



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
DOĞUM-KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

POSTPARTUM DEPRESYON VE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Burcu SAVAŞ

Ocak 2023

DENİZLİ

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

POSTPARTUM DEPRESYON VE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
DOĞUM – KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burcu SAVAŞ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gülcan BAKAN

Denizli, 2023

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulguların analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Burcu SAVAŞ

İmza

ÖZET

POSTPARTUM DEPRESYON VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Burcu SAVAŞ

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik ABD

Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Gülcan BAKAN

Ocak 2023, 81 sayfa

Amaç: Çalışmamızda, doğum yapmış kadınlarda postpartum depresyon ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi tespit etmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Mart 2021 – Şubat 2022 tarihlerinde Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Lohusa Servisi'nde yatmakta olan kadınlarla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Lohusa Servisi'nde yatmakta olan, 18-49 yaş aralığında, çalışmaya katılmayı kabul eden 248 kadın oluşturmaktadır. Postpartum 1. ve 2. günlerindeki kadınlarla görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilmiş ve veriler yüz yüze toplanmıştır. Ankette katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan veri toplama formu, depresyon düzeyini ölçen Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği ve katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçen Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların EPDÖ'nden aldıkları puan ortalaması $8,512 \pm 6,315$ şeklinde hesaplanmıştır. Katılımcıların %27,4 'ü EPDÖ'nden 13 ve üzeri puan almış olup riskli grupta kabul edilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $95,383 \pm 17,684$ şeklinde hesaplanmıştır. Katılımcıların postpartum depresyon ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki korelasyon analizine bakıldığında sağlık okuryazarlığı ile postpartum depresyon arasında negatif zayıf ($p=0.000$) ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ile postpartum depresyon arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi sonucunda sağlık okuryazarlığı postpartum depresyon düzeyini azaltmaktadır sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada PPD oranı %27.4 olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı oranına bakıldığında ise puan ortalaması $95,383 \pm 17,684$ şeklinde hesaplanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin postpartum depresyon riskini azalttığı bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Postpartum depresyon, sağlık, okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, doğum.

ABSTRACT**THE RELATIONSHIP BETWEEN POSTPARTUM DEPRESSION AND HEALTH LITERACY**

SAVAŞ, Burcu

Master Thesis, Nursing ABD

Obstetrics-Gynecology Nursing Program
Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Gülcan BAKAN
January 2023, 81 Pages

Objective: In our study, we aimed to determine the relationship between postpartum depression and health literacy in women who have given birth.

Materials and Methods: The observation of the study included 248 women, aged between 18-49, who were hospitalized in Afyonkarahisar State Hospital, between the ages of 18-49. Information about the research was gathered face-to-face by interviewing women on the 1st and 2nd days of postpartum. The data collection formula questioning socio-demographic characteristics in the questionnaire, the Edinburgh Postpartum Depression Scale as a measure of stress severity, and the Health Literacy Scale in the health literacy measurement scale it followed were used.

Results: All 248 images participating in the study completed the data collection form requested from their own coding. The average score of the participants in the EPDS was calculated as 8.512 ± 6.315 . 27.4% of the participants got a score of 13 and above in EPDS and accepted the groups. The mean score of the participants in the health literacy scale was calculated as $95,383 \pm 17,684$. A weak ($p=0.000$) relationship was found between weight health literacy and postpartum pregnancy symptoms in the measurement analysis between participants' postpartum pregnancy and health literacy and density dimensions. As a result of the regression analysis conducted to determine the cause and effect relationship between health literacy and postpartum pregnancy, health literacy reduces postpartum pregnancy.

Conclusion: It was found that the PPD rate of this situation was 27.4%. If health literacy is generally average, the mean score was calculated as $95.383 \pm 17,684$. Health literacy consists of computers postpartum cryptocurrencies.

Key words: Postpartum depression, health, literacy, health literacy, birth.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca her zaman bana olan inancını hissettiğim, bana harcadığı zaman, emek, bilgi ve tecrübeleriyle destek veren, sabrını, anlayışını, emeğini, mesleki deneyimlerini esirgemeyen çok değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Gülcan BAKAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgemedi aktaran Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD Başkanı Sayın Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN'a ve Prof. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK'a,

Tez savunma sınavımda jürimde bulunan ve değerli katkıları olan Sayın Prof. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK'a ve Doç. Dr. Keziban AMANAK'a

Bu yoğun süreçte ve her türlü koşulda desteklerini sonuna kadar hissettiğim, bana sonuna kadar güvenen başta ailem ve nişanlıma, arkadaşlarıma,

Son olarak, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara,

En içten saygı ve sevgilerimle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç	3
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI.....	4
2.1. Depresyon	4
2.2. Postpartum dönem	6
2.2.1. Postpartum dönemdeki psikolojik değişiklikler	7
2.3. Postpartum depresyon.....	8
2.3.1. Postpartum depresyon risk faktörleri.....	10
2.3.2. Postpartum depresyon semptomları	10
2.3.3. Postpartum depresyon tanılama	11
2.3.4. Postpartum depresyon tedavisi.....	11
2.4. Sağlık okuryazarlığı	14
2.4.1. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	16
2.4.2. Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı	17
2.4.3. Kadın ve Sağlık Okuryazarlığı	17
2.4.4. Postpartum depresyon ve sağlık okuryazarlığı	19
2.5. Hipotezler	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Çalışmanın Tipi.....	21
3.2. Çalışmanın Örneklemi	21
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	22
3.3.1. Bilgi Toplama Formu	22

3.3.2.	Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EDPÖ).....	23
3.3.3.	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ).....	23
3.4.	İstatistiksel analiz.....	24
3.5.	Çalışmanın etik yönü.....	25
3.6.	Çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri.....	22
3.7.	Çalışmanın sınırlılıkları.....	25
4.	BULGULAR.....	26
4.1.	Kadınların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.....	26
4.2.	Kadınların gebelik öyküsü, doğum, bebek bakımı ile ilgili özellikleri.....	28
4.3.	Kadınların PPD ile ilgili bilgi sahibi olma durumu.....	31
4.4.	Kadınların PPD puan ortalamaları.....	31
4.5.	Kadınların Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği'ne göre PPD riski.....	32
4.6.	Kadınların PPD Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	33
4.7.	Kadınların PPD puanlarının gebelik öyküsü doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması.....	36
4.8.	Kadınların PPD puanlarının postpartum depresyon ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması.....	41
4.9.	Kadınların SOY puan ortalamaları.....	43
4.10.	Kadınların SOY toplam puanlarının sosyo demografik özelliklere göre karşılaştırılması.....	43
4.11.	Kadınların SOY toplam puanlarının gebelik öyküsü, doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması.....	48
4.12.	Kadınların SOY toplam puanlarının PPD ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması.....	54
4.13.	PPD ve SOY puanları arasındaki korelasyon analizi.....	56
4.14.	Kadınların SOY düzeyinin PPD üzerine etkisi.....	57
4.15.	Kadınların SOY alt boyutları düzeyinin PPD üzerine etkisi.....	58
5.	TARTIŞMA.....	59
5.1.	Kadınların PPD sonuçlarının sosyodemografik, gebelik öyküsü, bebek bakımı ve PPD ile ilgili özelliklere göre tartışılması.....	59
5.2.	Kadınların SOY sonuçlarının tartışılması.....	63
5.3.	PPD ve SOY arasındaki ilişkinin tartışılması.....	66
6.	SONUÇLAR.....	68
6.1.	Katılımcıların PPD toplam puan sonuçlarının incelenmesi;.....	69
6.2.	Katılımcıların SOY toplam puan sonuçlarının incelenmesi;.....	71
7.	ÖNERİLER.....	74
8.	KAYNAKÇA.....	75
9.	ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
10.	EKLER	
	EK-1 Bilgi toplama formu	

EK-2 Edinburg postpartum depresyon ölçeği

EK- 3 Sağlık okuryazarlığı ölçeği

EK-5 Etik Kurul Onayı

EK-6 Kurum İzinleri

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri	26
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik Öyküsü, Bebek Bakımı İle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumu.....	28
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Kadınların Postpartum Depresyon İle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumları	31
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Kadınların Postpartum Depresyon Puan Ortalamaları	32
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Kadınların Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeğine Göre Postpartum Depresyon Riski.....	32
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Kadınların Postpartum Depresyon Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	363
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Kadınların Postpartum Depresyon Puanlarının Gebelik Öyküsü, Doğum Ve Bebek Bakımı İle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Kadınların Postpartum Depresyon Puanlarının Postpartum Depresyon İle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Puan Ortalamaları ...	43
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puanlarının Gebelik Öyküsü, Doğum Ve Bebek Bakımı İle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puanlarının Postpartum Depresyon İle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Karşılaştırılma	55
Tablo 13. Postpartum Depresyon Ve Sağlık Okuryazarlığı Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi	57
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Okuryazarlı Düzeylerinin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi.....	58
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutları Düzeyinin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi	59

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG.....	Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği
BDA.....	Beck Depresyon Envanteri
BDÖ.....	Beck Depresyon Ölçeği
CBT.....	Bilişsel Davranışçı Terapi
DÖE.....	Doğum Öncesi Eğitim
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
EÖYÖ.....	Emzirme Özyeterliliği Ölçeği
EPDÖ.....	Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği
IPT.....	Kişiler Arası Terapi
PPD.....	Postpartum Depresyon
SOÖ.....	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

1. GİRİŞ

Depresif bozukluklar, üzüntü, ilgi ya da zevk kaybı, suçluluk, düşük özgüven, uyku ve iştah bozukluğu, yorgunluk ve konsantrasyon bozukluğu ile karakterize, sık görülen psikolojik rahatsızlıklardandır. Depresif bozukluklar iki kategoride ele alınabilir. İlki depresif duygudurum, ilgi\zevk kaybı ve enerji azalması gibi semptomları içeren majör depresif bozukluk / depresif dönemdir. Semptomların sayısı ve şiddetine bağlı olarak, bu depresif dönem hafif, orta veya şiddetli olarak kategorize edilebilir. İkincisi ise, hafif depresyonun kalıcı veya kronik bir şekli olan distimidir. Distimi semptomları depresif durumla benzerdir, ancak daha az yoğun ve daha uzun sürme eğilimindedir (WHO, 2017).

Küresel olarak, nüfusun %4,4'ünün depresif bozukluk ve %3,6'sının anksiyete bozukluğu yaşadığı tahmin edilmektedir (WHO, 2017). Depresyon oranları kadın ve erkek cinsiyet farkına göre değişmektedir. Dünya geneline bakıldığında kadınların depresyon yaşama olasılığı erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazladır (APA, 2019).

Hamilelikte ve postpartum dönemde, birçok ruh sağlığı sorunu, diğer zamanlarda olduğu gibi benzer bir yapıya, seyir ve nüksetme potansiyeline sahiptir. Hamilelik ve postpartum dönemdeki ruh sağlığı sorunlarının yönetimi, bu postpartum dönemin doğası ve herhangi bir zorluk ve tedavinin kadın ve bebek üzerindeki potansiyel etkisi nedeniyle diğer zamanlardan farklıdır (NICE, 2014).

Postpartum dönem, canlı bir doğumdan sonraki ilk 12 ay olarak bilinmektedir. Kadının doğumla birlikte beden imgesinin değişmesi, aileye yeni bir bireyin katılması, aile içindeki sorumlulukların artması ve değişmesi, bebek bakımı ile ilgili stres gibi durumlar arttıkça, postpartum dönemdeki annede ruhsal ve davranışsal değişimler de artar. Bu süreçte kadınlar ruhsal bozuklukların ortaya çıkması açısından yüksek risk altındadır (Brummelte & Galea, 2016). Postpartum depresyon prevalansının yaklaşık

% 10-20 aralığında olduğu düşünülmektedir. Türkiye’ de ise bu oran % 25,2’ dir (Karaçam et.al., 2018).

Postpartum depresyonun hem anneler hem de 3 yaşına kadar olan çocukları için olumsuz sonuçları vardır. Şiddetli veya kronik anne depresyonu, hafif depresyona göre çocukların gelişimi için daha yüksek bir risk oluşturmaktadır (Slomian et al., 2019). Bu oluşan yüksek risk nedeniyle, ACOG (ACOG, 2018) ve Sağlık Bakanlığı (Sa, 2018) postpartum dönemde ruhsal sağlığın değerlendirilmesini önermektedir. Ruhsal sağlığın değerlendirilmesinde, doğruluğu kanıtlanmış bir araç ile postpartum depresyon ve anksiyete taraması önerilmektedir. Tarama sonucunda depresyon riski yüksek bulunan kadınlar için tanı ve tedavi hizmetleri planlanmalıdır (WHO, 2022).

Depresyonun semptomları ve tedavi olanakları hakkında bilgi eksikliği, postpartum dönemde önemli bir yardım arama engelidir. Bu nedenle, kadınların postpartum depresyonu tanınması ve etkili tedavi alması için bilgi ve becerilerin artırılması gerekmektedir (Mirsalimi et.al., 2020). Sağlık bilgilerine yeterli erişim, anlama ve uygulama hamilelikte oldukça önemlidir. Çünkü bu evredeki davranışlar hem kadının hem de fetüsün sağlığını etkilemektedir (Nawabi et al., 2021).

Okuryazarlık kavramı ilk olarak 1950’li yıllarda karşımıza çıkmaktadır. Bu ilk yıllarda okur yazarlık tanımı sadece temel okuma yazma becerileri üzerine yapılmıştır. Ancak zaman içerisinde yapılan çalışmalar okuryazarlığın daha kapsamlı bilgi ve beceri gerektirdiğini ortaya koymuştur. Daha sonraki yıllarda toplumsal ve kültürel değişimlerle birlikte pek çok farklı tanım almıştır (Güneş, 1994). DSÖ’ ne göre sağlık okuryazarlığı tanımı, bireylerin sağlığını geliştirecek ve koruyacak şekillerde bilgiye erişme, bilgiyi anlama, kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil etmektedir (Nutbeam, 1986).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak belirlenmiştir (Tanrıöver et. al., 2014). Avrupada 8 ülkenin katıldığı Avrupa Sağlık Okuryazarlığı anketinde katılımcıların %12,4’ünün yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (Sørensen et al., 2015). Amerika’da yapılmış ulusal bir çalışmada; Yetişkinlerin %53’ünde Orta düzey sağlık okuryazarlığı, %22’sinde temel sağlık okuryazarlığı, %15’inden daha azının ya temelin altında ya da yetersiz sağlık okuryazarlığı olduğu belirlenmiştir (Kutner et al., 2006).

Düşük sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık durumunu etkilemekle birlikte, sağlık hizmetlerinin kullanımını, hastalık yükünü ve sağlık hizmetlerinin giderlerini de

etkilemektedir (Kilfoyle et al., 2016). Sağlık okuryazarlığı, üreme sağlığının pek çok yönünü etkilemektedir. Doğum kontrolü, güvenli cinsel uygulamalar, sağlıklı hamilelik ve doğum sonrası davranışlar ve önleyici bakım hakkında bilgi, kadınları sağlıklı tutmak ve üretken yaşamlar sürdürmek için önemlidir (Kilfoyle et. al., 2016).

Hamile kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça doğumdan önce ve doğumdan sonra bakım alma durumunu ve emzirme oranlarını olumlu etkilemektedir (Dağlar et. al., 2022). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kadınların yüksek oranda doğum travması, hoş olmayan doğum deneyimleri, hamilelik sırasındaki koşulları ve komplikasyonları daha az anlamaları ve artan zihinsel sağlık sorunları yaşama olasılıkları daha yüksektir (Audritsh, 2022).

1.1. Amaç

Bu çalışma yeni doğum yapmış kadınlardaki postpartum depresyon ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi ve etkilleyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Depresyon

Depresyon, görülme sıklığı giderek artan psikolojik hastalıklardan biridir. Depresyon kelimesi Latince batmak anlamında olan “depressio” kelimesinden gelmektedir. Kişi, varlığının ağırlığıyla kendini çökmüş hisseder (Rondón Bernard, 2018). Depresyon, önemli morbidite ve mortaliteye sahip yaygın bir hastalıktır. Nüfusun yaklaşık %5'i yaşamının herhangi bir döneminde majör depresyon geçirmiştir ve bu oranda cinsiyet farkına bakıldığında erkeklerde bu risk %7-12, kadınlarda ise %20-25 olarak görülmektedir (Schwenk et. al., 2011). Ergen bireylerde majör depresif bozukluk veya distimik bozukluk prevalansı %11.7 olduğu, yaşlı erişkin popülasyonunda depresyon prevalansının ise %2,6 olduğu görülmektedir (APA, 2019). Şiddetli depresyon nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda intihar nedeniyle ölüm oranlarının %15 gibi yüksek bir oran olduğu görülmektedir (Schwenk et al., 2011).

Depresyonun genel semptomlarına baktığımızda, depresif ruh hali, ilgi ve zevk kaybı (anhedoni), istemsiz kilo kaybı / alımı, uykusuzluk veya fazla uyuma isteği (hipersomnia), psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk veya enerji kaybı, değersizlik veya aşırı suçluluk duygusu, konsantrasyon bozukluğu, ölüm ve intihar düşünceleri karşımıza çıkmaktadır (Schwenk et al., 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) depresyon prevalansının geçtiğimiz 10 yılda %18 arttığını ve dünya nüfusunun %4,4'ünün depresyon yaşadığını belirtmektedir. DSÖ'ne göre, dünyada 322 milyon, Türkiye'de ise 3 milyondan fazla kişinin depresyon yaşadığını tahmin edilmektedir (WHO, 2017).

Depresyonun etiolojisinde pek çok unsur yer almaktadır. Bunlar biyolojik, genetik ve psikososyal nedenler olarak üçe ayrılrsa da tüm bu nedenler arasındaki sıkı ilişkiler depresyonun oluşmasında ortak etkindir (Helvacı Çelik et.al., 2016). Etiolojisinde bu unsurlar yer almasına rağmen, depresyon oluşumunda pek çok risk faktörü de yer almaktadır. Ailede depresyon öyküsü veya geçmişteki çeşitli faktörler, kadın cinsiyetinde olmak, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, anksiyete bozukluğu, beslenme bozukluğu, bazı tıbbi rahatsızlıklar risk faktörleri arasında sayılabilir (Schwenk et al., 2011).

DSM-V Majör Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri

Aşağıdaki semptomların en az 5'inin en az 2 haftalık dönem boyunca tüm gün bulunması gerekir (1. ve 2. kriterler mutlaka bulunmalı).

1. Depresif ruh hali; hemen hemen her gün, günün büyük bir bölümünde, kişide bu ruh hali mevcuttur. Bu durum kişinin kendisi tarafından dile getirilir veya durum başkaları tarafından gözlemlenir.
2. İlgi veya zevk kaybı; hemen hemen her gün, günün büyük bir bölümünde çoğu etkinliğe karşı belirgin bir ilgi veya zevk kaybı mevcuttur.
3. İştahta değişimler; diyet yapılmamasına rağmen önemli kilo değişimleri.
4. Uyku azalması ya da artması; hemen hemen her gün uykusuzluk yaşama veya aşırı uyuma durumu.
5. Hemen hemen her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon.
6. Yorgunluk; hemen hemen her gün bitkinlik, yorgunluk veya enerji kaybı.
7. Suçluluk duygusu; hemen hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygusu (sanrısız olabilir).
8. Konsantrasyon zorluğu; hemen hemen her gün düşünme ya da konsantre olma yeteneğinde azalma ya da kararsızlık duygusu mevcuttur.
9. İntihar eğilimi; neredeyse her gün sürekli ölümü (sadece ölme korkusu değil), belirli bir plan olmaksızın intiharı düşünme veya intihar girişiminde bulunma veya intihar planı yapmak (APA, DSM-5 Task Force., 2013).

2.2. Postpartum dönem

Lohusalık dönemi (puerperium) plasentanın doğumu ile başlayıp doğumdan sonra yani postpartum 6. ve 12. haftaları içeren dönemdir. Doğum ile tam bir fizyolojik ve psikolojik olarak iyileşme arasındaki dönemi içerir (Güneri, 2015). Postpartum ilk günlerde; fizyolojik ve psikolojik değişimlerin hızlı gerçekleşmesi nedeniyle oluşabilecek risklerin fazla görülmesi söz konusudur (Bay, 2019).

Postpartum dönem ard arda üç farklı dönemden oluşur;

Başlangıç Dönemi: Postpartum 6-12 saati içerir. Bu dönemde postpartum kanama, amnios sıvı embolisi, uterin inversiyon ve eklampsi gibi acil durumlar yaşanabilir.

İkinci Dönem (Subakut postpartum dönem): Postpartum 2-6 haftalık dönemdir. Bu dönemde, hemodinamik, genitoüriner sistem, metabolizma ve duygusal durum ile ilgili değişimler görülebilir. Bu değişimler akut faza göre daha yavaş oluşur.

Üçüncü Dönem: Postpartum 6 aya kadar geçen dönemdir (Güneri, 2015).

Başka bir tanıma göre postpartum dönem ise;

1. Postpartum ilk 24 saatlik dönem,
2. Postpartum ilk bir haftalık erken postpartum dönem,
3. Postpartum ikinci haftadan başlayıp altı veya 12 haftaya kadar süren geç postpartum dönemdir (Bay, 2019).

Doğumdan sonraki haftalar bir kadın ve bebeği için kritik bir dönemdir ve uzun vadeli sağlık ve esenlik için zemin hazırlar. Bu dönemde bir kadın birden çok fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliğe uyum sağlar. Bu "dördüncü üç aylık dönem", neşe ve heyecan zamanı olmasının yanı sıra, uykusuzluk, yorgunluk, ağrı, emzirme güçlükleri, stres, ruh sağlığı bozukluklarının yeni başlangıcı veya şiddetlenmesi, cinsel istek eksikliği ve idrar kaçırma gibi kadınlar için önemli zorluklar yaratabilir. Erken postpartum dönemde önemli morbidite ortaya çıkar; Gebeliğe bağlı anne ölümlerinin yarısından fazlası bebeğin doğumundan sonra meydana gelir. Doğum sonrası anne ölümlerinin neredeyse yarısı ilk 24 saat içinde ve %66'sı ilk hafta içinde meydana gelir (WHO, 2015).

2.2.1. Postpartum dönemdeki psikolojik değişiklikler

Postpartum dönemdeki bir kadın birden çok fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliğe uyum sağlamak durumunda kalır. Yenidoğanın aileye kabulü, bebeğin bakımı ile ilgili güven ve beceri oluşturma, yenidoğan ile iletişim kurmayı becerme gibi annelik rollerine uyumun gerçekleşmesi, aile bireyleri ile aile içi ilişkilerin yeniden düzenlenmesi gibi bazı önemli görevler bu dönemde meydana gelir. Bu dönem pek çok kadın için pozitif sürse de çoğu kadın için kriz dönemine dönüştürebilmektedir (Bay, 2019).

Hamilelikte ve postpartum dönemde, birçok ruh sağlığı sorunu, diğer zamanlarda olduğu gibi benzer bir yapıya, seyir ve nüksetme potansiyeline sahiptir. Hamilelik ve postpartum dönemdeki ruh sağlığı sorunlarının yönetimi, bu postpartum dönemin doğası ve herhangi bir zorluk ve tedavinin kadın ve bebek üzerindeki potansiyel etkisi nedeniyle diğer zamanlardan farklıdır (NICE, 2014).

Postpartum dönemdeki psikiyatrik rahatsızlıklar, semptomların şiddeti, karakteri ve tedavilerine göre; maternal blues (annelik hüznü) ile başlayıp, postpartum depresyon ve sonrasında postpartum psikozu kadar gidebilmektedir (Bay, 2019).

Maternal blues, postpartum ilk günlerde annenin kendisini hüznü, depresif, üzgün, gergin, iştahsız, uykusuz, kararsız ve bebek bakımı ile ilgili endişeli hissetmesidir. Bu durum postpartum ilk haftalarda annelerin %50 veya daha fazlasında görülür. Maternal blues, çoğunlukla postpartum 2. ve 4. günlerde ortaya çıkıp, birkaç saatten 2 haftaya kadar sürebilir (Yavuz & Bilge, 2021). Maternal blues belirtileri ise; Aniden ve sebepsiz ağlama krizleri, uyku düzeninin bozulması, ani duygu durum değişikliği, disforik bozukluk, hüznü, sinirli olma, çaresizlik hissi, baş ağrısı, konsantrasyon olamama, unutkanlık, iştah kaybı, yalnızlık isteği ve hissi, konfüzyon, bebeğine karşı duygu ve ilgi eksikliği, dış etkenlere karşı fazla hassaslık, anksiyete ve depresif duygudurumu, hayal kırıklığı, üzgün olma, kayıp ve keder duygusu olarak sayılabilir. Maternal blues ilaç tedavisi olmadan kendiliğinden iyileşebilir (Yavuz & Bilge, 2021).

Postpartum depresyon (PPD); postpartum ilk yıl içinde başlayan veya devam eden, hafif ila orta şiddette, psikotik olmayan bir depresif dönem ile karakterizedir (Özcan et al., 2017). Postpartum depresyonun küresel prevalansı, %17'dir (Shorey et al., 2018). Türkiye' de ise bu oran %5 ile %61.8 arasında değişmektedir (Özcan et. al., 2017). Postpartum risk faktörleri arasında kişisel veya ailede depresyon öyküsü, eş şiddeti öyküsü, planlanmamış veya istenmeyen gebelik dahil stresli yaşam olayları, yetersiz sosyal veya finansal destek ve tıbbi komplikasyonlar sayılabilir (Paladine et. al., 2019). Postpartum depresyon belirtileri ise; Sürekli üzgün, endişeli veya "boş" ruh hali; gerginlik,

suçluluk, değersizlik, umutsuzluk veya çaresizlik duyguları; hobilere ve etkinliklere ilgisizlik; yorgunluk veya enerjide anormal azalma; huzursuz hissetmek veya hareketsiz kalmakta zorluk çekmek; konsantrasyon, anımsama veya karar verme zorluğu; uyuma güçlüğü (bebek uyurken bile); sabah erken uyanma veya fazla uyuma; anormal iştah, kilo değişimleri; açık bir fiziksel nedeni olmayan veya tedaviye rağmen hafiflemeyen ağrılar, baş ağrıları, kramplar veya sindirim problemleri; yenidoğanla bağ kurmada sorun, bakma yeteneği hakkında sürekli şüpheler; ölüm, intihar veya kendine ya da bebeğe zarar verme düşünceleri postpartum depresyon belirtileri arasında sayılabilir <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression> Erişim Tarihi: 30.09.2022).

Postpartum psikoz ise, doğumdan sonra ortaya çıkan ciddi bir psikiyatrik hastalıktır <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression> Erişim Tarihi: 30.09.2022). Postpartum ilk iki haftada ortaya çıkan ve nadir görülen (insidans ~ %0,1 ila %0,5) akut psikotik ataktır (O'Hara & Mc Cabe, 2013). Postpartum psikoz risk faktörleri arasında, ailede postpartum psikoz geçmişi, psikotik / bipolar bozukluk yaşama, ailede / bireyde bipolar bozukluk geçmişi, stresli bir hayat, sosyal çevre \ eş desteği olmaması, doğumdan önceki bebek ölümleri, anne yaşının 25 yaş altında ve 35 yaş üzerinde olması, sigara – alkol madde bağımlılığı, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu gibi durumlar sayılabilir (Yavuz & Bilge, 2021).

Postpartum Psikoz'u olan kadınlarda sanrılar (doğru olmayan düşünceler veya inançlar), halüsinasyonlar (orada olmayan şeyleri görme, duyma veya koklama), mani (genellikle gerçeklikten kopmuş gibi görünen yüksek, neşeli bir ruh hali), paranoya ve kafa karışıklığı olabilir. Postpartum Psikoz'u olan kadınlar kendilerine veya çocuklarına zarar verme riski taşıdığından mümkün olan en kısa sürede yardım almalıdır. Profesyonel yardım ile iyileşme mümkündür <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression> Erişim Tarihi: 30.09.2022).

2.3. Postpartum depresyon

Doğum sonrası dönem, anneler için zorlu bir geçiş dönemidir ve onları psikiyatrik bozukluklara karşı oldukça duyarlı hale getirir (Shorey et al., 2018). Postpartum depresyon, kadını, bebeği ve aileyi etkileyen yaygın, engelleyici ve tedavi edilebilir bir

sorundur (Stewart & Vigod, 2016). Amerikan Psikiyatri Derneği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 5. Versiyonunda (DSM-V) postpartum depresyon 'peripartum başlangıçlı depresif bozukluk' olarak yeniden tanımlanmıştır ve 'Duygu Durum Bozuklukları' kategorisinde ele alınmıştır (APA, DSM-5 Task Force., 2013).

DSM-IV' e göre postpartum depresyon, doğumdan sonraki dört hafta içinde başlayan ataklar postpartum başlangıçlı olarak tanımlanırken, DSM-V'te ise gebelik boyunca veya doğumdan sonraki dört hafta içinde başlayan majör depresif dönemi peripartum başlangıçlı olarak tanımlamaktadır (APA, DSM-5 Task Force., 2013).

Olumsuz yaşam olayları peripartum depresyon, peripartum anksiyete finansal ve / veya evlilik stresi, sosyal destek eksikliği çevresel risk faktörleridir. Hamilelik sırasında tedavi edilmemiş depresyonu olan kadınlarda postpartum depresyon riski, doğum öncesi depresyon belirtisi olmayan kadınlara göre yedi kat daha fazladır; bu nedenle doğum öncesi depresyonun tedavisi postpartum depresyonun önlenmesi için önemlidir (Payne et.al. ,2019). Postpartum depresyonun tahmini prevalansı, gelir düzeyi düşük ve orta olan ülkelerde %6,5 ile %12,9 arasında veya hatta daha yüksektir (Stewart & Vigod, 2016). Türkiye' de ise bu oran %5 ile %61.8 arasında değişmektedir (Özcan et al., 2017).

Shorey ve arkadaşlarının yapmış olduğu sistematik derleme ve meta-analizinde coğrafi bölgelere göre prevalans sınıflandırıldığında, Orta Doğu %26 ile en yüksek prevalansa sahip, ardından Avustralya %21, Güney Amerika %19, Asya %16, Kuzey Amerika %16, Afrika %11, ardından Avrupa %8 olarak bulunmuştur (Shorey et al., 2018).

Özcan ve arkadaşlarının yapmış olduğu, sistematik inceleme ve meta-analizine göre Türkiye'de özellikle kırsal kesimlerde postpartum depresyon prevalansı yüksek bulunmuştur. Pek çok çalışmada, postpartum depresyonun ülkelerin kırsal kesimlerinde veya gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek bir prevalansa sahip olduğu da bildirilmiştir. Gelişmiş illerde (Ankara, İstanbul, İzmir ve Eskişehir) yapılan 17 çalışmada postpartum depresyon prevalansı %21.2, gelişmekte olan illerde yapılan 35 çalışmada ise bu oranın %25 olduğu bulunmuştur. Doğum şekline bakılan bir diğer çalışmada sezaryen olanlarda postpartum depresyon prevalansı %15, normal doğumlarda %5'lik postpartum depresyon prevalansı bildirilmiştir. Yenidoğanların ağırlıklarına bakılan bir başka çalışmada bebek 1500 gramın altında doğduğunda %42.9, 1500-2500 gram aralığında doğduğunda %14,3 ve 2500 gramdan fazla doğduğunda %5.7 postpartum depresyon prevalansı bulunmuştur (Özcan et al., 2017).

2.3.1. Postpartum depresyon risk faktörleri

Postpartum depresyonun belirli bir nedeni olmamasına rağmen, bu durumda hem duygusal hem de fiziksel faktörler rol oynamaktadır. Bu faktörlerin bir birlikteliği postpartum depresyonun başlamasına neden olur (Mc Kelvey & Espelin., 2018).

Risk faktörleri dört ana başlıkta incelenebilir. Bunlar sosyodemografik özellikler, gebelikle ilgili özellikler, yenidoğanla ilgili özellikler ve psikososyal özellikler. Sosyodemografik özelliklerden en sık görülen risk faktörleri ekonomik durum ve eşin çalışma durumu; gebelikle ilgili özelliklerden planlanmamış gebelik ve gebelikte stres / hastalık yaşama; yenidoğanla ilgili özelliklerden yenidoğanda sağlık sorunları; psikososyal özellikler arasında geçmiş psikiyatrik hastalık, aile ve eş ile sorunlar, sosyal desteğin azalması ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması sayılabilir (Özcan et al., 2017). Bunun yanı sıra şiddet ve istismar, göçmenlik durumu, gestasyonel diyabet, sezaryen, depresyon öyküsü, D vitamini eksikliği, obez ve fazla kilo olma, postpartum uyku bozukluğu, sosyal destek eksikliği, geleneksel beslenme düzeni (Japon, Hint, Birleşik Krallık ve Brezilya beslenme düzeni), çoklu doğumlar, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebekler, postpartum anemi, olumsuz doğum deneyimi gibi pek çok risk faktörü sayılabilir (Zhao & Zhang, 2020).

2.3.2. Postpartum depresyon semptomları

Ruh hali dönemleri, hamilelik sırasında veya doğum sonrasında başlayabilir. "Doğum sonrası" majör depresif atakların % 50'si aslında doğumdan önce başlar. Bu nedenle, bu bölümler topluca peripartum bölümleri olarak adlandırılır. Peripartum majör depresif dönemleri olan kadınlar genellikle şiddetli anksiyete ve hatta panik atak geçirirler (APA, DSM-5 Task Force., 2013).

Sürekli üzgün, endişeli veya "boş" ruh hali; sinirlilik, suçluluk, değersizlik, umutsuzluk veya çaresizlik duyguları; hobi ve etkinliklere ilgi kaybı; yorgunluk veya enerjide anormal azalma; huzursuzluk veya hareketsiz kalmakta zorluk; konsantrasyon, hatırlama ve karar verme güçlüğü; uyumakta zorluk (bebek uyurken bile); sabah erken uyanma veya fazla uyuma; anormal iştah, kilo değişiklikleri; açık bir fiziksel nedeni olmayan veya tedaviyle bile hafiflemeyen ağrılar, baş ağrıları, kramplar veya sindirim sorunları; yenidoğanla bağ kurmada sorun, bakma yeteneği hakkında sürekli şüpheler; ölüm, intihar veya kendine ya da bebeğe zarar verme düşünceleri postpartum depresyon

belirtileri arasında sayılabilir <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression> Erişim Tarihi: 30.09.2022).

2.3.3. Postpartum depresyon tanılama

Postpartum depresyon ile majör depresif bozukluk tanısı için aynı belirleyici tanı ölçütleri kullanılmaktadır. DSM-V tanı ölçütlerinde postpartum depresyon, doğumdan sonraki ilk dört haftada ortaya çıkan semptomlar için 'peripartum başlangıçlı' şeklinde belirtilip majör depresyon tanısı konulmaktadır (APA, DSM-5 Task Force., 2013). Doğumdan 10-14 gün sonra, tüm kadınlara hafif, geçici postpartum depresyonun (maternal blues) çözülüp çözülmediği sorulmalıdır. Semptomlar çözülmediyse, kadının psikolojik sağlığı postpartum depresyon için değerlendirilmeye devam edilmelidir (WHO, 2015).

Postpartum depresyon semptomlarının erken dönemde teşhis edilmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması kadınların postpartum dönemde ruh sağlığının sağlanmasında ve bebekleri ile birlikte yeni hayata iyi bir başlangıç yapmalarında önemli adımlardır. Postpartum dönemde anneye sürekli sağlık hizmetinin sunulması, sağlık personeli ile anneler arasında sürekli iletişim anlamına gelir, dolayısıyla annenin bakım ihtiyacında meydana gelen değişiklikler tespit edilir ve sağlığın korunması, fiziksel ve psikolojik durumunun iyileştirilmesini sağlayacak önlemler alınır. Postpartum depresyon riski yüksek olan kadınları belirleyebilir, postpartum depresyon bağlamında önleyici bakım sağlanabilir ve anneleri erken tanı ve tedavi alabilecekleri kurumlara yönlendirebilirler (Karaçam et al., 2018).

Dünya Sağlık Örgütü, doğrulanmış bir araç kullanılarak postpartum depresyon ve anksiyete taraması önerilir ve bu taramaya pozitif sonuç veren kadınlar için tanı ve yönetim hizmetleri eşlik etmesini önermektedir (WHO, 2022).

2.3.4. Postpartum depresyon tedavisi

Postpartum depresyonun anne ve bebek üzerinde ciddi sağlık etkileri olabileceğinden, postpartum depresyonun tedavisi, hem anne hem de bebeğin sağlığı açısından önemlidir. Uygun tedavi ile çoğu kadın daha iyi hisseder ve semptomları düzeldir <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression> Erişim Tarihi: 30.09.2022). Hamilelikte ve postpartum dönemde herhangi bir tedaviye başlamadan

önce, psikotrop ilaçların değişen risk-fayda oranı nedeniyle psikolojik müdahalenin olası yararları kadın ile tartışılmalıdır (NICE, 2014). Doğum sonrası depresyon tedavisi için uygun seçenekler, kadının semptomlarının şiddetine ve yenidoğana bakma ve onunla ilişki kurma becerisi de dahil olmak üzere işlevsel durumuna göre değişir (Stewart & Vigod, 2016).

Postpartum depresyon müdahaleleri arasında farmakolojik müdahaleler, destekleyici kişilerarası ve bilişsel terapi, destek grupları aracılığıyla psikososyal destek ve tamamlayıcı terapiler yer almaktadır. Psikososyal desteğin, diğer yöntemler arasında depresif belirtilerin azalmasında en etkili müdahale olduğu kanıtlanmıştır (Wubetu et al., 2020). Bu tedaviler semptomları azaltmazsa, elektrokonvülsif terapi gibi beyin stimülasyon terapileri bir seçenek olabilir <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression> Erişim Tarihi: 30.09.2022).

Psikoterapi, orta derecede hastalığı olan ve tek başına psikososyal müdahalelere yanıt vermeyen hafif hastalığı olanlar için, ebeveynliğe geçişin zorluklarını ele alan psikoterapi önerilmektedir (Stewart & Vigod, 2016). Çeşitli psikoterapi türleri (bazen "konuşma terapisi" veya "danışmanlık" olarak adlandırılır) postpartum depresyonu olan kadınlara yardımcı olabilir. Postpartum depresyonu tedavi etmek için kullanılan kanıta dayalı yaklaşımların iki örneği, bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası terapidir <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression> Erişim Tarihi: 30.09.2022).

Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT): BDT, depresyon ve anksiyetesi olan kişilere yardımcı olabilecek bir psikoterapi türüdür. Kişilere farklı düşünme, davranma ve durumlara tepki verme yöntemlerini öğretir. İnsanlar, depresif ve endişeli duygularını iyileştirmenin bir yolu olarak yararsız düşünce ve davranış kalıplarına meydan okumayı ve değiştirmeyi öğrenirler. BDT bireysel olarak veya benzer endişeleri olan bir grup insanla yapılabilir <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression> Erişim Tarihi: 30.09.2022).

Kişilerarası Terapi (IPT): IPT, postpartum depresyon da dahil olmak üzere depresyonu tedavi etmek için kullanılan kanıta dayalı bir terapidir. Kişilerarası ve yaşam olaylarının ruh halini etkilediği ve bunun tersi olduğu fikrine dayanır <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression> Erişim Tarihi: 30.09.2022). Kişilerarası terapi, ruh halini kişilerarası ilişkiler ve yaşam olaylarıyla ilişkilendirir ve bu nedenle ebeveynliğe geçişte yardımcı olmak için kişilerarası ilişkileri geliştirmeye odaklanır (Stewart & Vigod, 2016).

Farmakolojik Tedavi: Postpartum depresyonu olan kadınlar en yaygın olarak, depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar olan antidepresanlarla tedavi edilir. Bu ilaçlar, beynin ruh halini veya stresini kontrol ederek, beynin belirli kimyasalları kullanma şeklini düzenlemeye yardımcı olurlar. Antidepresanların çalışması genellikle 6 ila 8 hafta sürer ve uyku, iştah ve konsantrasyon sorunları gibi belirtiler genellikle ruh hali iyileşmeden önce düzelir. İlacın işe yarayıp yaramadığına karar vermeden önce ilacın etki süresini beklemek önemlidir. Antidepresan kullanan bireyler kendilerini daha iyi hissetmeye başlarlar ve daha sonra ilacı kendi kararlarıyla almayı bırakırlar ve depresyon geri döner. İlaçları aniden durdurmak, yoksunluk belirtilerine neden olabilir. Bir kadın ve sağlık uzmanı, ilacı bırakma zamanının geldiğine karar verdiğinde, sağlık uzmanı, dozu yavaş ve güvenli bir şekilde azaltmasına yardımcı olur (<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression> Erişim Tarihi: 30.09.2022).

Yeni başlayan postpartum depresyonda, sertralin anne sütünden minimal düzeyde geçtiği için sıklıkla birinci basamak tedavi olarak önerilmektedir. Antidepresan ilaçlar 6 aydan 1 yıla kadar kullanılır, ardından kademeli olarak azaltılır ve ilk depresyon atağı sırasındaki semptomlar azaldıktan sonra kesilir. İlaç tedavisine yanıt vermeyen şiddetli vakalarda veya aktif intihar düşüncesi veya psikoz görüldüğünde hastaneye yatış, elektrokonvülsif tedavi gibi somatik bir müdahale veya her ikisi de gerekebilir (Stewart & Vigod, 2016).

Elektrokonvulzif tedavi, psikoterapi ve antidepresan ilaç tedavisine cevap alınamayan kişilerde bu tedavilere sekonder olarak uygulanabilir. Buna ek olarak, şiddetli intihar düşünceleri olan, katatonik, yeme-içmeyi reddeden ve psikotik belirtiler gösteren hastalarda öncelikli tedavi olarak uygulanmaktadır (Çolak et. al., 2022).

Diğer Olası Tedaviler: Hormon seviyelerindeki dalgalanmanın bazı kadınlarda doğum sonrası depresyonu tetiklediği düşünüldüğünden, önleme ve tedavide hormonal müdahaleler üzerinde çalışılmıştır. Küçük bir çalışmanın sonuçları, transdermal östrojen tedavisinin postpartum depresyon semptomlarını azaltabileceğini göstermiştir. Başka bir çalışmada, sentetik bir progestin postpartum depresyon riskini arttırmıştır. Tekrarlayan transkraniyal manyetik stimülasyon, fokal beyin stimülasyon tedavisi uygulanan 14 postpartum depresyon hastasını içeren küçük bir randomize çalışma, transkraniyal manyetik stimülasyon ile depresif semptomlarda daha fazla azalma göstermiştir (Stewart & Vigod, 2016).

O'Hara ve arkadaşlarının yapmış olduğu metaanalizde, postpartum depresyon tedavi denemelerinin çoğunun ayırt edici bir özelliği, tedavinin bir ofis veya klinikten ziyade kadının evinde yapılmasıdır. Hemen hemen her durumda, ev tabanlı müdahaleler

sağlık ziyaretçileri, hemşireler veya vaka yöneticileri tarafından gerçekleştirildiği bulunmuştur (O'Hara & Mc Cabe, 2013).

Postpartum depresyonun anne ve bebek üzerinde pek çok etkisi vardır. Bir kadının hayatının diğer zamanlarında ortaya çıkan majör depresyon gibi, PPD kişisel ıstırap yaratır ve bir kadının hayatının birçok alanında etkili işlev kaybına neden olur. Farklı olan, doğum sonrası kadınların küçük bir bebeğin bakımından büyük sorumluluğa sahip olmaları ve devam eden depresyonun ebeveynliğe müdahale edebilmesi ve yakın ve uzun vadede çeşitli olumsuz çocuk sonuçlarıyla ilişkili olmasıdır (Stewart & Vigod, 2016).

Kroska ve arkadaşlarının 2020'de yapmış olduğu metaanalizde, postpartum depresyonun anne bebek üzerine olan etkileri çok güzel özetlenmiştir; Annenin postpartum depresyonu güvensiz bağlanma ile anne ve çocuk arasındaki zayıf etkileşime neden olmaktadır. Depresyonlu annelerin çocukları 18. ayda daha düşük bilişsel performansına sahip olduğu ve erkek bebeklerin bu durumdan en olumsuz şekilde etkilendiği bulunmuştur. Çocukların bilişsel, sosyal, ve davranışsal işleyişi de annenin depresyonundan olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Çocuk üzerindeki etkisinin ötesinde, postpartum depresyon, psikiyatrik hastaneye yatış riskinin artmasıyla ilişkilidir. Ayrıca, postpartum depresyon, tanı konulmadığında veya tanı konduğu halde takip ve tedavi uygulanmadığında anne intiharı riskini artıracaklığı belirtilmiştir. Ebeveynlik davranışları arasında, postpartum depresyonun emzirmeyi, uykuyu, sağlık hizmeti kullanımını ve bebek aşılarını etkilediği de gösterilmiştir. Postpartum depresyon, artan baba depresyonu ve ebeveynlik stresi ile annenin partnerini ve bu da evlilik uyumsuzluğuna neden olmaktadır. Bu nedenle, postpartum depresyonun anne üzerinde önemli bir etkisi olduğu gibi, aynı zamanda uzun vadeli sonuçları olabilecek aile dinamikleri üzerinde de önemli bir etkisi vardır (Kroska & Stowe, 2020).

2.4. Sağlık okuryazarlığı

Sağlık, 1948 tarihinde DSÖ tarafından; 'Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve zihinsel olarak tam bir iyilik halidir' şeklinde tanımlanmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlık, soyut bir durumdan ziyade, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürebilmelerine izin veren bir kaynak olarak görülmektedir (WHO, 2018).

Okuryazarlık kavramı ise ilk olarak 1950'li yıllarda karşımıza çıkmaktadır. Bu ilk yıllarda okur yazarlık tanımı sadece temel okuma yazma becerileri üzerine yapılmıştır. Ancak zaman içerisinde yapılan çalışmalar okuryazarlığın daha kapsamlı bilgi ve beceri gerektirdiğini ortaya koymuştur. Daha sonraki yıllarda toplumsal ve kültürel değişimlerle birlikte pek çok farklı tanım almıştır (Güneş, 1994).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization-UNESCO)' ne göre okuryazarlık yaşam boyunca okuryazarlık becerilerini kazanmayı ve geliştirmeyi eğitim hakkının ayrılmaz bir parçası olarak görür aynı zamanda iş gücü piyasasına daha fazla katılım sağladığı için sürdürülebilir kalkınma için önemlidir. Bir dizi okuma, yazma ve sayma becerileri olarak geleneksel kavramının ötesinde, okuryazarlık artık giderek dijitalleşen, metin aracılı, bilgi açısından zengin ve hızla değişen bir dünyada bir tanımlama, anlama, yorumlama, yaratma ve iletişim aracı olarak anlaşılmaktadır (UNESCO, 2015 <https://en.unesco.org/themes/literacy> Erişim tarihi: 02.10.2022).

Sağlık okuryazarlığı, 1970'lerde ortaya çıkan, halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinde önemli yeri olan bir terimdir (Sørensen et al., 2012). Sağlık okuryazarlığı, bir bireyin sağlıkla ilgili bilinçli ve uygun kararlar almaya gereksinim duyduğu temel sağlık ve bilgi hizmetlerini alma, işleme ve anlama yeteneğidir. Sağlık okuryazarlığı aynı zamanda insanların kolayca bulabilecekleri, anlayabilecekleri, kararlarını ve eylemlerini bildirmek için kullanabilecekleri doğru sağlık bilgileri ve hizmetleri olarak tanımlanır (Audritsh, 2022). Sağlık okuryazarlığı yeterli olan bir birey, kendi sağlığıyla birlikte aile sağlığı ve toplum sağlığı için de sorumluluk alır (Sørensen et al., 2012).

Sorensen ve arkadaşlarının literatür incelemesi sonucu 17 tanımı inceleyerek ulaştıkları tanım: Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla bağlantılıdır ve insanların hayatları boyunca yaşam kalitesini daha üst düzeye çıkarmak, günlük yaşamda sağlık hizmeti, hastalığı önleme ve sağlığın teşviki ile geliştirilmesi konusunda yargılarda bulunmak ve kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme, bunları anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterliliklerini gerektirir (Sørensen et al., 2012).

Geçmişten günümüze pek çok tanımı yapılan sağlık okuryazarlığı kavramının DSÖ' ne göre tanımı, bireylerin sağlığını geliştirecek ve koruyacak şekillerde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder (Nutbeam, 1986).

Sağlık okuryazarlığı, bir dizi sosyal, bireysel faktörü içermekle birlikte, kültürel ve kavramsal bilgi, dinleme, konuşma, aritmetik, yazma ve okuma becerilerininide içerir (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişilerin genellikle yaşlı yetişkinler, düşük eğitim düzeyine sahip kişiler ve sınırlı iletişim yeterliliği olan kişiler olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişiler, hastalık yönetimi konusunda daha az bilgiye sahiptir. Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip kişiler sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan kişilerle karşılaştırıldığında, hastalıkların tedavisine karar vermesi daha iyi, tedavilere bağımlılıkları ve sağlık kuruluşlarına bildirilen sağlık sorunları daha düşüktür. Sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kişiler, hastalık yönetimi ve sağlığı teşvik edici davranışlar hakkında daha az bilgiye sahip olup, daha kötü sağlık durumu bildirir ve önleyici hizmetleri kullanma olasılıkları daha düşüktür (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerde, kişinin kendi bildirdiği sağlık durumunda iyileşmeye, daha düşük sağlık hizmetleri maliyetlerine, artan sağlık bilgisine, daha kısa hastanede kalış süresine ve sağlık hizmetlerinin daha az kullanılmasına katkı sağlar (Sørensen et al., 2012). Sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişiler kendi sağlıklarını geliştirmekle birlikte kendi sağlıklarını olumsuz etkileyecek etkenlerden kendilerini koruyabilmektedirler. Kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyindeki artış, hastalıklardan korunma bilincinin artması demektir. İlaçların doğru ve dikkatli bir şekilde kullanılmasına, doktorun uyarılarına uyulmasına, tedavi sürecine uyumun artmasına ve sağlık sonuçlarına pozitif katkıda bulunmasını sağlar (Sarıyar, et. al., 2019).

Nutbeam sağlık okuryazarlığını fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel olmak üzere 3 sınıfta incelemiştir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı ve sağlık riskleri hakkındaki temel bilgileri içerir. İletişimsel sağlık okuryazarlığı, destekleyici bir ortamda kişisel becerilerin geliştirilmesine odaklanır. Bağımsız hareket etmeyi, kişisel kapasitesini geliştirmeyi, özellikle alınan tavsiyelere göre hareket etme motivasyonunu ve özgüvenini geliştirmeye odaklanır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı, olağan sağlık risklerini ve sağlık problemlerini tanımlayıp çözümlene, çözüm için bir yol geliştirme, sağlık haberlerinin analizini ve yorumlamasını yapmayı içerir (Nutbeam, 2000).

2.4.1. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığını etkileyen demografik ve sosyal faktörlere bakıldığında sosyoekonomik durum, meslek, istihdam, gelir, sosyal destek, kültür ve dil, çevresel ve politik güçler ve medya kullanımı yer almaktadır. Kişisel özellikler açısından sağlık okuryazarlığı yaş, ırk, cinsiyet ve kültürel geçmiş; yanı sıra görme, işitme, sözel yetenek,

hafıza ve muhakeme yeteneği, fiziksel yetenekler ve sosyal beceriler ve okuma, anlama ve aritmetik ile ilişkili üst-bilişsel beceriler gibi yeterlilikler (Sørensen et al., 2012).

Sağlık okuryazarlığını ölçmek ve değerlendirmek için pek çok ölçek geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemede kullanılan ölçekler araştırmanın yapıldığı grubun özelliklerine göre farklılık göstermektedir (Ertuğrul, 2020). İlk zamanlarda, “Gördüğünüz sağlık materyalini anlıyor musunuz?”, “Sağlıkla ilgili materyalleri okurken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?” gibi sorular ile ve hastanın verdiği yanıtı göre sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenmeye çalışılıyordu. Günümüzde ise sağlık okuryazarlığını ölçmek için, pek çok ölçme aracı bulunmakta ve bu sayı giderek artmaktadır (Sarıyar n.d., 2019). Bu ölçekler arasında en çok karşımıza çıkanlar; REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini), TOFHLA (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi), NVS (En Yeni Yaşamsal Belirteç), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ölçekleridir (Ertuğrul, 2020).

2.4.2. Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, toplumun sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede toplumun %64,6’sının “yetersiz” (%24,5) veya “sorunlu” (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı daha genç yaş gruplarında daha yüksektir ve her 10 yaş grubunda giderek azalmaktadır (Tanrıöver, et. al., 2014). Avrupada 8 ülkenin katıldığı Avrupa sağlık okuryazarlığı anketinde katılımcıların %12,4’ünün yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (Sørensen et al., 2015). Amerika’da yapılmış ulusal bir çalışmada; Yetişkinlerin %53’ünde Orta düzey sağlık okuryazarlığı, % 22’sinde temel sağlık okuryazarlığı, % 15’inden daha azının ya temelin altında ya da yetersiz sağlık okuryazarlığı olduğu bulunmuştur (Kutner et al., 2006).

2.4.3. Kadın ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bir kadının hayat tarzını ve şartlarını değiştirerek kişisel ve toplum sağlığını iyileştirmek için kendi yaşamında harekete geçme konusundaki bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyini tanımlar. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kadınların

yüksek oranda doğum travması, hoş olmayan doğum deneyimleri, hamilelik sırasındaki koşulları ve komplikasyonları daha az anlamaları ve artan zihinsel sağlık sorunları yaşama olasılıkları daha yüksektir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kadınların ayrıca günlük yaşam aktivitelerini tamamlama sorunları, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalar ve aynı zamanda zihinsel sağlıklarını daha düşük olması olasıdır (Audritsh, 2022).

Sağlık okuryazarlığının üreme sağlığının pek çok yönünü etkilemesi olağandır. Doğum kontrolü, güvenli cinsel uygulamalar, sağlıklı hamilelik ve doğum sonrası davranışlar ve önleyici bakım hakkında bilgi, kadınları sağlıklı tutmak ve üretken yaşamlar sürdürmek için önemlidir (Kilfoyle et al., 2016). Sağlık okuryazarlığı, doğum kontrolü, doğurganlık, doğum öncesi tarama ve cinsel sağlık dahil olmak üzere bir dizi konuda, kadınlar için üreme sağlığında önemli bir rol oynamaktadır (Kilfoyle et al., 2016).

Sağlık bilgilerine yeterli erişim, anlama ve uygulama hamilelikte oldukça önemlidir. Çünkü bu evredeki davranışlar hem kadının hem de fetüsün sağlığını etkilemektedir (Nawabi et al., 2021). Hamile kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça doğumdan önce ve doğumdan sonra bakım alma durumunu ve emzirme oranlarını olumlu etkilemektedir (Dağlar et. al., 2022).

Sağlık okuryazarlığı, anne sağlığı ve doğum sonuçlarının sosyoekonomik durum veya ırktan daha güvenilir bir yordayıcısı olarak kabul edilsede, sağlık okuryazarlığı ve perinatal depresyon arasındaki bağlantı hakkında çok az şey bilinmektedir, ancak düşük sağlık okuryazarlığı olan kadınlar, okuryazarlık düzeyi yüksek kadınlara göre perinatal depresyon yaşama riski daha yüksektir. Yeterli sağlık okuryazarlığı olmadan, kadınların perinatal depresyon semptomlarını tanıma ve gerektiğinde tedavi arama yeteneğinden yoksun olması mümkündür. Araştırmalar, daha yüksek sağlık okuryazarlığı oranlarına sahip kişilerin, semptomları daha erken tanıyacakları ve daha kısa bir zaman diliminde tedavi arayacakları için perinatal depresyonun daha düşük etkileri olacağını göstermektedir (Audritsh, 2022).

Bu sonuçlarla ilgili artan sıkıntı, riskler ve test seçenekleriyle ilgili bilgi eksikliği, sağlık bilgisi arama eksikliği, daha düşük sağlık hizmetleri erişimi veya daha düşük öz-yeterlik düzeyi ile ilgili olabilir. Diğer toplumlarda yapılan araştırmalar da benzer bir fenomeni göstermiştir. Kadınları koruyucu bakım ve takibe daha iyi dahil etmek için, ister sağlık okuryazarlığı isterse başka bir faktör olsun, bu kaçınmanın temel nedenini belirlemek önemlidir (Kilfoyle et al., 2016).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması kişinin sağlık durumunu, sağlık hizmetlerinin kullanımını, hastalık yükünü ve sağlık hizmetlerinin giderlerini de etkilemektedir (Kilfoyle et al., 2016)

Kişilerin sağlıklarını olumlu algılaması sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmasında oldukça önemlidir (Yılmaz & Karahan, 2019). Sağlık okuryazarlığı toplumdaki her bir birey için oldukça önemli bir kavram olmasının yanında, gebelerin de hem kendi sağlıklarını hem de bebeklerinin sağlığını etkileyebilecek kararları verebilmeleri için yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine ulaşmış olmaları gerekmektedir (Yin et al., 2012). Gebelik dönemi kadında fizyolojik ve psikolojik pek çok değişikliğin yaşandığı oldukça kritik bir dönem olduğundan bu dönemde sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterilmesi hem gebeliği hem de doğrudan fetüsün sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Yılmaz & Karahan, 2019).

2.4.4. Postpartum depresyon ve sağlık okuryazarlığı

Postpartum depresyon, kadınlar arasında yaygın bir sorundur. Postpartum depresyon, anne ve bebeklerin sağlığını olumsuz etkileyebilir. Tedavi edilmeyen postpartum depresyon, kronik ruh sağlığı ve intihar davranışlarının olasılığını artırabilir. Depresyonun belirtileri ve tedavi olanakları hakkında bilgi eksikliği, postpartum dönemde önemli bir yardım arama engelidir. Bu da kadınların depresyon okuryazarlığının yardım almadaki rolünün ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (Mirsalimi et al., 2020).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kadınların, yüksek doğum travması yaşama olasılığı, doğum deneyimlerinin kötü olması, hamilelik sürecindeki istenmeyen durumların ve problemlerin zor anlaşılması kaçınılmazdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük kadınların, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme problemleri, bu aktivitelerde kısıtlılıklar ve bununla birlikte zihinsel sağlığının daha düşük olması olağandır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi azaldıkça kadınların perinatal depresyon yaşama riski daha yüksektir. Hamilelik döneminde sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi önemlidir çünkü bu dönemde, kadınlar sağlıkla ilgili daha fazla bilgi öğrenirler ve sağlık davranışlarında değişiklik yapmaya daha yatkın olurlar. Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı olmayan kadınların perinatal depresyon semptomlarını tanıması ve gerektiğinde tedavi araması daha zordur. Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyindeki kişiler, semptomları daha erken tanır ve daha kısa sürede tedavi yöntemi ararlar. Buda perinatal depresyondan daha az etkilenmelerini sağlar (Audritsh, 2022).

Fonseca ve arkadaşlarının yapmış olduğu kadınlarda Perinatal Dönemde Depresyon Okuryazarlığı ve Psikopatolojik Belirtilerin Farkındalığı çalışmasında kadınların depresyon okuryazarlığı düzeyinin klinik olarak psikopatolojik semptomların varlığını tanıma yeteneklerini etkileyebilecekleri bulunmuştur (Fonseca et al., 2017).

2.5. Hipotezler

H1: Sağlık okuryazarlığı ve postpartum depresyon arasında ilişki vardır.

H2: Sağlık okuryazarlığı düzeyi postpartum depresyon oranını azaltmaktadır.

H3: Sosyo-demografik özellikler sağlık okuryazarlığı puanlarını etkilemektedir.

H4: Sosyo-demografik özellikler postpartum depresyon puanlarını etkilemektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı ve ilişkisel tipte bir çalışmadır.

3.2. Çalışmanın Örnekleme

Çalışma Mart 2021 – Şubat 2022 tarihlerinde Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Lohusa Servisi'nde yatmakta olan yeni doğum yapmış kadınlarla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Lohusa Servisi'nde yatmakta olan yeni doğum yapmış, 18-49 yaş aralığında, çalışmaya katılmayı kabul eden 248 kadın oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem hesaplamasında evreni bilinmeyen örneklem hesaplaması yapılmıştır (Özdamar, 2003, s.116-118).

$$n=t^2pq/d^2$$

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için örneklem büyüklüğü $n = (1,96)^2 (0,2) (0,8) / (0,05)^2 = 246$ olarak hesaplanmıştır.

Çalışmamızda, veriler yüzyüze toplandığı için örneklem kaybı yaşanmamıştır.

3.3. Çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri

Çalışmamıza dahil edilme kriterleri; 18-49 yaş arasında olma, doğum sonrası, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, okur yazar olmak, çalışmaya katılmak için herhangi bir iletişim engelinin olmaması.

Çalışmamızdan dışlama kriterleri; araştırma sırasında anket formunu dolduramayacak fiziksel/zihinsel bozukluğu sahip olmak, PPD tanısı almış olmak.

3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Lohusa Servisi'nde doğum yapan, postpartum ilk 1. ve 2. günlerindeki kadınlarla görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilmiş ve veriler yüz yüze toplanmıştır. Ankette katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan veri toplama formu, depresyon düzeyini ölçen Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği ve katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçen Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Formları

3.5.1. Bilgi Formu

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden kadınlara literatür bilgilerinden yararlanılarak hazırlanmış olan; yaş, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi, gebelik sayısı, küretaj geçmişi, abortus geçmişi, infertilite tedavisi alma durumu, bebeğin cinsiyeti, çocuk sayısı, genel sağlık durumları, sağlık hizmetlerine erişim, yaşam kalitesi, doğum öncesi eğitim ve gebe okulları hakkında bilgi sahipliği, doğum öncesi eğitim alma durumları, gebelikle ilgili bilgi düzeyleri, gebeliği isteme durumları, doğum şekli,

yenidoğanı emzirme durumu, postpartum depresyon ile ilgili soruların yer aldığı 31 soruluk veri toplama formu yöneltilmiştir (EK-1).

3.5.2. Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EDPÖ)

1987 yılında Cox ve Holden tarafından geliştirilen ve 10 soru içeren ölçek postpartum dönemde depresyon riskini belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Duyarlılık ve Özgüllük: ROC analizi ile hesaplanan en yüksek duyarlılık ve özgüllük değerlerini veren kesme noktasının 12/13 olduğu görülmüş; buna göre, ölçeğin duyarlılığı 0.84; özgüllüğü 0.88; pozitif yordama değeri 0.69; negatif yordama değeri ise 0.94 bulunmuştur. EDDÖ'nün iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alfa) 0.79; iki yarım güvenilirliği 0.80; kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılığı 0.84; özgüllüğü 0.88; pozitif yordama değeri 0.69; negatif yordama değeri 0.94 bulunmuştur. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) Türkçe uyarlaması Engindeniz ve ark. tarafından yapılmış olan EDSDÖ ölçeği tarama amaçlı olup postpartum dönemdeki annelerde depresyon riskinin olup olmadığını belirlemeye yönelik hazırlanmış bir ölçektir (Engindeniz, Küey, ve Kültür, 1997). Bu ölçek, 0-3 arasında puanlanan dörtlü likert tipinde ve 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 0 ve en fazla 30 puan alınabilmektedir. Değerlendirmede 0, 1, 2, 3 seklinde puanlanan maddeler 1., 2., ve 4. madde iken 3, 2, 1, 0 yani ters olarak puanlanan maddeler ise 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddedir (Bilgin ve Alpar 2018). Engindeniz'in çalışmasında Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.79 olarak hesaplanmıştır (Engindeniz vd., 1997). Bu çalışmamızda Cronbach's alfa güvenilirlik kat sayısı 0.89 bulunmuştur. Değerlendirme sonucunda ölçekten 13 ve daha fazla puan alan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmektedir (EK-2).

3.5.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ)

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 25 madde ve dört alt ölçekten oluşmaktadır. Bilgiye Erişim beş madde (1.-5. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Bilgileri Anlama yedi madde içermektedir (6.-12. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 7, maksimum puan 35'dir. Değer Biçme/ Değerlendirme alt ölçeği sekiz madde içermektedir (13.-20. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 8, maksimum puan 40'dir. Uygulama/ Kullanma alt ölçeği de

beş madde (21.-25. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Tüm ölçek için minimum puan 25 ve maksimum puan 125'dir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde likert yapıda yanıtlanır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır. Özgün ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.95 ve alt ölçeklerin Cronbach's alfa kat sayıları 0.90 ile 0.94 arasında değişmektedir (Toçi ve ark. 2013b). Aracın uygulanma süresi ortalama 5-10 dakikadır. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınacak puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Toçi ve ark. 2013b). Bu çalışmamızda ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.97 ve alt ölçeklerin Cronbach's alfa katsayısı 0.91 ve 0.94 arasında değişmektedir (EK-3).

3.6. İstatistiksel analiz

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. Değişkenlerin basıklık çarpıklık değerleri +1.5 ile -1.5 olarak referans alınmıştır. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Kadınların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006, s.116). Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

3.7. Çalışmanın etik yönü

Çalışmamıza katılan bütün katılımcılara çalışmanın amacı ve nasıl yürütüleceği ile ilgili sözel açıklama yapılmış ve çalışmaya katılmak istediklerine dair sözel onam alınmıştır. Çalışma için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.02.2021 tarih ve E.14348 sayılı "Etik Kurul Onayı" alınmıştır (EK-5).

Ayrıca Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü'nden 26/02/2021 tarihli ve 52832905-929-E-52832905-929-427 sayılı kurum izni alınmıştır (EK-6).

3.8. Çalışmanın sınırlılıkları

Çalışma için kısıtlı süreye sahip olunması ve tek merkezde yürütülmesi sebebiyle çalışmanın genellenebilirliği kısıtlıdır.

4. BULGULAR

4.1. Kadınların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort: 26,73)		
25 Ve Altı	102	41,1
26-30	93	37,5
30 üzeri	53	21,4
Medeni Durum		
Evli	245	98,8
Boşanmış	3	1,2
Eğitim Durumu		
İlkokul	25	10,1
Ortaokul	71	28,6
Lise	85	34,3

Üniversite ve Üzeri	67	27,0
Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	171	69,0
Geniş Aile	77	31,0
Çalışma Durumu		
Evet	92	37,1
Hayır	156	62,9
Gelir Düzeyi		
Düşük	28	11,3
Orta	170	68,5
Yüksek	50	20,2
Sağlıkları Hakkındaki Düşünceleri		
Çok İyi	41	16,5
İyi	150	60,5
Orta	57	23,0
Sağlık Hizmetlerine Erişimde Zorluk Çekme Durumu		
Çok İyi	37	14,9
İyi	123	49,6
Orta ve Altı	88	35,5
Yaşam Kalitesi Algısı		
Çok İyi	48	19,4
İyi	116	46,8
Orta ve Altı	84	33,9

Tablo 1.'de, kadınların yaş ortalaması; $26,730 \pm 4,833$ 'tür. Katılımcıların, %41,1 25 ve altı, %37,5'i 26-30, %21,4'ü 30 ve üzeri yaş grubunda, %98,8'i evli, %1,2'si boşanmış, %10,1'i ilkökul, %28,6'sı ortaokul, %34,3'ü lise, %27,0'ı üniversite ve üzeri okuldan mezun, %69,0'ı çekirdek aile, %31,0'ı geniş aile tipine sahip, %37,1'i herhangi bir işte

çalışıyor, %62,9'u herhangi bir işte çalışmamakta, %11,3'ü düşük, %68,5'i orta, %20,2'si yüksek gelir düzeyine sahip, sağlıkları hakkındaki genel düşünceleri %16,5'i çok iyi, %60,5'i iyi, %23,0'ı orta şeklinde, sağlık hizmetlerine erişim durumuna göre %14,9'u çok iyi, %49,6'sı iyi, %35,5'i orta ve altı olarak yorumlamakta, yaşam kalitesi algıları ise %19,4'ü çok iyi, %46,8'i iyi, %33,9'u orta ve altı olarak yorumlamaktadır.

4.2. Kadınların gebelik öyküsü, doğum, bebek bakımı ile ilgili özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların gebelik öyküsü, doğum ve bebek bakımı özellikleri Tablo 2.'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılan kadınların gebelik öyküsü, doğum, bebek bakımı ile ilgili özellikleri

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
DÖE-Gebe Okulu Hakkında Bilgi Sahipliği		
Evet	172	69,4
Hayır	76	30,6
DÖE Alma Durumu		
Evet	101	40,7
Hayır	147	59,3
DÖE'den Memnun Olma Durumu		
Evet	97	96,0
Hayır	4	4,0
Hamilelikte Yapılan Testler Hakkında Bilgi Sahipliği		
Evet	230	92,7
Hayır	18	7,3
Doğum Sonu Anne Bebek Bakımı İle İlgili Bilgi Sahipliği		
Evet	182	73,4
Hayır	66	26,6

Tablo 2. Araştırmaya katılan kadınların gebelik öyküsü, doğum, bebek bakımı ile ilgili özellikleri (devamı)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Çocuk Sayısı		
1	68	27,4
2	100	40,3
3 ve Üzeri	80	32,3
Gebeliği İsteme Durumu		
Evet	219	88,3
Hayır	29	11,7
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız Bebek	142	57,3
Erkek Bebek	106	42,7
Doğum Şekli		
Normal	106	42,7
Sezaryen	142	57,3
Doğum Şekline Nasıl Karar Verildiği		
Kendim Araştırdım	93	37,5
Doktorum İle	123	49,6
Çevremın Etkisi	32	12,9
İnfertilite Tedavisi Görme Durumu		
Evet	10	4,0
Hayır	238	96,0
Bebeği Emzirme Durumu		
Evet	223	89,9
Hayır	25	10,1

Tablo 2. Araştırmaya katılan kadınların gebelik öyküsü, doğum, bebek bakımı ile ilgili özellikleri (devamı)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Anne Sütü Faydasının Bilinme Durumu		
Evet	230	92,7
Hayır	18	7,3
Gebelik Hakkında Bilgi Kaynağı		
İnternet	221	89,1
Diğer	27	10,9
Gebelik Hakkında Broşür Okuma Durumu		
Evet	7	2,8
Hayır	241	97,2

Tablo 2.'de, kadınların; %69,4'ü doğum öncesi eğitim ve gebe okulu hakkındaki bilgi sahibi, %30,6'sı ise bilgi sahibi değildir, %40,7'si doğum öncesi eğitim almıştır, %59,3'ü ise almamıştır, doğum öncesi eğitim alanların %96,0'ı eğitimden memnun, %4,0'ı memnun değildir, %92,7'si hamilelikteki testler hakkında bilgi sahibi, %7,3'ü ise bilgi sahibi değildir, %73,4 'ü doğum sonu anne - bebek bakımı bilgi sahibi, %26,6'sı bilgi sahibi değildir, %27,4'ü 1, %40,3'ü 2, %32,3'ü 3 ve üzeri çocuğa sahip, %88,3'ü isteyerek\planlı hamile kalmış, %11,7'si ise istemeyerek hamile kalmıştır, %57,3'ü kız bebek, %42,7'si erkek bebeğe sahiptir, %42,7'si normal, %57,3'ü sezaryen doğum yapmıştır, %37,5'i doğum şekline kendi karar vermiştir, %49,6'sı doktoru ile, %12,9'u çevresinin etkisi ile karar vermiştir. Katılımcıların %19,8'inin düşük geçmişi vardır, %80,2'sinin düşük geçmişi yoktur, %91,8'inin 1, %8,2'sinin 2 düşük sayısı vardır, %10,9'unun küretaj geçmişi vardır, %89,1'inin ise küretaj geçmişi yoktur, %96,3'ünün 1, %3,7'sinin 2 küretaj geçmişi vardır, katılımcıların %4,0'ı infertilite tedavisi görmüş, %96,0'ı infertilite tedavisi görmemiştir, %92,7'si anne sütü faydasını bilmekte, %7,3'ü ise bilmemektedir, katılımcıların %89,1'i gebelik hakkında bilgi kaynağı olarak internet, %0,8'i dergi, %4,4'ü tv, %2,8'i kitap, %2,8'i broşür kullanmaktadır, katılımcıların %2,8'i gebelik hakkında broşür okuyor, %97,2'si okumamaktadır, %89,9'u bebeğini emziriyor, %10,1'i bebeği emzirmiyordur.

4.3. Kadınların PPD ile ilgili bilgi sahibi olma durumu

Araştırmaya katılan kadınların PPD ile ilgili bilgi sahibi olma durumu Tablo 3.'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya katılan kadınların PPD ile ilgili bilgi sahibi olma durumları

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
PPD Kavramını Duyma Durumu		
Evet	131	52,8
Hayır	117	47,2
PPD'dan Endişelenme Durumu		
Evet	53	21,4
Hayır	195	78,6
PPD İle İlgili Kaynak Okuma Durumu		
Evet	57	23,0
Hayır	191	77,0

Tablo 3.'te, kadınların %52,8'i PPD kavramını duymuş, %47,2'si ise duymamıştır, %21,4'ü PPD yaşamaktan endişelenmiş, %78,6'sı ise endişelenmemiştir, %23,0'ı PPD hakkında kaynak okumuş, %77,0'ı ise okumamıştır.

4.4. Kadınların PPD puan ortalamaları

Araştırmaya katılan kadınların PPD puan ortalamaları Tablo 4.'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Araştırmaya katılan kadınların PPD puan ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Alpha
Postpartum Depresyon Toplam	248	8,512	6,315	0,000	27,000	0,893

Tablo 4.'te, kadınların "PPD toplam" ortalaması $8,512 \pm 6,315$ (Min=0; Maks=27) olarak saptanmıştır.

4.5. Kadınların Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği'ne göre PPD riski

Araştırmaya katılan kadınların Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği'ne göre PPD riski Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya katılan kadınların Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği'ne Göre PPD Riski

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Postpartum Depresyon Grup		
Riskli Grup (13 ve üzeri)	68	27,4
Risk Yok (13 altı)	180	72,6

Tablo 5.'te Edinburg Postpartum Depresyon Ölçek Puanına göre katılımcıların %27,4'ü riskli grup, %72,6'sı risk olmayan grup olarak dağılmaktadır.

4.6. Kadınların PPD Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların PPD Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması Tablo 6.'te gösterilmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya katılan kadınların PPD Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	PPD Toplam
Yaş		Ort±SS
25 Ve Altı	102	9,422±6,443
26-30	93	8,108±6,390
30 Üzeri	53	7,472±5,790
F=		1,984
p=		0,140
Eğitim Durumu		Ort±SS
İlkokul	25	10,080±6,238
Ortaokul	71	10,479±5,542
Lise	85	8,424±6,040
Üniversite ve Üzeri	67	5,955±6,659
F=		6,944
p=		0,000
Aile Tipi		Ort±SS
Çekirdek Aile	171	7,637±6,015
Geniş Aile	77	10,455±6,567
t=		-3,316
p=		0,001

Tablo 6. Araştırmaya katılan kadınların PPD Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	PPD Toplam
Çalışma Durumu		Ort±SS
Evet	92	7,261±6,506
Hayır	156	9,250±6,101
t=		-2,420
p=		0,016
Gelir Düzeyi		Ort±SS
Düşük	28	12,214±6,094
Orta	170	9,106±6,053
Yüksek	50	4,420±5,296
F=		18,312
p=		0,000
Sağlıkları Hakkındaki Düşünceleri		Ort±SS
Çok İyi	41	3,634±3,527
İyi	150	8,713±6,332
Orta	57	11,491±5,810
F=		21,791
p=		0,000
Sağlık Hizmetlerine Erişimde Zorluk Çekme Durumu		Ort±SS
Çok İyi	37	4,919±5,035
İyi	123	8,358±6,237
Orta Ve Altı	88	10,239±6,295
F=		9,994
p=		0,000

Tablo 6. Araştırmaya katılan kadınların PPD Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	PPD Toplam
Yaşam Kalitesi Algısı		Ort±SS
Çok İyi	48	5,708±6,646
İyi	116	8,233±5,580
Orta Ve Altı	84	10,500±6,471
F=		9,636
p=		0,000

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD; p<0,005

Tablo 6.'da, kadınların PPD toplam puanları; yaşa (p=0.140), çocuk sayısına (p=0.336), bebeğin cinsiyetine (p=0.892), abortus geçmişine (p=0.198) ve küretaj geçmişine (p=0.131) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Kadınların PPD toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.000). Eğitim seviyesi arttıkça PPD puanı artmaktadır.

PPD toplam puanları aile tipine göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.000). Çekirdek aile tipine sahip olanların PPD toplam puanları, geniş aile tipine sahip olanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları annenin bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,000). Çalışanların PPD toplam puanları, çalışmayanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları ailenin gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,000). Gelir düzeyi arttıkça PPD puanı azalmaktadır.

PPD toplam puanları katılımcıların genel sağlıkları hakkındaki düşüncelerine göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,000). Genel sağlıkları hakkındaki düşünceleri olumlu yönde arttıkça PPD puanları azalmaktadır.

PPD toplam puanları katılımcıların sağlık hizmetlerine erişim kolaylığına göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,000). Sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı arttıkça PPD puanı azalmaktadır.

PPD toplam puanları katılımcıların yaşam kalitesi algısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Yaşam kalitesi algısı olumlu yönde arttıkça PPD puanı azalmaktadır.

4.7. Kadınların PPD puanlarının gebelik öyküsü doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların PPD puanlarının gebelik öyküsü doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 7.'da gösterilmiştir.

Tablo 7. Araştırmaya katılan kadınların PPD puanlarının gebelik öyküsü doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	PPD Toplam
DÖE Gebe Okulu Hakkında Bilgi Sahipliği		Ort±SS
Evet	172	7,628±6,184
Hayır	76	10,513±6,187
t=		-3,387
p=		0,001

Tablo 7. Araştırmaya katılan kadınların PPD puanlarının gebelik öyküsü doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	PPD Toplam
DÖE Alma Durumu		Ort±SS
Evet	101	6,624±5,912
Hayır	147	9,810±6,274
t=		-4,021
p=		0,000
Hamilelikteki Testler Hakkında Bilgi Sahipliği		Ort±SS
Evet	230	7,996±6,134
Hayır	18	15,111±4,788
t=		-4,805
p=		0,000
Doğum Sonu Anne Bebek Bakımı Bilgi Sahipliği		Ort±SS
Evet	182	7,528±5,913
Hayır	66	11,227±6,630
t=		-4,213
p=		0,000
Çocuk Sayısı		Ort±SS
1	68	8,309±6,370
2	100	7,980±6,496
3 Ve Üzeri	80	9,350±6,023
F=		1,095
p=		0,336

Tablo 7. Araştırmaya katılan kadınların PPD puanlarının gebelik öyküsü doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	PPD Toplam
Gebeliği İsteme Durumu		Ort±SS
Evet	219	7,886±6,075
Hayır	29	13,241±6,180
t=		-4,452
p=		0,000
Bebeğin Cinsiyeti		Ort±SS
Kız Bebek	142	8,465±6,280
Erkek Bebek	106	8,576±6,390
t=		-0,136
p=		0,892
Doğum Şekli		Ort±SS
Normal	106	7,415±6,265
Sezaryen	142	9,331±6,249
t=		-2,386
p=		0,018
Doğum Şekline Nasıl Karar Verildiği		Ort±SS
Kendim Araştırdım	93	6,430±5,565
Doktorum İle	123	9,781±6,443
Çevremin Etkisi	32	9,688±6,453
F=		8,587
p=		0,000

Tablo 7. Araştırmaya katılan kadınların PPD puanlarının gebelik öyküsü doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	PPD Toplam
Düşük Geçmişi		Ort±SS
Evet	49	7,469±6,627
Hayır	199	8,769±6,226
t=		-1,292
p=		0,198
Küretaj Geçmişi		Ort±SS
Evet	27	6,778±5,807
Hayır	221	8,724±6,354
t=		-1,516
p=		0,131
Kısırlık Tedavisi Görme Durumu		Ort±SS
Evet	10	4,100±5,131
Hayır	238	8,698±6,301
t=		-2,274
p=		0,024
Bebeği Emzirme Durumu		Ort±SS
Evet	223	8,009±6,053
Hayır	25	13,000±6,940
t=		-3,851
p=		0,000

Tablo 7. Araştırmaya katılan kadınların PPD puanlarının gebelik öyküsü doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	PPD Toplam
Gebelik Hakkında Bilgi Kaynağı		Ort±SS
İnternet	221	8,118±6,242
Diğer	27	11,741±6,087
t=		-2,855
p=		0,005

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD; p<0,005

Tablo 7.'de, PPD toplam puanları katılımcıların doğum öncesi eğitim ve gebe okulu hakkında bilgi sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001). Doğum öncesi eğitim ve gebe okulu hakkında bilgi sahibi olanların PPD toplam puanları, bilgi sahibi olmayanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları katılımcıların doğum öncesi eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,000). Doğum öncesi eğitim PPD toplam puanları, eğitim almayanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları katılımcıların hamilelikte yapılacak testler hakkındaki bilgi sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,000). Hamilelikte yapılacak testler hakkında bilgi sahibi olanların PPD toplam puanları, bilgi sahibi olmayanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları katılımcıların doğum sonu anne-bebek bakımı hakkındaki bilgi sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,000). Doğum sonu anne-bebek bakımı hakkında bilgi sahibi olanların PPD toplam puanları, bilgi sahibi olmayanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları katılımcıların planlı/isteyerek hamilelik durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,000). Planlı/isteyerek hamile kalanların PPD toplam puanları, planlı/isteyerek hamile kalmayanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları katılımcıların doğum şekline göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.018$). Normal doğum yapanların PPD toplam puanları, sezaryen doğum yapanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları katılımcıların doğum şekline nasıl karar verildiğine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Doktoru ile karar verenlerin PPD toplam puanları, kendisi araştırıp karar verenlerin PPD toplam puanından yüksektir. Çevresinin etkisine göre karar verenlerin PPD toplam puanları, kendisi araştırıp karar verenlerin PPD toplam puanlarından yüksektir.

PPD toplam puanları katılımcıların infertilite tedavisi görme durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.024$). İnfertilite tedavisi görenlerin PPD toplam puanları, infertilite tedavisi görmeyenlerin PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları katılımcıların bebeğini emzirme durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Bebeğini emzirenlerin PPD toplam puanları, bebeğini emzirmeyenlerin PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları katılımcıların anne sütünün faydasını bilme durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.033$). Anne sütünün faydasını bilenlerin PPD toplam puanları, anne sütünün faydasını bilinmeyenlerin PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları katılımcıların hamilelik hakkındaki bilgi edinme kaynağına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.005$). Hamilelik hakkındaki bilgi edinme kaynağı internet olanların PPD toplam puanları, diğer kaynaklardan faydalananların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

4.8. Kadınların PPD puanlarının postpartum depresyon ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların PPD puanlarının postpartum depresyon ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 8.'de belirtilmiştir.

Tablo 8. Araştırmaya katılan kadınların PPD puanlarının postpartum depresyon ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	PPD Toplam
PPD Kavramını Duyma Durumu		Ort±SS
Evet	131	7,115±6,486
Hayır	117	10,077±5,752
t=		-3,786
p=		0,000
PPD'dan Endişelenme Durumu		Ort±SS
Evet	53	11,000±6,439
Hayır	195	7,836±6,124
t=		3,299
p=		0,001
PPD İle İlgili Kaynak Okuma Durumu		Ort±SS
Evet	57	6,228±7,026
Hayır	191	9,194±5,938
t=		-3,168
p=		0,002

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD; p<0,005

Tablo 8.'de, PPD toplam puanları katılımcıların PPD kavramını duyma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,000). Kavramı duyanların PPD toplam puanları, kavramı duymayanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

PPD toplam puanları katılımcıların PPD'den endişelenme durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001). Bu durumdan endişelenenlerin PPD toplam puanları, endişelenmeyenlerin PPD toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

PPD toplam puanları katılımcıların postpartum depresyon ile ilgili kaynak okuma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.002). Bu konu ile ilgili kaynak okuyanların PPD toplam puanları, kaynak okumayanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur.

4.9. Kadınların SOY puan ortalamaları

Araştırmaya katılan kadınların SOY puan ortalamaları Tablo 9.'de gösterilmiştir.

Tablo 9. Araştırmaya katılan kadınların SOY Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Alpha
Sağlık Okuryazarlığı Toplam	248	95,383	17,684	47,000	125,000	0,974
Bilgiye Erişim	248	19,782	3,941	10,000	25,000	0,927
Bilgileri Anlama	248	26,190	5,331	11,000	35,000	0,910
Değer Biçme Değerlendirme	248	29,673	6,052	14,000	40,000	0,936
Uygulama Kullanma	248	19,738	3,732	9,000	25,000	0,942

Tablo 9. 'da, kadınların "sağlık okuryazarlığı toplam" puan ortalaması $95,383 \pm 17,684$ (Min=47; Maks=125), "bilgiye erişim" puan ortalaması $19,782 \pm 3,941$ (Min=10; Maks=25), "bilgileri anlama" puan ortalaması $26,190 \pm 5,331$ (Min=11; Maks=35), "değer biçme değerlendirme" puan ortalaması $29,673 \pm 6,052$ (Min=14; Maks=40), "uygulama kullanma" puan ortalaması $19,738 \pm 3,732$ (Min=9; Maks=25) olarak gösterilmiştir.

4.10. Kadınların SOY toplam puanlarının sosyo demografik özelliklere göre karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının sosyo demografik özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 10.'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının sosyo demografik özelliklere göre karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	SOY Toplam	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme Değerlendirme	Uygulama Kullanma
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
25 Ve Altı	102	93,657±20,150	19,324±4,448	25,412±6,066	29,363±6,871	19,559±4,130
26-30	93	96,054±16,136	19,957±3,569	26,753±4,938	29,667±5,588	19,677±3,471
30 Üzeri	53	97,528±14,994	20,359±3,465	26,698±4,286	30,283±5,145	20,189±3,380
F=		0,942	1,353	1,858	0,401	0,514
p=		0,391	0,260	0,158	0,670	0,599
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlkokul	25	84,440±15,349	17,680±3,794	22,480±4,718	26,600±5,331	17,680±3,497
Ortaokul	71	93,183±19,770	19,085±4,292	25,887±5,683	28,775±6,918	19,437±4,129
Lise	85	91,894±16,548	19,177±3,877	25,012±4,777	28,788±5,734	18,918±3,576
Üniversite Ve Üzeri	67	106,224±11,666	22,075±2,494	29,388±4,181	32,896±4,257	21,866±2,480
F=		15,324	12,990	15,998	10,745	12,961
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Aile Tipi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çekirdek Aile	171	96,632±16,966	20,105±3,646	26,509±5,182	29,994±5,746	20,023±3,574
Geniş Aile	77	92,610±19,006	19,065±4,470	25,481±5,619	28,961±6,666	19,104±4,012
t=		1,663	1,934	1,408	1,245	1,803
p=		0,098	0,076	0,160	0,241	0,073

Tablo 10. Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının sosyo demografik özelliklere göre karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	SOY Toplam	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme Değerlendirm e	Uygulama Kullanma
Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	92	98,848±16,381	20,380±3,419	27,380±5,092	30,707±5,383	20,380±3,387
Hayır	156	93,340±18,151	19,430±4,189	25,487±5,360	29,064±6,352	19,359±3,882
t=		2,392	1,845	2,737	2,078	2,096
p=		0,018	0,053	0,007	0,039	0,037
Gelir Düzeyi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Düşük	28	88,929±22,337	18,536±4,872	24,357±6,827	27,607±7,465	18,429±4,367
Orta	170	95,253±17,915	19,729±4,047	26,265±5,359	29,653±6,182	19,606±3,837
Yüksek	50	99,440±12,405	20,660±2,654	26,960±4,000	30,900±4,258	20,920±2,538
F=		3,243	2,692	2,215	2,696	4,460
p=		0,041	0,070	0,111	0,069	0,013
Sağlıkları Hakkındaki Düşünceleri		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çok İyi	41	101,024±16,038	20,878±3,957	27,659±4,973	31,488±5,688	21,000±3,082
İyi	150	98,527±16,563	20,407±3,520	27,367±4,897	30,533±5,849	20,220±3,619
Orta	57	83,053±16,159	17,351±4,051	22,035±4,586	26,105±5,483	17,561±3,630
F=		21,326	16,061	27,320	14,740	14,772
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tablo 10. Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının sosyo demografik özelliklere göre karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	SOY Toplam	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme Değerlendirme	Uygulama Kullanma
Sağlık Hizmetlerine Erişimde Zorluk Çekme Durumu						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çok İyi	37	104,081±15,016	21,676±3,440	29,027±4,381	32,081±5,575	21,297±2,866
İyi	123	97,650±17,220	20,309±3,664	26,846±5,133	30,423±5,909	20,073±3,820
Orta ve Altı	88	88,557±17,093	18,250±4,009	24,080±5,222	27,614±5,883	18,614±3,634
F=		13,236	13,208	14,491	9,592	8,168
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Yaşam Kalitesi Algısı						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çok İyi	48	101,521±16,900	21,229±3,703	27,625±4,915	31,479±6,077	21,188±3,318
İyi	116	95,948±17,076	20,000±3,655	26,241±4,942	29,940±6,038	19,767±3,886
Orta ve Altı	84	91,095±18,002	18,655±4,170	25,298±5,921	28,274±5,796	18,869±3,508
F=		5,623	7,193	2,968	4,627	6,147
p=		0,004	0,001	0,053	0,011	0,002

Tablo 10.'da kadınların SOY toplam puanları yaşa ($p=0,391$), aile tipine ($p=0,098$), doğum öncesi eğitim ve gebe okulu hakkındaki bilgi sahipliğine ($p=0,089$), hamilelikte yapılacak testler hakkındaki bilgi sahipliğine ($p=0,116$), bebeğin cinsiyetine ($p=0,254$), doğum şekline ($p=0,060$), abortus geçmişine ($p=0,484$), küretaj geçmişine ($p=0,212$) infertilite tedavisi görme durumuna göre ($p=0,235$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

SOY toplam puanları kadınların eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Ortaokul mezunlarının SOY toplam puanları, ilkokul

mezunlarının SOY toplam puanlarından yüksektir. Lise mezunlarının SOY toplam puanları, ilkokul mezunlarının SOY toplam puanlarından yüksektir. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların SOY toplam puanları, ilkokul mezunlarının SOY toplam puanlarından yüksektir. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların SOY toplam puanları, ortaokul mezunlarının SOY toplam puanlarından yüksektir. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların SOY toplam puanları, lise mezunlarının SOY toplam puanlarından yüksektir.

SOY toplam puanları kadınların çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.018$). Çalışan katılımcıların SOY toplam puanları, çalışmayanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları kadınların gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.041$). Gelir düzeyi yüksek olanların SOY toplam puanları, gelir düzeyi düşük olanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları kadınların genel sağlıkları hakkındaki düşüncelerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Genel sağlıkları hakkındaki düşünceleri çok iyi olanların SOY toplam puanları, genel sağlıkları hakkındaki düşünceleri orta olanların SOY toplam puanlarından yüksektir. Genel sağlıkları hakkındaki düşünceleri iyi olanların, SOY toplam puanları genel sağlıkları hakkındaki düşünceleri orta olanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları, kadınların sağlık hizmetlerine erişimde kolaylığı durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Sağlık hizmetlerine erişimi çok iyi olanların SOY toplam puanları, sağlık hizmetlerine erişimi iyi olanların SOY toplam puanlarından yüksektir. Sağlık hizmetlerine erişimi çok iyi olanların SOY toplam puanları, sağlık hizmetlerine erişimi orta ve altı olanların SOY toplam puanlarından yüksektir. Sağlık hizmetlerine erişimi iyi olanların SOY toplam puanları, sağlık hizmetlerine erişimi orta ve altı olanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları, kadınların yaşam kalitesi algısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.004$). Yaşam kalitesi algısı çok iyi olanların SOY toplam puanları, yaşam kalitesi algısı orta ve altı olanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

4.11. Kadınların SOY toplam puanlarının gebelik öyküsü, doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının gebelik öyküsü, doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 11.'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının gebelik öyküsü, doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	SOY Toplam	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme Değerlendirme	Uygulama Kullanma
DÖE-Gebe Okulu Hakkında Bilgi Sahipliği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	172	96,651±16,970	20,006±3,835	26,593±5,243	30,122±5,701	19,930±3,571
Hayır	76	92,513±19,008	19,276±4,152	25,276±5,449	28,658±6,708	19,303±4,063
t=		1,705	1,346	1,801	1,764	1,222
p=		0,089	0,180	0,073	0,100	0,247
DÖE Alma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	101	101,069±15,596	21,020±3,320	27,881±4,742	31,347±5,397	20,822±3,220
Hayır	147	91,476±18,020	18,932±4,116	25,027±5,417	28,524±6,224	18,993±3,884
t=		4,347	4,237	4,285	3,700	3,899
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tablo 11. Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının gebelik öyküsü, doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	SOY Toplam	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme Değerlendirme	Uygulama Kullanma
Hamilelikteki Testler Hakkında Bilgi Sahipliği						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	230	96,039±17,17	19,944±3,812	26,352±5,219	29,874±5,914	19,870±3,621
Hayır	18	87,000±22,726	17,722±5,004	24,111±6,407	27,111±7,315	18,056±4,746
t=		2,103	2,323	1,724	1,875	1,998
p=		0,116	0,081	0,086	0,135	0,130
Doğum Sonu Anne Bebek Bakımı Bilgi Sahipliği						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	182	99,451±15,888	20,604±3,643	27,308±4,994	31,022±5,518	20,517±3,297
Hayır	66	84,167±17,645	17,515±3,868	23,106±5,039	25,955±5,937	17,591±4,034
t=		6,498	5,805	5,841	6,262	5,806
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Çocuk Sayısı						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1	68	101,162±15,755	20,750±3,435	28,147±5,062	31,250±5,666	21,015±3,040
2	100	96,160±17,841	20,280±4,023	26,100±5,315	29,980±5,951	19,800±3,785
3 ve Üzeri	80	89,500±17,430	18,338±3,878	24,638±5,097	27,950±6,135	18,575±3,871
F=		8,660	8,739	8,472	5,905	8,346
p=		0,000	0,000	0,000	0,003	0,000

Tablo 11. Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının gebelik öyküsü, doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	SOY Toplam	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme Değerlendirme	Uygulama Kullanma
Gebeliği İsteme Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	219	97,543±16,547	20,228±3,653	26,840±5,007	30,324±5,780	20,151±3,473
Hayır	29	79,069±17,740	16,414±4,452	21,276±5,216	24,759±5,884	16,621±4,187
t=		5,602	5,144	5,597	4,862	5,015
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Bebeğin Cinsiyeti		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kız Bebek	142	94,275±16,788	19,669±3,703	25,775±5,143	29,373±5,742	19,458±3,568
Erkek Bebek	106	96,868±18,796	19,934±4,252	26,745±5,550	30,076±6,449	20,113±3,926
t=		-1,143	-0,523	-1,421	-0,904	-1,371
p=		0,254	0,601	0,156	0,367	0,172
Doğum Şekli		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Normal	106	97,830±16,289	20,708±3,527	26,585±5,121	30,245±5,912	20,293±3,338
Sezaryen	142	93,556±18,503	19,092±4,101	25,894±5,482	29,247±6,140	19,324±3,962
t=		1,893	3,256	1,009	1,287	2,035
p=		0,060	0,001	0,314	0,199	0,038
Doğum Şekline Nasıl Karar Verildiği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kendim Araştırdım	93	100,247±16,327	21,065±3,665	27,301±5,026	31,151±5,744	20,731±3,585
Doktorumla	123	94,594±18,287	19,382±4,036	26,163±5,579	29,480±6,201	19,569±3,783
Çevremin Etkisiyle	32	84,281±13,560	17,594±3,047	23,063±3,902	26,125±4,784	17,500±2,874
F=		10,730	11,372	7,951	8,864	9,829
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tablo 11. Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının gebelik öyküsü, doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	SOY Toplam	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme Değerlendirme	Uygulama Kullanma
Düşük Geçmiş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	49	93,796±18,7 63	19,449±4,2 43	25,551±5,6 39	29,265±6,448	19,531±4,199
Hayır	199	95,774±17,4 35	19,864±3,8 70	26,347±5,2 56	29,774±5,963	19,789±3,618
t=		-0,701	-0,660	-0,936	-0,526	-0,433
p=		0,484	0,510	0,350	0,599	0,665
Küretaj Geçmiş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	27	91,370±14,7 96	19,333±3,5 84	24,926±3,8 32	28,333±5,407	18,778±3,566
Hayır	221	95,873±17,9 73	19,837±3,9 86	26,344±5,4 73	29,837±6,117	19,855±3,742
t=		-1,250	-0,626	-1,307	-1,220	-1,419
p=		0,212	0,532	0,093	0,224	0,157
Kısırlık Tedavisi Görme Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	10	101,900±10, 754	21,600±2,6 75	27,800±2,7 81	31,400±3,340	21,100±3,178
Hayır	238	95,109±17,8 79	19,706±3,9 71	26,122±5,4 05	29,601±6,133	19,681±3,748
t=		1,191	1,493	0,975	0,921	1,179
p=		0,235	0,137	0,101	0,137	0,239

Tablo 11. Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının gebelik öyküsü, doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması(devamı)

Demografik Özellikler	n	SOY Toplam	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme Değerlendirme	Uygulama Kullanma
Bebeği Emzirme Durumu						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	223	96,215±17,0 43	19,964±3,7 62	26,408±5,1 41	29,964±5,966	19,879±3,570
Hayır	25	87,960±21,6 27	18,160±5,0 88	24,240±6,6 04	27,080±6,317	18,480±4,857
t=		2,231	2,187	1,939	2,279	1,785
p=		0,027	0,097	0,124	0,024	0,173
Anne Sütü Faydasının Bilinme Durumu						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	230	96,557±17,1 55	20,009±3,8 45	26,544±5,1 68	30,026±5,961	19,978±3,584
Hayır	18	80,389±17,9 58	16,889±4,1 14	21,667±5,4 56	25,167±5,501	16,667±4,311
t=		3,838	3,298	3,840	3,348	3,719
p=		0,000	0,001	0,000	0,001	0,000
Gebelik Hakkında Bilgi Kaynağı						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İnternet	221	96,326±16,9 72	19,941±3,7 91	26,453±5,1 14	29,950±5,936	19,982±3,553
Diğer	27	87,667±21,5 44	18,482±4,8 94	24,037±6,5 84	27,407±6,617	17,741±4,562
t=		2,425	1,825	2,240	2,075	2,993
p=		0,016	0,145	0,076	0,039	0,020

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; LSD; p<0,005

Tablo 11.'de, SOY toplam puanları kadınların doğum öncesi eğitim alma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Doğum öncesi eğitim alanların SOY toplam puanları, doğum öncesi eğitim almayanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları kadınların postpartum anne-bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olmalarına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Postpartum anne-bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olanların SOY toplam puanları, postpartum anne-bebek bakımı sahibi olmayanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları kadınların çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Çocuk sayısı 1 olanların SOY toplam puanları, çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların SOY toplam puanlarından yüksektir. Çocuk sayısı 2 olanların SOY toplam puanları, çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları kadınların isteyerek\planlı hamilelik durumlarına anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). İsteyerek\planlı hamile kalanların SOY toplam puanları, isteyerek\planlı hamile kalmayanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları kadınların doğum şekline nasıl karar verildiğine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Kendisi araştırıp karar verenlerin SOY toplam puanları, doktoru ile karar verenlerin SOY toplam puanlarından yüksektir. Kendisi araştırıp karar verenlerin SOY toplam puanları, çevresinin etkisine göre karar verenlerin SOY toplam puanlarından yüksektir. Doktoru ile karar verenlerin SOY toplam puanları çevresinin etkisine göre karar verenlerin SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları kadınların bebeğini emzirme durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,027$). Bebeğini emzirenlerin SOY toplam puanları, bebeği emzirmeyenlerin SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları, kadınların anne sütünün faydalarını bilmelerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$). Anne sütü faydasının bilenlerin SOY toplam puanları, anne sütü faydasının bilinmeyenlerin SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları kadınların hamilelik hakkında bilgi edinme kaynağına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.016$). Hamilelik hakkında bilgi edinme kaynağı

internet olanların SOY toplam puanları, diğer kaynaklardan bilgi edinenlerin SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

4.12. Kadınların SOY toplam puanlarının PPD ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının PPD ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 12.'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının PPD ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	SOY Toplam	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme Değerlendirme	Uygulama Kullanma
PPD Kavramını Duyuma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	131	100,748±15,824	20,970±3,519	27,863±4,840	31,237±5,483	20,679±3,320
Hayır	117	89,376±17,786	18,453±3,977	24,316±5,250	27,923±6,201	18,684±3,897
t=		5,328	5,287	5,534	4,466	4,354
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
PPD'dan Endişelenme Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	53	102,415±15,392	21,189±3,732	28,302±4,543	31,943±5,816	20,981±3,308
Hayır	195	93,472±17,818	19,400±3,919	25,615±5,395	29,056±5,981	19,400±3,776
t=		3,331	2,976	3,318	3,134	2,772
p=		0,001	0,003	0,001	0,002	0,006

Tablo 12. Araştırmaya katılan kadınların SOY toplam puanlarının PPD ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre karşılaştırılması (devamı)

Demografik Özellikler	n	SOY Toplam	Bilgiye Erişim	Bilgileri Anlama	Değer Biçme Değerlendirme	Uygulama Kullanma
PPD ile İlgili Kaynak Okuma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	57	105,702±13,650	21,947±3,079	29,526±3,987	32,526±5,029	21,702±3,035
Hayır	191	92,304±17,611	19,136±3,946	25,194±5,284	28,822±6,082	19,152±3,727
t=		5,287	4,946	5,720	4,189	4,718
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD; p<0,005

Tablo 12.'de SOY toplam puanları, kadınların PPD kavramını duyma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,000). Bu kavramı duyanların SOY toplam puanları, kavramı duymayanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları, kadınların PPD endişelenme durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.001). Bu kavramdan endişelenenlerin SOY toplam puanları, endişelenmeyenlerin SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

SOY toplam puanları, kadınların PPD ile ilgili kaynak okuma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,000). PPD ile ilgili kaynak okuyanların SOY toplam puanları, kaynak okumayanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur.

4.13. PPD ve SOY puanları arasındaki korelasyon analizi

PPD ve SOY puanları arasındaki korelasyon analizi Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. PPD ve SOY puanları arasındaki korelasyon analizi

		Postpartum Depresyon Toplam
Sağlık Okuryazarlığı Toplam	r	-0,274**
	p	0,000
Bilgiye Erişim	r	-0,283**
	p	0,000
Bilgileri Anlama	r	-0,225**
	p	0,000
Değer Biçme Değerlendirme	r	-0,253**
	p	0,000
Uygulama Kullanma	r	-0,267**
	p	0,000

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 13.'te, PPD toplam, SOY toplam, bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme değerlendirme, uygulama kullanma, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; SOY toplam ile PPD toplam arasında $r=-0.274$ negatif zayıf ($p=0,000$), bilgiye erişim ile PPD toplam arasında $r=-0.283$ negatif zayıf ($p=0,000$), bilgileri anlama ile PPD toplam arasında $r=-0.225$ negatif çok zayıf ($p=0,000$), değer biçme değerlendirme ile PPD toplam arasında $r=-0.253$ negatif zayıf ($p=0,000$), uygulama kullanma ile PPD toplam arasında $r=-0.267$ negatif zayıf ($p=0,000$) düzeyde korelasyon bulunmuştur.

4.14. Kadınların SOY düzeyinin PPD üzerine etkisi

Araştırmaya katılan kadınların SOY düzeyinin PPD üzerine etkisi Tablo 14.'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Araştırmaya katılan kadınların SOY düzeyinin PPD üzerine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	17,842	2,124		8,400	0,000	13,659	22,026
Sağlık							
Okuryazarlığı	-0,098	0,022	-0,274	-4,467	0,000	-0,141	-0,055
Toplam							

*Lineer Regresyon Analizi; Bağımlı Değişken=Postpartum Depresyon Toplam, $R=0,274$; $R^2=0,071$; $F=19,955$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=0,143

Tablo 14.'te, SOY toplam ile PPD toplam arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=19,955$; $p=0,000<0.05$). PPD toplam düzeyindeki toplam değişim %7.1 oranında SOY toplam tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,071$). SOY toplam, PPD toplam düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,274$).

4.15. Kadınların SOY alt boyutları düzeyinin PPD üzerine etkisi

Araştırmaya katılan kadınların SOY alt boyutları düzeyinin PPD üzerine etkisi Tablo 15.'de gösterilmiştir.

Tablo 15. Araştırmaya katılan kadınların SOY alt boyutları düzeyinin PPD üzerine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş		Standart Edilmiş		t	p	%95 Güven	
	Katsayılar		Katsayılar				Aralığı	
	B	SE	β				Alt	Üst
Sabit	18,324	2,169			8,449	0,000	14,052	22,596
Bilgiye Erişim	-0,359	0,180	-0,224		-2,001	0,046	-0,713	-0,006
Bilgileri Anlama	0,109	0,150	0,092		0,727	0,468	-0,186	0,404
Değer Biçme Değerlendirme	-0,071	0,160	-0,068		-0,446	0,656	-0,385	0,243
Uygulama Kullanma	-0,175	0,239	-0,103		-0,730	0,466	-0,646	0,297

* Lineer Regresyon Analizi; Bağımlı Değişken=Postpartum Depresyon Toplam, $R=0,296$; $R^2=0,073$; $F=5,831$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=0,159

Tablo 15.'de, bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme değerlendirme, uygulama kullanma ile postpartum depresyon toplam arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=5,831$; $p=0,000<0.05$). PPD toplam düzeyindeki toplam değişim %7.3 oranında bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme değerlendirme, uygulama kullanma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,073$). Bilgiye erişim PPD toplam düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,224$). Bilgileri anlama PPD toplam düzeyini etkilememektedir ($p=0.468>0.05$). Değer biçme değerlendirme PPD toplam düzeyini etkilememektedir ($p=0.656>0.05$). Uygulama kullanma PPD toplam düzeyini etkilememektedir ($p=0.466>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde postpartum depresyon ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları güncel literatür doğrultusunda aşağıdaki şekilde tartışılmıştır.

5.1. Kadınların PPD sonuçlarının sosyodemografik, gebelik öyküsü, bebek bakımı ve PPD ile ilgili özelliklere göre tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $26,730 \pm 4,833$ olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği kullanılmış olup kesme puanı 13 ve üzeri kabul edilmiştir. Çalışma sonucu EPDÖ ne göre PPD oranı %27.4 olarak hesaplanmıştır. Türkiye' de bu oran %5 ile %61.8 arasında değişmektedir (Özcan et al., 2017b). Çalışma sonuçlarımız Türkiye verileri arasındadır. Pek çok çalışmada, PPD'nun ülkelerin kırsal kesimlerinde veya gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek bir prevalansa sahip olduğu da bildirilmiştir. Gelişmiş illerde (Ankara, İstanbul, İzmir ve Eskişehir) yapılan 17 çalışmada postpartum depresyon prevalansı %21.2, gelişmekte olan illerde yapılan 35 çalışmada ise bu oranın %25 olduğu bulunmuştur (Özcan et al., 2017b).

Ülkelere göre bu oran farklılık gösterebilmektedir. Shorey ve arkadaşlarının yapmış olduğu sistematik derleme ve meta-analizinde; Coğrafi bölgelere göre prevalans sınıflandırıldığında, Orta Doğu %26 ile en yüksek prevalansa sahip, ardından Avustralya %21, Güney Amerika %19, Asya %16, Kuzey Amerika %16, Afrika %11, ardından

Avrupa %8 olarak bulunmuştur (Shorey et al., 2018). PPD prevalansındaki bu değişiklikler kullanılan ölçekler, çalışma yapılan alan, kişilerin sosyodemografik özellikleri, örneklem sayısı, kesme puanının değişik alınması kaynaklı olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların sosyodemografik özelliklerinden yaş ($p=0,140$), çocuk sayısı ($p=0,336$), bebeğin cinsiyeti ($p=0,892$), abortus geçmişi ($p=0,198$), küretaj geçmişi ($p=0,131$) ile PPD oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

PPD görülen grupla PPD görülmeyen grup arasında yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark bulunmuordu. Kaya Zaman ve arkadaşlarının BDÖ ve BDE İstanbul'da 50 gebe olan kadın ve 50 gebe olmayan 100 kadın ile yaptıkları çalışmada da PPD'nin yaş ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır (Kaya Zaman et al., 2018). Aynı şekilde Karahan ve arkadaşlarının EPDÖ kullanarak yapmış olduğu çalışmada bulgumuzu destekler niteliktedir (Karahan et al., 2017).

Annenin eğitim düzeyi ve PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Eğitim seviyesi arttıkça PPD oranı azalmaktadır. Aynı şekilde Ayhan Başer' in 511 katılımcıyla yapmış olduğu çalışmada da eğitim seviyesi arttıkça PPD oranının azaldığı bulunmuştur (Ayhan Başer, 2018). Eğitim seviyesi bireylerin maddi kazancını, çalışma hayatını, dolayısıyla toplumdaki yerini belirler. Eğitimin seviyesinin kadınlarda stres yaratabileceği düşünülmektedir.

Aile tipi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$). Ailesi, çekirdek aile yapısında olanların PPD toplam puanları, geniş aile yapısında olanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Ayhan Başer' in Kocaeli'de 511 kadınla EDPÖ ve EÖYÖ ölçeklerini kullanarak yapmış olduğu çalışma da bulgularımızı destekler niteliktedir (Ayhan Başer, 2018). TÜİK verilerine göre Türkiye'de geniş aile yapısında olan ailelerin oranı %13,5'tir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2021-45632> Erişim Tarihi:11.01.2023). Geniş aile tipinde, çekirdek aile ve onlara eşlik eden diğer bireyler bulunmaktadır. Bu tip ailelerde giderin fazla olması, yeni doğum yapmış kadınlar için çevresinde ona müdahale eden kişilerin bulunması kadında stres oluşturabileceğini ve bu durumun PPD'ye neden olabileceği düşünülmektedir.

Annenin çalışma durumu ve PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,016$). Çalışan annelerin PPD toplam puanları, çalışmayan annelerin PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Ayhan Başer' in Kocaeli'de 511 kadınla EDPÖ ve EÖYÖ ölçeklerini kullanarak yapmış olduğu çalışma da çalışan gebelerin PPD oranı düşük bulunmuştur (Ayhan Başer, 2018). Buna karşılık Karahan ve arkadaşlarının

İstanbul'da 310 anne ile yapmış olduğu çalışma bu sonucumuzu desteklememektedir (Karahan et al., 2017). Bu durumun sebebi annenin mesleği, çalışma ortamının ve çevresinin stres düzeyinin farklı olmasından kaynaklı olabilir.

Ailenin gelir düzeyi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Gelir düzeyi düşük ve orta olanların puan ortalaması, yüksek gelirli olanların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışmamızı destekleyen veriler mevcuttur. Babacan Gümüş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da gelir düzeyi düşük olan kadınların PPD oranı yüksek bulunmuştur (Babacan Gümüş et al., 2012).

Doğum öncesi eğitim ve gebe okulu hakkındaki bilgi sahibi olma durumu ve doğum öncesi eğitim alma durumu ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Doğum öncesi eğitim gebe okulu hakkında bilgi sahibi olanların, bilgi sahibi olmayanlara göre ve doğum öncesi eğitim alanların, eğitim almayanlara göre PPD toplam puanları daha düşük bulunmuştur. Şayık ve arkadaşlarının BDÖ ve BAÖ kullanarak yapmış olduğu deneysel çalışmada kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim sonrası BDÖ ve BAÖ puanları, eğitim öncesi ölçek puanlarına göre düşüş bulunmuştur (Şayık et al., 2019). Bunun sebebi gebe okulunu duyup eğitim alan kadınların gebeliğe daha bilinçli hazırlanmaları, oluşabilecek olumsuz durumlarla nasıl baş edeceklerini bilmelerinden kaynaklı olacağını düşündürmektedir.

Hamilelikteki testler ve doğum sonu anne- bebek bakımı hakkında bilgi sahibi olan kadınların PPD toplam puanları diğerlerinden daha düşük bulunmuştur. Literatüre bakıldığında da Bilgiç ve arkadaşlarının İç Anadolu bölgesinde bir hastanede 220 kadınla doğum deneyiminin erken postpartum dönem depresyonla ilişkisini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada artan doğum korkusunun PPD'ü arttırdığı bulunmuştur (Bilgiç et al., 2021). Şahin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da hamilelik ile ilgili bilgi düzeyi arttıkça doğum korkusu oranının azaldığı bulunmuştur (Şahin et al., 2019). Doğum süreci ile ilgili yetersiz bilgi annenin stres düzeyini arttırabilir. Bu da doğum korkusuna, zor doğuma, anne-bebek ilişkisinde olumsuzluklara neden olabilir. Tüm bunların PPD'yi tetikleyebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda çocuk sayısı ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,336$). Kadınların PPD toplam puanları çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Battaloğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada bu bulgumuzu desteklemektedir (Battaloğlu et al., 2012).

Planlı\isteyerek hamilelik durumu ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). İsteyerek\planlı hamile kalanların PPD toplam puanları, isteyerek\planlı hamile kalmayanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Karahan ve arkadaşlarının İstanbul'da 310 anneye yapmış olduğu çalışma da kadınların %21,3'ü gebeliği istemediğini belirtmiş ve PPD ile gebeliği isteme durumu arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. (Karahan et al., 2017). Babacan Gümüş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bizim sonucumuzu destekler şekildedir (Babacan Gümüş et al., 2012). Ayhan Başer' in yapmış olduğu çalışma da bulgularımızı destekler niteliktedir (Ayhan Başer, 2018). Plansız bir gebelikte anne kendini sürece hazır hissetmeyebilir bu durumda maternal bağlanmayı, annenin bebeği ile yeterli ilgilenmesini engelleyip olumsuz etki gösterebilir.

Çalışmamızda kadınların %42,7'si normal, %57,3'ü sezaryen doğum yapmıştır. Normal doğum yapanların PPD toplam puanları, sezaryen olanların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Doğum şeklinin PPD'ü etkilemesi tartışmalı bir konudur. Literatüre baktığımızda yapılan bazı çalışmalarda PPD'un doğum şekliyle ilişkili olmadığı bulunurken, bazı çalışmalarda ise ilişki bulunmamıştır. Türkoğlu ve arkadaşlarının 18.865 katılımcıyla yapmış oldukları vaka-kontrol çalışmasında sezaryen doğumun PPD'yi arttırdığı bulunmuştur (Türkoğlu et al., 2022). Kokanalı ve arkadaşlarının 90 sezaryen doğum yapan, 90 normal doğum yapan kadınla yapmış olduğu çalışmada doğum şeklinin PPD'ü etkilemediği bulunmuştur (Kokanalı et al., 2018). Xu ve arkadaşlarının yapmış olduğu sezaryen doğum ve PPD riskinin bakıldığı meta analizde de PPD'un doğum şekliyle ilişkili olmadığı bulunmuştur (Xu et al., 2017). Bu farkın sebebi, çalışma yapılan örneklem grubunun özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

İnfertilite tedavisi görenlerin PPD toplam puanları, infertilite tedavisi görmeyenlerin PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Literatür incelendiğinde infertilite tedavisi ve PPD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Akyüz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada infertilite tedavisi ve PPD arasında bir ilişki bulunamamıştır (Akyuz et al.,2012). Bu farkın sebebi ebeveynlerin infertilite tedavisini nasıl algıladıkları bu duruma nasıl tepki verdikleri ve kabullenme durumları olabilir.

Annenin bebeği emzirmesi ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Bebeği emzirenlerin PPD toplam puanları, bebeği emzirmeyenlerin PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Bebeğini ilk yarım saatte emzirmeye başlayan, bebeğini sık sık emziren ve emzirme süresi uzun olan annelerde PPD puanları düşük bulunmuştur (Ayhan Başer, 2018). Battaoğlu ve arkadaşlarının

yapmış olduğu araştırma da bulgularımızı destekler niteliktedir (Battaloğlu et al., 2012). Aynı şekilde Vieira ve arkadaşlarının yapmış olduğu kohort çalışması da bulgularımızı destekler niteliktedir (Vieira et al., 2018). Tüm bunlar annenin bebeğiyle ten tene teması, maternal bağlanmayı arttırdığı için annenin kendini daha iyi hissetmesini sağladığı düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların tamamına yakını gebelikte bilgi kaynağı olarak internet kullandığını belirtmiştir. Gebelik hakkında bilgi kaynağı internet olanların PPD depresyon toplam puanları, diğer kaynaklardan faydalananların PPD toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Hadımlı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma bu çalışmayı destekler nitelikte olup, gebelerin %96.3'ünün gebelikten önce sıklıkla internet kullandığını belirtmiştir (Hadımlı et al., 2018). Günümüzde pek çok bilginin internette yer alması, kolay ulaşılabilir olması oranın bu düzeyde olduğunu düşündürmektedir. TÜİK verilerine göre 2022 yılında hanelerin %94,1'inin evden internete erişim imkanının olduğu ve internet kullanan bireylerin oranı 16-74 yaş grubunda 2022 yılında %85,0 kadınlarda ise %80,9 olduğu bulunmuştur ([https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastırması-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastırması-2022-45587) Erişim Tarihi:11.01.2023).

5.2. Kadınların SOY sonuçlarının tartışılması

Kadınların "sağlık okuryazarlığı toplam" puan ortalaması $95,383 \pm 17,684$ 'dir. Bu ölçekten minimum 47; maksimum 125 puan alınabilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığı araştırmasında elde edilen sonuçlara göre Türkiye'de 10 kişiden 7'sinin sağlık okuryazarlığının düşük olduğu bulunmuştur. (<https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html#> Erişim Tarihi:11.01.2023). Çalışmamızdaki oran bu verilere göre yüksek bulunmuştur. Bu durum örneklem grubumuzun yaş ortalamasının küçük ve eğitim düzeyinin yüksek olmasından kaynaklı olabilir. Akça ve arkadaşlarının özel bir hastanede 150 gebe ile yapmış olduğu çalışmada da SOY puanı $111,52 \pm 13,282$ bulunmuştur (Akça et al., 2020). Aydın ve arkadaşınının 263 katılımcıyla yapmış oldukları çalışmada da SOY puan ortalaması 103.64 ± 16.25 bulunmuştur (Aydın et al., 2019).

Çalışmamızda SOY toplam puanlarıyla katılımcıların yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p = 0.391$). Yakar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da bizim sonucumuzu destekler niteliktedir (Yakar et al., 2019).

Çalışmamızda kadınların SOY toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Eğitim durumu arttıkça SOY puanı artmaktadır ($p= 0.000$). Bu iki değişken arasındaki ilişki beklenen bir sonuçtur. Yakar ve arkadaşlarının 225 katılımcıyla yapmış olduğu çalışmada eğitim seviyesi düşük olan kadınların SOY puanı düşük bulunmuştur (Yakar et al., 2019). Akça ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da sonuçlarımızı desteklemektedir (Akça et al., 2020). Sağlık okuryazarlığı temel okuma ile yakından ilişkilidir. Amerikan Tıp Birliği'ne göre sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetleri çerçevesindeki temel okuma ve gerekli sayısal verileri yerine getirebilmeyi içeren beceri bütünü" şeklinde tanımlanmıştır (Öztürk, 2018). Eğitim seviyesinin sağlık okuryazarlığı düzeyine olan pozitif etkisinin bu sonuçları açıkladığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların SOY toplam puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.041$). Gelir düzeyi yüksek olanların SOY toplam puanları gelir düzeyi düşük olanların SOY toplam puanlarından yüksektir. Akça ve arkadaşlarının 150 gebe ile yapmış olduğu çalışmada da gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların SOY düzeyi yüksek bulunmuştur. (Akça et al., 2020). Bu sonuçların nedeninin, gelir düzeyine bağlı bilgi kaynaklarına erişimin kolaylığı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda isteyerek\planlı hamile kalanların SOY toplam puanları, isteyerek hamile kalmayanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur ($p= 0.000$). Aydın ve arkadaşının 263 katılımcıyla yapmış olduğu çalışmada da gebeliği planlı olan katılımcıların SOY düzeyi yüksek bulunmuştur. (Aydın et al., 2019). Bu sonucun, planlı gebelik gerçekleştirmiş, SOY düzeyi yüksek ebeveynlerin aile planlaması, doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası süreç hakkında bilgi düzeylerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların SOY toplam puanları doğum şekline göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.060$). Aydın ve arkadaşının 263 katılımcıyla yapmış olduğu çalışmada da doğum şekli ve SOY arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Aydın et al., 2019).

Çalışmamızda doğum öncesi eğitim alanların SOY toplam puanları, doğum öncesi eğitim almayanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur ($p=0.000$). Kaya Şenol ve arkadaşlarının yapmış olduğu gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin

doğum öncesi eğitim almaya etkisinin incelendiği çalışmada da çalışmamızın sonuçlarının destekler niteliktedir (Kaya Senol et al., 2019). Ancak aydın ve arkadaşının yapmış olduğu çalışmada işse anlamlı bir fark bulunmamıştır (Aydın et al., 2019). Bu durumun nedeni örneklem farklılığı, örneklemin eğitim düzeyi, çalışmanın yapıldığı ortamın ve kültürün farklılığı nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda bebeğini emzirenlerin SOY toplam puanları, bebeğini emzirmeyenlerin SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur ($p=0.027$). Aydın ve arkadaşının 263 katılımcıyla yapmış olduğu çalışmada da SOY ve emzirme özyeterliliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Aydın et al., 2019). Stafford ve arkadaşlarının postpartum dönemde SOY sonuçlarını inceledikleri çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir (Stafford et al., 2021). Bu sonuçlar SOY puanları yüksek annelerin emzirmenin bebek için faydalarının daha çok bilincinde olabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadınların SOY toplam puanları düşük geçmişine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.484$). Akça ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da sonuçlarımızı desteklemektedir (Akça et al., 2020).

Çalışmamızda kadınların SOY toplam puanları genel sağlık düzeyleri hakkında düşünceye göre anlamlı farklılık göstermektedir. Genel sağlıkları hakkındaki pozitif düşünce arttıkça SOY toplam puanı artmaktadır ($p=0.000$). Akça ve arkadaşlarının 150 katılımcı ile yapmış olduğu çalışmada da sağlık algısı ve SOY arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur (AKÇA et al., 2020). Ilgaz'ın 320 katılımcı ile yaptığı çalışmada da sağlık algısı kötü olanların SOY puanları düşük bulunmuştur (Ilgaz, 2021). Bu sonuçlar, SOY puanları yüksek bireylerin sağlıkları hakkında olumsuz olabilecek durumların daha erken farkına varabilmeleri, tedavi için erken başvurmaları ve çözüm aramalarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda çalışan kadınların SOY toplam puanları, çalışmayanların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur ($p=0.018$). Yeşilçınar ve arkadaşlarının 303 katılımcı ile yapmış olduğu çalışmada da lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip kadınların SOY puanları daha yüksek bulunmuştur (Yeşilçınar et al., 2021).

Çalışmamızda kadınların SOY toplam puanları çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.00$). Yeşilçınar ve arkadaşlarının 303 katılımcı ile yapmış olduğu çalışma da bulgularımızı destekler niteliktedir (Yeşilçınar et al., 2021). Ancak Akça ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada çocuk sayısı ve SOY arasında anlamlı

bir ilişki bulunamamıştır (Akça et al., 2020). Bu farkın sebebinin örneklem farkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların SOY toplam puanları hamilelikteki yapılacak testler hakkında bilgi sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Ancak, Nawabi ve arkadaşlarının yapmış olduğu sistematik derlemede yeterli SOY'nın, doğum öncesi testler konusunda bilinçli seçim yapmalarıyla ilişkilendirilmiştir. Bu sonuç çalışmamızı desteklememektedir (Nawabi et al., 2021).

Çalışmamızda kadınların SOY toplam puanları aile tipine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Ancak Toksoy ve arkadaşlarının 311 katılımcıyla yapmış olduğu primiparlarda sağlık okuryazarlığı ile emzirme tutumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışması bizim çalışmamızı desteklememektedir (Toksoy et al., 2020).

Çalışmamızda gebelik hakkında bilgi kaynağı internet olanların SOY toplam puanları, diğer kaynaklardan faydalananların SOY toplam puanlarından yüksek bulunmuştur ($p=0.016$). Astantekin Özçoban ve arkadaşlarının 205 katılımcıyla yapmış olduğu gebelerin SOY ve öz yeterliliklerine baktıkları çalışma da katılımcıların %85,4'ünün internet kullandığı bulunmuştur (Ozcoban Astantekin et al., 2019). TÜİK verilerine göre 2022 yılında hanelerin %94,1'inin evden internete erişim imkanının olduğu ve internet kullanan bireylerin oranı 16-74 yaş grubunda 2022 yılında %85,0 kadınlarda ise %80,9 olduğu bulunmuştur ([https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587) Erişim Tarihi:11.01.2023).

5.3. PPD ve SOY arasındaki ilişkinin tartışılması

Çalışmamızda SOY ve PPD arasında ilişki olduğu ve SOY düzeyi arttıkça PPD düzeyinin azaldığı bulunmuştur. SOY toplum genelinde diğer hastalıkların tanı, teşhis ve tedavisi, tedaviye uyumun sağlanması gibi pek çok konuda yardımcıdır. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kadınların yüksek oranda doğum travması, hoş olmayan doğum deneyimleri, hamilelik sırasındaki komplikasyonları daha az anlamaları ve artan zihinsel sağlık sorunları yaşama olasılıkları daha yüksektir. Yeterli sağlık okuryazarlığı olmayan kadınlar, postpartum depresyon semptomlarını tanıma ve gerektiğinde tedavi arama

konusunda problem yaşayabilirler. Perinatal dönem ve postpartum dönem gibi anne ve bebeğin sağlığını önemli derecede etkileyen bu dönemde annelerin PPD'ü tanınmaları önemlidir. SOY bu noktada önem kazanmaktadır.

SOY'nın boyutları ve PPD arasındaki neden-sonuç ilişkisini belirlemek için yapılan regresyon analizinde, SOY'nın 4 boyutundan biri olan bilgiye erişim boyutu PPD düzeyini azaltmaktadır. Çalışmamızda kadınların tamamına yakını gebelikte bilgiye erişim için internet kullandığını belirtmiştir. Mirsalimi ve arkadaşlarının 692 katılımcıyla yapmış olduğu çalışmada da kadınların çoğunluğunun internet kullandığı bulunmuştur (Mirsalimi et al., 2020). Bu doğrultuda, doğum öncesi eğitim sınıflarında, perinatal ve postpartum dönem kontrollerde kadınlara PPD belirtileri, risk faktörleri, nedenleri ve tedavisi hakkında eğitici müdahaleler ile bilgi geliştirme ihtiyacı önemli bir yerdedir. Sağlık profesyonelleri de bu dönemde problemleri azaltacak şekilde kadınlara eğitim vermelidir.

6. SONUÇLAR

Postpartum dönem kadınlarda Postpartum Depresyon ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

Çalışmaya katılan postpartum dönem kadınların yaş ortalamasının 26,73 olduğu, çoğunluğunun evli, lise mezunu, çekirdek aile yapısında, herhangi bir işte çalışmadığı ve orta düzeyde geliri olduğu,

Kadınların yarısından fazlasının genel sağlık durumlarının iyi olduğu, yarısına yakınının sağlık hizmetlerine erişiminin ve yaşam kalitelerinin iyi olduğu,

Kadınların yarısından fazlasının doğum öncesi eğitim ve gebe okulları hakkında bilgi sahibi olduğu, yine yarısından fazlasının eğitim almadığı, eğitim alanların ise büyük çoğunluğunun eğitimden memnun kaldığı,

Kadınların tamamına yakınının hamilelikte yapılacak testler hakkında bilgi sahibi olduğu, yarısından fazlasının doğum sonu anne-bebek bakımı hakkında bilgi sahibi olduğu, çoğunluğunun 3 ve üzeri çocuğu olduğu, isteyerek hamile kaldığı, şimdiki doğumlarının yarısından fazlasının kız bebek olduğu, şimdiki doğumlarının sezaryen olduğu, yarısına yakınının doğum şekline doktoru ile karar verdiği, çoğunluğunun abortus geçmişi olmadığı, tamamına yakınının abortus sayısının 1 olduğu, çoğunluğunun küretaj geçmişi olmadığı, küretaj geçmişi olanların çoğunun 1 tane olduğu, tamamına yakınının infertilite tedavisi almadığı,

Kadınların büyük çoğunluğunun bebeğini emzirdiği, anne sütünün faydalarını bildiği, gebelik hakkındaki bilgi kaynağının internet olduğu, hamilelik hakkındaki broşürleri okumadığı,

Kadınların yarısından fazlasının PPD'ü duyduğu, çoğunun PPD'dan endişelenmediği, çoğunun PPD ile ilgili kaynak okumadığı,

Kadınların, %27,4'ünün riskli grup (13 ve üzeri puan), %72,6'sının riskli grupta olmadığı (13 puan altı) olduğu bulunmuştur.

6.1. Katılımcıların PPD toplam puan sonuçlarının incelenmesi;

Eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ve eğitim seviyesi arttıkça PPD puanının azaldığı ($p=0.000$),

Aile tipine göre anlamlı farklılık gösterdiği, çekirdek aile tipine sahip olanların PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0.000$),

Annenin bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ve çalışan annelerin PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0,000$),

Ailenin gelir düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği, gelir düzeyi yüksek olanların PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0,000$),

Genel sağlık düzeyleri hakkındaki düşüncelerine göre anlamlı farklılık gösterdiği, sağlık algısı iyi olanların PPD oranlarının daha düşük olduğu ($p=0,000$),

Sağlık hizmetlerine erişim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, erişim durumu iyi olanların PPD oranlarının daha düşük olduğu ($p=0,000$),

Yaşam kalitesi algısına göre anlamlı farklılık gösterdiği, yaşam kalitesi iyi olanların PPD oranlarının düşük olduğu ($p=0,000$),

Doğum öncesi eğitim ve gebe okulu hakkında bilgi sahipliğine göre anlamlı farklılık gösterdiği, doğum öncesi eğitim ve gebe okulu hakkında bilgi sahibi olanların PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0.001$),

Doğum öncesi eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, doğum öncesi eğitim alanların PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0,000$),

Hamilelikte yapılacak testler hakkındaki bilgi sahipliğine göre anlamlı farklılık gösterdiği, hamilelikte yapılacak testler hakkında bilgi sahibi olanların PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0,000$),

Doğum sonu anne-bebek bakımı hakkındaki bilgi sahipliğine göre anlamlı farklılık gösterdiği, doğum sonu anne-bebek bakımı hakkında bilgi sahibi olanların PPD toplam puanları daha düşük olduğu ($p=0,000$),

Planlı\isteyerek hamilelik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, planlı\isteyerek hamile kalanların PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0,000$)

Doğum şekline göre anlamlı farklılık gösterdiği, normal doğum yapanların PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0.018$),

Doğum şekline nasıl karar verdiğine göre anlamlı farklılık gösterdiği, kendisi araştırıp karar verenlerin PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0,000$),

Bebeğini emzirme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, bebeğini emzirenlerin PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0,000$),

Anne sütünün faydasını bilme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, anne sütünün faydasını bilenlerin PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0.033$),

Hamilelik hakkındaki bilgi edinme kaynağına göre anlamlı farklılık gösterdiği, hamilelik hakkındaki bilgi edinme kaynağı internet olanların postpartum depresyon toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0.005$),

PPD kavramını duyma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, bu kavramı duyanların PPD toplam puanlarının daha düşük olduğu ($p=0,000$),

PPD'dan endişelenme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, PPD'dan endişelenenlerin puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0.001$),

PPD ile ilgili kaynak okuma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, PPD ile ilgili kaynak okuyanların toplam puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.002$).

6.2. Katılımcıların SOY toplam puan sonuçlarının incelenmesi;

Kadınların “sağlık okuryazarlığı toplam” puan ortalamasının $95,383 \pm 17,684$ olduğu, “bilgiye erişim” puan ortalamasının $19,782 \pm 3,941$ olduğu, “bilgileri anlama” puan ortalamasının $26,190 \pm 5,331$ olduğu, “değer biçme değerlendirme” puan ortalamasının $29,673 \pm 6,052$ olduğu, “uygulama kullanma” puan ortalamasının $19,738 \pm 3,732$ olduğu,

SOY toplam puanı ile PPD toplam puanı arasında negatif zayıf düzeyde, bilgiye erişim ile PPD toplam arasında negatif zayıf düzeyde, bilgileri anlama ile PPD toplam arasında negatif çok zayıf düzeyde, değer biçme değerlendirme ile PPD toplam arasında negatif zayıf düzeyde, uygulama kullanma ile PPD toplam arasında negatif zayıf düzeyde korelasyon olduğu,

SOY toplam puanı ile PPD toplam puanı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizinin anlamlı olduğu, SOY'nın PPD'un toplam düzeyini azalttığı ($p=0,000$),

Bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme değerlendirme, uygulama kullanma ile PPD toplam arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizinin anlamlı olduğu,

Bilgiye erişimin PPD toplam düzeyini azalttığı ($p=0,046$), bilgileri anlama düzeyinin ($p=0.468$), değer biçme değerlendirme düzeyinin ($p=0.656$), uygulama kullanma düzeyinin PPD toplam düzeyini etkilemediği ($p=0.466$),

Eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, eğitim seviyesi arttıkça SOY puanının arttığı ($p=0,000$),

Herhangi bir kurumda çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, çalışan katılımcıların SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0,018$),

Gelir düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği, gelir düzeyi yüksek olanların SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0,041$),

Genel sağlık durumları ile ilgili düşüncelerine göre anlamlı farklılık gösterdiği, sağlıkları hakkındaki düşünceleri iyileştikçe SOY düzeyinin arttığı ($p=0,000$),

Sağlık hizmetlerine erişim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği, sağlık hizmetlerine erişim düzeyi arttıkça SOY düzeyinin arttığı ($p=0,000$),

Yaşam kalitesi algısına göre anlamlı farklılık gösterdiği, yaşam kalitesi arttıkça SOY düzeyi arttığı ($p=0,004$),

Doğum öncesi eğitim alma durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, doğum öncesi eğitim alanların SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0.089$),

Postpartum anne-bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olmalarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, postpartum anne-bebek bakımı ile ilgili bilgi sahibi olanların SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0,000$),

Çocuk sayısına göre anlamlı farklılık gösterdiği, çocuk sayısı azaldıkça SOY puanının arttığı ($p=0,000$),

İsteyerek\planlı hamilelik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, isteyerek\planlı hamile kalanların SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0,000$),

Doğum şekline nasıl karar verildiğine göre anlamlı farklılık gösterdiği, kendisi araştırıp karar verenlerin SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0,000$),

Bebeğini emzirme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, bebeğini emzirenlerin SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0,027$),

Anne sütünün faydalarını bilmelerine göre anlamlı farklılık gösterdiği, anne sütü faydasını bilenlerin SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0,000$),

Hamilelik hakkında bilgi edinme kaynağına göre anlamlı farklılık gösterdiği, hamilelik hakkında bilgi edinme kaynağı internet olanların SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0,016$),

PPD kavramını duyma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, bu kavramı duyanların SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0,000$),

PPD'dan endişelenme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, postpartum depresyondan endişelenenlerin SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu ($p=0,001$),

PPD ile ilgili kaynak okuma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, PPD ile ilgili kaynak okuyanların SOY toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,000$).

7. ÖNERİLER

Postpartum dönem kadının hayatında ruhsal ve fiziksel önemli pekçok değişimin olduğu bir dönemdir. Bu dönemde, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilen postpartum depresyonda sağlık okuryazarlığı önemli bir yere sahiptir. Sağlık okuryazarlığı, kadınların postpartum dönemde karşılaşılabilecekleri pek çok problem için erken teşhis olanağı sağlar. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan kadınlar bu dönemdeki önemli değişimleri erken fark eder ve bu erken teşhis ve tedavi için önemlidir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça postpartum depresyon düzeyinin azaldığı görülmektedir. Bu sonuca göre sağlık profesyonellerinin;

- Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemeleri daha sağlıklı ve olumlu gebelik sonuçları getireceğinden, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde postpartum depresyon riskleri, belirtileri, tedavisi konusunda eğitimler vermeleri, destek grupları oluşturmaları, postpartum depresyondan korunma yollarının öğretilmesi,
- Perinatal dönem taramalarında riskli gruptaki kadınları izlemesi,
- Postpartum depresyon risk taramalarının gebelik döneminde yapılan rutin takip içerisinde sağlık politikası olarak yerleştirilmesi,
- Çalışma sonuçlarında bilgiye erişim için internet kullanımının yüksek olduğu bulunmuş olduğundan, bu doğrultuda sağlık profesyonelleri tarafından web tabanlı eğitim programları hazırlanması
- Bu konuda yeterince çalışma olmadığı için daha fazla yapılması önerilmektedir.

8. KAYNAKÇA

Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., & Akbaş, M. (2020). Gebelerde Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler. *İNÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 630–642. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.735467>

Akyuz, A., Seven, M., Devran, A., & Demiralp, M. (2010). Infertility history: is it a risk factor for postpartum depression in Turkish women?. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 24(2), 137-145.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG committee opinion no. 736: optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol*, 131(5), e140-e150.

American Psychiatric Association. American Psychiatric Association DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM, 5*.

American Psychological Association. (2019). Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. *APA, Clinical Practice Guideline*. Retrieved from <https://www.apa.org/depression-guideline>

Astantekin, F. O., Erkal, Y. A., & Sema, Y. D. (2019). The effects and related factors of health literacy status and self-efficacy of pregnant women. *IJCS*, 12(3), 1815.

Audritsh, N. L. (2022). Measuring the impact of health literacy on perinatal depression. *Advances in Family Practice Nursing*, 4(1), 159-172.

Aydın, D., & Aba, Y. A. (2019). Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz-yeterlilik algıları arasındaki ilişki. *DEUHFED*, 12(1), 31-39.

Ayhan Başer, D. (2018). The evaluation of the relationship between postpartum depression and breastfeeding. *Med. J. Ankara*. <https://doi.org/10.17098/amj.461652>

Battaloğlu, B., Aydemir, N., & Hatipoğlu, S. (2012). Depression screening and risk factors for depression in mothers with 0-1 year old babies who admitted to the healthy baby outpatient clinic. *Med. J. Bakirkoy*, 8(1), 12–21. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB201208103>

Bay, F. (2019). Kadınlarda travmatik doğum algısı ve postpartum depresyon ile ilişkisi. *Master's thesis, Esogü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019, 126*.

- Bernard, J. E. R. (2018). Depression: A review of its definition. *MOJ Addict. Med. Ther*, 5, 6-7.
- Bilgiç, D., Demirel, G., & Dağlar, G. (2021). Doğum deneyiminin erken postpartum dönem depresyon riski ile ilişkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Derg*, 10(2), 25-35.
- Brummelte, S., & Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and behavior*, 77, 153-166.
- Çelik, F. H., & Hocaoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Derg*, 6(1), 51-66.
- Çoban, A., Arslantaş, H., Dereboy, F., Ezgi, S. A. R. I., Şahbaz, M., & Kurnaz, D. (2020). Doğuma ilişkin özellikler postpartum depresyon ve maternal bağlanmayı yorduyor mu?. *Life Sciences*, 15(3).
- Çolak, B., Ongun, F., Aras, Ö. S., & Demirkol, M. E. (2021). Gebelik ve doğum sonrası depresyon. *Çukurova Tıp Öğrenci Derg*, 1(2), 43-49.
- Dağlar, Ö. Ş., & Oskay, Ü. (2022). Sağlık okuryazarlığının kadın sağlığı üzerine etkileri: bir sistematik derleme. *İKÜSBFD*, 7(3), 585-595.
- Er Güneri S. (2015). Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *GUSBID*, 4(3), 482-496.
- Ertuğrul, B., & Albayrak, S. (2020). Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemede kullanılacak bazı ölçekler. *Sağlık ve Toplum*, 30(2), 16-22.
- Fonseca, A., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2017). Depression literacy and awareness of psychopathological symptoms during the perinatal period. *JOGNN*, 46(2), 197–208. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.10.006>
- Gümüş, A. B., Keskin, G., Alp, N., Özyar, S., & Karsa, A. (2012). Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *In Yeni Symposium* (Vol. 50, No. 3).
- Güneş, F. (1994). Okur-yazarlık kavramı ve düzeyleri. *AUJFES*, 27(2), 499-507.
- Hadımlı A., Demirelöz Akyüz, M., & Tuna Oran N. (2018). Gebelerin interneti kullanma sıklıkları ve nedenleri. *NWSA Academic Journals*, 13(3), 32–43. <https://doi.org/10.12739/nwsa.2018.13.3.4b0018>
- Howard, L. M., Megnin-Viggars, O., Symington, I., & Pilling, S. (2014). Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. *Bmj*, 349.
- Ilgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *HUHEMFAD*, 151–159. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.966349>
- Karaçam, Z., Çoban, A., Akbaş, B., & Karabulut, E. (2018). Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis. *Health Care for Women International*, 39(7), 821–841. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1466144>
- Karahan, N., Gençalp, N. S., Bingöl, F., Aydın, R., & Benli, A. R. (2017). Postpartum depresyonun bebekle ilişkili risk faktörleri. *KUTFD*, 19(3), 204-213. <https://doi.org/10.24938/kutfd.331954>
- Kaya Zaman, F., Özkan, N., & Toprak, D. (2018). Does depression and anxiety rises in pregnancy? *Konuralp Tıp Derg*, 20–25. <https://doi.org/10.18521/ktd.311793>

- Kilfoyle, K. A., Vitko, M., O'Connor, R., & Bailey, S. C. (2016). Health literacy and women's reproductive health: a systematic review. *Journal of women's health*, 25(12), 1237-1255.
- Kokanalı, D., Ayhan, S., Devran, A., Kokanalı, M. K., & Taşçı, Y. (2018). Sezaryen doğumun postpartum depresyona ve maternal bağlanmaya etkisi. *Çağdaş Tıp Derg*, 8(2), 148-152.
- Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The health literacy of america's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy. NCES 2006-483. *National Center for education statistics*.
- Kroska, E. B., & Stowe, Z. N. (2020). Postpartum depression: identification and treatment in the clinic setting. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 47(3), 409-419.
- McKelvey, M. M., & Espelin, J. (2018). Postpartum depression: Beyond the "baby blues". *Nursing Made Incredibly Easy*, 16(3), 28-35.
- Mirsalimi, F., Ghofranipour, F., Noroozi, A., & Montazeri, A. (2020). The postpartum depression literacy scale (PoDLiS): Development and psychometric properties. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2705-9>
- Nawabi, F., Krebs, F., Vennedey, V., Shukri, A., Lorenz, L., & Stock, S. (2021). Health literacy in pregnant women: A systematic review. *IJERPH*, 18(7), 3847. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073847>
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). The extent and associations of limited health literacy. In Health literacy: a prescription to end confusion. *National Academies Press (US)*.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- O'hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 9, 379-407.
- Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E., & Dinç, H. (2017). Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: a systematic review and meta-analysis. *Archives of psychiatric nursing*, 31(4), 420-428.
- Öztürk, E. U. (2018). Sağlık okuryazarlığı ve önemi.
- Paladine, H. L., Blenning, C. E., & Strangas, Y. (2019). Postpartum care: an approach to the fourth trimester. *AFP*, 100(8), 485-491.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). Doğum sonu bakım yönetim rehberi.
- Sarıyar, S., & Kılıç, H. F. (2019). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan araçlar. *HUHEMFAD*, 6(2), 126-131.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van Den Broucke, S., & Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *EJPH*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *In BMC Public Health* (Vol. 12, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., San Tam, W. W., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 104, 235-248.

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044.

Stafford, J. D., Goggins, E. R., Lathrop, E., & Haddad, L. B. (2021). Health literacy and associated outcomes in the postpartum period at grady memorial hospital. *Maternal and Child Health Journal*, 25(4), 599–605. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03030-1>

Stewart, D. E., & Vigod, S. (2016). Postpartum depression. *NEJM*, 375(22), 2177–2186. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>

Şahin, S., Güler, D. S., Özdemir, K., & Ünsal, A. (2019). Assessment of level of knowledge on childbirth and fear of childbirth among pregnant women. *Med. J. Bakırköy* 15(1), 5–14. <https://doi.org/10.4274/BTDMJB.galenos.2017.20170603015031>

Şayık, D., Arı, S., Kaya, Y., & Kaya Usta, E. (2019). Gebe eğitiminin anne ve babanın anksiyete, depresyon düzeylerine etkisi. *Med. J. Orhangazi*, 41(1), 23–30. <https://doi.org/10.20515/otd.417377>

Şenol, D., Göl, I., & Ozkan, S. (2019). The effect of health literacy levels of pregnant women on receiving prenatal care: a cross-sectional descriptive study. *Int J Caring Sci*, 12(3), 1717-1724

Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., & Akalin, H. E. (2014). Sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları*, 6, 42-47.

Toksoy, H. K., Cesur, B. (2020). The relationship between health literacy and breastfeeding attitude in primiparous women. *IJCS* 13 (3), 1930. www.internationaljournalofcaringsciences.org

Türkoğlu, S. N., Yapalak, A. N. B., Ceyda, A. C. A. R., & Özyıldırım, B. (2022). Postpartum depresyon gelişiminde psikososyal faktörler; bir vaka kontrol çalışması. *Hipokrat Tıp Derg*, 2(2), 14-23.

Vieira, E. de S., Caldeira, N. T., Eugênio, D. S., di Lucca, M. M., & Silva, I. A. (2018). Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: A cohort study. *RLAE*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035>

WEB_1. NIMH internet sitesi. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression> Erişim Tarihi: 30.09.2022)

WEB_2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü internet sitesi. (<https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html#>) Erişim Tarihi:11.01.2023

WEB_3. TÜİK internet sitesi. ([https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastirmasi-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastirmasi-2022-45587)) Erişim Tarihi:11.01.2023).

WEB_4. TÜİK internet sitesi. ([https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastirmasi-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastirmasi-2022-45587)) Erişim Tarihi:11.01.2023).

WEB_5. TÜİK internet sitesi. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2021-45632>) Erişim Tarihi:11.01.2023).

World Health Organization. (2014). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352658>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Wubetu, A. D., Engidaw, N. A., & Gizachew, K. D. (2020). Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia, 2018. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02873-4>

Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., & Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 97, 118-126.

Yakar, B., Gömleksiz, M., & Pirinççi, E. (2019). Health literacy levels and affecting factors of patients who applied to a university hospital polyclinic. *EJFM*, 8(1), 27–35. <https://doi.org/10.33880/ejfm.2019080104>

Yavuz, M. Y., & Bilge, Ç. Annelik hüznünden postpartum depresyon ve psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg* 5(1), 1-10.

Yeşilçınar, İ., Şahin, E., & Mercan, D. (2021). Postpartum dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı ile geleneksel uygulamalara başvurmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *TJKMPC*, 15(3), 594-601.

Yılmaz, E., & Karahan, N. (2019). Gebelikte sağlıklı yaşam davranışları ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik güvenilirliği. *Med. J. Çukurova*, 44, 498–512. <https://doi.org/10.17826/cumj.568118>

Yin, H. S., Dreyer, B. P., Vivar, K. L., MacFarland, S., van Schaick, L., & Mendelsohn, A. L. (2012). Perceived barriers to care and attitudes towards shared decision-making among low socioeconomic status parents: Role of health literacy. *Academic Pediatrics*, 12(2), 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.01.001>

Zhao, X. H., & Zhang, Z. H. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian journal of psychiatry*, 53, 102353.

9. EKLER

EK-1 Bilgi formu

BİLGİ FORMU

Bu anket "**Postpartum Depresyon ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki**"yi ortaya çıkarmak amacıyla planlanmıştır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. **Bu ankette verilecek yanıtlar, kişisel bilgiler, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.**

Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz...

Gülcan BAKAN – Burcu
SAVAŞ

1- Yaşınız

2- Medeni durum

(1) Evli (2) Boşanmış

3- Eğitim durumunuz

(1)İlkokul (2)Ortaokul (3)Lise (4)Üniversite (5)Lisansüstü

4- Aile tipiniz nedir?

(1)Çekirdek aile (2)Geniş aile

5- Çalışıyor mısınız?

(1)Evet(2)Hayır

6- Gelir düzeyiniz nedir?

(1)Düşük (2)Orta (3)Yüksek

7- Genel olarak sağlığınız hakkında ne düşünüyorsunuz?

(1)Çok iyi (2) iyi (3)orta (4)kötü (5)çok kötü

8. Sağlık hizmetlerine erişimde ne kadar zorluk çekiyorsunuz?
(1)Çok iyi (2) iyi (3)orta (4)kötü (5)çok kötü
9. Yaşam kalitenizi genel olarak nasıl algılıyorsunuz?
(1)Çok iyi (2) iyi (3)orta (4)kötü (5)çok kötü
10. Doğum öncesi eğitimler ve gebe okulları hakkında bilgi sahibi misiniz?
(1)Evet (2)hayır
11. Doğum öncesi eğitim aldınız mı?
(1)Evet (2)Hayır
12. Doğum öncesi eğitim aldıysanız memnun kaldınız mı?
(1)Evet (2)Hayır
13. Hamilelikte yapılması gereken testler hakkında bilgi sahibi misiniz?
(1)Evet (2)Hayır
14. Doğum sonrası dönemde yapılması gereken anne ve bebek taramaları hakkında bilgi sahibi misiniz?
(1)Evet (2)Hayır
15. Toplam çocuk sayısı
16. İsteyerek mi hamile kaldınız?
(1)Evet (2)Hayır
17. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?
(1)Kız bebek (2)Erkek bebek
18. Doğum şekliniz nedir?
(1)Normal (2)Sezaryen
19. Doğum şeklinize nasıl karar verdiniz?
(1)Kendim araştırdım (2)Doktorumun etkisiyle (3)Çevremın etkisiyle
20. Düşük geçmişiniz var mı?
(1)Evet (2)Hayır
21. Varsa sayısı.....
22. Küretaj geçmişiniz var mı?
(1)Evet (2)Hayır
- 23.Varsa sayısı.....

24. Kısırlık tedavisi gördünüz mü?

(1)Evet (2)Hayır

25. Bebeğinizi emziliyor musunuz?

(1)Evet (2)Hayır

26. Anne sütünün faydalarını biliyor musunuz?

(1)Evet (2)Hayır

27. Gebelik hakkındaki merak ettiklerinizi hangi yolla öğrenirsiniz?

(1)İnternet (2)Dergi (3)Gazete (4)Televizyon (5)kitap
(6)broşür

28. Gebelik ve doğum sonrası dönem ile ilgili broşürleri okur musunuz?

(1)Evet (2)Hayır

29. Doğum sonrası depresyon kavramını duydunuz mu?

(1) Evet (2) Hayır

30. Doğum sonrası depresyon kavramını duyduysanız bu durumu yaşamaktan endişelendiniz mi?

(1) Evet (2) Hayır

31. Doğum sonrası depresyon ile ilgili bir kaynak okudunuz mu?

(1) Evet (2) Hayır

EK-2 Edinburg postpartum depresyon ölçeği

EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

Son 7 gündür;

1) *Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.*

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek okadar değil
- Artık kesinlikle okadar 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) *Birşeyler 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 çıkamıyorum
- 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

EK- 3 Sağlık okuryazarlığı ölçeği

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı, bu çalışma, sizin sağlık ile ilgili bilgileri okuma ve anlama durumunuzu belirlemek amacıyla yürütülecektir. Soru formunu yanıtlamanız için gerekli süre ortalama 10 dakikadır. Soru formunu eksiksiz doldurmanız çalışmanın doğruluğu yönünden önemlidir. Elde edilen bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Kıymetli zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederiz.

	Hiç zorluk çekmiyorum (5 puan)	Az zorluk çekiyorum (4 puan)	Biraz zorluk çekiyorum (3 puan)	Çok zorluk çekiyorum (2 puan)	Yapamayacak durumdayım (1 puan)
Hastalıklar hakkında bilgiyi bulabiliyor musunuz?					
Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
Sigara içme, şişmanlık gibi riskler hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgi bulabiliyor musunuz?					
Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgi elde edebiliyor musunuz?					
İlaç kutularında bulunan prospektüslerin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenahanelerinde bulunan sağlıkla ilgili tehlikeler hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					

Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
Ev, okul, işyeri, ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
Doktorunuzla ya da eczanızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
Tedavi seçeneklerinin tehlikelerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
Tehlikeli davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
Diğer insanların yaptığı tehlikeli davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
Sağlık yetkilileri, arkadaşlar, aile ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz tehlikelerle ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı					

değerlendirebiliyor musunuz?					
Besinler ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin tehlikelerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personelinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
Eğer isterseniz tehlikeli alışkanlıklarımızı değiştirebiliyor musunuz?					
Sağlıklı ürünlere ulaşabiliyor musunuz?					
Sağlık ile ilgili bilgileri yararınız için kullanabiliyor musunuz?					

EK-5 Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.02.2021-E.14348



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-14348
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülcan BAKAN

İlgi : 27/01/2021 tarihli dilekçeniz. *10.242.5.123*
71

9.02.2021
İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Postpartum Depresyon ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki**" konulu çalışmanız **02.02.2021 tarih ve 03 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan



EK-6 Kurum İzinleri

T.C.
AFYONKARAHİSAR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Komisyon Karar No: 2021/6

Konu: "Postpartum Depresyon ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki" konulu araştırma izin talebinin değerlendirilerek karara bağlanması.

Afyonkarahisar Devlet Hastanesinde hemşire olarak görev yapan ve aynı zamanda Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans yapan Burcu SAVAŞ, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde görevli Dr. Öğr. Üyesi Gülcan BAKAN sorumluluğunda konusu yukarıda belirtilen araştırmayı; Mart 2021- Mart 2022 tarihlerinde Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Lohusa servisinde yatan, Kadın Hastalıkları - Doğum Polikliniğine başvuran ve seçim kriterlerine uyan postpartum kadınlara yönelik yapmak istediği tanımlayıcı araştırma talebi, Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir. Çalışma sırasında Covid-19 pandemi nedeniyle tüm koruyucu tedbirlerin alınması, kişilerin mağduriyetini içeren bilgilerin korunması, kişisel bilgilerinin kullanılmaması şartıyla başvuruda belirttiği süre (Mart 2021 -Mart 2022) içerisinde bitirilmesi uygun görülmüştür.

BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Görev Ünvanı	Personel Adı ve Soyadı	Ünvanı	İmza
Başkan	Op. Dr. Ahmet Murat KOYUNCU	K.H.H. Başkanı	
Üye	Uzm. Dr. Muhammed YEĞİT	K.H.H. Bşk. Yrd.	
Üye	Saadet ZAĞLI	Uzman	

OLUR

Uz.

AZ