

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİLBURG GEBELİK DİSTRESS ÖLÇEĞİ' NİN
TÜRKÇE'YE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

MERVE ERTUĞRUL

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR- 2013

DEU.HSI.MSc-2010970096

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TİLBURG GEBELİK DİSTRESS ÖLÇEĞİ' NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MERVE ERTUĞRUL

1.DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

PROF.DR. HÜLYA OKUMUŞ

2. DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

YAR.DOÇ.DR. MERLİNDALUŞ TOKAT

DEU.HSI.MSc-2010970096

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans programı öğrencisi Merve Ertuğrul'un "Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" adlı Yüksek Lisans tezini 11.01.2013 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



BAŞKAN

Prof.Dr. Hülya Okumuş



ÜYE

Yar.Doç.Dr. Murat Bektaş



ÜYE

Yar.Doç.Dr. Kerziban Yenal

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
ŞEKİL DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
TEŞEKKÜRLER.....	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler	6
2.1.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler	6
2.1.2. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	14
2.2. Gebelik Distress'i.....	17
2.2.1. Gebelik Distress Nedenleri	17
2.2.2. Gebelik ve Stres	19
2.2.3. Gebelik ve Kaygı.....	19
2.2.4. Gebelik ve Depresyon	20
2.3. Gebelik Distress'inin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Önemi	21
2.4. Gebelik Distress'in Doğum Sonrası Döneme Etkisi	22
2.5. Gebelik Distress'i ve Hemşirelik Açısından Önemi	24
2.6. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması	25
2.6.1. Ölçek Uyarlama Çalışmaları.....	27
2.6.1.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi	27
2.6.1.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi	28
2.7. Güvenirlilik	28
2.7.1. Zamana Göre Değişmezlik.	29

2.7.2. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum	31
2.7.3. İç Tutarlılık	31
2.8. Geçerlik	33
2.8.1. İçerik/Kapsam Geçerliği.....	34
2.8.2. Yapı Geçerliği.....	36

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	42
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	42
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	42
3.4. Çalışma Materyali	45
3.5. Araştırmanın değişkenleri.....	45
3.6. Veri Toplama Araçları.....	45
3.6.1. Sosyodemografik Özellikler Formu	45
3.6.2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği	46
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	48
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	50
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	51
3.10. Araştırmanın Etiği.....	51

4.BULGULAR

4.1. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri	52
4.1.1. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri.....	52
4.1.1.1. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Dil Geçerliği	52
4.1.1.2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin İçerik Geçerliği	52
4.1.1.3. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Yapı Geçerliğinin İncelenmesi	54
4.1.1.4. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Açıklayıcı Faktör Analizinin İncelenmesi	54
4.1.1.5. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizinin (DFA) İncelenmesi.....	55
4.1.2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri	58
4.1.2.1. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları	58
4.1.2.2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Madde Analizleri Katsayıları.....	59

5.TARTIŞMA

5.1. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi	63
5.1.1. Dil Geçerliği.....	63
5.1.2. İçerik/Kapsam Geçerliği.....	63
5.1.3. Yapı Geçerliği.....	65
5.2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi.....	67
5.2.1. İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayısı	67
5.2.2. Madde Analizleri.....	68
5.2.3. Hotelling T ² testi ile Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Madde Ortalamaları	69

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar	70
6.2. Öneriler.....	71

7.KAYNAKLAR

72

8.EKLER

EK.1: Ölçeği Geliştiren Araştırmacıdan Alınan İzin Belgesi.....	80
EK.2: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (invaz) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Onayı	81
EK.3: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi.....	84
EK.4: İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan İzin Belgesi.....	85
EK.5: Gebelere Yönelik Bilgilendirilmiş Onam Formu	86
EK.6: Gebelere Yönelik Sosyodemografik Veri Toplama Formu.....	87
EK.7: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği <i>Tilburg Pregnancy Distress Scale</i> Türkçe Formu	88
EK.8: Özgün Tilburg Pregnancy Distress Scale İngilizce Formu	89
EK.9: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin İçerik/Kapsam Geçerliği İçin Görüşleri Alınan Uzmanların Listesi	90

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Ölçekte Güvenirlik Belirleme Yöntemleri	29
Tablo 2: Bir Ölçeğin Geçerliğini Belirleme Yöntemleri.....	34
Tablo 3 : Anlamlılık Düzeyinde KGO'ları için Minumum Değerler ($\alpha=.05$).....	35
Tablo 4: Tilburg Gebelik Distress Ölçeğinin DFA Beklenen Model Uyum İndeksleri	40
Tablo 5: Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	44
Tablo 6: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Alt Boyutları, Madde Sayısı ve Madde Numaraları.....	47
Tablo 7: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Toplam ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları.....	47
Tablo 8: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	50
Tablo 9: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin İçerik Geçerliği'nde Uzman Görüşlerinin İncelenmesi.....	53
Tablo 10: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin DFA ile Faktör Yapısının Uyumunun İncelenmesi.....	56
Tablo 11: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayılarının [Cronbach Alfa(α)] İncelenmesi	58
Tablo 12: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği Madde-Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayılarının İncelenmesi.....	60
Tablo 13: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Alt Boyut Madde Puanları – Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayılarının İncelenmesi.....	62

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Araştırma Planı	49
Şekil 2: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin DFA Grafıksel Gösterimi	57

KISALTMALAR

ACTH : Adrenokortikotrop Hormon

AMOS: Analysis of Moment Structures

CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

CRH: Kortikotropin Serbestleştirici Hormon

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

FSH: Folikül Stimüle Edici Hormon

GFI: Goodness of Fit Index (İyili Uyum İndeksi)

KGO: Kapsam Geçerlilik Oranı

KMO: Kaiser Meyer Olkin

KR- 20, 21: Kuder & Richardson 20, 21

LISREL: Linear Structural Relations

LH: Luteinize Edici Hormon

MI: Modification Index (Modifikasyon İndeksi)

NFI: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)

NNFI: Non-Normed Fit Index (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi)

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)

SPSS: Statistical package for social science

TPDS: Tilburg Pregnancy Distress Scale

YEM: Yapısal Eşitlik Modellemesi

χ^2/df oranı: Ki-kare/serbestlik derecesi oranı

TEŞEKKÜRLER

Mesleki eğitim sürecimde ve çalışmam süresince fikirleriyle önderlik eden, her zaman ilgi ve desteği ile yanımda olduğunu hissettiğim değerli hocam Sayın Prof. Dr.Hülya OKUMUŞ'a,

Tezimde önerileri ile bana yol gösteren Sayın Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN ve

Sayın Yard. Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT'a,

İstatistiksel değerlendirme aşamasında bana zamanını ayıran ve katkılarını esirgemeyen, bilgilerini paylaşarak destek veren Sayın Yard. Doç. Dr. Murat BEKTAŞ'a,

Uzman görüşlerinde önerileri ve değerlendirmeleri ile katkı veren Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi hocalarıma,

Araştırmaya katılan tüm gebelere,

Tez çalışmam süresince her zaman sabır ve sevgisiyle yanımda olan Kamil Çamlıbel'e, motive edici tutumlarından dolayı aileme ve arkadaşlarıma

Teşekkür Ederim...

Merve ERTUĞRUL

İZMİR 2013

ÖZET

TİLBURG GEBELİK DISTRESS ÖLÇEĞİ' NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Merve ERTUĞRUL

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği

merveertugrul@hotmail.com.tr

Amaç: “Tilburg Gebelik Distress Ölçeği” ni (Tilburg Pregnancy Distress) Türkçe’ye uyarlamak üzere geçerlik ve güvenirliğini saptamaktır.

Yöntem: Metodolojik bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini Temmuz - Eylül 2012 tarihleri arasında gebe polikliniğine gelen, sağlıklı, gebeliğe bağlı komplikasyonu olmayan 214 gebe oluşturmuştur. Veriler; gebelere yönelik sosyo demografik bilgi formu ve Tilburg Gebelik Distress Ölçeği (Tilburg Pregnancy Distress) ile toplanmıştır. Bu ölçek; 2 ana alt boyuttan 4’lü likert tipine göre geliştirilmiş bir ölçektir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı/yüzde analizi, cronbach α analizi, korelasyon analizi, yarıya bölme analizi, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, kullanılmıştır.

Bulgular: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği’nin Türkçe versiyonu’nun iç tutarlılık güvenirlik katsayısı .70, olumsuz duygulanım alt boyutu cronbach alfa değeri .66, sosyal(eş katılım) alt boyutu cronbach alfa değeri .71, alt boyut madde puanları-alt boyut toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları .20-.73 arasındadır. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) .718, Barlett testi sonucu $X^2= 571,981$ $p=0.000$ ’dır. Doğrulayıcı faktör analizine göre, ölçeğin model uyum indeksleri $\chi^2(102, N=214)=159.15$, RMSEA=0.051, GFI=0.91, CFI=0.92 ve NNFI= 0.90 olarak saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği’nin Türkiye’de gebelerin distresslerini değerlendirmede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Bu ölçek, gebelik döneminde yaşanan psikososyal sorunların saptanmasını sağlaması nedeniyle önemli bir ölçektir. Gebe izlemi yapan ebe ve doğum hemşirelerinin gebe kadınlara verecekleri bakımları planlamasında yol gösterici olarak kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Ebelik, Hemşirelik, Distress, Geçerlik, Güvenirlik

ABSTRACT

ADAPTATION OF TILBURG PREGNANCY DISTRESS SCALE INTO TURKISH: RELIABILITY AND VALIDITY TEST

Merve ERTUĞRUL

Dokuz Eylül University Institute of Health Sciences

Obstetric and Women's Health Nursing Department

merveertugrul@hotmail.com.tr

Aim: The aim of this study is to test reliability and validity of Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS).

Methodology: It is a methodological study. Research sample consisted of 214 pregnant women who resorted to the obstetric out patient clinic between July and September 2012, were healthy and did not have any complications related to the pregnancy. Data were collected through socio-demographic information form and TPDS. This scale contains 2 main subscale and it is a four point likert type scale. In evaluation of the data paired simple t test, correlation, cronbach alpha, split-half analysis, exploratory and confirmatory factor analyses were used.

Results: Internal consistency reliability coefficient of the TPDS is .70, negative affect subscale cronbach alpha value of .66, social (partner involment) subscale Cronbach alpha value of .71, while correlation coefficients between subscale item scores subdimension total scores vary between .20-.73. As a result of explanatory factor analysis Kaiser-Meyer-Olkin coefficient (KMO) .718, Barlett test result $X^2 = 571.98$, $p = 0.000$. At the end of confirmatory factor analysis, model fit indexes were determined as $\chi^2(102, N=214)=159.15$, RMSEA=0.051, GFI=0.91, CFI=0.92 ve NNFI= 0.90.

Conclusion and Recommendations: It was concluded that TPDS is a valid and reliable scale that can be used to determine distresses of pregnant women in Turkey. This is an important scale as it determines psycho-social problems experienced during pregnancy. It is recommended that this scale be used as a guide by midwives and obstetric nurses performing pregnancy follow-up in planning the care to be provided to pregnant women.

Keywords: Pregnancy, Midwifery, Nursing, Distress, Validity, Reliability

1.GİRİŞ VE AMAC

1.1.Problemin tanımı ve önemi

Gebelik ve doğum kadının yaşam sürecinde fizyolojik bir olay olarak görülmekle birlikte gebe ve ailesi için ciddi biyo psikososyal uyum gerektiren bir yaşam dönemidir (Oskay, 2004; Glazier ve ark., 2004; Yali ve Lobel, 1999). Literatürde gebelik dönemi, kadın ve ailesi için değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak tanımlanmaktadır. Çünkü kadınlar fiziksel durumlarında, işlerindeki ve ailelerindeki rollerinde, bazen duygularında ve anneliğe karşı tutumlarında değişiklik yaşarlar.

Gebeliğe özgü distress: fetüsün sağlığı, gebeliğe bağlı fiziksel semptomlar, ebeveyn ilişkileri, diğer kişiler ile ilişkiler, vücuttaki değişiklikler doğum ve doğum eylemini içeren gebelik, bebeğin sağlığı ile ilgili maternal korku ve endişeleri ifade eder (Yali ve Lobel, 2002; Alderdice ve Lynn, 2011).

Birçok kadının gebeliklerinde özellikle fiziksel değişiklikler, ebeveynlik yeterliliği, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum sancısı ve doğum endişeleri, bebeğin bakımı ile ilgili ve tıbbi sorunlar sebebiyle gebeliğe bağlı durumlardan kaynaklanan belli ölçüde distress yaşadığını saptayan çalışmalar bulunmaktadır (Kılıçarslan, 2008; Yali ve Lobel, 1999; Okanlı ve ark., 2003; Glazier ve ark., 2004; Lobel ve ark., 2008).

Sunal ve Demiryay (2009) tarafından yapılan çalışmada 180 gebeye gebelik ile ilgili fiziksel ve emosyonel yakınmaları sorulmuştur. Çalışmaya katılan gebelerin %58,9'u gereksiz yere sinirlendiğini, %56,7'sinde gebelik ve doğum hakkında fazla endişelendiğini, %35'i kendini karamsar ve kötü hissettiğini, %32,8'i kendini enerjik ve çok mutlu hissettiğini, %28,9'u ise kendisini yalnız hissettiğini ifade etmiştir (Sunal ve Demiryay, 2009).

Furber ve ark (2009) gebelik izlemleri sırasında psikolojik rahatsızlık ifade eden 24 gebe kadınla yapmış oldukları kalitatif çalışmada psikolojik rahatsızlık nedenlerinin geçmiş yaşam ve doğurganlık deneyimleri ve şu anki gebelik ile ilgili endişeleri içerdiğini saptamışlardır (Furber ve ark., 2009).

Gebelerde fizyolojik değişikliklerle birlikte hızlı hormonal değişimler yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görülmektedir. Yaşanan bu kriz dönemi gelişimi sağlayacağı

gibi uyum güçlüğü yaratan bir sorun haline de gelebilir. Eğer sorun çözülmezse, emosyonel baskılar artmaya devam eder, kişi kaygı, anksiyete ve depresyon yasar (Taşkın, 2011). Antenatal dönemde bu rahatsızlıklar daha yaygındır (Furber ve ark., 2009). Bu gebeliğe özgü Distress'in psikolojik etkileri gebelik sırasında ortaya çıkan hormonal değişikliklerle birleşerek büyüyebilir ve trimesterlere göre şiddeti değişiklik gösterir (Glazier ve ark., 2004). Bu dönemde görülen finansal, duygusal, psikolojik distress bireysel olarak aileleri ve genel olarak da toplumu etkiler (Taskın, 2011).

Gebelikte maternal distress fetal gelişim için önemli bir faktördür ve gebelik sırasında yaşanan psikososyal, kültürel ve çevresel streslerin doğum sonuçlarına ve bebeğin sağlığına zararlı olabileceğine dair literatürde kanıtlar vardır. Gebelik distressi fetal kalp hızında değişikliklere, düşük apgar skoruna, emme problemlerine, fetal ölüme, düşük doğum ağırlığına, anne baba bağlanmasının gecikmesine, preeklampsi, plesental anormallikler, erken doğum, fetal distress, acil sezeryana neden olabilir (Çalık ve Aktaş, 2011; Akbaş ve ark., 2008). Türkiye de gebelikte distress düzeyi sıklıkla algılanan stres ölçeği, Edinburg depresyon skalası, Beck Depresyon Ölçeği gibi genel stres ölçekleri kullanılarak değerlendirilmektedir. Gebeliğe karşı pozitif duygusal cevapları içermeyen gebeliğe özgü distress ölçümü distress düzeyini abartmış olabilir veya Distress'in doğru seviyesini göstermeyebilir. Gebeliğe özgü distressi ortaya çıkaran ölçümler hem gebelik deneyimleri ile ilgili pozitif hem de negatif değerlendirmeleri içermelidir (Dipietro ve ark., 2004; Pop ve ark., 2011).

Ülkemizde, gebeliğe özgü rahatsızlığı sistematik ve derinlemesine ölçen bir araç bulunmamaktadır. Literatür taraması sonucu elde edilen Tilburg Gebelik Distress Ölçeği gebeliğe özgü olması, stres faktörlerini belirlemeye yönelik olması, kısa olması, 10-12 dakikalık bir sürede doldurulabilir olması, eş katılımını da içermesi, her trimesterde kullanılabilir, kolay, anlaşılabilir olması, gibi önemli özellikleri içeren bir ölçek olduğu saptanmıştır.

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği Victor JM Pop ve arkadaşları tarafından Hollanda'da (2011) geliştirilmiştir. Araştırma iki aşamada yapılmıştır. İlk aşamasında çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden 295 kadınla araştırmayla ilgili faktör ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. İkinci aşamasında ise çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden 304 kadınla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Her bir aşamada yer alan bayanlar benzer özelliklere sahip olarak

planlanmıştır. Ölçek 16 maddeden ve 2 ana alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipine (0=sık sık, 1= oldukça sık, 2= zaman zaman, 3=nadiren veya hiç) göre hazırlanmıştır. Puanlanmasında 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. maddelerin puanları ters çevrilerek yorumlanmaktadır (Pop ve ark., 2011).

Belli bir kültür için hazırlanmış bir ölçeğin, farklı kültür ya da farklı dillere çevrilerek kullanılabilmesi için psikolinguistik ve psikometrik özelliklerinin (geçerlik, güvenirlik) incelenmesi gerekmektedir (Ercan ve Kan, 2004; Gözüm ve Aksayan, 2002). Geçerlik, ölçme aracının ölçülmek istenen özelliği doğru ve tam olarak ölçebilmesidir. Güvenirlik ise ölçme aracının ölçülen özelliği tutarlı ve hep aynı şekilde ölçebilme özelliğidir (Ercan ve Kan, 2004; Gözüm ve Aksayan, 2002; Eser ve Baydur, 2007). Ölçek uyarlamanın avantajı, uluslararası yayınlarda yeterince tanınan, üzerinde bilgi birikimi bulunan bir ölçeği, kültürel ve ulusal değerlendirme aracı olarak özgün ölçeğe denk bir ölçek kazandırma olanağı vermesidir. Diğer bir avantajı da araştırmacıların yeni bir ölçek hazırlamakla geçireceği süreyi kısaltmak, alanındaki kuramsal ve uygulamalı çalışmalara ayıracağı zamanı arttırmak ve araştırmacıya iletişim kolaylığı ve karşılaştırılabilir bilgi sağlamaktır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Sonuç olarak; sağlıklı gebelik ve doğum sonrası dönem için, gebelik süresince her trimestere özgü değişikliklerin bilinmesi ve bu değişikliklere uyumun geliştirilmesi önem kazanmaktadır. Prenatal sağlık bakım vericileri gebelere şimdiki gebelikleri, doğum ve annelikle ilgili duygularını ifade etmelerini sağlamalı, korku, endişe, yüksek düzeyde stres ifade eden primipar ve multipar gebelere uygun yaklaşımlar göstermelidir. Ebe, hemşire ve doktorlar gebeyi fiziksel ve psikolojik yönüyle iyi değerlendirebilmelidir ve gebelik distress belirtileri ve etkin tarama yöntemlerini bilmeli ve bu yöntemleri uygulayabilmelidir. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin de tarama yöntemi olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın amacı

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesidir.

2.GENEL BİLGİLER

Gebelik, döllenme ile başlayan ve doğum eylemi ile sona eren, annenin ve fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmeyi amaçlayan ve doğum eylemi için gebe ve fetüste fizyolojik, anatomik, psikolojik değişikliklerin meydana geldiği bir dönemdir. Bu dönem kadının yaşam sürecinde fizyolojik bir olay olarak görülmekle birlikte gebe ve ailesi için ciddi biyo psikososyal adaptasyon gerektiren bir yaşam dönemidir (Yali ve Lobel, 1999; Oskay, 2004; Glazier ve ark., 2004; Arslan, 2010).

Gebelik dönemi ve doğum eyleminde görülen nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak derecede fazladır (Akbaş ve ark.2008; Çalık ve Aktaş 2011; Oskay 2004).

2.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler

2.1.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler

İnsan vücudu, gebeliğe adaptasyon için, fertilizasyondan hemen sonra başlamak üzere önemli fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişiklikler geçirir. Gebelikte ortaya çıkan bu maternal fizyolojik değişiklikler uterus içinde gelişen fetusun gelişmesini ve besin ihtiyaçlarını karşılamak, genital yollarda doğum için gerekli değişimleri hazırlamak ve laktasyon döneminde bebeğin bir süre daha beslenmesini sağlamak içindir. Meydana gelen bu değişiklikler doğumdan sonraki ilk 6-8 hafta içinde normale döner (Leveno, 2004).

Gebelik, kadının vücudunda uterusun ağırlığında artış, serviks, vulva ve vajinanın kanlanımının artması, memelerde büyüme, kilo artışı, kan hacmi ve eritrosit sayısında artış gibi başta genital sistem olmak üzere tüm sistemlerde değişikliğe neden olur (Leveno, 2004; London ve ark., 2003; Gilbert ve Harmon, 2002; Littleton ve Engebretson, 2002; Pıllitteri, 1999).

Üreme Sistemindeki Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik süresince üreme sistemindeki değişiklikler genelde damarlaşmada ve hormon yapımındaki artış ile ilişkilidir. Gebelik sırasında salgılanan hormonların ve içinde büyüyen fetus ve eklerinin etkisi ile uterusta önemli değişimler görülür. Estrojen ve progesteronun düz kas lifleri ve endometrium üzerine olan etkisinden dolayı, kas liflerinde endometrium

dokusunda hipertrofi ve hiperplazi görülür. Düz kas lifleri boy ve sayıca artarken, endometriumda kalınlaşır. Bu sırada uterus kan damarlarının, sinir ve lenflerin ölçülerinde de büyük miktarlarda artma gözlenir. Böylece 7-9 cm boyunda, 60 gr. ağırlığında olan uterus, gebeliğin sonunda 32 cm boyuna ve 1000 gr. ağırlığına ulaşır (Reeder ve ark., 1997; Taşkın, 2011).

Serviksin, gebelikte estrogen ve progesteron hormonlarının etkisi ile kanlanması artar ve yumuşar. Servikte siyanoz ve ödem vardır. Servikal kanal, progesteronun etkisi ile gebelik süresince servikal glandların salgıladığı muköz tıkaç ile dolar. Böylece uterusun içi ve dışı arasında bir bariyer oluşarak, fetus dış ortamdan korunmuş olur (Gilbert ve Harmon, 2002; Taşkın, 2011). Gebelik sırasında ovulasyon geçici olarak durur. Gebeliğin erken dönemlerinde koryonik villilerden salgılanan Human Chorionic Gonadotropin (HCG) etkisi ile, korpus luteum gelişmeye devam eder ve gebeliğin devamı için gerekli olan progesteron ve estrogen hormonlarını salgılar. Üçüncü ayda plasenta gelişerek bu hormonların yapımını üstlenir. Böylece korpus luteum gerileyerek korpus albicans adını alan fibröz bir bağ dokusuna dönüşür (Leveno ve ark., 2005; Taşkın, 2011).

Vajinanın gebelikte, over hormonlarının etkisi ile damarlaşması dolayısıyla kanlanması artar, mor ve ödemli görünür ve kas tabakası hipertrofiye uğrar, mukoza kalınlaşır, konnektif doku gevşer ve böylece vajina doğuma hazırlanır. Vajinal akıntı koyu ve beyaz-sarı renktedir. Vajinal epiteldeki laktobasillerin glikojenden laktik asit üretmeleri sonucu, vajen pH'sı düşer ve asit bir ortam oluşur. Böylece patojen mikroorganizmalara karşı direnç artar. Gebelikte vulva ve perinede damarlaşmanın artması ve gelişen uterusun baskısı ile varislere eğilim artar (Pillitteri, 1999; Taşkın, 2011).

Deri Değişiklikleri

Gebeliğin yarısından sonra pigmentasyon görülür. Özellikle yüzde oluşan pigmentasyon, gebelik maskesi (chloasma uterinum) şeklinde kendisini gösterir. Abdominal derinin orta hattı belirgin bir biçimde pigmente olarak kahverengimsi siyah bir renk alır ve linea nigra'yı oluşturur. Gebeliğin daha sonraki aylarında abdomen üzerindeki deride çoğunlukla kırmızimsı hafif çöküntülü çizgiler oluşur. Bu stria gravidumlar gebe kadınların yaklaşık yarısında görülür. Bazen abdomen duvar kasları aşırı gerilime karşı koyamazlar ve

rektus kasları orta hatta ikiye ayrılarak diastasis rektiği oluştururlar (Gilbert ve Harmon, 2002).

Artan estrogen nedeni ile meme duktuslarında hipertrofi, artan progesteron nedeni ile ise areolar artış görülür. Meme gerilmiş, cildi parlaklaşmış, meme başı pigmentasyonu artmış, koyulaşmış, areola belirginleşmiş ve meme başı incelmıştır (Taşkın, 2011; Kimya ve Cengiz, 1996).

Kardiovasküler Sistemdeki Fizyolojik Değişiklikler

Gebelikte en önemli değişiklikler kardiovasküler sistemde görülür. Bunların en önemlisi kalbin fonksiyonel kapasitesinde, renal ve uterin kan akımında artmanın olmasıdır. Gebelikte tüm vücut sıvıları artar. Kan volümü gebeliğin 6-8. haftalarından itibaren artmaya başlar ve 30-34. haftada en üst seviyeye ulaşır. Daha sonra doğuma kadar aynı düzeyde kalır. Normal bir gebelikte kan hacmi 1600-1700 ml artar. Kişiden kişiye bu miktar değişmekle birlikte ortalama gebelik öncesi değerin %40-50'si oranında artış görülmektedir. Artan kan miktarının çoğu plazmadır. Plazma 1300 ml artarken, eritrosit hacmi sadece 400-450 ml artar. Bu da gebelikte fizyolojik anemi oluşmasına neden olur (Leveno ve ark., 2005; Taşkın, 2011).

Arteriyel kan basıncında minör değişimler olmasına rağmen, venöz basınçta özellikle bacaklarda önemli değişimler olur. Sırtüstü pozisyonda femoral venöz basınç gebeliğin erken dönemlerinde 90 mm Hg iken, term'de 240 mm Hg'ye ulaşır. Nedeni, büyüyen uterusun vena cava inferiora ve büyük venlere yaptığı basıdan dolayı venöz dolaşımın engellenmesidir. Buna bağlı olarak kalbe dönen kan miktarında azalma ve uterus dolaşımında yetersizlikler oluşur. Bu nedenle son aylarda vena cava inferioru serbest bırakmak amacıyla gebelere dinlenirken ya da uyurken sol yan pozisyonda yatması önerilir (Kimya ve Cengiz, 1996; Taşkın, 2011).

Gebelikte kardiyak outputta (kalp çıkış hacmi) artma olur. Normal bir kadında kardiyak output 4.5-5.5 ml/dak iken, gebelikte 1.5 ml/dak daha yükselir. Kardiyak outputtaki artma hem kalp atım sayısında, hem de atım hacmindeki artma ile ortaya çıkar. Kardiyak outputtaki artmanın nedeni, gebelikte oksijen gereksiniminin, kan volümünün ve daha çok uterus olmak üzere damar yatağı boyutlarının artmasıdır. Kardiyak outputtaki artış gebeliğin 10-34. haftalarında ortaya çıkar ve %25-40 oranındadır. Gebeliğin 38.haftasına doğru azalır, 40. haftada normal düzeye iner. Doğumdan sonra tekrar yükselir. Gebelikte kalp atım hızı ise

CO₂ parsiel basıncındaki düşmenin rol oynadığı düşünülür. Fizyolojik dispne görülür (Taşpınar, 2008).

Üriner Sistemdeki Fizyolojik Değişiklikler

Gebelikte her iki böbrekte yaklaşık %30 hacim artışı olur. Bu artış böbreklerin boyut olarak artışına bağlıdır. Her böbreğin uzunluğu yaklaşık 1-1.5 cm artar. Renal pelvis 10 ml'lik normal hacminden 60ml'lik hacme ulaşır (Cengiz ve Kimya, 2001; Kimya ve Cengiz, 1996). Aynı zamanda sağ tarafta daha fazla olmak üzere üreterler uzamış, genişlemiş ve daha kıvrımlı bir hal almıştır. Bu değişiklikler üreterlerde idrar akımının yavaşlamasına ve üriner enfeksiyona yatkınlığın artmasına neden olur. Üreterlerde oluşan değişikliklerin nedenleri, progesteron hormonunun üreter düz kaslarına gevşetici etkisi, ovarian venin pelvis girimi hizasında üreterlere bası yapması, uterusun genellikle sağa dönmesi (%80) ile sağ üretere bası yapmasıdır. Glomerular filtrasyon hızı gebeliğin erken aylarından itibaren yaklaşık %50 artar ve bu durum gebeliğin sonuna kadar devam eder. Glomerular filtrasyon hızının reabsorbsion hızından fazla olması gebelikte glikozüri görülmesine neden olur. Gebelikte üro-genital sistemdeki değişikliklere bağlı olarak sık idrara çıkma, renksiz ve kokusuz vajinal akıntıda artma şikâyeti yaşanmaktadır. Sık idrara çıkma; gebelikte yaygın olarak görülen bir durumdur. Gebeliğin ilk trimesterinde uterusun büyüyerek mesaneye baskı yapması sonucu meydana gelir. II. trimesterde uterusun abdominal kaviteye yükselmesiyle bu rahatsızlık azalır. Son trimesterde ise fetusun prezentasyona başlamasıyla mesaneye baskı yeniden başlar ve sık idrara çıkma şikâyeti görülür. Ayrıca pelvik yapılardaki vasküler dolgunluk ve hormonal değişiklikler de sık idrara çıkmaya neden olabilir (Taşkın, 2011; Leveno ve ark., 2005; Kimya ve Cengiz, 1996).

Gastrointestinal Sistemdeki Fizyolojik Değişiklikler

Sindirim kanalındaki değişimler, gebelikte erken başlar ve başlıca yükselen progesteron düzeylerine bağlıdır. Hormon artışı ve büyüyen uterus nedeniyle tüm sistemde motilite azalır. Tükrük sekresyonu artabilir (pityalizm), tükrük daha asidiktir ve bazen diş çürümelerini arttırabilir. Gebelikte diş çürümeleri dişlerde kalsiyum eksikliğine bağlı değildir. Hatta dental kalsiyum stabildir ve kemik kalsiyumu gibi gebelikte mobilize olmaz. Diş etleri hiperemik ve hipertroftiktir; çoğunlukla oldukça süngerimsi ve hassastırlar, kolayca

kanayabilirler. Bu artmış sistemik östrojene bağlı olabilir (Taşkın, 2011; Kimya ve Cengiz, 1996).

Gebelikte özofagus motilitesi genellikle gebe olmayandan farklı değildir ancak alt özofagus sfinkter basıncının gebeliğin erken dönemlerinden itibaren gittikçe azaldığı gösterilmiştir. Bu basıncın azalması gebelikte mide yanması (pyrozis) şikâyetinin esas nedenidir (Ersoy, 2000; Taşkın, 2011).

Uterus büyürken mide yukarı itilir, kalın ve ince barsağın büyük bir kısmı yukarı ve yanlara doğru yer değiştirir. İnce barsak motilitesi azalmıştır. Demir ve kalsiyum absorpsiyonu gebelik öncesine oranla artmıştır. Kolon motilitesi azalmış, su absorpsiyonu artmıştır. Gebelik sırasında hemoroidler oldukça yaygındır. Buna büyük ölçüde büyümüş uterus seviyesinin altındaki damarların yükselmiş kan basıncı ve konstipasyon neden olur (Taşkın, 2011; Gilbert ve Harmon, 2002).

Kas-İskelet Sistemideki Fizyolojik Değişiklikler

Gebelikte salınan östrojen ve relaksin konnektif dokuyu etkileyip ligamentleri gevşeterek eklem hiperмобиilitiesine yol açar. Pelvik eklemlerin fibröz ligamentlerinde özellikle belirgin olan bu gevşeme, bu eklemleri yaralanmaya açık hale getirir. Gebeliğin son trimesterinde, artan ligament esnekliğine rağmen el ve ayak bilek eklemlerinin hareketliliği azalır. Bu durum, eklem çevresindeki konnektif dokudaki su tutulumuna bağlıdır (Taşkın, 2011).

Uterusun büyümesi sonucu vücudun ağırlık merkezinin değişmesi kadının postürünü etkiler. Pelvik ve abdominal bölge artan vücut ağırlığını karşılamak amacıyla lomber lordoz artar. Gebelikte meydana gelen kas-iskelet sistemi problemleri ana hatlarıyla şu şekilde sıralanabilir. Bel ağrısı, sırt ağrısı, abdominal kaslarda zayıflama, sinir kompresyon sendromları (karpal tunel sendromu, unlar sinir kompresyonu), pelvik taban disfonksiyonu (Taşpınar, 2008).

Endokrin Sistemdeki Fizyolojik Değişiklikler

Hipofiz ön lobunda belirgin bir hipertrofi meydana gelir. plasenta kaynaklı östrojen ve progesteron hormon düzeyinin yüksek oluşu nedeniyle FSH (Folikül Stimüle Edici Hormon) ve LH (Luteinize Edici Hormon) ın salgısı minimal düzeye iner. Buna karşın ACTH

(Adrenokortikotrop hormon) düzeyleri artar. Arka lobda hipertrofi görülmez. Salgılanan oksitosin ve vazopressin, gebelik boyunca plasenta ve kandaki bazı enzimlerle (Oksitokinaz fermenti) ve progesteron hormonu inaktive edilirler. Prolaktin salgısı artmıştır. Tiroid belli bir düzeyde hipertrofiye uğrar. Total tiroksin (T4) ve Total triiyodotironin (T3) yükselir. Paratiroid bezler de hiperplazi ve hipertrofiye uğrar. Parat hormon salgısında artma vardır. Pankreas da belli bir büyüme dikkati çeker. Langerhans adacıkları genişler ve hiperinsülinemi oluşur. Gebelik süresince adrenal bezin büyüklüğünde değişiklik olmaz. Progesteronun natriüretik etkisini karşılamak için aldosteron sekresyonu belirgin olarak artar. Total ve serbest kortizol iki ya da üç kat artar (Taşkın, 2011).

Metabolik Değişiklikler

Hızla büyüyen fetus ve plasenta ve bunların artan ihtiyaçlarına yanıt olarak, gebe kadın çok sayıda ve yoğun metabolik değişiklikler geçirir. Postnatal yaşamda başka hiçbir fizyolojik olay böylesine belirgin metabolik değişikliklere neden olmaz (Leveno ve ark., 2005). Gebeliğin ilk üç ayında basal metabolizmada değişiklikler görülmez. Gebelik ilerledikçe, özellikle son üç ayda basal metabolizma hızında %20 artış olur (Taşkın, 2011).

a) Kilo Alımı: Gebelikte meydana gelen kilo artışının büyük bir kısmı uterus ve bileşenlerine, memelere, kan hacmindeki ve ekstrasvasküler ekstrasellüler sıvıdaki artışa bağlıdır. Meydana gelen kilo artışının küçük bir kısmı maternal rezervler olarak da adlandırılan, hücresel sıvı ve yeni yağ ve protein depolarındaki artışa neden olan metabolik değişiklikler sonucunda oluşur. Kilo artışını ortalama 12,5 kg olarak bildirilmiştir. Gebelikte kilo artışı, fetusa ve anneye ait organların büyümesine, annede yağ ve protein depolanmasına, kan ve hücrelerarası sıvı hacminin artmasına bağlı olarak gelişir. Gebelikte alınan kiloların ortalama 400 gr. göğüslerde, 950 gr. uterusu, 650 gr plasenta, 3.5-4 kg. amniyotik mayı ve fetusa, 3-4 kg. cilt altı yağ ve protein deposuna, 1.5-2.0 kg. hücrelerarası sıvıya aittir. Gebelikte enerji ihtiyacı, kadının ölçüleri ve aktivitesi ile ilgilidir. Günlük diyet normalde 300 kaloringin eklenmesinin yeterli olacağı bilinmektedir. Bu ek kalori, aktiviteleri normal olan bir kadın için gebelik süresince normal kilo artışı sağlayacaktır. Normal bir gebelikte 20. hafta civarında ortaya çıkan hızlı kilo artışı, su retansiyonu ve muhtemel preeklamsiye işaret eder. Gebelikte kilo artışının 9 kilonun altında olması veya 15 kilonun üzerinde olması istenmez. Çünkü gebelikte normalin altında kilo alma, fetusta intrauterin gelişme geriliğine, normalden fazla kilo alma ise annede preeklamsiye, zor doğum eylemine ve doğum sonu

kanamalara eğilimi artırır. Gebelikte artmış mukopolisakkaridler nedeniyle deri altı ve kollagen dokularda ödem daha fazladır. Ancak normal kabul edilebilecek ödeme kan basıncı yüksekliği ve proteinüri eşlik etmez (Taşkın, 2011; Leveno ve ark., 2005; Taşpınar, 2008)

b) Karbonhidrat Metabolizması: Gebeliğin erken dönemlerinde anne dolaşımında glukoz konsantrasyonu düşer, bu nedenle enerji için yağlar kullanılır. İlk aylarda bulantıya bağlı beslenmesinin azalmasıyla hipoglisemiye yatkınlık daha da artar ve yağların kullanılması hızlanır. Gelişen bir hipoglisemiyi anneler baygınlık hissi olarak açıklarlar. Bu durum anne dolaşımında glikoz ve aminoasitlerin fetusa sürekli çekilmesiyle açıklanmaktadır. Sürekli beslenen fetusa karşı anne aralıklarla beslenmekte, yemek aralarında enerji için yağlar kullanılmaktadır. Bu nedenle gebelikte sık aralarla ve yeterli karbonhidratla beslenilmesi önerilir. Gebelikte anne glikozunu dengeleyecek bu önlemden başka, plasental laktojenik hormon da anne insulini duyarsız hale getirerek, fetusun sürekli çektiği glikozun anne kanında dengelenmesini sağlar (Taşkın, 2011; Reeder ve ark., 1997; Pillitteri, 1999).

c) Protein Metabolizması: Gebelikte ortalama 1000 gr. protein depolanır. Bu proteinlerin yarısı fetus ve plasentada, diğer yarısı annenin göğüslerinde, uterus ve kan dokularında depolanır. Depolanan bu proteinler doğumda, involüsyon sürecinde, laktasyonda ve loşia ile kaybedilen nitrojeni karşılamak üzere kullanılır. Gebelikte kan volümünün artmasına bağlı plazma proteinlerinde nisbi bir azalma görülür. Bu durum onkotik basıncı düşürür ve intravasküler sıvının doku arasına kaçmasına neden olur (Taşkın, 2011; Reeder ve ark., 1997).

d) Yağ Metabolizması: Gebelik, ketozise yatkınlıkla karakterizedir. Çünkü anne glikozu sürekli olarak fetus tarafından çekilmekte ve enerji için yağlar mobilize olmaktadır. Yağ asitlerinin oksidasyonundaki artma sonucu karaciğerde hızlandırılmış ketogenezis ortaya çıkar, böylece gebelikte “ketonemia” gelişir. Anne dolaşımında artan keton cisimleri fetus tarafından alınması, fetusun sinir gelişimini bozar. Bu nedenle gebelerin küçük, sık ve yeterli karbonhidrat içeren öğünlerle beslenmesi önerilir (Taşkın, 2011; Reeder ve ark., 1997).

e) Sıvı ve Elektrolit Metabolizması: Artmış su tutulumu gebeliğin normal fizyolojik bir değişikliğidir. Termde fetus, plasenta ve amniyon sıvısının su içeriği 3,5 litre civarındadır. Diğer 3 litre annenin kan hacmi, uterus ve meme boyutlarındaki artış sonucu birikmektedir. Böylece ortalama bir kadının gebelik boyunca tuttuğu ekstra suyun minimum değeri ortalama

6,5 litredir (Leveno ve ark., 2005). Özellikle gün sonunda görülen, bilek ve ayaklardaki gide bırakan ödemin gebe kadınların büyük çoğunluğunda görülmesiyle açıkça izah edilebilir. Bir litre civarında olabilen bu sıvının toplanması, uterus altındaki seviyede venöz basınç artışı nedeniyle vena kavanın kısmi tıkanıklığı sonucu oluşur. Normal gebeliğin neden olduğu interstisyel kolloid ozmotik basınçta meydana gelen azalma da gebeliğin son dönemlerinde ödemi kolaylaştırıcı bir faktördür (Leveno ve ark., 2005). Gebelikte kalsiyum ve fosfor ihtiyacı artar. Ancak normal bir diyet bu artan ihtiyacı karşılar. Artan anne eritrositlerinde ve fetusta hemoglobin sentezi için demir ihtiyacı da artmıştır. Bunun yanında fetus ortalama 375 mg. demir deposu ile doğar. Fetusun karaciğerlerinde depolanan bu demir, doğumdan sonraki ilk aylarda yenidoğan tarafından kullanılır. Bu nedenle gebelikte II. trimesterden itibaren demir preparatları alınması önerilir (Taşkın, 2011).

2.1.2. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik bir geçiş ve adaptasyon süreci olarak da değerlendirilebilir çünkü kadınlar fiziksel durumlarında, işlerindeki ve ailelerindeki rollerinde, bazen duygularında ve anneliğe karşı tutumlarında değişiklik yaşarlar. Bir kadının gebeliğiyle ilgili duyguları gebelikten keyif alma veya rahatsızlık duyma arasında gider gelir (Yali ve Lobel, 1999; Glazier ve ark., 2004). Bu nedenle kadınlar, gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yük hissi gibi olumsuz ruhsal duygulanımlar ve duygusal dalgalanmaların da yaşanabileceği bir uyum dönemi olarak da görebilmektedir (Yali ve Lobel, 1999; Çalık ve Aktaş 2011, Kılıçarslan, 2008).

Bu süreçte gebeliği ve anneliği normal olarak algılayan kadınların gebeliğe uyumları daha iyidir. Gebeliğe karşı olumsuz duygulara sahip kadınlarda bas ağrısı, bulantı, emosyonel gerilim gibi semptomlar ortaya çıkabilir (Kelly ve ark., 2001). Gebelikte görülen bu rahatsızlıkların çoğu, fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucudur (Taşkın, 2011). Bu rahatsızlıklar zaman ve şiddet olarak gebeliğin evresine göre değişiklik gösterir. Özellikle ilk ve son trimesterlerde ortaya çıkarlar.

İlk trimesterde (0-14. Haftalar arası) , kadın fiziksel durumdaki değişikliklere uyum sağlamak zorundadır. Bu dönemde yorgunluk, bulantı ve kusma gibi fizyolojik belirti ve bulgular görülür. Sıklıkla hafif düzeyde depresif ruh hali ortaya çıkar, ancak bu durum

genellikle ikinci ve üçüncü trimesterlere kadar devam etmez. İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebelik gerçeğine uyumdur. Birinci trimester boyunca kadının ilgisi daha çok kendi bedeni üzerine odaklanmaktadır (Durat, 2003; London ve ark., 2003). Gebeliğin ilk trimesterinde yaşanan psikolojik değişikliklerden en baskın olanı kadının gebe olup olmadığına ilişkin yaşadığı ambivalan duygulardır (Taşkın, 2011, London ve ark., 2003; Littleton ve ark., 2002; Pilitteri, 1999). İlk ambivalan duyguların nedenleri; gebelikle birlikte yaşamda meydana gelebilecek büyük değişimler, doğum ve çocuk büyütme ile ilgili potansiyel ekonomik güçlükler, gebeliğin mesleki amaçlar üzerindeki etkisi, potansiyel ev problemleri, anneliğe hazır olmama duygusu ve yaşanan fiziksel rahatsızlığın derecesi olabilmektedir (London ve ark., 2003; Littleton ve ark., 2002). Bu dönemde duygu ve mizah değişiklikleri görülür. Gebelik benimsenmiş olsa bile bu dönemde aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık veya coşku şeklinde ortaya çıkan duygulanımda ani ve nedensiz değişimler ortaya çıkabilmektedir (Durat, 2003; Taşkın, 2011). Duygusal dalgalanmalar nedeniyle gebe kadınlar bazen kendilerini çok iyi hissetmelerine rağmen bazen birkaç dakika sonra ağlamak isteyebilirler (Demiryay, 2006).

Gebelerde uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı ve konsantrasyon güçlüğü, hafif düzeyde depresif ruh hali görülebilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011).

İkinci trimester (14-28 haftalar arası) ebeveynler tarafından genellikle mutlu dönem olarak algılanmaktadır. Gebe kadın çocuğunun durumu üzerine odaklanmakta ve bebeği kabul etme düşünceleri içerisinde (Kılıçarslan, 2008). İkinci trimesterde gebe kadın tamamen kendine (içe dönük) ve bebeğine dönük yaşamaktadır (Taşkın 2011). İlk aylarda soyut olan fetüs varlığı bebeğin hareketleri anne tarafından hissedilmeye başlanır ve bu dönem annenin doğacak bebeğine ilişkin beklentilerinin belirlendiği dönemdir (Demiryay, 2006; Leveno, 2004; Murray ve ark., 2002; Pilitteri, 1999). Bu dönemde fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakından hissedilir ve simbiyotik ilişki ve bağlanma ile birlikte yeni canlı, ayrı bir varlık olarak hissedilmeye başlanır (Leveno, 2004).

İkinci trimesterde fiziksel değişiklikler ambivalan duyguların ortadan kalkmasını hızlandırır. Gebelik benimsenmiş olsa bile, duygu ve mizaç değişiklikleri, problem çözme becerilerinde yavaşlama ya da değişiklik, aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık ve büyük mutluluk gibi bazı değişimler görülebilmektedir (Taşkın, 2011).

Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde alınan kilolar kadının görünümünü değiştirdiği için bazı kadınlar bu durumdan olumsuz etkilenip eşlerinin kendilerini beğenmeyeceği endişesine kapılabilirler (Kılıçarslan, 2008; Murray ve ark., 2002; Pilitteri, 1999). Bazı kadınlar tarafından da olumlu karşılanır hatta kadın ve eşinde bir gurur yaratır çünkü fetüsün büyüdüğünü göstermektedir (Taşkın, 2011; Murray ve ark., 2002; Pilitteri, 1999). İkinci trimesterde gebelerde cinsel yaşam ile ilgili değişikliklerde gözlenebilmektedir. Cinsel istek artabilir, azalabilir ya da değişmeden kalır. Kadının ilgisinin azalması eşinin de ona karşı ilgisinde bir azalmaya neden olabilir. Bu durum kadının çekiciliği hakkında endişelenmesine neden olabilir (Taşkın, 2011). Kadında çekiciliğin kaybettiği duygusu, cinsel aktivitenin fetüse zarar vereceği düşüncesi olabilir. Bunun dışında, bu dönemde gebe kadın gebelik ve annelik ile ilgili bilgileri öğrenmeye çalışmakta ve diğer gebe kadınlarla konuşmaya başlamaktadır (Kısa, 2004).

Üçüncü trimesterde gebelerde en sık rastlanılan fiziksel ve emosyonel yakınmalar; sık idrara çıkma, bulantı-kusma, iştahta artma-azalma, mide yanması, kokulara karşı hassasiyet, konstipasyon, diyare, hemoroidler, varisler ve ödem, kas krampları, bel ağrısı, baş ağrısı, iştah sorunları, yorgunluk hissi, halsizlik, sıkıntı hissi ve uykusuzluktur (Demiryay, 2006; Çalık ve Aktaş 2011). Bedendeki fiziksel değişimlere ve günlük yaşam değişikliklerine uyum güçleşmektedir.

Gebeliğin üçüncü trimesterinde ayrıca doğum olayı ile ilgili bir takım kaygılar ortaya çıkmaya baslar (Taşkın, 2011; London ve ark., 2003, Novak ve Brom, 1999). Anne bedenindeki yeni bir canlı annenin bütün sistemlerini etkilemiştir. Doğum yaklaştıkça, doğumun nasıl olacağına, bebeğin sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Bunun yanında, doğumu takiben bebeğin bakımı, annelik rol ve işlevlerini yeterince yürütüp yürütemeyeceği endişeleri dikkati çeker. Doğum korkusunun, yetersizlik, kendini kontrol edememe, bedensel ve duygusal denetim endişesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Son ayda gebe kadın, ilk trimesterde yaşadığı ambivalan duyguları yeniden yaşamaya başlamaktadır. Bu dönemde gebe kadının bilgilendirilmesi, açıklamalarla yönlendirilmesi yararlı olabilmektedir. Anne adayı gebeliğin son aylarında fiziksel ve duygusal destek için başkalarına özellikle eşine daha bağımlı olmaya baslar. Eş desteği kuskusuz önemlidir. Bu ruhsal tepki ve kaygılar şiddetlenirse veya gebeliği komplike hale getirirse, psikiyatrist ile işbirliği gerekebilir (Çalık ve Aktaş, 2011; Yali, 1999; Reeder ve ark., 1997).

Gebelik sırasındaki bu rahatsızlıklara tepkiler, bireyin geçmiş yaşantılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişir (Novick, 2004). Gebelik çoğu kadın için stres faktörüdür. Yapılan çalışmalarda birçok kadının özellikle fiziksel değişiklikler, ebeveynlik yeterliliği, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum sancısı ve doğum endişeleri, bebeğin bakımı ile ilgili ve tıbbi sorunlar sebebiyle gebeliğe bağlı durumlardan kaynaklanan belli ölçüde stres yaşadığını ifade ettikleri saptanmıştır (Kılıçarslan, 2008; Yali, 1999; Okanlı ve ark., 2003; Glazier ve ark., 2004; Lobel ve ark., 2008). Bu nedenle gebelikte sık görülen depresyon, stres ve kaygının sadece bir nedenle ilişkilendirilmesi veya açıklanmaya çalışılmasının doğru olmadığı, daha çok birden fazla ve karmaşık etmenlerin etkisiyle ortaya çıktığı öne sürülmektedir (Akbaş ve ark., 2008; Kuğu ve Akyüz, 2001; Çalık ve Aktaş, 2011).

2.2. Gebelik Distressi

Gebeliğe özgü distress: fetüsün sağlığı, gebeliğe bağlı fiziksel semptomlar, ebeveyn ilişkileri, diğer kişiler ile ilişkiler, vücuttaki değişiklikler, doğum ve doğum eylemini içeren gebelik, bebeğin sağlığı ile ilgili maternal korku ve endişeleri ifade eder (Yali ve Lobel, 2002; Alderdice ve Lynn, 2011; Lobel ve ark., 2008). Gebelik distressi genel stresden farklıdır, gebelik distressi daha çok gebeliğe özgü olayları ve gebelikte görülen durumları içerir (Mulder, 2002; Stanton, 2002).

Psikososyal stres yaşam deneyimlerini örneğin kişinin hayatındaki değişimler, ilişkiler, iş durumu, konut, aile durumu gibi bireysel olarak uyuma yönelik başa çıkma davranışlarını içerirken (Yali ve Lobel, 1999), gebeliğe özgü stresörler ve gebeliğe özgü rahatsızlıklar prenatal sonuçlarla ilgili kaygıyı ve bebeğin sağlığı ve gelişimi ile ilgili endişeyi, anne babalık kaygılarını içerir ve genel stres ile birlikte meydana gelebilir (Lobel, 2008; Stanton, 2002).

İngiltere de gebelik sırasındaki distress genellikle depresyon, anksiyete şeklinde tanımlanmıştır ve hafif, orta, şiddetli şeklinde sınıflandırılmıştır (Furber ve ark., 2009).

2.2.1. Gebelik Distress Nedenleri

Kadınlar gebelik ve doğum süreci ile ilgili birçok korku, endişe yaşamaktadırlar (Kitapçıoğlu ve ark., 2008). Gebelerin yaşadıkları kaygı veya korkular kadınların kişisel ve

obstetrik öyküsüne göre değişiklik gösterebilmektedir. Gebeliğin istenip istenmemesi, eş ve yakınlarının desteği, ekonomik durum, gebenin daha önceki gebelikleri ile ilgili deneyimleri, çocuk sayısı, doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumu, yaşam koşulları, kaygı seviyesi, aile içi şiddet, eğitim durumu, çalışıyor ise iş ortamı, gebelik öncesi psikolojik rahatsızlığının olması, plansız gebelik, anne sağlığı ve fetüs sağlığı üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır (Furber ve ark., 2009; Glazier ve ark., 2004; Erbil ve ark., 2009; Rosand ve ark., 2011; Melender, 2002; Lau ve Yin, 2011; Lancaster ve ark., 2010).

Gebelikte, yeterli psikososyal desteğin varlığı, ruh sağlığının ve fetüsün sağlığının iyi olması için son derece önemlidir. Sosyal destek yetersizliğinin gebenin hayat tarzını olumsuz yönde etkilediği, beslenme tarzını bozduğu, sigara, alkol ve madde kullanımında artmaya sebep olduğu görülmüştür (Akbaş ve ark., 2008). Düşük sosyoekonomik durumda olanlar, stres altında olanlar, kendisini desteklenmemiş hissedenler duygusal distress yaşamak için risk gruplarını oluşturmaktadır. Arkadaş, aile desteği olan gebeler ile olmayanlar karşılaştırıldığında yaşam olayları ile depresyon arasında yüksek korelasyon bulunmuş olup gebe kadınların sosyal destek kullanmadığı zaman yaşam streslerine karşı daha savunmasız olduğu saptanmıştır (Rosand ve ark., 2011; Glaizer ve ark., 2004; Lancaster ve ark., 2010). Yapılan araştırmalarda doğum öncesi ve doğum sonu dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında sosyal destek yetersizliği, eşler arasında uyumsuzluk ve stresli yaşam şartları gösterilmektedir (Glazier ve ark., 2004; Morse ve ark., 2000; Raymond, 2009).

Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde alınan kilolar kadının görünümünü değiştirdiği için bazı kadınlar bundan olumsuz etkilenip eşlerinin kendilerini beğenmeyeceği endişesine kapılabilirler (Kılıçarslan, 2008). Kadın gebelik boyunca uyku ve yeme düzenindeki değişikliklerle, bulantı, kusmayla, cildindeki renk değişiklikleri, büyüyen memeler ve kilo artışıyla baş etmeye çalışır; kendini şişman hissedebilir ve fiziksel olarak tekrar eski haline dönüp dönmeyeceği konusunda endişe taşıyabilir. Doğumda meydana gelebilecek aksilikler, bebeğini doğumda kaybetme ihtimali hemen hemen bütün kadınlarda anksiyeteyi arttırmaktadır (Kitapçioğlu ve ark., 2008; Taşkın, 2011).

2.2.2. Gebelik ve Stres

Stres, vücudun dinamik denge bozukluklarından kaynaklanan ve normal işleyişini etkileyen bir deneyimdir. Stres, organizmanın bedensel ya da ruhsal sınırlarının zorlandığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Organizma, herhangi bir zorlanma ya da tehdit durumuyla karşılaşırsa kendisini korumaya yönelik bir tepki geliştirir. Böyle bir durumda bireyde gerek bedensel gerekse psikolojik düzeyde değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Şen, 2006; Martin, 1998).

Gebelik dönemi kadınların ruhsal olarak hassas oldukları bir dönemdir. Gebe kadınlar, fiziksel semptomlar, ebeveynlik kaygıları, vücuttaki değişimler, doğum sancısı ve doğum endişeleri, bebeklerinin sağlığıyla ilgili kaygıları içeren gebeliğe bağlı durumlardan kaynaklanan stres yaşamaktadır (Yali, 1999; Furber ve ark., 2009). Gebelik, gebelik sırasında ve doğum sonrasında kadının anneliğe uyum sağlamaya çalışması stresin asıl kaynağıdır. Bunun yanı sıra, çevrenin kadından iyi bir anne olmasına ilişkin beklentileri gebelerin stresini arttırmaktadır (Taşkın, 2011; Raymond, 2009). Stres düzeylerinde önemli artışlar günlük aktivitelerde kesintiye neden olur; sonunda da iyilik halinde ve sağlığında bozulmalara neden olabilir (Tiran ve Chummun, 2004).

2.2.3. Gebelik ve Kaygı

Kaygı; nedeni bilinmeyen, içten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan, belirsiz, korku, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunalı duyusudur. Kaygı her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici endişe ve korku duyusudur (Martin, 1998; Stuart, 2005).

Kaygı, korkunun ve endişenin aşırı bir derecesi olarak tanımlanır ve strese verilen en ortak tepkilerden biri olarak kabul edilir (Peleg-Popko, 2004). Kişi alışılmış çevrenin ortadan kalktığı durumlarda kaygı duyar. Yani ortam değişikliği ve yeni duruma adaptasyon dönemi kaygı yaratır.

Bir kadının gebeliğine yönelik duyguları genellikle bu durumdan zevk alma ve bu durumdan rahatsızlık duyma arasında gidip gelmektedir. Gebelikle ilgili olumsuz tutumlar ve beklentiler ise genellikle doğum korkusu ya da annelik rolü ile ilgili endişelerden kaynaklanır.

Bu nedenle gebelik ve doğum bazı kadınlarda ruhsal bozuklukların gelişmesine yol açabilir. Birçok gebe kadının özellikle fiziksel değişimler, medikal sorunlar, çocuk doğurma ve çocuk yetiştirme yeterliliği gibi konular ile ilgili az da olsa sıkıntılar yaşamaktadır (Durat, 2003; Taşkın, 2011). Gebelerin yaşadıkları kaygı veya korkular kadınların kişisel ve obstetrik öyküsüne göre değişiklik gösterebilmektedir. Primipar kadınlar genellikle bilinmeyenlere ilişkin korku yaşarken, multiparlar ise gebelik veya doğum sırasında bazı şeylerin yanlış gidebileceğinden korkabilmektedirler (Taşkın, 2011; Melender, 2002).

Anksiyete/kaygı gebeliğe bağlı hormon düzeyinin artmasında ve sonuçta obstetrik komplikasyonların gelişmesinde etkili olan bir durumdur. Yapılan kanıta dayalı çalışmalarda kaygı ile obstetrik komplikasyonlar arasında direkt bir ilişki olmadığı ancak psiko-sosyal stres, doğum korkusu gibi spesifik anksiyete tiplerinin sezaryen doğum, uzamış doğum veya doğum sonrası dönemde de ağır duygulanım bozuklukları ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Johnson ve Slade, 2003; Alder ve ark., 2007; Melender, 2002).

Doğumda meydana gelebilecek aksilikler, bebeğini doğumda kaybetme ihtimali, çocuk bakımı ve büyütme veya bu değişimlerin evlilik ve aile yaşamında neden olacağı değişimler hemen hemen bütün kadınlarda anksiyeteyi/kaygıyı arttırmaktadır.

2.2.4. Gebelik ve Depresyon

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir durumdur (Sağduyu ve ark, 2000; Tezcan, 2000; Stuart, 2005). Gebelikte depresyon hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı etkileyen ve sık görülen bir ruhsal bozukluktur.

Depresyondaki gebe kadında gebeliğin seyri esnasında nörendokrin ekseninde ve uterusu olan kan akımındaki değişiklikler sonucunda hem gebenin hem fetüsün sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Depresyona bağlı olarak gebelerde norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselmekte, bu süreçte yükselmiş norepinefrin ve kortizol uterusu olan kan akımını azaltarak hem gebe, hem fetüs üzerinde çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurmaktadır (Bowen ve Muhajarine, 2006; Muzik ve ark., 2009). Depresyonu olan kadınlarda yapılan çalışmalar, bu hastalarda plasental anomali, preeklampsi ve düşük oranları gibi prenatal ve perinatal komplikasyonların arttığını göstermiştir. Depresyon ayrıca sezaryan

veya forseps gibi müdahaleli doğumlar, doğumun normalden daha ağırlı olması ve bundan dolayı da daha çok epidural analjeziye ihtiyaç duyulması gibi durumlarla da ilişkili bulunmuştur (Brennan ve ark., 2008; Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008; Lancaster ve ark., 2010; Alder ve ark., 2007).

Bazı çalışmalar gebelik sırasındaki depresyonun risk faktörü olarak, eşiyle ilişkilerde problem, eşinin destek azlığı ya da yokluğu, aile yada arkadaşları tarafından düşük destek, düşük eğitim düzeyi, ekonomik problemler, genç anne yaşı, obstetrik faktörler ilk gebelik veya düşük hikayesi, depresyon öyküsü, çocuk sayısının fazla olması, yüksek yaşam stresi gibi faktörleri göstermektedir (Glazier ve ark., 2004; Morse ve ark., 2000; Lancaster ve ark., 2010).

Gebelikte depresyon sıklıkla atlanır (Rosand ve ark., 2011). Gebe kadınlarda da, uyku ve iştah bozukluğu, enerji ve istek kaybı gibi majör depresyonla örtüşen pek çok klinik bulgu ve belirtiyeye rastlanır. Gebelikte sıklıkla görülen tıbbi hastalıklar gebelikte depresyon tanısını daha komplike hale getirir.

Gebelikte kontrol altına alınmamış bir depresyon postpartum depresyon riskini üçe katlar (Lancaster ve ark., 2010; Çalık ve Aktaş, 2011).

2.3. Gebelik Distress'inin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Önemi

Gebelik sırasında maternal duygusal distress risk faktörlerinin belirlenmesi klinik ve toplum sağlığı açısından önemli bir konudur. Annenin mental, fiziksel ve psikolojik sağlığı ve iyilik hali hem kendisi hem de ailesi için önemlidir. Son araştırmalar antenatal depresyonun doğum sonrası depresyon kadar yaygın olduğunu göstermektedir. Yapılmış birçok çalışma prenatal distress ve kaygının da dahil olduğu psikososyal değişkenlerin kötü obstetrik sonuçlarla ilişkili olabileceğini göstermektedir (Demiryay, 2006; Çalık ve Aktaş, 2011; Lobel ve ark., 2008; Alder ve ark., 2007).

Gebelik boyunca sosyodemografik ve obstetrik değişkenlerin depresyon, anksiyete ve ruhsal bozukluklara yol açması, preeklampsi, plasental anormallikler, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, fetal distress, acil sezeryan gibi riskleri artırır (Alder ve ark., 2007; Lobel ve ark., 2008). Maternal depresyon sadece annenin hipotalamus-hipofiz-adrenal aksını aktive etmeyebilir; katekolaminler ve kortizolün etkisiyle plasentadan kortikotropin sebestleştirici

hormon (CRH) salımında artışa da neden olabilir. CRH ayrıca doğumun başlamasını da etkileyebilir, bu depresyonlu gebelerde prematür doğumların neden daha fazla görüldüğünü açıklayabilir. Diğer bir hipotezde, depresyonun vazoaktif hormonların ve nöroendokrin transmitterlerin salınımını değiştirdiği ve böylelikle gebe bir kadında vasküler değişiklikleri başlattığının ileri sürülmesidir. Gebelik sırasındaki anksiyete ve depresyon, fetal kalp hızında değişikliklere, düşük apgar skoruna, emme problemlerine, fetal ölüme, düşük doğum ağırlığına, anne bebek bağlanmasının gecikmesine neden olabilir (Çalık ve Aktaş, 2011; Akbaş ve ark., 2008; Furber ve ark., 2009).

Gebelikte maternal stres fetal gelişim için önemli bir faktördür ve gebelik sırasında yaşanan psikososyal, kültürel ve çevresel streslerin gebelik sonuçlarına ve bebeğin sağlığına zararlı olabileceğine dair artan kanıtlar vardır. Psikolojik distress ileride anne ve bebek sağlığı için belirgin oluşabilecek risklerle ilişkilidir. Gebelik sürecinin çocuk, aile ve buna paralel olarak toplum sağlığını doğrudan etkilediği düşünüldüğünde, bu dönemle ilgili olarak yaşanan psikososyal sorunların sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi, bu sorunlara yönelik koruyucu girişimlerin planlanması ve gerektiğinde uygun yaklaşımlarda bulunulması son derece önemlidir (Lau ve Yin, 2011; Melender, 2002; Rosand ve ark., 2011).

2.4. Gebelik Distress'in Doğum Sonrası Döneme Etkisi

Doğum sonu dönem önemli biyo-psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı aileye yeni üyenin katılmasıyla yeni düzenin kurulduğu bir dönemdir. Anne bebeğine, doğum sonu rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücut imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak zorunda olduğu için bu dönem oldukça zordur. Kadın ve eşi için yeni bebeğin doğumu sevindirici bir olaydır ve aile bağlarını güçlendirir. Ancak bu dönemde artan ve değişen etkileşim aynı zamanda bir stres kaynağı olabilir (Taşkın, 2011).

Gebelik ve gebelik sonrası duygu durum bozuklukları, çok sayıda anne adayını etkilemekte ve sık karşılaşılan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak araştırmaların önemli bir kısmı, postpartum vakaların çoğunun yeni olmadığını, gebeliğin özellikle ikinci trimesterinden itibaren başladığını göstermektedir.

Gebelik, gebeliğe bağlı yaşanan fizyolojik/ruhsal değişimler ve bu değişimleri algılama düzeyi yanında yeterli sosyal desteğin olmaması gebeliğin son trimesterde başlayan depresyon tablosunu, doğum sonrası sürece taşıyacaktır. Bu sürece ayrıca yeni doğanın

bakımı yanında yeni doğanda ortaya çıkabilen fizyolojik ya da patolojik sağlık sorunlarının varlığı, doğum sonrası annede kanama, şok, ağrı, enfeksiyon gibi komplikasyonlar da eklendiğinde, karşımıza çıkacak tablo postpartum hüznle başlayıp postpartum depresyon ya da postpartum psikoza dönüşebilecektir (Limlomwongse ve Liabsuetrakul 2006).

Gebelik depresyonu postpartum depresyonunun gelişimi için de önemli bir risk faktörüdür (Bowen ve Muhajarine, 2006; Muzik ve ark., 2009; Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008). Gebelikteki depresyonunun postpartum dönemde de devam etmesi yenidoğanın da ileri yaşamına ait olumsuz etkilenme riskini arttırmaktadır. Bu olumsuz etkiler; anne-bebek bağının kurulmasında sorunların oluşması, büyüme ve gelişme geriliği, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve davranış problemleridir (Muzik ve ark., 2009; Diego ve ark., 2009).

Yapılan çalışmalarda prenatal stresin etkileri; doğum komplikasyonu riskini arttırması, perinatal dönemde yenilik karşısında uyum sağlamada güçlük, ürkek davranışlar gözlemesi, 3-5 yaş döneminde; dil becerilerinde gerilik, ergenlik döneminde ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili belirtiler, dürtüsellik, kaygı ve depresif bozukluk riski olarak özetlenebilir. Bunun yanında stresörün zamanlaması ile ilişkili olarak 12-22. haftalarda yaşanması durumunda etkilenmenin daha fazla olacağı görüşü çalışmalarda ağırlık kazanmaktadır (Usta ve Balıkçı, 2012) . Doğum komplikasyonları da erken doğum, zor doğum, cerrahi müdahalelerde artış gibi daha çok ikinci ve üçüncü trimester sırasında ortaya çıkan depresyonlarla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca tedavi edilmeyen gebelik depresyonları gebede kardiyovasküler problem ve irritabl bağırsak sendromu riskini de artırmaktadır (Bowen ve Muhajarine, 2006).

İngiltere’de yapılan bir çalışmada, her trimesterde ve doğum sonrasında takip edilen kadınlarda gebelikte depresif belirtisi olanların emzirmeye başlama ve sürdürmede daha az girişimci oldukları saptanmıştır. Başka bir çalışmada doğum sonrası 8.haftada depresyonu olan kadınların emzirmeye yönelik düşüncelerinin daha olumsuz olduğu gösterilmiştir. Amerika’da yapılan bir çalışmada ise gebelik dönemi boyunca depresif belirtisi fazla olan kadınların emzirmeye başlama konusunda isteksiz oldukları ve birçoğunun da bebeklerini emzirmedikleri belirtilmiştir (Pippins ve ark., 2006; Seimyr ve ark., 2004) .

2.5. Gebelik Distress'i ve Hemşirelik Açısından Önemi

Perinatal distress klinik fenomen olarak iyi bilinmesine rağmen sağlık profesyonellerinin perinatal distress farkındalığının zayıf olduğu düşünülmektedir. Geleneksel olarak doktorlar, ebeler ve hemşireler fetusun fiziksel sağlığı üzerine odaklanırlar. Duygusal ve psikolojik konulara önemli ölçüde daha az ilgi gösterilir. Bu nedenle gebelik sırasında duygusal distressden yakınan kadınları tanımak ve yardımcı olmaındaki başarısızlık önemli bir sorundur (Pop ve ark., 2011; Rosand ve ark., 2011).

Ana çocuk sağlığı hizmetleri içerisinde önemli bir yeri olan doğum öncesi bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Genel olarak kadınlar, doğum sonu bakıma göre doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha çok yararlanmaktadır.

Doğum öncesi bakım hizmetleri içinde annenin gebeliği kabul etmesi ve uyumuna önem verilmesi gerekmektedir. Bu yeni dönemde annelik rolünü kazanmada güçlük yaşayan anne adayının gebeliği kabul süreci uzamakta ve yaşadığı fiziksel rahatsızlıklara bağlı olarak gebeliğe ve bebeğe yönelik olumsuz tutum kazanabilmektedir. Bu nedenle, özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeline, evlilik öncesi dönemdeki bireylere sağlıklı cinsel yaşam, gebelikten korunma ve gebelik durumunda yaşanan fiziksel ve psikolojik sorunlar konusunda bilgilendirme ve değişen duruma uyumlarını sağlama/destekleme konularında önemli görevler düşmektedir. (Taşkın 2011).

Sağlıklı gebelik ve doğum sonrası dönem için, gebelik süresince her trimestere özgü değişikliklerin bilinmesi ve bu değişikliklere uyumun geliştirilmesi önem kazanmaktadır. Sağlıklı, düşük risk grubundaki, ortalama gebeliğe özgü stres düzeyinden daha yüksek stres yaşayan gebeler sağlık profesyonelleri tarafından ek bir desteğe ve bakıma ihtiyaçları vardır. Prenatal sağlık bakım vericileri gebelere şimdiki gebelikleri, doğum ve annelikle ilgili duygularını ifade etmelerini sağlamalı, korku, endişe, yüksek düzeyde stres ifade eden primipar ve multipar gebelere uygun yaklaşımlar göstermelidir. Ebe, hemşire ve doktorlar gebeyi fiziksel ve psikolojik yönüyle iyi değerlendirebilmelidir ve gebelik distress belirtileri ve etkin tarama yöntemlerini bilmeli ve bu yöntemleri uygulayabilmelidir. Ayrıca nitelikli ev ziyaretleri ile gebelerin fiziksel ve psikolojik yönleriyle detaylı bir şekilde değerlendirilmesi gebelik distressinin erken dönemde belirlenmesi ve önlenmesine yardımcı olacaktır (Melender, 2002).

Antenatal bakım kapsamında gebelere çiftlere; gebelik, doğum, gebelikte yaşanan sorunlar ve gebelikte görülen psikolojik değişikliklerle ilgili konularda bilgiler verilmeli, böylece yasadıkları sorunları bilerek kendilerini daha iyi hissetmeleri sağlanmalıdır. Bu çiftlere özel doğuma hazırlık sınıfları oluşturulmalıdır (Lau ve Yin, 2011).

Gebenin eşi basta olmak üzere ailesine, gebelikte kadının hassaslığı ve duygusallığı ve desteğe olan gereksinimleri konusunda bilgi verilmelidir (Rosand ve ark., 2011). Ailenin gelecekteki gelişimini güçlendirmek için, kadın ve eşini de içeren erken girişimler bazı durumlarda başlatılabilir. Kadınları endişeli kılan şeylerin farkına varmak hemşirelerin, stresi azaltmak için veya olumlu başa çıkma stratejileri geliştirmek için yapacağı planlamalara yardımcı olur.

2.6. Kùltürlerarası Ölçek Uyarlaması

Ölçme, “istatistik birimlerinin ilgilenilen özelliğe sahip olma derecesinin, belirli kurallara uyarak, sembolle ve özellikle sayı ile eşleştirilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Üzerinde çalışılan özellik ölçülebiliyor ve sayısal olarak ifade edilebiliyorsa, bilimsel bir şekilde değerlendirme ve açıklamadan söz edilebilmektedir. Ölçülemeyen ya da sayısal olarak ifade edilemeyen özellik için ancak betimleme yapılabilir (Ercan ve Kan, 2004).

Ölçme ve ölçekler tüm disiplinlerde olduğu gibi hemşirelik bilimi içinde oldukça önemlidir. Hemşirelik bilgi bütününe katkı verebilmesi, hemşirelik teorilerinin test edilmesi ya da incelenmesi amacıyla veri toplamak için uygun, nitelikli araçların geliştirilmesi ve kullanılması gerekmektedir (Erefe, 2004). Hemşirelik araştırmalarında farklı kùltürlerde geliştirilmiş ùlkemize uyarlanmış ölçeklerin kullanımı giderek yaygınlaşmıştır.(Aksayan ve Gözüm, 2002)

Belirli bir kùltürde belli bir dilde geliştirilmiş ölçekler, geliştirildiği kùltüre ve dile özgü anlayış, kavramlaştırma ve örnekleme niteliklerini yansıtır. Aynı ölçeğin diğer kùltürlere uyarlanması için yapılan sistematik çalışmalar “ölçek uyarlaması” olarak adlandırılır (Aksayan ve Gözüm, 2002; Deniz, 2007).

Ölçek Uyarlamanın Avantajları

Deniz’in 2007 çalışmasında belirttiği gibi neden ölçek geliştirmek yerine uyarlama yapmak sorusuna literatürde gösterilen nedenler beş maddede özetlenmektedir:

1. Çoğunlukla bir leği uyarlamak ikinci kültürde yeni bir ölçek geliştirmekten daha ucuzdur ve daha hızlı olmaktadır.
2. Yapılacak ölçeğin amacı kültürel ya da ulusal değerlendirme yapmak olduğunda, uyarlanmış bir ölçek, ikinci kültürde denk bir ölçek geliştirmenin en etkili yoludur.
3. İkinci bir kültürde ölçek geliştirmek için uzmanlık bilgisi yetersiz olabilmektedir.
4. zgn lek iyi bilinen bir ölçek olduğunda, o ölçeğin uyarlamasının vereceği güven duygusu yeni geliştirilecek olan bir ölçeğe duyulacak güvenden daha fazla olmaktadır.
5. Bir ölçeğin çok kültürlü sürümlerinden çıkarılan sonuçları, o leği alan adaylar için çoğunlukla doğru olmaktadır (Deniz, 2007).

Ölçek Uyarlamadaki Zorluklar

- 1) Uyarlanan bir ölçek, başkaları tarafından da hazır araç olarak kullanabileceğinden, ölçek uyarlama büyük bir sorumluluğu da beraberinde getirmektedir. Ölçeğin orijinalinde bir eksiklik varsa ve Türkçe' ye uyarlayan kişi tarafından giderilmediyse, leği alıp, değişik gruplara uygulayanlar da aynı yanlışlığı srdrebileceklerdir (Deniz, 2007).
- 2) leğin asıl kültürüne ve uyarlanacak olan kültüre hakim olan ve bu iki kültürün karşılaştırmasını yapabilecek uzman bulma sıkıntısı olabilmektedir (Deniz, 2007).
- 3) Uyarlanan ölçeğin psikometrik özelliklerinin sağlanamaması sorunu olabilir. Eğer uyarlanacak ölçek aslında yüksek bir güvenirlik ve geçerliğe sahipse uyarlanan ölçeğin de bu değerlere yakın değerler vermesi beklenir. Ancak uyarlamadaki farklılık, uyarlanan ölçekte iyi bir güvenirlik ve/veya geçerlik elde edilse bile, bu değer asıl ölçeğin güvenirlik ve/veya geçerlik değerlerinden daha düşük olduğunda daha düşük değerlerde psikometrik özelliklere sahip uyarlanmış bir ölçek oluşmasına neden olabilmektedir (Deniz, 2007).

Ölçek uyarlama çalışması belli bir plan ve sistem içinde yapılmaz ise karşılaşılması olası durumlar dikkate alınmazsa ya da olası güçlükleri giderici önlemler alınmaz ise ölçeğinizin gücü ve etkisi zayıflatacaktır. Ancak lek uyarlama çalışmalarında yaşanabilecek bu zorluklar aşılamayacak veya kesinlikle karşımıza çıkacak olan zorluklar değildir. Bu nedenle ölçek uyarlama çalışmalarında sistematik bir yöntem izlenmelidir. (Aksayan ve Gözüm, 2002; Deniz, 2007).

2.6.1. Ölçek Uyarlama Çalışmaları

Ölçek uyarlama çalışmaları genel olarak üç aşamada özetlenmektedir.

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlik – güvenirlik)
- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılmasıdır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

2.6.1.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Öncelikle aracı geliştiren araştırmacı ile yazılı iletişim kurularak, özgün aracın ülkede kullanılma izni alınmalı, yazar hakları ile ilgili kurallara uyulacağı, araç sahibinin özel istekleri varsa- ücret ödeme, yazarlar içinde adına yer verme gibi-bunların yerine getirileceği belirtilmelidir. Aracın tam metni ve varsa kullanım ve değerlendirme protokolü istenmelidir (Erefe, 2004).

Bir ölçeğin dil uyarlamasında kavramsallaştırma ve anlatım farkını en aza indirebilmek için çeviri yöntemi kullanılır. Bir uyarlama çalışmasında en önemli noktalardan birisi ölçeği çevirecek çevirmenlerin doğru seçimidir. Çevirmenler her iki dili iyi bilen, akıcı konuşabilen, her iki dil ve kültürde eş değer anlamı ifade edebilen, aynı zamanda ölçek ile ilgili konuyu bilen, ölçek yapısı ve ölçülen yapı hakkında bilgiye sahip olan kişiler olmasına dikkat edilmelidir. (Deniz, 2007; Savaşır, 1994).

Çeviride tek taraflı çeviri veya çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılabilir. En sık kullanılan geri çeviri yönteminde ölçek ana dilden uyarlama yapılacak olan dile çevrildikten sonra tekrar ana diline çevirip anlam yönünden değerlendirilmesi durumudur (Aksayan ve Gözüm, 2002). Dil geçerliği için önerilen bir diğer yöntem de hedef gruba, ölçeğin her iki dildeki şeklinin de uygulanması ve sonuçların karşılaştırılmasıdır. Ancak, bu yöntemde her iki dili de iyi bilen hedef grubu bulmak her zaman mümkün olamaz. Ölçeğin çevirisinde formda hiçbir değişiklik yapılmadan olduğu gibi aynen çeviri yapmak dilde eşdeğerlilik, aynı anlamı kültüre uygun farklı sözcük ve tümcelerle anlatmak ve özgün formda bazı değişiklikler yapmak kavramsal eşdeğerlilik olarak tanımlanmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2002). Çevirisi tamamlanmış ölçeğin maddelerinin görünüm geçerliğini değerlendirmek amacıyla maddelerin

anlaşılabilirliğini değerlendirmek için bir odak grupta ön uygulama yapılmalıdır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

2.6.1.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Değişkenin boyutunu ölçmede kullanılacak ölçme aracının standart bir ölçme aracı olması verilerin istatistiksel özelliklere sahip veriler olmasını sağlayacaktır. Ölçeğin standart bir ölçme aracı olabilmesi için “güvenirlilik” ve “geçerlik” olarak nitelendirilen iki özelliğe sahip olması istenir. Güvenirliğin sağlanması, geçerliğin bir ön koşuludur. Bir ölçme aracının güvenilir olması, o aracın geçerli olduğunu garantileyemez, fakat güvenilir olmayan bir aracın da geçerliğini incelemeye gerek yoktur. Bu nedenle, ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olması birbirinden bağımsız düşünülemez (Aksayan ve Gözüm, 2002; Karasar, 2000).

2.7. Güvenirlilik

Güvenirlilik bir ölçme aracının aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları vermesidir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Ercan ve Kan, 2004; Eser ve Baydur, 2007; Özgüven, 2000).

Bir ölçeğin güvenirlilik düzeyini yükseltmek için;

- Ölçek maddeleri açık şekilde ifade edilmeli ve teknik yönden geçerli olmalı,
- Ölçek maddelerinin sayısı çoğaltılmalı,
- Güçlük derecesi orta düzeyde olan ölçek maddeleri geliştirilmeli,
- Ölçek, içerik yönünden homojen maddelerden oluşturulmalıdır,
- Ölçeği uygulama ve puanlama standart koşullarda yapılmalı,
- Ölçeği yanıtlayan bireylerin gösterdiği tutarsızlıklara duyarlı olunmalıdır (Öner, 1994; Şencan, 2005).

Güvenirlilik en iyi şekilde -1'den +1'e kadar değişen korelasyon katsayısı (r) ile ifade edilir. Korelasyon katsayısı, paralel iki ölçüm arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi vermektedir. Hesaplanan korelasyon katsayısının +1 olması, iki ölçüm arasında pozitif ve mükemmel bir ilişki olduğunu, -1 olması negatif ve mükemmel bir ilişki olduğunu gösterir.

Korelasyon katsayısının 0.00 olması ise bir ilişki olmadığını gösterir (Özdamar, 2002; Erefe, 2004). Ölçeğin, güvenilirliği yükseldikçe hata oranı azalmaktadır. Korelasyon katsayısı $r=0.70$ 'den düşük olan ölçeklerin kullanılması pek önerilmemektedir (Akgül, 2005). Bir ölçeğin güvenirlik katsayısının 0.70 olması, bu ölçeği cevaplayanlar arasındaki değişkenliğin %70'inin ölçülen özellikle ilgili gerçek değişkenliğe, %30'unun ise rastgele hatalara ait olduğunu gösterir (Erefe, 2004; Büyüköztürk, 2007).

Güvenirlik ölçütü üç ana başlık altında toplanmaktadır.

- Zamana Göre Değişmezlik (Stability)
- Bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum (Inter-rater and intra-rate consistency)
- İç Tutarlılık (Internal consistency) / Tutarlılık (Homogeneity) (Şencan, 2005).

Bir ölçeğin güvenilirliğini belirleme yöntemleri Tablo 1'de verilmektedir.

Tablo 1: Ölçekte Güvenirlik Belirleme Yöntemleri

Güvenirliğin Belirlenmesi	
1. Zamana Göre Değişmezlik	- Test tekrar test (test-re test): Aralıklı yöntem ya da aralıksız yöntem - Paralel form güvenirliği
2. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum	- Gözlemciler arası uyum - Gözlemciler içi uyum
3. İç Tutarlılık	- Testi yarılama yöntemi - Madde analizi/Madde toplam puan korelasyonu - Güvenirlik Katsayısı Hesaplama

2.7.1.Zamana Göre Değişmezlik

Test- Tekrar Test Güvenirliği:

Test tekrar test yöntemi ile aynı kişi üzerinde yapılan tekrarlı ölçümlerde ölçümlerden elde edilen sonuçların tutarlı olması beklenmekte ve bu tutarlılığın derecesi ölçüm aracının güvenirliğini bir göstergesidir. (Eser ve Baydur, 2007) Bu yöntem ölçülen niteliğin kararlı

olduğu durumlarda kullanılır. Ölçeğin ölçtüğü özellik sürekli değişkenlik gösteriyorsa test-tekrar test güvenirliği kullanılmaz. (Gözüm ve Aksayan, 2002; Özen ve ark., 2006; Özgüven, 2000). Test-tekrar test yönteminde iki farklı yol izlenir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

- Aralıksız Yöntem: Ölçek bir gruba aralıksız ya da kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır.
- Aralıklı Yöntem: Ölçek bir gruba iki ile dört hafta gibi bir zaman aralığı ile iki kez uygulanır.

Bu yöntemde iki uygulama arasındaki zamana dikkat etmek gerekir. Ölçeğin uygulama aralığı/sıklığı kısa olduğu zaman birey ilk uygulamada hatırlayabildiği bazı bilgileri ikinci uygulamada kullanabilir, uygulama aralığı uzun tutulduğunda ise zaman içerisinde ölçülen özellikler değişikliğe uğrayabileceğinden düşük güvenirlik katsayıları elde edilebilir. Bu nedenle, ölçeğin ölçtüğü özelliğe göre önerilen süreler genellikle iki-üç ile dört-altı hafta arasında değişmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Paralel Formlar Güvenirliği:

İki form halinde ölçek ve eşdeğer nitelikte geliştirilmiş diğer bir ölçeğin aynı gruba bir ya da iki oturumda uygulanması ile belirlenir. Ölçek uyarlamada paralel form geçerliğinde formların aşağıdaki özellikleri taşımasına dikkat edilmelidir:

- . İçeriklerinin farklı olması, ölçülmek istenen özelliğin benzer olması
- . Madde sayılarının aynı olması
- . Aritmetik ortalama değerlerinin aynı olması
- . Standart sapma ve varyans değerlerinin eşit olması
- . Maddelerin güçlük derecelerinin eşit olması
- . Bu formlar başka bir ölçüm aracı ile karşılaştırıldığında her bir testin karşılaştırılan ölçüm aracıyla benzer katsayılarına sahip olması gerekir.(Şencan 2005).

İki ölçek arasındaki korelasyon, Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu ile hesaplanır. Bu güvenirlik katsayısı aynı zamanda ölçeğin eş zaman (concurrent) geçerliğine yönelik veri

sağlar. Bu yöntem, daha önce aynı amaçlar için geliştirilmiş bir ölçek (referans ölçek) varsa kullanılabilir (Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.7.2. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum

Gözlemciler Arasındaki Uyum:

Verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı ve birden çok gözlemcinin, önceden eğitilerek ve birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanır (Erefe, 2004; Eser ve Baydur, 2007; Gözüm ve Aksayan, 2002).

Gözlemciler İçi Uyum:

Gözlemciler içi uyum, aynı gözlemcinin aynı bireyler üzerinde farklı zamanlarda iki veya daha fazla sayıda gözlem yapması ve bu gözlemlerinin güvenilirliğin karşılaştırılmasıdır (Eser ve Baydur, 2007).

2.7.3. İç Tutarlılık

İç tutarlılık, bir ölçme aracının belirli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütünü oluşturmak) üzere, deneysel olarak birbirinden bağımsız ünitelerden oluştuğu varsayımdır. İç tutarlılığa aracın benzeşikliği (homojenliği) de denmektedir (Erefe, 2004; Karasar, 2000; Gözüm ve Aksayan, 2002).

Testi Yarılama Yöntemi

Yöntem formu iki eş parçaya bölerek, deneklerin yarılarından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon ile güvenilirlik tahmini yapılmasını sağlar (Ercan ve Kan, 2004; Eser ve Baydur, 2007). Bu yöntem özellikle uzun testlerde kullanılır. Ölçek rasgele, tek-çift sıralaması içinde, birinci yarı-ikinci yarı şeklinde, kolaylık ve zorluk açısından maddeler her iki yarıda dengeli olacak şekilde bölünür (Şencan, 2005). Ölçeğin iki yarısı arasındaki ilişkiden hareketle Spearman Brown formülü kullanılarak ölçeğin tamamı için hesaplanan korelasyon katsayısı ile açıklanır. Elde edilen puanlar arasındaki tutarlılığı gösterir (Büyüköztürk, 2007).

Örneğin ölçek tek boyuttan oluşuyor ve tek numaralı soruların çoğunluğu olumsuz ifadeleri, çift numaralı soruların çoğu olumlu ifadeleri içeriyorsa bu ölçme aracının

güvenirliğini belirlemek için ikiye ayırma yönteminin uygulanması doğru sonuç vermeyebilir (Ergin, 1995).

Madde Analizi/Madde Toplam Puan Korelasyonu

Madde analizi ölçme aracındaki her maddenin aldığı değerle, ölçme aracının tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi ifade eder (Karasar, 2000). Testteki maddelerin ölçülmek istenen niteliği ölçüp ölçmemesi testin güvenirliği açısından önemlidir. Madde toplam puan korelasyon analizi için madde sayısının beş katı kadar bir örnekleme sahip olunması yeterlidir (Şencan, 2005). Bu yöntem gerek uyarlama gerekse geliştirme çalışmalarında iç tutarlılığı değerlendirmek için başvurulmuş bir yöntemdir.

Bu yöntemde bir ölçek maddesinin varyansı ile toplam ölçek puanının varyansı karşılaştırılarak aralarındaki ilişki incelenir. Bu ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonunun düzeltilmiş formülü ile hesaplanır. Ölçeğin maddeleri eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise, her madde ile toplam değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Madde-toplam puan korelasyon katsayısının alt sınırı ile ilgili literatürde farklı değerler olmakla birlikte genellikle en alt seviye olarak .20 alınmakta, güvenirlik katsayısı .30-.40 arasında olan maddelerin "iyi", .40 üstünde olan maddelerin "çok iyi" düzeyde ayırt edici ve dolayısıyla güvenilir olduğu bildirilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003, Tavşancıl, 2006; Şencan, 2005). Madde toplam korelasyonunu yorumlamada istatistiksel anlamlılık ölçütü olarak alınabilir. Büyük örneklerde düşük korelasyonların anlamlı çıkma olasılığı (örneğin $N=100$ için $r=.15$, $\alpha=.05$ anlamlıdır) vardır (Büyüköztürk, 2007). Madde-toplam puan analizi güvenirlik olduğu kadar, geçerlik (iç tutarlılık) göstergesi olarak da kabul edilir ve ölçeğin yapı geçerliğini de yansıtır (Gözüm ve Aksayan, 2002; Şencan, 2005). Madde-toplam korelasyon katsayısı 0.20'nin altında olan maddeler güvenirliği düşürücü bir etki yaptığından ölçekten çıkarılmalıdır (Tavşancıl, 2006; Öner, 1994). Korelasyon katsayısı düşük olan madde ölçekten çıkarıldıktan sonra ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları incelenmelidir. Eğer silinen madde, alfa katsayısını yükseltiyorsa o madde güvenirliği azaltan bir etkendir ve ölçekten çıkarılmalıdır. Bu şekilde ölçeğin benzeşikliği (homojenliği) artırılmış olur (Gözüm ve Aksayan, 2003; Özdamar, 2002). Madde toplam puan korelasyonunun negatif olmaması istenir. Çünkü negatif çıkan maddeler ayırt etme özellikleri düşük demektir. Bu maddeler zayıf bir şekilde ifade edilmiş, yanlış kodlanmış,

tersine çevrilmemiş ve ya kasıtlı bir şekilde cevaplanmış olabilir, bu maddelerin ölçekten çıkarılması gerekir (Şencan, 2005).

İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayısını Hesaplama

Testin iç tutarlılığını belirleme ile ilgili olarak kullanılan diğer yöntemler Kuder-Richardson 20,21 (KR-20, 21) ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı hesaplamasıdır. Bu formüller ancak ölçekteki her bir maddenin aynı değişkeni ölçtüğü, diğer bir deyişle ölçülen özelliğin homojen olduğu varsayımı altında geçerlidir (Tavşancıl, 2006). Kuder-Richardson ölçekteki maddelerden alınan yanıtlar “var-yok”, “evet-hayır” gibi süreksiz ise kullanılır. Cronbach alfa katsayısı likert tipi ölçeklerde kullanılır. Bir ölçeğin güvenirlik katsayısı ne kadar yüksek olursa; o ölçüde ölçeğin aynı özelliğin öğelerini ölçen tutarlı maddelerden oluştuğu söylenir.

Cronbach alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak ölçeğin güvenirlik durumu aşağıdaki şekilde ifade edilebilir;

- $0.00 < \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.
- $0.40 < \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenirlik tedir.
- $0.60 < \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.
- $0.80 < \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derece güvenilirdir (Eser ve Baydur, 2007).

Genel olarak kabul edilen iç tutarlılık katsayı değeri .70 tir. (Tavşancıl, 2006).

2.8.Geçerlik

Geçerlik (validity) bir veri toplama aracının ölçmek istediği özelliğe uygun olması, ölçümü kurallara uygun yapması ve ölçüm verilerinin gerçekten ölçülmek istenen özelliği yansıtması durumudur. Bir ölçme aracının kullanıldığı amaca hizmet etme derecesi geçerlik , olarak tanımlanmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2002; Eser ve Baydur, 2007).

Bir ölçümün geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu onun güvenilir olmasıdır. Geçerlik için erişebilecek en üst sınır güvenirlik katsayısının karekökü kadardır. Bu nedenle geçerliği yüksek olan ölçme aracı bir dereceye kadar güvenirliliği de yüksektir. Fakat güvenilir bir ölçek her zaman geçerli olmayabilir (Ercan ve Kan, 2004). Geçerliğin sınanması için geliştirilmiş birden fazla yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemler Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2: Bir Ölçeğin Geçerliğini Belirleme Yöntemleri

Geçerlik
1. İçerik / Kapsam Geçerliği a. Yüzeysel Geçerlik - Uzman Görüşü b. Uygulama Geçerliği/Ölçüt Bağımlı Geçerlik - Tahminsel Geçerlik - Eş zamanlı Geçerlik
2. Yapı Geçerliği a. Faktör Analizi - Açıklayıcı Faktör Analizi - Doğrulayıcı Faktör Analizi b. Birleşen ve Ayırt Eden Geçerlik c. Bilinen Gruplar Karşılaştırması d. Hipotezin Test Edilmesi

2.8.1.İçerik / Kapsam Geçerliği

Yüzeysel Geçerlik

İçerik (kapsam) geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği durumudur. İçerik geçerliğini değerlendirmek için konuya ilişkin uzmanların görüşü alınmaktadır. Bu uzmanlar ilgili bilim alanını iyi bilen hem de ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini bilen kişiler olmalıdır. İçerik geçerliği için ölçek maddeleri açıklık, anlaşılabilirlik, kültüre uygunluk yönünden değerlendirilmektedir. Uzman önerileri doğrultusunda gerektiğinde ölçek yeniden yapılandırılmalıdır (Büyüköztürk, 2007; Şencan, 2005). Her madde için uzmanın maddelerin uygunluğunu 1-4 ve ya 1-5 ve ya 1-10 puanlar vererek değerlendirmesini sağlayacak bir form kullanılır (Erefe, 2004; Gözüm ve Aksayan, 2002). Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde farklı yöntemler bulunmaktadır. Bunlardan biri Lawshe tekniğidir. Lawshe tekniğinde, en az 5 en fazla ise 40 uzman görüşüne ihtiyaç vardır. Uzman görüşleri alındıktan sonra kapsam geçerlik oranı (KGO) hesaplanmaktadır. KGO hesaplanırken, maddelere uygun ya da çok uygun diyen uzman

sayısı, maddeleri cevaplayan toplam uzman sayısının yarısına bölünür, elden edilen değerden bir çıkartılarak hesaplanır. Elde edilen değerler Lawshe (1975) tarafından geliştirilen “lawshe tekniği” değerleri ile karşılaştırılmaktadır (Tablo 3). Çalışmada elde edilen değer Lawshe’nin tablo değerinden büyük olması istenilmektedir. Elde edilen değer Lawshe tablo değerinden büyükse uzmanlar arasında görüş birliği olduğu kabul edilmektedir (Alpar, 2010; Şencan, 2005).

Tablo 3 : Anlamlılık Düzeyinde KGO’ları için Minumum Değerler ($\alpha=.05$)

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.56	+40	0.29

Yurduğül H. Ölçek Geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi. 28-30 Eylül 2005’den alınmıştır.

Uygulama Geçerliği/Ölçüt Bağımlı Geçerlik

Ölçüm aracının bazı dış ölçütlerle ilişkisi aranır. Ölçüte bağlı geçerlik sınavındaki tek gereklilik, gerçekten karşılaştırmaya uygun ve geçerli bir ölçütün olmasıdır. Ölçüte bağlı geçerlik sınavında iki yaklaşım kullanılır (Gözüm ve Aksayan, 2003).

a) Eş Zamanlı Ölçek Geçerliği:

Geliştirilen ölçme aracı puanları ile daha önceden geliştirilmiş, geçerliği yüksek olan ve aynı özelliği ölçen başka bir ölçme aracı puanları arasında korelasyon katsayıları karşılaştırılır (Erefe, 2004; Eser ve Baydur, 2007; Gözüm ve Aksayan, 2002; Tavşancıl, 2006). Aynı zamanda uygulanan bu iki ölçüm aracı arasındaki yüksek korelasyon katsayısı yeni aracın eş zaman geçerliğini gösterir.

b) Yordama Geçerliği:

Geliştirilmiş olan aracın, ileriye dönük bir ölçüte göre bireylerin başarıml ya da davranışlarını ayırt edebilme yeteneğini kanıtlar (Erefe, 2004). Geliştirilen ölçme aracından elde edilen puanlarla gelecekte gözlenecek, ölçülecek davranış arasındaki korelasyon genellikle Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile hesaplanır. Böylece ölçme aracının ölçmek istediği davranış ne düzeyde yordayabildiği hesaplanır (Özgüven, 2000).

2.8.2.Yapı Geçerliği

Ölçülmek istenen nitelikleri ölçüm aracı tarafından gerçekten ölçölüp, ölçölmediği durumudur. Yapı geçerliği ölçeğin soyut bir olguyu ne derece doğru ölçebildiğini gösterir (Öner, 1994).

Faktör Analizi

Faktör analizi ölçek maddelerinin arasındaki ilişkilerden ortak boyutların saptanması işlemidir (Öner, 1994). Faktör analizine çok çeşitli amaçlarla başvurulur. Bunlardan bazıları değişkenler arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması, verilerin özetlenmesi, verilerin ölçeklenmesi ve dönüştürölmesi, hipotez testi, sebep sonuç ilişkileri analizidir. Bunlar değişken sayısını azaltmakta ve değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkarmaktadır (Büyüköztürk, 2007).

Faktör analizi uygulanırken dikkat edilmesi gereken önemli nokta örneklem büyüklüğüdür. Örneklem büyüklüğü ölçme aracındaki madde sayısının 5- 10 katı olarak hesaplanmaktadır. Örneklem hacmi, değişken başına en az beş vaka düşecek kadar büyük olmalıdır. Bilim adamlarının büyük çoğunluğu 100'ün altındaki rakamları faktör analizi için yetersiz ve güvenilmez bulmaktadırlar. Literatürde yöntem bilimcilerin örneklem büyüklüğü için değişik kurallar önerdikleri görölmektedir. Bunlardan biri “10 kuralı” dır. Buna göre değişken başına en az 10 katılımcı bulunmalıdır. Bir diğeri “100 kuralı” dır. Değişken başına ya 5 katılımcı olması veya en az 100 kişiye ulaşılmasıdır (Şencan, 2005; Eser ve Baydur, 2007).

Faktör analizinde faktörlerin ortaya çıkarılması için değişik methodlar ve döndürme yöntemleri kullanılmaktadır. En yaygın olarak kullanılan temel bileşenler tekniği ve döndürme yöntemi olarak da varimax yöntemi (Büyüköztürk, 2007; Akgöl, 2005).

Faktör analizinde maddeler arasındaki ilişkiler hesaplanarak elde edilen korelasyon matrisine dayalı işlem yapılmaktadır (Büyüköztürk, 2007). Barlett'in sphericity testi ile değişkenler arası korelasyon katsayılarının anlamlılığı belirlenir. Elde edilen p değerinin anlamlı olması analiz için korelasyon matrisinin uygun olduğunu gösterir, aksi takdirde faktör analizinin kullanılması yeniden gözden geçirilmelidir (Büyüköztürk, 2007). Aralarında yüksek ilişki gösteren birbirine benzeyen maddelerin öbekleşmesi ile toplam test puanını etkileyen temel faktörler ortaya çıkar. Bulunan her alt faktörün bir teorik yapıyı temsil ettiği düşünülür (Öner, 1994).

Analizde örneklemin yeterliliğine Kaiser Meyer Olkin (KMO) değerine bakılarak karar verilir. KMO değeri; .90-1.00 olduğunda mükemmel, .80-.89 arasında olduğunda iyi, .70-.79 arasında olduğunda orta, .60-.69 arasında olduğunda zayıf, .50-.59 arasında kötü, .50 nin altında olduğunda kabul edilemez olarak değerlendirilir (Şencan, 2005). İyi bir faktör analizi için KMO değerinin .60 üzerinde olması istenir (Büyüköztürk, 2007).

Maddelerin faktörlerle olan ilişkisi faktör yük değeri ile açıklanır. Literatürde birden fazla faktörde yer alan ve faktör yük değerleri arasındaki fark 0.10'dan az olan, faktör yükü 0.30'un altında kalan maddelerin değerlendirme dışı bırakılması gerektiği belirtilmektedir (Akgül, 2005). Bir maddenin herhangi bir faktöre girebilmesi için ulaşması gereken en küçük değer konusunda kesin bir sınır olmamakla birlikte, genellikle 0.30 ya da 0.40 önerilmektedir. Bu değer örneklem büyüklüğü ile de belirlenebilmektedir. Örneklemin 100 olduğu durumlarda %1 önemlilik düzeyinde 0.51 faktör yükü, 200 olduğu durumlarda 0.36 faktör yükü, 300 olduğu durumlarda ise 0.30 faktör yükü alt sınır olarak kabul edilmektedir. Genellikle 0.30-0.59 faktör yükü orta, 0.60 ve üzeri faktör yükü yüksek olarak kabul edilmektedir (Şencan, 2005).

Her bir faktör tarafından açıklanan varyansın oranının hesaplanmasında ve önemli faktör sayısına karar vermede öz değer kat sayısı kullanılır. Öz değer kat sayısı her bir faktörün faktör yüklerinin kareleri toplamıdır. Öz değer yükseldikçe faktörün açıkladığı varyans yükselir. Genel olarak öz değeri 1 ve daha büyük olan faktörler önemli faktörler olarak ele alınmakta, ancak analiz sonuçlarına göre bu eşik artabilmektedir (Büyüköztürk, 2007).

Faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi olarak ikiye ayrılmaktadır (Eser ve Baydur, 2007).

a) Açıklayıcı Faktör Analizi:

Araştırmacı ölçme aracının ölçtüğü faktörlerin sayısı hakkında bir bilgisinin olmadığı, belli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bilgi edinmeye çalıştığı inceleme türleri açıklayıcı faktör analizi olarak tanımlanır (Eser ve Baydur, 2007; Tavşancıl, 2006). Çok sayıda değişkenin altında yatan temel yapıları ya da faktörleri ortaya çıkarmak için yapılır (Sümer, 2000).

Faktör analizinin temel amaçlarından biri değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmaktır. Yani faktör analizinde değişkenler gruplandırılarak ortak faktörler oluşturulması amaçlanmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında; “Kaiser- Meyer-Olkin” (KMO) testi yapılmaktadır. Test sonucunda elde edilen değer 1’e yaklaştıkça mükemmel, 0.50’nin altına düştüğünde ise uygunsuz olarak kabul edilmektedir (Eser ve Baydur, 2007).

b) Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA):

Bu yöntemde, yapı ile gözlenen değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığı test edilir. Doğrulayıcı faktör analizi, özellikle daha önceden geliştirilmiş olan ölçeklerin uyarlanmasında kullanılması gereken bir yöntemdir (Eser ve Baydur, 2007). Doğrulayıcı faktör analizinin hesaplanmasında en çok kullanılan programlar, Linear Structural Relations (LISREL), Analysis of Moment Structures (AMOS), programlarıdır (Eser ve Baydur, 2007).

Yurdagül’ün (2007) makalesinde belirttiği gibi doğrulayıcı faktör analizinde kullanılan uyum indeksleri (goodness fitting) ve uyum eksikliği (lack of fitting) üzerine çok çeşitli çalışmalar söz konusudur. Bununla birlikte uyum indeksi ve/veya uyum eksikliği indeksi olarak geliştirilmiş 30’dan fazla indeks bulunmaktadır. Ancak bu indeksler her zaman birbiriyle tutarlı sonuçlar vermediğinden dolayı “en iyi uyum indeksi” konusunda görüş ayrılıkları vardır. Bu nedenle model kestirimi içeren çalışmalarda; Jaccard ve Wan (1996) en az 3 indeksin, Kline (1998) ise en az 4 indeksin rapor edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Yurdagül, 2007).

Yapısal eşitlik modellemesi (YEM); gözlenen ve gözlenemeyen değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin sınanmasında kullanılan kapsamlı bir istatistiksel tekniktir. Model uygunluğunun değerlendirilmesinde kullanılan birbirinden farklı uyum iyiliği indeksleri ve bu indekslerin sahip olduğu istatistiksel fonksiyonlar bulunmaktadır. Önerilen indeksler arasında en çok kullanılanlar; benzerlik oranı ki-kare serbestlik derecesi istatistiği (χ^2/df), RMSEA (Ortalama hata karekök yaklaşımı- Root mean square error approximation), GFI (Uyum iyiliği indeksi- Goodness-of-fit-index) ve CFI (Karşılaştırmalı uyum indeksi -Comparative fit indeks)'dir (Yılmaz ve ark., 2006; <http://ericae.net/ft/tamu/Cfa.htm>).

Ki kare testi sonucunda görülen farksızlık, model ile gözlenen değişkenlerin maksimum uyumunu ifade eder. $\{\chi^2 /df\}$ oranının 3:1'den küçük değer olması modelin iyi bir model olduğunu, beş veya beşin altında olması ise kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğunu göstermektedir (Yılmaz ve ark., 2006; <http://www.yapisalesitlik.com/yem.php?gln=ortuk>).

Yaklaşık hataların ortalama Karekökü (RMSEA) değerinin .05'den küçük olması iyi bir model olduğunu gösterir. Bu değer için .08'e kadar olan değerlerde kabul edilebilir olarak nitelendirilmektedir. İyilik uyum indeksi (Goodness of fit indeks, GFI) örneklemdeki varyans kovaryans matrisini ne oranda ölçtüğünü gösterir ve .90'dan büyük olması istenmektedir. Karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative fit indeks, CFI) değerinin .90'dan büyük olması, kabul edilebilir bir uyum iyiliği değerini, .95'den büyük olmaları ise iyi bir uyum iyiliği değerinin göstergesi olarak kabul edilmektedir. (Eser ve Baydur, 2007; <http://www.yapisalesitlik.com/yem.php?gln=ortuk>). (Tablo4)

Tablo 4: Tilburg Gebelik Distress Ölçeğinin DFA Beklenen Model Uyum İndeksleri

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği DFA Model Uyum İndeksleri	Beklenen Değerler
Minimum Uyum Fonksiyon Ki-Kare (Minimum Fit Function Chi-Square χ^2)	χ^2/ df oranı 2/1 ile 5/1
Serbestlik Derecesi (Degrees of Freedom df)	
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Error Of Approximation RMSEA)	< .05 <.08 (kabul edilebilir)
İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit İndeks GFI)	>.90
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index CFI)	>.90
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index NNFI)	>.90

Uyum istatistikleri dışında incelenen diğer parametlerden biri de modifikasyon indeksleridir (MI).

Modifikasyon İndeksleri: Modifikasyonlar genellikle hata matrisleri temelinde oluşturulur ve modelde orijinal olarak öngörülmeven ancak eklenmesi yada çıkarılması durumunda modelde kazanılacak ki-kare değerini göstermektedir. Modifikasyonlar gösterge ve gizil değişkenler arasında önerilen yeni bağlantılardan, bu değişkenler arasında eklenmesi önerilen hata kovaryanslarına kadar birçok parametreyi kapsar. MI kullanılmasında çok dikkatli olunmalıdır. Modeli geliştirmek ya da uyum indekslerini arttırmak amacıyla kullanılması YEM'in temel amaçlarına aykırıdır. Her tür modifikasyona da yenileme mutlaka kuramsal bir gerekçeye dayanmalıdır (Sümer, 2000).

Birleşen ve Ayırt Eden Geçerlik

Araştırmada ilgilenilen iki ya da fazla farklı kavramın (örneğin; iyilik hali ile kaygı düzeyi) ölçümleri arasındaki korelasyon katsayısı düşük ise ayırt edici geçerlik ; her kavram

için iki ya da daha fazla farklı ölçüm yoluyla (örneğin; yukarıdaki iki kavram için hem fizyolojik ölçümler, hem de anket vb. kullanılabilir) elde edilen puanlar yüksek korelasyon gösterirse, benzer sonuçlu geçerlik doğrulanmış olmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2002).

Bilinen Gruplar Karşılaştırması

Araştırmacı, yapının dayandığı kurama bağlı olarak, bir testten anlamlı olarak farklı puan alabilecek grupları belirlerleyerek, ölçme aracını her iki gruba uygular ve gruplar arası farkı değerlendirir. Ölçme sonucunda, özelliği bilinen grup ile bilinmeyen grup arasında fark olması beklenmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2002).

Hipotezin Test Edilmesi

Ölçeğin, diğer ölçüm araçlarıyla ilişkisine bakılır. Bilinen grup karşılaştırılmasına benzer bir yöntemdir. Burada araştırmacı, ilgili kaynaklar doğrultusunda, önceden aralarında ilişki olacağı varsayımını kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analiziyle değerlendirerek test etmektedir. Bu geçerlik ölçütü, uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlayan bir yöntemdir (Gözüm ve Aksayan, 2002).

3.GEREC VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Araştırma, Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla planlanan metodolojik bir araştırmadır (Şekil1).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma, Ege Doğumevi ve Eğitim Araştırma Hastanesi Gebe Polikliniği, Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Gebe Polikliniği ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Gebe Polikliniği'nde Temmuz-Eylül 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için örneklemin ölçek madde sayısının en az 5- 10 katı olması gerekmektedir (Tavşancıl, 2006). Uyarlanacak ölçekteki madde sayısının 16 olması nedeniyle, toplam 214 gebe araştırma örneklemini oluşturmuştur (Tablo 5). Araştırmada metodolojik olarak hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri :

- Sağlıklı,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden,
- Primipar / multipar gebeliklerdir.

Dışlama Kriteri:

- Gebeliğe bağlı komplikasyon,
- Herhangi bir sistemik hastalığın varlığı,
- Onam formunu doldurmayı kabul etmeyen gebelerdir.

Tanımlayıcı Özellikler

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 5'da gösterilmiştir. Örneklem grubundaki gebelerin yaş ortalaması $28,28 \pm 5,67$ olarak belirlenmiştir. Gebelerin %30.4'ü ilkökul, % 27.6'sı lise, % 18.6'si de üniversite mezunudur. Ayrıca gebelerin %63.1 çalışmıyor, % 40.7'si primipar ve %71.0'si üçüncü trimesterde, %29.0'u ikinci trimesterdir.

Verilerin toplandığı dönemin yaz dönemi olması nedeniyle poliklinik başvuruları düşük düzeyde olmuştur. Araştırmacının veri topladığı günlerde polikliniğe başvuran 1. Tirmester gebe sayısı 4-5 olmuştur. Bu sayının yetersizliği nedeniyle 1. Trimester gebeler örneklem dışı bırakılmıştır.

Tablo 5: Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi (n=214)

	$\bar{X}$	SD
Yaş	28,28	5,67
Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde (%)
İlkokul	65	30.4
Ortaokul	50	23.4
Lise	59	27.6
Üniversite	40	18.6
Çalışma Durumu		
Çalışan	80	36.9
Çalışmayan	134	63.1
Meslek		
Ev Hanımı	134	62.6
Memur	29	13.6
Serbest Meslek	51	23.8
Gebelik Durumu		
Primipar	87	40.7
Multipar	127	59.3
Gebelik Haftası		
İkinci Trimester	62	29.0
Üçüncü Trimester	152	71.0
Maddi Durum		

Düşük	20	9.3
Orta	190	88.8
Yüksek	4	1.9
Toplam	214	100

3.4. Çalışma Materyali:

Çalışmada gebelere yönelik Sosyo-demografik Özellikler Formu (Bkz. Ek 6) ve Tilburg Gebelik Distress Ölçeği (Bkz. Ek 7) kullanılmıştır. Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, bilgilendirilmiş onam formu (Bkz. Ek 5) imzalatıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır

3.5. Araştırmanın Değişkenleri:

Çalışma Tilburg Gebelik Distress Ölçeğinin geçerlik ve güvenirliğinin belirlenmesi amacıyla metodolojik araştırma türüne uygun olarak yapılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenleri yoktur.

3.6. Veri Toplama Araçları:

Araştırmanın verileri aşağıda verilen veri toplama araçları ile toplanmıştır.

- Sosyo-demografik Özellikler Formu
- Tilburg Gebelik Distress Ölçeği

3.6.1. Sosyo-demografik Özellikler Formu:

Gebelere yönelik veri toplama formu sosyo demografik özellikleri ve gebeliğe ilişkin özellikleri içeren 8 sorudan oluşmaktadır. Bu formda gebelerin sosyo demografik özelliklerinden yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, maddi durumu, medeni durumu, gebeliğe ilişkin özelliklerinden gebelik sayısı, gebelik haftası, gebeliği sırasında herhangi bir rahatsızlık yaşayıp yaşamadığı yer almaktadır.

Veriler araştırmacı tarafından veri toplanmaya başlanmadan önce, araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.6.2.Tilburg Gebelik Distress Ölçeği:

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği Victor JM Pop ve arkadaşları tarafından Hollanda'da (2011) geliştirilmiştir. Araştırma iki aşamada yapılmıştır. İlk aşamasında çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden 295 kadınla araştırmayla ilgili açıklayıcı faktör analizi ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. İkinci aşamasında ise çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden 304 kadınla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Her bir aşamada yer alan gebeler benzer özelliklere sahip olarak planlanmıştır. Ölçek 16 maddeden ve 2 ana alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipine (0=sık sık, 1= oldukça sık, 2= zaman zaman, 3=nadiren veya hiç) göre hazırlanmıştır. Puanlanmasında 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. maddelerin puanları ters çevrilerek yorumlanmaktadır. Ölçek alt boyutları ve maddeleri Tablo 6'de gösterilmiştir. Ölçeğin bütünü, alt boyutları için iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tilburg Gebelik Distress Ölçeğinin Alt Boyutları:

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu: gebelik, doğum, doğum sonrası dönemleri ile ilgili korku, endişe, algılar ve kaygılara ilişkin maddeleri içermektedir. Olumsuz duygulanımın üç alt bileşeni vardır;

- Doğumla ilgili olumsuz duygulanım
- Postpartum dönemle / gelecekle ilgili olumsuz duygulanım
- Bebek ve kendi genel sağlığıyla ilgili olumsuz duygulanım

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği Sosyal (Eş Katılım) Alt Boyutu: gebelik döneminde eş desteğine ilişkin maddeler içermektedir.

Tablo 6: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği' nin Alt Boyutları, Madde Sayısı ve Madde Numaraları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Madde Numaraları
Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	11	3,5,6,7,9,10,11,12,13,14,16
Doğumla ilgili olumsuz duygulanım	5	3,10,11,12,13
Postpartum dönemle / gelecekle ilgili olumsuz duygulanım	3	7,9,16
Genel sağlık durumu ile ilgili olumsuz duygulanım	3	5,6,14
Sosyal (Eş Katılım) Alt Boyutu	5	1,2,4,8,15
Toplam	16	

Ölçekten elde edilecek maksimum skor $16 \times 3 = 48$, minimum skor ise 0 dır. Olumsuz duygulanım alt boyutunun maksimum skoru $12 \times 3 = 36$ iken, partner katılım alt boyutunun maksimum skoru $4 \times 3 = 12$ dir her iki alt boyutta da minimum skor ise 0 dır. Ölçekten alınan puan değeri arttıkça distress düzeyi artmaktadır.

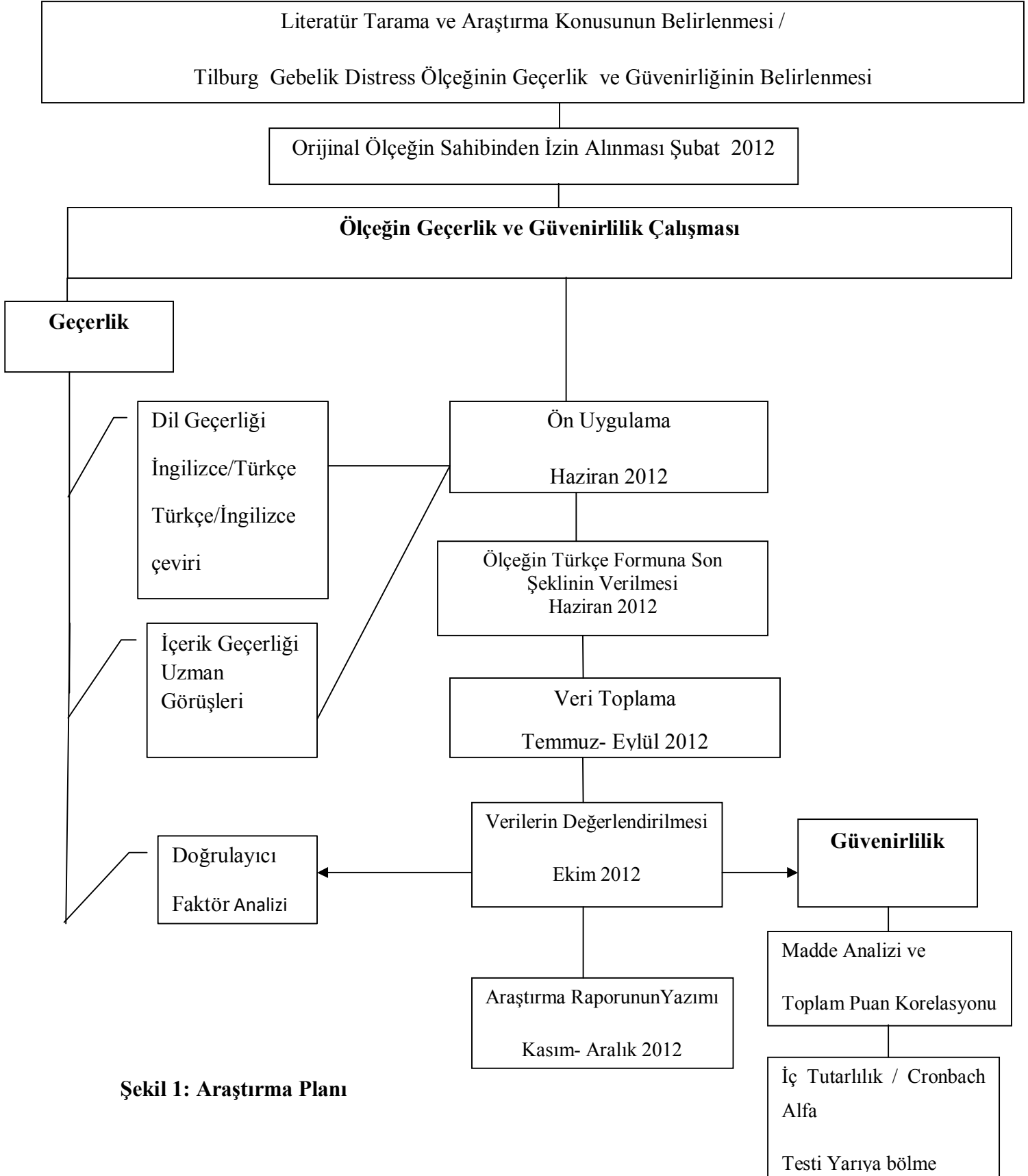
Tablo 7: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği' nin Toplam ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Cronbach α
Tilburg Gebelik Distress Ölçeği Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu (3,5,6,7,9,10,11,12,13,14,16)	11	.81
Tilburg Gebelik Distress Ölçeği Sosyal (Eş Katılım) Alt Boyutu (1,2,4,8,15)	5	.80
Toplam	16	.78

3.7.Araştırma Planı ve Takvimi:

Bu araştırmada Tilburg Gebelik Distress ölçeğinin psikolinguistik ve psikometrik özelliklerinin incelenmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler, araştırma sürecinin adımları ve zaman planı Şekil 1’de gösterilmektedir.

ÇALIŞMA İZLEM ŞEMASI



Şekil 1: Araştırma Planı

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında sosyal bilimlerde istatistiksel paket programı SPSS (Statistical package for social science) 15.0 versiyonu kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak verilerin değerlendirilmesinde;

- Hastalara ilişkin tanıtıcı sosyo demografik bilgiler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.
- Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliğinin belirlenmesinde Tablo 8'de gösterilen istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

Tablo 8: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Psikolinguistik ve Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi		
GEÇERLİLİK	Dil geçerliği	- İngilizce'den Türkçe'ye çeviri - Türkçe'den İngilizce'ye çeviri
	Kapsam /İçerik Geçerliği	Uzman görüşlerinin alınması ve Kapsam geçerlik oranlarının hesaplanması
	Ön Uygulama	İfade şeklinin sınanması
	Tanımlayıcı İstatistikler	Ortalama, ortanca, Standart sapma (SD)
	Doğrulayıcı Faktör Analizi	Yapı geçerliği orijinal ölçeğe uyumunun incelenmesi
GÜVENİRLİK	İç Tutarlılık	Cronbach alfa güvenirlik katsayısının hesaplanması
	Madde Analizi	Pearson momentler çarpımı korelasyonu düzeltilmiş formülü (point- bi-serial)
	İç Tutarlılık	Testi yarıya bölme

3.9.Araştırmanın sınırlılıklar:

Araştırmaya ait herhangi bir sınırlılık bulunmamaktadır.

3.10.Araştırmanın Etiği:

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği Victor JM Pop ve arkadaşları tarafından Hollanda’da (2011) geliştirilmiştir. Ölçek sahibi araştırmacı Victor JM Pop’ dan elektronik posta yolu ile izin alınmıştır (Bkz. Ek 1). Araştırma için; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Girişimsel (İnvaz) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu onayı alınmıştır (Bkz. Ek 2). Araştırmanın yapılacağı il bazında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği ve İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı kurum izni alınmıştır (Bkz. Ek 3 ve Ek 4).

Araştırma örneklemine alınacak bireylere çalışmanın amacı açıklandıktan sonra, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul edenlerden Bilgilendirilmiş Onam Formu (Bkz. Ek 5) ile yazılı onam alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi

4.1.1. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri

4.1.1.1. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Dil Geçerliğinin İncelenmesi

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek için ilk aşamada ölçeğin dil geçerliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Öncelikle ölçek araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra ölçeğin İngilizce- Türkçe çevirisi her iki dili ve kültürü iyi bilen, anadili Türkçe olan, akademisyen iki uzman tarafından yapılmıştır. Bu çeviriler sonucunda en uygun ifadeler seçildikten sonra, ölçeğin Türkçeden İngilizce'ye çevirisi, daha önce ölçeğin İngilizce halini görmeyen her iki dili ve kültürü iyi bilen anadili Türkçe olan iki uzman tarafından yapılmıştır. Bu uzmanlar yurtdışında hemşire olarak görev yapan kişilerden oluşmuştur. Tekrar İngilizceye çevirisi yapılan ölçek, orijinal ölçeğin ifadeleri ile karşılaştırılmış ve uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

4.1.1.2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin İçerik Geçerliğinin İncelenmesi

Dil geçerliği sağlandıktan sonra ölçeğin Türkçe formu, içerik geçerliği açısından ölçeği daha önceden görmeyen konu ile ilgili 7 hemşire öğretim üyesinin görüşlerine sunulmuştur (Bkz. Ek. 10). Uzmanlar tarafından her bir maddenin 1-4 (1=uygun değil, 2=maddenin uygun şekle getirilmesi gerek, 3=uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4=çok uygun) arasında puanlandırılarak değerlendirmeleri istenmiştir. Alınan uzman önerileri doğrultusunda kapsam geçerlik oranı (KGO) hesaplanıp, ölçek maddeleri gözden geçirilerek ölçeğe son şekli verilmiştir.

Uzmanların Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin maddelerine verdikleri puanların değerlendirilmesi Tablo 9'da gösterilmiştir.

Aracı toplam yedi uzman değerlendirmiş olup, Lawshe Tablosu'nda yedi hakem için alınacak minimum uyum ölçütünün 0.99 olduğu görülmüştür. Madde bazında ve aracın genel Kapsam Geçerlik Oranının (KGO) 1.00 olarak saptandığı görülmektedir. Elde edilen kapsam

geçerlik oranının (1.00) Lawshe tablo değerinden (Tablo 3) yüksek olduğu, uzmanlar arasında ileri derece de uyum olduğu saptanmıştır (Şencan, 2005).

Tablo 9: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin İçerik Geçerliği'nde Uzman Görüşlerinin İncelenmesi

Maddeler	Uzman Görüşleri							Her Madde için Uzman Uyumları
	1. Uzman	2. Uzman	3. Uzman	4. Uzman	5. Uzman	6. Uzman	7. Uzman	
1. Gebe olduğum için mutluyum.	4	3	4	4	4	4	4	1,00
2.Eşim ve ben gebeliğim nedeniyle mutluyuz.	3	4	4	3	4	4	4	1,00
3.Gebeliğimle ilgili endişeliyim.	3	4	4	4	4	4	4	1,00
4.Gebelik beni ve eşimi birbirimize yakınlaştırdı.	4	4	4	4	4	4	4	1,00
5.Doğumla ilgili endişelerim var.	4	4	4	4	4	4	4	1,00
6.Bebeğimin sağlığı konusunda endişeliyim.	3	4	4	4	4	3	4	1,00
7.Doğumdan sonra işim konusunda endişeliyim.	3	4	4	3	4	4	4	1,00
8.Eşim tarafından desteklendiğimi hissediyorum.	4	3	4	3	4	4	4	1,00
9. Doğumdan sonra maddi durumumuz konusunda endişeliyim.	4	3	4	4	4	4	4	1,00
10.Doğum sırasında kontrolümü kaybetmekten korkuyorum.	4	4	4	4	4	4	4	1,00
11.Doğum şekli ile ilgili	4	3	3	3	4	4	4	1,00

seçenekleri sık sık düşünüyorum.								
12. Doğum fikri/olayı bana sıkıntı veriyor.	4	4	4	3	4	4	4	1,00
13. Doğum hakkında duyduğum hikâyeler beni çok geriyor.	4	3	4	3	4	4	4	1,00
14. Gebeliğē bağılı fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra kalıcı olabileceğē konusunda endişeliyim.	4	4	4	4	4	4	4	1,00
15. Eşimle duygularımı gerçekten paylaşabiliyorum	4	3	4	4	4	4	4	1,00
16. Çok fazla kilo almaktan endişeliyim.	4	4	4	4	4	4	4	1,00
Ölçek Genel Uzman Görüşü Kapsam Geçerlik İndeksi								1,00

Kapsam geçerlilik indeksi sonucunda uzmanlar arasında %100 uyum vardır.

Ön Uygulama:

Dil geçerliğı ve uzmanlar arası görüş birliğı sağılandıktan sonra on gebe ile yapılan ön uygulama sonucu gebelerden gelen olumlu geribildirimler sonucunda formun örneklem grubuna uygulanmasına karar verilmiştir.

4.1.1.3. Tilburg Gebelik Distress Ölçeğı'nin Yapı Geçerliğinin İncelenmesi

4.1.1.4. Tilburg Gebelik Distress Ölçeğı'nin Açıklayıcı Faktör Analizinin İncelenmesi

Ölçeklerin yapı geçerliğı birçok farklı yaklaşımla sınanmaktadır. Bu yaklaşımlardan biri de faktör analizidir. Ölçeğın faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) .718 ve Barlett testi sonucu $X^2 = 571,981$ $p=0.000$ olarak bulunmuştur. Her bir faktör tarafından açıklanan toplam varyans birinci alt boyutu için % 16.2 ve ikinci alt boyutu için % 16.0, toplamda %32.2'dir.

4.1.1.5. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizinin İncelenmesi

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin DFA sonucunda elde edilen model uyum indeksleri Tablo 10'da ve analizin grafiksel gösterimi Şekil 2'de gösterilmiştir.

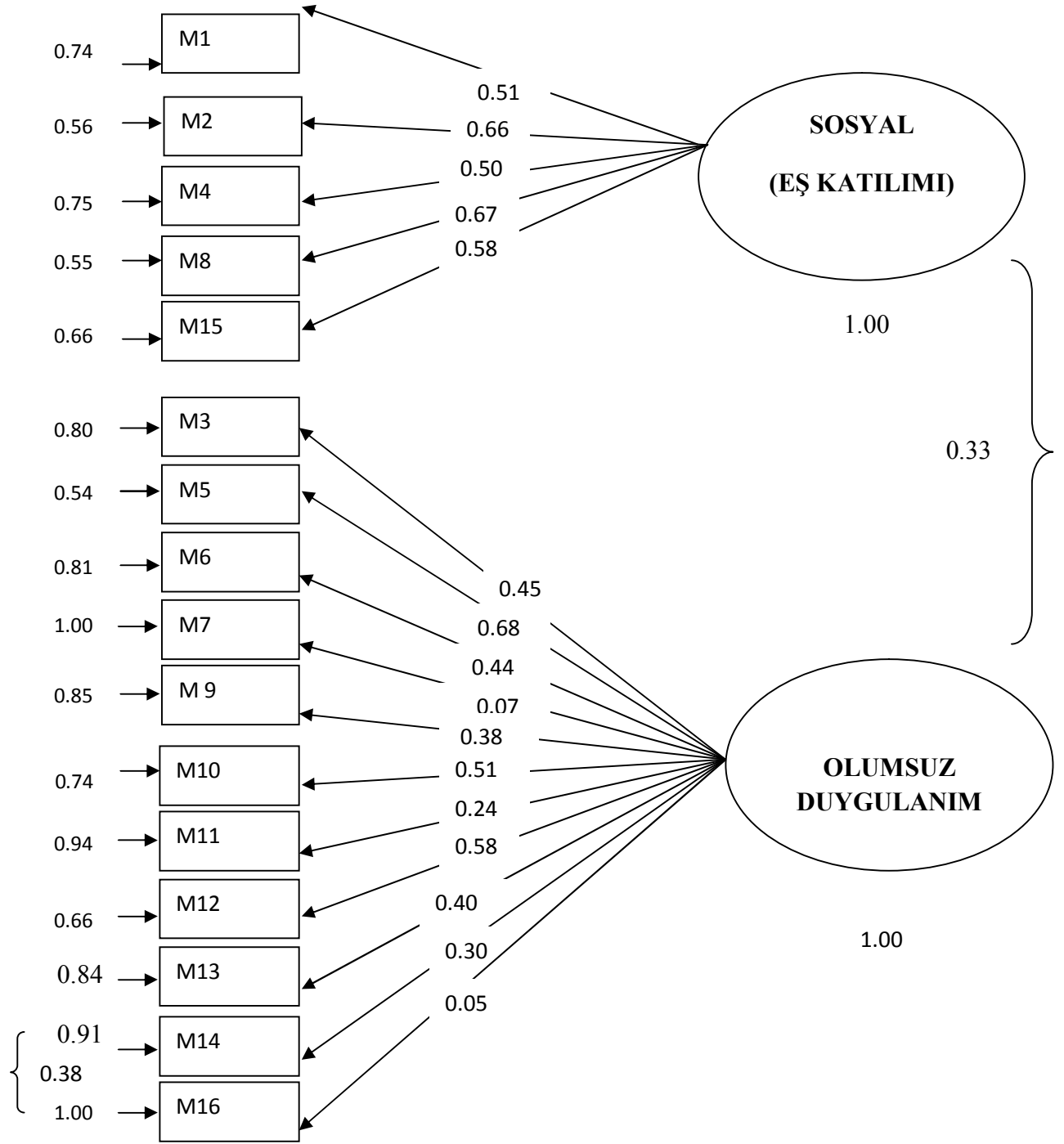
Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin DFA'nde orijinal ölçekteki 2 ana alt faktör sınanmıştır. Model uyum indeksleri olan $\chi^2(102, N=214)= 159.15$; RMSEA=0.051; GFI=0.91; CFI=0.92 ve NNFI= 0.90 olarak saptanmıştır.

Ölçeğin olumsuz duygulanım ve eş katılımı alt boyutları arasındaki korelasyon katsayısı $r=.33$ istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Şekil 2).

Bu ölçek için üretilen modifikasyonlara baktığımız zaman en yüksek olanları 14-16 çiftlerinin hatalarının ilişkilendirilmesini gösteren iyileştirme önerileridir. 14. 'Gebeliğe bağlı fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra kalıcı olabileceği konusunda endişeliyim' ve 16. 'Çok fazla kilo almakta endişeliyim' madde çiftlerinin anlamsal olarak ilişkisi değerlendirilmiş. Önerilen 14-16. Maddeler arasında modifikasyon yapılmıştır. Yapılan modifikasyonların uyum değerlerine anlamlı düzeyde katkı sağladıkları görülmüştür.

Tablo 10: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin DFA ile Faktör Yapısının Uyumunun İncelenmesi

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği DFA Model Uyum İndeksleri	Beklenen Değerler	Ölçek Sonuçları
Minimum Uyum Fonksiyon Ki-Kare (Minimum Fit Function Chi-Square χ^2)	χ^2 / df oranı 2/1 ile 5/1	$\chi^2=159.15$ / df=102
Serbestlik Derecesi (Degrees of Freedom df)		1.56
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Error Of Approximation RMSEA)	< .05 <.08 (kabul edilebilir)	0.051
İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit İndeks GFI)	>.90	0.91
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index CFI)	>.90	0.92
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index NNFI)	>.90	0.90



Chi-Square= 159.15 , dF= 102, p-value= 0.00025 , RMSEA= 0.051

Şekil 2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi

4.1.2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

4.1.2.1. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin alt boyutları için güvenirlik katsayıları değerlendirilmiş ve Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği toplamı için cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı değeri .70 belirlenmiştir. Ölçeğin iki ana alt boyutlarının cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı; *Sosyal (Eş katılımı)* alt boyutunda $\alpha = .71$, *Olumsuz duygulanım* alt boyutunda $\alpha = .66$ olarak saptanmıştır. Cronbach alfa değerinin istatistiksel olarak kabul edilebilir sınırlarda olduğu saptanmıştır. Ölçek orjinalinde de iki ana alt boyutunun cronbach alfa değerleri verilmiştir. Ölçek iki ana alt boyutta incelenmiştir. Diğer alt boyutları da dahil ettiğimizde ölçek diğer alt boyutlarla düşük uyum içerisinde olduğu için tüm geçerlik güvenirlik analizleri iki ana alt boyut üzerinden yapılmıştır.

Yarıya bölme yönteminde SPSS programı otomatik olarak ölçeği böldüğünde birinci bölümün (3,5,6,7,9,10,11,12. Maddeler) α değeri .65, ikinci bölümün (13,14,16,1,2,4,8,15. Maddeler) α değeri ise .60 olarak saptanmıştır. Her iki bölüm içinde güvenirlik birbirine yakın ve kabul edilebilir sınırdadır. İki bölüm arasındaki korelasyon katsayısı .33 olarak bulunmuştur. Aralarındaki ilişki orta düzeyde saptanmıştır.

Tablo 11: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayılarının [Cronbach Alfa(α)] İncelenmesi (n= 214)

Alt Boyutlar	Uyarlanan Ölçeğin Cronbach Alfa (α)
Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	.66
Sosyal (Eş Katılım) Alt Boyutu	.71
Toplam Ölçek	.70

4.1.2.2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Madde Analizlerinin İncelenmesi

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Madde- Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tilburg Gebelik Distress ölçeğinin madde-madde toplam puan korelasyon katsayıları en düşük .14 ile en yüksek .60 arasında değişmektedir. Ölçeğin 7. Maddesi hariç korelasyon katsayılarının genel olarak araştırmacıların alt sınır olarak kabul ettiği .20'nin üstünde yer aldığı saptanmıştır.

Tablo 12: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği Madde-Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayılarının İncelenmesi (n= 214)

Ölçek Alt Boyutları	Maddeler	Madde-Madde Toplam Puan Korelasyonları (n=214)	
		r	p
Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	3. Gebeliğimle ilgili endişeliyim.	.47	.000
	5. Doğumla ilgili endişelerim var.	.60	.000
	6. Bebeğimin sağlığı konusunda endişeliyim.	.44	.000
	7. Doğumdan sonra işim konusunda endişeliyim.	.14	.038
	9. Doğumdan sonra maddi durumumuz konusunda endişeliyim.	.51	.000
	10. Doğum sırasında kontrolümü kaybetmekten korkuyorum.	.54	.000
	11. Doğum şekli ile ilgili seçenekleri sık sık düşünüyorum.	.26	.000
	12. Doğum fikri/olayı bana sıkıntı veriyor.	.52	.000
	13. Doğum hakkında duyduğum hikâyeler beni çok geriyor.	.49	.000
	14. Gebeliğe bağlı fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra kalıcı olabileceği konusunda endişeliyim.	.43	.000
	16. Çok fazla kilo almaktan endişeliyim.	.22	.001
Sosyal (Eş Katılımı) Alt Boyutu	1. Gebe olduğum için mutluyum.	.43	.000
	2. Eşim ve ben gebeliğim nedeniyle mutluyuz.	.44	.000
	4. Gebelik beni ve eşimi birbirimize yakınlaştırdı.	.37	.000
	8. Eşim tarafında desteklendiğimi hissediyorum.	.47	.000
	15. Eşimle duygularımı gerçekten paylaşabiliyorum	.45	.000

- Hotelling T² Testi ile Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Madde Ortalamalarının İncelenmesi

Metodolojik araştırmalarda ölçekte yer alan maddelerin ortalamalarının birbirine eşit olup olmaması önemlidir. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nde yer alan her bir maddede sorulan şiddet ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığını; gebelerin soruları benzer şekilde algılayıp algılamadıklarını belirlemek için Hotelling T² testi ile analiz edilmiştir. Yapılan Hotelling T² testinde (Hotelling T²=428,332, p= 0.000) ölçekte tepki yanlılığı olmadığı belirlenmiştir.

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin alt boyut madde puanları ile alt boyut toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 13' de gösterilmiştir.

Madde puanları ve madde alt boyut toplam puan analizleri 214 gebeden elde edilen veriler kullanılarak yapılmıştır. Güvenirlik çalışması için 16 maddelik ölçeğin alt boyut madde puanları – alt boyut toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları sırasıyla Olumsuz duygulanım alt boyutun .20 - .67 arasında ve Sosyal (Eş katılımı) alt boyutun .64 - .73 arasında değişmektedir. Olumsuz duygulanım alt boyutuna ait 7. Madde puanları zayıf bulunmuştur.

Tablo 13: Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Alt Boyut Madde Puanları – Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayılarının İncelenmesi (n= 214)

Ölçek Alt Boyutları	Maddeler	Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n=214)	
		r	p
Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	3. Gebeliğimle ilgili endişeliyim.	.49	.000
	5. Doğumla ilgili endişelerim var.	.67	.000
	6. Bebeğimin sağlığı konusunda endişeliyim.	.50	.000
	7. Doğumdan sonra işim konusunda endişeliyim.	.20	.000
	9. Doğumdan sonra maddi durumumuz konusunda endişeliyim.	.48	.000
	10. Doğum sırasında kontrolümü kaybetmekten korkuyorum.	.61	.000
	11. Doğum şekli ile ilgili seçenekleri sık sık düşünüyorum.	.34	.000
	12. Doğum fikri/olayı bana sıkıntı veriyor.	.55	.000
	13. Doğum hakkında duyduğum hikâyeler beni çok geriyor.	.52	.000
	14. Gebeliğe bağlı fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra kalıcı olabileceği konusunda endişeliyim.	.49	.000
	16. Çok fazla kilo almaktan endişeliyim.	.31	.000
Sosyal (Eş Katılımı) Alt Boyutu	1. Gebe olduğum için mutluyum.	.64	.000
	2. Eşim ve ben gebeliğim nedeniyle mutluyuz.	.73	.000
	4. Gebelik beni ve eşimi birbirimize yakınlaştırdı.	.69	.000
	8. Eşim tarafında desteklendiğimi hissediyorum.	.69	.000
	15. Eşimle duygularımı gerçekten paylaşabiliyorum	.68	.000

5.TARTIŞMA

Bu bölümde Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerliği ve güvenirliğine ilişkin veriler tartışılmıştır. Tartışma şu başlıklar altında yapılacaktır:

5.1. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi

5.1.1.Dil Geçerliği

5.1.2.İçerik/Kapsam Geçerliği

5.1.3.Yapı Geçerliği

5.2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

5.2.1.İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayısı

5.2.2. Madde Analizleri

5.2.3.Hotelling T² testi ile Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Madde Ortalamaları

5.1. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi

5.1.1.Dil Geçerliği:

Ölçek uyarlama çalışmalarında ilk olarak orijinal ölçeğin, uyarlamanın yapılacağı toplumun kültürüne yönelik dil çevirisinin yapılması gerekmektedir. Ölçeğin dil geçerliğinin değerlendirilmesinde, en sık kullanılan yöntem olan geri çeviri yöntemi kullanılmıştır (Aksayan ve Gözüml, 2002; Çatal ve Dicle, 2008; Temel ve ark., 2008). Gözüml ve Aksayan (2002) kültürler arası ölçek uyarlaması yapılırken çeviri sürecinde; çevirmen seçimi, çeviri tekniği ve geri çeviri gibi konulara çok dikkat edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Öncelikle ölçek araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra ölçeğin İngilizce- Türkçe çevirisi her iki dili ve kültürü iyi bilen, anadili Türkçe olan, akademisyen iki uzman tarafından yapılmıştır. Bu çeviriler sonucunda en uygun ifadeler seçildikten sonra, ölçeğin Türkçeden İngilizce'ye çevirisi, daha önce ölçeğin İngilizce halini görmeyen her iki dili ve kültürü iyi bilen anadili Türkçe olan yurtdışında hemşire olarak görev yapan iki uzman tarafından yapıldıktan sonra Tilburg Gebelik Distress Ölçeği versiyonu hazırlanmıştır. Tilburg Gebelik Distress ölçme aracının uyarlama çalışmalarının temeli olan dil geçerliği ölçütü sağlanmıştır.

5.1.2.İçerik/Kapsam Geçerliği:

Bir ölçeğin içerik geçerliği; içindeki maddeler veya soruların ölçüm amacına uygun olup olmadığını, her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğini inceler (Yurdağöl, 2005; Eser ve Baydur, 2007). Bu amaçla içerik geçerliğini saptamak için hazırlanan ölçek uzman

kişilere incelettirilir ve eleştiriler doğrultusunda gözden geçirilerek yeniden hazırlanır (Özgüven, 2000; Şencan, 2005). Bu çalışmada da Türkçe'ye çevrilen Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin maddelerinin dil ve kültür uygunluğunu değerlendirmek için yedi akademisyenden görüş alınmıştır. Akademisyenler tarafından her bir maddenin 1-4 (1=uygun değil, 2=maddenin uygun şekle getirilmesi gerek, 3=uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4=çok uygun) arasında puanlandırılarak değerlendirmeleri istenmiştir. Değerlendirme puanlamaları Tablo 9'da yer almaktadır.

KGO (kapsam geçerlik oranı) hesaplanırken, maddelere uygun ya da çok uygun diyen uzman sayısı (G), maddeleri cevaplayan toplam uzman sayısının (N) yarısına bölünür, elden edilen değerden bir çıkartılarak hesaplanır ($KGO = [G/(N/2)] - 1$). Elde edilen değerler Lawshe (1975) tarafından geliştirilen "lawshe tekniği" değerleri ile karşılaştırılmaktadır. Çalışmada elde edilen değer Lawshe'nin tablo değerinden (Tablo 3) büyük olması istenilmektedir. Elde edilen değer Lawshe tablo değerinden büyükse uzmanlar arasında görüş birliği olduğu kabul edilmektedir (Şencan, 2005).

Kapsam geçerlik oranının hesaplanmasında minimum uzman sayısı 5 istenmektedir; bizim çalışmamızdaki uzman sayısı ise 7'dir. Kapsam geçerlik oranı için 7 uzman denk gelen .99 minimum değeri (Tablo 3) ile her bir madde değerlendirilmiştir. Akademisyenlerin görüşlerinin birbiri ile uyumlu ve görüş birliği içinde olduğu saptanmıştır.

Literatürde kapsam geçerlik indeksi için ise, istatistiksel bir ölçütü karşılaştırmak yerine .80 değeri ölçüt olarak kabul edilebileceği belirtilmektedir. Kapsam geçerlik indeksinin .80'den büyük olması bir ölçeğin istatistiksel olarak içerik geçerliğinin anlamlı olduğunu göstermektedir (Yurdağül, 2005). Bu çalışmada da ölçeğin tümüne ilişkin Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplanmış ve $KGI = 1.00$ olarak bulunmuştur ($p > .05$) (Tablo 9). Testin tümüne ilişkin $KGI > 0.80$ olduğu için ölçeğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu değere göre Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin maddelerinin ülkemiz için uygulanabilir, anlaşılır, ölçme amacına uygun ve ölçülmek istenen alanı temsil ettiği sonucuna varılmıştır. Tilburg Gebelik Distress ölçeğinin dil ve içerik geçerliği ölçütü sağlanmıştır.

Ölçeğin dil geçerliği sonrasında bir odak grupta ya da küçük bir grupta maddeleri anlama anlamında ön uygulama yapılması önerilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Tilburg Gebelik Distress Ölçeği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Gebe Polikliniği'nde örnekleme uygun on gebeye uygulanmıştır ve herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama ile ölçek maddelerinin her birinin anlaşılabilirliği test edilmiştir. Ön uygulama

yapılan gebe kadınlardan elde edilen veriler geçerlik ve güvenilirlik çalışma sonuçları içinde kullanılmamıştır. Sonuç olarak dil ve kapsam geçerliği ölçütü sağlanmış ve psikometrik incelemelerine geçilmiştir.

5.1.3.Yapı Geçerliği:

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Yapı Geçerliği

Faktör analizinin temel amaçlarından biri değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmaktır (Gözüm ve Aksayan, 2002; Şencan, 2005).

Victor JM Pop ve arkadaşları tarafından Hollanda'da (2011) geliştirilen ölçeğin orijinal formu iki ana alt boyuttan oluşmuştur. Ölçeğin orijinalinde yapılan faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) .81 ve Barlett testi sonucu $p < 0.001$ 'dır. Bu çalışmada yapılan faktör analizi sonucunda ise Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı (KMO) .718 ve Barlett testi sonucu $X^2 = 571,981$ $p = 0.000$ olarak bulunmuştur. Bu değerler ölçeğin orijinalindeki değerlerle uyumlu olup, örneklem sayısının faktör analizi yapılmasına uygun olduğunu, verilerin dağılımının homojen olduğunu göstermiştir. Ölçek orijinalinde toplamda açıklanan varyans %34'dür. Elde edilen varyans oranı ne kadar yüksekse ölçeğin faktör yapısı o kadar güçlü olmaktadır. Yapılan çalışma sonucu ölçeğin her bir faktör tarafından açıklanan toplam varyans birinci alt boyutu için % 16.2 ve ikinci alt boyutu için % 16.0, toplamda %32.2'dir ve orijinal ölçekle uyumlu olduğu saptanmıştır. Sosyal bilimlerde yapılan çalışmalarda %40-60 arasındaki varyans oranları yeterli olarak kabul edilmektedir (Şencan, 2005). Tek faktörlü ölçeklerde açıklanan varyansın %30 ve daha fazla olması yeterli görülebilir. Çok faktörlü ölçeklerde ise açıklanan varyansın daha fazla olması beklenir (Büyüköztürk, 2007). Bu sonuç, faktör yapılarını etkileyen başka faktörlerin olabileceğini düşündürmüştür. Bazı maddelerin çok genel olması ve diğer maddelerinde kadınlar tarafından çoğunda aynı cevapların verilmesi varyansın %32.2 çıkmasında etkili olabileceği düşünülmüştür (Pop ve ark., 2011).

Maddelerin belirlenen alt boyutlarda yeterince temsil edilip edilmediğini, belirlenen alt boyutların ölçeğin orijinal yapısını açıklamakta yeterli olup olmadığını değerlendirmek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılır. Doğrulayıcı faktör analizi bir faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli, olup olmadığını değerlendirmektir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Şencan, 2005). Doğrulayıcı faktör analizi, veri ile yapı arasında uyumu gösteren uyum indekslerinin değerlendirilmesine dayalı bir yöntemdir (Temel ve ark., 2008). DFA model uyum indekslerinden χ^2/df oranının 5'ten küçük olması uyum olduğunu; 2'den

küçük olması uyumun iyi olduğunu, RMSEA'nın $<.08$ altında olması, GFI, CFI ve NNFI değerlerinin $>.90$ üzerinde olması beklenmektedir (YEM, 2008) (Tablo 4). Çalışmamızda, Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin DFA' de orijinal ölçekte olduğu gibi iki alt boyutu temsil ettiği denencesi sınanmıştır.

Yapılan DFA sonucunda model uyum indeksleri $\chi^2(102, N=214)=159.15$, RMSEA=0.051, GFI=0.91, CFI=0.92 ve NNFI=0.90 olarak saptanmıştır (Tablo 10). RMSEA'nın $.08$ 'in altında olması ve χ^2/df oranının 1.56, GFI=0.91, CFI=.92 ve NNFI=.90 olması modelin iyi bir uyuma sahip olduğu, iki alt faktörü doğruladığı gösterilmiştir.

Bir ölçekteki faktör yükleri ölçekteki maddelerin kavramsal yapıyla ilgili olup olmadığını göstermektedir. Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Faktör yükü için alt sınır değerinin genel olarak $.30$ 'un üstünde olması istenmektedir (Şencan, 2005; Tavşancıl, 2006). Ölçeğin faktör yükleri $.05$ ile $.68$ arasında değişmektedir (Şekil 2). Faktör yüklerinden $.30$ 'un altında kalan maddeler; olumsuz duygulanımlı boyutundaki 7,11,16. Maddelerdir. 7. Madde örneklemimizdeki çalışan gebelerin devlet memuru olması ve işten atılma korkularının olmamasından dolayı yetersiz cevaplanmış olabilir. 11. Madde de 'Doğum şekli ile seçenekleri sık sık düşünüyorum' ifadesi ülkemizde kadınların doğum şekline kararlarında hekimlerine çok güvenmeleri ve kararı onların vermesi gerektiğine inandıkları için etkili cevaplanmaması bu maddenin faktör yükünün düşük olduğunu düşündürebilir. 16. Madde de gebelerin pek çoğunun çok fazla kilo almaktan endişelenmiyor olmalarından dolayı etkili cevaplanmaması faktör yük değerleri $.30$ 'un altında çıkmış olmasına neden olabileceği düşünülmüştür. Endişelenmemelerinin nedeni örneklem grubunun $\% 72$ 'sinin gebeliğin son trimesterinde olması, gebe kadınların görüşmeler sırasında ' bu aylarda kilo almanın durduğu, alacağım kadar almışım' şeklinde düşündüklerini sık sık ifade etmeleri, Türk toplumunda gebelikte kilo alımının normal kabul edilmesi ve kilo alımının sağlıklı çocuk doğurmak için önemli olduğu algısından dolayı bu maddenin faktör yükünün düşük çıktığı düşünülebilir. Bu maddeler modelin iyi bir uyuma sahip olmasından dolayı ölçeğin genel yapısını bozmamak için ölçekten çıkartılmamıştır. Bu uyum indeks değerleri ölçeğin yapı geçerliğini destekleyerek, Türk toplumunda kullanılabilecek bir araç olduğunu ortaya koymaktadır. Sonuç olarak ölçeğin yapı geçerliğinin sağlandığı saptanmıştır.

5.2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

5.2.1.İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayısı

Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında iç tutarlılık güvenirlik katsayısı sık başvurulan bir ölçüttür (Karasar, 2000). Bu nedenle güvenirlik değerlendirmesinde bu katsayının hesaplanması gerekir. Bir ölçeğin güvenilir olması için iç tutarlılık güvenirlik katsayı değerinin sıfır ile bir arasında olması gerekmektedir. Değerlendirme ölçütüne göre; $.00 \leq \alpha \leq .40$, ölçek güvenilir değildir; $.40 \leq \alpha \leq .60$, ölçek düşük güvenirlik tedir; $.60 \leq \alpha \leq .80$, ölçek oldukça güvenilir; $.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir (Eser ve Baydur, 2007; Özdamar, 2002).

Bu çalışmada Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı .70 olarak saptanmıştır. Bu katsayı Victor JM Pop ve arkadaşları tarafından Hollanda'da (2011) geçerlik ve güvenilirliğini yaptığı orijinal ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısına ($\alpha = .78$) yakın olduğu görülmektedir. Sonuç olarak Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin ülkemiz için oldukça güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin toplam cronbach alfa, iç tutarlılık güvenirlik katsayısının orijinal ölçeğin sonuçlarına benzer ya da yakın olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları için cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı incelendiğinde Sosyal (Eş Katılımı) alt boyutunun .71 ile; Olumsuz duygulanım alt boyutunun .66 ile oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır. Fakat Sosyal(Eş Katılımı) Alt boyutu ve Olumsuz duygulanımAlt boyutunun orijinal ölçeğe göre daha düşük güvenirlik te olduğu bulunmuştur. Olumsuz duygulanımalt boyutundaki 7,11,16. Maddelerin faktör yük değerlerinin düşük olmasının cronbach alfa değerini etkilediği düşünülmektedir. Bu maddelerin faktör yük değerlerini düşürdüğü tahmin edilen nedenlerden dolayı dolaylı olarak cronbach alfa değerini olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Yarıya bölme yöntemi kullanıldığında birinci bölümün α değeri .65 ve ikinci bölümün α değeri .60 olarak saptanmıştır. Her iki bölüm içinde güvenirlik birbirine yakın ve kabul edilebilir sınırdadır. İki bölüm arasındaki korelasyon katsayısı .33 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığının sağlandığı görülmektedir. İç tutarlılık güvenirlik katsayısının dayandığı temel görüşe bağlı olarak, ölçek ve alt boyutlarının birbiriyle tutarlı olarak, aynı şeyi ölçmekte ve birbiriyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Sonuç olarak Tilburg Gebelik Distress ölçeği ülkemiz için geçerli ve bazı sınırlılıklarına rağmen güvenilir bir ölçme aracıdır.

5.2.2. Madde Analizleri

Bir ölçeğin iç tutarlılığını gösteren diğer bir yöntem ise madde analizidir. Madde analizi madde ile toplam puan, ya da madde ile alt boyut toplam puan korelasyon katsayılarının incelenmesidir. Böylece ölçülmek istenen madde ile alt boyut arasındaki ilişki ortaya konulmaktadır (Eser ve Baydur, 2007). Madde istatistiklerinin hesaplanması, doğrudan teste konulabilecek maddelerin seçilmesi, düzeltilerek teste konulabilecek maddelerin belirlenmesi ve bu maddeler üzerinde yapılacak düzeltme çalışmalarının ne doğrultuda olacağının saptanması, teste konulması mümkün olmayan maddelerin ayıklanması amacıyla yapılır.

Madde analizlerinde pearson korelasyon katsayısı değerleri; 0-.25 (çok zayıf), .26-.49 (zayıf), .50-.69 (orta), .70-.89 (yüksek), .90-1.00 (çok yüksek) olarak değerlendirilmektedir (Akgül, 2005) Genel olarak, madde-toplam korelasyonu .30 ve daha yüksek olan maddelerin, bireyleri iyi derecede ayırt ettiği, .20-.30 arasında kalan maddelerin zorunlu görülmesi durumunda teste alınabileceği veya maddenin düzeltilmesi gerektiği, .20'den daha düşük maddelerin ise teste alınmaması gerektiği belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2007; Eser ve Baydur, 2007; Gözüm ve Aksayan, 2002). Madde seçiminde kabul edilebilir katsayının .20 ya da .25 değerinden büyük olması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Şencan, 2005; Tavşancıl, 2006).

Bu araştırmada incelenen Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin madde analizi sonuçları değerlendirildiğinde madde-toplam puan korelasyon katsayıları en düşük .14 ile en yüksek .60 arasında değişmektedir (Tablo 12). Genel olarak uygulamada çoğu araştırmacı .20 alt seviyesini kullandığı göz önüne alınırsa bu seviyenin altında sadece 7. Madde yer almaktadır. 7. Madde de 'Doğumdan sonra işim konusunda endişeliyim' maddesi gebelere yöneltilmiştir. Örneklem grubunda çalışan gebe sayısının az olması ve çalışan gebelerin de % 36.25'inin kamu sektöründe çalışan kişileri oluşturması ve bundan dolayı endişe hissi yaşamadıklarını ifade etmelerinin 7. Maddenin korelasyon değerini düşürdüğü düşünülmektedir. Büyüköztürk (2007) korelasyon değerinin .20'nin altında olan maddelerin atılması gerektiğini belirtmiştir. 7. madde için bu analiz yapılmış; madde çıkarıldığında cronbach alfa değerinin önemsenmeyecek kadar küçük bir artış gösterdiği saptanmıştır. Cronbach alfa değerinde önemli bir artış olmadığı için maddenin ölçekten çıkartılmaması gerektiğine karar verilmiştir.

Alt boyut madde puanları – alt boyut toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde sırasıyla en düşük .20 -.73 arasında değiştiği görülmektedir (Tablo13). Olumsuz duygulanım Alt boyutun .20- .67 arasında ve Sosyal (Eş katılımı) Alt boyutun .64 - .73 arasında değişmektedir. Analiz sonuçlarında alt boyut korelasyon katsayı değerleri arasında 7.maddenin .20'nin altında olduğu saptanmıştır. Alt boyut madde puanları korelasyonlarında .20'nin altındaki 7. Madde atılıp iç tutarlılık cronbach alfa güvenirlik kat sayısı yeniden hesaplanmış ve cronbach alfa güvenirlik kat sayısı önemsenmeyecek kadar küçük bir artış olduğu bulunmuştur. Aralarında önemli bir fark olmadığı için, ölçek yapısını bozmamak ve ölçek uyum indeksi sonuçlarının iyi olması nedeniyle madde ölçekten çıkartılmamıştır.

5.2.3.Hotelling T² testi ile Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Madde Ortalamaları

Metodolojik araştırmalarda ölçekte yer alan madde/soru ortalamalarının birbirine eşit olup olmaması önemlidir. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nde yer alan madde puan ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığı, Hotelling T² testi ile analiz edilmiştir. Soru ortalamalarının birbirine eşit olup olmaması kavramı; soruların gebe kadınlar tarafından aynı yaklaşım ile algılanıp algılanmadığını, soruların zorluk derecelerinin birbirine eşit olup olmadığını belirtmektedir. Aynı zamanda maddelerin ölçme yeteneklerinin birbirine yakın ve normal dağılım formunda olup olmadıklarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Özdamar, 2002). Yapılan Hotelling T² testinde (Hotelling T²=428,332, p= 0.000) madde ortalamalarının farklı olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nde yer alan maddelerinin gebeler tarafından aynı şekilde algılandıklarını, Tilburg Gebelik Distress ölçeğinin ülkemizde önemli bir sorun olan gebelik distress'ini saptayan bir tanılama aracının olmamasına çözüm getirecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır.

6.SONUC VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Gebelerin distress düzeylerini değerlendirmek amacıyla 2011 yılında Victor JM Pop ve arkadaşları tarafından Hollanda’da geliştirilen Tilburg Gebelik Distress (Tilburg Pregnancy Distress) ölçeğinin Türkiye için geçerli ve güvenilir bir ölçek olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları doğrultusunda Tilburg Gebelik Distress Ölçeği’nin Türk örneklemini için kullanılabilecek geçerli, güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır.

Türkiye’de kullanılmak üzere, “Tilburg Gebelik Distress ” Türkçe versiyonu olarak sunulmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına dayanarak bu çalışmanın gelecek çalışmalara rehber olabilmesi için verilebilecek öneriler;

1. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alfa ve korelasyon katsayısı kabul edilebilir sınırlarda olması nedeniyle, bu boyutların tekrar değerlendirilmesi,
2. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin daha geniş bir örneklem ile geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması,
3. Ölçek Türk örnekleminde kullanıma uygun olmasına rağmen çalışan gebe kadınların daha yüksek sayıda olduğu örneklem üzerinde çalışılması,
4. Ölçeğe yeni alt boyutlar eklenerek, özgün yeni bir ölçek geliştirilmesi
5. Ölçek kısa, anlaşılır olması bakımından gebe polikliniklerinde distress değerlendirmesi için kullanılabilir,
6. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin tekrar her trimesterde ayrı ayrı geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH ve ark. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 2008; 45(1): 85-91.
2. Aksayan S, Gözüm S. Kùltürler arası ölçek uyarlaması rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2002; 4: 9-14.
3. Akgöl A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri SPSS uygulamaları, 3. Baskı, Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti, 2005; 440-455.
4. Aksayan S, Gözüm S. Kùltürler arası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kùltürlerarası karşılaştırma. Hemarge Dergisi, 2003; 5: 3-14.
5. Alder J, Fink N, Bitzer J, Höslı I ve ark. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2007; 20(3): 189-209.
6. Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the prenatal distress questionnaire. Midwifery, 2011; 27: 553-539.
7. Arslan B. Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Aile Hekimliğı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2010.
8. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. Canadian Nurse Journal, 2006; 102: 26-30.
9. Brennan PA, Pargas R, Walker EF, Green P ve ark. Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. J Child Psychol Psychiatry, 2008; 49: 1099-1107.
10. Büyüköztürk Ş. Veri analizi el kitabı, 8. Baskı, Ankara, Pegem Ak Yayıncılık, 2007; 167-182.

11. Cengiz C, Kimya Y. Gebeliğe bağlı annedeki sistemik değişiklikler; kardiyovasküler ve solunum sistemleri. In Beksaç MS, eds. Maternal-Fetal Tıp & Perinatoloji. Ankara. Kozan Ofset, 2001: 735-744.
12. Çalık YK, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry. 2011, 3 (1): 142-162.
13. Çatal E, Dicle A. Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. DEUHYO ED (online); 2008; 1(1): 19- 32. URL: <http://deuhyo.fizwig.com/200805144.pdf>.
14. Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2006.
15. Deniz KZ. Psikolojik ölçme aracı uyarlama. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2007; 40(1): 1- 16.
16. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S ve ark. Prenatal depression restricts fetal growth. Early Hum Dev 2009; 85:65-7.
17. Dipietro JA, Ghera MM, Costigan K, Hawkins M. Measuring the ups and downs of pregnancy stres. J Psychosom Obstet Gynecol, 2004; 25: 189–201.
18. Durat G. Sakarya ilindeki gebe kadınlarda doğum sonrası depresyon riskinin belirlenmesi ve yüksek riskli kadınlarda hemşirelik uygulamalarının etkinliği. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2003.
19. Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 2009; 19: 67-74.
20. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik . Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 30: 211-216.
21. Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği Bölüm VII. In: Erefe İ, editör. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. İstanbul Odak Ofset, 2004; 169-188.

22. Ersoy, İ. (2000). Kadın-Doğum, Türkiye Klinikleri Ders Notları Serisi, Hekimler Birliği Vakfı, Ankara, s: 65-69.
23. Eser E, Baydur H. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlemesi: geçerlik ve güvenirlik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Öncesi Kurs Notları: 3- 29, 2007, İzmir.
24. Ergin DY. Ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Bilimleri Dergisi. 1995; 7: 125-148.
25. Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, ve ark. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. International Journal of Nursing Studies, 2009; 46: 669–677.
26. Glazier R, Elgar F, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support and emotional distress in a community sample of pregnant women. J Psychosom Obstet Gynecol, 2004; 25: 247–255.
27. Gilbert ES, Harmon JS, Çev.Ed. Taşkın L, Yüksek riskli gebelik ve doğum, Ankara, Palme Yayıncılık, 2002; 2-9, 118-132.
28. Johnson RC, Slade P. Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? J Psychosom Obstet Gynaecol, 2003; 24(1): 1-14.
29. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler, 10.baskı, Ankara, Nobel Basım Evi, 2000; 136-153.
30. Kelly RM, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancyor depressive and anxiety symptom amplification revisited? General Hospital Psychiatry, 2001; 23: 107-113.
31. Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri, Edirne, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2008; 3-15.
32. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. 3P Dergisi 2004; ek 4: 30-7.

33. Kimya Y, Cengiz C. Maternal fizyoloji. In Kişnişçi HA, eds. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Güneş Kitabevi, 1996: 239-250.
34. Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008; 9(1): 47-54.
35. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 23 (1): 61-64.
36. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H ve ark. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. NIH(National Institutes of Health), 2010; 202(1): 5-14.
37. Lau Y, Yin L. Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. Midwifery, 2011; 22: 668-673.
38. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM ve ark. Çev Ed. Önderoğlu, LS. Williams doğum bilgisi, 21. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2005; 167-200.
39. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the edinburgh postnatal depression scale (epds). Arch Womens Ment Health. 2006; 9: 131-138.
40. Littleton LY, Engebretson JC. Maternal, neonatal and women's health nursing America, Delmar Thomson Learning, 2002; 417-446.
41. London ML, Ladewing PW, Ball JW, Bindler RC. Maternal newborn & child nursing family centered care, America, Pearson Education, 2003; 143-156.
42. Lobel M, Cannella DL, Graham EJ, Devincent JC ve ark. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. Health Psychology, 2008; 5: 604–615.
43. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2008; 28: 525-532.
44. Martin AC, Psychosocial health concerns, In: Youngkin EQ, Davis MS, editors. Women's health a primary care clinical guide, 2nd ed. The USA: Appleton&Lange, 1998; 867-904.

45. Matthey S. Assessing for psychosocial morbidity in pregnant women. CMAJ, 2005; 173(3): 267-9.
46. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. Birth, 2002; 29(2): 101-111.
47. Morse CA, Buist A, Durkin S. First-time parenthood: influences on pre and postnatal adjustment in fathers and mothers. J Psychosom Obstet Gynecol, 2000; 21: 109-120.
48. Mulder HEJ, Robles de Medina GP, Huizink CA, Van den Bergh HBR ve ark. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. Early Human Development, 2002; 70: 3-14.
49. Murray SS, Mckinney SE, Gorrie TM, Foundations of Maternal Newborn Nursing, Second Edition, America, W.B.Saunders Company, 2002; 163-183.
50. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstet Gynecol Clin North Am, 2009; 36: 771-788.
51. Novak JC, Brom BL. Maternal and Child Health Nursing, Ninth Edition, Missouri, Mosby Company, 1999;131-134.
52. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003; 4: 98-105.
53. Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. Perinatoloji Dergisi, 2004; 12: 11-16.
54. Öner N. Türkiye’de kullanılan psikolojik testler, bir başvuru kaynağı, 3. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Matbaası, 1994; 3-39.
55. Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi, 4. Baskı, Eskişehir, Kaan Kitabevi, 2002; 661-676.
56. Özen Y, Gülaçtı F, Kandemir M. Eğitim bilimleri araştırmalarında geçerlik ve güvenirlik sorunsalı. Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi, 2006; 8(1): 69-89.

57. Özgüven İE. Psikolojik testler. Güvenirlik ve Geçerlik, Ankara, Sistem Ofset, 2000; 83-109.
58. Peleg-Popko O. Differentiation and test anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 2004; 27: 645- 662.
59. Pillitteri A. *Maternal Child Health Nursing*, Third Edition, Philadelphia, Lippincott Company, 1999; 195-219, 73-184.
60. Pop VJM, Pommer AM, Pop - Purceleanu M, Wijnen HAA ve ark. Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: the TPDS. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2011; 80: 1-8.
61. Raymond JE. Creating a safety net: women's experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy. *Midwifery*, 2009; 25: 39-49.
62. Reeder SJ, Martin LL, Konika Griffin D. *Maternity nursing, family, newborn and women's health care*, Eighteenth Edition, Philadelphia, Lippicott Company, 1997; 367-393, 430.
63. Rosand GM, Slinning K, Eberhard-Gran M, Roysamb E ve ark. Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public Health*, 2011; 11: 1-12.
64. Pippins JR, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E ve ark. Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. *J Womens Health (Larchmt)*, 2006; 15: 754-762.
65. Savaşır İ. Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. *Türk Psikoloji Dergisi Özel Sayı*, 1994; 9: 27-32.
66. Seimyr L, Edhborg M, Lundh W, Sjogren B. In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2004; 25: 23-34.

67. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Turk Psikiyatri Derg, 2000; 11: 3-16.
68. Stanton L, Lobel M, Sears L. Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: current status and future direction. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2002; 70: 751-770.
69. Stuart GW, Anxiety responses and anxiety disorders, In: Stuart GW, Lariai MT, editors. Psychiatric nursing, eighth edition. China: Mosby, 2005; 260-284.
70. Sunal N, Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; 4: 99-110.
71. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: temel kavramlar örnek uygulamalar. Türk psikoloji yazıları. 2000; 3(6): 49-74.
72. Şen S. Erken (Preterm) Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006.
73. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlik, 1. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005.
74. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği kitabı. Ankara, Sistem Ofset Matbası, 10. Baskı, 2011. 85-101, 211-225.
75. Taşpınar A, Normal gebelik, In: Şirin A, Kavlak O, editors. Kadın sağlığı, 1. Baskı, İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008, 454-470.
76. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi, 3. Baskı, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2006; 16-80.
77. Tiran D, Chummun H. Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. Midwifery, 2004; 10(3): 162-167.
78. Tezcan, E. Depresyonun ayırıcı tanısı. Duygudurum Dizisi, 2000; 2: 77-98.

79. Temel AB, Uysal A, Erkin Ö, Koçer A. Hemşirelik öğrencilerinin araştırmaya, gelişmelere farkındalığı ve tutumu ölçeğinin Türkçe formunun geçerliği, güvenirliği. DEUHYO ED (online): 2008; 1(2): 108- 123. URL: <http://deuhyo.fizwig.com/bay.PDF>.
80. Usta GM, Balıkçı A. Prenatal stresin nörogelişimsel etkileri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2012; 4(1): 99-111.
81. Yali M, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. J Psychosom Obstet Gynecol, 1999; 20: 39-52.
82. Yali M., Lobel M. Stress-resistance resources and coping in pregnancy. Anxiety, Stress and Coping, 2002; 15: 289–309.
83. Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM). (2008). Örtük Değişkenlerle Yol Analizi (PathAnalysis with Latent Variables), <http://www.yapisalesitlik.com/yem.php?gln=ortuk>, Erişim: 06.06.2012.
84. Yılmaz V, Çelik HE, Ekiz HE. Kuruma bağlılığı etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modelleriyle araştırılması: özel ve devlet bankası örneği. Sosyal Bilimler Dergisi, 2006; 2: 171- 177.
85. Yurdağül H, Ölçek Geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Kitabı:1- 5, 2005, Denizli.
86. Yurdağül H. Çoktan seçmeli test sonuçlarından elde edilen farklı korelasyon türlerinin birinci ve ikinci sıralı faktör analizlerindeki uyum indeklerine etkisi. İlköğretim (online), 2007; 6(1): 160- 185. URL: <http://ilkogretimonline.org.tr/vol6say1/v6s1m12.pdf>.

8.EKLER

EK 1:

ÖLÇEĞİ GELİŞTİREN ARAŞTIRMACI'DAN ALINAN İZİN BELGESİ

Gereksiz (50)

Tasklar (21)

Gönderilmiş

Silinmiş (17)

Arama Sonuçları

Yeni klasör

Hızlı görünüm

Messenger

1 davet

Messenger oturumu aç

Giriş

Kişiler

Takvim

Aynı ofis belgesi üzerinde birlikte çalışın.

SkyDrive

V.J.M. Pop [Kişilere ekle](#)

Kime: merve ertugrul

26.02.2012

Yanıtla

2 ek (toplam 35,7 KB)

Hotmail Etkin Görünüm

tpdsdef.pdf [Karşıdan yükle](#) (22,2 KB)

tpdsmanua...pdf [Karşıdan yükle](#) (13,4 KB)

Tümünü zip olarak karşıdan yükle

Dear colleagues,

please find enclosed the scale and the manual.

sincerely yours,

good luck with your work.

VJM Pop, MD, PhD

Professor of primary Care

Tilburg University

Van: merve ertugrul [merveertugrul@hotmail.com.tr]

Verzonden: zaterdag 25 februari 2012 18:59

Aan: V.J.M. Pop

Onderwerp: Tilburg Pregnancy Distress Scale

Dear Victor JM Pop,

My name is Merve Ertugrul and I am master student in Dokuz Eylül Nursing Faculty in Izmir. Me and my teacher assistant profesor Merlinda Aluş Tokat , we want to make validity and reability of your scale for Turkish culture. I f is ok for you we will be plased to do it. We have problem related to time. Can you send us a original version of your scale.

Thank you very much

Sincerely

EK 2:

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL (INVAZ) OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU ONAYI**

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk. - 64

18.01.2013

Sayın Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ

Kurulumuz tarafından 17.01.2013 tarih ve 609-GOA protokol numaralı 2013/03-14 karar numarası ile görüşülen "Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	609-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ Merve ERTUĞRUL Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2013/03-14	Tarih: 17.01.2013
	Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ'un sorumlusu Merve ERTUĞRUL'un proje yürütücüsü olduğu "Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" isimli klinik araştırmaya ait 16.01.2013 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma başlığının "Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" olarak değiştirilmesi uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	Besti
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Ny
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	M.Ömür Üstün
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐ H ☒	

EK 3:

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDEN ALINAN İZİN



**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ**

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83 -302

18.06.2012

KONU:

19.06.2012 006580

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne**

İlgi:15.05.2012 tarihli 1218 sayılı yazınız;

İlgi yazınıza istinaden; Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrenciniz Merve Ertuğrul "Tilburg Gebelik Distress Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması" isimli tez çalışmasını belirtilen tarihlerde Hastanemizde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali ÖZCAN
Başhekim

Öğrenci işleri
19/06/2012

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt No : 19.06.2012
Dosya No : 2106

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 Inciraltı/İZMİR
Tel:+90(232)412 23 15 Faks:+90(232) 412 97 97
E posta:elcin.safyurek@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Hem.Hiz.Müd. Gülay EŞREFGİL

Elektronik ağı:www.deu.edu.tr

EK 4:

İZMİR VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NDEN ALINAN İZİN

T.C. İZMİR VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ		T.C. İzmir Valiliği İzmir İl Sağlık Müdürlüğü (Genel Evrak) 15.06.2012 14:54:44 / 49879 EDİTİM Kayı Yapan NLGUNFL2	
SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/2789 KONU: Merve ERTUĞRUL'un Tez Çalışması.			
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne			
İLGİ: 15.06.2012 tarih ve 1217 sayılı yazınız. Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Merve ERTUĞRUL'un, "Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konulu tez çalışmasını ilgili kurumlarda yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve çalışma sonuçlarının tarafımıza gönderilmesi hususunda gereğini rica ederim.			
Şenol SARIYICI Müdür a. Sağlık Müdür Yardımcısı			

EK 5:

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

..... Hanım, benim adım Merve Ertuğrul , Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Bu araştırma sağlıklı gebelerde gebeliğe bağlı oluşan rahatsızlıkları (sıkıntı, stres, kaygı, anksiyete, depresyon) saptamak amacıyla planlanmıştır. Size vereceğim anket formlarını doldurmanız sadece 15 dakikanızı alacaktır. Katılımınız ve içtenlikli yanıtlarınız gebe kadınların yaşadıkları sorunların anlaşılması ve çözüm üretilmesine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler, isminiz kesinlikle gizli kalacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve değerlendirilecektir.

Yukarıda araştırmaya gönüllü katılacak olan kişiye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar içerisinde araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya Katılacak Bireyin;

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı- soyadı: Araş. Gör. Merve Ertuğrul

Telefon: 05512046964

İmzası:

Tarih:/...../.....

EK 6:

SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

Tarih:

Adınız – Soyadınız:

Tel:

Yaşınız:

1. Eğitim Durumunuz
 - a. İlkokul
 - b. Ortaokul
 - c. Lise
 - d. Üniversite
 - e. Diğer
2. Çalışma Durumunuz
 - a. Çalışıyorum b. Çalışmıyorum
3. Mesleğiniz.....
 - a. Ev hanımı
 - b. b. Memur
 - c. c. Serbest
 - d. d.Diğer.....
4. İlk gebeliğiniz mi?
 - a. Evet b. Hayır (kaçınıcı gebeliğiniz?)
5. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....
6. Medeni durumunuz?
 - a. Evli b. Bekar
7. Maddi durumunuz?
 - a. Düşük
 - b. Orta
 - c. Yüksek
8. Gebeliğiniz boyunca herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır

EK 7:**TİLBURG GEBELİK DİSTRESS ÖLÇEĞİ****Tilburg Gebelik Distress Ölçeği**

Aşağıdaki cümleler sizin gebeliğinizi algılayışınızla ilgilidir. Son 7 günde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden cümleyi işaretleyiniz. Her cümle için lütfen tek bir cevabı işaretleyiniz.

	Sık Sık	Oldukça Sık	Zaman Zaman	Çok nadir/Hiç
1. Gebe olduğum için mutluyum.				
2. Eşim ve ben gebeliğim nedeniyle mutluyuz.				
3. Gebeliğimle ilgili endişeliyim.				
4. Gebelik beni ve eşimi birbirimize yakınlaştırdı.				
5. Doğumla ilgili endişelerim var.				
6. Bebeğimin sağlığı konusunda endişeliyim.				
7. Doğumdan sonra işim konusunda endişeliyim.				
8. Eşim tarafında desteklendiğimi hissediyorum.				
9. Doğumdan sonra maddi durumumuz konusunda endişeliyim.				
10. Doğum sırasında kontrolümü kaybetmekten korkuyorum.				
11. Doğum şekli ile ilgili seçenekleri sık sık düşünüyorum.				
12. Doğum fikri/olayı bana sıkıntı veriyor.				
13. Doğum hakkında duyduğum hikâyeler beni çok geriyor.				
14. Gebeliğe bağlı fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra kalıcı olabileceği konusunda endişeliyim.				
15. Eşimle duygularımı gerçekten paylaşabiliyorum				
16. Çok fazla kilo almaktan endişeliyim.				

EK 8:**TILBURG PREGNANCY DISTRESS SCALE İNGİLİZCE FORMU****Tilburg Pregnancy Distress Scale**

The following questions relate to the way you perceive your pregnancy. **Circle the box** that best reflects how you felt during **the last 7 days**. Please circle only one answer to each question.

	Very often	Fairly often	Now and then	Rarely or never
1. I am enjoying my pregnancy				
2. I feel like my partner and I are enjoying the pregnancy together				
3. I worry about the pregnancy				
4. The pregnancy has brought my partner and I closer together				
5. I worry about the delivery				
6. I worry about the health of my baby				
7. I worry about my job once the baby is born				
8. I feel supported by my partner				
9. I worry about our financial situation after childbirth				
10. I am afraid I will lose self-control during delivery				
11. I often think about choices concerning the delivery				
12. The delivery is troubling me				
13. I get very tense hearing stories about deliveries				
14. I am concerned that the physical discomforts of pregnancy might persist after childbirth				
15. I can really share my feelings with my partner				
16. I worry about gaining too much weight				

Key to calculate scores

Item : 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 and 16 should be recoded (3=0, 2=1, 1=2, 0=3).

EK.9:

TILBURG GEBELİK DİSTRESS ÖLÇEĞİ İÇERİK/KAPSAM GEÇERLİLİĞİ

İÇİN GÖRÜŞLERİ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ

Prof. Dr. Gülseren Kocaman	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Prof. Dr. Gülşen Vural	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Ümran Sevil	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Candan Öztürk	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard. Doç. Dr. Kerziban Yenal	Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Yard. Doç. Dr. Murat Bektaş	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad:	Merve ERTUĞRUL												
İletişim Bilgileri:	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD 35340-Balçova-İzmir												
Adres:	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 35340-Balçova-İzmir												
Telefon:	İş:02324124792 Cep: 05512046964												
E-mail:	merveertugrul@hotmail.com.tr												
Kısa özgeçmiş	Doğum Tarihi: 02.10.1987 Öğrenim Durumu: <table><thead><tr><th>Derece</th><th>Alan</th><th>Üniversite</th><th>Yıl</th></tr></thead><tbody><tr><td>Lisans</td><td>Hemşirelik</td><td>Hacettepe Üniversitesi</td><td>2010</td></tr><tr><td>Yüksek Lisans</td><td>Hemşirelik</td><td>Dokuz Eylül Üniversitesi</td><td>2013</td></tr></tbody></table> 2010 yılında Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'na Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı Kapsamında Araştırma Görevlisi olarak atandım. Yüksek Lisans eğitimimi tamamlamak amacıyla DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsüne iki yıl süreyle görevlendirildim.	Derece	Alan	Üniversite	Yıl	Lisans	Hemşirelik	Hacettepe Üniversitesi	2010	Yüksek Lisans	Hemşirelik	Dokuz Eylül Üniversitesi	2013
Derece	Alan	Üniversite	Yıl										
Lisans	Hemşirelik	Hacettepe Üniversitesi	2010										
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Dokuz Eylül Üniversitesi	2013										