 37 hafta ve sonrası | 349 | 87.2 |
| Son doğan bebeğin doğum ağırlığı | | |
| 2500 gr'dan az | 33 | 8.3 |
| 2500 gr ve üzeri | 367 | 91.7 |
| Son doğan bebeğin cinsiyeti | | |
| Kız | 184 | 46.0 |
| Erkek | 216 | 54.0 |
| Son doğan bebeğin kaç aylık olduğu | | |

| | | |
|---|-----|------|
| 0-3 ay | 167 | 41.7 |
| 4-6 ay | 92 | 23.0 |
| 7-9 ay | 80 | 20.0 |
| 10-12 ay | 61 | 15.3 |
| Daha önce geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü | | |
| Evet | 24 | 6.0 |
| Hayır | 376 | 94.0 |
| Ešte daha önce geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü | | |
| Evet | 3 | 0.8 |
| Hayır | 397 | 99.2 |

4. 2. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular

Ölçek maddelerine kadınların verdiği en düşük puan 1 en yüksek puan 7'dir. Kadınların maddelere verdikleri puan ortalamaları 2.33 ile 5.14 arasında değişmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Ölçek Maddelerinin Tanımlayıcı Özellikleri

| Maddeler | Ortalama | Standart Sapma | Min | Max |
|----------|----------|----------------|-----|-----|
| 1 | 3.13 | 1.98 | 1 | 7 |
| 2 | 2.33 | 2.03 | 1 | 7 |
| 3 | 3.81 | 2.23 | 1 | 7 |
| 4 | 3.04 | 2.09 | 1 | 7 |
| 5 | 3.34 | 2.13 | 1 | 7 |
| 6 | 4.16 | 2.13 | 1 | 7 |
| 7 | 4.16 | 2.18 | 1 | 7 |
| 8 | 4.52 | 2.33 | 1 | 7 |
| 9 | 3.85 | 2.24 | 1 | 7 |
| 10 | 4.63 | 2.01 | 1 | 7 |
| 11 | 5.14 | 2.05 | 1 | 7 |
| 12 | 4.54 | 2.18 | 1 | 7 |
| 13 | 4.26 | 2.19 | 1 | 7 |
| 14 | 3.41 | 2.15 | 1 | 7 |
| 15 | 3.72 | 2.25 | 1 | 7 |
| 16 | 3.50 | 2.26 | 1 | 7 |
| 17 | 3.13 | 2.16 | 1 | 7 |
| 18 | 4.84 | 1.92 | 1 | 7 |
| 19 | 5.03 | 1.92 | 1 | 7 |
| 20 | 3.19 | 2.14 | 1 | 7 |
| 21 | 3.48 | 2.24 | 1 | 7 |

Bu çalışma için 17 uzmandan görüş alınmış olup, Davis tekniğine göre yapılan kapsam geçerlilik indeksi analizine göre madde bazında kapsam geçerlilik indeksi 0.77-1.00 arasında ve ölçek bazında (tüm ölçek için) 0.95 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kapsam Geçerlilik İndeksleri (n= 17)

| Uzman Değerlendirmesi | | | | | | |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|---|---|
| Maddeler | 1 Puan | 2 Puan | 3 Puan | 4 Puan | Madde Bazında Kapsam Geçerlilik İndeksi | Ölçek Bazında kapsam geçerlilik İndeksi |
| 1 | 0 | 0 | 5 | 12 | 1.00 | 0.95 |
| 2 | 0 | 0 | 4 | 13 | 1.00 | |
| 3 | 0 | 0 | 4 | 13 | 1.00 | |
| 4 | 0 | 1 | 4 | 12 | 0.95 | |
| 5 | 0 | 1 | 6 | 10 | 0.95 | |
| 6 | 0 | 4 | 6 | 7 | 0.77 | |
| 7 | 0 | 1 | 7 | 9 | 0.95 | |
| 8 | 0 | 0 | 5 | 12 | 1.00 | |
| 9 | 0 | 1 | 5 | 11 | 0.95 | |
| 10 | 0 | 2 | 3 | 12 | 0.89 | |
| 11 | 0 | 2 | 5 | 9 | 0.83 | |
| 12 | 1 | 1 | 3 | 12 | 0.89 | |
| 13 | 0 | 1 | 4 | 12 | 0.95 | |
| 14 | 0 | 2 | 6 | 9 | 0.89 | |
| 15 | 0 | 0 | 5 | 12 | 1.00 | |
| 16 | 0 | 0 | 4 | 12 | 0.95 | |
| 17 | 0 | 0 | 5 | 12 | 1.00 | |
| 18 | 0 | 0 | 5 | 12 | 1.00 | |
| 19 | 0 | 0 | 5 | 12 | 1.00 | |
| 20 | 0 | 0 | 7 | 10 | 1.00 | |
| 21 | 0 | 2 | 4 | 11 | 0.89 | |

Uzmanların görüşleri arasında uyum 0.840 (%95 ICC 0.706-0.931) olarak saptanmıştır. Bu değer yüksek düzeyde uyum olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Uzman Görüşlerinin Sınıf içi Korelasyon katsayısına (ICC) Göre Uyumunun Değerlendirilmesi

| Sınıf içi Korelasyon Katsayısı | %95 Güven aralığı | | F | p |
|--------------------------------|-------------------|----------|-------|--------|
| | Minimum | Maksimum | | |
| 0.840 | 0.706 | 0.931 | 6.474 | <0.001 |

KMO katsayısı 0.759, Bartlett testi X^2 değeri 3079.458 ve $p < 0.001$ olarak saptanmıştır. Ölçeğin birinci alt boyutu toplam varyansın %14.674'ünü, ikinci alt boyutu toplam varyansın %5.772'sini, üçüncü alt boyutu toplam varyansın %10.157'sini, dördüncü alt boyutu toplam varyansın %6.655'ini, beşinci alt boyutu toplam varyansın %24.347'sini ve altıncı alt boyutu toplam varyansın %4.897'sini açıklamaktadır. Ölçeğin birinci alt boyutunun faktör yük değerinin 0.717-0.881 arasında değiştiği, ikinci alt boyutunun faktör yük değerinin 0.773-0.979 arasında değiştiği, üçüncü alt boyutunun faktör yük değerinin 0.305-0.844 arasında değiştiği, dördüncü alt boyutunun faktör yük değerinin 0.642-0.833 arasında değiştiği, beşinci alt boyutunun faktör yük değerinin 0.121-0.827 arasında değiştiği ve altıncı alt boyutunun faktör yük değerinin 0.578-0.589 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Açıklayıcı Faktör Analizine Göre Faktör Yükleri (n=387)

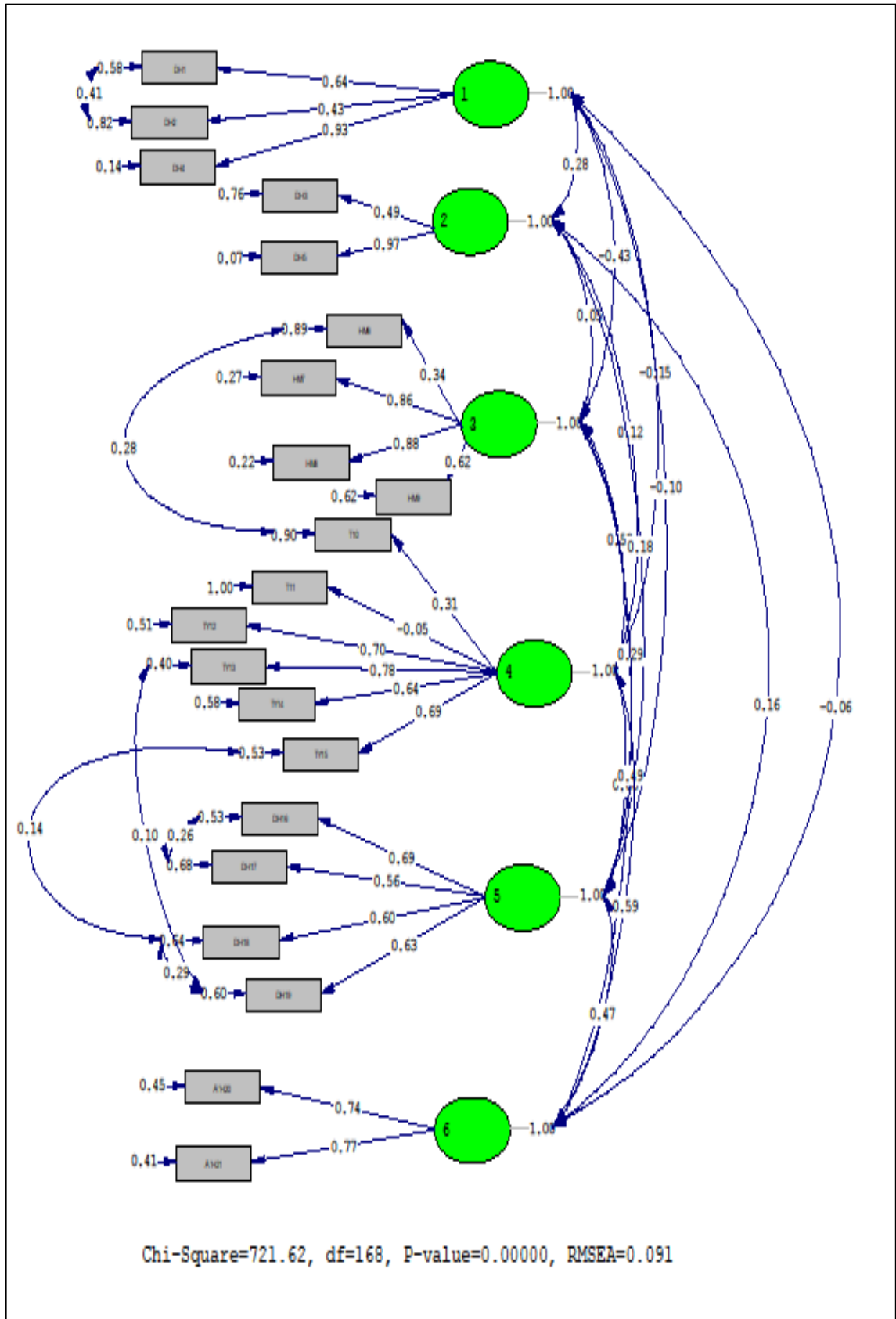
| Maddeler | Faktör Yükleri | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| | Birinci Alt Boyut | İkinci Alt Boyut | Üçüncü Alt Boyut | Dördüncü Alt Boyut | Beşinci Alt Boyut | Altıncı Alt Boyut |
| 1 | 0.881 | | | | | |
| 2 | 0.745 | | | | | |
| 3 | | 0.797 | | | | |
| 4 | 0.717 | | | | | |
| 5 | | 0.773 | | | | |
| 6 | | | 0.305 | | | |
| 7 | | | 0.813 | | | |
| 8 | | | 0.844 | | | |
| 9 | | | 0.705 | | | |
| 10 | | | | | 0.284 | |
| 11 | | | | | 0.121 | |
| 12 | | | | | 0.670 | |
| 13 | | | | | 0.827 | |
| 14 | | | | | 0.674 | |
| 15 | | | | | 0.694 | |
| 16 | | | | 0.811 | | |
| 17 | | | | 0.833 | | |
| 18 | | | | 0.650 | | |
| 19 | | | | 0.642 | | |
| 20 | | | | | | 0.589 |
| 21 | | | | | | 0.578 |
| Açıklanan Varyans (%) | 14.674 | 5.772 | 10.157 | 6.655 | 24.347 | 4.897 |
| Açıklanan Toplam Varyans (%) | 66.501 | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Özdeğer | 3.081 | 1.212 | 2.133 | 1.398 | 5.113 | 1.028 |
| KMO | 0.759 | | | | | |
| Bartlett X²(p) | 3079.458 (p<0.001) | | | | | |

Altı faktörlü modelin hesaplanan ki-kare değeri 721.62, serbestlik derecesi 168 ve $p < 0.001$ olarak saptanmıştır. X^2/SD bölümü ise 4.295 olarak belirlenmiştir. Uyum indekslerinden RMSEA 0.091, SRMR 0.091, GFI 0.85, CFI 0.91, IFI 0.91, RFI 0.85 ve NFI 0.88 olarak saptanmıştır. DFA sonucunda ölçeğin birinci alt boyutunun faktör yük değerinin 0.43-0.93 arasında değiştiği, ikinci alt boyutunun faktör yük değerinin 0.49-0.97 arasında değiştiği, üçüncü alt boyutunun faktör yük değerinin 0.34-0.88 arasında değiştiği, dördüncü alt boyutunun faktör yük değerinin 0.05-0.78 arasında değiştiği, beşinci alt boyutunun faktör yük değerinin 0.56-0.69 arasında değiştiği ve altıncı alt boyutunun faktör yük değerinin 0.74-0.77 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Doğrulayıcı faktör analizi model uyum indeksleri

| | X² | SD | X²/SD | RMSEA | SRMR | GFI | CFI | IFI | RFI | NFI |
|----------------------------|----------------------|-----------|-------------------------|--------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Altı Faktörlü Model | 721.62 | 168 | 4.295 | 0.091 | 0.091 | 0.85 | 0.91 | 0.91 | 0.85 | 0.88 |



Şekil 4.1. Doğrulayıcı faktör analizi

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği toplam puanı ile ölçek toplam puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.378$) anlamlı, birinci alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.232$) anlamlı, ikinci alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.166$) anlamlı, üçüncü alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.161$) anlamlı, dördüncü alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.183$) anlamlı, beşinci alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.190$) anlamlı ve altıncı alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.362$) anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ile Ölçek ve Ölçek Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

| Ölçekler | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|
| 1-Edinburg Toplam Puan | 1.00 | | | | | | | |
| 2-Ölçek Toplam Puan | 0.378* | 1.00 | | | | | | |
| 3- Birinci Alt Boyut | 0.232* | 0.252* | 1.00 | | | | | |
| 4- İkinci Alt Boyut | 0.166* | 0.373* | 0.315* | 1.00 | | | | |
| 5- üçüncü Alt Boyut | 0.161* | 0.624* | -0.269 | 0.126* | 1.00 | | | |
| 6- Dördüncü Alt Boyut | 0.183* | 0.773* | -0.098 | 0.033 | 0.418* | 1.00 | | |
| 7- Beşinci Alt Boyut | 0.190* | 0.660* | 0.027 | 0.104* | 0.249* | 0.425* | 1.00 | |
| 8- Altıncı Alt boyut | 0.362* | 0.639* | 0.092 | 0.163* | 0.399* | 0.383* | 0.295* | 1.00 |

* Korelasyonlar $p<0.01$ düzeyinde anlamlı

Kadınlarda depresyon görülme durumu ile ölçek toplam puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.256$) anlamlı, birinci alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.173$) anlamlı, ikinci alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.144$) anlamlı, üçüncü alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.058$) anlamsız, dördüncü alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.134$) anlamlı, beşinci alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.171$) anlamlı ve altıncı alt boyutla düşük düzeyde pozitif yönde ($r=0.325$) anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

EPDÖ puanı 0-12 arasında olan kadınlarda depresyon riski yok, 13-30 arasında olan kadınlarda depresyon riski var olarak hesaplanmıştır. Kadınların %22.8'inde ($n=91$) depresyon riski olduğu saptanmıştır.

Depresyon riski olan kadınların ölçek toplam puan ortalaması 6.71 ± 3.85 iken, depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 4.32 ± 0.96 'dır. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan

kadınların ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p < 0.001$).

Depresyon riski olan kadınların duygusal hafıza alt boyutu puan ortalaması 3.53 ± 2.03 iken, depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 2.66 ± 1.55 'tir. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların duygusal hafıza alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p = 0.001$).

Depresyon riski olan kadınların ambivalan duygusal hafıza alt boyutu puan ortalaması 3.98 ± 2.21 iken, depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 3.41 ± 1.72 'dir. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların ambivalan duygusal hafıza alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p = 0.027$).

Depresyon riski olan kadınların hafızanın merkezliliği alt boyutu puan ortalaması 4.36 ± 1.65 iken, depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 4.11 ± 1.70 'tir. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların hafızanın merkezliliği alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.265$).

Depresyon riski olan kadınların tutarlılık ve tekrar yaşama alt boyutu puan ortalaması 6.89 ± 1.92 iken, depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 6.31 ± 1.96 'dir. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların tutarlılık ve tekrar yaşama alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p = 0.01$).

Depresyon riski olan kadınların duygusal hafıza alt boyutu puan ortalaması 3.06 ± 1.12 iken depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 2.64 ± 1.04 'tür. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların duygusal hafıza alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p = 0.001$).

Depresyon riski olan kadınların istemsiz hatırlama alt boyutu puan ortalaması 4.24 ± 1.91 iken depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 3.08 ± 1.88 'dir. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların istemsiz hatırlama alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p < 0.001$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Depresyon Risk Durumuna Göre (Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğine Göre) Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Bilinen Grup Karşılaştırması) (n=387)

| Sınıf | Depresyon Riski Olan (n=91) $\bar{x} \pm SD$ | Depresyon Riski Olmayan (n=296) $\bar{x} \pm SD$ | t / U | P |
|--------------------|---|---|-----------|--------|
| Toplam Puan | 6.71±3.85 | 4.32±0.96 | 6354.500 | <0.001 |
| Birinci alt boyut | 3.53±2.03 | 2.66±1.55 | 9282.500 | 0.001 |
| İkinci alt boyut | 3.98±2.21 | 3.41±1.72 | 10805.500 | 0.027 |
| Üçüncü alt boyut | 4.36±1.65 | 4.11±1.70 | 11150.000 | 0.265 |
| Dördüncü alt boyut | 6.89±1.92 | 6.31±1.96 | 10348.500 | 0.010 |
| Beşinci alt boyut | 3.06±1.12 | 2.64±1.04 | 9750.500 | 0.001 |
| Altıncı alt boyut | 4.24±1.91 | 3.08±1.88 | 8693.000 | <0.001 |

Yordama geçerliliği için ölçek alt boyutlarının depresyon riskini yordama düzeyi incelenmiştir. Ölçek alt boyutları depresyon riskini anlamlı şekilde yordamıştır. Altı alt boyut depresyon riskini %15 oranında etkilemektedir. Birinci alt boyut depresyon riskini 1.03 kat, ikinci alt boyut 0.918 kat, üçüncü alt boyut 0.967 kat, dördüncü alt boyut 0.960 kat, beşinci alt boyut 0.997 kat ve altıncı alt boyut 1.032 kat etkilemektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Ölçek Alt Boyutlarının Depresyon Risk Durumunu Yordama Düzeyi (n=387)

| Sınıf | B | SE | Wald | p | B | %95 CI | |
|--------------------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|-------|
| Birinci alt boyut | 0.094 | 0.029 | 10.857 | 0.001 | 1.098 | 1.039 | 1.162 |
| İkinci alt boyut | -0.010 | 0.039 | 0.066 | 0.797 | 0.990 | 0.918 | 1.068 |
| Üçüncü alt boyut | 0.016 | 0.025 | 0.414 | 0.520 | 1.016 | 0.967 | 1.068 |
| Dördüncü alt boyut | 0.001 | 0.021 | 0.005 | 0.945 | 1.001 | 0.960 | 1.044 |
| Beşinci alt boyut | 0.045 | 0.024 | 3.396 | 0.065 | 1.046 | 0.997 | 1.096 |
| Altıncı alt boyut | 0.111 | 0.040 | 7.514 | 0.006 | 1.117 | 1.032 | 1.210 |
| Costant | -3.912 | 0.659 | 35.242 | <0.001 | 0.020 | | |

Hosmer and Lemeshow Test

| Step | Chi-square | Df | Sig. |
|------|------------|----|-------|
| 1 | 7.570 | 8 | 0.477 |

| Step | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|------|----------------------|----------------------|---------------------|
| 1 | 321.253 ^a | 0.102 | 0.157 |

4.3. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Ölçeğin tamamının Cronbach Alfa katsayısı 0.794 olarak belirlenmiştir. İki yarıya bölme analizi sonucunda birinci yarının Cronbach Alfa değeri 0.654, ikinci yarının Cronbach Alfa değeri 0.586, Spearman Brown katsayısı 0.882, Guttman-Split-Half katsayısı 0.877 ve iki yarı arasındaki korelasyon katsayısı ise 0.789 olarak saptanmıştır. Ölçeğin toplam puanı 80.91 ± 19.49 olarak belirlenmiştir. Ölçekte taban ve tavan etki saptanmamıştır (Tablo 4.10).

Ölçeğin birinci alt boyutunun Cronbach Alfa'sı 0.797, ikinci alt boyutun Cronbach Alfa'sı 0.643, üçüncü alt boyutun Cronbach Alfa'sı 0.760, dördüncü alt boyutun Cronbach Alfa'sı 0.670, beşinci alt boyutun Cronbach Alfa'sı 0.785 ve altıncı alt boyutun Cronbach Alfa'sı 0.725 olarak saptanmıştır (Tablo 4.10).

Ölçekte tepki yanlılığı olup olmadığını belirlemek için Hotelling T-kare testi yapılmış olup, Hotelling T-kare değeri 856.243 ve $p < 0.001$ olarak saptanmıştır. Analiz sonucunda ölçekte tepki yanlılığı olmadığı saptanmıştır.

Ölçeğin Türk örneklemini için toplanabilir olup olmadığı Tukey Toplanabilirlik analizi ile değerlendirilmiş olup, analiz sonucunda $F=0.258$ ve $p=0.612$ olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar ölçeğin Türk örneklemini için toplanabilir özellikte olduğunu göstermiştir.

Tablo 4.10. Ölçek Güvenirlik Analiz Sonuçları (n=387)

| | Total Cronbach Alfa | Birinci yarı Cronbach Alfa | İkinci yarı Cronbach Alfa | Spearman-Brown | Guttman split-half | İki yarı arasında korelasyon | $\bar{x} \pm SD$ (Min-Max) | Taban Etki % | Tavan Etki % |
|---------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------|----------------|--------------------|------------------------------|----------------------------|--------------|--------------|
| Ölçek Toplam | 0.794 | 0.654 | 0.586 | 0.882 | 0.877 | 0.789 | 6.71±3.85 (1-21) | - | - |
| Birinci Alt Boyut | 0.797 | | | | | | 2.84±1.71 (1-7) | 22.0 | 3.8 |
| İkinci alt Boyut | 0.643 | | | | | | 3.55±1.86 (1-7) | 18.3 | 8.3 |
| Üçüncü Al Boyut | 0.760 | | | | | | 4.18±1.69 (1-7) | 2.8 | 5.8 |
| Dördüncü Alt Boyut | 0.670 | | | | | | 6.44±1.96 (1-7) | - | - |
| Beşinci Alt Boyut | 0.785 | | | | | | 2.74±1.07 (1-7) | - | - |
| Altıncı Alt Boyut | 0.725 | | | | | | 3.34±1.94 (1-7) | 21.5 | 8.3 |

Ölçekten madde çıkarılması durumunda; ölçeğin toplam puanında, varyansında ve Cronbach Alfa değerinde anlamlı bir artış olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Madde Çıkarıldığında Kalan Madde İstatistikleri

| Maddeler | Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması | Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı | Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa |
|-----------------|--|--|---|
| 1 | 77.74 | 366.443 | 0.798 |
| 2 | 78.65 | 354.004 | 0.789 |
| 3 | 77.15 | 358.008 | 0.794 |
| 4 | 77.90 | 382.146 | 0.809 |
| 5 | 77.63 | 358.246 | 0.793 |
| 6 | 76.76 | 373.074 | 0.804 |
| 7 | 76.70 | 339.256 | 0.779 |
| 8 | 76.34 | 331.329 | 0.775 |
| 9 | 77.13 | 332.599 | 0.775 |
| 10 | 76.19 | 358.946 | 0.792 |
| 11 | 75.69 | 382.625 | 0.809 |
| 12 | 76.35 | 335.020 | 0.776 |
| 13 | 76.71 | 330.754 | 0.773 |
| 14 | 77.51 | 337.245 | 0.777 |
| 15 | 77.19 | 326.858 | 0.770 |
| 16 | 77.53 | 334.094 | 0.776 |
| 17 | 77.89 | 344.537 | 0.783 |
| 18 | 76.05 | 349.078 | 0.784 |
| 19 | 75.86 | 346.586 | 0.782 |
| 20 | 77.75 | 338.100 | 0.778 |
| 21 | 77.43 | 334.552 | 0.777 |

Ölçek maddelerinin ölçek toplam puanıyla korelasyonlarının 0.019-0.669 arasında, birinci alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonunun 0.796-0.904 arasında, ikinci alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun 0.850-0.867

arasında, üçüncü alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun 0.580-0.872 arasında, dördüncü alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun 0.257-0.772 arasında, beşinci alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun 0.760-0.820 arasında ve altıncı alt boyut maddeleri ile alt boyut toplam puanı arasındaki korelasyonun 0.880-0.892 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Madde Ölçek Toplam Puan ve Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n=387)

| Maddeler | Madde-Toplam Puan Korelasyonu (r)* | Madde-Alt Ölçek Toplam Puan korelasyonu (r)* |
|-----------------|---|---|
| 1 | 0.227* | 0.904* |
| 2 | 0.390* | 0.832* |
| 3 | 0.025 | 0.796* |
| 4 | 0.314* | 0.867* |
| 5 | 0.324* | 0.850* |
| 6 | 0.139* | 0.580* |
| 7 | 0.544* | 0.857* |
| 8 | 0.598* | 0.872* |
| 9 | 0.603* | 0.733* |
| 10 | 0.327* | 0.462* |
| 11 | 0.019 | 0.257* |
| 12 | 0.594* | 0.764* |
| 13 | 0.637* | 0.772* |
| 14 | 0.574* | 0.667* |
| 15 | 0.669* | 0.731* |
| 16 | 0.587* | 0.820* |
| 17 | 0.488* | 0.775* |
| 18 | 0.475* | 0.766* |
| 19 | 0.508* | 0.760* |
| 20 | 0.564* | 0.880* |
| 21 | 0.579* | 0.892* |

* $p < 0.001$ düzeyinde anlamlı

5. TARTIŞMA

Doğum deneyimi, kadınlar ve eşleri için önemli ve eşsiz bir deneyimdir (Callister, 2004). Kadınların doğum hafızası ve doğuma dair anıları; kişilik özellikleri, doğum algısı, doğuma bakış açısı, postpartum dönemdeki ruh hali ve psikolojik rahatsızlıklara göre değişiklik göstermektedir (Ayers, 2007; Briddon vd., 2011). Doğum hafızası postpartum ruh hali ve psikopatolojide önemli olmasına rağmen, Türkçe literatür incelendiğinde doğum hafızasını değerlendirmek için geliştirilmiş özel bir ölçüm aracının bulunmadığı görülmektedir. Çalışmamızda Foley ve arkadaşları (2014) tarafından, uluslararası literatürde özellikle doğum hafızasını değerlendirmeye yönelik geliştirilen tek ölçek olma özelliğine sahip, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ)'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır.

Çalışmamızda, ölçek uyarlama çalışmalarında kullanılması tavsiye edilen uluslararası metotlar izlenmiş olup, ilk olarak ölçeğin dil geçerliliği sağlanmıştır. Dil geçerliliğinin sağlanmasını kapsam geçerliliği aşaması takip etmiş ve bununla birlikte diğer psikometrik değerlendirmeler yapılmıştır.

Bu bölümde çalışma sonuçlarına dair bulgular, literatür ışığında;

- Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin geçerliğine dair bulgular,
- Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin güvenilirliğine dair bulgular olmak üzere 2 ana başlık altında tartışılacaktır.

5. 1. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Geçerliğine Dair Bulguların Tartışılması

Geçerlik; bir ölçeğin yalnızca ölçülmesi amaçlanan özelliği doğru ölçme derecesini ifade etmektedir (Ercan ve Kan, 2004). Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin geçerliliğini sınamak için içerik/kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve eş zamanlı ölçüt geçerliği yöntemleri kullanılmıştır.

5.1.1. Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği'nin kapsam geçerliğine dair bulguların tartışılması

Ölçek maddelerinin dil ve kültüre uygunluğunu değerlendirmek üzere ebelik, doğum, kadın sağlığı ve hastalıkları, halk sağlığı, sağlık yönetimi, hemşirelik esasları, cerrahi hemşireliği gibi alanlardan seçilen 17 uzmandan görüş alınmıştır. Belirlenen 17 uzmanın 9 tanesi Ebelik Ana bilim dalı'ndan, 4 tanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana bilim dalı'ndan, 1 tanesi Hemşirelik Esasları Ana bilim dalı'ndan, 1 tanesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana bilim dalı'ndan, 1 tanesi Cerrahi Hemşireliği Ana

bilim dalı'ndan ve 1 tanesi Sağlık Yönetimi Ana bilim dalı'ndandır. Uzmanlar her soru için A-D (A=Madde uygun, B=Madde hafifçe gözden geçirilmeli, C=Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve D=Madde uygun değil) arasındaki seçeneklerden birini işaretlemişlerdir.

Uzmanlardan gelen maddelerle ilgili ifade şekli ve içerik konusundaki öneriler dikkate alınarak bazı maddelerin ifadelerinde değişiklik yapılmıştır. Uzmanların görüşlerinin değerlendirmesinde kapsam geçerlilik indeksi kullanılmış, madde bazında kapsam geçerlilik indeksi 0.77-1.00 arasında değiştiği, ölçek toplamında kapsam geçerlilik indeksinin 0.95 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Hem madde bazında hem de ölçek bazında kapsam geçerlilik indeksinin 0.80'in üzerinde olması istenmektedir (Gözüm & Aksayan, 2003; Şencan, 2005). Uzman görüşlerinde 6. Madde (0.77) dışındaki tüm maddelerin uyum indeksi 0.80'in üstündedir. Ancak 6 maddenin ölçekten çıkarılması halinde ölçeğin Cronbach Alfa katsayısında anlamlı bir artış olmadığı, ölçek varyans ve ortalamasında da yeterli bir değişim sağlanmadığı görülmüştür (Tablo 4.11). Ölçeğin orijinal yapısının bozulmaması, ölçeğin puanlamasının standardizasyonunun sağlanabilmesi ve Uluslararası kıyaslamalarda ölçeğin kullanılabilmesi için maddenin çıkarılmama kararı alınmıştır. Ayrıca uzmanların değerlendirmeleri arasındaki tutarlılığı ortaya koymak için kullanılan diğer bir yöntem de sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) değeridir. ICC değerinde kabul edilebilirlik alt sınırı 0.70'tir. ICC değerinin 0.70-0.84 aralığında yer alması uzman görüşleri arasında orta düzeyde uyum olduğuna; 0.85-0.94 aralığında yer alması uzman görüşleri arasında yüksek düzeyde uyum olduğuna; 0.95 ve üzerinde olması ise mükemmel düzeyde uyum olduğuna işaret etmektedir (Ateş, Öztuna ve Genç, 2009). Bu değerlendirme göz önünde bulundurulduğunda, ölçeğin Türkçe formunun içerik/kapsam geçerliğini değerlendiren uzmanlar arasında %95 oranında (ICC:0.840), mükemmel düzeyde bir uyum olduğu görülmektedir (Tablo 4.4).

Uzmanların görüşü doğrultusunda elde edilen ölçeğin son şekli pilot uygulama için asıl örneklem ile aynı nitelikleri taşıyan 52 kişilik bir grupta uygulanmıştır. Pilot uygulama sonrası ölçeğin anlaşılabilirliği konusunda olumsuz geri dönüş olmamıştır. Sonraki aşamada ölçek asıl örneklem grubuna uygulanmış ve ölçek uyarılama sürecine devam edilmiştir. Pilot uygulama yapılan grubun verileri araştırma kapsamı dışında tutulmuş olup, bu gruba yeniden ölçek uygulanmamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda 21 maddeden oluşan Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği maddelerinin Türk kültürüne uygun olduğu, ölçülmesi istenen niteliği temsil ettiğini ve kapsam geçerliğini sağladığı söylemek mümkündür.

5.1.2. Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği'nin yapı geçerliğine dair bulguların tartışılması

Çalışmada ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek üzere faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi yapabilmek için öncelikle KMO testi kullanılarak örneklem yeterliliğine bakılmıştır. KMO değeri; 0.90 ile 1.00

arasında ise mükemmel; 0.80 ile 0.89 arasında ise çok iyi; 0.70 ile 0.79 arasında ise iyi; 0.60 ile 0.69 arasında ise orta; 0.50-0.59 arasında ise zayıf ve 0.50'nin altında ise kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu ve Yıldırım, 2007, s.212-231). KMO değerinin 0.759 olması örneklem büyüklüğünün literatürdeki "iyi" değerlendirmesinin içinde bulunduğunu göstermektedir. Örneklemin faktör analizi açısından uygunluğunu değerlendirmek için Barlett's Test of Sphericity analizi yapılmış ve sonuç $p < 0.001$ olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç, ölçekte bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğuna işaret etmektedir (Tablo 4.5).

Yapı geçerliğini değerlendirmek için ayrıca öz değer (Eigen Value) kullanılmaktadır. Öz değer, her bir faktörün açıkladığı varyans oranı hesaplamasını ve önemli faktör sayısına karar verilmesini sağlamaktadır. Öz değer katsayısı her bir faktör için, faktör yüklerinin kareleri toplamına eşittir. Öz değer faktörün açıkladığı varyans ile doğru orantılı olarak azalır artmaktadır. Genelde öz değeri 1 ve üzerinde olan faktörler önemli faktör olarak ele alınmaktadır. Fakat analiz sonuçları bu eşiği değiştirebilmektedir (Büyüköztürk, 2002). Çalışmamızda tüm faktörlerin öz değeri 1'den büyük çıkmıştır (Tablo 4.5).

Ölçeklerin yapı geçerliği incelenirken, ölçeği oluşturan maddelerin hangi alt boyutlar altında bulunduğu açıklayıcı faktör analizi yapılarak, faktör yüklerine bakılarak belirlenmektedir. Madde-faktör ilişkisini açıklayan faktör yükü için uygulamada çoğunlukla önerilen değer 0.30 ve üzeri olan değerlerdir (Özdamar, 2016). Çalışmamızda; 10. madde (0.284) ve 11. madde (0.121) dışındaki tüm maddelerin önerilen aralıkta olduğu görülmektedir. Düşük maddeler içinse güvenilirlik analizlerine bakılması önerilmektedir. Faktör yükü düşük olan 10. ve 11. maddelerin madde-alt ölçek korelasyon katsayısının 0.20'den büyük olduğu, madde çıkarıldığında ise ölçeğin Cronbach Alfa katsayısında anlamlı bir artış olmadığı, ölçek varyans ve ortalamasında da yeterli bir değişim sağlanmadığı görülmüştür (Tablo 4.11 ve Tablo 4.12). Ölçeğin orijinal yapısının bozulmaması, ölçeğin puanlamasında standardizasyonunun sağlanabilmesi ve uluslararası kıyaslamalarda kullanılabilmesi için maddelerin ölçekten çıkarılmaması kararı alınmıştır.

Birden fazla faktörün yer aldığı bir yapıda bir madde yüksek faktör yükü ile birden fazla faktörde yer alırsa, maddenin faktör yükleri arasındaki farkın en az 0.10 olması göz önünde bulundurulmalıdır. Birden fazla faktörde yüksek faktör yükü veren madde binişik madde olarak adlandırılmakta ve bu maddenin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2002). Çalışmamızda uyarlanan ölçeğin herhangi bir maddesinin faktör yükünün 0.10'un altında bir farkla birden fazla boyutta yer almadığı görülmüş olup, bu sebeple madde çıkarılmasına gerek duyulmamıştır.

0-1 yaş aralığında bebeği olan kadınlar için 6 alt boyutun (faktörün) açıkladığı toplam varyans değeri %66.501'dir (Tablo 4.5). Literatür incelendiğinde faktör yüklerinin toplam varyansı açıklama oranının alt sınırının %40 olduğu görülmektedir (Baloğlu ve Karadağ, 2008). Orijinal ölçekte de faktör analizi yapılmış ve alt boyut çalışılmıştır. Bu doğrultuda Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da, ölçeğin aynı şekilde 6 alt boyuttan oluştuğu ve bu 6 alt boyutun açıkladığı toplam varyans değerinin 64.1 olduğu belirtilmiştir (Foley vd., 2014). Çalışma bulgularımızdan elde edilen varyans değeri "kabul edilebilir" değer olan %40'ın oldukça üstünde ve "yeterli" olarak bulunmuş olup, literatür ile paralel olduğu tespit edilmiştir.

0-1 yaş aralığında bebeği olan kadınları içeren çalışma grubunda uyarlaması yapılan ölçek; duygusal hafıza, ambivalan duygusal hafıza, hafızanın merkezliliği, tutarlılık ve tekrar yaşama, duygusal hafıza ve istemsiz hatırlama alt boyutlarından meydana gelmiştir. Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da 6 alt boyut olduğu görülmektedir (Foley vd., 2014). Sonuç olarak, ölçeğin Türkçe formunun faktör sayısı Foley ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin orijinal formuyla benzer olmakla birlikte, faktör örüntüsünde ve adlandırılmasında farklılıklar olduğu görülmüştür.

Duygusal hafıza alt boyutu, 'doğum anındaki duygularım son derece olumluydu', 'doğum anındaki duygularım son derece olumsuzdu', 'doğumu hatırladığımda, duygularım son derece olumlu' gibi kadının doğum anına ilişkin duygularını ifade etmesini sağlayan maddelerden oluşmaktadır. Foley ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin bu boyutunda 5 maddenin yer aldığı tespit edilmiş olup, çalışmamızdan farklı olarak 2 maddenin var olduğu görülmektedir (Foley vd., 2014). Çalışmamızda 'Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin bu alt boyutunu 1, 2, ve 4. maddeler oluştururken, Foley ve arkadaşlarının çalışmasında duygusal hafıza alt boyutunun 1, 2, 3, 4 ve 5. maddeleri içerdiği görülmüştür (Foley vd., 2014). Ortak maddelerin 1, 2 ve 4. maddeler olduğu saptanmıştır.

Ambivalan duygusal hafıza alt boyutu, 'doğum anında olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşadım' ve 'doğumu hatırladığımda olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşarım' gibi kadınların doğum anına ilişkin ambivalan duygularını ifade etmesini sağlayan 2 maddeden oluşmaktadır. Çalışmamızda bu alt boyutta 3. ve 5. maddeler yer almakta olup Foley ve arkadaşlarının çalışmasından farklı içerik ve adlandırmaya sahiptir. Bu boyutu oluşturan 3. ve 5. maddeler Foley ve arkadaşlarının çalışmasında 'duygusal hafıza' alt boyutunda yer almaktadır (Foley vd., 2014).

Hafızanın merkezliliği alt boyutu, 'doğum deneyimi yaşamımdaki diğer deneyimlerden etkilenmiştir', 'doğum deneyimi kendimi ve dünyayı anlamamda odak noktası olmuştur', 'doğum deneyimi yaşamımda bir dönüm noktası olmuştur' ve 'doğum deneyiminin geleceğim üzerindeki etkileri hakkında sık sık düşünürüm' gibi doğum deneyiminin kadının

hafızasındaki yerini ifade etmesini sağlamaya ilişkin 4 maddeden oluşmaktadır. Çalışmamızın bu alt boyutunu 6, 7, 8 ve 9. maddeler oluştururken, Foley ve arkadaşlarının çalışmasında hafızanın merkezliliği alt boyutu çalışmamızda olduğu gibi 4 madde içermekte olup, bu maddeler aynı şekilde 6, 7, 8 ve 9. maddelerdir (Foley vd., 2014).

Tutarlılık ve tekrar yaşama alt boyutu, 'doğum anını içerisinde büyük eksiklikler olmayan, mantıklı ve tutarlı bir olay olarak hatırlarım', 'doğum anını bazı bölümleri eksik olarak, parçalar halinde hatırlarım', 'doğumu hatırladığımda, doğum anında gördüklerimi tekrar yaşarım', 'doğumu hatırladığımda, doğum anında vücudumda hissettiklerimi tekrar yaşarım', 'doğumu hatırladığımda, doğum geçmişte olmuş gibi değil de, sanki şuan oluyormuş gibi hissedip, tekrar yaşarım' ve 'doğumu hatırladığımda, doğum anında duyduğum sesleri tekrar duyarım' gibi doğumun kadınların hafızasındaki tutarlılığını ve doğum anını tekrar yaşama durumlarını tespit etmeye yönelik 6 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 10, 11, 12, 13, 14 ve 15. maddeler olup, Foley ve arkadaşlarının çalışmasında 10 ve 11. maddeler 'tutarlılık' alt boyutuna, 12, 13, 14 ve 15. maddeler ise 'tekrar yaşama' alt boyutunda yer almaktadır. (Foley vd., 2014). Çalışmamızda bu maddeler aynı boyutta yer almış ve boyut adlandırılması da bu doğrultuda yapılmıştır.

Duyusal hafıza alt boyutu, 'doğumu düşündüğümde, kokuları hatırlayabilirim', 'doğumu düşündüğümde, tatları hatırlayabilirim', 'doğumu düşündüğümde, sesleri hatırlayabilirim' ve 'doğumu düşündüğümde, dokunuşları hatırlayabilirim' gibi kadınların doğum anının duysal yönünü hatırlamasına ilişkin 4 maddeden oluşmaktadır. Çalışmamızda bu alt boyutu 16, 17, 18 ve 19. maddeler oluştururken, Foley ve arkadaşlarının çalışmasında da duysal hafıza alt boyutu 4 maddeden oluşmakta olup bu maddeler çalışmamızla aynı şekilde 16, 17, 18 ve 19. maddelerdir (Foley vd., 2014).

İstemsiz hatırlama alt boyutu, 'doğum anı (ya da doğum anındaki olayların bir kısmı) ben düşünmesem bile kendiliğinden aklıma gelir' ve günlük yaşantımda gerçekleşen olaylar, bana beklenmedik bir şekilde doğum anını (ya da doğum anındaki olayların bir kısmını) hatırlatır' gibi kadının isteği dışında doğum anını hatırlamasına ilişkin maddelerden oluşmaktadır. Çalışmamızda bu alt boyutta 20 ve 21. maddeler yer almaktadır. Foley ve arkadaşlarının çalışmasında da istemsiz hatırlama alt boyutu çalışmamızda olduğu gibi ve 20 ve 21. maddeleri içermektedir (Foley vd., 2014).

Foley ve arkadaşlarının çalışma bulguları ile karşılaştırdığımızda farklı olarak duysal hafıza alt boyutunun içeriğinde farklılıklar olduğu, yeni bir alt boyut olan 'ambivalan duysal hafıza' alt boyutunun olduğu ve ayrı alt boyutlar olan 'tutarlılık' ve 'tekrar yaşama' alt boyutlarının 'tutarlılık ve tekrar yaşama' alt boyutu olarak tek bir alt boyutta toplandığı görülmektedir. Ancak faktör sayısında bir değişiklik olmamıştır. Meydana gelen değişikliklerin kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Ölçeği oluşturan maddelerin alt boyutla olan ilişkisini ortaya koyan faktör yüklerinin en az 0.30 ve üzerinde olması önerilmektedir (Özdamar, 2016). Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Türkçe uyarlama çalışmasında AFA'ya göre 10 ve 11. maddeler dışındaki tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.305 ile 0.881 arasında değiştiği ve yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir. Faktör yükü 0.30'un altında olan maddeler için güvenilirlik analizlerine bakılması önerilmektedir. Faktör yükü düşük olan 10 ve 11. maddelerin madde- alt ölçek korelasyon katsayısının 0.20'den büyük olduğu, madde çıkarıldığında ise ölçeğin Cronbach Alfa katsayısında anlamlı bir artış olmadığı, ölçek varyans ve ortalamasında da yeterli bir değişim sağlanmadığı görülmüştür. Ölçeğin orijinal yapısının bozulmaması, ölçeğin puanlamasında standardizasyonun sağlanabilmesi ve uluslararası kıyaslamalarda kullanılabilmesi için maddelerin ölçekten çıkarılmaması kararı alınmıştır (Tablo 4.5, Tablo 4.11 ve Tablo 4.12).

Ölçeğin yapı geçerliği değerlendirilirken, AFA ile elde edilen alt boyutların uyumunu değerlendirmek için DFA yapılması gerekmektedir. DFA'da uyum istatistiği olarak adlandırılan değerlerin istenilen düzeyde olması şarttır. Uyum istatistik değeri olarak bilinen sık kullanılan değerlerden birisi, ki-kare uyum istatistiğidir. Bir modelin kabul edilebilmesi ki-kare değerinin anlamsız çıkmasına bağlıdır. Fakat örneklem büyüklüğüne karşı çok hassas olması nedeniyle, bu değer uygulamada sıklıkla anlamlı çıktığı görülmektedir. Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünmesiyle yeni bir değer elde edilir. Elde edilen bu değer 2 veya 2'den az olması modelin iyi bir model olduğuna; 5 veya 5'ten az olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğuna işaret etmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Türkçe formunun DFA sonuçlarına göre bu değer 4.295 olarak saptanmıştır. Saptanan bu değer modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir. Yaygın olarak kullanılan diğer uyum istatistiği testleri Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root-Mean-Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Normed Fit Index (NFI), Goodness-of-Fit Index (GFI), Incremental Fit Index (IFI) ve Relative Fit Index (RFI)' tir (Şimşek, 2007; Gözüm ve Aksayan, 2002; Özdamar, 2016; Yaşlıoğlu, 2017). Literatürde RMSEA değerinin 0.10'dan, GFI>0.85, diğer uyum indekslerinin 0.85 veya 0.90'dan büyük olmasının modelin sınırdaki uyum indekslerine sahip olduğunu, oluşturulan modelin gerçek yaşamla uyumlu olduğunu göstermektedir (Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller, 2003; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008; Şencan, 2005; Şimşek, 2007). Çalışmamızda Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği Türkçe formunun RMSEA değeri anlamlı ve 0.091 olarak bulunmuş ($p < 0.001$) faktör yapısı açısından uyumunun iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. SRMR ve CFI değerlerinin 0.90 ve üzerinde olması kabul edilebilir bir uyuma; 0.95 ve üzeri iyi/mükemmel bir uyuma işaret etmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Çalışmamızda SRMR ve CFI değerleri 0.91 olarak bulunmuş olup, bu değerler kabul edilebilir bir uyumun varlığını göstermektedir. Çalışma bulgularımızdan elde edilen CFI (0.91), IFI (0.91), GFI (0.85), RFI (0.85)

ve NFI (0.88) değerleri de "kabul edilebilir" uyum iyiliğine işaret etmektedir. Elde edilen uyum indeksi değerlerine göre Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği Türkçe formunun faktör yapısının uyumlu olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

5.1.3. Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği'nin ölçüt geçerliğine dair bulguların tartışılması

Literatür incelendiğinde; ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında ölçüt geçerliğini değerlendirmek üzere en yaygın kullanılan metodun, eş zamanlı ölçek geçerliği olduğu görülmektedir. Eş zamanlı ölçüt geçerliği metodunda, önceden geçerliği ve güvenilirliği ispatlanmış olan bir ölçek kullanılmakta ve her iki ölçekten elde edilen puanların korelasyonuna bakılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Çakmur, 2012). Eş zamanlı ölçek uygulanmasında, uygulamalar arasında geçen sürenin uzun olması kararlılığı olumsuz etkileyecekse, ölçekler katılımcıların sıkılmalarını ve yorulmalarını önleyecek kadar mola verilerek peş peşe uygulanmalıdır (Ercan ve Kan, 2004). Çalışmamızda uyarlaması yapılan ölçeğin eş zaman geçerliğinin saptanması için Cox ve Holden (1987) tarafından geliştirilen, Engindeniz ve arkadaşları (1996) tarafından Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış olan Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) kullanılmıştır. Ölçekler katılımcılara peş peşe uygulanmış ve her iki ölçeğin karşılıklı korelasyonları incelenmiştir. DHHÖ ile EPDÖ toplam puanları arasında ($r=0.378$, $p<0.001$) puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.11).

Ayrıca, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden (EPDÖ) elde edilen puan 0-12 arasında ise depresyon riski yok, 13-30 arasında ise depresyon riski var olarak değerlendirilmiştir. Kadınların %22.8'inde ($n=91$) depresyon riski olduğu saptanmıştır. Battaloğlu ve arkadaşları (2012), doğum sonrası ilk yılda olan kadınlar ile EPDÖ kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada, kadınların %30.6'sında PPD riski olduğunu bildirmişlerdir. Efe ve arkadaşları (2009), doğum sonu ilk yılda olan kadınlar ile EPDÖ kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada PPD prevalansını %23.4 olarak bildirmişlerdir. Yine Nur ve arkadaşları (2004), doğum sonu ilk yılda olan kadınlar ile EPDÖ kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada PPD prevalansını %28.0 olarak bildirmişlerdir. Çalışma bulgularımızdan elde edilen PPD prevalans değerinin literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da eş zamanlı ölçüt olarak EPDÖ ve Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) kullanılmıştır (Foley vd., 2014).

Ölçeğin Türk örnekleme için toplanabilir özellikte olup olmadığı Tukey Toplanabilirlik Analizi ile değerlendirilmiş olup, analiz sonucunda $F=0.258$ $p=0.612$ olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, ölçeğin Türk örnekleme için toplanabilir özellikte olduğunu göstermiştir. Depresyon riski olan kadınların ölçek toplam puan ortalaması 6.71 ± 3.85 iken, depresyon riski olmayan

kadınların puan ortalaması 4.32 ± 0.96 'dır. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ölçeğin toplanabilirlik özelliği değerlendirilmemiş, dolayısıyla ölçekten alınabilecek toplam puan saptanmamıştır.

Depresyon riski olan kadınların duygusal hafıza alt boyutu puan ortalaması 3.53 ± 2.03 iken, depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 2.66 ± 1.55 'tir. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların duygusal hafıza alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p = 0.001$). Foley ve arkadaşlarının çalışmasında da çalışmamızda olduğu gibi, depresyon riski olan (4.40) ve depresyon riski olmayan (2.60) kadınların duygusal hafıza alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Foley vd., 2014). Bu alt boyutta çalışma bulgumuzun literatürle paralel olduğu görülmektedir.

Depresyon riski olan kadınların ambivalan duygusal hafıza alt boyutu puan ortalaması 3.98 ± 2.21 iken, depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 3.41 ± 1.72 'dir. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların ambivalan duygusal hafıza alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p = 0.027$). Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, ölçeğin Türkçe formunda oluşturulan ambivalan duygusal hafıza alt boyutu bulunmamakta olup, bu alt boyutta yer alan maddelere duygusal hafıza alt boyutunda yer verilmiştir (Foley vd., 2014). Bu durumun kültürler arası farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Depresyon riski olan kadınların hafızanın merkezliliği alt boyutu puan ortalaması 4.36 ± 1.65 iken, depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 4.11 ± 1.70 'tir. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların hafızanın merkezliliği alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.265$). Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada depresyon riski olan (5.25) ve depresyon riski olmayan (4.75) kadınların hafızanın merkezliliği alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Uyarılma çalışmamızda meydana gelen bu farklılığın kültürler arası farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Depresyon riski olan kadınların tutarlılık ve tekrar yaşama alt boyutu puan ortalaması 6.89 ± 1.92 iken, depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 6.31 ± 1.96 'dır. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların tutarlılık ve tekrar yaşama alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p = 0.01$). Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada

tutarlılık ve tekrar yaşama alt boyutları ayrı alt boyutlar olarak bulunmuş olmakla birlikte, tutarlılık alt boyutunda depresyon riski olan (5.50) ve depresyon riski olmayan kadınların (5.50) puan ortalaması arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (Foley vd., 2014). Bu sonucun kültürler arası farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Tekrar yaşama alt boyutunda ise depresyon riski olan (4.00) ve depresyon riski olmayan kadınların (3.25) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.00$) (Foley vd., 2014). Bu sonuç çalışma bulgumuzun literatürle benzer olduğuna işaret etmektedir.

Depresyon riski olan kadınların duyusal hafıza alt boyutu puan ortalaması 3.06 ± 1.12 iken, depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 2.64 ± 1.04 'tür. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların duyusal hafıza alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p=0.01$). Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada depresyon riski olan (3.75) ve depresyon riski olmayan (3.75) kadınların duyusal hafıza alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Foley vd., 2014). Bu durumun kültürler arası farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Depresyon riski olan kadınların istemsiz hatırlama alt boyutu puan ortalaması 4.24 ± 1.91 iken, depresyon riski olmayan kadınların puan ortalaması 3.08 ± 1.88 'dir. Depresyon riski olan kadınlar ile depresyon riski olmayan kadınların istemsiz hatırlama alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.12). Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada depresyon riski olan (5.50) ve depresyon riski olmayan (4.50) kadınlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu doğrultuda çalışma bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir (Tablo 4.8).

Ölçüt geçerliğini değerlendirmek için kullanılan bir diğer metot yordama kestirim geçerliğidir. Bu metotla uyarlanan ölçeğin, ileriye dönük bir ölçeğe göre kişilerin başarı veya davranışlarını ayırt edebilme becerisi ispatlanmaktadır. Hesaplanırken sıklıkla Pearson Momentler Çarpımı kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Yordama geçerliliği için ölçek alt boyutlarının depresyon riskini yordama düzeyi incelenmiştir. Ölçek alt boyutları depresyon riskini anlamlı şekilde yordamıştır. Altı alt boyut depresyon riskini %15 oranında etkilemektedir. Birinci alt boyut depresyon riskini 1.03 kat, ikinci alt boyut 0.918 kat, üçüncü alt boyut 0.967 kat, dördüncü alt boyut 0.960 kat, beşinci alt boyut 0.997 kat ve altıncı alt boyut 1.032 kat etkilemektedir (Tablo 4.9). Foley ve arkadaşlarının çalışmasında yordama kestirim geçerliliği değerlendirilmemiştir (Foley vd., 2014).

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerli bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.

5.2. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Güvenirliğine Dair Bulguların Tartışılması

Güvenirlik, ölçeğin farklı toplumlarda uygulandığında da benzer sonuçlar vermesini ifade etmektedir. Güvenirlik bir ölçme aracında bütün soruların birbirleriyle tutarlılığını, ele alınan özelliği ölçmede türdeşliğini, yeterliliğini ortaya koymaktadır (Çakmur, 2012).

Ölçek güvenilirlik çalışmalarında iç tutarlılığı değerlendirmek için madde analiz metodu kullanılmaktadır. Aynı zamanda madde güvenilirliği olarak da ifade edilen bu analizde, ayrı ayrı her bir maddenin ölçeğin toplam puanına olan katkısı değerlendirilmektedir. Madde-toplam puan analizi hem güvenilirliğin hem de geçerliğin (iç tutarlılık) göstergesi olarak kabul görmektedir. Madde seçerken veya maddelerin uygunluğunu değerlendirirken madde-toplam puan korelasyon seviyesi önemli bir koşuldur. Madde-toplam puan korelasyon katsayılarının yeterlilik seviyesi kaynaklara göre değişiklik gösterebilmekle birlikte en az 0.20 olması gerekmektedir. Ancak sıklıkla 0.25 olarak kabul edilmektedir. Korelasyon katsayısı ile maddelerin güvenilirliği doğru orantılı olarak değişiklik göstermektedir. Korelasyon katsayısı arttıkça maddelerin güvenilirliği artmakta, korelasyon katsayısı azaldıkça maddelerin güvenilirliği de azalmaktadır (Baloğlu ve Karadağ, 2008). Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği madde puanlarının toplam puanla olan güvenilirlik katsayılarına bakıldığında; 6. madde ($r=0.139$) ve 11. madde ($r=0.019$) dışında kalan maddelerin güvenilirlik katsayılarının yeterli düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 4.12). Madde çıkarıldığında ise; ölçeğin Cronbach Alfa katsayısında anlamlı bir artış olmadığı, ölçek varyans ve ortalamasında da yeterli bir değişim sağlanmadığı görülmüştür. Orijinal ölçeğin yapısının bozulmaması, ölçeğin puanlamasının standartizasyonun sağlanabilmesi ve uluslararası kıyaslamalarda ölçeğin kullanılabilmesi için maddenin çıkarılmama kararı alınmıştır.

Ölçek alt boyutlarının korelasyonuna bakıldığında, ölçek maddelerinin kendi alt boyut skoru ile olan güvenilirlik katsayılarının yeterli düzeyde olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyutlarının toplam puanla korelasyonu olan r değerinin artması, alt boyutların ölçek geneliyle aynı amaca hizmet ettiklerinin göstergesidir (Özdamar, 2016). Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeğinin alt boyutlarının toplam ölçekle ilişkisinin yeterli düzeyde olduğu, aynı amaca hizmet ettiği görülmektedir (Tablo 4.12).

Likert tipi ölçeklerde, iç tutarlılık değerlendirilirken kullanılan metotlardan bir başkası da Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısıdır. Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik analizinde, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının 0.40'tan düşük olması ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0.59 aralığında olması ölçeğin güvenilirliğinin düşük olduğu; 0.60-0.79 aralığında olması oldukça güvenilir olduğu; 0.80-1.00 aralığında olması ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu anlamı taşımaktadır (Şimşek, 2007; Gözüm ve Aksayan, 2003; Özdamar, 2016). Doğum Hafızası ve Hatırlama

Ölçeği'nin ve alt boyutlarının iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla yapılan analizde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = 0.794$ olarak tespit edilmiştir. Bu ölçek, iç tutarlılık katsayısına göre değerlendirildiğinde "oldukça güvenilir" bulunmuştur (Tablo 4.10). Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (Foley vd., 2014). Çalışmamızdan elde edilen Cronbach Alfa katsayısının Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın Cronbach Alfa katsayısı ile benzer olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirliği ölçeğin birinci boyutu olan duygusal hafıza alt boyutunda 0.797, ölçeğin ikinci alt boyutu olan ambivalan duygusal hafıza alt boyutunda 0.643, ölçeğin üçüncü alt boyutu olan hafızanın merkezliliği alt boyutunda 0.760, ölçeğin dördüncü alt boyutu olan tutarlılık ve tekrar yaşama alt boyutunda 0.670, ölçeğin beşinci alt boyutu olan duygusal hafıza alt boyutunda 0.785 ve ölçeğin altıncı alt boyutu olan istemsiz hatırlama alt boyutunda ise 0.725 olarak saptanmıştır. Foley ve arkadaşlarının çalışmasında ise; alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları birinci boyut için 0.81, ikinci boyut için 0.80, üçüncü boyut için 0.80, dördüncü boyut için 0.74, beşinci boyut için 0.84 ve altıncı boyut için 0.84 olarak tespit edilmiştir (Foley vd., 2014). Çalışmamızda alt boyutlarda yer alan madde sayıları ile Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmadaki alt boyutların madde sayıları arasında değişiklikler vardır. Alt boyutlarda yer alan madde sayılarının Cronbach Alfa katsayısını etkilediği bilinmektedir. Madde sayısının azalmasıyla alfa katsayısının da düşmesi beklenmektedir (Akgül, 2005). İç tutarlılığı belirlemek için kullanılan en eski yöntemlerden birisi, iki yarıya bölme yöntemidir. Bu yöntemde ölçeği oluşturan maddeler iki gruba ayrılmakta ve bağımsız olarak puanlanmaktadır (Körükçü, 2009). DHHÖ'nün iki-yarı güvenilirliğine Guttman Split-Half metoduyla bakılmış olup, tüm ölçek için 0.877 olarak bulunmuştur. Ayrıca Spearman Brown değeri tüm ölçek için 0.882 olarak bulunmuştur. Ölçek toplamında taban ve tavan etki saptanmamıştır. Bu değerler uyarlaması yapılan ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (Kutlu, Yapıcı ve Korkmaz, 2015) (Tablo 4.10).

Ayrıca ölçekte tepki yanlılığı olup olmadığını belirlemek için Hotelling T-kare testi yapılmış olup, Hotelling T-kare değeri 856.243 ve $p < 0.001$ olarak saptanmıştır. Analiz sonucunda ölçekte tepki yanlılığı olmadığı sonucuna varılmıştır. Foley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ölçekte tepki yanlılığı olup olmadığına bakılmamıştır (Foley vd., 2014).

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Türk toplumu için güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırma, 0-1 yaş aralığında bebeği olan annelerin doğum hafızalarını değerlendirmek üzere 2014 yılında Suzanne Foley, Rosalind Crawley, Stephanie Wilkie ve Susan Ayers tarafından geliştirilen "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği" nin Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliğini saptamak amacıyla yapılmış olup, çalışma bulgularından elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği"nin kapsam geçerliği için 17 uzmandan görüş alınmıştır. Maddelerin uygunluğu konusunda, uzmanlar arasında görüş birliğine varılmıştır (Tablo 4.3 ve Tablo 4.4).
- Ölçeğin Türkçe versiyonunun 0-1 yaş aralığında bebeği olan kadınlar için, 21 madde ve 6 alt faktörden oluştuğu açıklayıcı faktör analizi ile tespit edilmiştir (Tablo 4.5).
- Ölçeğin 0-1 yaş aralığında bebeği olan kadınlar üzerindeki geçerliği incelendiğinde; "duygusal hafıza" alt boyutu ölçeğe ilişkin toplam varyans değerinin %14.674'ünü, ikinci alt boyut olan "ambivalan duygusal hafıza" %5.772'sini, üçüncü alt boyut olan "hafızanın merkezliliği" %10.157'sini, dördüncü alt boyut olan "duygusal hafıza" %6.655'ini, beşinci alt boyut olan "tutarlılık ve tekrar yaşama" %24.347'sini ve altıncı alt boyut olan "istemsiz hatırlama" %4.897'sini açıklamaktadır. 6 alt boyutun açıkladığı toplam varyans değeri %66.501'dir (Tablo 4.5).
- Ölçeğin 0-1 yaş aralığında bebeği olan kadınlar için model uyumluluğu doğrulayıcı faktör analizinin uyum belirteçleriyle saptanmış ve 0-1 yaş aralığında bebeği olan kadınlar için ölçek modelinin uyumlu olduğu kabul edilmiştir (Tablo 4.6).
- Ölçüt geçerliğini tespit etmek için, eş zamanlı ölçüt geçerliği yöntemi kullanılarak, DHHÖ ve EPDÖ'den elde edilen puanlar arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. DHHÖ ile EPDÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ($r=0.378$, $p<0.001$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgumuz, uyarlaması yapılan ölçeğin eş zamanlı ölçüt geçerliğinin sağlandığını göstermektedir (Tablo 4.7).
- Ölçeğin alt boyutlarında Cronbach Alfa katsayısının 0.643 ile 0.797 arasında değiştiği görülmüş, ölçeğin tamamının Cronbach Alfa katsayısı 0.794 olarak belirlenmiştir. Elde edilen Cronbach Alfa katsayısı, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin 0-1 yaş aralığında bebeği olan kadınlar için oldukça güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir (4.10).
- Katılımcıların %22.8'inde PPD riski tespit edilmiş olup, depresyon riski olan (6.71 ± 3.85) ve depresyon riski olmayan (4.32 ± 0.96) kadınların

DHHÖ ve EPDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 4.8).

- Yordama geçerliliği için ölçek alt boyutlarının depresyon riskini yordama düzeyi incelenmiştir. Ölçek alt boyutları depresyon riskini anlamlı şekilde yordamıştır. Altı alt boyut depresyon riskinin %15 oranında etkilemektedir. Birinci alt boyut depresyon riskini 1.03 kat, ikinci alt boyut 0.918 kat, üçüncü alt boyut 0.967 kat, dördüncü alt boyut 0.960 kat, beşinci alt boyut 0.997 kat ve altıncı alt boyut 1.032 kat etkilemektedir (Tablo 4.9).
- Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla zamana göre değişmezliğini belirlemek için yapılan iki yarıya bölme analizi sonucunda; birinci yarının Cronbach Alfa değeri 0.654, ikinci yarının Cronbach Alfa değeri 0.589, Spearman Brown katsayısı 0.882, Guttman-Split-half katsayısı 0.877, iki yarı arasındaki korelasyon katsayısı ise 0.789 olarak saptanmıştır. Ölçeğin ortalama puanı 80.91 ± 19.49 olarak belirlenmiştir. Ölçekte taban ve tavan etki saptanmamıştır.
- DHHÖ'nün güvenilirliğini değerlendirirken iç tutarlılık düzeyi, Cronbach Alfa katsayıları ile belirlenmiştir. Ölçeğin tamamı için Cronbach Alfa katsayısı 0.794 iken, alt boyutlar için bu değer 0.643 ve 0.797 arasında değişmektedir. Ölçeğin tamamı için elde edilen Cronbach Alfa katsayısına göre güvenilirlik düzeyinin yeterli olduğu ve maddelerin her birinin homojen dağıldığı düşünülmüştür (Tablo 4.10).
- Ölçekte tepki yanlılığı olup olmadığını belirlemek için Hotelling T-kare testi yapılmış olup, analiz sonucunda ölçekte tepki yanlılığı olmadığı saptanmıştır (Hotelling T-kare değeri 856.243 ve $p < 0.001$).
- Ölçeğin Türk örnekleme için toplanabilir özellikte olup olmadığı Tukey Toplanabilirlik Analizi ile değerlendirilmiş olup, analiz sonucunda ölçeğin Türk örnekleme için toplanabilir özellikte olduğu saptanmıştır ($F = 0.258$ ve $p = 0.612$).
- Ölçeğin, madde toplam korelasyonları incelendiğinde en düşük korelasyonun ($r = 0.019$) 11 madde olduğu ve en yüksek korelasyonun ($r = 0.669$) 15. maddede olduğu tespit edilmiştir. Madde-toplam puan korelasyonu düşük olan maddeler (4. ve 11. madde); madde-alt ölçek toplam puan korelasyonlarının 0.20'den büyük olması, bu maddelerin ölçekten çıkarılması durumunda ölçeğin Cronbach Alfa katsayısında anlamlı bir artış olmaması, ölçek varyans ve ortalamasında anlamlı bir artış sağlanmaması sebebiyle ölçekten çıkarılmamıştır. Ayrıca ölçeğin orijinal yapısının bozulmaması, ölçeğin puanlamasının standardizasyonunun sağlanabilmesi ve uluslararası kıyaslamalarda ölçeğin kullanılabilmesi için bu maddelerin çıkarılmaması kararı alınmıştır (Tablo 4.11 ve 4.12).

Sonuç olarak; "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği" geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği yapılan Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin sağlık profesyonelleri tarafından kliniklerde ve farklı çalışmalarda kadınların doğum hafızalarını ve doğuma yönelik anılarını değerlendirmek amacıyla kullanılması,
- Ölçeğin daha büyük ve doğum hafızasını etkileyebilecek farklı özelliklere sahip (yaş, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum vb.) örneklem gruplarına da uygulanarak güvenilirliğinin bu gruplarda da test edilmesi,
- İngiltere'de geliştirilen bu ölçeğin Türkçe formu vasıtasıyla, doğum hafızasını etkileyen faktörlere ilişkin kültürler arası çalışmalar yapılması,
- Sonuçları itibariyle ciddi ve yıkıcı olan PPD için riskli grupların belirlenerek erken teşhis, tanı ve tedavinin sağlanması,
- Doğum öncesi dönemde postpartum depresyon için risk faktörlerinin belirlenerek postpartum dönemde hem riskler hem de belirtiler yönünden kadınların takip edilmesi,
- Bu nedenle gebe eğitim ve doğuma hazırlık sınıfları gibi gebe kadın ve aile fertlerine ulaşma fırsatı sunan tüm eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinde PPD konusuna yer verilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- Ahmed, H. M., Alalaf, S. K., & Al-Tawil, N. G. (2012). Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh Postpartum depression scale. *Archives of gynecology and obstetrics*, 285(5), 1249-1255.
- Akgül A. (2005). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri "SPSS Uygulamaları". Üçüncü Baskı. Emek ofset Ltd. Şti., Ankara.
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849-1859.
- Alp, E. S. İ. N. (2011). DİKKATSİZCE KULLANILAN ÖNLEMLER-"DİKKAT ET/DİKKATLİ OL!".
- Altunişik, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., & Yildirim, E. (2007). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. *Sakarya Yayıncılık, Sakarya*, 226.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Annagür, A., Annagür, B. B., Şahin, A., Örs, R., & Kara, F. (2013). Is maternal depressive symptomatology effective on success of exclusive breastfeeding during postpartum 6 weeks?. *Breastfeeding medicine*, 8(1), 53-57.
- Ateş, C., Öztuna, D., & Genç, Y. (2009). Sağlık araştırmalarında sınıf içi korelasyon katsayısının kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Biostatistics*, 1(2), 59-64.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2006). Hilgard's Introduction to Psychology (Psikolojiye Giriş), (6. Baskı), Çev. Yavuz Alogan, Arkadaş Yayınevi, Ankara.
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for Postpartum posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552-567.
- Ayers, S. (2007). Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth*, 34(3), 253-263.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., & Wijma, K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 240-250.
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28(2), 111-118.
- Baloğlu, N., & Karadağ, E. (2008). Öğretmen yetkinliğinin tarihsel gelişimi ve Ohio öğretmen yetkinlik ölçeği: Türk kültürüne uyarlama, dil geçerliği ve faktör yapısının incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 56(56), 571-606.
- Battaloğlu, B., Aydemir, N., & Hatipoğlu, S. (2012). Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. *Medical Journal of Bakirkoy*, 8(1), 12-21.
- Banikowski, A. K., & Mehring, T. A. (1999). Strategies to enhance memory based on brain-research. *Focus on Exceptional Children*, 32(2), 1.
- Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228-236.
- Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.
- Bilgiç, D., Dağlar, G., Özkan, S. A. & Kadioğlu, M. (2015). Postpartum depresyonda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *KASHED*, 2(2):13-35.
- Binder, J. R., & Desai, R. H. (2011). The neurobiology of semantic memory. *Trends in cognitive sciences*, 15(11), 527-536.
- Brand, S. R., & Brennan, P. A. (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children?. *Clinical obstetrics and gynecology*, 52(3), 441-455.
- Briddon, E., Slade, P., Isaac, C., & Wrench, I. (2011). How do memory processes relate to the development of posttraumatic stress symptoms following childbirth?. *Journal of anxiety disorders*, 25(8), 1001-1007.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Brummelte, S., & Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and behavior, 77*, 153-166.
- Bruning, R. H., Schraw, G. J., & Norby, M. M. (2014). Bilişsel psikoloji ve öğretim. *Trans Eds ZN Ersözlü, R. Ülker*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). The concepts of measurement. *Burns N, Grove SK.(Eds). The practice of nursing research, 3*, 319-41.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi, 32(32)*, 470-483.
- Callister, L. C. (2004). Making meaning: Women's birth narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 33(4)*, 508-518.
- Carlson, N. R. (2014). Fizyolojik psikoloji davranışın nörolojik temelleri. (8. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Corral, M., Wardrop, A. A., Zhang, H., Grewal, A. K., & Patton, S. (2007). Morning light therapy for postpartum depression. *Archives of women's mental health, 10(5)*, 221-224.
- Crockett, K., Zlotnick, C., Davis, M., Payne, N., & Washington, R. (2008). A depression preventive intervention for rural low-income African-American pregnant women at risk for postpartum depression. *Archives of women's mental health, 11(5-6)*, 319.
- Cüceloğlu, D. (2017). İnsan ve Davranışı. Geliştirilmiş 36.Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(3)*.
- Çalışma, L. Ö. İ. B. D., Çalışması, V. Ö. S. Ö. G., Kutlu, M. O., Yapıcı, A., & Korkmaz, Ş. (2015). A Scale Development On Study And Learning Strategies For High School Students (Adana Sample From Turkey).
- Çoban, G. İ., & Kaşıkçı, M. HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞI ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİLİK ve GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research, 5(4)*, 194-197.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Demir, M. (2016). Karabük İlinde Doğum Sonu Depresyon Görülme Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri, Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük.
- Demir, S., Sentürk, M. B., Çakmak, Y., & Altay, M. (2016). Postpartum Depression and Associated Factors in Patients Who Admitted to Our Clinic to Make Child Birth. *Haseki Tıp Bulteni*, 54(2).
- Deniz, Z. (2007). Psikolojik ölçme aracı uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 40(1), 1-16.
- Dennis, C. L., & Allen, K. (2008). Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD006795-CD006795.
- Dennis, C. L., & Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4).
- Dharani, K. (2014). *The Biology of Thought: A Neuronal Mechanism in the Generation of Thought-a New Molecular Model*. Academic Press.
- Durat, G., & Kutlu, Y. Sakarya'da Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve ilişkili Faktörler.
- Durukan, E., İlhan, M. N., Bumin, M. A., & Aycan, S. (2011). 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 2011(4), 385-393.
- Dørheim Ho-Yen, S., Tschudi Bondevik, G., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2007). Factors associated with depressive symptoms among Postpartum women in Nepal. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 86(3), 291-297.
- Dönmez, H., & Bükülmez, A. (2015). Postpartum depresyonun, annelerin bebeklerini emzirme süreleri ve bebek büyümesi üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg*, 31(4), 358-62.
- Efe, Y. Ş., Taşkın, L., & Eroğlu, K. (2009). Türkiye'de Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler. *J Turkish German Gynecol Assoc*, 10, 14-20.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2142-2153.
- Engindeniz, A. N., Küey, L., & Kültür, S. (1996). Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*, 1, 51-52.
- Ercan, İ., & İsmet, K. A. N. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Erdem, Ö., & Bucaktepe, P. G. E. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3).
- Erdem, Ö., & Çelepkolu, T. (2014). Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 93-99.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., & Nihal, M. N. (2014). Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik [Nursing research. Process, implementation, and critics]. *Ankara: Nobel publication*.
- ERKUŞ, A. (2010). Psikometrik terimlerin Türkçe karşılıklarının anlamları ile yapılan işlemlerin uyumsuzluğu. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 1(2).
- Erkuş, A. (2012). Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme. *Ankara: Pegem Akademi Yayınları*.
- Eser, E. (2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü, sağlıkta yaşam kalitesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birlik Dergisi*, 1(2), 1-5.
- Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J., & Kašpárek, T. (2017). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC psychiatry*, 17(1), 104.
- Field, T. (2008). Breastfeeding and antidepressants. *Infant Behavior and Development*, 31(3), 481-487.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological medicine*, 44(5), 927-936.
- Fitelson, E., Kim, S., Baker, A. S., & Leight, K. (2011). Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International journal of women's health*, 3, 1.
- Foley, S., Crawley, R., Wilkie, S., & Ayers, S. (2014). The birth memories and recall questionnaire (BirthMARQ): development and evaluation. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 211.
- Freeman, M. P., Davis, M., Sinha, P., Wisner, K. L., Hibbeln, J. R., & Gelenberg, A. J. (2008). Omega-3 fatty acids and supportive psychotherapy for perinatal depression: a randomized placebo-controlled study. *Journal of affective disorders*, 110(1-2), 142-148.
- Gaillard, A., Le Strat, Y., Mandelbrot, L., Keïta, H., & Dubertret, C. (2014). Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry research*, 215(2), 341-346.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071-1083.
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313.
- Goldstein, E. B. (2013). *Bilişsel psikoloji*. Kaknüs Yayınları.
- Gozum, S., & Aksayan, S. (2003). A guide for transcultural adaptation of the scale II: psychometric characteristics and cross-cultural comparison. *The Turkish Journal of Research and Development in Nursing*, 5, 3-14.
- Green, S. B., & Hershberger, S. L. (2000). Correlated errors in true score models and their effect on coefficient alpha. *Structural equation modeling*, 7(2), 251-270.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Grote, N. K., Swartz, H. A., Geibel, S. L., Zuckoff, A., Houck, P. R., & Frank, E. (2009). A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services, 60*(3), 313-321.
- Hamann, S. B., Ely, T. D., Grafton, S. T., & Kilts, C. D. (1999). Amigdala activity related to enhanced memory for pleasant and aversive stimuli. *Nature neuroscience, 2*(3), 289.
- Hamann, S. B., Ely, T. D., Hoffman, J. M., & Kilts, C. D. (2002). Ecstasy and agony: activation of the human amigdala in positive and negative emotion. *Psychological Science, 13*(2), 135-141.
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory factor analysis*. Oxford University Press.
- Hatamleh, R., Sinclair, M., Kernohan, G., & Bunting, B. (2013). Birth memories of Jordanian women: findings from qualitative data. *Journal of Research in Nursing, 18*(3), 235-244.
- Hirst, K. P. & Moutier, C. Y. (2010). Postpartum major depression. *Women, 100*, 17-19.
- Hooper, D., Coughlan, J. & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Articles, 2*.
- http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5bb29c5c6c2b16.19880496/ Erişim tarihi: 04.12.2018
- Işık, S. N., & Bilgili, N. (2010). Postpartum depression: Midwives' and nurses' knowledge and practices.
- Karakoç, A. G. D. F. Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *TED, 40*(40).
- Kelecioğlu, H., & Şahin, S. G. (2014). Geçmişten günümüze geçerlik. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi, 5*(2).
- Keleş, E., & Çepni, S. (2006). Beyin ve öğrenme. *Türk Fen Eğitimi Dergisi, 3*(2), 66-82.
- Kennedy, H. P., Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2002). A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of midwifery & women's health, 47*(5), 318-330.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kennedy, H. P., Shannon, M. T., Chuahorm, U., & Kravetz, M. K. (2004). The landscape of caring for women: a narrative study of midwifery practice. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(1), 14-23.
- Kirpinar, İ., Gözüm, S., & Pasinlioğlu, T. (2010). Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *Journal of clinical nursing*, 19(3-4), 422-431.
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *International journal of nursing studies*, 46(10), 1355-1373.
- Korkmaz, Ö. & Mahiroğlu, A. (2007). Beyin, bellek ve öğrenme. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(1), 93-104.
- Körükçü, H., Ö. (2009). Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Krinsley, K. E., Gallagher, J. G., Weathers, F. W., Kutter, C. J., & Kaloupek, D. G. (2003). Consistency of retrospective reporting about exposure to traumatic events. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 16(4), 399-409.
- Kumcağız, H. YAŞAM DOYUMU, POSTPARTUM DEPRESYON VE ÖZKİYİM OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 1-9.
- Küçüköğlü, S., Çelebioğlu, A., & Coşkun, D. (2014). Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 921-932.
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77-87.
- Marakoğlu, K., Özdemir, S., & Çivi, S. (2009). Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(1), 206-214.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Miendlarzewska, E. A., Bavelier, D., & Schwartz, S. (2016). Influence of reward motivation on human declarative memory. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 61, 156-176.
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological review*, 63(2), 81.
- Newport, D. J., Ritchie, J. C., Knight, B. T., Glover, B. A., Zach, E. B., & Stowe, Z. N. (2009). Nursing Infant Plasma: Determination of Exposure. *J Clin Psychiatry*, 70(9), 1304-1310.
- Norhayati, M. N., Hazlina, N. N., Asrenee, A. R., & Emilin, W. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders*, 175, 34-52.
- Nur, N., Çetinkaya, S., Bakır, D. A., & Demirel, Y. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda Postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 55-59.
- Oates, M. (2003). Suicide: the leading cause of maternal death. *The British Journal of Psychiatry*, 183(4), 279-281.
- Osburn, H. G. (2000). Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. *Psychological methods*, 5(3), 343.
- Oystein Berle, J. & Spigset, O. (2011). Antidepressant use during breastfeeding. *Current women's health reviews*, 7(1), 28-34.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of clinical psychology*, 65(12), 1258-1269.
- Özdamar, K. (2016). Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi. *Eskişehir: Nisan*.
- Özkalp, E. (2003). Psikolojiye Giriş Dersleri. 1. Basım. Anadolu Üniversitesi Basımevi: Eskişehir.
- Özyürek, A. (2009). Okul Öncesi Eğitim Kurumuna Devam Eden Altı Yaş Grubu Çocukların Bellek Gelişimine Bellek Eğitiminin Etkisinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Parratt, J. A., & Fahy, K. M. (2003). Trusting enough to be out of control: a pilot study of women's sense of self during childbirth. *Australian Midwifery*, 16(1), 15.
- Patel, M., Bailey K,R., Jabeen, S., Ali, S., Barker, C. N., Osiezagha,K., 2012. Postpartum depression: a review. *J. Health Care Poor Under served* 23,534-542.
- Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118(2), 659-668.
- Payne, J. L. (2007). Antidepressant use in the postpartum period: practical considerations. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1329-1332.
- Plotnik, R. (2009). Psikolojiye Giriş, Çev. Tamer Geniş, Kaknüs yayınları, İstanbul.
- Rennie, K. M. (1997). Exploratory and Confirmatory Rotation Strategies in Exploratory Factor Analysis.
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Van Der Pal, K., Prins, M., Green, J., & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35(2), 107-116.
- Sadat, Z., Abedzadeh-Kalahroudi, M., Atrian, M. K., Karimian, Z., & Sooki, Z. (2014). The impact of postpartum depression on quality of life in women after child's birth. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(2).
- Saraç, S. (2017). Bellek ve Öğrenmenin Geniş Kapsamlı Ölçümü Bataryasının Alt Testlerinden Sembolik Çalışma Belleği ve Görsel Sıralı Bellek Testlerinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul.
- Saumier, D., & Chertkow, H. (2002). Semantic memory. *Current neurology and neuroscience reports*, 2(6), 516-522.
- Sayar, K., Dinç, M. (2017). Psikolojiye Giriş. Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8(2), 23-74.
- Selçuk, Z. (2004). Gelişim ve Öğrenme. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Senemoğlu, N. (2012). Gelişim, öğrenme ve öğretim (21). Ankara: Pegem Akademi.
- Seven, M., & Akyüz, A. Postpartum Depresyon Gelişiminde Etkisi Az Bilinen Bir Faktör: Infertilite. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 10(3), 7-11.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203-210.
- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part 11: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19(2), 64-81.
- Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L. & Loftu, G. R. (2017). *Psikolojiye Giriş*, 5. Baskı. Ankara: Arkadaş Yayınevi.
- Solso, R. L., Maclin, M. K., Maclin, O. H., & Ayçiçeği-Dinn, A. (2016). *Bilişsel psikoloji*. Kitabevi.
- Susan, A., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of affective disorders*, 119(1-3), 200-204.
- Şencan, H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik (reliability and validity in social and behavioral measurement). Ankara: Seçkin Yayınevi, 1.edition, 107.
- Şimsek, Ö. F. (2007). Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları. *Ankara: Ekinoks*.
- Takehara, K., Noguchi, M., Shimane, T., & Misago, C. (2014). A longitudinal study of women's memories of their childbirth experiences at five years postpartum. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 221.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

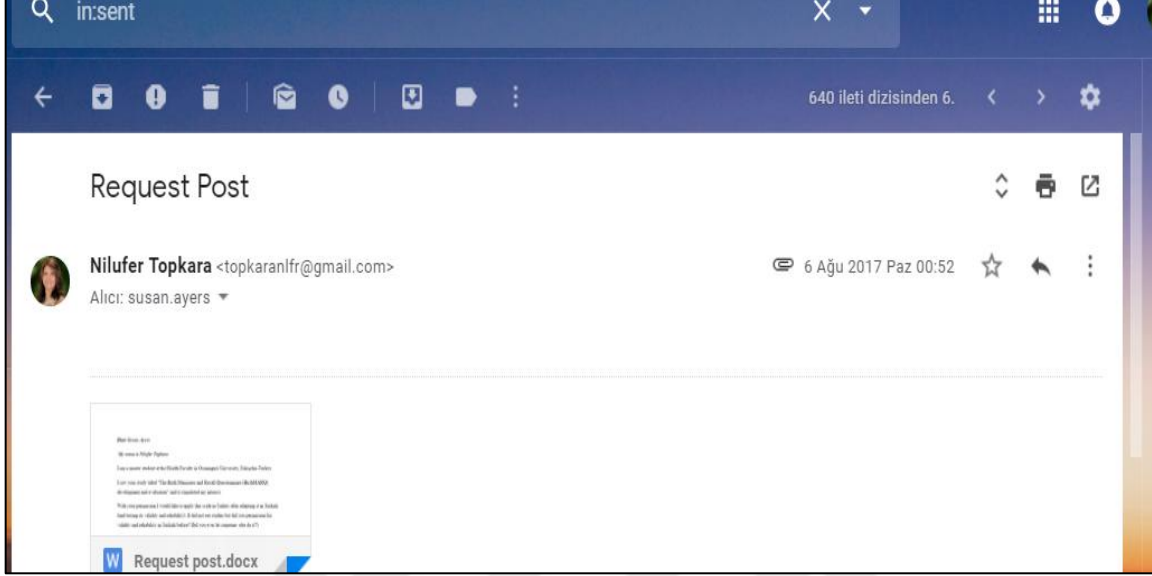
- Terry, W. S., & Cangöz, B. (2012). *Öğrenme ve bellek: temel ilkeler, süreçler ve işlemler*. Anı.
- Tulving, E., & Szpunar, K. K. (2009). Episodic memory. *Scholarpedia*, 4(8), 3332.
- Uçar, E. (2013). *Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul*.
- Ulusoy, M. N. (2010). *Doğum sonrası altı aylık dönemde postpartum depresyon sıklığının bebeklerin beslenme ve büyümesi ile ilişkisinin longitudinal incelenmesi* (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü), Konya.
- Umay, A. (2003). Matematiksel muhakeme yeteneği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24(24).
- Van Giezen, A. E., Arensman, E., Spinhoven, P., & Wolters, G. (2005). Consistency of memory for emotionally arousing events: A review of prospective and experimental studies. *Clinical psychology review*, 25(7), 935-953.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
- Yim, I. S., Stapleton, L. R. T., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Schetter, C. D. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annual review of clinical psychology*, 11.
- Yorbık, Ö. (2006). Kognitif Gelişim Teorileri.
- Yurdakul, T. (2015). Sıfır-Bir Yaş Bebek Sahibi Annelerde, Doğum Sonrası Depresif Semptom Taramasında; Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İle Hasta Sağlık Anketinin Karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı).
- Yurdugül, H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 1, 771-774.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Yurdugül, H. (2006). Paralel, eşdeğer ve konjenerik ölçmelerde güvenilirlik katsayılarının karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39(1), 15-37.
- Waldenström, U. (2003). Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*, 30(4), 248-254.
- Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, et al; for STAR*D-Child Team. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *JAMA*. 2006;295(12):1389-1398.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of anxiety disorders*, 19(3), 295-311.
- Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Archives of women's mental health*, 18(1), 41-60.
- Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M. (2002). Postpartum depression. *New England Journal of Medicine*, 347(3), 194-199.
- Wisner, K. L., Sit, D. K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., ... & Confer, A. L. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA psychiatry*, 70(5), 490-498.
- World Health Organization. (2009). *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. World Health Organization.

8. EKLER DİZİNİ

EK-1 Çalışmada Kullanılan Ölçeğin Kullanım İzni



REQUEST POST

Dear Susan Ayers

My name is Nilüfer Topkara

I am a master student at the Health Faculty in Osmangazi University, Eskişehir-Turkey.

I saw your study titled "The Birth Memories and Recall Questionnaire (BirthMARQ): development and evaluation" and it stimulated my interest.

With your permission I would like to apply this scale in Turkey after adapting it in Turkish (and testing its validity and reliability). (I did not see studies but did you permission for validity and reliability in Turkish before? Did you ever let someone else do it?)

I would appreciate if you sent me your scale and explained me how to evaluate it and If you can provide information about the procedure to follow it.

Thank you in advance for your interest.

Kind Regards

**Eskişehir Osmangazi University,
Faculty of Health Sciences
Eskişehir, Turkey**

Gönderen: Ayers, Susan <Susan.Ayers.1@city.ac.uk>

Tarih: 18 Ağu 2017 Cum, saat 11:53

Konu: RE: Request Post

Alıcı: Nilufer Topkara <topkaranfr@gmail.com>

CC: roz.crawley@sunderland.ac.uk <roz.crawley@sunderland.ac.uk>

Dear Nilufer,

Thank you for your request. You are welcome to use the BirthMARQ questionnaire and translate it for use in Turkey. I attach a copy of the questionnaire and the paper reporting its validation.

I would be very interested in having a copy of the questionnaire in Turkish for other researchers who approach me.

Best wishes,

Susan



Susan Ayers

Professor of Maternal and Child Health,
Director, Centre for Maternal and Child Health Research
School of Health Sciences
City, University of London
Northampton Square
London EC1V 0HB
T: +44 (0)20 7040 5834
www.city.ac.uk

1st in London and 2nd in the UK for

EK-2 Etik Kurul Onayı



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : 25403353-050.99-E.37670
Konu : 2018 - 28 Karar

09/04/2018

Sayın Dr. Öğr. Üy. Özlem ÇAĞAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz *"Doğum Haftası ve Hırlama Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması ve Postpartum Depresyon Prevalansı"* başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
Etik Kurul Başkanı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır. Evrak doğrulama adresi:
<https://ebysnetm.ogu.edu.tr/Home/Doogrulama/5901f612-7446-4156-9b08-20ef12efa153>

Adres : Meselik Kampüsü PK:25480 Odunpazarı
Telefon : 0222 2392979-4690
E-Posta : asertaa@ogu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi : Aysun SERTTAŞ - Bilgisayar İşletmeni
Faks : 222 239 37 72
Elektronik Ağ : <http://girisimalelmayazetikkurul.ogu.edu.tr/>
KEP Adresi : esk.osmangaziunivirk@hs01.kep.tr



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

Prof. Dr.Ömür ŞAYLIGİL
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Uğur BİLGE
(Başkan Yardımcısı)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Setenay DİNÇER
ÖNER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Biyostatistik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

Prof.Dr.Timuçin KAŞİFOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı /
Romatoloji Bilim Dalı

Doç. Dr. Altan EŞSİZÖĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Doç.Dr.Ömer KILIÇ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı /
Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı

Doç. Dr. Batu Can YAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Restoratif Diş Tedavisi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Av. Önder CAN
Avukat


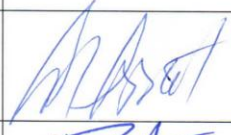





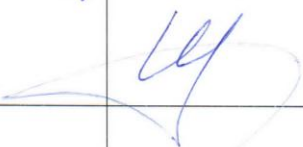
Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAŞ
Makbule SARİÇİÇEK
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

KARAR FORMU

| | |
|--|---|
| Başvuru Tarihi: 31.01.2018 | Çalışmanın Başlığı: “Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması ve Postpartum Depresyon Prevalansı” Çalışmacılar: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü - Dr.Öğr.Üy.Özlem ÇAĞAN, Ebe Fatma Nilüfer TOPKARA |
| Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 27.02.2018 | Sonuç: 1. “Doğum hafızası”nın ne olduğu tanımlanmalıdır. 2. “Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği” (Ek2) başında yer alan “.....soruları elinizden geldiği kadar cevaplamaya çalışın” bir emir cümlesi olduğundan düzeltilmelidir. 3. Anestezi altında doğum yapmış olanlar, doğum sırasında induksiyon yapılmış olan hastalar araştırma gönüllüleri içine dahil edilmemelidir. 4. Epizyotomi açıldı ise bu hastalar araştırmaya davet edilecekler midir? 5. “Depresyon geçirdiniz mi?” sorusu “Ruhsal hastalık geçirdiniz mi?” diye sorulmalıdır. |
| Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi: 27.03.2018 | Dr.Öğr.Üy.Özlem ÇAĞAN'ın yazısı Sorumlu araştırmacısı olduğum “Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması ve Postpartum Depresyon Prevalansı” başlıklı tez çalışmasına yönelik 9 Mart 2018 tarihli 25403353-050.99-E.25924 sayılı etik kurulunuzun önerileri doğrultusunda çalışma tekrar incelenmiştir. Yapılan öneriler doğrultusunda istenilen düzenlemeler yapılmıştır. Çalışmanın etik olarak uygunluğunun Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmesi için gereğini saygılarımla arz ederim. |

| | |
|--|---|
| <p>Çalışmanın değerlendirildiği ikinci toplantı tarihi:</p> <p>03.04.2018</p> | <p>Sonuç:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu / yazılı rıza formunun her sayfasında tarih, versiyon ve toplam sayfa sayısı üzerinden sayfa numarası olmalıdır. İmza sayfası dışındaki tüm sayfalarda gönüllü parafı bulunmalıdır.2. Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 26'ya göre Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu iki nüsha olarak düzenlenir. Her iki nüsha imzalandıktan sonra bir nüshası gönüllü katılımcıya / hastaya verilir. Diğer nüsha da arşiv mevzuatına uygun olarak saklanır.3. Hasta haklarına uyum zorunludur.4. Bilgi gizliliğinin sağlanması gereken en önemli durumlardan biri görüşmeler esnasındaki gizliliklerdir.5. Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınmalıdır.6. Araştırmacılar İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2015), Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (2013)'ni imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir.7. Araştırmacıların yetkin ve bu araştırma için yeterli oldukları anlaşılmaktadır. |
| <p>Karar Tarihi:</p> <p>03.04.2018</p> <p>Karar No: 09</p> | <p>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Dr.Öğr.Üy.Özlem ÇAĞAN sorumluluğunda yürütülen <i>“Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması ve Postpartum Depresyon Prevalansı”</i> başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.</p> <p>Araştırmacılara başarılar dileriz.</p> |

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

| | Unvanı/Adı/Soyadı | Kurumu | İmza |
|----|--|--|---|
| 1 | Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL (Başkan) | Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı |  |
| 2 | Doç. Dr. Ömer KILIÇ (Başkan Yardımcısı) | Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı | |
| 3 | Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör) | Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı |  |
| 4 | Doç. Dr. Uğur BİLGE | Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı |  |
| 5 | Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER | Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik Anabilim Dalı |  |
| 6 | Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN | Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı |  |
| 7 | Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK | Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı |  |
| 8 | Prof. Dr. Timuçin KAŞİFOĞLU | Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı / Romatoloji Bilim Dalı |  |
| 9 | Doç. Dr. Batu Can YAMAN | Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı |  |
| 10 | Prof. Dr. Bekir YAŞAR | Genel Cerrahi Uzmanı | |
| 11 | Av. Önder CAN | Hukuk | |

EK-3 Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü İle Bilimsel Araştırma Sahibi Arasında Yapılan Bilimsel Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol



T.C. Sağlık Bakanlığı
Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İLE
BİLİMSEL ARAŞTIRMA SAHİBİ ARASINDA YAPILAN
BİLİMSEL ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİNE İLİŞKİN PROTOKOL

07./05./2018

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İLE
BİLİMSEL ARAŞTIRMA SAHİBİ ARASINDA
ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİNE İLİŞKİN PROTOKOL

AMAÇ

MADDE 1- Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı sağlık tesislerinde gerçekleştirilmek istenen bütün bilimsel araştırmalara ait çalışmaların yürütülmesi ile ilgili iş ve işleyişi belirlemek amacıyla iş bu protokol hazırlanmıştır.

KAPSAM

MADDE 2- Bilimsel araştırmaya ait çalışmanın yapılacağı sağlık tesisinden ön izini alınmış olan ve Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü Başvuru İnceleme Komisyonunda onaylanmış olan bilimsel araştırmaları içine alan bu protokolün kapsamı, araştırma sahibinin gerek araştırma süresince gerekse araştırma sonunda yerine getireceği hususlardan oluşturmaktadır.

DAYANAK

MADDE 3- Bu protokol belgesi, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının,

- a) 02/03/2016 tarihli ve 41304669/604.02.99/798/00020138316 sayılı yazısı,
- b) 29/06/2015 tarihli ve 41304669/774.99/1788/00011535738 sayılı yazısı,
- c) Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu Hasta Deneyimi HHD08 standardı,
- d) Sağlık Bakanlığı Makamının 20/02/2013 tarihli ve 1488 sayılı Onayına ilişkin Yönergeye dayanılarak hazırlanmıştır.

TANIMLAR

MADDE 3- Bu protokolde geçen,

İl Sağlık Müdürlüğü: Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğünü

Sağlık Tesisi: İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini veren hastane/merkez ve bağlı birimlerini ve 112 acil istasyonlarını

Araştırmacı: Bilimsel araştırmanın sahibi ya da yürütücüsünü

Araştırma Yürütücüsü: Araştırma yöntemini uygulayan kişiyi (anketör, gözlemci, mülakatı yapan v.b)

Araştırma Sahibi: Araştırma yürütücüsünün danışmanı olan kişi ya da kurumu.

Çalışma: Araştırma sahibinin/yürütücüsünün bilimsel araştırmasıyla ilgili İl Sağlık Müdürlüğü veya bağlı sağlık tesislerinde uygulamaya geçireceği araştırma yöntemini ifade eder.

TARAFLAR

MADDE 4- Bu protokolün tarafları Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ile Araştırmacı Fatma Nilüfer TOPKARA Tarafların tebligat ve haberleşme bilgileri aşağıdaki gibidir.

a) Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü:

Adres: Kırmızıtoprak Mah. Atatürk Cad. No: 56 Odunpazarı/ESKİŞEHİR

Tel: (0222) 3201012 Fax: (0222) 3351540 E-posta adresi: eskisehir@saglik.gov.tr

b) Araştırmacı kişi/kurum: Fatma Nilüfer TOPKARA

c) Adres: Hoşnudiye Mahallesi Soydan Sokak No:5 D:5 Tepebaşı/ESKİŞEHİR

Tel: 0545 439 19 88 E-posta adresi: topkaranlfr@gmail.com

MADDE 5- Araştırmacı, çalışması ile ilgili etik kurul ve diğer izinlerin gerekip gerekmediğini kendisi araştırır ve izinlerin sorumluluğunu üstlenir.

MADDE 6- Çalışmayı gerçekleştiren araştırmacı kişi/kurum, protokolde imzası bulunan kişi/kurum ile aynı kişi/kurum olacaktır.

MADDE 7- Çalışma yürütülürken İl Sağlık Müdürlüğü Başvuru İnceleme Komisyonunca izin verilen kapsamın dışına çıkılmayacaktır.

- a) Kapsam dışı bölüm ya da birimlerde çalışma yapılmayacaktır
- b) Çalışmanın evrenine kapsam dışı örneklem dahil edilmeyecektir
- c) Kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

MADDE 8- Hastanın araştırma ve deneysel çalışmalara katılımı ile hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hastanın kendisi ya da yasal vasisinden aydınlatılmış onam formu alınacak ayrıca hasta mahremiyetine özen gösterilecektir.

MADDE 9- Çalışmanın süresi sağlık tesisi ön izin formunda ve İl Sağlık Müdürlüğü Başvuru İnceleme Komisyonu kararında belirtilen tarih aralığı ile sınırlıdır.

MADDE 10- Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınacak, gönüllü katılımı olumsuz etkileyecek ve fiziksel/ruhsal sağlığı tehdit edecek soru, durum ve tutumlardan kaçınılacaktır.

MADDE 11- Çalışma içeriğinde katılımcıya ait kişisel bilgilere yer verilmeyecek (ad-soyad, telefon, adres v.b), özel hayatın korunmasına özen gösterilecektir.

MADDE 12- Çalışma kurumun esas faaliyetini aksatmayacak şekilde yürütülecektir.

MADDE 13- Çalışmanın yapıldığı alanda, araştırmacıdan/çalışmadan kaynaklanabilecek fiziki zararlar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

MADDE 14- Çalışma İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmasına/protokol imzalanmasına rağmen başlatılmadığında, her hangi bir sebeple yarıda bırakıldığında veya araştırmacı değişikliğine gidildiğinde, araştırmacı durumu Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğüne yazılı olarak beyan etmekle yükümlüdür.

MADDE 15- Araştırma sonucunun teslimi ile ilgili olarak,

- a) Klinik araştırmalarda, araştırma sona erdikten en geç otuz gün içerisinde, sorumlu araştırmacı hazırlayacağı ayrıntılı sonuç raporunu İl Sağlık Müdürlüğüne vermekle mükelleftir. Uzun süreli klinik araştırmalarda, sonuç raporu dışında, altışar aylık dönemlerde ara rapor da vermesi gereklidir.
- b) Klinik araştırmalar dışındaki araştırmalarda, İl Sağlık Müdürlüğü ya da sağlık tesisi tarafından istendiği takdirde, araştırma sona erdikten en geç otuz gün içerisinde araştırma sonucunun bir örneği araştırmacı tarafından isteyen kuruma teslim edilecektir.

MADDE 16- Araştırmanın sonucu Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'nün bilgisi/izni dışında yayınlanmayacak/ilan edilmeyecektir.

MADDE 17- Destekleyici ile yürütülecek araştırmalarda Sağlık Bakanlığı Makamının 20/02/2013 tarihli ve 1488 sayılı Onayı ile yürürlüğe giren "Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalarla İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" hükümleri geçerlidir.

a) Sağlık Bakanlığı tarafından bütçe bedeli belirlenen çalışmalarda, çalışmanın gerçekleştirildiği kuruma yapılan ödeme belgeleri, çalışmanın bitimini takiben, araştırmacı tarafından İl Sağlık Müdürlüğüne ibraz edilecektir.

b) Bu protokolün tüm hükümleri destekleyici ile yürütülecek araştırmalarda da geçerlidir.

MADDE 18- Gerekli gördüğünde, tarafların mutabakatı ile protokol belgesinde değişikliğe gidilebilir.


MADDE 19- Yapılacak olan çalışma Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ve sağlık tesisine herhangi bir maddi yükümlülük getirmeyecektir.

MADDE 20- Protokol hükümlerine aykırı hareket edildiğinin tespiti halinde Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü bu protokolü tek taraflı fesih hakkına sahiptir.


MADDE 21- Bu protokolden kaynaklanacak sorunların çözümünde, idari olarak Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü, adli hususlarda ise Eskişehir Mahkemeleri yetkilidir.

MADDE 22- Bu protokol 22 (yirmi iki) madde ve 3 (üç) sayfadan ibaret olup hükümleri taraflarca okunmuş ve uygulanmak üzere 07/07/2018 tarihinde iki nüsha olarak imzalanarak yürürlüğe girmiştir.


Doç. Dr. Uğur BİLGE
İl Sağlık Müdürü
İmza/Mühür


Fatma Nilüfer TOPKARA
Bilimsel Araştırmacı

İmza

| | | | |
|---|---|-----------------------|------------|
|  Sağlık Bakanlığı | ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU | Doküman No | EGT.FR. 18 |
| | | Yayın Tarihi | 02.05.2014 |
| | | Revizyon Tarihi | 01.12.2017 |
| | | Revizyon No | 01 |
| | | Sayfa No/Sayfa Sayısı | 1/1 |

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| Araştırma Sahibininin | Adı-Soyadı | Fatma Nilüfer TOPKARA |
| | Kurumu | Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı |
| Araştırma Yapılacak İl/İller | Eskişehir | |
| Araştırmanın Yapılacağı Sağlık Tesisi | Büyükdere ASM, Emek Aile Sağlığı Merkezi, Ihlamurkent Aile Sağlığı Merkezi, Kırmızıtoprak Aile Sağlığı Merkezi, Odunpazarı Aile Sağlığı Merkezi, Osmangazi Aile Sağlığı Merkezi, Hoşnudiye Aile Sağlığı Merkezi, Batıkent Gökkuşluğu Aile Sağlığı Merkezi, Şirintepe Aile Sağlığı Merkezi | |
| Araştırmanın Konusu | "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması ve Postpartum Depresyon Prevelansı" | |
| Araştırmanın Statüsü | Yüksek Lisans Tezi | |
| Ön İzin Formu | <input type="checkbox"/> Var / <input checked="" type="checkbox"/> Yok | |
| Başvuru Evrakları | Kurum Talep Yazısı : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Başvuru Formu : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Yöntemi Örneği: <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Detay Formu : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Etik Kurul Kararı : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Kurumsal Kimlik Belgesi : <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok | |
| Araştırmanın Evreni/Örnekleme | <p>Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan 76 tane Aile Sağlığı Merkezi sosyoekonomik faktörler göz önünde bulundurularak iyi, orta, kötü olmak üzere 3 gruba ayrılmış ve bu 3 grup içerisinde rasgele kura yöntemi ile seçilen 3'er tane toplamda 9 tane Aile Sağlığı Merkezine bağlı bulunan 400 katılımcının araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır.</p> <p>Araştırmaya dahil olacak hasta/gönüllü sayısı ve bunların niteliği</p> <p>Araştırma Aile Sağlığı Merkezlerine hizmet almak için gelen;</p> <ul style="list-style-type: none"> •Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan, •18-49 yaş aralığında, •En az bir çocuk doğurmuş, •Epidural/Spinal anestezi ile Sezaryen doğum yapmış olan kadınlar ,(Genel anestezi dışındaki anestezi türlerinin kadının sinir sistemi üzerine olumsuz etkisi olmadığı kanısına varılarak ve çalışmanın aslında da bu kadınların çalışmaya dahil edilmesi sebebiyle çalışmamıza bu kadınlar dahil edilmiştir.) •Epizyotomili ve epizyotomisiz normal /vajinal doğum yapmış kadınlar, •İndüksiyonlu ve indüksiyonsuz normal doğum yapmış olan kadınlar (Günümüzde ne yazık ki epizyotomi ve indüksiyon bir rutin olarak görülmekte olup epizyotomi ve indüksiyon almadan doğum yapan gebe sayısı yok denecek kadar azdır. Bu nedenle bu kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.) • Son doğumunu 0-12 ay önce yapmış, • Çalışmaya katılım konusunda gönüllü ve rızası olan 400 katılımcıya ulaşılması hedeflenmektedir. Ayrıca son olarak çevirinin anlaşılabilirliğini test etmek üzere pilot bir gruba (50kişi) uygulama yapılacak ve alınan geri bildirimler sonucu ölçeğe son hali verilecektir. | |

| | |
|--|---|
| | <p>Araştırmaya dahil olmama ve araştırmaya almama kriterleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmamak, • 18 yaşından küçük, 49 yaşından büyük olmak, • Hiç çocuk doğurmamış olmak, • Genel anestezi altında sezaryen doğum yapmış olmak, • Son doğumun üzerinden 1 yıldan daha uzun süre geçmesi, • Araştırmaya engel olacak işitme-görme ve zihinsel problemi bulunan bireyler, • Çalışmaya katılımı konusunda rıza göstermeyen bireyler <p>Çalışma kapsamı dışında tutulacaktır.</p> |
| Veri Toplama Yöntemleri | Araştırmanın verileri "Anket Formu", "Birth Memories and Recall Questionnaire / Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği" ve "Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği" kullanılarak toplanacaktır. |
| Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı | Nisan 2018- Temmuz 2018 |
| Görüş İstenilen Birimler | |
| KOMİSYON GÖRÜŞÜ | |
| Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ve Araştırma Sahibi, Fatma Nilüfer TOPKARA arasında "Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol" imzalanmasını takiben araştırmanın yapılmasına müsaade edilmiştir. Araştırma sonucunun bir örneği Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'ne teslim edilecektir. | |
| Komisyona Kararı | Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır. |
| Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı: | Gerekçesi: |

07./05./2018

KOMİSYON

Komisyon Başkanı
Doç. Dr. Uğur BİLGE
İl Sağlık Müdürü

Üye
Dr. Gökhan ÖZBOZ
Halk Sağlığı Başkan Yardımcısı

Üye
Dr. Mina AKBAY
Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Üye
Uzm. Dr. M. Emin ÇANAKÇI
Kamu Hastaneleri Başkan Yardımcısı

EK-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın katılımcı,

Kadınların doğum hafızalarını değerlendirmek, aynı zamanda doğum sonrası depresyon yaygınlığını belirlemek ve bu konuda sizlere yardımcı olmak amacıyla yapılması planlanan bu çalışma "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması ve Postpartum Depresyon Prevalansı" başlıklı bilimsel bir araştırma projesidir. Bu çalışmada Ayers ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği"nin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılması ve aynı zamanda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği kullanılarak doğum sonrası depresyon yaygınlığının değerlendirilmesi ve depresyon bulgusuna rastlanan katılımcılara yardımcı olunması planlanmıştır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalamanız rica olunur.

Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Doğum Hafızası, doğuma ilişkin bilgilerin depolanabilmesi ve yeniden kullanılabilmesini ifade eder. Doğum bir kadının yaşamında; fiziksel, psikolojik ve toplumsal açıdan güçlü etkilere sahip olan bir yaşam deneyimidir ve bu deneyim kadının hayatında kısa süreli ya da uzun süreli, olumlu ya da olumsuz etki potansiyeline sahiptir. Türkiye'de daha önce doğum hafızasını değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir ölçüm aracı bulunmamakta olup çalışmamız bu konuda yapılacak olan ilk araştırma niteliğini taşımaktadır. Çalışmaya sizin de dahil olduğunuz Aile Sağlığı Merkezi ile birlikte toplam 9 tane Aile Sağlığı Merkezi'nden katılmaya gönüllü olan 400 katılımcı dahil edilecektir. Sizlerin katılımı ile gerçekleşmesi planlanan çalışmada kullanılacak bilgilerin toplanması süreci yaklaşık üç ay sürecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen, araştırmada kullanılacak olan anket formunu, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ni ve "Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği"ni eksiksiz bir şekilde doldurmanız, formlardaki sorulara uygun ve doğru cevap vermenizdir. Size verilen soru formlarının doğru ve eksiksiz olarak doldurulması çalışmamızın sonucu açısından çok önemlidir. Bunun dışında size bu araştırmada herhangi bir tetkik ya da işlem yapılmayacaktır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizden elde edilecek verilerle kadınların doğum hafızalarının değerlendirilmesi ve doğum sonrası depresyon görülme sıklığının belirlenerek gerekli müdahalenin yapılması amaçlanmaktadır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde Ebe Fatma Nilüfer TOPKARA tarafından size anket uygulaması yapılacaktır. Anket formunda, sizin sosyo-demografik bilgileriniz ve obstetrik özelliklerinize ilişkin 16 soru, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nde 10 soru ve Doğum

Hafızası ve Hatırlama Ölçeği'nde ise 21 maddeden oluşan sorular bulunmaktadır. Araştırmada sizden kimlik bilgileriniz istenmeyecek, araştırma ile ilgili vermiş olduğunuz bilgiler sadece bilimsel araştırma amaçlı olarak kullanılacaktır. Anketlerden öncelikli olarak Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğini doldurmanız gerekmektedir. Burada amaç; ölçeğin puanlamasının orada yapılacak olup gerekli görülmesi halinde katılımcının psikiyatri uzmanına sevkini sağlanmasıdır. Bu anketleri doldurmanız ortalama 15 dakika sürecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun yaşamanız durumunda 0 545 439 19 88 numaralı telefonda araştırmacı Ebe Fatma Nilüfer TOPKARA'ya ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile bu bilgiler verilmeyecektir. Ancak araştırmacının izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

Çalışmaya Katılım Onayı:

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

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefon No:

Tarih ve İmza:

Açıklamayı yapan araştırmacının:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefon No:

Tarih

ve

İmza

EK-5 Anket Formu

1. Yaşınız:.....

2. Öğrenim durumunuz:

- a. Okur-yazar değil
- b. Okur-yazar
- c. İlköğretim
- d. Lise
- e. Üniversite ve üstü

3. Çalışma durumunuz:

- a. Çalışıyor
- b. Çalışmıyor

4. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a. Gelir giderden az
- b. Gelir gidere denk
- c. Gelir giderden fazla

5. Medeni durumunuz:

- a. Evli
- b. Bekâr

6. Bebeğin evliliğinizi etkilediğini düşünüyor musunuz?

- a. Hayır, etkilemedi
- b. Evet, olumlu etkiledi
- c. Evet, olumsuz etkiledi

7. Kaç çocuğunuz var?

- a. 1 çocuk
- b. 2 çocuk
- c. 3 veya daha fazla çocuk

8. Son yaptığınız doğum şekli:

- a. Epizyotomili (kesi ve dikiş) vajinal (normal) doğum
- b. Epizyotomisiz (kesi ve dikiş olmadan) vajinal (normal) doğum
- c. Sezaryen doğum

9. Son doğumunuzu kim yaptırdı?

- a. Ebe
- b. Hekim

10. Son doğumunuzu nerede yaptınız?

- a. Devlet Hastanesi
- b. Özel Hastane
- c. Üniversite Hastanesi

11. Son doğumunuz kaçinci haftada gerçekleşti?

- a. 37. gebelik haftasından önce
- b. 37. gebelik haftası ve sonrasında

12. Son doğan bebeğiniz kaç kilo doğdu?

- a. 2500 gr'dan az
- b. 2500 gr ve daha fazla

13. Son doğan bebeğinizin cinsiyeti:

- a. Kız
- b. Erkek

14. Son doğan bebeğiniz kaç aylık?

- a. 0-3 ay
- b. 4-6 ay
- c. 7-9 ay
- d. 10-12 ay

15. Daha önce geçirilmiş ruhsal hastalık öykünüz (depresyon gibi) var mı?

- a. Evet (Ne zaman/hangi hastalık).....
- b. Hayır

16. Eşinizin daha önce geçirmiş olduğu ruhsal hastalık öyküsü var mı?

- a. Evet (Ne zaman/hangi hastalık).....
- b. Hayır

EK-6 Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği

| DOĞUM HAFIZASI VE HATIRLAMA ÖLÇEĞİ | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Bu ölçek en son çocuğunuzun doğumunun hatıralarının nasıl olduğu ve doğumu şu anda hatırladığınızda nasıl hissettiğiniz ile ilgili ifadeler içermektedir. Doğum anılarına ilişkin aşağıda bulunan ifadeleri değerlendirip, ilgili rakamı daire içerisine alarak katılma derecenizi belirtiniz. Teşekkür ederiz. | | | | | | | | |
| | DUYGUSAL HAFIZA | Kesinlikle Katılmıyorum. | | | | | | Kesinlikle Katılıyorum. |
| 1 | Doğum anındaki duygularım son derece olumluydu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Doğum anındaki duygularım son derece olumsuzdu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | Doğumu hatırladığımda, duygularım son derece olumludur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| AMBİVALAN DUYGUSAL HAFIZA | | | | | | | | |
| 4 | Doğum anında olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşadım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | Doğumu hatırladığımda olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşadım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| HAFIZANIN MERKEZLİLİĞİ | | | | | | | | |
| 6 | Doğum deneyimi, yaşamımdaki diğer deneyimlerden etkilenmiştir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | Doğum deneyimi kendimi ve dünyayı anlamamda odak noktası olmuştur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | Doğum deneyimi yaşamımda bir dönüm noktası olmuştur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 | Doğum deneyiminin geleceğim üzerindeki etkileri hakkında sık sık düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| TUTARLILIK VE TEKRAR YAŞAMA | | | | | | | | |
| 10 | Doğumu anını içerisinde büyük eksiklikler olmayan, mantıklı ve tutarlı bir olay olarak hatırlanm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | Doğum anını bazı kısımları eksik olarak, parçalar halinde hatırlanm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12 | Doğumu hatırladığımda, doğum anında gördüklerimi tekrar yaşadım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13 | Doğumu hatırladığımda, doğum anında vücudumda hissettiklerimi tekrar yaşadım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14 | Doğumu hatırladığımda, doğumu geçmişte olmuş gibi değil de sanki doğum şuan oluyormuş gibi hissedip, tekrar yaşadım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15 | Doğumu hatırladığımda, doğum anında duyduğum sesleri tekrar duyarım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| DUYGUSAL HAFIZA | | | | | | | | |
| 16 | Doğumu düşündüğümde, kokuları hatırlayabilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17 | Doğumu düşündüğümde, tatları hatırlayabilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18 | Doğumu düşündüğümde, sesleri hatırlayabilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19 | Doğumu düşündüğümde, dokunuşları hatırlayabilirim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| İSTEMSİZ HATIRLAMA | | | | | | | | |
| 20 | Doğum anı (ya da doğum anındaki olayların bir kısmı) ben düşünmesem bile kendiliğinden aklıma gelir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21 | Günlük yaşamımda gerçekleşen olayları beklenmedik bir şekilde doğum anını (ya da doğum anındaki olayların bir kısmını) hatırlatır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

EK-7 Birth Memories And Recall Questionnaire

BirthMARQ

Birth memories and recall questionnaire

This questionnaire asks about what your memories of the birth of your most recent child are like, and how you feel when you remember the birth now. If you had a caesarean under general anesthetic, please answer the questions as best you can for your memory of the experience immediately before and after.

| | | Strongly Disagree | | | | | Strongly Agree | |
|-----------------------------|---|-------------------|---|---|---|---|----------------|---|
| 1 | My emotions at the time were extremely positive | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | My emotions at the time were extremely negative | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | I experienced mixed positive and negative emotions at the time | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | While recalling the birth now, my emotions are extremely positive | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | While recalling the birth now, I am experiencing mixed positive and negative emotions | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Centrality of memory | | | | | | | | |
| 6 | The experience of birth has coloured the way I think and feel about other experiences | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | The experience of birth has become central to the way I understand myself and the world | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | The experience of birth was a turning point in my life | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 | I often think about the effects the experience of birth will have on my future | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Coherence | | | | | | | | |
| 10 | My memory for the birth comes to me as a logical, coherent series of events with no major gaps | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | My memory for the birth is fragmented, i.e. it comes in bits and pieces with bits missing | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Reliving | | | | | | | | |
| 12 | While remembering the birth now, I relive visual impressions I had during the birth | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13 | While remembering the birth now, I relive the bodily sensations I had during the birth | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14 | While remembering the birth now, I feel as though I am reliving it and it is happening now, not in the past | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15 | While remembering the birth now, I relive the sound(s) I heard during the birth | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

© Foley S, Crawley R, Wilkie S & Ayers S. (2014). The Birth Memories and Recall Questionnaire (BirthMARQ): Development and evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

| | None At All | | | | | | | A Lot |
|---|----------------|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| Sensory Memory | | | | | | | | |
| 16 As I recall the birth I can remember smells | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 17 As I recall the birth, I can remember tastes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 18 As I recall the birth, I can remember sounds | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 19 As I recall the birth, I can remember touch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | | | | | | | | All the Time |
| Recall | Never | | | | | | | |
| 20 My memory for the birth (or parts of the memory) comes to me 'out of the blue' without me trying to think about it | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 21 Things that happen now can unexpectedly bring up memories of the birth (or parts of memories) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

* Reverse code items 1, 4 and 11



EK-8 Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

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

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

Son 7 gündür;

3) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

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

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

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

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

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

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

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

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

Son 7 gündür;

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

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

Son 7 gündür;

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

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

Son 7 gündür;

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

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



ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Fatma Nilüfer TOPKARA
Doğum tarihi ve yeri : 11.11.1988/İSKİLİP
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Evli
İletişim adresleri : 05454391988
topkaranlfr@gmail.com

Eğitim Durumu

1995-2003 : Sakarya İlköğretim Okulu/ÇORUM
2003-2006 : İskilip Lisesi/ÇORUM
2007-2011 : Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Bölümü (Lisans)
2017-2019 :Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı (Tezli Yüksek Lisans)
Yabancı Dil : İngilizce

Mesleki Deneyim:

2011 : Acıbadem Bursa Hastanesi
2011 : İskilip Akcasu Sağlık evi / ÇORUM
2012-2013 : Danışman Sağlık evi / ÇORUM
2013-2014 : Polatlı Toplum Sağlığı Merkezi/ANKARA
2014-2015 : Bayburt Toplum Sağlığı Merkezi/BAYBURT
2015- halen : Tepebaşı İlçe Sağlık Müdürlüğü/ESKİŞEHİR

Yayınlar:

2011: Aydın 2. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi Ebelik Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine Yönelik Tutumları ile Mesleği Seçme Nedenleri Arasındaki İlişki, poster bildiri

2011: Aydın 2. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi Mesleki Örgütlenme konulu poster bildiri

Bilimsel Etkinlikler

Kurslar ve Eğitim Programları

2013: Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitimi / Ankara

2014: Toplum Sağlığı Hizmetleri Uyum Eğitimi / Eskişehir

2016: RİA (Rahim İçi Araç) Uygulama Eğitimi / Eskişehir

2016: Güvenli Annelik Ve Acil Obstetrik Bakım Eğitimi / Eskişehir

2016: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Ve Gençlik Modülü Eğitimi / Eskişehir

2016: NRP (Neonatal Resusitasyon Programı) Eğitimi / Eskişehir