

**TILBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ'NİN
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

Ayla ÇAPIK

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı
Prof Dr. TÜRKAN PASİNLİOĞLU**

Doktora Tezi - 2013

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TILBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ'NİN
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

Ayla ÇAPIK

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU**

**ERZURUM
2013**


T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI


TILBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ'NİN
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Ayla ÇAPIK

Tez Savunma Tarihi : 13.09.2013

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Türkan PASINLIOĞLU (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Dilek KILIÇ (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Nülüfer ERBİL (Ordu Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN (Atatürk Üniversitesi) 

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM – 2013

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Stres Kavramı	5
2.2. Gebelikte Psikolojik Distres.....	5
2.2.1. Gebelikte Depresyon.....	7
2.2.2. Gebelikte Anksiyete.....	22
2.2.3. Gebelikte Stres	26
2.3. Ölçek Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları	28
2.3.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi	28
2.3.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	29
2.3.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması	38
3. MATERYAL VE METOT	39
3.1. Araştırmanın Türü	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Verilerin Toplanması	42
3.5. Tilburg Gebelikte Distress Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği.....	44
3.5.1. Dil Geçerliliği.....	44
3.5.2. Kapsam Geçerliliği	45
3.5.3. Yapı Geçerliliği	46
3.5.4. İç Tutarlılık.....	46
3.5.5. Kesme Noktası	47
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	47
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	48

4. BULGULAR	49
4.1. Dil Geçerliliği.....	49
4.2. Kapsam Geçerliliği.....	49
4.3. Yapı Geçerliliği	51
4.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları	51
4.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları	53
4.4. İç Tutarlılık	56
4.5. Kesme Noktası	57
4.6. Distresin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi	58
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	75
KAYNAKLAR	77
EKLER	95
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	95
EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	96
EK-3. İNGİLİZCE ÖLÇEK FORMU	97
EK-4. TÜRKÇE ÖLÇEK FORMU	98
EK-5. ÇEVİRİ YAPAN UZMANLAR	99
EK-6. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR	100
EK-7. ÖLÇEĞİN YAZARININ KESME NOKTASI HAKKINDAKİ GÖRÜŞÜ	101
EK-8. ÖLÇEĞİN YAZARINDAN ALINAN İZİN FORMU	102
EK-9. ETİK KURUL ONAY FORMU	104
EK-10. ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİ İÇİN GEREKLİ İZİN YAZISI ..	105

TEŞEKKÜR

Sadece bu tezin hazırlanmasında değil, tüm lisansüstü eğitimim boyunca her aşamada destek veren ve rehberlik eden, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim değerli danışman hocam sayın Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU 'na şükranlarımı sunarım.

Bu tezin hazırlanmasında verdikleri emeklerinden ve katkılarından dolayı sayın hocalarım Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU, Doç Dr. Dilek KILIÇ'a, Doç. Dr. Nülüfer ERBİL'e, hiçbir zaman desteğini ve yardımını esirgemeyen, her zaman yanımda olan değerli hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Serap EJDER APAY'A,

Her zaman yanımda olan, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen ve doktora tezimin hazırlanmasında verdiği katkılardan dolayı sevgili eşim Yrd. Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a, sevgisiyle beni hayata bağlayan canım oğlum Kaan Ali ÇAPIK'a, her zaman yanımda olan ve her süreçte desteğini gördüğüm, sevgili kardeşim Raşit KANBUR'a, hayatım boyunca en çok destek gördüğüm ve her zaman yanımda olan değerli AİLEME,

Verdiği bursla sağladığı katkılardan dolayı TÜBİTAK'a ve tezimin veri tabanının oluşturulmasına katkıda bulunan tüm değerli katılımcılara sonsuz teşekkür ederim.

Ayla ÇAPIK

ÖZET

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Amaç: Bu araştırma, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'ni (Tilburg Pregnancy Distress Scale-TPDS) Türkçe'ye uyarlamak, geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla metodolojik olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Kars ilinde 6 Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde (Ortakapı ASM, Yusufpaşa ASM, Bülbül ASM, Şehitler ASM, Başbakanlık TOKİ ASM, Hafızpaşa ASM) 20 Şubat-10 Nisan 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, ilgili aile sağlığı merkezlerine kayıtlı gebeler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 275 gebe ile çalışılmıştır. Geçerlilik-güvenilirlik analizinde dil ve kapsam geçerliliği, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, cronbach alfa kat sayısı kullanılmıştır.

Bulgular: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin çeviri-geri çevirisi yapılarak dil geçerliliği sağlanmış, daha sonra uzman önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak kapsam geçerliliği sağlanmıştır. Ölçek, ön uygulamanın ardından örneklem grubunu oluşturan gebelere uygulanmıştır.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin yapı geçerliliğini belirlemek için açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonucunda 2 faktörlü bir yapı gösterdiği ve faktör yüklerinin uygun aralıkta olduğu saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise ölçeğin 2 faktörlü yapısının geçerli olduğu ve uyum indekslerinin uygun olduğu bulunmuştur. İç tutarlılık analizlerinde, madde toplam puan korelasyonlarının yeterli olduğu ve ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısının 0.83, eş katılımı alt boyutu Cronbach alfa katsayısının 0.72, olumsuz duygulanım alt boyutu Cronbach alfa katsayısının 0.83 olduğu bulunmuştur. Ölçeğin kesme noktasının toplam puan için 28 olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak, Türkçe'ye uyarlanan Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Distres, depresyon, gebelik, geçerlilik ve güvenilirlik, ebelik, hemşirelik.

ABSTRACT

Validity and Reliability Study of the Tilburg Pregnancy Distress Scale

Aim: This study was methodologically conducted to adapt the Tilburg Pregnancy Distress Scale into Turkish and test its validity and reliability.

Material and Method: The study was conducted in 6 regions of Family Health Center in the province of Kars between 20 February 2013 and 10 April 2013. The population of the study consists of pregnant women who are registered to the related family health centers. No sample group was selected in the study and 275 pregnant women who met the study criteria and accepted to participate in the study constituted the sample group of the study. Validity and reliability analysis of the language and content validity, explanatory and confirmatory factor analysis, Cronbach's alpha coefficient was used.

Results: The language validity of the TPDS was provided with the translation-back translation and then the content validity was provided by making the required corrections in line with the expert recommendations. Following the pre-application, the scale was applied on the pregnant women who comprised the sample group.

Explanatory factor analysis and confirmatory factors analysis were performed to determine the construct validity of the TPDS. As a result of the explanatory factor analysis, it was determined that the scale displayed a 2-factor structure and factor loads were within appropriate range. As a result of the confirmatory factor analysis, on the other hand, it was found out that the 2-factor structure of the scale was valid and its fit indexes were appropriate. As a result of the internal consistency analyses, it was determined that the total score correlations of items were sufficient; the total Cronbach's alpha coefficient of the scale was 0.83, Cronbach's alpha coefficient of the subscale of partner involvement was 0.72 and Cronbach's alpha coefficient of the subscale of negative affect was 0.83. The cut point of the scale was specified as 28 for total score.

Conclusion: As a consequence, the TPDS, which was adapted into Turkish, was determined to be a valid and reliable measurement instrument.

Key Words: Distress, depression, pregnancy, validity and reliability, midwifery, nursing.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA	: Açıklayıcı faktör analizi
ASM	: Aile sağlığı merkezi
BAÖ	: Beck anksiyete ölçeği
BDÖ	: Beck depresyon ölçeği
BDT	: Bilişsel davranışçı terapi
CVI	: Conteny validity index
DFA	: Doğrulayıcı faktör analizi
EKT	: Elektrokonvulzif terapi
EPDÖ	: Edinburg postnatal depresyon ölçeği
KGİ	: Kapsam geçerlilik indeksi
KİT	: Kişilerarası ilişkiler terapisi
KMO	: Kaiser Mayer Olkin testi
TGDÖ	: Tilburg gebelikte distres ölçeği
TPDS	: Tilburg pregnancy distress scale

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil No

Sayfa No

Şekil 4.1. Ölçeğe Ait PATH Diyagramı.....55

TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. DSM IV Major Depresyon Tanı Kriterleri.....	10
Tablo 3.1. Gebelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	41
Tablo 3.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı	42
Tablo 3.3. DFA Sonuçlarında Kullanılan Uyum İndeksleri ve Normal Değerler.....	46
Tablo 3.4. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Testler.....	47
Tablo 4.1. Ölçek Maddelerine Ait KGİ Skorları.....	50
Tablo 4.2. Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	52
Tablo 4.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	54
Tablo 4.4. DFA Uyum İndeksi Sonuçları	54
Tablo 4.5. Alt Boyutlara Göre Cronbach's Alfa Değerleri.....	56
Tablo 4.6. Madde Toplam Korelasyonları	57
Tablo 4.7. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'ne Ait Çeşitli Persentillerdeki Kesme Noktaları.....	58
Tablo 4.8. Gebelerin TGDÖ'nden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	58
Tablo 4.9. Gebelerin Ölçeğin Kesme Noktasına Göre Dağılımı.....	58
Tablo 4.10. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre TGDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
Tablo 4.11. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre TGDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63

1. GİRİŞ

Gebelik, kadınlar için fizyolojik bir süreç olmakla beraber önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, stres ve anksiyete oluşturabilecek etkenlerle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir.¹ Geçmiş yıllarda gebelik “psikiyatrik bozukluklar için koruyucu bir dönem” olarak görülürken, günümüzde bu görüş artık kabul edilmemektedir. Çünkü kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedir.^{2, 3} Bu nedenlerden dolayı gebelik, kadınların yaşamında bir stres dönemidir ve sıklıkla anksiyete ve depresyonla birleşmektedir.³

Gebelik, fizyolojik, sosyal ve duygusal değişiklikler, başkaları ile olan ilişkilerde değişimler, beden imajının bozulması, uyum sağlayamama, ebeveyn olma kaygısı, mali gereksinimler, sosyal destek yetersizliği gibi birçok nedenden dolayı psikolojik distres ile ilişkilidir.⁴⁻⁶ Psikolojik distres genellikle klinik olarak depresyon, anksiyete ve/veya stres olarak tanımlanır.^{5, 7-10} Psikolojik distres, doğurganlık yılları süresince pek çok kadının ortak sorunudur.¹¹

Gebelikte psikolojik distres prevalansını araştıran bazı çalışmalar, gelişmiş ülkelerde kadınların %13-25’inin başta depresyon veya anksiyete bozuklukları olmak üzere, klinik olarak anlamlı psikolojik distres atakları yaşadıklarını göstermektedir.^{12, 13} Yapılan bir diğer çalışmada ise gebelikte distres prevalansının %41.7 ile %51 arasında değiştiği belirtilmiştir.¹⁴ Gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda, depresif belirti görülme sıklığı Macaristan’da¹⁵ %17.9, Amerika’da¹⁶ %20, Kanada’da¹⁷ %25, Finlandiya’da¹⁸ %30 olarak bulunmuştur. Türkiye’de bu konuda sınırlı sayıda çalışma yapıldığı belirlenmiştir. Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre

yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel¹⁹ %27.3, Sevindik³ %36.3 olarak bulmuşlardır. Gölbaşı ve ark.²⁰, Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeğine (EPDÖ) göre yaptıkları çalışmada; gebelikte depresif belirti görülme sıklığını %28.6 olarak saptamışlardır.

Kadının ruhsal durumu ve yaşantısı gebeliğin seyrini etkileyebildiği gibi, gebeliğin de ruhsal ve duygusal yaşantı üzerinde etkili olabildiği belirtilmektedir.^{1, 21, 22} Gebelikte, kadının yaşadığı biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yanında, annelik rolüne ilişkin duygusal, davranışsal beklentiler, çatışma ve umut da ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle gebelikte sık görülen depresyon ve kaygının sadece bir nedenle ilişkilendirilmesinin doğru olmadığı, birden fazla ve karmaşık etmenlerin etkisiyle ortaya çıktığı vurgulanmaktadır.^{1, 21, 23} Gebelikte ruhsal sağlığın bozulmasında rol oynayan etkenler, daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü, ailesel durumlar, evlilik- eş ilişkisi, iş durumu, düşük ekonomik düzey, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, düşük hikayesi, gebelik durumunun yarattığı yeni güçlükler ve gereksinimler, fetusla ilgili kaygı ve yüksek ebeveynlik stresi şeklinde sıralanabilir.^{1, 21, 23-28} Bu özelliklere ek olarak bazı kaynaklarda, düşük özsaygı, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi, gebelik döneminde sosyal, duygusal destek yetersizliği ve sosyal izolasyonun da gebelikte ruh sağlığının bozulmasına etkisi olduğu belirtilmektedir.^{19, 22, 23, 26, 29} Ayrıca aile içi şiddet, gebelikte alkol, sigara veya uyuşturucu madde tüketimi gibi faktörlerin de rol oynadığı bilinmektedir.^{23, 25, 27, 29}

Gebelikte ruh sağlığının iyi olması anne ve fetus sağlığı için önemlidir. Ruhsal hastalıkların annenin duygu durumunu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği ve tedavi almayanlarda maternal ve fetal morbidite ve mortalite hızını arttırabileceği bilinmektedir.^{2, 30, 31} Bu sürecin anne ve bebeğe olumsuz etkileri: Spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter direnci, gebeliğin hipertansif hastalıkları

(preeklampsi-eklampsi), perinatal ve doğum komplikasyonları, preterm eylem, neonatal büyüme geriliği, yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, düşük apgar skoru ve fetal ölümdür. Ayrıca gebelik depresyonu, lohusalık depresyonu gelişimi için de önemli bir risk faktörüdür.^{2, 30-32}

Gebelikteki fizyolojik reaksiyonlar kadar psikososyal reaksiyonların da tanınması ve önlenmesi, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi önem taşımaktadır. Bunun için gebelikte yapılan izlemlerde fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikolojik değerlendirmenin de yapılmasının, bütüncül bir yaklaşım açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır.^{1, 22, 23, 27}

Gebelikteki psikolojik distres, fetüs ve annenin iyilik halini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı konularak tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Gebelikte psikolojik distresi önlemede atılacak ilk adım riskli grubun belirlenmesidir. Gebelikte ruhsal değişikliklerin tespiti uygun tarama yöntemleri kullanılarak yapılmalıdır. Ülkemizde bu taramalar için yaygın kullanılan ölçekler Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ),³³ Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ),³⁴ Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği,³⁵ Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği³⁶, Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDÖ)'dir.³⁷ Görüldüğü gibi bu ölçekler gebeliğe özgü değildir ve sadece bir tek problemin tanınmasına yönelik kullanılabilen ölçüm araçlarıdır. Bu nedenle gebeliğe özgü psikolojik distresi ölçebilecek bir araca gereksinim vardır.

Pop ve ark.³⁸ tarafından 2011 yılında gebeliğe özgü psikolojik distresin tanınmasının yapılabilmesi için Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (Tilburg Pregnancy Distress Scale-TPDS) geliştirilmiştir.

Bu araştırmanın amacı, gebe kadınların psikolojik sorunlarının daha spesifik ve objektif şekilde tanılanması açısından Tilburg Gebelikte Distres leği'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılarak Türk toplumuna kazandırılması ve distresin bazı değişkenler açısından incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Stres Kavramı

Stres, bireyin iç ve dış dengesini bozan, tehdit eden durumdur. Stresle yetersiz başetme durumunda, fiziksel ve ruhsal hastalıklar ortaya çıkabilmektedir.

Claude Bernard stresi “organizmanın dengesini bozan uyaranlar” olarak, Hans Selye ise, stresi “organizmanın her türlü uyarana verdiği cevap olarak” tanımlamıştır.³⁹

Selye stresi iki şekilde incelemiştir: *Eustres ve dystres*. *Eustres*, yapıcı ve olumlu bir güç olarak, *dystres* ise yıkıcı ve ıstırap verici bir güç olarak tanımlanmıştır.⁴⁰

2.2. Gebelikte Psikolojik Distres

Gebelik genel olarak bir duygusal ferahlık dönemi olarak tanımlanır, ancak pek çok kadın için gebelik yaşam kalitesini ciddi biçimde etkileyen sıkıntı verici bir tecrübe olabilmektedir.⁴¹ Psikolojik distres, doğurganlık yılları süresince pek çok kadının ortak sorunudur.¹¹ Psikolojik distres genellikle klinik olarak depresyon, anksiyete ve/veya stres olarak tanımlanır.^{5, 7-10} Gebelik, fizyolojik, sosyal ve duygusal değişiklikler, başkaları ile ilişkilerdeki değişimler, beden imajının bozulması, uyum sağlayamama, ebeveyn olma kaygısı, mali gereksinimler, sosyal destek yetersizliği gibi birçok nedenden dolayı psikolojik distres ile ilişkilidir.⁴⁻⁶

Huizink ve ark.⁴² genel anksiyeteden farklı olarak gebelik anksiyetesinin gebelik süresince yaşanan nöroendokrin değişiklikler ve doğum sonuçları ile korelasyon içerisinde olduğunu bildirmişlerdir. Lobel ve ark.⁴³ stresin, gebelik süresince altta yatan herhangi bir tıbbi durumdan bağımsız olduğunu öne sürmüşlerdir.

Gebelikte psikolojik distres prevalansı ciddi oranda değişkenlik göstermektedir. Yapılmış 59 çalışmanın meta analizi, gebelikte depresyon prevalansının sanayileşmiş ülkelerdeki kadınlarda %8 ile %24 arasında olduğunu ortaya koymaktadır.⁴⁴ Gelişmiş ülkelerde yapılan bazı çalışmalar ise kadınların %13-25’inin perinatal dönemde başta

depresyon veya anksiyete bozuklukları olmak üzere klinik olarak anlamlı psikolojik distres atakları yaşadıklarını göstermektedir.^{12, 13} Yapılan bir diğer çalışmada ise gebelikte distres prevalansının %41.7 ile %51 arasında değiştiği belirtilmiştir.¹⁴ Gebelik süresince distres yaşayan kadınların yaklaşık %40'ı, doğum sonrası dönemde de distres yaşamaya devam etmektedirler.⁴⁵ İngiltere'de⁴⁶ anne morbidite ve mortalitelerinin en önemli sebebi olarak, Avustralya'da⁴⁷ ise indirekt anne mortalitelerinin ilk üç sebebinden biri olarak psikiyatrik hastalıklar tanımlanmıştır.

Gebelikte uzun süreli stres, depresyon ve anksiyete, hem anne hem de bebek için olumsuz sonuçlara neden olur.⁴⁸ Doğum öncesi, stres, depresyon ve anksiyete ile şu değişkenler arasında ilişki olduğu belirlenmiştir: Preeklampsi riskinde artış, spontan erken doğum, operatif doğumlar,⁴⁹ zor doğum,⁵⁰ erken doğum ve düşük ağırlıkta doğum.^{10, 43, 49, 51, 52} Fetal/neonatal etkiler arasında fetal kalp hızında değişiklik,⁵³ gebelik yaşına göre küçük bebek⁴⁹ ve bebek mizacında olumsuz reaktivite yer alır.⁵⁴ Ayrıca gebelik anksiyete ve depresyonunun çocuğun davranışsal gelişimi üzerinde de olumsuz etkileri olabilmekte⁵⁵ ve düşük entelektüel zeka oranları, öğrenme ve hafıza eksiklikleri, sosyal gelişimde gecikmeler meydana gelebilmektedir.¹⁰ Gebelik süresince şiddetli bir psikolojik distres, özellikle sıkıntının organogenez döneminde meydana gelmesi durumunda konjenital malformasyonlara bile neden olabilmektedir.⁵⁶ Doğum öncesi yüksek anksiyete, çocuklarda hiperaktivite/dikkat eksikliği gibi uzun süreli etkiler gösterebilmektedir.⁵⁷ Doğum öncesi yüksek stres, anksiyete ve depresyon, annede yüksek kortizol seviyeleriyle özdeşleşmektedir.⁵⁸⁻⁶¹ Doğum öncesi anne kortizolünün yüksek olmasının erken doğum, düşük fetal ağırlık ve düşük bebek Apgar skorları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{61, 62} Doğum öncesi depresyon ve anksiyete, doğum sonrası depresyon yaşama olasılığını da artırmaktadır.^{44, 63 64}

Kadınların doğum öncesi psikolojik distres yaşama süreci içerisindeki deneyimleri ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Bir çalışmada depresyonda olan gebe kadınlar kendi depresyon deneyimlerini akıldışı duygular, işlev gösterme aczi, invazif düşünceler, anksiyete ve sosyal olarak geri çekilme üzerinden tanımlamışlardır.⁶⁵ Diğer çalışmalar ise mali durumlar^{66, 67} ve bir bebekle daha başa çıkma⁶⁷ gibi gebe kadınlarda görülebilecek kaygılara odaklanmıştır. Kadınlar ayrıca kendi sağlıkları, bebeğin sağlığı ve annelik hizmetlerinin sunduğu desteğin kalitesi ile ilgili endişelerini de ifade etmişlerdir.⁶⁶

Geleneksel olarak sağlık hizmetleri doğum sonrası depresyona odaklanmıştır. Ancak gelişmekte olan literatür, doğum öncesi psikolojik distres ile ilişkili risklere odaklanmaya başlamıştır.⁵ Gebelik süresince yaşanan psikolojik distresin değerlendirilmesi konusu çok tartışmalıdır. Bazı sanayileşmiş ülkelerde anksiyete ve depresyonu taramak için anketler veya psikososyal değişkenleri değerlendiren doğum öncesi tarama protokolleri geliştirilmiştir.⁶⁸ Gebelik süresince ve doğum sonrası dönemde yapılan kısa, rutin psikososyal değerlendirme, halen anksiyeteden, depresyondan ya da stresden mustarip olan ve/veya anlamlı psikososyal stres yükleyicilere maruz kalan kadınları tanımlamayı hedeflemektedir. “Psikososyal” terimi bu bağlamda sağlık ve refahın psikolojik, sosyal, duygusal, kültürel ve manevi yönlerini içermektedir. Amaç, fetüs, bebek ve annede meydana gelebilecek olumsuz sağlık sonuçlarını azaltmak için önleme, erken müdahale ve tedavi programlarından yararlanabilecek olan bu kadınları tanımlamak ve onların sevkini kolaylaştırmaktır.^{69, 70}

2.2.1. Gebelikte Depresyon

Depresyon, günümüzde en yaygın olarak görülen hastalıklardan biridir. Çok sık görülmesi, kişinin yaşantısını etkilemesi, iş ve güç kaybına neden olması nedeniyle her geçen gün önemi artmaktadır.⁷¹

Depresyon terimi duygu durumunu (mood), bir belirtiyi, bir sendromu veya bozukluğu gösterebilir. Depresyon, hafif mizaç bozukluğundan huzursuzluk, motor retardasyon, erken uyanma, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi belirtilerle ve kendini kınama, apati, umutsuzluk, değersizlik hissi, intihar düşüncesi ve girişimi gibi öznel belirtilerle karakterize olan, şiddetli bir hastalığa kadar uzanabilen geniş bir yelpazeyi içerir.⁷²

DSM IV'e göre depresyon, 2 haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte Tablo 2.1'de belirtilen semptomlardan 5'inin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az 1'inin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ve artık zevk alamama olması olarak tanımlanmaktadır.⁷²

Depresyon; sık görülen, tekrarlayan ve kişinin yaşantısında olumsuzluklara yol açarak yaşamını zorlaştıran bir hastalık olarak kabul edilmektedir.⁷¹ Birincil duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi durumda ikincil olarak da görülebilmektedir.²

Gebelik kadın hayatında önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir.^{73, 74} Bir araştırmada gebeliğin, 43 stres verici yaşam olayı içerisinde 12. ve diğer bir araştırmada ise 116 olay içinde 15. sırada olduğu bildirilmiştir.⁷⁵

Gebelik, önceki dönemlerde ruhsal bozukluklar için koruyucu bir dönem ya da kendini iyi hissetme olarak görülmekteyken, bu görüş son yıllarda kabul görmemektedir. Çünkü gebelik kadınlar için neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabildiği gibi; endişe, kaygılı bekleyiş, yüklenme de yaratabilir.²

Doğurganlık dönemi, kadınlarda depresyonun başlaması açısından yüksek riskli bir dönemdir ve hemen hemen hiçbir yaşam olayı, gebelik ve doğumun neden olduğu

nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle yarışamaz.^{73, 76, 77} Bir bebeğin dünyaya gelmesi olumlu ve sevindirici bir olay olsa da, annelerin bir kısmında bazı psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Birçok araştırmacı, gebeliğin kadının yaşamında değişik ve yeni rollere uyumu gerektiren bir kriz dönemi olduğunu belirtmişlerdir.^{78, 79}

DSM IV Major Depresyon Tanı Kriterleri⁷² Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. DSM IV Major Depresyon Tanı Kriterleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan 5'inin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az 1'inin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

(1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hissediyor.) ya da başkalarının gözlemesi (örn. Ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen hergün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) Hemen hergün yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

(3) Perhizli değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. Ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen hergün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

(4) Hemen hergün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.

(5) Hemen hergün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

(6) Hemen hergün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

(7) Hemen hergün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısallık olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

Gebelikte Depresyon Sıklığı

Genel olarak gebelik, iyilik ve mutluluk halinin yaşandığı bir zaman dilimi olarak düşünülür. Bazı kaynaklarda gebelik durumunun kadınları depresyondan koruduğu belirtilir.⁸⁰ Son yıllarda gebeliğin ruhsal bozukluklar için koruyucu bir dönem ya da “kendini iyi hissetme” dönemi olduğu düşüncesi kabul görmemektedir. Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde, gebelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur.⁸¹

Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon sıklığını araştıran çalışmalarda depresif semptom görülme sıklığının %4-51 arasın da değiştiği bulunmuştur.^{15, 16, 18, 27, 82-88} Kurki ve ark.¹⁸ gebelikte depresyon sıklığını %30, Marcus ve ark.¹⁶ %20, Bödecs ve ark.¹⁵ %17.9 olarak bulmuşlardır. McKee ve ark.nın⁸⁷ düşük gelir düzeyine sahip gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada ise Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon prevalansı %51 olarak belirtilmiştir.

Türkiye’de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, gebelerde önemli oranda depresyon belirtilerinin olduğu bildirilmektedir.^{1, 21} Yanikkerem ve ark.⁷¹ çalışmalarında 160 gebenin 48’in de, Altınay⁸⁹ 100 gebenin 12’sin de depresyon saptamışlardır. Beck Depresyon Ölçeğine göre yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon görülme sıklığını Cebeci ve ark.⁹⁰ %12, Karaçam ve Ançel¹⁹ %27.3, Altınay⁸⁹ %27.9, Sevindik³ %36.3 olarak bulmuşlardır. Gölbaşı ve ark.²⁰ Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeğine göre yaptıkları çalışmada; gebelikte depresif belirti görülme sıklığını %28.6 olarak belirlemişlerdir.

Gebelerde görülen depresyon belirtilerinin düzeylerine bakıldığında; Vırt ve ark.¹ gebelerin %42.3’ün de hafif, %39.4’ün de orta ve %18.3’ün de şiddetli düzeyde depresif belirti olduğunu, Sevindik³ gebelerin %30’unda depresif belirti olmadığını, %33.8’inde hafif, %23.8 ininde orta ve %12.5’inde ağır düzeyde depresif belirti olduğunu; Aktaş ve ark.⁹¹ gebelerin %46.6’sında depresif belirti olmadığını, %34.5’inde

hafif, %13,9'unda orta düzeyde, %4.8'inin de ağır düzeyde depresif belirtilerin olduğunu saptamışlardır. Diğer bazı çalışmalarda gebe kadınların ortalama %18'inin major depresyon tanısı aldıkları bildirilmektedir.^{30,92}

Gebelik, ambivalans ve çatışmanın da eşlik edebildiği, normal gelişimsel bir deneyim olarak görülebilir.²³ Gebelikte kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular ön plana çıkar.²³ Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bildirilmiştir. Gebelik süresince trimesterlere göre gebenin emosyonel reaksiyonları; belirsizlikler, içe dönüklük, pasiflik, kendini beğenmeme, bağımlılık, korku ve anksiyete olarak tanımlanmıştır.⁷¹ İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. Bu dönemde özellikle bedensel değişiklikler üzerinde yoğunlaşılır; bulantıyla baş etme, meme hassasiyeti, fiziksel değişiklikler, cinsellik, diyet ve egzersiz gibi. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler bu gerçeğe karşı geliştirilen tutumda etkilidir.^{23, 93} Fetusa psikolojik bağlanma, uterus içinde başlar ve ikinci trimesterin başlangıcına kadar kadınların çoğunda bebeğin zihinsel bir resmi oluşur. Doğmadan önce bile fetus ayrı olarak hissedilir ve annelerin çoğu, doğmamış çocuklarıyla konuşurlar. Fetusa emosyonel konuşma, yalnızca erken anne-bebek bağlanmasını değil, aynı zamanda sigarayı ve kafeini bırakma gibi annenin sağlıklı gebelikle ilgili çabalarını da gösterir.²³ Ancak gebeliğin ilk 3 ayında duygusal ve içgüdüsel sapmalar ön plandadır. Ambivalan duygular yoğun şekilde yaşanabilir; neşe, yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabilir. İlk trimesterde ambivalans duyguları ortaya çıkaran nedenler, menstruasyonun kesilmesi, mide bulantıları, kadının kendisini halsiz ve yorgun hissetmesidir. Bu rahatsızlıklar kadının gebeliği istememesine neden olur, bu devre bebekle ilgili en az sevinç duyulan devredir.⁷¹ İkinci trimesterde fetusa olan

biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. Bu devrede görülen fiziksel değişiklikler ambivalan duyguların ortadan kalkmasına neden olur. Bu dönemde kadının gücü yavaş yavaş artmış, bulantıları geçmiş ve kendini daha iyi hissetmeye başlamıştır.⁷¹ Üçüncü trimesterde ise kadın artık daha çabuk yorulmaya ve gebelikten bıkmaya başlamıştır. Bu dönemde doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar ve ilk trimesterde yaşanan ambivalan duygular tekrar yaşanır.^{23,}

71

Gebelikte depresyon görülme sıklığı trimesterlere göre değişkenlik göstermektedir. Bir sistematik gözden geçirme çalışmasında depresyon yaygınlığı; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bildirilmiştir.⁸⁸ Chen ve ark.⁸⁴ da “Centre for Epidemiological Studies-Depression” skalasına göre gebelikte depresif semptom görülme sıklığını birinci trimesterde %8, ikinci trimesterde %10 ve üçüncü trimesterde %2 olarak bulmuşlardır. Bir araştırmada ise ikinci trimestere göre ilk ve üçüncü trimesterlerde depresyon sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir. İlk trimesterde istenmeyen gebelikler, depresyonla ilişkilidir. Üçüncü trimesterde doğumla ilgili korkular ve fetusun sağlığı ile ilgili kuşkular olabilir.²³ Bunevicius ve ark.⁹⁴ çalışmalarında gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğünü ve bu trimesterde yüksek oranda görülmesini de gebeliğin plansız ve istenmeyen gebelik olması, düşük gelir ve eğitim düzeyinde olunması, gelir getiren bir işte çalışmama değişkenleriyle ilişkili olduğunu saptamıştır. Akbaş ve ark.’nın,²¹ gestasyon haftası 36 ve üzerinde olan gebelerdeki depresyon sıklığını araştıran çalışmalarında ise; gebelerin %42.3’ünün hafif, %39.4’ünün orta ve %18.3’ünün şiddetli ve ağır depresyon belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir.

Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri

Kadının ruhsal durumu ve yaşantısı gebeliğin seyrini etkileyebildiği gibi, gebeliğin de ruhsal ve duygusal yaşantı üzerinde etkili olabildiği vurgulanmaktadır.^{1, 21, 22} Gebelikte kadının yaşadığı biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yanında, annelik rolüne ilişkin duygusal, yaşamsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular da ön plana çıkar. Bu nedenle gebelikte sık görülen depresyonun sadece bir nedenle ilişkilendirilmesi veya açıklanmaya çalışılmasının doğru olmadığı, birden fazla ve karmaşık etmenlerin etkisiyle ortaya çıktığı öne sürülmektedir.^{1, 21, 23}

Gebelikte ruhsal sağlığın bozulmasında rol oynayan, gebelikteki depresyon için risk etkenleri olarak; daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü varlığı, ailesel durumlar, evlilik- eş ilişkisi, iş durumu, düşük ekonomik düzey ya da ekonomik kaygılar, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, düşük hikayesi, gebelik durumunun yarattığı yeni güçlükler ve gereksinimler, fetusla ilgili kaygı ve yüksek ebeveynlik stresi üzerinde durulmaktadır.^{1, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 71, 95} Bu özelliklere ek olarak düşük özsaygı, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi, gebelik döneminde sosyal, duygusal destek yetersizliği ve sosyal izolasyonun da etkili olduğunu belirten kaynaklar mevcuttur.^{1, 19, 23, 26, 29, 71} Ayrıca aile içi şiddet, gebelikte alkol, sigara veya uyuşturucu madde tüketimi gibi değişkenlerin de rol oynadığı belirtilmektedir.^{23, 25, 28, 29}

Literatürde gebelik depresyonunun risk faktörlerine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Kalken ve ark.'nın,⁹⁶ 230 gebe üzerine yaptıkları çalışmada; gebeliğin erken dönemindeki şiddetli bulantı ve kusmanın gebelikteki yaşanan anksiyete ve depresyonla ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Leigh ve ark.⁹⁷ Avustralya'da 367 gebe üzerinde yaptıkları randomize çalışmada; özsaygısı düşük olan, anksiyete yaşayan, sosyal desteği az ya da hiç olmayan, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi olan,

yaşamında büyük bir travma yaşamış, geçmişinde şiddet gören kadınlarla gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğunu saptamışlardır.

Sosyodemografik ve obstetrik faktörler gebelik depresyonunu etkileyebilmektedir. Yanikkerem ve ark.⁷¹, Yalçın Gözüyeşil ve ark.⁹⁵ yaptıkları çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip gebelerde depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğunu ve Şahin ve ark.²⁸ çalışan gebelerde depresyon puanının daha düşük olduğunu, Bödecs ve ark.¹⁵ gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan gebelerde depresyonun daha çok görüldüğünü saptamışlardır. Yanikkerem ve ark.⁷¹ daha önce doğum yapan kadınların depresyon puan ortalamalarının hiç doğum yapmayan kadınlardan daha yüksek olduğunu ve çocuk sayısı ile depresyon arasında anlamlı korelasyon olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada gebeliği boyunca sağlık kurumuna başvurmayan gebelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda gebelik sayısı arttıkça depresyon oranının arttığı bulunmuştur.^{21, 95} Akbaş ve ark.²¹ çalışmalarında geniş aile yapısına sahip gebelerin depresyon oranlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır. Yapılan bir çalışmada ilk evlenme yaşı ile depresyon arasında ilişki olduğu ve 16-20 yaş grubunda evlenenlerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁹⁵ Figueiredo ve ark.'nın,⁹⁸ Hollanda'da yaptıkları randomize bir çalışmada; 17-40 yaş arası gebelere göre ergenlik çağındaki gebeler hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde anlamlı olarak daha fazla depresif belirti göstermişlerdir.

Gebelikteki fizyolojik değişiklikler gebelik depresyonuna neden olabilmektedir. Bu değişikliklerden biri olan kilo artışı, gebede memnuniyetsizlik yaratmasına bağlı olarak hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde depresif belirtileri arttırabilmektedir.⁹⁹ Aktaş ve ark.⁹¹ gebelerin “hamilelik sırasında kilo alma

korkusunun” depresyon puan ortalamasını, istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da, arttırdığını saptamışlardır.

Gebelikte Depresyona Ait Belirti ve Bulgular

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların; gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzer özellikte olması ve subsendromal özellik gösterebilmesi nedeniyle gebelik depresyonuna tanı koymak bazen güç olabilir.^{2, 32, 100-102}

Gebeliğin birinci trimesterindeki başlıca depresif belirti ve bulgular; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğüdür. Benzer şekilde gebeliğin üçüncü trimesterinde anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. Bu depresif belirtiler gebeliğin ikinci trimesterinde daha az görülmektedir.^{2, 101, 102} Literatürde, depresif belirtilerin gebe kadınlarda en az postpartum dönemdeki veya gebe olmayan kadınlardaki kadar sık ve yoğun görüldüğü belirtilmektedir.^{1, 100-102} Gebelikteki depresif belirtiler genel depresyon belirtilerinden farklı olmamakla birlikte; depresif gebelerde diğer depresif hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler anlamlı derecede fazla görülmektedir.^{32, 100-102}

Gebelikte Depresyonun Sonuçları

Mental hastalıkların annenin duygu durumunu etkileyerek gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği belirtilmektedir.¹⁰³ Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda; depresyonun, müdahale edilmediği takdirde, çeşitli obstetrik komplikasyonlara ve doğumsal patolojilere yol açabileceği belirlenmiştir.^{18, 104, 105} Gebelik esnasında görülen psikopatolojik semptomların fetüs üzerinde olumsuz etkiler yarattığı düşünülmektedir.¹⁰³

Anne ya da bebeğe bu sürecin olumsuz etkileri şu şekildedir: Spontan abortus, fetal ölüm, antenatal kanama, preterm eylem, gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi-eklampsi), artmış uterin arter direnci, perinatal ve doğum komplikasyonları, düşük apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma ve neonatal büyüme geriliğidir. Ayrıca gebelik depresyonu postpartum depresyonunun gelişimi için de önemli bir risk faktörüdür.^{2, 22, 30-32, 106}

Amerika'da, Beck Depresyon Ölçeği ile yapılan bir izlem çalışmasında; gebeliğinde depresyon yaşayan kadınlarda depresyon yaşamayanlara göre erken doğum görülme insidansının %13, düşük doğum ağırlıklı bebek olma insidansının %15 oranında arttığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, gebelik depresyonu tanısı alanlarda prenatal kortizol düzeylerinin daha yüksek, fetüslerin gestasyon haftasına göre daha küçük, fetüsün büyüme hızının daha yavaş ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranının daha yüksek olduğu görülmüştür.⁷⁶ Rahman ve ark.¹⁰⁷ depresyondaki annelerin bebeklerinin ağırlıklarının depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1.9 kat daha düşük bulmuşlardır. Kurki ve ark.¹⁸ depresyonun preeklampsi riskini 2.5 kat arttırdığını bulmuşlardır.

Ultrason kullanılarak yapılan bir çalışmada depresyonda olan gebelerin fetüslerinin depresyonda olmayan gebelerin fetüslerine göre daha çok uydukları ve daha az hareket ettikleri belirlenmiştir.¹⁰⁴ Depresif annelerin bebeklerinin yenidoğan döneminde düşük apgar skoru ile doğdukları ve daha fazla oranda yoğun bakım ünitelerine başvurdukları saptanmıştır.^{108, 109}

Depresyon, ayrıca sezeryan 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. Depresyonda olan kadınlar sigara içmeye, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmaya daha yatkın olabilmekte ve bu durumlar da gebeliğin olumsuz yönde sonuçlanmasına yol açabilmektedir.^{16, 32, 106}

Gebelikteki depresyonla ilgili olan en önemli sorunlardan birisi intihar düşüncesine veya girişimine yönlendirecek kadar kendi kendine zarar verebilme ihtimali taşımasıdır.² Gebelikte depresyon, %50-%62 oranında postpartum depresif atak geçirme ve mevcut psikiyatrik durumun daha da kötüleşmesi risklerini taşımaktadır.¹⁰⁰

Depresif annelerin; gebeliği sırasında sağlık personelinin daha az bakım aldığı ve kendi öz bakımına daha az özen gösterdiği belirtilmektedir. Antenatal bakımdaki bu yetersizlik sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla görülebilmektedir.^{30, 73}

Depresyonun, sağlıksız davranışlara yol açarak obstetrik sonuçları olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir.¹⁰¹ Depresyonda olan kadınların sosyal fonksiyonlarında azalma, duygusal olarak içe kapanma ve gelecekte ebeveyn olabileme kaygısı ile ilgili problemleri olabilmektedir. Gebelikleri hakkında aşırı tasaları olabilir ve obstetrik muayene, rutin kontrollerini ihmal edebilirler. İştahları azaldığı için gebelik boyunca normalden daha az kilo alırlar. Kendilerine bakımları azalabilir ve prenatal bakımın gereklerine uymayabilirler.^{83, 101}

Gebelikte yaşanan stres, çocukta gelişimsel problemlere yol açabilmektedir (ağlama, hiperaktivite, kolay kırılma, asosyal davranışlar sergileme, dikkat eksikliği hiperaktivite hastalığı, şizofreni).¹¹⁰ 2003'te yapılan bir çalışmada, tedavi edilmemiş antenatal depresyonu olan annelerin çocuklarında suç işleme potansiyelinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir.¹¹¹ Ayrıca yapılan bir çalışmada; depresyonsuz annelerden doğan çocuklara oranla depresyonlu annelerden doğan çocuklarda depresyon gelişme riskinin 6 kat arttığı bulunmuştur.¹¹²

Gebelikte Depresyonun Önlenmesi ve Tedavisi

Gebelikteki depresyonu önlemedeki ilk adım risk grubunun belirlenmesidir. Risk altında bulunan gebelerin erken belirlenmesi, bu konuda önleyici girişimlerin yapılmasına olanak sunar. Gebelikteki depresyon, güvenilir tarama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir.^{19, 102, 113}

Gebelikte görülen depresyon için tedavi seçenekleri:

-Psikoterapi (kişisel veya grup),

-Farmakoterapi (antidepresan ilaçlar) ve

-Nonfarmakolojik tedaviler(parlak-ışık terapisi ve elektrokonvulzif terapidir-EKT)'dir.

Hafif düzeydeki depresyonda ilk seçenek olarak psikoterapi ve nonfarmakolojik tedavilerin uygulanması önerilirken, orta ve şiddetli depresyonda farmakolojik tedavilerin (antidepresanların) kullanımı öne çıkmaktadır.^{114, 115}

Psikoterapi

Gebelik ve postpartum depresyon tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri, depresyonda kullanılan yöntemlerle benzerlik göstermektedir. Bu alanda öne çıkan psikoterapötik yöntemler kişilerarası ilişkiler terapisi (KİT) (interpersonal therapy) ve bilişsel-davranışçı terapidir (BDT).¹¹⁴

KİT sınırlı, süreli ve yaşam olaylarına odaklanan özellikle depresyon tedavisinde etkinliği gösterilmiş bir psikoterapi yöntemidir. KİT, güncel kişilerarası ilişki sorunları ile ruhsal durumun bağlantılı olduğu varsayımı üzerine temellendirilmiştir. Bu terapide amaç, gebenin depresif belirtilerinin azaltılması ve güncel kişilerarası ilişkilerini çözümleyebilmesi için gerekli sosyal becerileri kazanmasıdır.¹¹⁶ Üç aşamadan oluşan terapinin; ilk aşamasında; gebede depresyon belirtileri değerlendirilir ve depresif belirtilerle bağlantılı olan ilişki sorunu belirlenir. İkinci aşamada komplike yas, sosyal

rollerde değişiklikler, kişilerarası ilişkilerde rol çatışması ve kişilerarası ilişkilerde yetersizlikler alanlarından birisine odaklanılır. Son aşamada ise, KİT tedavisinin kazandırdıkları gözden geçirilerek gebenin güçlü yanları desteklenir.^{73,116}

Spinelli ve Endicott¹¹⁴, DSM-IV tanı ölçütlerine göre majör depresyon tanısı alan 38 gebe üzerinde yaptıkları KİT çalışmasında; bu terapinin uygulandığı annelerin hem gebelik hem de postpartum dönem depresyonların da diğer gruba göre anlamlı derecede iyileşme görüldüğü saptanmıştır.

BDT, bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı, ‘burada ve şimdi’ ile ilgilenen ve davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir psikoterapi yöntemidir. BDT gebeyi bilgilendirmeyi, uyumu artırmayı, gerginliklerle ve gebelik sorunlarıyla baş etmeyi öğretmeyi amaçlar. Genel olarak bu terapilerin amaçladığı hedefler gebenin hoşnutluk durumunun artması, sosyal becerilerinin geliştirilmesi ve istenmeyen davranışının azaltılmasıdır.¹¹⁷

Farmakoterapi

Perinatal dönemde ortaya çıkan depresyon tedavisinde ilaç tedavisinin yararlılığı üzerine çelişkili bilgiler mevcuttur. Ter Horst ve ark.¹¹⁸ ulusal kılavuz merkezinin veritabanını kullanarak yaptıkları literatür çalışmasında, gebelik boyunca veya laktasyon süresince depresyon tedavisinde uygulanan tıbbi tedavinin risksiz olamayacağını belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra depresyon süresince tedavi alınmamasının ciddi sonuçlara neden olabileceğine dikkat çekilmiştir.^{73,118}

Günümüzde gebelik depresyonunda en sık kullanılan ilaç grupları seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve trisiklik antidepresanlardır. Trisiklik grubu antidepresan ilaçlar yan etkileri

nedeniyle artık pek tercih edilmemektedir. Bütün psikotrop ilaçlar plasentaya ve amniyotik sıvısına geçmektedirler.^{73, 118} Gebelik sırasında antidepresan ilaç tedavisi verilmesinin; teratojenite, neonatal adaptasyon bozukluğu ve çocuğun gelişimi üzerinde olumsuz etki oluşturma riskleri vardır.¹¹⁸ Gebelikte aynı tip ve az sayıda (mümkünse tek başına) antidepresan ilacın mümkün olan en düşük dozda uygulanması, tedavinin temelini oluşturur.^{30, 32}

Nonfarmakolojik Tedavi

Nonfarmakolojik tedavilere yönelik sınırlı çalışmalar mevcuttur. Elektrokonvülsif Terapi (EKT), yoga, masaj, meditasyon, egzersiz, beslenme (özellikle omega-3), ışık tedavisi gebelik depresyonunda uygulanan başlıca farmakolojik olmayan yöntemlerdir.^{31, 115}

Işık tedavisi farmakolojik yaklaşıma alternatif olarak kullanılabilir ve antenatal depresyonun tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bu tedavi yaklaşımı özellikle mevsimsel değişim gösteren duygu durumuna sahip hastalar ve gebeliklerinde antidepresan kullanmak istemeyenler için faydalı olmaktadır.¹¹⁹ Nadir olarak kullanılan EKT'nin gebelikte güvenilir ve etkili olduğu, birkaç vaka çalışmasında gösterilmiştir. Literatürde gebelere EKT uygulamasının depresif belirtileri azalttığı ya da tamamen ortadan kaldırdığı belirtilmektedir.¹²⁰

Literatürde gebelere yapılan masajın depresif belirtileri azalttığı ya da tamamen ortadan kaldırdığı belirtilmektedir.³² Manber ve ark.¹²¹ major depresyon tanısı almış gebeler üzerine yaptıkları çalışmalarında; tedavinin birinci ayının sonunda akupunktur uygulamasının masaj uygulamasına göre gebelerde depresif belirtileri daha fazla azalttığını bulmuşlardır.

2.2.2. Gebelikte Anksiyete

Anksiyete, iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygudurumudur.¹²² Anksiyete, tehlike durumunda aktif hale geçen biyolojik uyum düzeneğiyle oluşturulur ve bu uyum sağlayıcı (adaptif) özellikleri nedeniyle insan yaşamının sürdürülebilmesi için varolması gerekli bir duygudur. Ancak bir yere kadar sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemeye başlar. İşte bu çizgiden sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır.¹²³

Anksiyetede gerginlik, kaygı ve korku gibi ruhsal belirtilere davranışsal ve bedensel belirtiler de eşlik etmektedir.^{123, 124} Anksiyete duygusu, olaylara içerdikleri tehlikelerle orantısız, uygunsuz ve abartılmış yanıtlar verilmesine de neden olabilmektedir. Kişinin, kendine olan güven duygusunun yetersizliği ya da kendisi ile ilgili yeteneksizlik, beceriksizlik gibi olumsuz duyguların fazlalığı oranında, uygunsuz yanıtlar verme olasılığı da artacaktır. Zorlu durumlarla başa çıkma konusunda yetersizlik hissi ve gelecekle ilgili belirsizlik düşünceleri, anksiyetenin bilişsel yönünü oluşturmaktadır. Bu düşünce örüntüsüne; kaygı duyma, korku ve anksiyete yaratan durumlarla başa çıkamayacağı düşünceleri de eşlik etmektedir. Bu düşünceler de sonuçta, kişinin anksiyete yaşama ve bununla baş etme konularındaki güvensizliğini bir kısır döngüye sokacak ve yaşanan olumsuz duyguları pekiştirecektir.¹²⁵

Freud'a göre anksiyete, her şeyden önce bir duygulanımdır. Hem içsel çatışmaların merkezinde yer alan bir psikolojik yapı, hem de çeşitli psikiyatrik hastalıkların belirtilerinden biridir.¹²²

Anksiyete bozuklukları sağlık hizmetlerine talebi önemli oranda artıran sağlık sorunlarından. Özellikle depresif bozuklukla birlikte anksiyete bozukluklarını birinci basamak hastalarında çok yaygın olduğu, bu iki bozukluktan birine veya aynı anda ikisine sahip olma oranının birinci basamakta %25'e kadar çıktığı bildirilmektedir. Psikiyatriye başvuran hastaların ise yaklaşık %50'sinde anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır.¹²⁶

Anksiyete Belirtileri

Anksiyete belirtileri bilişsel belirtiler, duygusal belirtiler, davranışsal belirtiler ve fizyolojik belirtiler olarak dört gruba ayrılır.

Bilişsel Belirtiler; normal bilişsel işlevlerin abartılı hale gelmesi (aşırı uyanıklık hali gibi) ya da normal işlevlerin inhibisyonu (dikkat dağınıklığı gibi) söz konusudur.¹²²

Duygusal Belirtiler; korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik.¹²²

Davranışsal Belirtiler; normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenir. Bu davranışlar her ne kadar başlangıçta anksiyeteyi azaltma amacı güderlerse de, sonuçta anksiyeteyi artırıcı özellik göstermeye başlarlar.¹²² Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğu görülür.¹²²

Fizyolojik Belirtiler; hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar.¹²² Çarpıntı, kalp hızında artma, arteryel kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, gerçek bayılma, yüz kızarması, aritmi, derin soluma, nefes darlığı, kesik soluma, boğazda düğümlenme, kaslarda gerginlik,

reflekslerde artma, yorgunluk hissi, çabuk yorulma, karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm, bulantı kusma, ishal, yutma güçlüğü, iştah değişiklikleri, uykuya dalma güçlüğü, cinsel isteksizlik, yaygın terleme, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması gibi çeşitli belirtiler görülür.¹²²

Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

DSM –IV'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması⁷²

- Agorafobi olmadan panik bozukluğu
- Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu
- Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi
- Özgül fobi
- Sosyal fobi
- Obsesif kompulsif bozukluk(OKB)
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Akut stres bozukluğu
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
- Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan (BTA) anksiyete bozukluğu

Gebeliğe karşı bilinen emosyonel reaksiyonlardan en önemlisi kaygıdır.¹²⁷ Ancak gebelikte nasıl seyrettiği, anksiyete ve panik ataklarının gebe ve fetus üzerine olan etkileri hakkında çok fazla bilgi bulunmamaktadır.²³ Eskiden gebelerin anksiyete bozukluğu açısından düşük riskte olabileceği düşünülürdü.¹²⁸ Bu erken kanının aksine, çalışmalar gebelik ve postpartum dönemin anksiyete bozuklukları açısından değişken etkileri olduğunu göstermektedir.

Gebelikte görülen fizyolojik duyuların çoğu anksiyete semptomlarına çok benzer, bu nedenle anksiyete bozuklukları gebe kadında maskelenir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bu konuda dikkatli olmaları gerekmektedir.¹²⁹ Yapılan bir çalışma prenatal stres ve kaygının da dahil olduğu psikososyal değişkenlerin kötü obstetrik sonuçla ilişkili olabileceğini göstermiştir.¹³⁰ Bazı gebeler gebeliklerinde panik ve korku yaşar, doğumda sakat kalacakları veya ölecekleri endişesine kapılırlar. Annenin bu ruhsal reaksiyonları, çocuğuna ilişkin endişeleri, sakat kalma gibi korkuları, gebelik komplikasyonlarının seyrini etkiler.⁷⁸ Lobel ve ark.¹³¹ tarafından yapılan bir prospektif çalışmada, durumluk kaygının gebelik süresini anlamlı oranda kısalttığı bildirilmiştir. Yine yapılan benzer bir çalışmada; gebelik süresince yaşanan yaşamsal olayların düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu ve gebeliğe bağlı anksiyetede bir birimlik artışın gebelik süresini üç gün kısalttığı sonucuna varılmıştır.¹³² Bir başka çalışmanın sonuçlarına göre; prenatal dönemde yüksek anksiyeteye sahip gebelerin, daha düşük anksiyete yaşayan gebelere göre daha erken doğum yaptıkları gösterilmiştir.¹³³ Özmen ve ark.'nın yaptığı çalışmada; anksiyetenin depresyona sıklıkla eşlik ettiği ve somatik yakınmaların depresif sendromun temel belirtilerinden biri olduğunu belirtmişlerdir.¹³⁴ Anksiyete semptomları ile majör depresyon semptomlarının bir arada olması durumu daha da ağırlaştırır, hastalıktan düzelmeye oranını azaltır. Bu kombine tanıda intihar girişim riski daha yüksektir.⁸⁹

Doğumla ilgili anksiyetenin ardındaki nedenleri anlamak önemlidir. Çünkü doğum esnasındaki anksiyete, gebelik sürecinde kadını üzmemekte ve etkili olmayan uterus kasılmaları gibi komplikasyonlara yol açmaktadır.²³ Bhagwanani ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptıkları bir çalışmada; durumluk-sürekli kaygı düzeyinin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada kaygı düzeyi yüksek olan gebelerin doğum ile ilgili zorluklar yaşadıkları belirtilmiştir.¹³⁵

2.2.3. Gebelikte Stres

Stres, yüzyıllardır yaşanmasına karşın, son yıllarda güncel konuma gelmiş bir kavramdır. Canon'a göre stres, canlının doğal içsel dengesinin dışsal çevresel uyaranlarca bozulması sonucunda oluşur. Canon bu süreci homeostatis ve "savaş kaç tepkisi" kavramlarıyla açıklamaktadır.^{136, 137}

Hans Selye, stres kavramına biyolojik bir yaklaşım getirmiştir. Selye stresi, "bedenin kendi üzerindeki baskılara verdiği genel bir tepki" olarak tanımlamıştır.³⁹ Selye'ye göre stres vücudumuzdaki aşınma oranıdır. Selye yaptığı çalışmalarda stresin, fizyolojik etkilerini vurgulamış; stres verici bir uyaran karşısında kalan bireyin, kalp atış hızının yükselmesi, ağız kuruması, titreme, aşırı terleme, az idrara çıkma, iştah bozukluğu, çeşitli ağrılar, kolay yorulma ve gevşeyememe gibi çoğunluğu otonom sistemin ürünü olan bazı tepkiler verdiğini belirtmiştir.³⁹

Stresör, strese neden olan ve stres durumunu artıran bir ajan, faktör ya da organizmanın uyumunu gerektiren durumlardır. Stresörler rol değişimi, eşin ölümü, ayrılık gibi dış kaynaklı olabileceği gibi menopoz, gebelik, suçluluk duygusu gibi iç kaynaklı da olabilir.⁷⁹

Organizmanın strese tepkisi Selye tarafından Genel Uyum Sendromu olarak tanımlanmıştır. Bu süreç; alarm, direnme ve tükenme tepkilerini içeren ve stresin organizma üzerindeki etkisini açıklamaya çalışan bir yaklaşımdır. Genel uyum sendromuna göre dışarıdan gelen bir tehdit karşısında birey "alarm" tepkisinde bulunur ve psiko-fizyolojik temelli tepkiler verir. Uyarının etkisi devam ederse "alarm" tepkisi yerini "direnmeye" bırakır. Bunun uzaması sonucunda bireyin enerjisindeki azalmayla "tükenme" ve "ölüm" görülür. Bu üç evre birbirinden ayrıdır. Ancak birbirini izler.⁷⁹

Stres Kaynakları

Stres çevreden ya da kişinin kendisinden kaynaklanabilir.

Fizik çevre; hava kirliliği, gürültü, kalabalık, radyasyon, sıcak gibi.

Çalışma koşulları; ağır ve baskı altında çalışma gibi.

Psikososyal faktörler; 3'e ayrılır.

-Günlük stresler: Evde işlerin aksaması, ağlayan çocuk, yemeğin yanması gibi.

-Gelişimsel stresler: Menapoz, adölesan, gebelik gibi.

-Durumsal stresler: Evlenme, boşanma, doğum olayları.⁷⁹

Gebelik kadın hayatında önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir.^{73, 74} Bir araştırmada belirtildiğine göre, gebeliğin, 43 stres verici yaşam olayı içerisinde 12. ve diğer bir araştırmada ise 116 olay içinde 15. sırada olduğu bildirilmiştir.⁷⁵

Gebelik dönemi fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olmaktadır.¹³⁸ Bu dönemde gelişen psikolojik değişikliklere kolaylıkla uyum sağlanırken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeyde ruhsal sorunlar görülebilmektedir.¹⁹ Özellikle yüksek riskli gebeliklerin kadınlarda stres düzeyini artırdığı bilinmektedir.^{139, 140} Fakat normal gebeliklerde de belli düzeyde stres yaşanmaktadır.¹⁴¹

Doğum eyleminin başlaması nedeniyle hastaneye yatan gebede stres yaratabilecek olan stresörler; ağrı, gerginlik, korku, çaresizlik, kontrol kaybı, sevdiklerinden ayrılma, anlaşılmasız işlemler, yabancı ortam, cerrahi işlemlere ilişkin korku, ümitsizlik ve yabancı insanlardır.⁷⁹

İngiliz bilim adamlarının araştırmalarına göre, stresli bir gebelik dönemi geçiren anne adaylarının testesteronu daha çok salgıladıkları ve bu hormonun bebeğin sosyalleşme yeteneğini, konuşma kabiliyetini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.¹⁴²

2.3. Ölçek Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları

Ölçme temelde bir betimleme çalışmasıdır. Belli bir obje ya da objelerin belli bir özelliğe sahip olup olmadığının gözlenerek gözlem sonuçlarının sembollerle özellikle sayılarla ifade edilmesidir²³. Belirli bir kültürde belli bir dilde geliştirilmiş ölçekler, geliştirildiği kültüre ve dile özgü anlayış, kavramlaştırma ve örnekleme niteliklerini yansıtır. Aynı ölçeğin diğer kültürlerle uyarlanması için sistematik şekilde incelenmesi ve üzerinde çalışılması gerekir. Bu tür çalışmalara “ölçek uyarlaması” denir.¹⁴³

Ölçek uyarlama çalışmaları üç aşamada gerçekleştirilir.¹⁴⁴

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi
- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılmasıdır.

2.3.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve psikolinguistik (dilsel) farklılıklardan ileri gelir. Bir ölçek uyarlamada farkları en aza indirebilmek için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi uyarlama işleminin temelini oluşturur.¹⁴³

Orijinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken üç yaklaşım kullanılmaktadır. Bunlar; “Tek yönlü çeviri”, “Grup çevirisi” ve “Geri çeviri” yöntemidir.¹⁴⁴

Tek taraflı çeviri ölçek çevirilerinde en sık kullanılan yoldur. Ancak tek taraflı çeviride başarı tamamen çeviren kişinin bilgi ve becerisine bağlıdır. Yapılan araştırmalar, tek taraflı çeviri yapılarak kullanılan ölçeklerin, geçerlilik ve güvenilirliğinin düşük olduğunu göstermiştir.¹⁴⁴

Grup çevirisinde orijinal ölçeği her iki dili bilen iki veya daha fazla kişi, birlikte ya da ayrı ayrı çevirir. Bu çeviride ya çevrilen versiyonda grup üyelerince bir anlaşmaya varılır ya da bağımsız bir gözlemci en uygun versiyonu seçer.¹⁴⁵

Geri çeviri zaman alıcı olmasına karşın, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için dünyada en çok seçilen yöntemdir. Geri çeviride ölçek orijinal (kaynak) dilden, kullanılacak (hedef) dile çevrilir. Sonra çeviri her iki dili de bilen çevirmen ya da çevirmenlerce kaynak dile geri çevrilir. Bu geri çeviri orijinal ölçekle karşılaştırılır ve tutarsızlıklar incelenerek gerekli değişiklikler ve düzeltmeler yapılır.¹⁴⁵

Çevrilen ölçeğin maddelerinin görünüm geçerliğini değerlendirmek için araştırmacı “Maddeler okuyana anlamlı gelir mi?” sorusunun yanıtını aramalıdır. Bu soruyu yanıtlamak üzere en fazla uygulanan iki yaklaşım, uzman görüşü ve eşdeğerlik sınamasıdır. Uzman görüşünde, çevrilen versiyonun dil uygunluğu ve açıklığı uzmanlar tarafından değerlendirilir.¹⁴⁶ Daha sonra elde edilen soru formu hedef kitle içerisinde seçilecek olan en az 5-10 kişiye uygulanmalıdır. Böylece soru formu, hedef kitlenin soruları anlama ve dil uygunluğu açısından değerlendirmesinin ardından son şeklini almaktadır.¹⁴⁷

2.3.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Ölçeklerin değerlendirilmesinde, bireylerin tepkilerinin en objektif biçimde ölçülmesi ve değerlendiren kişinin de objektif olması gerektiği vurgulanmaktadır. Psikometrik yaklaşım, faktör analizi, madde analizi ve test analizi gibi istatistiksel yöntemlerle geliştirilmiş, bilimsel yöntemlerle denenmiş, geçerliliği ve güvenilirliği belirlenmiş ölçeklere önem vermektedir.¹⁴⁸

İyi bir ölçme aracında vazgeçilmez iki temel özellik; geçerlilik ve güvenilirliktir. Her iki özellik de, ölçmedeki yanlışlarla ilgilidir ve yanlışların azaltılması, hem güvenilirliği hem de geçerliliği iyileştirecektir.^{144, 149}

A. Güvenilirlik

Güvenilirlik; bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi; bir başka deyişle aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılığıdır.¹⁴⁸

Güvenilirlik, geçerlilik için ön koşul niteliğindedir. Güvenilirlik bir ölçeğin tutarlılığını gösterir, onun her zaman aynı sonuçları vereceğini belirtir. Bu testin devamlılığını ifade eder.¹⁵⁰

Ölçek güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlar,¹⁴³

- Ölçek maddeleri ile ilgili hatalar
- Teste yanıt veren bireyler ile ilgili hatalar
- Test uygulamasındaki hatalar ve
- Test puanlamasındaki hatalardır.

Bir ölçeğin güvenilirlik düzeyini yükseltmek için;¹⁴³

- 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 oluşturulmalı,
- Ölçeği uygulama ve puanlama standart koşullarda yapılmalı,
- Ölçeği yanıtlayan bireylerin gösterdiği tutarsızlıklara duyarlı olunmalıdır.

Güvenilirlik hesaplaması, bir ölçeğin kendi kendisiyle yani içerdiği maddelerin birbiriyle olan ilişkisidir. Bu ilişkiyi sınamada kullanılan korelasyon formülleri; Pearson Momentler Çarpımı, Spearman- Brown ve Kuder Richardson 20 ya da Cronbach alfa ve çift seri (bi-serial) teknikleridir.¹⁴³

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.¹⁵¹ Ölçeğin, güvenilirliği yükseldikçe hata oranı azalmaktadır. Korelasyon katsayısı $r=0.70$ 'den düşük olan ölçeklerin kullanılması önerilmemektedir.¹⁵² Bir ölçeğin güvenilirlik katsayısının 0.70 olması, bu ölçeği cevaplayanlar arasındaki değişkenliğin %70'inin ölçülen özellekle ilgili gerçek değişkenliğe, %30'unun ise rastgele hatalara ait olduğunu gösterir.^{151, 153}

Güvenilirlik ölçütü üç ana başlık altında toplanmaktadır:^{146, 149}

-Değişmezlik (Stability)

-Bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum (Inter-rater and intra-rate consistency)

-İç Tutarlık (Internal consistency) / Tutarlılık (Homogeneity)

a. Değişmezlik

Zamana karşı değişmezlik ölçütü, bir ölçeğin benzer koşullar altında ve belirli bir zaman aralığı süresince uygulanması sonucu elde edilen veri grupları arasındaki ilişkidir¹⁵³.

Test- Tekrar Test Güvenilirliği: Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Ölçeğin ölçtüğü özellik sürekli değişkenlik gösteriyorsa test-tekrar test güvenilirliği kullanılmaz.^{143, 154}

Test-tekrar test yönteminde iki farklı yol izlenir.¹⁵⁴

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.

Bir ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini belirlemek için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasında korelasyon analizi yapılır. Ölçek puanları, sürekli ve eşit aralıklı (interval) ölçek nitelikleri taşıdığı ve örneklem büyüklüğü en az 30 kişi olduğunda güvenilirliğin hesaplanmasında *Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon* eşitliği kullanılmalıdır.¹⁴⁸ Korelasyon katsayısı doyurucu olsa bile, her iki testin ortalamaları ve standart sapmaları incelenmelidir. Ölçülen özellik stabil ise, her iki ölçümün ortalama ve standart sapma değerleri birbirine yakın olmalıdır. Ölçeğin tekrar-testindeki varyans artışı ise kişilerin duyarlılığının (test etkisi) arttığını gösterir.¹⁵¹

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 güvenilirlik katsayıları elde edilebilir. Bu nedenle, ölçeğin ölçtüğü özelliğe göre önerilen süreler genellikle iki-üç ile dört-altı hafta arasında değişmektedir.¹⁵⁴ Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu belirlemek için hesaplanan korelasyon katsayısının en az 0.70 olması istenir.¹⁴⁸

Paralel Formlar Güvenilirliği: İki form halinde ölçek ve eşdeğer nitelikte geliştirilmiş diğer bir ölçeğin aynı gruba bir ya da iki oturumda uygulanması ile belirlenir. İki ölçek arasındaki korelasyon, *Pearson Momentler Çarpımı* korelasyonu ile hesaplanır²⁸. Bu güvenilirlik katsayısı aynı zamanda ölçeğin eş zaman (concurrent) geçerliliğine yönelik veri sağlar. Bu yöntem, daha önce aynı amaçlar için geliştirilmiş bir ölçek (referans ölçek) varsa kullanılabilir.¹⁵⁴

b. Ölçümcü Güvenilirliği

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. Bu tür ölçmelerde gözlemcilerin ayrı ayrı yaptıkları ölçümlerin ortalamaları alınarak, her bir durum için tek bir değer bulunur. Ayrı gözlem sonuçları birbirine ne kadar yakın ise elde edilen ortalama değer in güvenilirliği o kadar yüksek olur.¹⁵⁴

Gözlemciler İçi Uyum: İki ya da daha fazla gözlemin aynı gözlemci tarafından yapılarak puanlanmasıdır.¹⁵⁴

c. İç Tutarlılık

İç tutarlılık, bir ölçme aracının belirli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütünü oluşturmak) üzere, deneysel olarak birbirinden bağımsız ünitelerden oluştuğu varsayımına dayanan bir kavramdır. Bu nedenle iç tutarlılığa aracın benzeşikliği (homojenliği) de denmektedir.¹⁵²

Testi Yarılama Yöntemi: Bu yöntemde ölçek, bir gruba bir kez uygulanır ve puanlanmadan önce iki eşit yarıya bölünür. Ölçeği iki eşit yarıya bölerken “random”, “birinci- ikinci yarı”, “tek- çift numaralı” gibi yaklaşımlar kullanılır ve daha sonra iki yarım test arasındaki korelasyon hesaplanır. Ölçeğin bütününe ilişkin güvenilirlik katsayısını elde etmek için, Sperman-Brown bir eşitliğinden yararlanır. Ölçeğin iki yarısına ilişkin varyans eşit ya da birbirine yakın değilse bu eşitlik kullanılmaz.^{143, 148}

Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı: Likert tipi ölçeklerde kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan maddelerin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin ölçüsüdür. Bir ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa; o ölçüde ölçeğin aynı özelliğin öğelerini ölçen tutarlı maddelerden oluştuğu söylenir.¹⁵²

Literatürde Cronbach alfa katsayısının 0.60-0.80 arasında olmasının araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu ifade edilmektedir. Cronbach alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak ölçeğin güvenilirlik durumu aşağıdaki şekilde ifade edilebilir,¹⁵²

- $0.00 < \alpha < 0.40$ arasında ise ölçek güvenilir değildir.
- $0.40 < \alpha < 0.60$ arasında ise ölçek düşük güvenilirliktedir.
- $0.60 < \alpha < 0.80$ arasında ise ölçek oldukça güvenirlidir.
- $0.80 < \alpha < 1.00$ arasında ise ölçek yüksek derece güvenilirdir.

Kuder-Richardson Güvenilirlik Katsayıları: Bu yöntem, ölçekteki maddelerden alınan yanıtların “var-yok”, “evet-hayır” gibi süreksiz olduğu durumlarda kullanılır. Tüm maddelerin birbirleriyle ve ölçeğin tamamıyla iç tutarlılığını tahmin etme amacı üzerine kurulu olan bu yöntem, ölçekteki tüm maddelerin aynı özelliği ölçtüğu varsayımına dayanır.¹⁴³

Madde-Toplam Puan Korelasyonları: 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. Bir maddenin kabul edilebilir olması için madde-toplam korelasyon katsayısı pozitif ve en az 0.20 olmalıdır. Madde-toplam korelasyon katsayısı 0.20'nin altında olan maddeler güvenilirliği düşürücü bir etki yaptığından ölçekten çıkarılmalıdır.¹⁴³ Korelasyon katsayısı düşük olan madde ölçekten çıkarıldıktan sonra ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları incelenmelidir. Eğer silinen madde, alfa katsayısını yükseltiyorsa o madde güvenilirliği azaltan bir etkendir ve ölçekten çıkarılmalıdır. Bu şekilde ölçeğin benzeşikliği (homojenliği) artırılmış olur.^{151, 154}

B. Geçerlilik

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, bir başka özellikle karıştırmadan doğru olarak ölçebilme derecesidir.¹⁴⁹ Geçerli bir ölçek, ölçtüğü özelliği tam ve doğru olarak ölçmelidir¹⁴⁸. Geçerlilik katsayısı ise; bir ölçek ile ölçülmek istenilen davranışın/niteliğin ne denli isabetli ölçüldüğünün göstergesidir.¹⁴³

a. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği, ölçeğin ölçülmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını inceler.¹⁵³ Kapsam geçerliliği sınavının amacı, ölçek maddelerinin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman gruba inceleyerek anlamlı maddelerden oluşan bir bütün oluşturmaktır.¹⁵⁴

Kapsam geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması, araştırmacı tarafından geliştirilecek bir derecelendirme ölçütünün uzmanlara verilmesi ile sağlanabilir. Örneğin, Content Validity Index (CVI) gibi bir araç ile uzmanlar her bir maddeyi uygun değil (1), uygun şekilde getirilmesi gerekir (2), uygun ama ufak değişiklik gerekiyor (3), çok uygun (4) şeklinde değerlendirir ve uzmanların her bir madde için verdikleri puanlara göre işlem yapılır. Araştırmacı ölçüm aracını uzmanlara göndermeden önce her madde için kaç uzmanın olumlu görüş bildirmesi gerektiğine karar vermelidir. Kapsam geçerliliği için uzman grubu incelemesinde “en az uyum sınırının” altında olan maddeler ölçüm aracından çıkarılmalı ya da yeniden düzenlenmelidir.¹⁵³

b. Ölçüt-Bağımlı Geçerlilik

Ölçüm aracının bazı dış ölçütlerle ilişkisi aranır. Ölçüte bağlı geçerlilik sınavındaki tek gereklilik, gerçekten karşılaştırmaya uygun ve geçerli bir ölçütün olmasıdır. Ölçüte bağlı geçerlilik sınavında iki yaklaşım kullanılır.¹⁵⁴

Yordama (Kestirimsel) Geçerliliği: Bu geçerlilik sınavı, geliştirilmiş olan aracın, ileriye dönük bir ölçüte göre bireylerin başarı ya da davranışlarını ayırt edebilme

yeteneğini kanıtlar.¹⁵³ Geliştirilen ölçme aracından elde edilen puanlarla gelecekte gözlenecek, ölçülecek davranış arasındaki korelasyon genellikle Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile hesaplanır. Böylece ölçme aracının ölçmek istediği davranışı ne düzeyde yordayabildiği hesaplanır.¹⁴⁸

c. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belirli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Yapı geçerliliğinin amacı, belirli bir yapıyı diğer yapılarla karıştırmadan ölçebilen maddeleri seçerek, kendi içinde tutarlı bir ölçek oluşturmaktır. Yapı geçerliliği ölçeğin soyut bir olguyu ne derece doğru ölçebildiğini gösterir.¹⁴³ Yapı geçerliliğini belirlemede, kullanılan başlıca çözümlenmeler; çok değişkenli-çok yönlü matris yaklaşımı, bilinen gruplar yaklaşımı, duyarlılık ve özgülük yaklaşımı ve faktör çözümlenmeleridir.

Faktör Analizi

Faktör analizi, ölçek maddelerinin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Aralarında yüksek ilişki gösteren, birbirine benzeyen maddelerin öbekleşmesi ile faktör grupları yani toplam ölçek puanını etkileyen temel boyutlar ortaya çıkar.¹⁴³ Faktör analizi açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki temel yönetime ayrılmaktadır.

Yapısal eşitliklerin kullanıldığı çalışmalarda açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmasının nedeni, teorik olarak belirlenen ölçeklerden yani gözlenen değişkenlerden oluşan faktörlerin birbirlerinden bağımsız bir biçimde faktörleşip faktörleşmediklerinin anlaşılmasıdır.¹⁵⁵

Açıklayıcı Faktör Analizi: Açıklayıcı (keşifsel) faktör analizinde araştırmacı tarafından belirlenen ölçek maddeleri denekler üzerinde test edilmekte, analiz sonuçlarına göre gerekli madde ekleme, çıkarma ve düzeltmeleri yapıldıktan sonra

tekrar uygulamaya geçilmektedir. Bu süreç, ölçülmek istenen yapıların, kontrol edilebilir madde sayısı ile güvenilir bir şekilde açıklanabilir hale gelmesine kadar sürdürülür.¹⁵⁵

Açıklayıcı faktör analizlerinin uygulanmasında verilerin türü, örneklem büyüklüğü ve çok değişkenli analizlere ilişkin varsayımlar gibi çeşitli konulara dikkat etmek gerekir.¹⁵⁵ Faktör analizinde örneklem büyüklüğü önemlidir. Hesaplanan korelasyon katsayısı örneklem büyüklüğü azaldıkça daha az güvenilir olabilir. Bu nedenle örneklem büyüklüğünün yeterli düzeyde olması değişkenler arası korelasyonun güvenilirliği için önemlidir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini saptamada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. Test sonucunda elde edilen değer 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0.50'nin altına düştüğünde uygunsuz olarak kabul edilmektedir. Bu testin uygulanmadığı durumlarda kural olarak örneklem büyüklüğü değişken sayısının 5-10 katı olarak alınır.¹⁵⁶

Ölçüm ve yapısal eşitlik modellerinde açıklayıcı faktör analizlerinin kullanılması, planlanan yapıların birbirlerinden ayrılabilen yapılar olduğunun yani ayırma geçerliliğinin (discriminant validity) sağlanıp sağlanmadığının ortaya konulması açısından oldukça önemlidir.¹⁵⁷

Doğrulayıcı Faktör Analizi: Açıklayıcı faktör analizinde ana amaç verinin yapısına uygun bir modeli ortaya çıkarmaktır. Doğrulayıcı faktör analizinde ise yapı ile gözlenen değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığı test edilir. Doğrulayıcı faktör analizi özellikle daha önceden geliştirilmiş olan ölçeklerin uyarlanmasında yapılması gereken bir yöntemdir. Çünkü tanımlanmış ve oluşturulmuş olan mevcut yapının uygunluğu uyarlama işleminde asıl çözümlenmesi gereken konudur. Hazır yapının uyarlamaya nasıl bir yanıt verdiği test edilmek istenmektedir. Ölçek uyarlamalarında

daha çok, ölçeklerin yapısı hakkında var olan bir hipotez sınındığı için doğrulayıcı faktör analizi kullanılır.¹⁵⁶

2.3.3. Kùltürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması

Ölçek uyarlamasının bu aşamasında uyarlanmış ölçeğin kültüre bağı nitelikleri incelenir. Gruplar arası farkların temelinde yatan en önemli neden kültürdür ve kültürel farkların ölçek performanslarına yansımaları çok doğaldır.¹⁴³ Bu nedenle ölçek uyarlama çalışmalarında, uyarlanan ölçeğin kültürel normları saptanır ve diğere dildeki kültürel normlar ile karşılaştırılır.¹⁵⁴

Bu aşamada aşağıdaki soruların yanıtları aranır:

“Uyarlanan ölçeğin puan ortalaması, standart sapması ve kesme noktası gibi özellikleri orijinal ölçeğin norm değerlerine benziyor mu?”

“Uyarlanan ölçeğin ölçme hatası, orijinal ölçeğin ölçme hatasına yakın mı?”

“Uyarlanan ve orijinal ölçeğin faktör yapıları benziyor mu?”

“Faktör-madde yükü her iki ölçekte de benzer değerde mi?”

Bir ölçeği farklı dillere uyarladıktan sonra kültürlerarası karşılaştırma yapmak ayrı bir araştırma konusu olup, özel koşulları vardır. Bu tür araştırmalarda ölçeği geliştiren ve uyarlayan araştırmacılar genellikle birlikte çalışırlar. Her iki kültürde benzer özellikleri olan bireylere uygulanan iki ölçeğin tüm psikometrik özellikleri, ölçekteki maddelere verilen yanıtların yüzdeleri ve benzeri birçok özellik karşılaştırılır.^{144, 150}

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'ni (Tilburg Pregnancy Distress Scale-TPDS) Türkçe'ye uyarlayarak geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yürütülmüş metodolojik türde bir çalışmadır.

Araştırmada, "Türkçe'ye uyarlanan Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?" sorusuna yanıt aranmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kars ilinde 6 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde (Ortakapı ASM, Yusufpaşa ASM, Bülbül ASM, Şehitler ASM, Başbakanlık TOKİ ASM, Hafızpaşa ASM) 28 Eylül 2012-26 Temmuz 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, belirtilen ASM'lere kayıtlı olan gebeler oluşturmuştur. Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde ASM bölgeleri olan Ortakapı ASM'de 160, Bülbül ASM'de 66, Şehitler ASM'de 125, Başbakanlık TOKİ ASM'de 9, Hafızpaşa ASM'de 68, Yusufpaşa ASM'de 175 gebe olmak üzere toplam 603 gebe yaşamaktaydı.

Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında, ölçek madde sayısının en az 5-10 katı büyüklüğünde bir gruba ulaşılması gerekmektedir.¹⁴⁴ Bu araştırmada, ölçek madde sayısı 16 olduğu için örneklemin en az 80-160 olması gerekmektedir. Araştırmada, örneklem seçimine gidilmeksizin araştırma kriterlerine uyan toplam 275 gebeden (*Ortakapı ASM'den 73, Bülbül ASM'den 30, Şehitler ASM'den 57, Başbakanlık TOKİ ASM'den 4, Hafızpaşa ASM'den 31, Yusufpaşa ASM'den 80 gebe*) veri toplanmıştır. Gebelerin adresleri ilgili ASM'lerden elde edilerek, ev ziyareti yapılmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- En az ilkokul mezunu olmak,
- 12. gebelik haftasını doldurmuş olmak,
- Riskli gebeliği olmamak,
- Daha önce herhangi bir ruhsal Őikayeti olmamak.

Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 3.1'de görüldüğü gibidir. Gebelerin yaş ortalaması 26.30 ± 4.95 , ortalama hane geliri 1582.1 ± 1429.08 TL'dir. Gebelerin %40.8'i ilköğretim düzeyinde eğitim almış, %82.5'i ev hanımıdır ve %55.3'ü çekirdek ailede yaşamaktadır. Gebelerin %30.9'unun eşi lise düzeyinde eğitim almış, %49.1'inin eşi işçi olarak çalışmaktadır.

Gebelerin obstetrik özellikleri Tablo 3.2'de gösterilmiştir. Ortalama gebelik sayısı 2.21 ± 1.14 , ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.16 ± 1.15 'tir. Gebelerin %81.8'i isteyerek gebe kalmış, %53.8'i üçüncü trimesterdedir.

Tablo 3.1. Gebelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	Ort.	SS
Hane Geliri	1582.1	1429.08
Yaş (Ort: 26.30±4.95)	Sayı	%
18-24	105	38.3
25-29	101	36.7
30-34	51	18.5
35ve ↑	18	6.5
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	112	40.8
Ortaokul	60	21.8
Lise	49	17.8
Üniversite ve üzeri	54	19.6
Meslek		
Ev Hanımı	227	82.5
Memur	44	16.0
İşçi	4	1.5
Eş Eğitim Düzeyi		
İlkokul	82	29.8
Ortaokul	49	17.8
Lise	85	30.9
Üniversite	59	21.5
Eş Mesleği		
İşsiz	22	8.0
Memur	58	21.1
İşçi	135	49.1
Diğer (Esnaf, Çiftçi...)	60	21.8
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	152	55.3
Geniş Aile	123	44.7

Tablo 3.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler	n	%
Gebelik sayısı (Ort: 2.21±1.14)		
1	100	36.4
2	71	25.8
3	49	17.8
4 ve üzeri	55	20.0
Yaşayan çocuk sayısı (Ort: 1.16±1.15)		
Yok	108	39.3
1	68	24.7
2	45	16.4
3 ve üzeri	54	19.6
Gebeliği İsteme Durumu		
İstiyor	224	81.8
İstemiyor	50	18.2
Trimester		
1. Trimester	12	4.4
2. Trimester	115	41.8
3. Trimester	148	53.8

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından 20 Şubat - 10 Nisan 2013 tarihleri arasında ev ziyareti yapılarak, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, “Kişisel Bilgi Formu” ve Pop ve ark.³⁸ tarafından geliştirilen “Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)” ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan ve gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, eş eğitimi, gelir, aile tipi, gebelik, sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası vb.) belirleyebilecek tipteki toplam 12 soru içeren bir formdur (Ek-2).

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (Tilburg Pregnancy Distress Scale-TPDS): TGDÖ Pop ve ark.³⁸ tarafından, gebelikteki distresin tanılanması amacıyla, 2011 yılında Hollanda’da geliştirilmiştir. Ölçek toplam 16 maddeden oluşmaktadır. “Olumsuz Duygulanım (Negative affect)” ve “Eş Katılımı (Partner involvement)” olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır.³⁸

Olumsuz Duygulanım (Negative Affect) Alt Boyutu: 11 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 3,5,6,7,9,10,11,12,13,14 ve 16. maddelerdir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 33’tür. Orijinal ölçeğe göre, olumsuz duygulanım alt boyutu kendi içinde üç alt kategoriden oluşmaktadır. Bunlar “doğum”, “gelecek” ve “sağlık” alt kategorileridir. Bu alt kategoriler puanlamada veya başka bir hesaplamada dikkate alınmamaktadır.

Eş Katılımı (Partner Involvement) Alt Boyutu: 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1,2,4,8 ve 15. maddelerdir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 15’tir.

Orijinal ölçeğin her bir maddesi “çok sık” (0 puan), “oldukça sık” (1 puan), “ara sıra” (2 puan), “nadiren veya hiç” (3 puan) arasında değişen 4’lü likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçekteki 3,5,6,7,9,10,11,12,13,14 ve 16. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 48’tir.

Ölçek 12 hafta ve üzeri gebeliği olanlara uygulanmaktadır. Ölçeğin belli kesme noktaları mevcuttur. Bu kesme noktaları ölçek ve alt ölçeklerin toplam puanlarınının 90. persentiline göre hesaplanmıştır. Orijinal ölçekte;

-Ölçeğin toplamı için >17,

-Olumsuz duygulanım alt boyutu için >12,

-Eş katılımı alt boyutu için >7 kesme noktasıdır.

Ölçekten alınan puanın bu kesme noktalarının üzerinde olması distres (depresyon, anksiyete, stres) açısından risk altında olan gebelerin tanınmasını sağlamaktadır.

Orijinal ölçeğin geçerlilik güvenilirlik analizi sonucuna göre Cronbach alfa katsayısının 0.78 olduğu belirlenmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi sonucunda, ölçeğin 2 alt boyuttan oluştuğu, her bir alt boyutun Cronbach alfa değerlerinin 0.80 olduğu ve sonuç olarak Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bildirilmiştir.³⁸ Ölçeğin orijinal formu Ek-3'de görüldüğü gibidir.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe Formu: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe formu 4'lü likert tipinde (çok sık=0 puan, oldukça sık=1 puan, ara sıra=2 puan, nadiren veya hiç=3 puan) derecelendirilmekte, ölçeğin 3,5,6,7,9,10,11,12,13,14 ve 16. maddeleri ters puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek toplam puanın belli kesme noktasının (28 ve üzeri) üzerinde olması distres açısından risk altında olan gebeleri belirlemektedir. Alt boyutlar için kesme noktaları, eş katılımı alt boyutu için 10 ve üzeri, olumsuz duygulanım alt boyutu için 22 ve üzeridir. Ölçeğin Türkçe formu Ek-4'de görüldüğü gibidir.

3.5. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Geçerlilik ve Güvenilirliği

Çalışmada ilk olarak dil ve kapsam geçerliliği sağlanmış, daha sonra yapı geçerliliği ve iç tutarlılık kat sayıları analiz edilmiştir. Ölçeğe ait geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinden sonra kesme noktası belirlenmiştir.

3.5.1. Dil Geçerliliği

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği, İngiliz Dili ve Edebiyatı Anabilim Dalı'ndan iki akademisyen tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Çevrilen Türkçe maddeler araştırmacı tarafından incelendikten sonra ortak bir form oluşturulmuştur.

İngilizceye İngiliz Dili ve Edebiyatı Anabilim Dalı'ndan başka bir akademisyen tarafından geri çevrilmiştir (Ek-5). Çeviri işleminden sonra ölçek 20 gebeden oluşan bir gruba pilot olarak uygulanmıştır (Pilot uygulama yapılan 20 gebe araştırma kapsamına alınmamıştır). Uygulama sonrasında gebelerden alınan görüşler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.6.2. Kapsam Geçerliliği

Çeviri işlemi tamamlandıktan sonra on hemşire-ebe akademisyenden oluşan uzman grubun görüşüne sunulmuştur (Ek-6). E-mail yolu ile görüşleri alınan uzmanlar ölçek maddelerini anlaşılabilirlik ve kültürel uygunluk yönünden incelemiştir. Uzman görüşlerine dayanarak yapılan kapsam geçerliliğinde Davis Tekniği kullanılmıştır.¹⁵⁸ Dörtlü derecelendirmenin kullanıldığı Davis Tekniğine göre uzmanlar ölçek maddelerini;

1. “Uygun değil”,
2. “Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor”,
3. “Uygun ama ufak değişiklik gerekiyor”,
4. “Çok uygun” şeklinde değerlendirmişlerdir.

Bu değerlendirme sonrasında ilk iki maddenin toplamı toplam uzman sayısına bölünerek Kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) elde edilmiştir. KGİ'nin 0.80'den büyük olması maddenin kapsam geçerliliği açısından yeterli olduğu anlamına gelmektedir.¹⁵⁸ Kapsam geçerliliği analizinden sonra ölçek 30 gebeden oluşan bir gruba ikinci defa pilot olarak uygulanmıştır (Pilot uygulama yapılan 30 gebe araştırma kapsamına alınmamıştır). Bu uygulamadan sonra maddelerde herhangi bir değişiklik yapmaya gerek olmadığı belirlenmiş ve ölçeğe son şekli verilmiştir.

3.5.3. Yapı Geçerliliği

Ölçeğin yapı geçerliliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri kullanılmıştır. Faktör analizi öncesinde ölçeğin örneklem büyüklüğü ve faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için KMO ve Barlett testleri uygulanmıştır. KMO indeksi için en az değer 0.50 olarak bildirilmektedir ve örneklem büyüklüğünün yeterliliği için kullanılmaktadır. Barlett testinin anlamlı çıkması, veri setinin faktör analizi için uygun olduğu anlamına gelmektedir.¹⁵¹

Açıklayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizinde (AFA) temel bileşenler analizi kullanılmış ve veri direk oblimin rotasyon yöntemi ile döndürülerek incelenmiştir. En düşük faktör yükünün 0.40 olması ölçüt olarak alınmıştır.¹⁵¹ Açıklayıcı faktör analizinde ölçek orijinal dilinde olduğu gibi iki faktörlü yapıya zorlanarak incelenmiştir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) için kategorik verilerde önerilen DWLS kestirim yöntemi ile asimptomatik varyans matrisi incelenmiştir.¹⁵⁹ DFA sonuçları çeşitli uyum indeksi sonuçlarına göre değerlendirilmektedir¹⁶⁰⁻¹⁶². Bu uyum indekslerinin normal değerleri Tablo 3.3'de görülmektedir.

Tablo 3.3. DFA Sonuçlarında Kullanılan Uyum İndeksleri ve Normal Değerler

Değerler	P	X ² /Sd	CFI	GFI	AGFI	RMSA	SRMR
Kabul Edilebilir Referans Değerler	>0.08	<3	>0.9	>0.9	>0.9	<0.08	<0.08
Optimum Referans Değerler	>0.05	<2	>0.95	>0.95	>0.95	<0.05	<0.05

3.5.4. İç Tutarlılık

Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa kat sayısı ve madde toplam puan korelasyonları ile değerlendirilmiştir. Cronbach alfa katsayısının en az 0.60, madde

toplam korelasyonlarının ise her maddede en az 0.20 olması gerekmektedir.¹⁵⁷ Bu çalışmada toplam Cronbach alfa kat sayısı 0.83 olarak bulunmuştur.

3.5.5. Kesme Noktası

Kesme noktasının orijinal ölçekteki kesme noktası ile aynı mı olması gerektiği, yoksa Türk dilindeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasındaki toplam puanlara göre yeniden mi hesaplanması gerektiği konusunda ölçeği geliştiren araştırmacılardan e-mail yolu ile görüş alınarak karar verilmiştir (Ek-7). Kesme noktası bu çalışmada Türk toplumu için yeniden belirlenmiştir. Toplam puanın 90. persentiline denk gelen puan kesme noktası olarak kabul edilmiştir³⁸.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (versiyon 16, SPSS Inc.) ve Lisrel 8.0 paket programları ile analiz edilmiştir. Çalışmada kullanılan istatistiksel testler özet olarak Tablo 3.4'de sunulmuştur.

Tablo 3.4. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Testler

Özellik	Kullanılan Teknikler
Dil geçerliliği	İngilizce'den Türkçe'ye çeviri Türkçe'den İngilizce'ye geri çeviri
İçerik/Kapsam geçerliliği	Davis Tekniği, Kapsam Geçerlilik İndeksi
Örneklem büyüklüğü ve Veri setinin faktör analizine uygunluğu	Kaiser-Mayer-Olkin İndeksi ve Barlett Testleri
Yapı geçerliliği	Açıklayıcı Faktör Analizi, Doğrulayıcı Faktör Analizi
İç tutarlılık	Cronbach alfa katsayısı Madde toplam korelasyonu
Kesme noktaları	Persentiller

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması için ilgili ölçeği geliştiren Victor JM Pop'dan izin alınmıştır (Ek-8). Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay (Ek-9) ve Kars İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (Ek-10) alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözlü onam alınmıştır.

Gebelere araştırmanın amacı açıklanarak '*Aydınlatılmış Onam*', elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek '*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*', gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile '*Özerkliğe Saygı*' ve genel olarak '*Zarar Vermeme/Yarar Sağlama*' etik ilkeleri yerine getirilmiştir.¹⁵³

4. BULGULAR

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve iç tutarlılığı test edilmiştir. Daha sonra distres bazı değişkenler açısından incelenmiştir. Bulgular bu doğrultuda sunulmuştur.

4.1. Dil Geçerliliği

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin dil geçerliliğini test etmek için çeviri-geri çeviri yapılmıştır. Ölçek maddeleri iki İngilizce dil bilim uzmanı tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçek maddelerinin Türkçe çevirilerinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan Türkçe ölçek, her iki dili ve kültürü iyi bilen, ana dili Türkçe olan bir dil bilim uzmanı tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilmiştir. Çeviri işleminde çevirmenler arasında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çeviri işleminden sonra ölçek 20 gebeden oluşan bir gruba pilot olarak uygulanmıştır. Uygulama sonrasında gebelerden alınan görüşler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

4.2. Kapsam Geçerliliği

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin kapsam geçerliliğini değerlendirmek için uzman görüşlerine başvurulmuştur. Bu amaçla çevirisi tamamlanan ölçek 10 ebe/hemşire akademisyenden oluşan uzman grubun görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan her bir maddeye 1-4 arasında (1=uygun değil, 2=maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor, 3=uygun ama ufak değişiklik gerekiyor, 4=çok uygun) puan vererek ölçek maddelerinin amaca uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman önerileri dikkate alınarak 12. madde olan “*Doğum eylemi beni endişelendiriyor*” ifadesi “*Doğum eylemi beni korkutuyor*” şeklinde değiştirilmiştir. Kapsam geçerliliği bu şekilde değerlendirilen ölçek maddelerine uzmanların verdikleri puanlar Tablo 4.1’de görüldüğü gibidir. Ölçeğe ait tüm maddelerin KGİ skorları 0.80’in

üzerindedir. Bu nedenle kapsam/içerik geçerliliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Uzman görüşleri alındıktan sonra ölçek 30 gebeden oluşan bir gruba pilot olarak yeniden uygulanmıştır. Bu uygulamadan sonra maddelerde herhangi bir değişiklik yapmaya gerek olmadığı belirlenmiş ve Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe formu elde edilmiştir.

Tablo 4.1. Ölçek Maddelerine Ait KGİ Skorları

Maddeler	4	3	2	1	KGİ Skoru
1. Gebeliğimden keyif alıyorum.	10	-	-	-	1.0
2. Eşimle birlikte, gebelik sürecinden keyif aldığımı hissediyorum.	2	6	2	-	0.8
3. Gebelikle ilgili endişelerim var.	6	2	2	-	0.8
4. Gebelik eşimle beni daha da yakınlaştırdı.	10	-	-	-	1.0
5. Doğum eylemi ile ilgili endişelerim var.	6	2	2	-	0.8
6. Bebeğimin sağlığı konusunda endişelerim var.	6	2	2	-	0.8
7. Doğumdan sonra eşimle ilgili sorunlar yaşayabileceğim konusunda endişelerim var.	4	5	1	-	0.9
8. Eşim tarafından desteklendiğimi hissediyorum.	8	2	-	-	1.0
9. Doğumdan sonraki dönemle ilgili ekonomik durumumuza yönelik endişelerim var.	3	5	2	-	0.8
10. Doğum esnasında kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.	8	2	-	-	1.0
11. Doğum eylemi ile ilgili seçenekler (normal doğum, sezaryen, ağrısız doğum, evde doğum vb.) üzerinde sıklıkla düşünüyorum.	4	6	-	-	1.0
12. Doğum eylemi beni korkutuyor.	3	5	2	-	0.8
13. Doğum eylemi ile ilgili anlatılan hikayeler beni çok geriyor.	6	2	2	-	0.8
14. Gebeliğin getirdiği fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra da devam edebileceği endişesini yaşıyorum.	6	2	2	-	0.8
15. Duygu ve düşüncelerimi eşimle gerçekten paylaşabiliyorum.	8	1	1	-	0.9
16. Gebelikte çok fazla kilo alacağım diye endişeleniyorum.	7	3	-	-	1.0

4.3. Yapı Geçerliği

Çalışmada daha kesin bulgular sağlamak için yapılan temel bileşenler analizinden önce örneklem yeterliliğini ve verinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için KMO ve Barlett testleri uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerini 0.81 olarak saptanmıştır. Bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu göstermektedir.¹⁵¹ Benzer şekilde Barlett testi sonuçları da, $X^2=1268.703$, $p=0.000$ olarak saptanmış, verilerin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğu belirlenmiştir.¹⁵¹

4.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

KMO ve Barlett testleri sonrasında açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analizde orijinal ölçekte olduğu gibi veri direkt oblimum yöntemiyle döndürölerek incelenmiştir. Analiz sonucunda orijinal dilinde olduğu gibi iki alt boyutlu yapıya zorlanan ölçeiğin, Türk Dilinde de iki alt boyutlu yapıya uygun olduğu saptanmıştır. Maddelerin faktör yükleri 0.443 ve 0.767 arasında değişmektedir ve bütün maddelerin faktör yükleri 0.40'ın üzerindedir. Açıklanan varyans %41.611'dir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

Madde No	Maddeler	Olumsuz Duygulanım Alt Boyut Faktör Yüğü	Eş Katılımı Alt Boyut Faktör Yüğü
1	Gebeliğimden keyif alıyorum.	0.21	0.57
2	Eşimle birlikte, gebelik sürecinden keyif aldığımızı hissediyorum.	0.21	0.73
4	Gebelik eşimle beni daha da yakınlaştırdı.	0.26	0.66
8	Eşim tarafından desteklendiğimi hissediyorum.	0.17	0.76
15	Duygu ve düşüncelerimi eşimle gerçekten paylaşabiliyorum.	0.14	0.67
3	Gebelikle ilgili endişelerim var.	0.52	-0.00
5	Doğum eylemi ile ilgili endişelerim var.	0.72	0.08
6	Bebeğimin sağlığı konusunda endişelerim var.	0.67	0.29
7	Doğumdan sonra işimle ilgili sorunlar yaşayabileceğim konusunda endişelerim var.	0.50	0.17
9	Doğumdan sonraki dönemle ilgili ekonomik durumumuza yönelik endişelerim var.	0.56	0.32
10	Doğum esnasında kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.	0.71	0.35
11	Doğum eylemi ile ilgili seçenekler (normal doğum, sezeryan, ağrısız doğum, evde doğum vb.) üzerinde sıklıkla düşünüyorum.	0.64	0.24
12	Doğum eylemi beni korkutuyor.	0.71	0.09
13	Doğum eylemi ile ilgili anlatılan hikayeler beni çok geriyor.	0.67	0.07
14	Gebeliğin getirdiği fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra da devam edebileceği endişesini yaşıyorum.	0.45	0.30
16	Gebelikte çok fazla kilo alacağım diye endişeleniyorum.	0.44	0.16
Açıklanan Varyans		%28.7	%12.9
Toplam Açıklanan Varyans		%41.6	

4.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

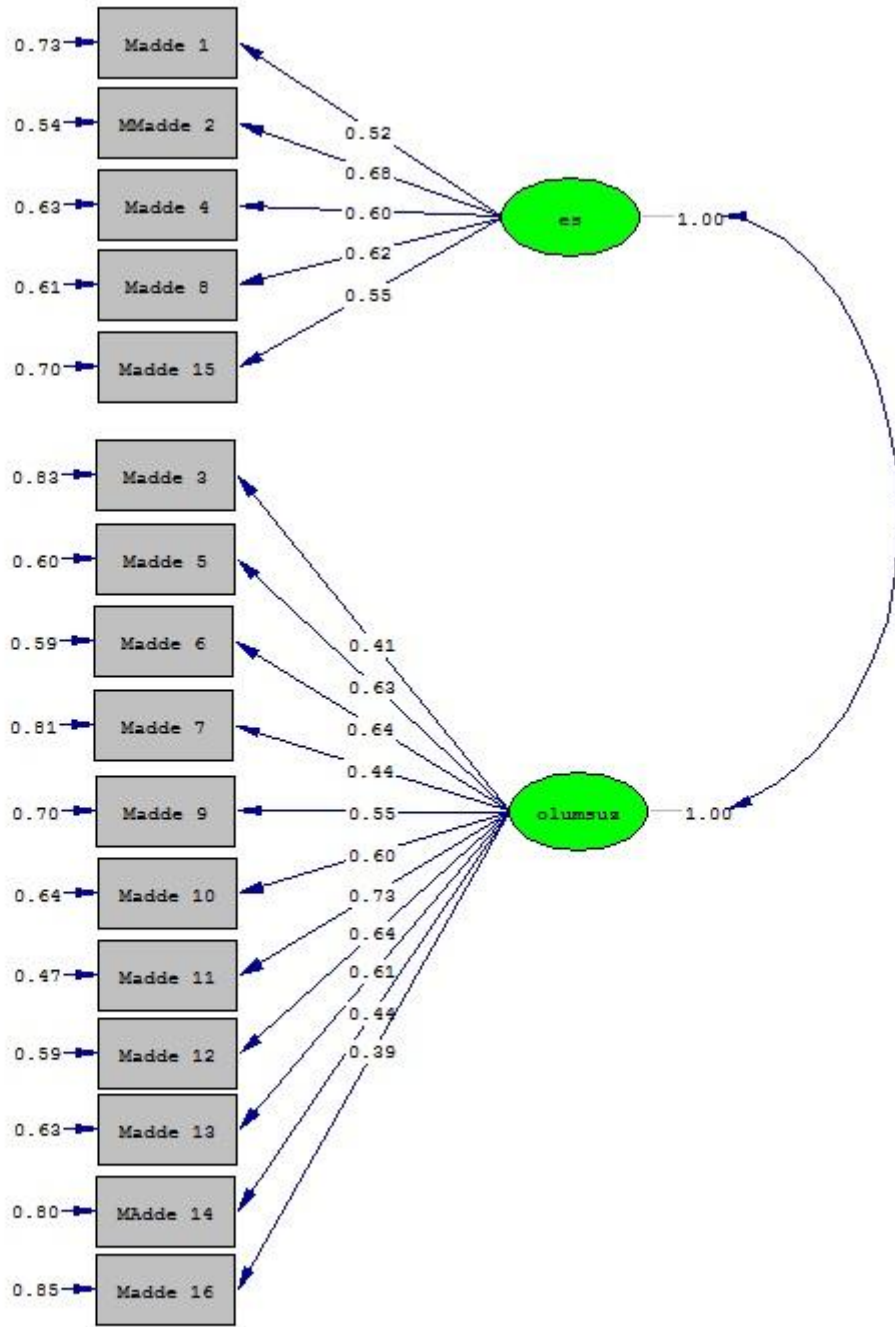
Açıklayıcı faktör analizinden sonra, doğrulayıcı faktör analizinde ölçek maddeleri iki farklı model kurularak incelenmiştir. İlk model, ölçeğin orijinalinde olduğu gibi negatif alt boyutun altında doğum, gelecek ve sağlığa yönelik olumsuz duyguların olduğu modeldir. Bu model uyum indeksleri açısından geçerli sayılmakta, fakat kovaryans matrisi negatif tanımlı hata mesajı vermektedir. 3, 5, 7. maddelerin t değerleri hesaplanamamış, bu nedenle model elimine edilmiştir ($X^2=360.47$, $Sd=100$, $RMSEA=0.000$, $GFI=0.96$, $CFI=0.97$). İkinci ve ölçeğin uygun faktör yapısına sahip olduğu modelde eş katılımı ve olumsuz duygulanım alt boyundan oluşan iki boyutlu yapı modele alınmıştır. Olumsuz duygulanıma ait; doğum, gelecek ve sağlık alt boyutlarının olmadığı ve sadece eş katılımı ve olumsuz duygulanımın olduğu bu modelde; X^2 değeri 369.03, serbestlik derecesi 103, $p=1.00$, X^2/SD değeri 3.58, CFI 0.97, $RMSEA$ 0.00 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğe ait diğer uyum indeksi sonuçları madde faktör yükleri ve PATH diyagramı Tablo 4.3, 4.4 ve Şekil 4.1’de görülmektedir. Tablo 4’te normal değerleri verilen uyum indeksleri bu çalışmada uygun bulunmuştur.¹⁶⁰⁻¹⁶²

Tablo 4.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Maddeler	t	$\lambda(R^2)$	Faktör Yüğü
Eş Katılımı	Madde 1	11.56	0.27	0.52
	Madde 2	13.88	0.46	0.68
	Madde 4	13.08	0.37	0.60
	Madde 8	13.02	0.39	0.62
	Madde 15	12.00	0.30	0.55
Olumsuz Duygulanım	Madde 3	12.24	0.17	0.41
	Madde 5	17.07	0.40	0.63
	Madde 6	17.03	0.41	0.64
	Madde 7	12.46	0.19	0.44
	Madde 9	15.81	0.30	0.55
	Madde 10	20.66	0.53	0.60
	Madde 11	17.82	0.36	0.73
	Madde 12	19.43	0.41	0.64
	Madde 13	17.27	0.37	0.61
	Madde 14	12.61	0.20	0.44
	Madde 16	11.22	0.15	0.39

Tablo 4.4. DFA Uyum İndeksi Sonuçları

Uyum İndeksi	Çalışma Sonuçları
X^2/Sd	3.58
CFI	0.97
GFI	0.96
AGFI	0.95
RMSA	0.00
SRMR	0.07



Chi-Square=369.03, df=103, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

Şekil 4.1. Ölçeğe Ait PATH Diyagramı

Yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi bulgularına göre 16 maddelik Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe formu iki faktörlü şekilde orjinaline uygun olarak belirlenmiştir.

1.Olumsuz Duygulanım: 11 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 3,5,6,7,9,10,11,12,13,14 ve 16. maddelerdir.

2. Eş Katılımı: 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1, 2, 4, 8 ve 15. maddelerdir.

4.4. İç Tutarlılık

Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonrasında ölçek iç tutarlılık bulguları Cronbach alfa kat sayısı ile incelenmiştir. Ölçeğin toplam Cronbach alfa kat sayısı 0.83 olarak saptanmıştır. Toplam ölçek ve alt ölçeklerin Cronbach alfa kat sayıları Tablo 4.5'de görüldüğü gibidir. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları 0.30-0.63 arasında değişmektedir. Hiçbir maddenin atılması Cronbach alfa kat sayısını yükseltmemektedir ve tüm maddelerin madde toplam puan korelasyonları 0.30'un üzerindedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.5. Alt Boyutlara Göre Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek ve Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Puan Aralığı	Puan Ort±SS	Cronbach's α
Toplam Ölçek	16	0-41	15.72±9.31	0.83
Eş Katılımı	5	0-15	5.42±3.48	0.72
Olumsuz Duygulanım	11	0-33	10.31±7.59	0.83

Tablo 4.6. Madde Toplam Korelasyonları

Maddeler	Ortalama	SS	Madde Silindiğinde Cronbach α	Madde Toplam Korelasyonu
Madde 1	1.49	1.14	0.82	0.31
Madde 2	0.96	0.98	0.82	0.38
Madde 3	0.82	1.09	0.82	0.34
Madde 4	1.40	1.10	0.82	0.37
Madde 5	1.17	1.17	0.81	0.53
Madde 6	0.87	1.11	0.81	0.57
Madde 7	0.55	0.92	0.82	0.39
Madde 8	0.82	0.94	0.82	0.34
Madde 9	0.86	1.13	0.81	0.49
Madde 10	1.03	1.14	0.80	0.63
Madde 11	1.11	1.29	0.81	0.52
Madde 12	1.54	1.22	0.81	0.52
Madde 13	1.07	1.24	0.81	0.48
Madde 14	0.64	1.06	0.82	0.40
Madde 15	0.74	0.87	0.82	0.30
Madde 16	0.66	1.07	0.82	0.34

4.5. Kesme Noktası

Ölçeğe ait kesme noktası orijinal ölçeği geliştiren yazarlardan görüş alınarak 90. persentile denk gelen puan olarak alınmıştır. Orijinal ölçekte kesme noktası 90. persentile göre belirlenmiştir.³⁸ Bu çalışmada 90. persentile gelen puan 28 olarak saptanmıştır. Ölçekten 28 ve üzerinde puan alan gebelerin distres açısından risk altında oldukları belirlenmektedir. Eş katılımı alt boyutu kesme noktası 10.40, olumsuz duygulanım alt boyutu kesme noktası 22.40 olarak belirlenmiştir. Çeşitli persentil noktalarında kesim noktaları Tablo 4.7’de görüldüğü gibidir.

Tablo 4.7. Tilburg Gebelikte Distress Ölçeği'ne Ait Çeşitli Persentillerdeki Kesme Noktaları

	10.	25.	50.	75.	90.
Ölçek ve Alt Boyutlar	Persentil	Persentil	Persentil	Persentil	Persentil
Toplam Ölçek	3.00	9.00	15.0	22.0	28.00
Eş Katılımı	1.00	3.00	5.00	7.00	10.40
Olumsuz Duygulanım	1.00	4.00	9.00	15.0	22.40

4.6. Distresin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi

Gebelerin TGDÖ toplam puan ortalamasının 15.72 ± 9.30 , eş katılımı alt boyut puan ortalamasının 5.42 ± 3.48 , olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamasının 10.31 ± 7.59 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Ölçeğin kesme noktasına göre değerlendirildiğinde; gebelerin %10.9'unun (30 gebe) distres açısından risk altında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.8. Gebelerin TGDÖ'nden Aldıkları Puanların Dağılımı

TGDÖ	Ölçekten Alınabilecek		Ölçekten Alınan	Ortalama \pm S
	En Düşük-En Yüksek Puanlar	En Düşük-En Yüksek Puanlar		
Alt Boyutlar	Eş Katılımı	0-15	0-15	5.42 ± 3.48
	Olumsuz Duygulanım	0-33	0-33	10.31 ± 7.59
Toplam	0-48	0-41	15.72 \pm 9.31	

Tablo 4.9. Gebelerin Ölçeğin Kesme Noktasına Göre Dağılımı

Kesme Noktası	Eş Katılımı		Olumsuz Duygulanım		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Distres Riski Olmayan	241	87.6	245	89.1	245	89.1
Distres Riski Olan	34	12.4	30	10.9	30	10.9

Demografik ve obstetrik özelliklere göre ölçek puan ortalamasının karşılaştırmaları Tablo 4.10 ve 4.11’de verilmiştir.

Gebelerin demografik özelliklerine göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim düzeyi, meslek, eş eğitim düzeyi, eş mesleği ve aile tipine göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.10).

Yaş grubuna göre TGDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; 18-24 yaş grubunda olan gebelerin puan ortalamasının 17.58 ± 9.09 , 25-29 yaş grubunda olanların 13.38 ± 8.79 , 30-34 yaş grubunda olanların 15.51 ± 9.65 , 35 ve üzeri yaş grubunda olanların 18.67 ± 9.88 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.10). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın 25-29 yaş grubundan kaynaklandığı bulunmuştur.

Eğitim düzeyine göre TGDÖ puan ortalamalarına bakıldığında ilkokul mezunu olanların puan ortalamasının 16.16 ± 10.71 , üniversite ve üzeri eğitime sahip olanların 13.46 ± 8.50 olduğu, aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Gebelerin mesleklerine göre TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; memur olanların puan ortalamasının 13.27 ± 8.55 , işçi olanların ise 17.25 ± 8.99 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Eşi ilkokul mezunu olan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının 17.39 ± 9.75 , eşi üniversite ve üzeri eğitime sahip olanların 14.29 ± 8.41 olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Eş mesleğine göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında; eşi işsiz olan gebelerin puan ortalamasının 17.86 ± 8.87 , eşi işçi olanların ise 14.96 ± 9.38 olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çekirdek ailede yaşayan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının 15.11 ± 9.60 , geniş ailede yaşayanların 16.49 ± 8.91 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.10. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre TGDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Sayı	%	Ort. ±SS	Test ve p değeri
Yaş Grubu				
18-24	105	38.3	17.58±9.09	KW=13.009 p<0.05
25-29	101	36.7	13.38±8.79	
30-34	51	18.5	15.51±9.65	
35ve ↑	18	6.5	18.67±9.88	
Eğitim Düzeyi				
İlkokul	112	40.8	16.16±10.71	F=1.339 p>0.05
Ortaokul	60	21.8	16.43±7.50	
Lise	49	17.8	16.35±8.52	
Üniversite ve üzeri	54	19.6	13.46±8.50	
Meslek				
Ev Hanımı	227	82.5	16.17±9.41	KW=4.295 p>0.05
Memur	44	16.0	13.27±8.55	
İşçi	4	1.5	17.25±8.99	
Eş Eğitim Düzeyi				
İlkokul	82	29.8	17.39±9.75	F=1.445 p>0.05
Ortaokul	49	17.8	15.10±8.08	
Lise	85	30.9	15.47±10.01	
Üniversite	59	21.5	14.29±8.41	
Eş Mesleği				
İşsiz	22	8.0	17.86±8.87	KW=3.493 p>0.05
Memur	58	21.1	15.29±8.33	
İşçi	135	49.1	14.96±9.38	
Diğer	60	21.8	17.08±10.11	
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	152	55.3	15.11±9.60	t=-1.226 p>0.05
Geniş Aile	123	44.7	16.49±8.91	

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliği isteme durumu ve trimesterlere göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.11).

İlk gebeliği olan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının 17.30 ± 9.15 , 4 ve üzeri gebeliği olan gebelerin puan ortalamasının 13.71 ± 10.96 olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Yaşayan çocuk sayısına göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında; çocuğu olmayan gebelerin puan ortalamasının 17.43 ± 8.87 , bir çocuğu olanların 14.06 ± 7.84 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Gebeliğini isteyenlerin TGDÖ puan ortalamasının 15.83 ± 9.16 , istemeyenlerin 15.24 ± 10.02 olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Trimesterlere göre TDGÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında; 1. trimesterde olanların puan ortalamasının 21.67 ± 8.17 , 3. trimesterde olanların 15.28 ± 9.53 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre TGDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Sayı	%	Ort. ±SS	Test ve p değeri
Gebelik sayısı				
1	100	36.4	17.30±9.15	
2	71	25.8	14.21±7.85	F=2.782
3	49	17.8	16.96±9.02	p>0.05
4 ve üzeri	55	20.0	13.71±10.96	
Yaşayan çocuk sayısı				
Yok	108	39.3	17.43±8.87	
1	68	24.7	14.06±7.84	F=2.151
2	45	16.4	15.00±8.19	p>0.05
3 ve üzeri	54	19.6	15.02±12.04	
Gebeliği İsteme Durumu				
İstiyor	224	81.8	15.83±9.16	t=0.406
İstemiyor	50	18.2	15.24±10.02	p>0.05
Trimester				
1. Trimester	12	4.4	21.67±8.17	KW=5.315
2. Trimester	115	41.8	15.68±8.97	p>0.05
3. Trimester	148	53.8	15.28±9.53	

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılarak Türk toplumuna kazandırılması ve distresin bazı değişkenler açısından incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Ülkemizde gebeliğe özgü distresin tanımlanmasına yönelik geliştirilen standart kullanılabilen bir ölçüm aracı olmaması nedeniyle bu ölçeğe gereksinim duyulmuştur.

Bu bölümde, elde edilen 16 madde ve 2 faktörden oluşan Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine ilişkin dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, iç tutarlılık, kesme noktası ve incelenen bazı değişkenler açısından distres bulguları tartışılmıştır.

Dil Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçek uyarlama çalışmasında ilk başvuru yöntem dil uyarlamasıdır. Çünkü, bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve psikolinguistik (dilsel) farklılıklardan ileri gelir. Bir ölçek uyarlamada farkları en aza indirebilmek için ölçek maddeleri titizlikle incelenmeli, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmeler yapılmalıdır.¹⁴³

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin dil uyarlamasında, kavramsallaştırma ve anlatım farklarını en aza indirebilmek için dünyada en çok uygulanan yöntem olan çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır.^{144, 148}

Çeviri-geri çeviri yönteminde ilk olarak Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği iki İngilizce dil bilim uzmanı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı tarafından düzenlendikten sonra ortak bir form elde edilmiştir. Elde edilen form her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan bir İngilizce dil bilim uzmanı tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi ve İngilizce'den Türkçe'ye geri çevirisi bağımsız

çevirmenler tarafından yapılmıştır. Geri çeviri zaman alıcı olmasına karşın, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için dünyada en çok seçilen yöntemdir.¹⁴⁵ Çalışmada çeviri işleminden sonra ölçek maddelerinin gebeler tarafından anlaşılabilirliğini saptamak için 20 gebeye ön uygulama yapılmış ve soruların anlaşılabilirliği yönünden görüş bildirmeleri istenmiştir. Ön uygulamada sonrasında gelen öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Bir ölçeği başka bir dile çevirme aşamalarında ardışıklık yaklaşımı önemlidir. Bu yaklaşıma göre, iki bağımsız çevirmen ölçeği hedef dile, bir diğer bağımsız çevirmen de ölçeği orijinal dile çevirmelidir. Daha sonra taslak ölçek araştırmacı tarafından orijinal ölçekle karşılaştırılmalı ve pilot çalışma ile ön deneme yapılmalıdır.¹⁴⁴ Bu araştırmada dil uyarlama aşamasında benzer süreç uygulanmıştır.

Bu çalışmalar sonucunda, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe Formu'nun dil geçerliliği yönünden uygun bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Geçerlilik, testin neyi, ne denli isabetli/doğru olarak ölçtüğü ile ilgili kavramdır ve araştırmacının ölçeğin ölçtüğünü düşündüğü değişkeni gerçekten ölçüp ölçmediğini gösterir.^{148, 149, 153} Geçerlilik çalışması, bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu bir süreçtir.¹⁴³

Geçerliliğin sınanması için pek çok ölçüt vardır. Bu araştırmada ölçeğin geçerliliğini sınamak amacıyla kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliğine bakılmıştır.

Kapsam geçerliliği, ölçeğin ölçülmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını inceler.¹⁵³ Bu doğrultuda çeviri işleminden sonra kapsam geçerliliğini değerlendirmeleri için ölçek 10 uzman akademisyenin görüşüne sunulmuş ve ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini 1-4 arasında (1=uygun değil, 2=maddenin uygun şekle getirilmesi gerekiyor, 3=uygun ama ufak değişiklikler

gerekiyor, 4=çok uygun) değerlendirmeleri istenmiştir. Tavşancıl (2002)¹⁶³ tarafından aktarıldığı üzere, ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmalarında başvuru uzman sayısı 3-20 arasında olabilmektedir. Bu araştırmada, 10 uzman görüşüne başvurularak ölçek hakkında görüş alınması, literatürle paralellik göstermektedir.

Kapsam geçerliliği sırasında uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda 12. maddede ifade değişikliğine gidilmiştir. Kapsam geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması için Davis Tekniği kullanılmış ve ölçeğin KGİ indeksi 0.80 olarak saptanmıştır. Yurdugül (2005)¹⁵⁸ Davis tekniği ile değerlendirilen kapsam geçerliliklerinde KGİ skorunun 0.80 ve üzerinde olması gerektiğini bildirmektedir. Bu anlamda ölçek kapsam geçerliliği yönünden yeterlidir denilebilir.¹⁵³

Veriler toplandıktan sonra soruların anlaşılmadığı ortaya çıkarsa geri dönüş olasılığı kalmaz, bu nedenle ölçme aracının uygulanabilirliğinin saptanması için ön uygulama yapılmalıdır. Ölçeğin ön uygulaması, örnekleme giren kişilerle benzer özellikler taşıyan örneklem dışındaki 30 gebeden oluşan bir gruba ikinci defa yapılmış ve bu ön uygulamada herhangi bir değişikliğe gerek olmadığı belirlenerek ve ölçeğe son hali verilmiştir.

Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapı geçerliliği birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belirli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Yapı geçerliliğinin amacı, belirli bir yapıyı diğer yapılarla karıştırmadan ölçebilen maddeleri seçerek, kendi içinde tutarlı bir ölçek oluşturmaktır.¹⁴³

Yapı geçerliliğini saptamak için yapılacak olan faktör analizi öncesinde verilerin yeterli sayıda olduğunun ve faktör analizine uygun olduğunun değerlendirilmesi gerekmektedir.¹⁵² Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-

Meyer-Olkin, örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek için Bartlett's Testi yapılmıştır¹⁵¹

KMO gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. KMO ölçütü 0.90-1.00 olduğunda mükemmel, 0.80-0.89 arasında olduğunda çok iyi, 0.70-0.79 arasında olduğunda iyi, 0.60-0.69 arasında olduğunda orta, 0.50-0.59 arasında olduğunda zayıf ve 0.50'nin altında olduğunda ise kabul edilmez.¹⁵² Orijinal ölçekte KMO değeri 0.81 olarak bildirilmektedir³⁸. Bu çalışmada da KMO değeri orijinal ölçekte olduğu gibi 0.81 olarak belirlenmiştir. Bu değer 0.50'nin üzerinde olması istenmektedir ve 0.80 ve üzeri değerler oldukça iyi sonuç olarak yorumlanmaktadır.¹⁶⁴ Bu bulgu örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir.

Orijinal ölçekte Barlett's testi değeri $p=0.000$ olarak bildirilmektedir.³⁸ Ölçek uyarlamalarında Barlett's testinin de anlamlı çıkması istenmektedir.¹⁶⁴ Bu çalışmada da Barlett's test sonucu $p=0.000$ olarak bulunmuştur. Bu bulgular, verilerin normal dağılım gösterdiği, ölçüm sonuçlarının örneklem büyüklüğünden etkilenmediği ve örneklemin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu anlamındadır.

Açıklayıcı faktör analizinde orijinal ölçekte olduğu gibi veri direkt oblimum yöntemiyle döndürülerek incelenmiştir.³⁸ Analiz sonucunda ölçek faktör yapısının orijinal çalışmada olduğu gibi iki alt boyutlu yapıya uygun olduğu saptanmıştır. Bir ölçekte faktör yüklerinin 0.30'un üzerinde olması istenir.¹⁶⁴ Bu çalışmada bütün maddelerin faktör yükleri orijinal ölçekte³⁸ olduğu gibi 0.40'ın üzerindedir ve 0.44 ve 0.76 arasında değişmektedir (Tablo 4.2).

Orijinal ölçekte açıklanan varyans %34'dür.³⁸ Bu çalışmada ise açıklanan varyans %41.61 olarak saptanmıştır (Tablo 4.2). Açıklanan varyansın yüksek olması, ilgili kavram ya da yapının iyi ölçüldüğünün bir göstergesi olarak yorumlanır.¹⁶⁵ Sosyal

bilimlerde çok faktörlü desenler için açıklanan varyansın % 40 ile % 60 arasında olması yeterlidir.¹⁶⁴ Çalışmada açıklayıcı faktör analizi bulgularına göre madde faktör yükleri ve açıklanan varyansın yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Açıklayıcı faktör analizinden sonra ölçek maddeleri doğrulayıcı faktör analizi ile incelenerek, veri setinin teorik yapıya ne kadar uygun olduğu araştırılmıştır.¹⁵⁷ Doğrulayıcı faktör analizinde asıl amaç, yapı ile gözlenen değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığını test etmektir. Doğrulayıcı faktör analizi özellikle daha önceden geliştirilmiş olan ölçeklerin uyarlamasında yapılması gereken bir uygulamadır.¹⁵⁶ Ölçeğin orijinal dildeki geçerlilik çalışmasında doğrulayıcı faktör analizi için model kurulurken, “negatif duygulanım” alt boyutu kendi içinde doğum, gelecek ve sağlığa yönelik olumsuz duyguların olduğu alt faktörlerden oluşacak şekilde kurulmuştur.³⁸ Bu çalışmada aynı şekilde kurulan ilk modelde uyum indeksleri yeterli olmakla birlikte ($X^2=360.47$, $Sd=100$, $RMSEA=0.000$, $GFI=0.96$, $CFI=0.97$) kovaryans matrisi negatif tanımlı olduğu ve 3, 5, 7. maddelerin t değerleri hesaplanamadığı için bu model geçersiz sayılmıştır. Daha sonra ölçeğin uygun faktör yapısına sahip olduğu ikinci model kurulmuştur (Şekil 4.1). Bu modelde ölçek “eş desteği” ve “olumsuz duygulanım” alt boyutundan oluşan iki boyutlu yapıdadır. Modelde X^2 değeri 369.03, serbestlik derecesi 103, $p=1.00$, X^2/SD değeri 3.58, CFI 0.97, $RMSEA$ 0.00, $SRMR$ 0.07 olarak hesaplanmıştır (Şekil 1, Tablo 9). Orijinal ölçekte ise bu değerlerden $RMSEA$ 0.06, $SRMR$ 0.07, CFI 0.91 olarak bildirilmiştir.³⁸ Literatürde $RMSEA$ ve $SRMR$ değerinin 0.08’in altında olması, GFI , $AGFI$, CFI , değerlerinin ise 0.9’un üzerinde olması gerektiği bildirilmektedir.^{160, 166, 167} t tablosu değerleri 1.96’yı aşarsa 0.05, 2.56’yı aşarsa 0.001 düzeyinde anlamlıdır. Anlamsız olanların ölçekten çıkarılması gerekir.^{157, 167} Bu çalışmada tüm maddelerin t değerleri anlamlıdır ve Tablo 4.3’de görüldüğü gibi t değerleri 11.22–20.66 arasında değişmektedir. Harrington’un (2009)¹⁶⁸ aktardığına

göre, doğrulayıcı faktör analizinde faktör yüklerinin 0.30'un altında olmaması istenir. 0.71 ve üstü mükemmel, 0.63 oldukça iyi, 0.55 iyi, 0.45 kabul edilebilir ve 0.32 zayıftır. Bu çalışmada tablo 8'de görüldüğü gibi DFA'da faktör yükleri 0.39–0.73 arasında değişmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde uyum indeksleri, faktör yükleri ve t değerleri yeterli bulunmuştur. Çalışmada uyum indeksleri yeterli düzeyde olduğu için modifikasyon yapılmamıştır.

Sonuç olarak 16 maddelik Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin 2 faktörlü yapısı modele uygundur ve ölçeğin yapı geçerliğini sağlamaktadır.

İç Tutarlılığa İlişkin Bulguların Tartışılması

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığı ve homojenliği ölçmek için madde analizi yöntemi kullanılmış ve Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır.

Cronbach alfa katsayısı likert tipi ölçeklerde kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan maddelerin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Bir ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, o ölçüde ölçeğin aynı özelliğin öğelerini ölçen tutarlı maddelerden oluştuğu söylenir.¹⁵² Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0.83, “eş katılımı” alt boyutunun 0.72 ve “olumsuz duygulanım” alt boyutunun 0.83 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Orijinal ölçekte ise toplam alfa 0.78, “eş katılımı” alt boyutu 0.80 ve “olumsuz duygulanım” alt boyutu 0.81 olarak belirlenmiştir.³⁸ Literatürde Cronbach alfa katsayısının 0.60-0.80 arasında olmasının araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu ifade edilmektedir.¹⁵² Bu çalışmada Cronbach alfa katsayıları yeterli düzeydedir.

Diğer bir iç tutarlılık ölçütü madde toplam korelasyonudur. Bu yöntemde bir ölçek maddesinin varyansı ile toplam ölçek puanının varyansı karşılaştırılarak

aralarındaki ilişki incelenir. Madde toplam puan korelasyonu yükseldikçe o maddenin etkinliği artmakta, korelasyon katsayısı düşük olduğunda ölçek maddelerinin yeterince güvenilir olmadığına karar verilmektedir¹⁵². Bir maddenin kabul edilebilir olması için madde toplam korelasyon katsayısı pozitif ve en az 0.20 olmalıdır. Madde-toplam korelasyon katsayısı 0.20'nin altında olan maddeler güvenilirliği düşürücü bir etki yaptığından ölçekten çıkarılmalıdır.¹⁴³ Bu çalışmada madde toplam korelasyonları 0.304-0.636 arasında değişmektedir ve tüm maddelerin madde toplam korelasyonları yeterli düzeydedir (Tablo 4.6).

Kesme Noktasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada, ölçek toplam puanı kesme noktası 28, “eş katılımı” alt boyutu kesme puanı 10 ve “olumsuz duygulanım” alt boyutu kesme puanı 22 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.7). Kesme noktaları için belirlenen puanlar 90. persentile göre hesaplanmıştır. 90. persentilin kesme noktası olması konusunda orijinal ölçeği geliştiren Pop ve arkadaşlarından görüş alınmıştır.

Literatürde kesme noktasını belirlemek için ROC eğrisinin kullanılması önerilmektedir.¹⁵² Bu eğrinin hesaplanabilmesi için klinik görüşme veya distresi ölçeği başka bir ölçeğe gereksinim vardır, bu nedenle ilgili gereksinimler karşılandığı durumda kesme noktası tekrar ROC eğrisi ile inceleyebilir.

Distrese İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelerin TGDÖ toplam puan ortalamasının 15.72 ± 9.30 , eş katılımı alt boyut puan ortalamasının 5.42 ± 3.48 , olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamasının 10.31 ± 7.59 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Ölçeğin kesme noktasına göre değerlendirildiğinde; gebelerin %10.9'unun ($n=30$) distres açısından risk altında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9). Prenatal Distres Ölçeği ile yapılan bir çalışmada gebelerin puan ortalaması 14.98 ± 5.65 olarak saptanmıştır.¹⁴ Pop ve ark.³⁸ çalışmalarında gebelerin

%13.8'inde distres olduğunu bulmuşlardır. Hindistanda yapılan bir çalışmada ise psikolojik distres oranı %11.5 olarak belirtilmiştir.¹⁶⁹ Bu çalışmada diğer çalışma bulgularına benzer oranlar saptandığı görülmektedir.

Gebelerin demografik özelliklerine göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim düzeyi, meslek, eş eğitim düzeyi, eş mesleği ve aile tipine göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.10).

Yaş grubuna göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) ve yapılan ileri analiz sonucunda farkın 25-29 yaş grubundan kaynaklandığı bulunmuştur. Çalışma sonucuna bakıldığında 25-29 yaş grubundaki gebelerin daha düşük distrese sahip oldukları görülmektedir. Karaçam ve Ançel¹⁹ çalışmalarında yaş ile gebelik depresyonu arasında negatif ilişki bulunduğunu ve yaşı küçük olanlarda depresif belirtilerin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Aasheim ve ark.¹⁷⁰ yaş azaldıkça gebelikte distresin arttığını, buna karşın Prost ve ark.¹⁶⁹ ise ileri yaşın gebelikte distres için bir risk olduğunu bulmuşlardır. 25-29 yaş aralığı gebelik için ideal yaş aralıklarıdır. Bu nedenle bu grupta distres puanının düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu çalışmanın bulgularına benzer olarak Prost ve ark.¹⁶⁹ da eğitim düzeyi ile distres arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Aynı şekilde Şahin ve Kılıçarslan'ın²⁸ çalışmasında da eğitim düzeyi ile depresyon arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda ise depresyon ile eğitim düzeyi arasında ilişki olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça depresyon puanının azaldığı bulunmuştur.^{21, 171} Yanikkerem ve ark.⁷¹, Yalçın Gözüyeşil ve ark.⁹⁵ yaptıkları çalışmalarda düşük eğitim

düzeyine sahip gebelerde depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Eğitim düzeyinin yüksekliği kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha fazla yararlanmasına, gebeliğin getirdiği fiziksel ve psikolojik değişikliklerle daha iyi şekilde başa çıkabilmesinde önemli bir faktördür. Bu nedenle eğitim düzeyi yüksek olanların distres yaşama olasılıklarının daha düşük olması doğaldır.

Gebelerin mesleklerine göre TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aradaki farkın önemli olmadığı ($p>0.05$), ancak memur olanlarda puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. Şahin ve ark.²⁸ çalışan gebelerde depresyon puanının daha düşük olduğunu, Bödecs ve ark.¹⁵ gelir getiren herhangi bir işte çalışmayan gebelerde depresyonun daha çok görüldüğünü, Karaçam ve Ançel¹⁹, Erbil ve ark.¹⁷¹ ev hanımı olmanın depresyon için bir risk faktörü olduğunu saptamışlardır.

Eşi ilköğretim mezunu olan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının, eşi üniversite ve üzeri düzeyde bir eğitime sahip olanların puan ortalamasından daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonuçlarına paralel olarak Akbaş ve ark.²¹ da eş eğitiminin gebelikte depresyon için bir risk faktörü olmadığını bulmuşlardır. Yapılan bazı çalışmalarda ise eşin eğitim durumunun depresyon düzeyini azaltan etmenlerden biri olduğu bulunmuştur^{28, 171}. Bu çalışmada da eşi üniversite ve üzeri düzeyde bir eğitime sahip olan gebelerin distres puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu yüksek olan eşlerin daha bilinçli olup, gebelere daha çok destek oldukları düşünülebilir. İlaveten bu gruptaki gebelerin sosyoekonomik düzeyi yüksek olacağı için her türlü alım (beslenme, tedavi, bakım vb.) gücü de yüksek olacaktır. Bunun sonucu olarak da distres yaşama olasılıklarının düşük olması doğaldır.

Çalışma sonuçlarına göre çekirdek ailede yaşayan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının 15.11 ± 9.60 , geniş ailede yaşayanların 16.49 ± 8.91 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Akbaş ve ark.²¹ çalışmalarında geniş aile yapısına sahip gebelerin depresyon oranlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır. Bu bulgu çalışma sonuçları ile paralellik göstermemektedir.

Çalışma sonuçlarına göre ilk gebeliği olanların ve yaşayan çocuğu olmayanların distres puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada ilk gebeliği olan gebelerde anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.²¹ Ancak çalışma sonucundan farklı bulguların olduğu çalışmalar da mevcuttur. Yapılan bazı çalışmalarda gebelik sayısı arttıkça depresyon oranının arttığı bulunmuştur.^{21, 95} Çocuk sayısı ile distres arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalarda değişik sonuçlar elde edilmiştir. Akbaş ve ark.²¹, Şahin ve Kılıçarslan²⁸, Prost ve ark.¹⁶⁹ çalışmalarında çocuk sayısı ile depresyon arasında ilişki olmadığını saptamışlardır. Yanikkerem ve ark.⁷¹ daha önce doğum yapan kadınların depresyon puan ortalamasının hiç doğum yapmayan kadınlara göre daha yüksek olduğunu ve çocuk sayısı ile depresyon arasında pozitif yönde korelasyon olduğunu saptamışlardır.

Yapılan çeşitli çalışmalarda gebeliğin istenme durumunun gebelikte distressi etkilediği ve gebeliğin istenir olmasının distres oranını azalttığı bulunmuştur.^{19, 28, 169} Bu çalışma sonucunda, gebeliği isteme durumunun TGDÖ puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 4.11). Bu bulgular çalışma ile paralellik göstermemektedir. Çalışma sonucu ile benzer olarak Akbaş ve ark.²¹ gebeliğin istenme durumunun depresyonu etkilemediğini bulmuştur.

Trimesterlere göre TDGÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında; 1. trimesterde olanların puan ortalamasının 21.67 ± 8.17 , 3. trimesterde olanların

15.28±9.53 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (p>0.05, Tablo 4.11). Araştırma bulgusuna paralel olarak Şahin ve Kılıçarslan²⁸, Erbil ve ark.¹⁷¹ gebelik haftasının depresyon düzeyini etkilemediğini belirlemişlerdir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada “Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Türk dilinde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?” sorusuna yanıt aranmıştır. Bu amaçla ölçek dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve iç tutarlılık yönünden değerlendirilmiştir.

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda;

-Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin çeviri-geri çeviri yöntemi ile dil geçerliliği analiz edilmiş ve uzman görüşleri ile kapsam geçerliliği sağlanmıştır.

-KMO ve Barlett testi sonuçlarının yeterli olduğu saptanmıştır (KMO=0.81, Barlett=p değeri 0.000).

-Açıklayıcı faktör analizi bulgularına göre madde faktör yükleri (0.443-0.767) ve açıklanan varyansın (%41.6) yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir.

-Ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonucunda 2 faktörlü bir yapı (olumsuz duygulanım, eş katılımı) gösterdiği belirlenmiştir.

-Doğrulamalı faktör analizinde uyum indeksleri, faktör yükleri ve t değerlerinin yeterli olduğu saptanmıştır.

-Cronbach alfa kat sayılarının (toplam ölçek=0.83, eş katılımı=0.72, olumsuz duygulanım=0.83) yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur.

-Tüm maddelerin madde toplam korelasyonlarının yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir.

-Çalışmada kesme noktasının toplam puan için 28.00, eş katılımı alt boyutu için 10.00 ve olumsuz duygulanım alt boyutu için 22.00 olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak; Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilebilir:

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin;

-Gebelerde distresin belirlenmesinde veri toplama aracı olarak kullanılması,

-Gebelerde distresi etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile ilgili çalışmalarda kullanılması önerilebilir.

Ayrıca ileride yapılacak çalışmalara yönelik olarak;

-Türkiye'de daha kesin kesim noktası tayini için klinik görüşme yoluyla eş zamanlı olarak ölçeğin ROC eğrisinde kesme noktasının yeniden hesaplanması,

-Farklı örneklem gruplarında geçerlilik ve güvenilirliğinin tekrarlanması, önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Vırıt 0, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi*, 2008, 45:9-13.
2. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2008, 28:525-532.
3. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2005.
4. Lavender V. Body image: change, dissatisfaction and disturbance. In: Price S (ed). *Mental Health in Pregnancy and Childbirth*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2007:123-146.
5. Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, McGowan L. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. *International Journal of Nursing Studies*, 2009, 46:669-77.
6. Yali AM, Lobel M. Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping*, 2002, 15:289-309.
7. England National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Antenatal and Postnatal Mental Health Clinical Management and Service Guidance Draft for Consultation*, London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006.
8. Priest SR, Austin MP, Barnett BB, Buist A. A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings. *Archives of Women's Mental Health*, 2008,11:307-17.
9. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2010, 202:61-67.

10. Schuurmans C, Kurrasch DM. Neurodevelopmental consequences of maternal distress: what do we really know? *Clinical Genetics*, 2013, 83:108-117.
11. ACOG. Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention ACOG Educational Bulletin Number 255, 1999.
12. Priest SR, Henderson J, Evans SF, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: A randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 2003, 178:542-545.
13. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*. 2005, 106:1071-1083.
14. Richter J, Bittner A, Petrowski K, Junge-Hoffmeister J, Bergmann S, Joraschky P, Weidner K. Effects of an early intervention on perceived stress and diurnal cortisol in pregnant women with elevated stress, anxiety, and depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2012, 33:162-170.
15. Bodecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orvosi Hetilap*, 2009, 150:1888-1893.
16. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health(Larchmt)*, 2003, 12:373-380.
17. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders* , 2000, 59:31-40.
18. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 2000, 95:487-490.

19. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery*, 2009, 25:344-356.
20. Gölbaşı Z, Kelleci M, Kısacık G. Gebelikte depresif belirtiler: Prevelans ve risk faktörlerine ilişkin bir çalışma. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı, 19-22 Nisan Ankara, 2007:255.
21. Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2008, 45:85-91.
22. Matthey S. Assessing for psychosocial morbidity in pregnant women. *Canadian Medical Association Journal*, 2005, 173:267-269.
23. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001, 23:61-64.
24. Bahar A. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9:45-53.
25. Harrison PA, Sidebottom AC. Systematic prenatal screening for psychosocial risks. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2008, 19:258-276.
26. Carroll JC, Reid AJ, Biringer A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L, Permaul JA, Pugh P, Chalmers B, Seddon F, Stewart DE. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 2005, 173:253-259.
27. Midmer D, Bryanton J, Brown R. Assessing antenatal psychosocial health Randomized controlled trial of two versions of the ALPHA form. *Canadian Family Physician*, 2004, 50:80-87.

28. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 27:51-58.
29. Blackmore ER, Carroll J, Reid A, Biringier A, Glazier RH, Midmer D, Permaul JA, Stewart DE. The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 2006, 28:873-878.
30. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: Guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 2009, 36:771-788.
31. Brenda M, Leung Y, Bonnie ND, Kaplan J. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 2009, 109:1566-1577.
32. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Canadian Nurse Journal*, 2006, 102:26-30.
33. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy - An International Quarterly*, 1998, 12:28-35.
34. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1989, 7:3-13.
35. Öner N, Lecompte A. *Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985: 2-10.
36. 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, 9:47-54.

37. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*, 1997, 1:51-52.
38. Pop VJM, Pommer AM, Pop-Purceleanu M, Wijnen HAA, Bergink V, PouweR F. Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: the TPDS. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2011, 11:80-87.
39. Akça Ay F. *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 4. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012:4.
40. Bıdzınka JE. Stres Factors in Deffective Diseases. *British Journal of Psychiatry*, 1984, 144:161-166.
41. Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as amultidimensional construct: A literature review. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 2004, 8:143-155.
42. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 2004, 79:81-91.
43. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*, 2008, 27:604-615.
44. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: A population-based controlled cohort study. *Birth*, 2006, 33:297-302.
45. Matthey S, Phillips J, White T, Glossop P, Hopper U, Panasetis P, Petridis A, Larkin M, Barnett B. Routine psychosocial assessment of women in the antenatal period: frequency of risk factors and implications for clinical services. *Archives of Women's Mental Health*, 2004, 7:223-9.
46. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: A leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:219-229.

47. Austin MP, Kildea S, Sullivan E. Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: Challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *Medical Journal of Australia*, 2007, 186:364-367.
48. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hosli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2007, 20:189-209.
49. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Depression during pregnancy : Overview of clinical factors. *Clinical Drug Investigation*, 2004, 24:157-179.
50. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: A population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 2004, 159:872-881.
51. Alderdice F, Lynn F. Stress in pregnancy: identifying and supporting women. *British Journal of Midwifery*, 2009, 17:552-578.
52. Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: Preterm birth from a biobehavioral perspective. *Journal Midwifery Womens Health*, 2009, 54:8-17.
53. Kinsella MT, Monk C. Impact of maternal stress, depression and anxiety on fetal neurobehavioral development. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2009, 52:425-440.
54. Davis EP, Glynn LM, Schetter CD, Hobel C, Chicz-Demet A, Sandman CA. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007, 46:737-746.
55. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 2008, 115:1043-1051.

56. Hansen D, Lou HC, Olsen J. Serious life events and congenital malformations: A national study with complete follow-up. *Lancet*, 2000, 356:875-880.
57. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry*, 2002, 180:502-508.
58. Rothenberger SE, Moehler E, Reck C, Resch F. Prenatal stress: Course and interrelation of emotional and physiological stress measures. *Psychopathology*, 2011, 44:60-67.
59. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Vera Y, Gil K, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez Garcia A. Prenatal maternal biochemistry predicts neonatal biochemistry. *International Journal of Neuroscience*, 2004, 114:933-945.
60. Van den Bergh BR, Van Calster B, Smits T, Van Huffel S, Lagae L. Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: A prospective study on the fetal origins of depressed mood. *Neuropsychopharmacology*, 2008, 33:536-545.
61. Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez Garcia A. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosomatic Medicine*, 2006, 68:747-753.
62. Bolten MI, Wurmser H, Buske-Kirschbaum A, Papousek M, Pirke KM, Hellhammer D. Cortisol levels in pregnancy as a psychobiological predictor for birth weight. *Archives of Women's Mental Health*, 2011, 14:33-41.
63. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 2004, 26:289-295.

64. Kirpinar I, Gozum S, Pasinlioglu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *Journal of Clinical Nursing*, 2010, 19:422-431.
65. Bennett HA, Boon HS, Romans SE, Grootendorst P. Becoming the best mom that I can: Women's experiences of managing depression during pregnancy--a qualitative study. *BMC Womens Health*, 2007, 7:13-26.
66. Ohman SG, Grunewald C, Waldenstrom U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2003, 17:148-152.
67. Jomeen J, Martin CR. A mixed-methods approach to understanding women's worries during early pregnancy. *Health Psychology Update*, 2005, 14:17-27.
68. Austin MP. Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: Where to from here? *Archives of Women's Mental Health*, 2004, 7:1-6.
69. Austin MP, Priest SR. Clinical issues in perinatal mental health: New developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005, 112:97-104.
70. Buist A, Ellwood D, Brooks J, Milgrom J, Hayes BA, Sved-Williams A, Barnett B, Karatas J, Bilszta J. National program for depression associated with childbirth: The Australian experience. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2007, 21:193-206.
71. Yanikkerem E, Altan E, Demirtosun P. Manisa 1 nolu sağlık ocağı b6lgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. *Kadın Doğum Dergisi*, 2004, 2:301-306.
72. K6roğlu E. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM-IV TR*, 4. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001: 139-141.

73. Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3:142-162.
74. Yeşiltepe Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi*, 2004, 12:11-16.
75. Öztürk H, Şirin A. Doğum yapan annelerde algılanan sosyal destek faktörlerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2000, 16:31-40.
76. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero VH. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development*, 2009, 85:65-70.
77. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 2007, 10:25-32.
78. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul, ROCHE Müstahzarları Sanayi, 1993.
79. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 10. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2011: 11-17.
80. Akdeniz F, Gönül A. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004, Ek 2:70-74.
81. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak Ğ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006, 17:243-251.
82. Allister L, Lester BM, Carr S, Liu J. The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Developmental Neuropsychology*, 2001, 20:639-651.

83. Smith MV, Brunetto WL, Yonkers KA. Identifying perinatal depression: Sooner is better. *Contemporary Obstetrics and Gynecology*, 2004, 49:58-65
84. Chen H, Chan YH 3rd, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy - a Singaporean perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39:975-979.
85. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2000, 14:73-87.
86. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1997, 58 Suppl 15:26-32.
87. McKee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: Relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:988-993.
88. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:698-709.
89. Altınay S. Gebelikte Depresyon Prevalansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi, Ankara, 1999.
90. Cebeci SA, Aydemir C, Goka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 2002, 10:11-18.
91. Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki. 9 Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Kongre Özet Kitabı 15-18 Ocak Bursa, 2009: 459-460.

92. Marcus SM. Depression during pregnancy: Rates, risks and consequences--Motherisk Update 2008. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 2009, 16:15-22.
93. Sarah LB, Barbara LP, Jill MC. Psikiyatri ve Reprodüktif Süreç. In: Benjamin JS SM, Virginia A (Eds). *Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3rd ed. Ankara, Güneş Kitabevi, 2007: 2305-2314.
94. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2009, 88:599-605.
95. Yalçın Gözüyeşil E, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3:39-66.
96. Kalken G, Yilmazer M, Coşar E, Şahin FK, Çevrioglu S, Geçici O. Nausea and vomiting in early pregnancy: Relationship with anxiety and depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2008, 29:91-95.
97. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 2008, 8:24-34.
98. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 2007, 10:103-109.
99. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *Journal of Health Psychology*, 2009, 14:27-35.
100. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 2001, 323:257-260.

101. Altshuler LL, Cohen LS, Moline ML, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Treatment of depression in women. *Postgraduate Medicine*, 2001, (Spec No):1-107.
102. Phillips K. Preventing, identifying and treating maternal depression: Tools for employers: Center for prevention and health services. *Issue Brief*, 2005, 1-20.
103. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, Van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues. *Journal of Psychosomatic Research*, 1995, 39:563-595.
104. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 2001, 63:830-834.
105. Arck PC. Stress and pregnancy loss: Role of immune mediators, hormones and neurotransmitters. *American Journal of Reproductive Immunology*, 2001, 46:117-123.
106. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49:726-735.
107. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007, 115:481-486.
108. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: A review. *Infant Behavior & Development*, 2006, 29:445-455.
109. Stewart D. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 2005, 51:1061-1067.
110. Weinstock M. Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring. *Progress in Neurobiology*, 2001, 65:427-451.

111. Maki P, Veijola J, Rasanen P, Joukamaa M, Valonen P, Jokelainen J, Isohanni M. Criminality in the offspring of antenatally depressed mothers: A 33-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Journal of Affective Disorders* , 2003, 74:273-278.
112. Hammen C, Brennan PA. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 2003, 60:253-258.
113. Kim JJ, La Porte LM, Adams MG, Gordon TE, Kuendig JM, Silver RK. Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program. *Archives of Women's Mental Health*, 2009, 12:167-172.
114. Spinelli MG, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *The American Journal of Psychiatry*, 2003, 160:555-562.
115. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2009, 52:498-515.
116. Alkan M. Kişilerarası ilişkiler terapisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 2009, 2:14-20.
117. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8:132-139.
118. Ter Horst PG, Smit JP. Antidepressants during pregnancy and lactation. *Tijdschr Psychiatr*, 2009, 51:307-314.
119. Güdücü F, Çalıyurt O, Vardar E, Tuğlu C, Abay E. Majör depresyonda sertralin ile birlikte uygulanan uyku yoksunluğu ve ışık tedavisinin etkinliğinin sertralin tedavisi ile karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005, 16:245-251.

120. Nayak V, Laxminarayana Bairy K, Devaramane V. Treatment of depression during pregnancy. *Kuwait Medical Journal*, 2010, 42:187-191.
121. Manber R, Schnyer RN, Allen JJ, Rush AJ, Blasey CM. Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *Journal of Affective Disorders* , 2004, 83:89-95.
122. Işık E. Anksiyete Etiyolojisi. *İçinde: Işık E, Taner YI (editörler). Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul, Golden Print, 2006.
123. Esel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2003,13:78-87.
124. Ito C. The role of brain histamine in acute and cronic stress. *Biomedicine & Phamacothreapy*, 2000,54:263-267.
125. Gabbard GO. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Va S (Ed). *Comprehesive Textbook Of Psychiatry*, 7nd ed.Lippincott, Williams And Wilkins, 2000: 1464-1476.
126. Arslan B. Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2010.
127. Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemlerde Durumluk, Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1998.
128. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Women's Healty Issues*, 2002, 12:32-36.
129. Cloitre M, Yonkers KA, Pearlstein T. Women and anxiety disorder: Implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectrums*, 2004, 9:1-16.

130. Hedegaard M, Henriksen TB, Secher NJ, Hatch M, Sabroe S. Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? *American Journal of Epidemiology*, 1996, 7:339-345
131. Lobel M, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw SCM. Prenatal maternal stress and prematurity: A prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychology*, 1992, 11:32-40.
132. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Gaithe TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: A prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1993, 169:858-865.
133. Runi CK, Dunkel-Schetter C, Wadhwa PD, Sandman CA. Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 1999, 18:333-345.
134. Özmen E, Demet MM, Küey L, Kültür S. Depresif bozuklukta belirti sıklığı. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi*, 1992, 3:435-440.
135. Bhagwanani SG, Seagraves JK. Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women. *Journal of the National Medical Association*, 1997, 89:93-98.
136. Akman S. Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 2004, 10:40-55.
137. Şahin NH. *Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım*, 4. Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2010.
138. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: Factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, 47:609-621.

139. Blechman EA, Lowell ES, Garrett J. Prosocial coping and substance use during pregnancy. *Addictive Behaviors*, 1999, 24:99-109.
140. Baor L, Soskolne V. Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: A comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress. *Human Reproduction*, 2010, 25:1490-1496.
141. Huizink AC, de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine*, 2002, 24:132-140.
142. Stresli Hamilelik Asosyal Yapıyor.
<http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/348845.asp?cp1=1>. 10 Nisan 2013.
143. Öner N. *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı*, 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Matbaası, 2009: 520-525.
144. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I. Ölçek uyarlama aşamaları ve dil aşamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2002, 4:9-20.
145. Wood G.L, Haber J. Reliability and validity. In: Polit DF, Beck CT (eds). *Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization*, 1nd ed. St. Louis, Mosby, 2002: 311-330.
146. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 30: 211-16.
147. Dağ İ. Psikolojik test ve ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. *Psikiyatri, psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 2005, 13:17-32.
148. Özgüven İE. *Psikolojik Testler*, 1. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2004: 110-113.
149. Karasar N. *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler*, 25. Baskı. Ankara, Nobel Basım Evi, 2008: 125-133.
150. Ebrinç S. Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalışmalarda kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10:109-16.

151. Özdamar K. *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi*, 5. Baskı. Eskişehir, Kaan Kitabevi, 2004: 450-455.
152. Akgül A. *İstatistiksel Analiz Teknikleri*, 3.Baskı. Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti, 2003: 86-92.
153. Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: Erefe İ (editör). *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*, 1. Baskı. İstanbul, Odak Ofset, 2002: 169-187.
154. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003, 5:3-14.
155. Hair JF, Black B, Babin B, Anderson RE, Tatham R. *Multivariate Data Analysis*, 5nd ed. Upper Saddle River, Prentice Hall, 2006: 29-35.
156. Eser E. Sağlıkta yaşam kalitesi. *Sağlıkta Birikim*, 2006, 1:99-125.
157. Şimsek Ö. *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel ilkeler ve LISREL Uygulamaları*, 1. Baskı. Ankara, Ekinoks Basın Yayın Dağıtım Ltd Sti, 2007: 20-55.
158. Yurdugül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliliği İçin Kapsam Geçerlilik İndekslerinin Kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 28-30 Eylül, Denizli, 2005.
159. Scientific-Software-International. Asymptotic covariancematrix fromfile command. <http://www.ssicentral.com/lisrel/resources.html> 11 Kasım 2012.
160. Wang J, Wang X. *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus: Methods and Applications*, 1nd ed. West Sussex, John Wiley & Sons, 2012: 391-406.
161. Munro BH. *Statistical Methods for Health Care Research*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 406-408.

162. Daire Hooper JC, Michael R. Mullen. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 2008, 6:53-60.
163. Tavşancıl E. *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi*, 2. Baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2002: 110-116.
164. Akdağ M. SPSS’de İstatistiksel Analizler. iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/669/file/SPSS%20testleri.doc. 23 Nisan 2013.
165. Kırtak VN. Faktör analizi. http://www.balikesir.edu.tr/demirci/faktor_analiz.pdf. 23 Nisan 2013.
166. Waltz CF, Strcikland OL, Lenz ER. *Measurement in Nursing and Health Research*, 4th ed. New York, Springer Publishing Company, 2010: 3-11.
167. Schumacker RE, Lomax RG. *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*, 3rd ed. New York, Taylor & Francis Group, 2010: 320-332.
168. Harrington D. *Confirmatory Factor Analysis*, 1nd ed. New York, Oxford University Press, 2009: 22-30.
169. Prost A, Lakshminarayana R, Nair N, Tripathy P, Copas A, Mahapatra R, Rath S, Kumar Gope R, Rath S, Bajpai A, Patel V, Costello A. Predictors of maternal psychological distress in rural India: a cross-sectional community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 2012, 138:277-286.
170. Aasheim V, Waldenstrom U, Hjelmstedt A, Rasmussen S, Pettersson H, Schytt E. Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 2012, 119:1108-1116.
171. Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 2009, 19: 67-74.

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
<p>Adı Soyadı: Ayla ÇAPIK Doğum tarihi: 20.08.1984 Doğum yeri: Tirebolu Medeni hali: Evli, 1 çocuk Uyruğu: T.C. Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM Tel: 0442 231 27 47 Faks: 0449 236 09 84 E-mail: aylakanbur28@hotmail.com</p>
Eğitim
<p>Lise: Görele Sağlık Meslek Lisesi (2002) Lisans: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu (2003-2007) Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2007-2010) Doktora: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2010-2013)</p>
Yabancı Dil Bilgisi
<p>İngilizce: Orta derecede (ÜDS 67.50, Mart 2008)</p>
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
<p>Türk Ebeler Derneği Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği</p>
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Yaş:.....

2) Eğitim Durumu:

- a) İlkokul
- b) Ortaokul
- c) Lise
- d) Üniversite

3) Meslek:

- a) Ev Hanımı
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Diğer (.....)

4) Eşinin Eğitim Durumu:

- a) İlkokul
- b) Ortaokul
- c) Lise
- d) Üniversite

5)Eşinin Mesleği:

- a) İşsiz
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Diğer (.....)

6) Ailenin Aylık Geliri:.....TL.

7) Aile Tipi:

- a) Çekirdek Aile
- b) Geniş Aile

8) Gebelik Sayısı:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 ve üstü

9) Yaşayan Çocuk Sayısı:

- a) Yok
- b) 1
- c) 2
- d) 3 ve üstü

11) Bu Gebeliği İsteme Durumu:

- a) İstiyor
- b) İstemiyor

12) Gebelik Haftası:.....

- a) I. trimestir
- b) II. trimestir
- c) III. trimestir

EK-3**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	0	1	2	3
2. I feel like my partner and I are enjoying the pregnancy together	0	1	2	3
3. I worry about the pregnancy	0	1	2	3
4. The pregnancy has brought my partner and I closer together	0	1	2	3
5. I worry about the delivery	0	1	2	3
6. I worry about the health of my baby	0	1	2	3
7. I worry about my job once the baby is born	0	1	2	3
8. I feel supported by my partner	0	1	2	3
9. I worry about our financial situation after childbirth	0	1	2	3
10. I am afraid I will lose self-control during delivery	0	1	2	3
11. I often think about choices concerning the delivery	0	1	2	3
12. The delivery is troubling me	0	1	2	3
13. I get very tense hearing stories about deliveries	0	1	2	3
14. I am concerned that the physical discomforts of pregnancy might persist after childbirth	0	1	2	3
15. I can really share my feelings with my partner	0	1	2	3
16. I worry about gaining too much weight	0	1	2	3

EK-4**TİLBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ**

Aşağıda gebeliğiniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. **Son 7 gün** boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi **en iyi ifade eden** kutucuğu işaretleyin. Lütfen her bir soru için sadece bir cevap işaretleyin.

Teşekkür ederim.

	İfadeler	Çok sık	Oldukça sık	Ara sıra	Nadiren veya hiç
1.	Gebeliğimden keyif alıyorum.	0	1	2	3
2.	Eşimle birlikte, gebelik sürecinden keyif aldığımı hissediyorum.	0	1	2	3
3.	Gebelikle ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
4.	Gebelik eşimle beni daha da yakınlaştırdı.	0	1	2	3
5.	Doğum eylemi ile ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
6.	Bebeğimin sağlığı konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
7.	Doğumdan sonra işimle ilgili sorunlar yaşayabileceğim konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
8.	Eşim tarafından desteklendiğimi hissediyorum.	0	1	2	3
9.	Doğumdan sonraki dönemle ilgili ekonomik durumumuza yönelik endişelerim var.	0	1	2	3
10.	Doğum esnasında kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.	0	1	2	3
11.	Doğum eylemi ile ilgili seçenekler (normal doğum, sezeryan, ağrısız doğum, evde doğum vb.) üzerinde sıklıkla düşünüyorum.	0	1	2	3
12.	Doğum eylemi beni korkutuyor.	0	1	2	3
13.	Doğum eylemi ile ilgili anlatılan hikayeler beni çok geriyor.	0	1	2	3
14.	Gebeliğin getirdiği fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra da devam edebileceği endişesini yaşıyorum.	0	1	2	3
15.	Duygu ve düşüncelerimi eşimle gerçekten paylaşabiliyorum.	0	1	2	3
16.	Gebelikle çok fazla kilo alacağım diye endişeleniyorum.	0	1	2	3

EK-5. ÇEVİRİ YAPAN UZMANLAR

Egemen Barış DOĞAN	Uludağ Üniversitesi
Selçuk ŐENTÜRK	Kafkas Üniversitesi
Murat DAŐTAN	Kafkas Üniversitesi

EK-6. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR*

Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü
Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Prof. Dr. Ümran SEVİL	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Ayşe OKANLI	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD
Doç. Dr. Emel EGE	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Nülüfer ERBİL	Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü
Yrd. Doç. Dr. Evşen NAZİK	Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Yrd. Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD
Yrd. Doç. Dr. Serap EJDER APAY	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

*Uzmanların isimleri ünvan ve alfabetik sıraya göre sıralanmıştır.

EK-7. ÖLÇEĞİN YAZARININ KESME NOKTASI HAKKINDAKİ GÖRÜŞÜ

RE: TPDS very urgent

V.J.M. Pop (V.J.M.Pop@uvt.nl)

[Kişilere ekle](#)

11.04.2013

Kime: ayla kanbur



dear colleague,

of course you should use yours 90th (28) percentile score which is likely to be different in Turkey. Are you sure you did a correct recoding of the items?

all the best,

victor pop

Van: ayla kanbur [aylakanbur28@hotmail.com]

Verzonden: dinsdag 2 april 2013 21:33

To: V.J.M. Pop

Onderwerp: TPDS very urgent

Dear Pop,

We collected questionnaires of TPDS in Turkey and completed. The scale is reliable and validate in Turkish language 16 items and only one sub-scale (in Confirmatory factor analysis).

If we accept cut-of point of the scale is 17, distress prevalence of our participants is %52. But if we accept cut-off point is percentile of 90 (=28 point), distress prevalence is %10,9. For this reason we don't sure we accept cut of point 17 or 90. Percentile (=28 point). If it is possible please write us your opinion.

I'd love can give answer as soon as possible.

Thank you.

Yours sincerely...

Research Assistant Ayla ÇAPIK, Adress: Ataturk University, Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery

ERZURUM/ TURKEY

E-Mail: aylakanbur28@hotmail.com

EK-8. ÖLÇEĞİN YAZARINDAN ALINAN İZİN FORMU

RE: Permission Tilburg Pregnancy Distress Scale

Bununla ilgili iletileri görmek için, [iletileri konuşmaya göre gruplandırın](#).

V.J.M. Pop (V.J.M.Pop@uvt.nl)

[Kişilere ekle](#)

14.12.2011

Dear mrs Kanbur,

please find enclosed the TPDS and its short manual.
Feel free to use, if you have any further question do not hesitate to contact me.

good luck,

Victor Pop, MD, PhD
Professor of Primary Care
Tilburg University

Van: ayla kanbur [aylakanbur28@hotmail.com]

Verzonden: woensdag 14 december 2011 8:17

Aan: V.J.M. Pop

Onderwerp: RE: Permission Tilburg Pregnancy Distress Scale

Dear Pop,

Thanks for your time and interest.

Yours sincerely...

From: V.J.M.Pop@uvt.nl

To: aylakanbur28@hotmail.com

Subject: RE: Permission Tilburg Pregnancy Distress Scale

Date: Tue, 13 Dec 2011 22:42:24 +0000

Dear mrs Kanbur,

thank you for your messgae, I am working at an english guideline how to use the TPDS. I will sent you this witihn one week.

sincerely yopurs,

vjm pop

Van: ayla kanbur [aylakanbur28@hotmail.com]

Verzonden: vrijdag 9 december 2011 18:04

Aan: V.J.M. Pop

Onderwerp: Permission Tilburg Pregnancy Distress Scale

Dear Pop,

I congratulate you for the Tilburg Pregnancy Distress Scale that developed by you and your friends. I would like to say that, It is really a necessary scale.

I am writing in Turkey and I want to make reliability and validity of this scale in Turkish women. If you give me permission in this issue, I will be very happy. If will you sent original questionnaire and score procedures to me, I will be very happy and, than I will work its reliability and validity for Turkish women. Thanks in advance.

Thanks for your time and interest.

Yours sincerely...

Research Assistant Ayla ÇAPIK

Adress: Ataturk University

Faculty of Health Sciences

Department of Midwifery

ERZURUM/ TURKEY


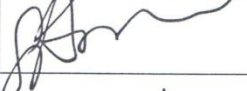
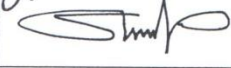
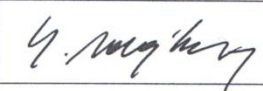
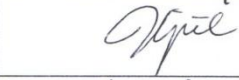

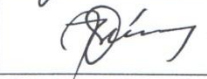
E-Mail: aylakanbur28@hotmail.com

EK-9. ETİK KURUL ONAY FORMU

"2012. 4.1/3 "SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 28.09.2012

4.1/3 - Enstitümüz Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Ayla ÇAPIK'ın "Tilburg Gebelikte Distress Ölçeği'nin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması" tez konusu görüşüldü;

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Doç. Dr. Ayşe OKANLI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Samih DİYARBAKIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof.Dr.Yavuz Selim SAĞLAM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç.Dr. Ahmet YILDIZ	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç. Dr.Abdulkadir YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAYGIN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi ve Raportör	Katılmadı

EK-10. ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİ İÇİN GEREKLİ İZİN YAZISI

T.C.
KARS VALİLİĞİ
Halk Sağlık Müdürlüğü

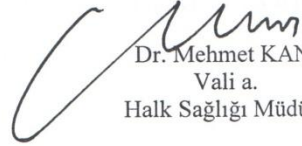
31-10-2012/3798

Sayı : B.10.4.ISM.4.36.00.999-08/
Konu : Tez Çalışması Hk.

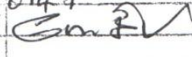

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 19.10.2012 tarih ve 020572 sayılı yazısı ekte gönderilmiş olup, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Ayla ÇAPIK'ın "**Tilburg Gebelikte Distress Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**" konulu tez çalışmasını Kars Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Ortakapı, Yusufpaşa, Bülbül, Şehitler Başbakanlık TOKİ ve Hafızpaşa Aile Sağlığı Merkezinde Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Dr. Mehmet KAN
Vali a.
Halk Sağlığı Müdürü

Ek: (4 Sayfa)

Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı	
KAYIT	Tarih: 06.11.2012
	Sayı: 647
HAVALİ	Serçe: 
	İmza: 

Halk Sağlık Müdürlüğü
Aile Hekimliği ve TSH Şubesi

Yusufpaşa Mah. Ordu Cad. No:54 36100 KARS
Tel.: 0 (474) 2120439 – 2123980
Fax : 0(474) 2231231