

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ A
VERSİYONUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI

Hikmet Öznur KÖRÜKCÜ

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2009

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı**

**WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ A
VERSİYONUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

Hikmet Öznur KÖRÜKCÜ

Yüksek Lisans Tezi

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kamile KUKULU**

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi
Tarafından Desteklenmiştir.
(Proje No: 2007.02.0122.008)

“Kaynakça Gösterilerek Tezinden Yararlanılabilir”

Antalya, 2009

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Antalya Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 16/06/2009

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Kamile KUKULU
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



Üye : Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT
Akdeniz Üniversitesi
Ziraat Fakültesi



Üye : Doç. Dr. Mehmet ŞİMŞEK
Akdeniz Üniversitesi
Tıp Fakültesi



Üye : Doç. Dr. Özen KULAKAÇ
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



Üye : Yrd. Doç. Dr. Hatice BALCI YANGIN
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2009 tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail ÜSTÜNEL
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırmanın amacı gebelerin yaşadığı doğum korkusunun düzeyini belirlemek üzere Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiş olan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonunu Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini belirlemektir.

Araştırmanın örneklem grubu, gebeliğinin 28-40. haftasında olan 660 sağlıklı gebeden oluşmaktadır. Gebelerle 4 Şubat-24 Ekim 2008 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi (220), Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (220) ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi (220) kadın doğum polikliniklerinin bekleme salonlarında görüşülerek ölçek uygulanmıştır.

W-DEQ Ölçeği A versiyonunun güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla iki yöntem kullanılmıştır. Bunlar, iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı ve split half yöntemidir. Hem cronbach alfa (0.89) hem de split half değeri (0.90) ölçeğin güvenilir olduğunu gösteren 0.70 değerinin üzerindedir. Nullipar ve multiparların güvenilirlik katsayıları arasında bir fark yoktur.

Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek üzere bilinen grup yöntemi kullanılmıştır. Doğum korkusuna farklı tepkiler vereceği tahmin edilen nulliparlar ve multiparlar arasında independent sample t-test yapılmıştır. Ayrıca W-DEQ' nün eş zaman geçerliğini belirlemek üzere Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği (DASÖ) ve Endişe Şiddeti Ölçeği (EŞÖ) kullanılmıştır. Hem nulliparlar, hem de multiparlar için Pearson Korelasyon Katsayısına bakılmıştır. Tüm ölçekler ile W-DEQ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunun Türkçe formunun gebelerin yaşadığı doğum korkusu düzeyini ölçmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır. Bundan sonra yapılacak araştırmalar için, W-DEQ' nun farklı sosyo-demografik özelliklere sahip gruplarda uygulanması ve bu gruplardaki geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum korkusu, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği, geçerlik, güvenilirlik

ABSTRACT

The aims of the present study are to translate the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) Version A which was developed by Klaas and Barbro Wijma for determining the fear of childbirth into Turkish and to investigate its validity and reliability for Turkish population.

A total of 660 healthy women with normal pregnancies at gestational ages of between 28 and 40 weeks when attending the routine scan were used in this study. The participants were asked to answer the questionnaires, at Akdeniz University Hospital (n=220), Atatürk State Hospital (n=220), Antalya Research and Education Hospital (n=220) between February 4th- November 27th 2008.

Two methods were used for determining the reliability of the W-DEQ: the internal consistency reliability (Cronbach's α), and split-half reliability. Both the split-half correlation coefficient (0.90) and the alpha coefficient (0.89) are well above the 0.70 criterion for the split-half reliability and internal consistency reliability. There was no difference in the reliability estimates between the nulliparous and parous groups.

Construct validity was also determined utilizing the known-groups method. In this study, independent sample t-tests were used to compare the nulliparous and parous groups differing in known fear status. In order to test the construct of the W-DEQ, BAI, DASS and BMWS scales were chosen as these scales are expected to correlate with the W-DEQ. Analysis of the construct validity of the W-DEQ version A using Pearson's correlation coefficients was performed for both nulliparous and parous women separately. All the scales in both groups showed a statistically significant correlation with the W-DEQ.

Consequently, Turkish form of Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A was fixed as reliable and valid means to measure the level of fear of childbirth among Turkish pregnant. Also it is recommended to apply on different groups that carry out different socio-demographic features and analysis of the validity and reliability of the Turkish version of W-DEQ version A for the oncoming researches.

Key Word: Fear of childbirth, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, validity, reliability

TEŞEKKÜR

Tez alıőmam ve yüksek lisans eğitimim süresince büyük destek aldığım, mesleki geliőimim için bilgi ve emeğini benden esirgemeyen danıőmanım, değerli hocam Doç.Dr. Sayın Kamile KUKULU' ya, bilgi ve sabrı ile tezimin istatistiksel analizlerinde değerli katkıları olan Prof.Dr. Sayın Mehmet Ziya FIRAT' a, geliőtirdiđi leği Türkçe' ye uyarlamam için izin veren, sorduğum tüm soruları sabırla yanıtlayan Prof.Dr. Sayın Klaas Wijma' ya, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm bireylere, birlikte çalıőmaktan her zaman mutlu olduğum Antalya Sağlık Yüksekokulu ğretim elemanları ve çalıőanlarına, bana bilimin ışığında gitmeyi öğreten, yüksek lisans eğitimim ve tez dönemimde sevgi ve yardımları ile yanımda olan ve bana her zaman güvenen annem Zehra KÖRÜKCÜ'ye, babam Nuh zcihan KÖRÜKCÜ' ye ve sevgili kardeőim Yeőim KÖRÜKCÜ' ye teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
GİRİŞ	
1.1. Temel Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
GENEL BİLGİLER	
2.1. Korku	4
2.1.1. Korku ve Anksiyete Arasındaki Farklar	4
2.1.2. Korku ve Anksiyetede Hormonal Reaksiyonlar	5
2.2. Doğum Korkusu	7
2.2.1. Tanımı ve Prevelansı	7
2.2.2. Gebelikte Yaşanan Doğuma Yönelik Korkular	13
2.2.3. Gebelikte Yaşanan Doğum Korkusuna Neden Olan Faktörler	14
2.2.4. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları	16
2.2.4.1. Doğum Korkusunun Doğum Öncesi Döneme İlişkin Olumsuz Sonuçları	16
2.2.4.2. Doğum Korkusunun Doğum Sırasındaki Olumsuz Sonuçları	17
2.2.4.3. Doğum Korkusunun Doğum Sonrası Döneme İlişkin Olumsuz Sonuçları	18
2.2.5. Doğum Korkusunun Tedavisi	19
2.2.6. Doğum Korkusunda Hemşirelik Bakımı	19
2.3. Ölçek Uyarlaması	23
2.3.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlanması	24
2.3.2. Psikometrik özelliklerin incelenmesi	25
2.3.2.1. Geçerlik	25
2.3.2.2. Güvenirlik	31
2.3.2.3. Kültürlerarası Karşılaştırma	38

GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1.	Araştırmanın Şekli	39
3. 2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	39
3. 3.	Araştırmanın Örnekleme	39
3. 4.	Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri	39
3. 5.	Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri	39
3. 6.	Araştırma Etiği	40
3. 7.	Kullanılan Gereçler	40
3. 7. 1.	Kişisel Bilgi Formu	40
3. 7. 2.	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu	40
3. 7. 3.	Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	41
3. 7. 4.	Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ)	42
3. 7. 5.	Endişe Şiddeti Ölçeği (EŞÖ)	42
3. 8.	Araştırmanın Ön Uygulaması	42
3. 9.	Araştırma Verilerinin Toplanması	43
3. 10.	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	43

BULGULAR

4. 1.	Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	45
4. 2.	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Psikometrik Analizleri	49
4.2.1.	Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi / Dil Uyarlaması	50
4.2.2.	Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi (Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları)	50
4.2.2.1.	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik Çalışması Aşamaları	50
4.2.2.2.	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Güvenirlik Çalışması Aşamaları	55

TARTIŞMA

5. 1.	Örneklem Büyüklüğünün ve Özelliklerinin İncelenmesi	58
5. 2.	W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun Geçerliği	59
5. 2. 1.	W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun Kapsam Geçerliği	62
5. 2. 2.	W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun Ölçüte Bağlı Geçerliği	60
5. 2. 3.	W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun Yapı Geçerliği	60
5. 3.	W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun Güvenirliği	61
5. 3. 1.	W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun İç Tutarlılığı	61

SONUÇLAR	63
-----------------	-----------

ÖNERİLER	65
-----------------	-----------

KAYNAKLAR	66
------------------	-----------

ÖZGEÇMİŞ	76
-----------------	-----------

- EK 1.** Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği' nin İzin Yazısı
- EK 2.** Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı
- EK 3.** Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi İzin Yazısı
- EK 4.** Katılımcıları Bilgilendirme Formu
- EK 5.** Sosyodemografik Özellikleri İçeren Anket Formu
- EK 6.** Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu
- EK 7.** The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) Version A
- EK 8.** Beck Anksiyete Envanteri
- EK 9.** Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği
- EK 10.** Endişe Şiddeti Ölçeği
- EK 11.** Çalışma Planı

SİMGELER VE KISALTMALAR

W-DEQ	: Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri
DASÖ	: Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği
EŞÖ	: Endişe Şiddeti Ölçeği
AÜH	: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi
AEH	: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
AADH	: Antalya Atatürk Devlet Hastanesi
NICE	: National Institute for Health and Clinical Excellence
Hpt PVN	: Hipotalamustaki Paraventriküler Nükleus
Hipz	: Hipofiz
CRF	: Corticotropin Releasing Factor
ACTH	: Adrenocorticotrop hormon
POMC	: Proopiomelanocortin

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa No
1.1. Limbik sistemin yapıları	5
1.2. Korku ve anksiyetenin işlevsel nöroanatomi	6
1.3. Amigdala ve hipokampus arasındaki stres yolu	6
2.1. Doğum eyleminde annenin yaşadığı anksiyetenin anne fetüse etkileri	18

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Gebelikte Doğuma Yönelik Yaşanan Korkular	13
Tablo 2.2. Gebelikte Yaşanan Doğum Korkusunun Nedenleri	15
Tablo 2.2. Güvenirlik Sınama Yöntemleri, Kullanılabileceği Durumlar ve İstatistikler	37
Tablo 3.1. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	43
Tablo 4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	45
Tablo 4.2. Daha Önce Gebelik Yaşayan Kadınların Obstetrik Öykülerine Göre Dağılımı	46
Tablo 4.3. Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerinin Hastanelere Göre Dağılımı	47
Tablo 4.4. Gebelerin Obstetrik Öykülerinin Hastanelere Göre Dağılımı	48
Tablo 4.5. Eş Desteği ve Bebeği İsteme Durumları	49
Tablo 4.6. W-DEQ A'nın Kapsam Geçerliliğinde Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi	51
Tablo 4.7. W-DEQ A'nın Ölçüte Bağlı Geçerliliğinin Değerlendirilmesi	52
Tablo 4.8. Nullipar ve Multiparlarda W-DEQ A'nın BAE, EŞÖ ve DASÖ ile Karşılıklı Korelasyonları	53
Tablo 4.9. Nullipar ve Multiparlarda W-DEQ A'nın BAE, EŞÖ ve DASÖ ile İnterkorelasyonları	53
Tablo 4.10. Nullipar ve Multiparlarda, W-DEQ A'nın Madde İstatistiklerinin Dağılımı	55
Tablo 4.11. Nullipar ve Multiparlardaki Cronbach Alfa, Split Half Değerlerinin (Spearmen-Brown Düzeltilmiş Formülü) Dağılımı	56
Tablo 4.12. Nullipar ve Multiparlarda W-DEQ A'nın Madde Toplam Korelasyonunun Dağılımı	56

GİRİŞ

1. 1. Temel Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik, doğurgan çağa gelen her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına karşın, gebenin yakın çevresi de bu olaydan etkilenmektedir. Gebelik süreci kadın ve ailesi için gelişimsel bir kriz dönemidir (1). Gebelik, kadının hayatındaki anksiyete seviyesini yükselten ve stres yaratan bir geçiş dönemi iken doğum, doğal, sonucu önceden tahmin edilemeyen, ağrılı ve hem anne, hem bebek için ciddi morbidite, hatta mortalite riski taşıyan bir süreçtir (2, 3).

Yunancada tokos doğum, phobos korku anlamına gelmektedir, tokofobi doğum korkusu olarak ifade edilmektedir (4). Ancak tokofobi literatürde çelişkili bir şekilde tanımlanmıştır. Kaynaklarda tokofobi gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete çeşidi (5, 6, 7), doğum sırasında ölme korkusu (4, 6), gebelik öncesi dönemde yaşanan doğum ya da gebelik korkusu (8, 9, 10), gebelik ve hatta travay sürecinde yaşanan doğum korkusu olarak tanımlanmıştır (6). Tokofobi doğum eylemi sırasında hissedilecek olan ağrı korkusu olarak da ifade edilmektedir (5, 10). Doğum korkusu Hofberg and Brockington'un (2000) aktardığı gibi ilk kez, Marce tarafından (1859) "Eğer gebe kadın primipar ise öncelikle bilinmeyen ağrı beklentisi kadının kafasını meşgul eder ve onu baskılamaz bir anksiyete içerisine iter, fakat önceden anne olmuşsa geçmiş ve muhtemelen gelecekte de yaşayacağı deneyimlerinden dolayı korkuya kapılır." şeklinde ifade edilmiştir. Doğum ile ilgili korku tokofobi olarak adlandırılmaktadır.

Doğumda korkunun nedenleri biyolojik (ağrı korkusu), psikolojik (kişilik, geçmişteki travmatik olaylar ve gelecekte anne olmayla ilişkili), sosyal (destek sistemlerinin olmaması, ekonomik yetersizlikler) ya da ikincil korkular (daha önceki doğum deneyimine bağlı) olarak belirlenmiştir (11). İsveç' te yapılan bir çalışmada düşük gelir düzeyi ve düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınların daha fazla doğum korkusu yaşadıkları, ayrıca sosyoekonomik durumu düşük olanların yaşadığı olumsuz doğum deneyimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (12). Saistro ve arkadaşları (2001) işsizlik, sosyal destek yetersizliği ve eş ile sorun yaşıyor olmanın doğum korkusuna neden olduğunu saptamıştır. Ayrıca kadının kişiliği de korku yaşama durumunu etkilemektedir. Doğum korkusu anksiyetesi yüksek ve düşük benlik saygısına sahip olan kadınlarda daha fazladır (13). Areskog ve arkadaşları (1984) tarafından yapılan çalışmada doğum korkusunun primiparlarda multiparlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (14). Levin (1991) tarafından, korkunun genç yaş, sağlık için kaygılanma ve evlilik durumu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (15). Bernazani ve ark. (1997) düşük gelir, primiparite ve ileri anne yaşının doğum korkusu ve ambivalan duygularla direk ilişkisi olduğunu gözlemiştir (16). Korku profesyonel bilgi ya da kaygılandırıcı makaleler ve haberler nedeniyle de olabilir

(17). Kronik hastalığı olan kadınlarda doğum korkusu düzeyi yüksek bulunmuştur (18). Sjögren ve ark. (1994) gestasyonel diyabeti olan hastaların yaşadığı doğum korkusunun oranının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (19). Melender (2002) önceki gebeliğine ait olumsuz deneyimleri olanların, ikinci gebeliklerinde doğum korkusu yaşadıklarını, önceki gebeliğinde bebeğini kaybedenlerin anksiyete seviyelerinin ikinci gebeliklerinde daha yüksek olduğunu belirtmektedir (17).

Doğum korkusu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, doğum korkusunun ayrıntılı ve çok boyutlu olduğu görülmüştür. Doğum korkusunun çeşitleri ağrı, obstetrik yaralanmalar, doğum yapabilecek yeterlikte olmama, kontrol kaybı yaşama, doğum eylemi sırasında yeterli destek görememe, doğum sırasında kendi hayatını kaybetme ya da bebeğin hayatını kaybetmesi şeklinde sıralanabilir (20, 21). Kadınların en temel korkusu doğmamış bebeklerinin hayatları ile ilgilidir ya da onların anomalili doğmasına ilişkin endişedir (22). İskandinavya’ da 100 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların %65’inin doğum eylemi sırasında kişisel yetersizliğe bağlı zor doğum eylemi yaşama korkusuna sahip olduğu saptanmıştır (23). Serçekuş ve Okumuş’un (2009) Türkiye’de 19 nullipar gebe ile yapılmış olduğu kalitatif çalışmada ise kadınların yaşadığı doğum korkusu 5 kategoride toplanmıştır. Bunlar; doğum ağrısı, doğum sırasında annede gelişebilecek komplikasyonlar, doğum sırasında bebekte gelişebilecek komplikasyonlar, doğumda uygulanan işlemler, sağlık personeli ve cinselliktir (24).

Gebelerin yaşadığı doğum korkusunun ciddi sonuçları olabilir. Batı ülkelerinde doğum korkusu gebelik komplikasyonları ile birlikte gösterilmektedir. Gebelik komplikasyonları, doğumdaki artmış müdahale, acil ya da elektif sezaryen doğum, postnatal depresyon, posttravmatik stres sendromu ve anne-bebek etkileşiminde bozulmadır. Bu sonuçlar kadının fiziksel ve emosyonel iyilik hali ile aile içi kadınlık rollerini yerine getirme durumu açısından önemlidir (22). Kişi, korku verici bir durumla karşılaştığında dikkati dağılır, tehdide neden olan faktör üzerine odaklanır ve endişesi artar. Bu da kadını olumsuz bir duygu durum içine yöneltir. Aşırı korku sağlıklı düşünmeyi, mantıklı karar vermeyi ve soğukkanlı olmayı engeller. Aksine pek çok araştırma gebelik sırasında yaşanan pozitif beklentilerin pozitif doğum deneyimi ile sonuçlandığını göstermiştir (4, 11, 13). Şiddetli korku, doğum eyleminin uzamasına sebep olabilir. Bu durum annede kan basıncında artış ve toksemi gibi sonuçlara yol açabilir. Annenin yaşadığı korku yenidoğanda, uterin arter basıncının artmasına bağlı prematürite ya da postterm doğuma, düşük Apgar skoruna neden olabilir ve korku nedeniyle eylemin uzaması sonucunda bebekte asfiksi gelişebilir (13, 26). Doğum korkusu emzirmeyi, annelik rolüne adaptasyonu ve anne-bebek etkileşimini güçleştirir (21).

Komplikasyon açısından risk taşıyamayan gebelikler incelendiğinde, kadınların %20’sinin doğumdan aşırı derecede korktuğu ve kadınların %6–10’ unun bu korkudan ciddi bir şekilde etkilendiği saptanmıştır (25, 26). Gebe bir kadına bakım veren hemşirenin, yaşanan doğuma yönelik korkuların günlük yaşam aktivitelerini etkileme düzeyi konusunda dikkatli olması gerekmektedir.

Günümüzde gebelerin çoğunluğu vajinal doğumdan korktukları için sezaryen doğumu tercih etmektedir (27). Hiçbir tıbbi gerekçe olmaksızın, annenin isteği üzerine sezaryen doğum yapılması önemli bir sorundur. Doğum eylemi kadının hayatındaki dönüm noktalarından birisi ve sürprizlerle dolu, sonuçlarını önceden öngöremediği bir deneyimdir. İnsanlar bilmediği şeyden korkarlar, bu nedenle gebeye doğum eyleminin fizyolojisi, doğum sırasında yaşayacakları ve postpartum döneme ilişkin profesyonel bir şekilde bilgi verilerek endişeleri giderilmelidir. Doğum eylemi sırasında yaşayacaklarını bilmek, kadının sezaryen doğuma yönelme olasılığını azaltacaktır. Tokofobi gebelerin sık yaşadığı bir durum olmasına karşın, sağlık personeline göz ardı edilmekte ve gerektiği kadar önem verilmemektedir. Kadınların yaşadığı doğum korkusunun düzeyini belirlemek ve bu korku ile baş etmesine yardımcı olmak, önemli bir hemşirelik sorumluluğudur. Hemşirelik bakımının ilk basamağı tanılamaktır ve tanılama süreci veri toplama ile başlar. Etkin bir şekilde veri toplamak için ülkemizde doğum korkusunun düzeyini belirlemeye yönelik bir ölçeğe ihtiyaç duyulmaktadır. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunun Türkçe'ye uyarlanması ile gebelerin yaşadığı doğum korkusu düzeyini ölçecek etkin bir ölçme aracı hemşirelik bilimine kazandırılacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, gebelerin yaşadığı doğum korkusunun düzeyini belirlemek üzere geliştirilmiş olan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunu Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

2.1. Korku

Korku yaklaşan tehlike nedeniyle ortaya çıkan ve kaçma isteğinin eşlik ettiği temel bir duygudur. Korkunun temel insani deneyimlerden, kaçmanın ise temel biyolojik yanıtlardan biri olmasına karşın, psikanalizin korku hakkında söyleyecek çok az şeyi vardır. Psikanalizin temel ilgi alanı patolojidir. Korku anksiyete tarafından gölgelenmiştir. Tedirginlik yani anksiyete, korkuyu, korku da bir üst aşama olarak panik duygusunu getiren bir zincir oluşturmaktadır (28).

Korku durumunda akla ilk gelen şey, karanlık, kaza, ölüm, sevilen bir kişiyi veya nesneyi kaybetme, depresyon gibi doğal afetler, tecavüz, savaş, teknoloji, gök gürültüsü gibi durumsal ve yaşamsal olaylardır. Bunlara bağlı olarak tüylerin diken diken olması, ürperme, soğuk soğuk terleme, taşikardi, gözlerin gereğinden fazla açılması, ağız kuruluğu, kasların aşırı derecede gerilmesi, bulantı, beyin zonklaması, yutkunma güçlüğü gibi tepkiler ortaya çıkabilir (29). Bu fiziksel belirtilerin yanı sıra, titreme, yerinde duramama, gergin bir yüz ifadesi ve ses tonu, bazen aşırı halsizlik, kıpırdamama, fenalık hissi, gülme veya ağlama artışı, çok konuşma, bireyin kişiliğine bağlı olarak kaçınma veya başkalarına bağımlılık, hayal kurmaya yönelme, güven arama, ısrarla başkalarından onay bekleme, öneri isteme gibi davranışsal belirtiler de olabilir. Korku kuşkuculuğu artırıp, öfkeli saldırgan tutuma neden olabilir (28,30).

2.1.1. Korku ve Anksiyete Arasındaki Farklar

Önce korku ile anksiyetenin bilimsel kullanımda aynı anlama gelmediğine işaret etmek gerekmektedir (30). Anksiyete ‘tetikte olunması’ için gelen uyarıcı bir sinyaldir. Kişiyi yaklaşan tehlikeye karşı uyarır, tehditle baş etmesi ve önlemler alması için hazırlar. Benzer bir uyarıcı sinyal olan korku anksiyeteden ayrılmalıdır. Korku bilinen, dışarıdan gelen, kesin ya da çatışma dışı orijinli tehdide yanıt, anksiyete ise bilinmeyen, içsel, belirsiz veya çatışma orijinli bir tehdide yanıt (31, 32). Anksiyeteli bir kişi “kendimi çok gergin hissediyorum, sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi geliyor” şeklinde ifadeler kullanır. Korku ise fark edilebilen bir obje ya da tehdide karşı verilen fizyolojik ve duygusal yanıt. Tehdit ya da tehlike uzaklaştığı zaman korku azalır (33).

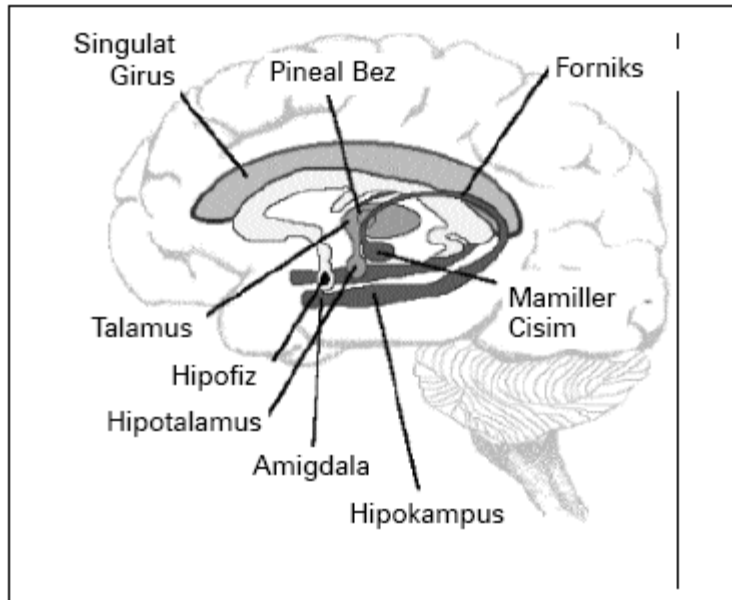
Korku ile anksiyetenin farkı kazara ortaya çıkmıştır. Freud’ un ilk çevirmeni Almanca korku anlamına gelen “angst” sözcüğünü yanlışlıkla anksiyete olarak çevirmiştir. Freud bastırılmış, bilinç dışı nesne ile olan anksiyetenin bilinen, dışsal nesne ile olan korkudan ayrımını genellikle görmezden gelmiştir. Ayrımı yapmak güç olabilir, çünkü korku dış dünyadaki başka bir nesne ile yer değiştirmiş olan bilinç dışı, bastırılmış, içsel nedenlerden kaynaklanabilir. Örneğin bir erkek çocuğun kendisini kovalayan köpeklerden korkması gibi... Bu çocuk gerçekte babasından korkuyor ve bilinç dışında babasını havlayan köpeklere benzetiyor olabilir (31).

Anksiyete ve korku arasında bir ayrım yapmak çoğu zaman zordur, çünkü korku da bilinçdışı, içten gelen bastırılmış bir uyarının dış dünyadaki başka bir nesneye yer değiştirmesi sonucu ortaya çıkabilir. Bu bağlamda korku akut, anksiyete ise kroniktir (34). Anksiyeteyi ortaya çıkaran uyarın korkudaki kadar net değildir. Korku, güvenliği tehdit eden ya da etmesi muhtemel bir tehlike karşısında yaşanan bir tepkidir (35, 36).

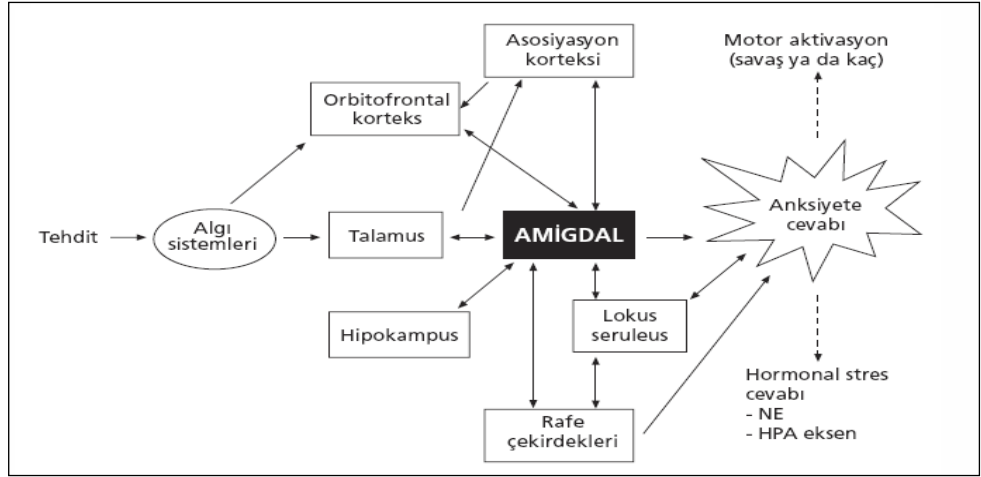
Fizyolojik olarak korkuyla birlikte meydana gelen olaylar, organizmayı enerjik bir etkinliğe hazırlar. Örneğin, soluk alıp verme ve kalp hızının artması, tüm kaslara giden oksijen ve kan şekerinde artmaya neden olur. Hafiften orta dereceye kadar olmak koşuluyla korku duygusu, kişiye enerji sağlayan, uyanık ve hazır durumda tutan bir etkiye sahiptir. Organizmayı var olan mevcut durumla baş etmek üzere, “kaçma ya da savaşıma” yolunda maksimum çabaya hazırlar (30).

2.1.2. Korku ve Anksiyetede Hormonal Reaksiyonlar

Deneysel çalışmalar, noradrenalin, serotonin ve GABA reseptörleri bakımından zengin olan *limbik sistemin* anksiyete ve korku ile ilgili olduğunu göstermektedir. Beyinde anksiyete ve korkuyla ilgili çeşitli alanlar bulunmaktadır (37). Korteksin bazı alanları, bazal ganglionlar, limbik sisteme ait olan amigdala, hipokampus ve talamustur. Limbik yapılar içinde *amigdala* korku duygusu ve anksiyete oluşumunda en önemli rolü olan bölgedir. Amigdala ve amigdala ile nöronal bağlantısı olan lateral hipotalamus, vagusun dorsomedial nükleusu, nükleus ambiguus, parabrakial nükleus, ventral tegmental alan, lokus seruleus (LS), nükleus retikularis ve hipotalamusun paraventriküler çekirdeği normal strese yanıt olarak ve patolojik anksiyete oluşumunda rolü olan başlıca yapılardır (38). Bazı araştırmalar, anksiyetede sadece belirtilen beyin yapıları değil, daha pek çok faktörün etkili olduğunu göstermiştir (39, 40). Aşağıdaki birinci şekil limbik sistemin yapılarını, ikinci şekil ise korku ve anksiyetenin işlevsel nöroanatomisini göstermektedir.

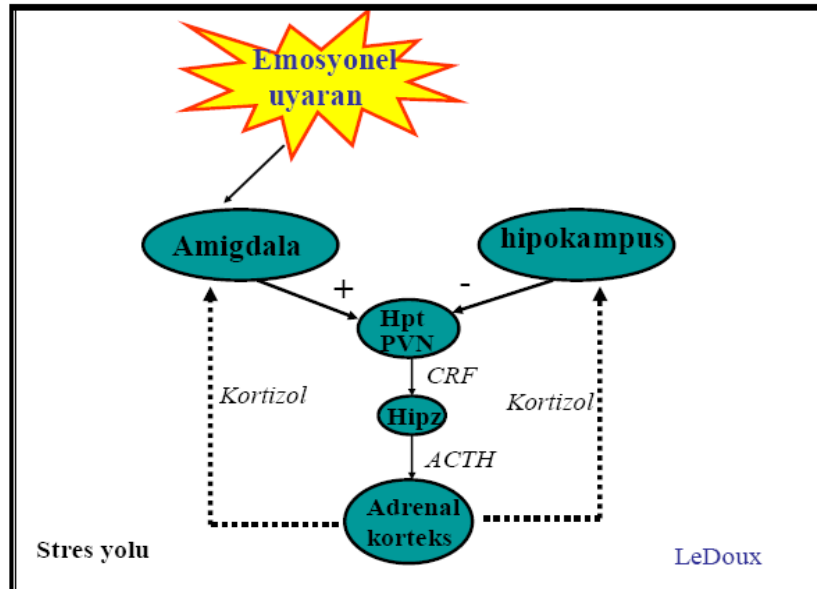


Şekil 1.1. Limbik Sistemin Yapıları (Uzbay Tİ. Anksiyetenin Norobiyolojisi, Klinik Psikiyatri, Ek 1: 5-13, 2002)



Şekil 1.2. Korku ve Anksiyetenin İşlevsel Nöroanatomi (Eşel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Farmakoloji Bülteni 13:78-87, 2003)

Korku ve stres sırasında kanda kortizol miktarı artmaktadır; çünkü amigdala ve diğer beyin bölgeleri, hipotalamik nöronları uyararak, hipofizdeki terminallerden kortikotropin salıcı faktörün (CRF) salınmasına yol açarlar. Bu da hipofizdeki ACTH salınımını uyararak, adrenal bezlerden kortizol salınımını artırır. Kortizol kan yoluyla bütün vücuda yayılır ve beyinde özellikle hipokampustaki reseptörlere bağlanır. Hipokampustaki reseptörler, yeterli miktarda kortizol ile bağlandığında, hipotalamus üzerinde negatif feedback etkisi yaparak, CRF salınımını inhibe eder (41, 42). Bu yolla hipokampus, kortizolu belli seviyede tutarak, amigdalanın tetiklediği stres cevabını regüle eder (42). Amigdala ve hipokampus arasındaki stres yolu Şekil 1.3’ de şematize edilmiştir.



Şekil 1.3. Amigdala ve hipokampus arasındaki stres yolu (LeDoux JE. The synaptic self, how our brain become who we are. New York: Viking Publication, 128, 2002)

Hpt PVN: Hipotalamustaki paraventriküler nükleus, **Hipz:** Hipofiz, **CRF:** Corticotropin Releasing Factor, **ACTH:** Adrenocorticotrop hormone

Normalde ACTH ve kortizol sabah saatlerinde artan, akşam saatlerinde ise azalan bir değişim gösterir (17, 40). Hipofizer, adrenal ve sempatik hormonların salgılanması terleme, üşüme, egzersiz, stresli olaylar ve korku gibi fiziksel stresörlerin sayesinde olur. Stresli durumlar karşısında hipofiz bezi hızlı bir şekilde 10-30 dakikada bir adrenal kortekslerden kortizol salınımını artıran ACTH (Adrenokortikotropin hormon) salgılamaya başlar. ACTH salınımı hipotalamustan salgılanan Corticotropin Releasing Hormone (CRH) tarafından uyarılır (43). Ayrıca strese ek olarak kortizol konsantrasyonu ve uyku-uyanıklık döngüsü de CRH ve ACTH' nin salgılanmasıyla kontrol edilir.

Strese yanıt olarak ayrıca CRH' ın uyarmasından sonra ACTH salgılanmasıyla uygun olarak santral sinir sisteminden beta-endorfin salgılanır. Beta endorfin ve ACTH hipofiz hormonlarından proopiomelanocortin (POMC) üretilmesinin benzer habercileridir. Gebelik boyunca POMC ayrıca plasentadan da sentezlenir, fakat gebelik boyunca salgılanan bu hormonun oranı ve önemi bilinmemektedir. Ayrıca doğumun aktif fazı boyunca beta-endorfin seviyesi en yüksek düzeydedir. Beta-endorfin ACTH' yı ve kortizol seviyesini baskılar. ACTH' nin biyolojik yarılanma ömrü 10 dakikadan 20 dakikaya, kortizol 80 dakikadan 120 dakikaya ve beta-endorfin ise 20 dakikadan 25 dakikaya kadar değişir. Gebelikte CRH, ACTH, kortizol ve beta-endorfin seviyelerinde bir artış olur. Plasental CRH doğumun başlamasında rol alır. Ayrıca streste hipofiz ve adrenal cevapları baskılar (44).

Stres karşısında katekolaminin önemli yanıtı “savaş ya da kaç” olarak genelleştirilebilir ve bu yanıt fiziksel sonuçlarla kendini gösterir (örneğin kan basıncı ve kalp atımlarının artması gibi). Kortizol salınımını arttıran faktörler katekolamin salınımını da artırır. Akut stres boyunca, sempatik sinir uçlarından, adrenal medulladan salgılanan adrenalinin karşıtı olarak noradrenalin salgılanır. Noradrenalin kısa sürede (biyolojik yarılanma ömrü 2-2.5 dakikadır) kan dolaşımına katılarak ortadan kaybolur. Noradrenalinin gebelerdeki bazal seviyesi gebe olmayan kadınlardan daha düşüktür (40, 44).

2. 2. Doğum Korkusu

2.2.1. Tanımı ve Prevelansı

A) Doğum Korkusunun Tanımı

Doğum ile ilgili korku tokofobi olarak adlandırılmaktadır: Yunanca' da tokos doğum, phobos korku anlamına gelmektedir, bu nedenle tokofobi doğum korkusu olarak ifade edilmektedir (4,8). Doğum korkusu Hofberg and Brockington'un (2000) aktardığı gibi ilk kez, Marce tarafından (1859) “Eğer gebe kadın primipar ise öncelikle bilinmeyen ağrı beklentisi kadının kafasını meşgul eder ve onu baskılamaz bir anksiyete içerisine iter, önceden anne olmuşsa geçmiş ve muhtemelen gelecekte de yaşayacağı deneyimlerinden dolayı korkuya kapılır.” şeklinde ifade edilmiştir (4). Daha sonra tokofobi literatürde çelişkili bir şekilde tanımlanmıştır. Tokofobi gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete çeşidi (5, 6, 7), doğum

sırasında ölme korkusu (3, 4), gebelik öncesi dönemde yaşanan doğum ya da gebelik korkusu (7, 8, 9), gebelik ve hatta travay sürecinde yaşanan doğum korkusu olarak yer almıştır (6). Tokofobi doğum sırasındaki ağrı korkusu olarak da ifade edilmektedir (5, 10). Doğum korkusunun prevalansı yüksek olmasına karşın (fertil kadınlarda %13-%29 arasında) bu alandaki araştırmalar sınırlıdır ve pek çok farklı kavramla ilişkilendirilmiştir (5, 6).

Tokofobiyi ifade etmek için parturifobi kelimesi de kullanılmaktadır (45). Hofberg ve Brockington (2000) doğuma ilişkin düşüncelerini açıklamaktan kaçınan kadınların tokofobi nedeniyle acı çektiğini saptamıştır. Bu çalışmada örneklem grubu (n= 26) küçük olmasına karşın, tıbbi olarak tokofobiyi sınıflandırdığı için önemlidir. Tokofobi primer, sekonder ve depresif hastalığa sekonder olarak üç grupta toplanmıştır (4).

(I) Primer tokofobi

Doğum korkusu gebe kalındığı andan önceki bir tarihte başlamışsa primer tokofobi adı verilir. Primer tokofobi adölesan veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkabilir ve kadın doğum eylemini önlemek için gebelikten kaçınabilir (46). Bu kadınlar doğumdan son derece korktuğu için gebeliği sürdürmek yerine, bebeği istediği halde gebeliği sonlandırabilir ya da gebe kalmadan önce bile doktorundan elektif sezaryen talep edebilir. Bunun yanı sıra primer tokofobisi olan kadınlar doğum korkusunun üstesinden hiçbir zaman gelememekte, çocuksuz olarak kalmayı ya da evlat edinmeyi tercih etmektedir. Çok istedikleri bebeklerini asla doğuramadan menopoza girmekte ve ileri yaşlara kadar bu kaybın acısını çekmektedirler. Primer tokofobili kadınların birçoğu algıladıkları yetersizlik nedeniyle utanç duymaktadır. Primer tokofobinin etiyojisi, çok faktörlü ve karmaşık bir yapı göstermekle birlikte, temel olarak üç teori ile açıklanabilir (6, 46, 47).

1. Kültür: Doğum korkusu nesiller arasında geçiş gösteren, kuşaklara aktarılan bir özellik gösterebilir. Kadınların olumsuz deneyim yaşamış olan anneleri ve yakınlarında bulunan, diğer kadınlarla etkileşimi sonucunda ortaya çıkabilen ve kalıtsal özellik benzeri bir örüntü ortaya koyan cinsellik, doğum ve doğum sonrasına ait korkular bu grupta yre alır. Kadınların üremeye adaptasyonlarının anneleri ile benzer olduğu ileri sürülmektedir (6, 47, 54).

2. Anksiyete teorisi: Primer tokofobi özellikle incitici cinsellik yaşantısı olan kadınlarda gelişen bir tür korunma yanıtı olarak değerlendirilir. Korkutucu deneyimler, diğer insanların korkuya verdikleri yanıtlara tanık olmak ya da başkaları tarafından verilen tavsiyeler yoluyla öğrenilebilir. Doğum korkusuna ilişkin kuramsal yapının oluşması, Lazarus'un (1982) teorisine paralel özelliktedir (48, 49). Lazarus (1982), "Bilişsel değerlendirme süreci boyunca kişi kendi iyilik halinde neler olduğunun önemini değerlendirir" demiştir. Bu yönelim, kişinin stresli bir durum karşısında, duygunun subjektif deneyimlenmesine olanak tanıyan ve duygularla psikolojik olarak yüzleşmesini tetikleyen bir yaklaşımdır. Ayrıca, doğum eylemi ile başetme sürecinde, insanların çevreden gelen stresörlere verdikleri tepkinin, anksiyete gelişimi ve sürdürülmesinde ana etmenler olduğunu ifade etmektedir (48).

3. Travma ve cinsel istismar: Özellikle 16 yaş öncesi cinsel istismara uğramış kadınların % 12'sinde doğum korkusu geliştiği belirtilmektedir (47, 50, 54). Çocukluk çağında yaşanmış cinsel taciz öyküsü olanlarda, rutin takipler (pap smear) veya obstetrik bakım da dahil olmak üzere jinekolojik muayeneden hoşnutsuzluk (tikinti, engelleme, kaçış) görülebilir. Vajinal doğum travması ve hatta vajinal doğum düşüncesi bile stres yaratan anıların yeniden canlanmasına neden olabilir. Bu durum, kadının bebek sahibi olmayı istemesine rağmen, doğum korkusu yaşamasına ve doğumdan kaçınmasına yol açabilir (6).

(II) Sekonder tokofobi

Doğum korkusu bazı kadınlarda önceki gebeliklerinde yaşadıkları travmatik obstetrik bir olaydan sonra gelişebilir. Bu travmatik obstetrik olayın en tipik şekli "travmatik doğum eylemidir". Ancak obstetrik açıdan normal doğum, düşük yapma, ölü doğum ya da gebeliğin sonlandırılmasını takip eden dönemde kadın için travmatik olabilir. Kendilerini öyle yoğun bir travma içerisinde hissederler ki bir bebek sahibi olmayı çok istemelerine karşın sonraki gebelikten kaçınırlar. Travmatik bir doğum eylemi geçiren kadınlar, doğumdan sonra uykularını kaçırarak ve kabuslar görmelerine neden olacak kadar şiddetli stres yaşayabilirler. Bu nedenle posttravmatik stres sendromu ile (PTSS) her geçen gün biraz daha önemli bir doğum komplikasyonu olarak kabul edilmektedir. PTSS nedeniyle kadın bir sonraki gebelikten patolojik düzeyde korkabilir, gelecekte gebelik ve doğum deneyimlerinden kaçınabilir. Kadının travmatik doğum sonrası uykularını kaçırarak kadar korku verici kabuslar yaşadığı belirtilmektedir (6, 50).

(III) Depresyon semptomu olarak tokofobi

Prenatal dönemde yaşanan depresyon, daha nadir bir şekilde kendisini tokofobiyle birlikte gösterebilir. Gebelikte yaşanan ve doğum korkusu ile gölgelenmiş olan depresyon tedavi edilmezse, postnatal dönemde artan oranda görülmeye devam edecektir. Postnatal depresyon bir kaygı odağı haline gelmiştir. Anne, çocuk ve aile için neticeleri çocuğun ihmal edilmesini, ailenin parçalanmasını, bireyin kendine zarar vermesini ve hatta intiharı içerebilir (6, 50).

B) Doğum Korkusunun Prevelansı

Doğum korkusunun ifade edilen prevelansı genellikle %20'den azdır ve son 10 yılda yapılan karşılaştırmalarda değişmemiştir (14,49). Gebelerin %20'den %78'e kadar değişen bir oranda gebelik ve doğuma ilişkin korku yaşadığı ve gebe olmayanların ise %13'ünün doğumdan korktukları için gebelikten kaçındıkları ya da gebeliği erteledikleri belirtilmiştir (3). Komplikasyon riski taşımayan gebelikler incelendiğinde, gebelerin %20'sinin doğumdan aşırı derecede korktuğu belirlenmiştir (51,52). Doğum korkusu nulliparlarda multiparlara oranla daha yoğun yaşanmaktadır. Ayrıca önceki gebeliğinde travmatik bir doğum yaşayan multiparlar doğum korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (53). İsveç'te tüm gebelerin yaklaşık %20'si doğum korkusu nedeniyle oldukça fazla acı çekmekte. %5'i doğum korkusu nedeniyle günlük yaşamda ruhsal dengesizlik yaşamakta ve yaklaşık %2'si travmatik doğum deneyimi nedeniyle ciddi psikolojik sorunlar yaşamaktadır (49). Doğum

korkusu ile ilgili Türkiye’de yapılan ve yurtdışında W-DEQ kullanılarak yapılan ilgili çalışmalar aşağıdaki gibidir.

a) Doğum korkusu ile ilgili Türkiye’de yapılmış olan çalışmalar

Doğum korkusu sık rastlanan bir problem olmasına ve yurtdışında bu konuda yapılmış birçok araştırma bulunmasına karşın, ülkemizde konuyla ilgili yapılmış çok az çalışmaya rastlanmıştır. Türkiye’de doğum korkusunu belirlemek üzere yapılmış iki kalitatif, bir ölçek geliştirme çalışmasına ulaşılmıştır.

Yanikkerem ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada, gebeliğinin 26. haftasında olup ilk gebeliğini yaşayan bir kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ait olumlu ve olumsuz duyguları ile korkuları irdelenmiştir. Bu olguda Bayan F.T, gebelik süresince her şeye kırılıp alındığını, vücudundaki değişiklikler nedeniyle eşinin kendisini beğenmemesinden kaygılandığını, doğum yaparken ölmekten ve bebeğinin sağlıksız olmasından korktuğunu ifade etmiştir (50).

Kitapçioğlu ve arkadaşları (2008) tarafından, “Doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin endişeler ölçeği” geliştirilmiştir. Bu ölçeğin geliştirilmesindeki amaç, sağlık personelinin gebelik, doğum ve loğusalık sürecinde gebelerin duygusal değişimleri ve korkularının farkına varması ile bu alanda eksik olan danışmanlık hizmetinin içeriğini belirlemede yol gösterici olmasıdır. “Doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin endişeler” soru formu toplam 62 sorudan oluşmaktadır. Faktör analizi için ana bileşenler analizi uygulanmıştır. Analiz sonunda 62 madde üzerinden 15 Faktör elde edilmiştir. 15 Faktör toplam varyansın %71,86’ sını açıklamaktadır. Tüm faktörlerden elde edilen puanlar standardize edildikten sonra ölçeği oluşturan faktörlerin birlikte geçerliğine bakılmıştır. Ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin endişeler soru formunun Cronbach Alfa değeri 0.95, ölçek özellikle iç tutarlık açısından güvenilir bulunmuştur (54).

Serçekuş ve Okumuş’ un (2009) çalışmasında, gebeliğinin son trimesterinde olan 19 nullipar kadın ile görüşülmüştür. Yapılan görüşmeler sonunda gebelerin doğum ağrısı, doğum sırasında annede gelişebilecek komplikasyonlar, doğum sırasında bebekte gelişebilecek komplikasyonlar, doğumda uygulanan işlemler, sağlık personeli ve cinsellik nedeniyle korku yaşadıkları belirlenmiştir. Doğuma yönelik korkuların nedenleri ise önceki deneyimler, bilgi, inanç, hastalık, belirsizlik, düşük ağrı eşiği, doğumhane ortamı ve sağlık personeli olarak belirlenmiştir (24).

b) W-DEQ kullanılarak doğum korkusu ile ilgili yurtdışında yapılmış olan çalışmalar

Şimdiye kadar doğum korkusunu ölçecek yeterlikte bir psikolojik ölçüm aracının bulunmaması nedeniyle doğum korkusunu araştırmak güç olmuştur. Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) geliştirilmiştir. W-DEQ, kadınlara doğumdan önceki beklentileri (versiyon A) ile doğumdan sonraki deneyimlerini (versiyon B) sorgulayan sorular yönelterek, doğum eylemi sırasında ve sonrasında doğuma ilişkin yaşanan korkunun yapısını ölçmektedir. Bu ölçek Klaas ve Barbro Wijma’nın kadınların doğum korkusu ile

ilgili yaşadığı klinik deneyimlerinden yararlanılarak geliştirilmiştir. W-DEQ' un 0.87'nin üzerindeki iç tutarlık ve split-half güvenilirliğinin olması, aracın ölçüm için uygun bir ölçek olduğunu göstermektedir. W-DEQ sayıcı yüksek popülasyondaki kadınların doğum korkusunu belirlemeyi mümkün kılmaktadır (53).

Zar ve arkadaşları (2002) İsveç'te yapmış oldukları çalışmada, gebeliğinin 32. haftasında olan kadınlarla tanılayıcı görüşmeler yaparak ağır doğum korkusu ile anksiyete arasındaki ilişkiyi belirlemiştir. Bu ilişki belirlenirken hem odak grup görüşmeleri, hem de W-DEQ kullanılmıştır. Ağır doğum korkusu yaşadığını ifade eden kadınların (anksiyete hastalığı olan ya da olmayan) W-DEQ skorları yüksek bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan 506 kadından 322'si anksiyete belirtileri göstermiş olmalarına karşın şiddetli doğum korkusu yaşamamış, 3'ü anksiyete belirtileri olmaksızın şiddetli doğum korkusu yaşamış, 53'ü anksiyete belirtileri göstermiş ve şiddetli doğum korkusu yaşamış, 128' i ise doğum korkusu yaşamamış ve anksiyete belirtisi göstermemiştir. Gebeliğin 32. haftasında yaşanan anksiyete semptomlarının, klinik doğum korkusunun ve travmatik stres semptomlarının prevalansının, doğum şekli ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (49).

Wijma ve arkadaşlarının (2002) İsveç'te, acil sezaryen olan kadınlarda W-DEQ A ve B versiyonları kullanılarak yapmış oldukları çalışmada belirlenen doğum korkusu düzeyleri, sezaryen öncesi 32. haftada %66.5 (W-DEQ A), sezaryen sonrası postpartum ilk 2 günde %54.5 (W-DEQ B), postpartum bir ay sonra ise %53.5 (W-DEQ B) olarak bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların prepartum dönemdeki doğum korkusu, genel anksiyete ve stres ile başetme kapasitesindeki yetersizlik ile acil sezaryen yaşama durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (55).

Johnson ve Slade' in (2002) İngiltere'de 424 gebe ile yaptığı çalışmada, W-DEQ'nün iç güvenilirlik katsayısı, Zar ve arkadaşlarının (1998) İsveç' te yapmış olduğu çalışmaya göre yüksek bulunmuştur (Cronbach Alfa = 0.91). Acil sezaryen doğumların geçmişte acil sezaryen yaşama öyküsü, parite, yaş ve tıbbi riskler ile ilişkisi var iken, doğum korkusu ya da anksiyetesi ile ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir. Spontan vajinal doğum yapanlar ile acil sezaryen olan kadınların yaşadığı doğum korkusu oranlarında hiçbir fark olmadığı görülmüştür. W-DEQ'nün faktör analizi yapılmış ve dört farklı faktör yapısı tanımlanmıştır. Bunlar; korku, pozitif beklentilerin yokluğu, kadının yalnızlık beklenti durumu ve doğumda tehlike yaşamadır. Primiparların yaşadığı doğum korkusu düzeyi %64.6 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada gebeliğinin son trimestirinde olan kadınların yaşadığı doğum korkusu ile doğum şekilleri arasında bir ilişkili olmadığı belirlenmiştir (56).

Heimstad ve arkadaşlarının (2006) yaptığı 1452 kişiyi kapsayan çalışmada çoğunluğun ileri yaşta, birden fazla evlilik yapmış, ya da partneri ile evlenmeden birlikte yaşadığı saptanmıştır. W-DEQ'nun iç güvenilirliği, Zar ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan çalışma ile uyumlu olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Cronbach Alfa=0.94). W-DEQ'nun ortalama skoru primiparlarda 66, multiparlarda ise 60 olarak bulunmuştur. W-DEQ skoru >100 olan gebelerde klinik düzeyde doğum korkusu olduğu düşünülmüştür. Evli/evlenmeden birlikte yaşayan gebeler ile yalnız

yaşayan gebelerin W-DEQ skorları arasında önemli bir fark olmadığı görülmüştür. Ancak panik ya da anksiyete reaksiyonu olan gece uykusuzluk yaşayan ya da kabuslu rüya görenlerde W-DEQ skoru, mutlu olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. İlk doğumda vakum ya da epizyotomi uygulanan multiparların W-DEQ puanlarının ortalaması ise normal spontan vajinal doğum yapanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziksel taciz yaşamış kadınlarda doğum korkusu oranı %9.9 iken, cinsel taciz yaşayanlarda %8.2'dir. Çocukluğunda fiziksel taciz yaşamış olanların W-DEQ puanlarının (W-DEQ = 70), yaşamamış olanlara (W-DEQ = 61) göre biraz daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çocukluğunda cinsel taciz yaşamış olanların W-DEQ puanlarının (W-DEQ = 69), yaşamamış olanlara (W-DEQ = 61) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yetişkinlik döneminde yaşanan fiziksel ya da cinsel taciz öyküsünün W-DEQ puanını etkilemediği görülmüştür (57).

Alehagen ve arkadaşları (2006) 47 nullipar gebenin doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasında korku düzeylerini belirlemiştir. Gebelik sırasında yaşanan doğum korkusu ile eylem sırasında hissedilen doğum korkusu arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r = 0,45$). Doğum öncesi ve doğum sonrası korku korelasyonu pozitif yönde bulunmuştur ($r = 0,59$). Geç gebelik dönemi, doğum eylemi ve doğum sonrası dönemde yaşanan doğum korkuları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (51).

Ryding ve arkadaşları (2003) İsveç'te 53'ü çalışma, 53'ü kontrol grubu olmak üzere postpartum dönemdeki 106 kadın ile yaptığı çalışmada, 53 kişiye doğum korkusu ile başetmeleri konusunda danışmanlık verilmiştir. Doğum öncesi dönemde korku ile baş etme konusunda eğitim alanların yaşadığı travmatik doğum oranlarının ve posttravmatik stres sendromu belirtilerinin, eğitim almayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar tarafından, bu çelişkili sonucun nedenleri; araştırma kapsamına alınanlar ile kontrol grubunun obstetrik öykülerinin homojen olmaması, araştırmaya katılanların bakım alma konusunda isteksiz olmaları ve verilen eğitimden etkin bir şekilde yararlanamamaları olarak açıklanmıştır (58).

Wilkund ve arkadaşlarının (2008) W-DEQ A ve B versiyonu kullanılarak yapmış olduğu çalışmada, gebeliğin 37-39. haftasında ve postpartum 3. ayda 496 nullipar ile görüşülerek doğum korkusu düzeyleri değerlendirilmiştir. Yapılan faktör analizinde dört alt boyut ortaya çıkmıştır. Bunlar; doğum korkusu, anne olmak konusunda olumlu beklentilerin olmaması, doğum sırasında kontrolü kaybetme ya da kötü davranma korkusu ve bebeğin yaralanmasına ilişkin düşüncelerdir. Madde analizi sonucunda isteğe bağlı sezaryen doğumu tercih eden kadınların, doğum korkusunu daha fazla yaşadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 34,45$, $df=2$; $p<0,001$). Ayrıca bu grup doğumdan önce kendilerini daha az mutlu hissetmiş ($\chi^2 = 6,18$, $df=2$; $p=0,046$) ve çocuğun doğum sırasında ölebileceğinden daha fazla korkmuşlardır ($\chi^2 = 12,19$, $df=2$; $p=0,002$). Vajinal doğum yapmayı planlarken acil sezaryen doğum yapan kadınların daha fazla negatif doğum deneyimi yaşadığı belirlenmiştir ($p<0,001$) (21).

Fenwick ve arkadaşlarının (2009) W-DEQ A ve B versiyonu kullanılarak Avustralyalı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, gebelerin %26'sının hafif düzeyde,

%48'inin orta düzeyde ve %26'sının ise ağır düzeyde korku yaşadığı belirlenmiştir (n = 238, p=0.001). Antenatal bakım grubunda bu hissedilen korkunun doğumdan sonra azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca doğum sırasında cerrahi uygulamalara başvurulması ve bebekte komplikasyondan şüphelenilmesi postpartum korku seviyelerini artırmaktadır. Kadınların yaşadıkları doğum korkusu ile acil sezaryen doğum arasında anlamlı bir ilişkili olduğu belirlenmiştir (n = 324, p =0.025) (59).

Rouhe ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışmada, nulliparların yaşadığı korkunun multiparlardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Gestasyonel yaşın doğum korkusunun üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı, vajinal doğum yapmak isteyen kadınların korku düzeyinin daha az olduğu belirlenmiştir (60).

2.2.2. Gebelikte Doğuma Yönelik Yaşanan Korkular

Doğum eylemi yaklaştıkça gebe kadında doğum korkusu kendini göstermeye başlar (61,62). Doğum sırasındaki ağrı, kişisel kontrol, doğum süreci ile ilgili beklentiler, travay süreci, sosyal destek, cerrahi müdahaleler ve kadının yaşadığı doğum korkusu odaklarını tanımlamaktadır (10,12,63,67). Primiparların yaşadığı doğum korkusu, multiparlara oranla daha fazladır (26,65,70,71). Az gelişmiş toplumlarda doğuma yönelik yaşanan öncelikli korku, bebeğin sağlığına ilişkindir (66,68). Gebelik öncesi bilgi verilmesi ağrı korkusunu azaltabilir (64, 69).

Tablo 2.1. Gebelikte Doğuma Yönelik Yaşanan Korkular

Doğuma Yönelik Korkular	Kaynaklar
Doğumun biyolojik süreci	Fisher ve ark 2006, Nerum 2006
Doğum eylemi sırasındaki tıbbi girişimler	Fisher ve ark 2006, Serçekuş ve Okumuş 2009
Doğmamış çocuklarının sağlığı, konjenital anomalili olması ya da doğum sırasında bebeğin fiziksel zarar görmesi	Areskog ve ark 1984, DiRenzo ve ark 1984, Ryding 1993, Szevereniyi ve ark 1998, Melender ve Lauri 1999, Fisher ve ark 2006, Serçekuş ve Okumuş 2009
Gebelik ve doğumun komplikasyonları	Gissbuehler ve Ederhard 2002, Melender 2002
Doğum eylemi sırasında kontraksiyonların verdiği ağrı	Ryding 1993, Neuhaus ve ark, 1994, Sjögren 1997, Szevereniyi ve ark 1998, Fisher ve ark 2002, Gissbuehler ve Ederhard 2002, Serçekuş ve Okumuş 2009
Doğum sırasında yaralanma	Melender ve Lauri 1999, Alehagen ve ark 2001
Yaklaşmakta olan doğum eyleminde kendi hayatını ya da bebeğinin hayatını kaybetmesi	Sjögren 1997, Szevereniyi ve ark 1998, Goodman ve ark 2004
Yeterli bakımı almama	Fowles 1996

Tablo 2.1'in Devamı. Gebelikte Doğuma Yönelik Yaşanan Korkular

Doğuma Yönelik Korkular	Kaynaklar
Doğum sırasında uterin rüptür yaşama	DiRenzo ve ark 1984, Ryding 1993, Nerum 2006
Doğum sırasında kontrol edilemeyen bağıрма	DiRenzo ve ark 1984, Ryding 1993
Doğum sırasında kişisel yetersizlik yaşama	DiRenzo ve ark 1984, Sjögren 1997
Doğum sırasında panik olma	Ryding 1993
Operatif doğuma gereksinim duyulması	Ryding 1993
Müdahaleli doğuma gereksinim duyulması	Neuhaus ve ark 1994, Nerum 2006
Doğum eylemi sırasında desteksiz ve yalnız kalma	Szevereniyi ve ark 1998, Neuhaus ve ark 1994
Doğumun nasıl olacağını bilmemeye bağlı gerginlik yaşama	Szevereniyi ve ark 1998, Melender 2002
Pelvik taban yaralanmaları	Szevereniyi ve ark 1998
Doğum sırasında sağlık personelinin yardım alamama	Sjögren 1997, Szevereniyi ve ark 1998
Doğumdan sonraki dönemde cinsellikte bozulma	Serçekuş ve Okumuş 2009
Gelecekte iyi bir aile olamama	Fowles 1996, Melender 2002
Annelik sorumluluğunu yerine getirmede başarısız olma	Melender ve Lauri 1999, Alehagen ve ark 2001
Bebeği yetersiz besleme	Fowles 1996

2.2.3. Gebelikte Yaşanan Doğum Korkusunun Nedenleri

Vajinal doğum korkusunun nedenleri bilinse bile bu korkuyla ilişkili faktörlerin neler olduğu yeterince bilinmemektedir (13). Doğumda korkunun nedenleri biyolojik (ağrı korkusu), psikolojik (kişilik, geçmişteki travmatik olaylar ve gelecekte anne olmayla ilişkili), sosyal (destek sistemlerinin yetersiz olması, ekonomik yetersizlikler) ya da ikincil korkular (daha önceki doğum deneyimine bağlı) olarak belirlenmiştir (11). Saisto ve arkadaşlarının (2001) İsveç' te yaptığı çalışmada düşük gelir ve düşük eğitim düzeyine sahip olan kadınların yaşadığı doğum korkusu düzeyinin daha fazla, elektif sezaryen doğum tercih etme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İşsizlik, sosyal destek yetersizliği ve eş ile sorun yaşıyor olmanın doğum korkusuna neden olduğunu belirtilmiştir (13). Sosyoekonomik durumu düşük olan kadınların doğum deneyimlerinin daha olumsuz olduğu görülmüştür (12). Ayrıca, kadının kişilik özelliklerinin (örneğin anksiyöz, düşük benlik saygısı ve düşük benlik saygısına sahip kadınlar), yaşadığı doğum korkusunun düzeyine etkisi olduğu saptanmıştır (67). Turner ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada, epilepsisi olan gebelerin yaşadığı doğum korkusu oranının sağlıklı gebelerden oldukça yüksek olduğu görülmüştür (72).

Doğum korkunun kaynağı, profesyonel bilgi ya da kaygılandırıcı makaleler ve haberler de olabilir (17). Doğum korkusunun primiparite (14, 16), genç yaş, sağlık için kaygılanma, evlilik durumu (15), düşük gelir, ileri anne yaşı (16), kronik hastalılar (18, 19), önceki gebeliğe ait olumsuz deneyimler, önceki gebelikte bebeği

kaybetme (17) ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Gebelikte yaşanan doğum korkusuna neden olan faktörler Tablo 2.2’de özetlenmiştir.

Tablo 2.2. Gebelikte Yaşanan Doğum Korkusunun Nedenleri

Nedenler	Kaynaklar
Erken ya da ileri anne yaşı	Melender 2002, Levin 1991, Bernazzani ve ark. 1997, Wilkund ve ark. 2008, Rouhe ve ark. 2009
Primiparite	Melender 2002, Areskog 1981, Bernazzani ve ark. 1997, Wilkund ve ark. 2008, Fenwick ve ark. 2009, Rouhe ve ark. 2009
Düşük eğitim seviyesi ve düşük sosyoekonomik durum	Engle ve ark. 1990, Hildingsson ve ark. 2002, Saistro ve ark. 2001, Nerum 2006, Hildingsson ve ark. 2002, Bernazzani ve ark. 1997
Sosyal destek sistemlerinde yetersizlik	Cohen 1997, Saistro ve ark. 2001, Nerum 2006
Cinsel sorunlar ve cinsel istismar	Areskog ve ark. 1984, Saistro ve ark. 2001
Eş ile yaşanan sorunlar	Levin 1991, Saistro ve ark. 2001
Hissedilen genel ağrı korkusu	Areskog ve ark. 1984, Nerum 2006, Rouhe ve ark. 2009
Gebelik öncesinde yaşanan psikolojik sorunlar	Areskog ve ark. 1984, Fenwick ve ark. 2009
Kadının kişilik özellikleri	Engle ve ark. 1990, Saistro ve ark. 2001, Fenwick ve ark. 2009
İnançlar (Kötü şansa sahip olduğu gibi)	Melender 2002, Serçekuş ve Okumuş 2009
Aşırı miktarda günlük stres	Hofmeyr ve ark. 1990, Rouhe ve ark. 2009
Müdahaleli doğum deneyimi	Ryding 1998, Melender 2002, Nerum 2006, Wilkund ve ark. 2008, Rouhe ve ark. 2009
Geçmişte riskli gebelik deneyimi	Ryding 1998, Melender 2002, Melender 2002, Fenwick ve ark. 2009, Rouhe ve ark. 2009

Tablo 2.2' in Devamı. Gebelikte Yaşanan Doğum Korkusuna Neden Olan Faktörler

Nedenler	Kaynaklar
Önceki gebeliğinde bebeğini kaybetme	Melender 2002, Fenwick ve ark. 2009
Malformasyonlu ya da doğumda yaralanmış bir çocuğa sahip olma	Saisto ve ark. 2001, Melender 2002
Şimdiki gebeliğinde bebekte komplikasyon olması	Saistro ve ark. 2001
Doğuma ilişkin bilgi eksikliği ve doğuma hazır olmama	Saisto ve ark. 2001
Kronik sistemik hastalık öyküsü	Zar ve ark. 2002, Melender 2002, Berg ve Honkasalo 2000, Sjögren ve ark. 1994
Şimdiki gebeliğinde komplikasyon öyküsü	Wijma ve ark. 2006
Enfeksiyon hastalığının olması	Zar ve ark. 2002
Doğuma ilişkin gereksiz ya da aşırı bilgi (Örneğin kaygı verici makale veya haber okuma)	Melender 2002
İn Vitro Fertilizasyon (IVF) tedavisi görme	McMahon 1997, Caruso ve Greenfield 2000
Ağrı eşliğinin düşük olması	Lang ve ark. 2006
Başkalarından duyulan doğuma ilişkin korkular ve olumsuz deneyimler	Melender 2002

2.2.4. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları

Doğum korkusu gebelik komplikasyonlarının içinde yer almaktadır. Doğum korkusu sonucunda doğum sırasında müdahale, acil ya da elektif sezaryen doğum riski artabilir, postnatal depresyon, posttravmatik stres sendromu ve anne-bebek etkileşiminde olumsuzluklar görülebilir. Bu sonuçlar, kadının fiziksel ve emosyonel iyilik durumunu ve kadınlık rollerini yerine getirmeyi negatif yönde etkilemektedir (22).

2.2.4.1. Doğum Korkusunun Doğum Öncesi Döneme İlişkin Olumsuz Sonuçları

Sjögren (1997) doğum korkusu yaşayan kadınların uyuma güçlüğü, kabus görme ve doğuma bağlı endişe nedeniyle dalgınlık yaşadıkları belirlenmiştir. Geçmişte yaşanan ebeveyn kaybı, fetüs ölümü, eş ile yaşanan ciddi problemler ve ilişkilerinin geleceği ile ilişkili faktörler doğum korkuları ile bağlantılandırılmıştır. Gebelik öncesi ve gebelikte yaşanan korkular kadını isteğe bağlı sezaryene yönlendirmektedir (62). Doğuma ilişkin korku, gebelik boyunca kadının üzüntü yaşamasına ve doğum sırasında etkisiz kontraksiyonlara neden olabilmektedir. Negatif doğum beklentilerinin, postpartum dönemde negatif psikiyatrik etkilere, seksüel bozukluklara, gelecek doğumlara ilişkin olumsuz düşüncelere ve anne-bebek ilişkisinde bozulmaya neden olduğu belirtilmektedir (67). Korku yaşayan kadında,

korku duygusunu ve nesnesini tanımlama, solunum hızında, derinliğinde ve kalp hızında artma, gerginlik, endişe, düşüncesizce, ani hareketlerde bulunma, kötü birşey yaşama korkusu, kaçış davranışı gösterme olabilir (73).

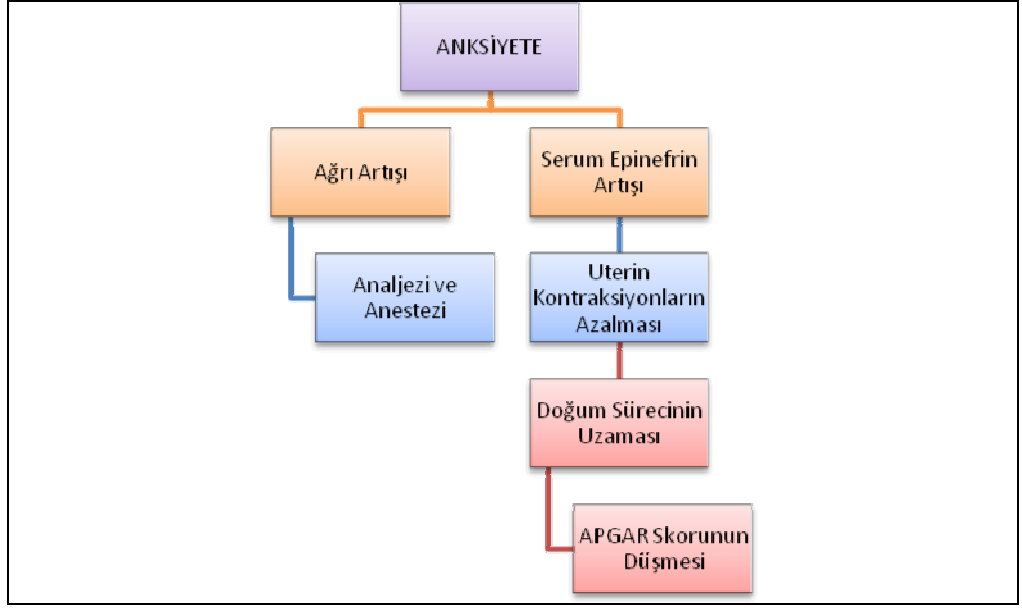
Doğum ağrısına nedeniyle sezaryen doğumu tercih etme bir kaçınma davranışdır (71). İsteğe bağlı sezaryen ile doğum yapan kadınlarda duygu durumunda bozulma, benlik saygısında azalma, suçlu hissetme ve puerperal depresyon görülme sıklığı daha fazladır (11). Bu nedenle sezaryen, doğum korkuların kaybolması için bir çözüm değildir.

2.2.4.2. Doğum Korkusunun Doğum Sırasındaki Olumsuz Sonuçları

Doğum korkusu yaşayan kadınların doğum sırasında hissettikleri ağrı daha fazladır. Bu durumda nöroendokrinolojik stres yanıt kendini gösterir. Kontraksiyonlar sırasında solunum uyarılır, hiperventilasyon gelişebilir, oksijen gereksinimi artar, uterin damar yatağında vazokonstrüksiyon ve solunum alkalozu olabilir (74). Artan noradrenalin aktivitesi plasental kan akımını azaltır, böylece uterin kontraksiyonların şiddeti azalır (75).

Anne adayının doğum sırasında korkulu ve endişeli olması -bu durum sosyal destek yetersizliği ve hastanede iyi davranılmaması gibi nedenlerden olabilir- uterusu kan akışını azaltan ve ağrı artışına neden olan katekolaminler gibi stres hormonlarının salınımını artırır. Uterusa giden kan miktarındaki azalma kandaki oksijen seviyesinin azalmasına ve ağrılı kontraksiyonlara sebep olur. Adrenalin miktarındaki artış, doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına neden olur. Adrenalin uterusun 2/3' lük alt kısmında bulunan dairesel fibrinlerin açılmasını engeller, kaslar tersine işlev görmeye başlar ve sonuçta serviksin açılmasına faydası olmayan ve ağrı veren kontraksiyonlar görülür. Doğum sürecinde annenin korku ve gerilimi norepinefrin ve epinefrin miyometriyumdaki alfa ve beta reseptörlerini uyararak, doğumun doğal ritmini engeller (76). Ağrılı kontraksiyonlara karşın doğumun ilerlemesi sonuçta anne adayında korku ve endişenin artmasına ve aynı döngünün yeniden yaşanmasına neden olur. Bu durum annenin doğuma ilişkin korku ve endişelerinde haklı olduğu görüşünü de destekler.

Annenin yaşadığı anksiyete prematür ya da postmatür doğuma neden olabilir. Annenin yaşadığı anksiyete, fetüste uterin arter basıncının artmasına bağlı olarak fetal asfiksiye yol açar (13). Doğum korkusuna bağlı gelişebilecek olan fetal asfiksini diğer bir nedeni de, uzamış doğum eylemi olabilir (56). Erken gebelik döneminde yaşanan yüksek anksiyete, depresif semptomlar, doğuma ilişkin psikolojik/psikiyatrik danışmanlık gereksinimi ve kişilik yapısına bağlı psikolojik problemler, geç gebelik döneminde yaşanabilecek olası doğum korkusu ve posttravmatik stres sendromu için hazırlayıcı faktörler arasındadır (21).



Şekil 2.1 Doğum eyleminde annenin yaşadığı anksiyetenin anne ve fetüse etkileri (Kömürcü N, Ergin AB. Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 25, 2008)

Fizyolojik ya da psikolojik nedeni ne olursa olsun, vücut stres altında epinefrin, norepinefrin ve diğer bazı hormonları üretir. Bu hormonlar korku, heyecan ve tepki üçlüsünün oluşumuna neden olur. Doğum sırasında eğer anne adayını endişeli ve heyecanlı değilse, katekolaminlerin vücuttaki seviyeleri gebelik süresince görülen seviyenin altındadır. Doğum ilerledikçe ağrı ve korkuyla karışık heyecan nedeni ile katekolaminlerin seviyelerinde artış gözlenir. Katekolaminlerin seviyesinin yükselmesi kendi katekolaminini üreten fetüsü de etkiler. Stres altında olan fetüsün kalp atışlarında yavaşlama ve dolayısıyla oksijen kullanımında azalma olur. Eğer anne adayını doğum sırasında aşırı stres altında ve heyecanlı ise, katekolaminlerin miktarında aşırı artış olması nedeni ile kontraksiyonların etkisi azalacak, kan uterus ve plasentadan diğer organlara doğru yönelecektir. Böylece, fetüs daha az oksijenlenecek, fetüsün kalp atışında düzensizlik ve kan pH'ında azalma olarak kendini gösterecektir. Annedeki stresli durum devam ederse, fetüste aşırı katekolamin üretimine, solunum zorluğuna, solunum asidozuna, azalmış plazma hacmine ve sarılığa neden olacaktır (Şekil 2.1) (76).

2.2.4.3. Doğum Korkusunun Doğum Sonrası Döneme İlişkin Olumsuz Sonuçları

Geç gebelik döneminde yaşanan şiddetli doğum korkusunun etkileri, postpartum dönemde depresyon olarak kendini gösterebilir. Depresif hastalıklar sıklıkla postpartum dönemdeki annelerin yaşadığı bozukluklar olarak algılanmasına karşın, gerçekte gebe kadınlarda yaygın bir şekilde görülen rahatsızlıklardır (26, 43). Watson ve arkadaşları (1984) postnatal depresyonlu bireylerin %23'ünde bu etkilerin gebelik sırasında başladığını belirtmiştir (77). Gebelik döneminde yaşanan doğum korkusu ve depresif ruh hali düzenli kontrollere gelmemeye, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımına, yetersiz beslenme ve kilo alımına ve yetersiz egzersize neden olarak, düşük doğum ağırlıklı bebek ya da erken doğuma yol açabilir (78).

2.2.5. Doğum Korkusunun Tedavisi

Doğum korkusunu azaltmaya yönelik çalışmalar 1920'lerden sonra başlamıştır. Psikoprofilaksi ve hipnozun doğum korkusu üzerindeki etkileri ise 1950'lerde araştırılmaya başlanmıştır. Buna rağmen doğum korkusunun nasıl oluştuğuna ve tedavisine yönelik çalışmalar yetersizdir (3, 13). Sjögren ve Thomassen' in (1998) çalışmasında psikosomatik destekle doğum korkusu yaşayan 100 kadından % 56' sının tedaviden sonra sezaryen taleplerini geri çektiği saptanmıştır. Bu çalışmada kullanılan tedavi bireyseldir, bazı durumlarda eşlerin veya tüm ailenin tedaviye dahil edilmesi büyük fayda sağlamaktadır (79).

Gebe kadın problemini ancak sözel olarak ifade ettiğinde kadının doğum korkusu belirlenebilmektedir (11). Kadının kendi korkusunun farkına varması için bibliyoterapi yöntemi kullanılabilir. Bu yöntemde kendi psikolojik durumunu tanımlaması için kişiye kompozisyon yazdırılır ve duygu durumunun farkına varması amaçlanır (80). Antenatal dönemde bakım veren kliniklerin çoğunda gebelikte yaşanan doğum korkusunu araştıran ve tedavi eden psikoterapist bulunmamaktadır (58). Doğuma hazırlık ile gebelik ve doğum boyunca destek tüm gebe kadınlar için temel ilkedir (43).

Kognitif yaklaşım doğum korkusunun tedavisinde son derece yararlıdır. Ayrıca, geçmişte yaşanan şiddetli travmatik olay veya eş zamanlı psikiyatrik sorun olgularında, tercihen gebelikten sonra uzun süreli tedavilere de ihtiyaç duyulmaktadır. Kognitif tedavinin temel prensibi, terapistin aktif rol alması ve problemin kısıtlı zaman içerisinde yeniden belirlenmesi koşuluyla tek soruna odaklanılmasıdır. Psikoterapi ile hastanın sorunu farklı şekilde görmesi (bireysel yansıtma) ve hedef probleme ilişkin algısını değiştireceği biçimde eğitilmesi amaçlanmaktadır (81). Bilişsel ve davranışsal egzersizlerle olumlu düşünme, gebe kadının stres algılarını azaltarak gebelik sırasında yaşanan anksiyetenin seviyesini düşürebilir (82).

2.2.6. Doğum Korkusunda Hemşirelik Bakımı

Gebe ile primer olarak ilgilenen hemşirenin doğuma ilişkin korkuya bakım planında yer vermesi gerekmektedir. Hemşireler doğum korkusu olan kadının bu korkuyu yenmesi için gebe ile işbirliği içerisinde çalışmalıdır. Bu bakımı verecek olan hemşirenin doğum korkusu ile baş etme konusunda iyi eğitilmiş olması önemlidir. Doğuma ilişkin danışmanlık yapan bir hemşire gebeyi yaşadığı doğum korkusu, geçmişteki doğum deneyimleri ve şimdiki doğumuna ilişkin düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirmelidir (58). Doğum korkusu olan bir kadına bakım veren hemşirenin öncelikli amacı, kadının açıkça baş etme davranışı göstermesi ve doğum korkusunun azaldığını sözel olarak ifade etmesi ya da göstermesi olmalıdır. Ayrıca gebeye bakım veren hemşire, kadının yaşadığı korku ve anksiyete hakkında, ekibin diğer üyeleri ile bilgi paylaşımında bulunmalıdır (73).

Eylem sırasında doğuma bağlı yaşanan endişe ile hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin ters orantı olduğu belirlenmiştir. Doğum eylemi süresince desteklenen kadınlarda forseps, vakum ve analjezi kullanım oranlarının azaldığı,

doğum süresinin kısaldığı belirlenmiştir. Doğum sırasında kadına yardım etmek intrapartum dönemdeki hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır (83, 84). Bryanton ve arkadaşları (1994) bakımın bir parçası olarak kadını kendi bireysel bakımına dahil etmenin, cesaretlendirmenin, soğukkanlı davranmanın, doğum sırasında doğru solunum yapmasına ve gevşemesine yardımcı olmanın doğum eylemi süresince kadın için faydalı uygulamalar olduğunu belirtmiştir (85). Gebe kadın ile birlikte olmak bakım verici tarafından, gebenin duygusal, fiziksel, spiritüel ve psikolojik olarak hazırlanması ve desteklenmesi olarak tanımlanmaktadır.

Doğum korkusu olan bir bireye bakım veren hemşire değerlendirme, doğuma hazırlık, destek, gebelik süresince izlem ve postpartum takip üzerine odaklanmalıdır. Beslenme, egzersiz, hijyen, uyku ve dinlenme gebelik döneminde üzerinde hassaslıkla durulması gereken konulardır. Doğuma bağlı klinik düzeyde korku yaşayan kadın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanacaktır. Hemşire, kadının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyini belirlemeli, aksayan aktiviteleri konusunda kadın ve ailenin diğer üyeleri ile konuşularak bu aktiviteleri eksiksiz yerine getirmesini sağlamalıdır. Gebelikte aşırı korku yaşayan kadınlar postpartum depresyona yatkın olmaktadır, bu da doğum sonrası bebek bakımı ve emzirmede yetersizlik sorununu ortaya çıkaracaktır (63).

Hemşire korku yaşayan bir gebeye bakım verirken;

1. Gebe kadın ile ilk görüşme: Tehdit edici olmayan, güvenilir bir dinleme ortamı hazırlanmalıdır (73, 86, 87). Kadın ile iletişim sırasında yüz yüze olunur, direk göz teması kurulur, açıkça ve sakin bir ses tonu ile konuşulur (88). Bakımın tüm aşamaları gebe ile birlikte planlanır (80).

2. Tanılama, gözlem ve uygulamalar:

a) Korkuyu Tanılamaya Yönelik Girişimler

- Kişi duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir (86).
- İyi bir gözlem yapılarak, kadının korkuya vermiş olduğu tüm sözel ve sözel olmayan yanıtları (doğum konusu açıldığında panik olma, düzensiz solunum, çarpıntı, ağlama, gözleri kaçırma, susma, terleme, seste ve ellerde titreme, sıcak basması gibi) dikkatlice değerlendirilir (76, 88).
- Kadının anlattıkları tek tek dinlenir (73, 86).
- Kadının tüm duygularını rahatça açıklayabilmesi için korku ve endişeleri onaylanır (73, 88).
- Korkularına yönelik sorular doğrudan sorulur (89).
- Aşırı koruyucu ya da yargılayıcı tutumdan kaçınılır (88).

b) Korkuyu Değerlendirmeye Yönelik Girişimler

- Empati yapılarak kadının yaşadığı korkunun doğruluğu kabul edilir (76, 88).
- Kadının yaşadığı korkunun düzeyi değerlendirilir (76, 86).
- Kadının içinde bulunduğu sağlık durumunu algılama düzeyi değerlendirilir (86).

- Korku yaşayan kadın, durumuna ilişkin sorular sorması için teşvik edilir ve durumu hakkında çıkarımlarda bulunması sağlanır (73, 89)
- Kadının yaşadığı korkunun düzeyi, olaylara verdiği pozitif yanıtın varlığı/yokluğu ve durumu hakkında bilgi sahibi olma isteğinin varlığı/yokluğu belirlenir (88).
- Yaşanılan korkunun inatçı düzeye gelip gelmediği ve günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumu belirlenir (73).
- Kadının yaşadığı korkunun kişilik yapısı, kültür ve çevre ile ilişkisi araştırılır (73, 88).
- Kadının aile ilişkisi, kadınlık rolü, annelik ve cinsellik konularında duygularını açıklaması sağlanır ve anneliğe hazır oluşluk düzeyi değerlendirilir (79)
- Kadının yaşadığı korkuya bağlı yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşama durumu belirlenir (88).

c) Korku ile Baş etmesine Yönelik Girişimler

- Kadının yaşadığı korku ile baş etmek için kullandığı etkin olan/olmayan baş etme mekanizmaları belirlenir (88, 89)
- Kadına destek sistemlerini tanımlayabilmesi konusunda yardımcı olunur (88).
- Kadının kullandığı olumlu baş etme yöntemleri desteklenir (86, 87).
- Kadının yaşadığı doğum korkusu ile baş etmesini engelleyen faktörler tanımlanır (87, 88).
- Öğrenme engelleri belirlenir (85, 86).
- Gevşeme teknikleri (Yavaş ve ritmik solunum, kas gruplarını ilerleyici şekilde kasıp gevşetmek, gebeliğinde komplikasyon öyküsü olmayanlarda masaj, kendi kendine antrenörlük etme, düşünceyi durdurma, hidroterapi/banyo, yoga/meditasyon, akupunktur, müzik dinlemek, güdümlü/yönlendirilmiş hayal etme) öğretilir (76, 86).
- Kendisi ile benzer korkuları ya da kaygıları yaşamış olan kişiler ile tanıştırılır (88).
- Ruhsal ya da spiritüel boyutta hastanın ihtiyacı olan danışmanlık gereksinimi saptanır (76, 83, 84).
- Kadının gereksinimine göre terapötik görüşmeler tekrarlanır ve doğum sürecinde yalnız olmadığını hissetmesi sağlanır (79)

d) Bilgi Eksikliğine Yönelik Girişimler

- Doğum öncesi dönemde kadına Lameze solunum teknikleri öğretilir (76).
- Gebeliğin fizyolojisi ve sonuçları konusunda korkuya neden olabilecek bilgi gereksinimlerinin neler olduğu, uzun ve kısa vadede ki amaçlar saptanır (76, 86, 89)
- Kadının bilgi gereksinimine göre doğum eyleminin fizyolojisi hakkında bilgi verilir (76).
- Korku yaşayan kadının bireysel doğum tercihleri, ihtiyaçları, değerleri ve tutumları tanımlanır (88).

Korkusu olan bireyde bakımın adımları

Yaşanan korkunun şiddetine göre verilen bakımın adımları NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) tarafından;

- Kadını değerlendirmek ve hemşirelik tanısı koymak
- Birinci basamak tedavi hizmetlerini önermek
- Alternatif tedavi yöntemlerini sunmak
- Psikiyatri uzmanından yardım alması için teşvik etmek
- Psikiyatri kliniğinde tedavi ve bakımını sürdürmek şeklinde sıralanmıştır (80).

Birinci adım: Kadını değerlendirmek ve hemşirelik tanısı koymak

Tüm sağlık çalışanları genel anksiyetenin belirlenmesi ve yönetimi konusunda danışmanlık becerisine sahip olmak zorundadır. Kişinin yaşadığı anksiyetenin düzeyini belirlemek için görüşürken, sakin, anlayışlı ve soğukkanlı bir tutum içerisinde olmak, bakım alacak bireyin sağlık personeline güvenmesini ve duygularını rahatça ifade etmesini sağlamaktadır. Kadının kişilik özelliklerinin ve duygu durumunun belirlenmesi tanılamak ve tedaviye başlamak için ilk adım olmalıdır. Anksiyete hastalıklarının doğru tanılanması, bu hastalıkların etkin yönetimi için odak noktadır. Tanılama sürecinde kadının geçmiş psikolojik öyküsünü almak, bireysel başetme yöntemlerini sorgulamak, kişisel özelliklerini ve kültürel inançlarını öğrenmek gerekir. Anksiyete ve depresyon, anksiyete ve madde kullanımı gibi birden fazla hastalığın birlikte seyrettiği durumları saptamak için tanıma sürecinde çok titiz ve dikkatli çalışmak gerekmektedir (80).

İkinci Adım: Birinci basamak tedavi hizmetlerini önermek

Psikoterapi, medikal tedavi ve bireysel başetme yöntemlerinin önerilmesi kadının bakımında etkin olan uygulamalardır. Tedavi seçimi, değerlendirme sürecinin bir parçasıdır ve ortak karar verme yoluna gidilmelidir. Bazen hastanın seçtiği tedavi seçeneği durumu ile uyumlu olmayabilir ya da hasta tercih etmekte zorlanabilir. Bu durumda, uygun tedaviyi seçmesi konusunda kadına yardımcı olunmalıdır. Bilişsel davranışçı tedavi bu kişilerin durumu için uygun olabilir. Kişiye tedavi alternatifleri önerilirken; yaşı, daha önce psikolojik tedavi görme durumu, tedaviye istekli olma durumu değerlendirilmelidir (80).

Üçüncü Adım: Alternatif tedavi yöntemlerini sunmak

Tedavi uygulanmaya başladıktan sonra kadının durumunda herhangi bir değişiklik olmamış ise alternatif tedavi yöntemlerine gidilmelidir. Alternatif tedavi yöntemleri belirlenirken, kültürel özellikler göz ardı edilmemelidir. Çünkü bazı kültürler korkuyu büyü, tasavvuf ve din ile kontrol etmeye çalışmaktadır (73, 80).

Dördüncü Adım: Psikiyatri uzmanından yardım alması için teşvik etmek

Müdahale edilmiş olmasına karşın (psikoterapi, ilaç veya bibliyoterapiden herhangi ikisinin kombinasyonu) kişi hala korkusunu yenmede ilerleme gösterememişse, bir sonraki adım psikiyatri uzmanına yönlendirmek olmalıdır. Bazen hastanın kliniğe yatırılarak tedavi edilmesi gerekebilir (80).

Beşinci Adım: Psikiyatri kliniğinde tedavi ve bakımını sürdürmek

Hastanede kadının yeniden kapsamlı ve bütüncül olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Yeniden değerlendirme; önceki kullanılan tedavileri (etkin olan ve olmayan), sigara, alkol, uyuşturucu kullanma durumunu, başka bir hastalığın varlığını, yaşadığı korkunun günlük seyrini, sosyal destek sistemlerini, strese yol açan faktörleri içermelidir. Ancak kapsamlı risk değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, uygun bir risk yönetim planı hazırlanabilir (80).

Doğum korkusu olan bir bireye bakım veren hemşire değerlendirme, doğuma hazırlık, destek, gebelik süresince izlem ve postpartum takip üzerine odaklanmalıdır. Beslenme, egzersiz, hijyen, uyku ve dinlenme gebelik döneminde üzerinde hassaslıkla durulması gereken konulardır. Doğuma bağlı klinik düzeyde korku yaşayan kadın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanacaktır. Hemşire, kadının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyini belirlemeli, aksayan aktiviteleri konusunda kadın ve ailenin diğer üyeleri ile konuşularak bu aktiviteleri yerine getirirken kadın desteklenmelidir. Ayrıca gebelikte aşırı korku yaşayan kadınlar postpartum depresyona yatkın olmaktadır. Bu da doğum sonrası bebek bakımı ve emzirmede yetersizlik sorununu ortaya çıkaracaktır (63). Kadınların doğumdan 20 yıl sonra bile doğum eylemini ve gebelik süresince aldığı bakımı hatırladığı belirlenmiştir (87). Bu nedenle gebelik, doğum ve postpartum süreç boyunca kadına yalnız olmadığını hissettirmek önemli bir hemşirelik sorumluluğudur.

2. 3. Ölçek Uyarlaması

Ölçme temelde bir betimleme çalışmasıdır. Belli bir obje ya da objelerin belli bir özelliğe sahip olup olmadığının gözlenerek gözlem sonuçlarının sembollerle özellikle sayılarla ifade edilmesidir (90). Ölçme, yani obje ya da bireylerin belli bir özelliğe sahip oluş dereceleri objeden objeye, bireyden bireye, durumdan duruma zaman zaman değişme-değişiklik gösterebilir. İşte ölçme işlemi bu farklılık-değişkenlik kavramına odaklanmaktadır (91).

Kişilik, ilgi, tutum, motivasyon, yetenek, özyeterlik, benlik algısı gibi psikoloji biliminin alanına giren, doğrudan gözlenemeyen, bu nedenle de büyüklükleri bilinmeyen birçok değişken vardır. İnsan davranışlarına ve davranışlar arasındaki neden-sonuç ilişkilerine ışık tutabilmek için psikoloji biliminin temel konuları olan bu yapıların ölçülebilir ya da gözlenebilir kılınması son derece önemlidir (92).

Kendi kültürümüze uygun yeni ölçeklerin geliştirilmesinin birçok avantajı vardır ve ölçek uyarlama ile ilgili birçok sorun önlenebilir. Ancak ölçek uyarlamasının tercih edilmesinde bazı nedenler vardır. Bunlardan biri uyarlamanın daha çabuk, kolay ve ucuz olduğunun düşünülmesidir. Ölçek uyarlamanın diğer bir amacı ise, kültürler arası, diller arası ve etnik gruplar arası karşılaştırmalı araştırmalarda kullanılmasıdır (93,94). Ölçek uyarlamanın avantajlarının yanı sıra bazı dezavantajları da vardır. Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçek, o kültüre özgü kavramlaştırma ve örnekleme özellikleri taşımaktadır. Bir ölçeğin başka

bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını değiştirmektedir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelmektedir. Farklılıkların en aza indirilmesi için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, ölçeğin yeni bir kültüre uyarlanmasında temel oluşturmaktadır (91,93). Ayrıca ölçek çalışmaları ile örneklem grubunun davranışları standartlaştırılmakta, örneklem grubundaki bireylerin yaşı, eğitim seviyesi, kültürel geçmişi gibi nedenlerle ölçek sorularının doğru algılanmaması sorunu ile karşılaşılabılır (92,94,95). Uyarlama çalışmaları 3 aşamada gerçekleştirilir (95,96,97).

1. Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/Dil uyarlanması: İlk aşamada ölçek maddeleri Türkçeye çevrilir ve dil eşdeğerliği değerlendirilerek kullanılması amaçlanan kitle tarafından anlaşılabilir bir dil yapısının kazandırılması amaçlanır.
2. Psikometrik özelliklerin incelenmesi: İkinci aşamada çeviri formun psikometrik nitelikleri incelenir. Burada uygun teknikler kullanılarak çevirilen testin güvenilirliği ve geçerliği sınanır.
3. Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması: Uyarlanmış ölçeğin kültüre bağlı nitelikleri incelenir. Çeviri formun dil normları ile özgün formun dil normları karşılaştırılır ve her iki test formunun faktör yapıları karşılaştırılır.

2.3.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlanması

Bir ölçeğin başka dillere çevrilmesi o ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelir. Ayrıca iki dil arasındaki yapısal farklılıklar, kelime kelime çeviri yapmayı önlemektedir (96, 98). Farklılıkların en aza indirilebilmesi için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gerekli dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, uyarlama işleminin temelini oluşturur. Çevirinin başarısı büyük ölçüde çevirmenin bilgi ve deneyimine bağlıdır. Çevirmenler her iki dili akıcı kullanabildiği gibi, her iki kültürü de yakından tanımalıdır. Orijinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken kullanılan üç yaklaşım vardır. Bunlar; “Tek yönlü çeviri”, “Grup çevirisi”, “Geri çeviri” (93, 96). Tek yönlü çevirinin “çeviri sonrası sorgulama” ve “çevirenin başka çevirmenlerce değerlendirilmesi” şeklinde iki çeşidi vardır (94). Grup çevirisinde ölçeği her iki dili bilen iki veya daha fazla kişi, orijinal ölçek ile 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. Geri çeviri zaman alıcı olmasına karşın, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için dünyada en çok seçilen yöntemdir (99). 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 (94). Uyarlanması düşünülen bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken orijinal dilindeki kavramlar dikkate alınmadan olduğu gibi bir çeviri yapıldığında istenmeyen bazı sonuçlarla karşılaşılabılır (100) Çeviride kullanılan

sözcük ve ifadelerin testin uygulanacağı gruba uygun olması, üzerinde önemle durulması gereken bir sorundur (94).

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. Eğer çeviri iyi yapılmış, maddeler açık ve anlaşılır ise bunlar örneklemedeki kişiler için anlamlı ifadeler oluşturur. Bu durumda orijinal ve çeviri maddelere verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar ortaya çıkmaz. Böylece dil farklılıkları hipotezi sınanmış ve reddedilmiş olur (90). 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 (98, 101).

2.3.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi (Geçerlik ve Güvenirlik)

2.3.2.1. Geçerlik

Bir ölçeğin psikometrik yeterliğinin hesaplandığı ikinci önemli ölçüt, onun geçerliğidir. Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, bir başka özellikle karıştırmadan doğru olarak ölçebilme derecesidir (97, 102, 103, 104). Güvenilir olmayan bir ölçüm aracı büyük bir olasılıkla geçerli de olamaz. Bir ölçek dengesiz, tutarsız, yetersiz olduğunda ilgilenilen özelliği geçerli olarak ölçemez (100, 102).

Geçerliğin yüksek olabilmesi, ölçülmek istenen kavramın gizlenebilir nitelikte değişkenlerle açıklanabilmesine bağlıdır. Bu nedenle doğrudan ya da olgusal değişikliklerin ölçümlerde kullanılan araçların geçerliği daha yüksektir. Oysa soyut kavramlarla ilgili dolaylı ölçümlerde, ölçülmek istenen kavramı tanımladığı, düşünülen göstergelerin ölçümü tam olarak karşılayamaması, ya da gözlenebilir ölçülerinin yeterince duyarlı konulmaması nedenleriyle, geçerlik düşük olabilir. Geçerliğin belirlenmesi tıpkı güvenilirlik gibi var-yok olayı değil, bir dereceleme çalışmasıdır. Hiçbir araç tümüyle geçerli olamaz. Bu nedenle araştırmacılar aracın ne derece ölçüm yapabildiğini sorgular (90, 95). Hemşirelik araştırmalarında kullanılan pek çok araç, başka disiplinlerde kullanılmak için geliştirilmiş olduğundan, bu ölçümlerin hemşirelik bilgileri bakımından sınanması gerekir (105).

Geçerlikte aşağıdaki konulara dikkat edilmelidir:

1. Geçerlik ölçü aracına ilişkin bir nitelik olmayıp aksine aracın verdiği sonuçlara ilişkindir.
2. Geçerlik bir seviye-derece gösterir. Bir aracın geçerliği vardır ya da yoktur demek uygun olmaz. Bir testin-ölçme aracının sonuçlarının geçerliği-düzeyi düşüktür denmesi daha uygundur.

3. Geçerlik düzeyi bir amaca ilişkindir. Bir ölçme aracı hangi maksat için geliştirilmişse onun için kullanılabilir. Her amaç için kullanılamaz. Bir ölçme aracı muhakeme yeteneği ölçmek için hazırlanmışsa, ancak muhakeme yeteneğini ölçmek için kullanılmalıdır. Bu araç ezberleme gücünü ölçmede kullanılırsa aracın geçerlik katsayısı düşme gösterir (103, 106, 107).

1. Yüzeysel (Görünüm) Geçerliği

Görünüm geçerliği, bir psikolojik test ya da ölçüğün, uygulanan kişi tarafından bakıldığında neyi ölçer görüldüğü ile ilgilidir. Bir diğer deyişle testin o kişiye uygun görünüp görünmediğini belirler (101). Görünüm geçerliği kantitatif olmaktan çok kalitatif bir yaklaşımdır (98, 107). Görünüm geçerliği geliştirilen ölçüm aracının uzman tarafından değerlendirilmesidir. Diğer bir deyişle ölçülen konu hakkında uzman olan kişilerin ölçüm aracını öznel olarak değerlendirmeleridir. Öznel değerlendirmenin sonucu sayılar ile gösterilmez. Ölçme aracının geliştirilmesinde kullanılan ilk değerlendirme yöntemlerinden olan görünüm geçerliğinde amaç, ölçüm için geliştirilen aracın konu için uygun olup olmadığına karar verilmesidir (108). Görünüm geçerliği kapsam geçerliği ile benzer bir şekilde kullanılabilir; ancak daha zayıf bir yöntemdir. Bundan 25 yıl kadar önce sık kullanılan bir yaklaşım olduğu, temelde bir aracın incelenecek kavramı içerir görünümde olduğunu belirlediği ve bu yaklaşımın artık yeterli bir kanıtlayıcı sayılmadığı belirtilmektedir. Görünüm geçerliğinin genellikle tek uzmanın yargılarına dayalı bir süreç olması nedeniyle, günümüzde bir uzmanlar grubunun uyumlu yargılarına dayalı bir süreç uygulandığı bilinmektedir (95, 105).

2. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği ölçüm aracının, ölçülmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını incelemekle ilgilidir. Araştırmacı ölçülen kavramın; tanımını, sınırlarını, boyutlarını bütünleyen tüm kavramları içerecek şekilde ayrıntıya dökerek, bunun geçerliğini inceler (105, 107). Kapsam geçerliğinde esas olan, ölçüm gerecinin, ölçümün amacıyla ilgili olmayan faktörlerden arınmış olmasıdır (108). Kapsam geçerliği hem affektif (yani duygu ve kişisel özelliklerle ilgili) ölçümler için, hem de bilişsel ölçümler için önemlidir. Bilişsel bağlamda yöneltilen geçerlik sorusu: “Bu konuyla ilgili olarak yöneltebilecek tüm soru evreni bu testteki soruları ne kadar temsil edebilir?” dir. Bir aracın kapsam geçerliği yargıya dayanmaktadır (102, 106). Bir aracın tam bir kapsamını sağlayan nesnel bir yöntem yoktur. Bunu sağlamada ise uzman değerlendirmesi zorunludur (102, 103). Bu nedenle kapsam geçerliği öznel bir süreçtir, uzmanlar arası anlaşma-uyuşma derecesi kapsam geçerliği düzeyi ölçütü olarak hesaplanabilir (98, 103, 107). Madde evrenini ve testteki maddeleri inceleyen uzmanların görüşüne dayandığı için bu mantıksal irdelemenin neye göre ve kimler tarafından yapılacağı, bu tekniğin zayıf yönünü oluşturmaktadır (91).

Uzman değerlendirmesini yapacak grup genelde en az üç uzmandan oluşmaktadır. Yapı karmaşık olduğunda uzman sayısının daha fazla olması önerilir. Aracı hazırlayan araştırmacı, incelemenin alanını kapsayacak olan maddelerin yapısını, içeriğini ve nasıl oluşturulacağını iyice belirlemeli ve her bir özel boyut içine uygun maddeleri yerleştirmelidir. Her maddenin değerlendirilmesi ile ilgili özel

açıklamalarla birlikte araç son olarak uzman değerlendirmesine sunulmalıdır (91, 105). Uzmanlardan ölçekteki belirli bir maddeyle ya da tüm ölçekle ilgili değerlendirmede bulunmaları istenir. Böyle bir değerlendirmede iki temel konu, bir maddenin yapı açısından uygun ve önemli olup olmadığı ya da maddelerin yapısının tüm boyutlarını yeterince ölçüp ölçmediğidir (102,105). Kimi araştırmacılar ise, ölçek maddelerinin birbirleriyle olan ilgilerinin değerlendirilmesi açısından, yorumcular arası uzlaşma dizini ve uzmanlar tarafından her bir maddenin ilgililiğinin derecelendirilmesinde formel bir kapsam geçerlik hesaplaması kullanmaktadır (102, 106). Maddelerin hem dil ve kültür eşdeğerliği, hem de içerik geçerliğini sınamak üzere uzman görüşüne başvurmada, her madde için uzmanın maddelerin uygunluğuna puan vererek değerlendirmesini sağlayacak bir form kullanılır (104).

3. Ölçüte Bağlı Geçerlik

Geçerli bir ölçüte göre belirleme yaklaşımı oldukça kullanışlı bir yöntemdir. Burada araştırmacı herhangi bir kuramsal özelliğin ne kadar başarılı olarak yansıtıldığını saptamak çabasında değildir. İstenen, ölçüm aracı ile başka bir ölçüt arasında ilişki kurmaktır. Ölçüte bağlı geçerlik sınamalarında tek gereklilik, gerçekten karşılaştırmaya uygun ve geçerli bir ölçütün var olmasıdır. Tasarlanan ölçme aracının amaçlanan özelliği ne kadar başarıyla öngördüğünü belirlemeye yarar. Ağırlık araç ile herhangi bir ölçüt arasındaki ilişkinin oluşturulmasına verilir (90, 108). Araç, hangi soyut özelliği ölçerse ölçsün aracın puanlarının herhangi bir ölçütle yüksek korelasyon kurulduğunda geçerli olduğu söylenebilir. Ölçüte bağlı geçerlik açısından temel konu, aracın daha sonraki davranış, deneyim ya da koşullarının işe yarar bir ön habercisi olup olmadığıdır. Ölçüte bağlı geçerlik iki alt gruba ayrılır (97, 105, 108).

1. Yordama geçerliği
2. Eş zamanlı ölçek geçerliği

a) Yordama Geçerliği: Yordama geleceğe yönelik tahmindir (91, 95). Aracın gelecekteki herhangi bir ölçütte bireylerin başarı ya da davranışlar arasındaki bir ayırmda bulunmadaki yeterliğiyle ilgilidir (103, 108). Bunun için ölçülen puanlar arasındaki korelasyon katsayıları incelenebilir (97, 108). Genellikle Pearson Momentler Korelasyonu ile “ölçüt” ve “yordayıcı puan” arasındaki korelasyon testin yordayıcı geçerliğini verir (109). Geçerlik katsayılarının önemli ya da anlamlı sayılması için korelasyonun hangi düzeyde olması gerektiğine ilişkin kesin bir değerlik bulmanın güç olduğu; uygulamada 0.60 üzerinde bir geçerlik katsayısı olma durumunun çok az görüldüğü belirtilmektedir. Ruhbilimsel testlerde genellikle 0.30 ile 0.40 arasında bulunan geçerlik katsayıları yüksek sayılmakta, istatistiksel olarak anlamlı bulunma olasılıkları çok düşük olmaktadır (104, 105). Ancak burada bazı güçlüklerle karşılaşılır. Bunlardan en önemlisi uygulamadaki beklentilerin, ölçütlerin ve kavramların, gözlenebilir, değişkenlerle ifade edilmesindeki güçlülük. Ölçütün kolaylıkla saptanamadığı durumlarda bu geçerlik sınaması uygun olmayabilir, daha karmaşık olan yapı geçerliğini sınamak gerekir (90).

b) Eş Zaman Geçerliği: Bu geçerliğe “Benzer Ölçekler Geçerliği” ya da “Zamandaş Ölçek Geçerliği” gibi adlar da verilmektedir (90, 105). Eş zaman

geçerliğinde geliştirilen ölçme aracı puanları ile daha önceden geliştirilmiş, geçerliği yüksek olan ve aynı özelliği ölçen başka bir ölçme aracı puanları arasında korelasyon katsayısı karşılaştırılır. Aynı zamanda uygulanan bu iki ölçüm aracı arasındaki yüksek korelasyon katsayısı yeni aracın eşzaman geçerliğini gösterir (104, 105, 108). Bir aracın herhangi bir ölçütte o anki konumlarında farklı olan bireyleri ayırt etme yetkinliği ile ilgilidir (97, 108). Eş zamanlı ölçek geçerliği ile yordama geçerliği arasındaki fark, bir ölçütteki edinilmiş ölçümlerin zamanlamasındaki farklılıktır. Ölçüte bağlı geçerlik karar vericilere kararlarının etkili, uygun ve geçerli olduğu konusunda bazı güvenceler verir (99 103).

4. Yapı Geçerliği

Bir ölçeğin ölçmek istediği kavramı ne derecede doğru ölçtüğünü gösterir (97). Bu geçerlik sınama yaklaşımı yöntem bilime 1950 yılından sonra girmeye başlamıştır. Yapı-kavram geçerliği olarak da anılmaktadır. Yapı-kavram geçerliği sevgi, merak, toplumsal uyum, ruh sağlığı gibi içeriğinin ve evreninin açıkça bilinmediği, ölçülecek niteliğin açıkça tanımlanmadığı durumlarda daha çok önem kazanmaktadır. Yapı geçerliği bir yandan ölçeğin ya da testin ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu araştırır, diğer yandan ölçek uygulanan kişilerin aldığı puanların ne anlama geldiğini açıklamaya çalışır (105). Ölçülmek istenen kuramsal yapıya ilişkin belirtilerin doğruluğunun bilimsel olarak gösterilmesi olarak da belirtilebilir (Savaşır & Şahin, 1997). Bir aracın yapı geçerliği bir araştırmacının karşı karşıya kalabileceği en karmaşık ve en fazla enerji harcayacağı yöntemlerden birisidir. Ölçümü istenen kavram ne kadar soyutsa, yapısal geçerliğini saptamak o kadar zordur (93). Bu yöntemi uygulayacak olan bir araştırmacı şu sorulara yanıt arar: “Bu ölçüm aracı gerçekten neyi ölçer?”, “İncelenen soyut kavram gerçekten bu araçla yeterince ölçülebilir mi?” Ölçüte bağlı geçerlikten farklı olarak, yapı geçerliği aracın üretmiş olduğu puanlarla değil, aksine temeldeki özelliklerle ilgilenir (103, 110).

Araçların yapı geçerliğinin hesaplanmasında karşılaşılan zorluk ve engellere karşın, bu etkinlik bilimsel ilerlemenin önemli bir bileşenidir. Bilim insanlarının ilgilenmiş oldukları yapıların de güvenilir ve geçerli olarak ölçülmesi gerekir. Yapı geçerliğinin önemi kuram ve kuramsal kavramsallaştırmayla olan bağlantısından gelir (94, 111).

Yapı geçerliği şu yollarla yapılır:

- I. Çok değişkenli-çok yöntemli matris yaklaşımı
- II. Bilinen gruplar yaklaşımı
- III. Bileşen (faktör) çözümlenmeleri
- IV. Duyarlılık ve özgünlük (103, 105, 111)

I. Çok Değişkenli-Çok Yöntemli Matris Yaklaşımı: Bu yaklaşım 1959 yılında Campbell ve Fiske tarafından geliştirilen ve yapı geçerliğini kanıtlamada önemli ilerleme sağlayan bir sınamadır (91, 105). p sayıda maddeden oluşan bir tutum ölçeği, q sayıda değişik yöntem kullanılarak uygulandığında, uygulamalar arasındaki ilişkileri gösteren bir matris elde edilebilir. Bu matriste, her bir maddeye ait korelasyonlar bulunmaktadır. Bu korelasyonlar, bir maddenin değişik yöntemlerle

uygulanmasından elde edilen ölçümler arasındaki korelasyonlar ile bu maddenin diğer maddelerden elde edilen ölçümlerle korelasyonunu göstermektedir (91). Bu yöntemde bir yapıyı değişik yöntemlerle ölçerek benzer sonuçlar elde etmek yoluyla yaklaşım bulgusu sağlanır (104). Ayrışım ise, ölçülen yapının benzer başka yapılardan ayırt edilme yeteneğini belirler. Bu yaklaşımın ardında yer alan önermeler şunlardır: Aynı yapıyı ölçen değişik ölçümlerin birbirleriyle bağdaşık olması, yani yüksek korelasyon göstermesi gerekirken, değişik yapıları ölçmeleri durumunda korelasyonun zayıf olması gerekir (90, 105).

II. Bilinen Gruplar Yaklaşımı: Bu yöntemde, ölçmeyi istediğimiz özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen iki ayrı gruba geliştirilen araç uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır. Bu yaklaşıma zıt gruplar geçerliği de denilmektedir (100, 105). Bu gruplardan birisi ölçülmek istenen faktörler bakımından bilinen bir gruptur. Ölçme sonunda bilinen grup beklenen yönde ölçümler vermiş ise aracın seçme geçerliği olduğuna, yani ölçülmek istenen faktörleri ölçebiliyor olduğuna karar verilir (103, 104). Bu işlemde bilinen özellikler nedeniyle belirli özellik açısından farklı olarak düşünülen gruplara veri toplama aracı uygulanır. Örneğin gebelerin doğum yapma korkularının bir ölçümünün geçerliğinde primipar ve multipar gebelerin puanları karşılaştırılabilir. Daha önce hiç doğum yapmamış bir kadının, doğum deneyimleri olan kadınlara oranla daha fazla korku ve kaygı duymaları beklenildiğinden bu tür farklılıklar ortaya çıkmadığında akla söz konusu aracın geçerliği sorusu gelir. Ölçüm ortalamaları, varyans analizi ya da t-testi ile karşılaştırılarak farklılığın anlamlı düzeyde olup olmadığı anlaşılabilir. Farklılığın mutlaka büyük olmasına gerek yoktur. Bazı primiparların hemen hemen hiç, bazı multiparların ise büyük korku duymaları beklenebilir. Tüm bunlardan hareketle bazı grup farklılıklarının puanlarda yansımaları gene de beklenebilir (102, 105).

III. Bileşen Çözümlemeleri (Faktör Analizi): Bir ölçekteki maddelerin birbirini dışta tutan daha az sayıda gruplara-faktörlere ayrılıp ayrılmadığını görmek üzere, yani madde indirgeme amacıyla uygulanır. Böylece aynı faktörü ölçen maddeler bir araya toplanarak oluşan gruba-faktöre bu maddelerin içeriğine göre bir isim verilmeye çalışılır. Faktör analizi ayrıca bir aracın tek boyutlu olup olmadığını test etmek amacıyla uygulanır (91, 111). Araştırmacı tarafından alt ölçek içerikleri ya da başka bir deyişle faktörlerde yer alması gereken maddeler kesin olarak biliniyorsa, bu araçlara faktör çözümlemesi uygulamak gerekmez (100, 105). Faktör analizinin temel iki amacı bulunmaktadır. Bunlar:

- a. Değişken sayısını azaltmak (indirmek)
- b. Değişkenler arasındaki ilişkiden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkarmaktır (108).

Faktör, bir yapı ya da kuramsal bir kavramdır. Örneğin sözel ve sayısal yetenek, soyut düşünme, bellek gibi özelliklerin temel faktörü zekadır (91). Veri setini küçültmek amacıyla kullanıldığında faktör analizi, çok safhalı analizlerin başlangıç safhalarından birisi olur. Bu bakımdan, faktör analizi çalışmadaki diğer analizlerle birleştirildiğinde daha faydalı olur. Mesela, faktör analizi sonucu elde edilen faktörlerden bazıları adimsal çoklu regresyonda bağımsız değişken olarak kullanılabilir. Diğer taraftan skala oluşturma çalışmalarında da kullanılabilir (111,

112). Faktör analizi bağımlı değişkenin olmadığı regresyon analizine benzer. Analizde maddeler arasındaki korelasyon kullanılır. Maddeler arasındaki korelasyonun varlığı ise ölçülen maddelerin tek bir yapıyı ölçtüğünün bir göstergesidir. Bu analiz uygulanış biçimine ve uygulama amacına göre 2'ye ayrılır.

a. Açıklayıcı Faktör Analizi: Araştırmacının belirli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bilgi edinmeye çalıştığı inceleme türleri açıklayıcı faktör analizi olarak adlandırılır. Açıklayıcı faktör analizinde önceden belirlenmiş kuramsal bir faktör yapısı öngörülmez. Bir veri grubuna açıklayıcı faktör analizi uygulanabilmesi için verilerin bazı koşullara uygun olarak toplanış olması gerekir. Bunlar; ölçümün ez az likert tipi ölçek ile yapılması, verilerin doğrusallık koşullarını taşıması ve değişkenler arasında orta düzeyin üzerinde korelasyon olması (en az 0.25, en fazla 0.90) gerekir (108).

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 yeterliğini 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 (94, 108).

Bir ölçüm aracının yapı geçerliği için yapılan açıklayıcı faktör analizinde 4 temel aşama uygulanır. Bunlar;

- a) Veri grubunun faktör analizi için uygunluğunun değerlendirilmesi
 - Değişkenler arası korelasyon katsayıları incelenir. Korelasyon katsayısının yüksekliği değişkenlerin ortak faktörler oluşturma olasılıklarını artırır.
 - Barlett testi uygulanarak değişkenler arasındaki korelasyon test edilir. Farklılıklar bulunur ise veri grubunun faktör analizi için uygun olduğuna karar verilir.
 - Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliği ölçütünün 0.50'nin üzerinde olması gerekir.
- b) Faktörlerin elde edilmesi: Değişkenler arası korelasyonun en fazla olduğu ortak faktörlerin belirlenmesidir.
- c) Faktörlerin rotasyonu: Amaç, isimlendirilebilir ve yorumlanabilir faktörler elde etmektir. Rotasyonda en çok kullanılan yöntem orthogonal rotasyon olup bunlar, varimax (en sık kullanılan teknik), equamax ve quartimax' tır.
- d) Faktörlerin isimlendirilmesi: Maddelerin ağırlıklı olarak yığıldıkları faktörler dikkate alınarak, ifade ettikleri yapıya göre isimlendirilmesi yapılır (91, 108, 111).

b. 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 (91, 108). Ölçek uyarlamalarında daha çok, ölçeklerin yapısı hakkında var olan bir hipotezi sınadığı için doğrulayıcı faktör analizi kullanılır (93, 105).

IV. Duyarlık ve Özgüllük: Bir ölçme aracının yakınlaşım-ayrışım geçerliğini belirlemede kullanılan bir başka teknik de, ölçümün duyarlık (sensitivity) ve özgüllüğünü (specificity) saptamaktır. Bu yaklaşım özellikle bir tanı koyma aracı geliştiriliyorsa önem taşır. Aracın duyarlığı, deneklerde incelenen olayın gerçekten var olma durumunu, yani gerçek olumluları saptama yeteneğini belirler. Özgüllüğü ise, incelenen olayın bulunmaması durumu, yani gerçek olumsuzluğu saptama yeteneğidir (104).

2.3.2.2. Güvenirlik

“Güvenirlik ölçümün ruhudur.” Daha kavramsal tanımlamak gerekirse “ölçülen özelliğin değişmemesi ve ölçümlerin tekrarlandığı durumlarda da bu kararlılığın gösterilmesi” durumu olarak tanımlanabilir (108). Ölçülen özelliğin rastgele hatalardan arınık olması durumudur (97, 108, 104). Niceliksel verileri toplayan bir aracın güvenilirliği, kalitesi ve doğruluğunun değerlendirilmesinde temel bir ölçüttür (102) Bir ölçümün random hatadan arınmış olması olarak tanımlanabilir. Güvenirlik, geçerlik için ön koşul niteliğindedir. Güvenirlik; bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi, diğer bir deyişle aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır. Aynı süreçlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılması ile aynı sonuçların alınmasıdır, yani ölçmenin rastlantısal yanılılardan arınık olmasıdır (99, 104). Güvenirlik bir ölçeğin tutarlılığını gösterir, onun her zaman aynı sonuçları vereceğini belirtir. Bu testin devamlılığını ifade eder. Güvenirlik bir ölçü aracının devamlılık ölçüsüdür (97, 102). Özetle güvenilirlik; değişmezlik, yeterlik kestirim, eşdeğerlik ve tutarlılığın sağlanmasını anlatır (105, 107).

Güvenirlikte şu noktalara özen gösterilmelidir:

1. Güvenirlik bir ölçü aracının sonuçları ile ilgilidir. Böylece güvenilirlik durumdan duruma, gruptan gruba farklılık gösterebilir. Örneğin ikinci sınıflara uygulanan bir testin güvenilirlik katsayısı, dördüncü sınıflardan farklı olabilir.
2. Güvenirlik bir türü ifade eder. Değişik güvenilirlik türleri vardır ve her biri farklı amaçlar için yararlı olur.
3. Güvenirlik geçerlik için gereklidir, fakat yeterli değildir. Bir test ölçmek istediğini ölçüyor, fakat devamlı tutarlı bir ölçüm vermiyor ise bu test geçerlidir, ancak güvenilir olmadığından kullanılamaz.

4. Geçerlikten farklı olarak güvenilirlik tamamen istatistiksel bir kavramdır. Güvenirlik katsayısı değeri -1.00 ile +1.00 arasında değişir (103, 113).

Güvenirlik Türleri

Temelde güvenilirlik hesaplaması, bir ölçeğin kendi kendisiyle (içindeki 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 teknikleriyle belirlenmiştir. Güvenirlik türleri aşağıdaki gibidir (107, 113):

1. Zamana göre değişmezlik
2. Bağımsız gözlemciler arası uyum
3. İç tutarlık

1. Zamana Göre Değişmezlik

a. Tekrar-Test Güvenirliği: Testin ölçmedeki kararlılığını gösterir (103, 114). Test-tekrar test güvenirligi zamana göre değişmezlik ilkesini temsil eder. Aracın değişik zamanlardaki yinelemeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliği ile ilgilenir (105, 115). Ölçülen özellik kısa zaman içerisinde değişkenlik göstermiyor ise tekrarlayan testlerde aynı ya da oldukça yakın sonuçların alınması beklenir (105, 108). Bu güvenilirlik sınaması genellikle fiziksel ve teknoloji ile ilgili ölçümler, yazılı ölçekler (skala) ve gözlemlerde kullanılır. Birçok ilgi odağı zaman içinde değişimlere uğrar. Tutumlar, davranışlar, duygular bilgiler, fiziksel durum vb. özellikler iki ölçüm dönemi arasında değişme gösterebilir (105, 116). Testin ölçüldüğü niteliğin sürekli değişkenlik gösterdiği durumlarda kullanılmaz (104). Ölçüm zamanları arasında ölçülen değişkenlerin istikrarlı kalması, diğer yandan da diğer koşulların da bunda etki etmemesi zorunluluğu vardır. Bu koşulun her zaman yerine getirilmesi olanaklı olmadığından, test-tekrar test güvenirligi çoğu kez olduğundan daha düşük düzeyde hesaplanır (110).

Testin tekrarı yönteminde, iki farklı yol izlenir.

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

Ancak yeniden sınama için ayrılan sürenin, bellek etkisini kaldırarak kadar uzun, denek değişikliğine neden olmayacak kadar kısa, örneğin 2 haftadan bir aya kadar bir süre şeklinde belirlenmesi önerilir (103, 104, 105, 109). Araştırmacı aynı testi aynı birey örneğine iki defa uygular ve sonrada elde edilen puanları karşılaştırır. İki ölçüm arasındaki durumu değerlendirmede ölçüm aracından elde

edilen hesaplanmış puanların karşılaştırılmasının yanı sıra ölçeğin her maddesine verilen yanıtların da karşılaştırması yapılmalıdır (103, 108).

Karşılaştırma işlemi, test güvenilirliğinin büyüklüğünün sayısal indeksi olan güvenilirlik katsayısının (reliability coefficient) hesaplanmasıyla nesnel olarak gerçekleştirilir (102, 103, 108). Değişmezlik güvenirligi iki ölçüm takımı arasında yapılacak basit sıralama korelasyon katsayısı ile belirlenir. Pearson momentler çarpım korelasyonu, Spearman sıralama korelasyonu, ya da başka bir sayısal veya niteliksel korelasyon katsayısı kullanılabilir (109, 117). Korelasyon katsayısı, bir ilişkinin ne kadar mükemmel olduğunu özetler. Bir korelasyon katsayısı **-1.0** ile **+1.0** arasında bir değer alır. İki ölçüm arasında yapılan karşılaştırmada +1.00 değeri var ise pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki olduğunu, -1.00 değeri negatif yönlü çok güçlü bir ilişki olduğunu gösterir. 0.00 değeri ve yakın değerler ise bir ilişki olmadığını ya da zayıf ilişki olduğunu gösterir (102, 108). Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu belirlemede kullanılan korelasyon katsayısının pozitif yönde ve yüksek düzeyde ilişki göstermesi gerekmektedir. Genel olarak bu korelasyon katsayısının +0.70 ve üzerinde olması ölçeğin değişime karşı güvenirligini gösterir (102, 108, 105).

Korelasyon katsayıları incelenirken dikkat edilecek birkaç nokta bulunmaktadır. Bunlar:

1. Ölçüm değeri sürekli değişken ise,
2. Ölçüm aracı interval ya da oransal ölçek ile değerlendiriliyorsa,
3. Ölçülen çift sayısı 30 ve üzerinde ise “Pearson korelasyon katsayısı” hesaplanır.

Yukarıda belirtilen koşulların sağlanamadığı durumlarda “Spearman korelasyon katsayısı” hesaplanır. Özellikle ölçek maddeleri ordinal yapıda ise spearman korelasyon hesaplaması yapılması gereklidir (115, 117).

Test-tekrar test yöntemi güvenirligın değerlendirilmesinde oldukça kolay ve güçlü bir yaklaşım olarak kendini gösterir. Bildirime dayalı, gözlem ve fizyolojik ölçümlerle kullanılan bir yöntemdir. Buna karşın test-tekrar test yaklaşımı belirli dezavantajlara da sahiptir. Sorun, ölçüm aracının değişmezliğinden bağımsız olarak, ilgilenilen birçok özelliğin zaman akışı içerisinde değişebilir olmasıdır. Tutumlar, davranışlar, ruh hali, bilgi, fiziksel durum gibi değişkenler iki testin uygulanması arasında geçen süre içerisinde kolaylıkla değişebilir. Değişmezliği değerlendirmede kullanılan işlemler, ölçülmesi gereken özelliklerdeki rastgele dalgalanmalardan oluşan değişiklikler ve gerçek değişiklikleri çarpıtabilir. Buna karşın test tekrar test yönteminde değişmez kalan özellikler de yok değildir (102,114).

Sonuç olarak test-tekrar test yaklaşımı, bir ölçüm aracının zaman akışı içerisindeki değişmezliğinin değerlendirilme işlemidir. Genel olarak güvenilirlik

katsayıları uzun süreli tekrar testlere oranla (yani bir ya da iki aydan daha uzun süreli) kısa süreli tekrar testleri için daha yüksek olma eğilimindedir (102).

b. Paralel Form Güvenirliği: Aynı testin eş değer iki formunun aynı ya da eşleştirilmiş iki gruba aynı anda (süre verilmeden) uygulaması yapılır. Ya da aynı testin iki eşdeğer formunun aynı ya da eşleştirilmiş iki gruba ara-süre vererek uygulanması ile yapılır. Birincide iki eş değer arasında eşdeğerlilik katsayısı, ikincide ise eşdeğerlik-kararlılık katsayısı bulunur (101, 102, 110). Alternatif ya da eşdeğer form güvenirligi olarak da adlandırılan bu güvenirlilik ölçütü genellikle ölçek oluşturulurken kullanılan bir yöntemdir. İki form halinde ve eşdeğer nitelikte geliştirilmiş bir ölçeğin aynı gruba bir ya da iki oturumda uygulanmasında elde edilen puanlar arası korelasyonlar Pearson Momentler Çarpımı formülüyle hesaplanır. Birçok testin paralel formu olmadığı ve testin iki farklı oturumda uygulanması zorunluluğu nedeni ile paralel formlar güvenirligi yöntemi daha az kullanılır (109, 104).

2.Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum:

Birden fazla gözlemcinin birbirinden bağımsız olarak aynı şey(ler)i ölçmek istemesi durumunda yöntem uygulanabilir. Bağımsız gözlemcilerinin gözlem sonuçları ne kadar birbirine yakın ise ölçmenin o denli güvenli olduğu söylenebilir. Bağımsız gözlemciler arası uyumun hesaplanmasında Kendall'ın uyum katsayısı, ya da özel değişkenlik çözümlenmesi tekniği kullanılmaktadır (103). Bu yöntemi kullanmak için iki koşul vardır. Bu iki koşul şöyledir: (1) Farklı gözlemci ya da araştırmacının aynı zamanda, aynı fenomeni ölçmek için tek bir aracı kullanması ya da (2) Tahminen birbirine koşut iki aracın aynı zamanda bireylere uygulanmasıdır. Her iki durumda da amaç, aynı katılımcılarda, aynı özelliklerin ölçümlerini edinerek aracın/araçların tutarlık ya da eşitliğini saptamaktır (114, 115). Bu güvenirlilik özellikle gözleme dayalı veri toplama ya da birden fazla veri toplayıcının bulunduğu çalışmalarda sınanması gereken bir güvenirliliktir. Önceden belirlenmiş bir kayıt (kodlama) planına göre tutulan kayıtlar daha sonra bir uyum ya da eşitlik ölçüsüne göre karşılaştırılır. Gözlemciler arası uyumun gereği gibi yargılanması için gözlemci ya da kaydedicilerin en az on olay ya da özneyi gözleyip kayıt tutmuş olmaları gerekir (102, 105).

Gözlemciler arası güvenirlilik aynı olayı eş zamanlı gözlemleyen ve daha önceden belirlenmiş plan ya da kodlama sistemine göre bağımsız değişkenleri kaydeden iki ya da daha fazla eğitilmiş gözlemciye sahip olmakla hesaplanır. Oluşan kayıtlar daha sonra bağımsız gözlemciler arası uyum ya da uyum indeksini hesaplamak için kullanılır. Böyle bir indekse ulaşmada birkaç işlem olasıdır. Gözlemsel verilerin birkaç türü için korelasyon teknikleri uygundur. Yani, bir korelasyon katsayısı bir gözlemcinin sıralamasıyla başka bir gözlemcinin sıralaması arasındaki ilişkinin gücünü göstermek için hesaplanabilir. Başka bir işlem ise aşağıdaki denklemi kullanan bir uyum işlevi olarak güvenirliliğin hesaplanmasıdır:

$$\frac{\text{Uyum sayısı}}{\text{Uyum sayısı} + \text{Uyumsuzluk sayısı}}$$

Bu basit formül, gözlemci uyumlarını olduğundan daha yüksek gösterme eğilimindedir. Gözlemsel ölçümlerin güvenilirliğini hesaplamada Cohen's kapa, varyans analizi, sınıf içi (intraclass) analiz ve sıralı (rank-order) korelasyon teknikleri kullanılmaktadır (102, 117).

Ölçümlerin eşitliğinin hesaplandığı ikinci koşul ise, tek bir aracın iki alternatif koşul formlarına ulaşılabilir olduğunda söz konusudur (102). Eğer araştırma tasarımında yinmeli ölçümler söz konusu ise, böyle alternatif ölçekler kullanılarak tasarımın niteliği yükseltilebilir. Ancak bir tek ölçeğin bile gereği gibi oluşturulması yeterince zor iken, aynı amaçla ikinci bir ölçeği kullanmak oldukça seyrek başvurulan bir yöntemdir. Bu yöntem beceri, yetenek ve bilgi ölçmek için uygundur (105). Bu tür araştırma problemleri, birkaç eğitim alanı dışında hemşirelik araştırmalarında pek sık görülmez. Örneğin bir hemşirelik bilgisi testinin alternatif yapılarına gereksinim duyulabilir. Böyle bir durumda iki ayrı yapının ardı ardına aynı örnekleme uygulanması gerekir. Bu işlem iki aracın gerçekte aynı özelliği ölçüp ölçmediğini saptamak için uygulanır (102).

3. İç Tutarlık:

Ölçme araçlarının iç tutarlığı aracın belli bir amaçla, bağımsız birimlerden oluştuğu ve bunların bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit aralıklı olduğu varsayımına dayanan bir kavramdır. İç tutarlığa bu nedenle aracın benzeşliği (homojenlik) de denilmektedir (105, 113). Bir madde toplamı içeren bileşik ölçek ve testler, genellikle iç tutarlıkları açısından da değerlendirilir. Bir araç, tüm alt bölümlerinin aynı özellikleri ölçtüğü sürece iç güvenilirli ya da benzeşik (homojen) olduğu söylenebilir (102). Bir aracın güvenilirliğinin değerlendirme iç tutarlık yaklaşımı, büyük bir olasılıkla günümüzde araştırmacılar tarafından en yaygın kullanılan yöntemlerdendir. (117).

İki yarıya bölme yöntemi iç tutarlığın en eski yöntemlerinden birisidir. Bu yaklaşımda bir testi oluşturan maddeler iki gruba bölünür ve bağımsız olarak puanlanır (102, 104, 105). Bu yöntem motivasyon, yorgunluk ya da zaman içerisinde performans etkileyebilecek diğer psikolojik etkenler söz konusu olduğundan test-tekrar test ve paralel formlara göre daha güçlüdür (105). Bu yarıya bölme işlemi birkaç şekilde yapılabilir. Bunlardan ilki ölçek maddelerini ilk yarı, ikinci yarı diye bölmektir. Sık kullanılan diğer bölme yöntemi ise aracı tek sayılı ve çift sayılı maddelerine ayırarak bölmektir. Bu yarılar arasında ilişki arayan çözümleme ile aracın iç tutarlığı kestirilebilir (117). Bu iki yarım testin puanları bir korelasyon katsayısının hesaplanması için kullanılır. Bir ölçümün bölünmüş yarılarında hesaplanan korelasyon katsayısı, tüm ölçeğin güvenilirliğinin sistematik olarak gerçek değerinin altında olma eğilimindedir. Uzun ölçekler, daha kısa ölçeklere oranla daha fazla güvenilirlerdir. Bu nedenle yarıya bölme yaklaşımı her geçen gün bu yetersizliği gideren formüllerle desteklenir. Bu güçlüğün üstesinden gelmede, tüm testin güvenilirliğinin değerlendirilmesini vermek için korelasyon katsayı düzeltme formülü geliştirilmiştir. **Spearman-Brown prophecy formülü** olarak adlandırılan korelasyon denklemi şöyledir (101, 102, 105):

$$r^1 = \frac{2r}{1+r}$$

r= Ölçek yarılarının korelasyon katsayısı

r¹= Ölçek bütünü için kestirilen güvenilirlik katsayısı

Bir ölçekteki sorulara verilen cevapların birey ve sorulara göre önemliliğini belirlemek için iki yönlü varyans analizi yapılır. Sorular arasındaki benzerliklerin analizi için F testi yapılır. Bir araç, hedef gruba yönelik hazırlanmış ise gruptaki bireylerin ve soruların türdeşliğinin analiz edilmesi gerekir. Eğer bireyler homojen değil ise araç güvenilir bir araç bile olsa hedef toplum (grup) farklılığı nedeniyle güvenilirliği düşük çıkabilir. Bu durumda iki yönlü varyans analizi yaklaşımı ile test edilmesi ve bireylere göre düzeltilmiş varyanslara göre güvenilirlik hesaplamaları yapılması gerekir. Ölçeğin toplanabilir ölçek tipinde hazırlanıp hazırlanmadığı Tukey eklenebilirlik testi ile değerlendirilir. Sorular arasındaki korelasyon katsayılarından yararlanılarak standartize alfa katsayısı ve Gutmann katsayıları hesaplanabilir (118). Bölünmüş ölçüm tekniğinin kullanımı oldukça kolaydır ve test-tekrar test yaklaşımı ile ortaya çıkan birçok sorunu ortadan kaldırmaktadır (115, 116).

Bunun dışında yaygın olarak kullanılan iki yöntem alfa katsayısı ya da Cronbach Alfa (Cofficient Alpha/Cronbach's Alpha), Kuder-Richardson 20 (KR-20) ve Kuder-Richardson 21 (KR-21) formülüdür. Kişilik, ilgi ve tutum gibi davranış test ve envanterlerinde cevaplar “derecelendirilmiş” ise, o zaman Cronbach Alfa katsayısından yararlanır (102, 109). Cronbach Alfa ve ikiye bölünmüş maddelerde kullanılan en genel alfa katsayısının özel bir durumu olan KR-20 ve KR-21 bölünmüş ölçek işlemlerinde yeğlenir, çünkü ölçeği iki yarıya bölmenin tüm olası biçimleri için bölünmüş ölçek korelasyonunun bir hesaplamasını verir (113, 117). KR-20 eşitliği ile güvenilirliği bulmak için testteki her maddenin güçlük derecesinin (p) bilinmesi zorunludur. P değeri grupta o soruya doğru cevap verenlerin sayısının, soruyu cevaplandıran toplam kişi sayısına bölünmesi ile elde edilen yüzdelerdir. Bu nedenle, testin madde analizinin yapılmış ve soruların güçlük derecesinin bulunmuş olması gerekmektedir (109). KR-21 eşitliğinde ise test bir gruba uygulanıp ortalama ve standart sapması hesaplandıktan sonra, testteki soru sayısı da bilindiği için güvenilirlik katsayısı bulunur. KR-21 bazı varsayımlara dayanmaktadır. Bunların en önemlisi testteki her sorunun güçlük derecesinin aynı olduğu, ya da güçlük derecesinin %50 olduğu varsayımdır. Bu nedenle KR-21 ile elde edilen güvenilirlik katsayıları, testi yarılama yöntemi ile elde edilen güvenilirlik katsayısına göre düşük çıkmaktadır (102, 109). Cronbach Alfa, KR-20 ve KR-21 formüllerinin hepsinde normal değer sayısı 0.0 ile 1.00 arasındadır ve yüksek değerler yüksek bir iç tutarlık derecesini gösterir. Bu madde istatistikleri ölçme aracındaki her maddenin aldığı değer ile aracın tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi ifade eder. Burada tek boyutluluk söz konusudur. Testteki maddelerin ölçülmek istenen yapıyı ölçüp ölçmediklerine bakılmaktadır. Belli bir düzeyde korelasyon katsayısına sahip olmayan maddelerin yeterince güvenilir olup olmadığına böylece karar verilir. Bir maddenin güvenilir olup ölçme aracında kalmasına karar verme durumu, araştırmacının aldığı ölçüte göre değişir; ancak 0.8 ve üzerinde korelasyon katsayısı bulunan maddeler genelde ölçeğe alınır (90, 100).

İç tutarlığın sınındığı bir diğer yöntem Kappa uyum çözümlmeleridir. “Cohen’s Cappa Statics” olarak da belirtilen bu çözümlmelerde, aracın toplam ölçüm değeri ile maddelerin her biri ya da araçtaki her bir madde ile diğerleri arasında ilişki kurma yoluyla, aracın rastlantı olarak taşıdığı uyum oranını belirlemek amaçlanır. Bu yöntemin daha çok yeni araç geliştirmede kullanılması yaygındır ve düşük ilişki katsayısı getiren maddeler ayıklanarak, aracın güvenilirliği yükseltilmiş olur (104, 117).

Gerek geliştirilen, gerekse uyarlanan bir ölçeğin iç tutarlığını değerlendirmek üzere başvurulan bir diğer yöntem ise madde istatistikleridir (115). Maddelerin testin geneli ile tutarlığını incelemek gerektiğinde madde-test korelasyonu hesaplanır (101). Madde istatistikleri ya da madde güvenilirliği olarak bilinen bu yöntemde, hep bir test maddesinin varyansı, toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak arasındaki ilişkiye bakılır. Bu ilişki Pearson Momentler çarpımı korelasyonunun düzeltilmiş formülü ile hesaplanır (104, 107).

Özet olarak, benzeşiklik indeksleri ya da iç tutarlık, bir ölçümün farklı alt bölümlerinin kritik özelliklerin ölçümü açısından eşit olma kapsamını değerlendirir. Bölünmüş ölçek tekniği sıkça benzeşikliği hesaplamak için kullanılır, buna karşı alfa katsayısı en çok tercih edilen yöntemdir (102).

Tablo 2.2. Güvenirlik Sınama Yöntemleri, Kullanılabileceği Durumlar ve İstatistikler

Yöntem	Durum	İstatistiksel Formüller
Değişmezlik Test-tekrar test	Ölçülen nitelik kararlı ise	Pearson Momentler Çarpım Korelasyonu
Paralel Form	Genellikle ölçek geliştirmede, referans test varlığında	Pearson Momentler Çarpım Korelasyonu
Ölçümcü Güvenirliği Gözlemciler arası uyum	2 ya da çok gözlemci aynı niteliği ölçerse	Korelasyon t-testi, Varyans Analizi, Kappa İstatistiği
Gözlemciler içi uyum	Tek gözlemci aynı niteliği farklı zamanlarda ölçerse	Korelasyon t-testi
İç tutarlılık Testi yarılama	İki yarıda varyans eşit-çok yakın ise Madde puanları süreksiz ise Sürekli (Likert tipi) ise Her madde aynı güçlük derecesine sahip ise	Spearman-Brown KR-20 Cronbach Alfa KR-21
Madde istatistikleri	Maddeler süreksiz, iki seçenekli ise Sürekli (Likert tip) ise	Pearson Momentler çarpımı korelasyonu düzeltilmiş formülü ile (bi-serial) Pearson Momentler çarpımı korelasyonu düzeltilmiş formülü (point-bi-serial)

Kaynak: Aksayan S, Gözüüm S (2002)^b. Kùltürlerarası Ölçek Uyarlaması için Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4 (2) : 20.

2.3.2.3. Kùltùrlerarası Karşılaştırma

Ölçek uyarlama çalışmasının bu aşamasında uyarlanan ölçeğın normları saptanır ve diğer dillerdeki ölçek normları ile karşılaştırılır. Bu aşamada aşağıdaki soruların yanıtları aranır:

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

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

“Uyarlanan ve orijinal ölçeğın faktör yapıları benziyor mu?”

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

Bir ölçeğı farklı dillere uyarladıktan sonra kùltùrlerarası karşılaştırma yapmak ayrı bir aştırma konusu olup, özel koşulları vardır. Bu tür aştırmalarda ölçeğı geliştiren ve uyarlayan aştırıcılar genellikle birlikte çalışırlar. Her iki kùltürde benzer özellikleri olan bireylere uygulanan iki ölçeğın tüm psikometrik özellikleri, ölçekteki maddelere verilen yanıtların yüzdeleri ve benzeri birçok özellik karşılaştırılır (97, 104, 111).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Klaas ve Barbro Wijma tarafından (1998) İsveç'te geliştirilmiş olan "Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu" nun Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacı ile yürütülmüş metodolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi kadın doğum poliklinikleri bekleme salonunda, 4 Şubat-24 Ekim 2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi kadın doğum polikliniklerine kontrol için gelen gebeler oluşturmaktadır. Ocak 2007- Ocak 2008 yılı içerisinde Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe eğitim polikliniğine yaklaşık 9600, Antalya Atatürk Devlet hastanesi gebe eğitim polikliniğine yaklaşık 7500, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi gebe polikliniğine yaklaşık 7250 gebe başvurmuştur. Araştırmanın örneklem grubu ölçülecek olan her bir değişkenin 20 katı alınarak hesaplanmıştır (119). Ölçekte 33 değişken vardır. Bu doğrultuda 660 kişilik bir örneklemin araştırmanın evrenini temsil etmede yeterli olduğu düşünülmüştür. Araştırma kapsamına alınan gebeler, her üç hastaneden 220'şer kişi olacak şekilde, amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

- Sadece Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesine başvurmuş olması
- Araştırmaya katılacak olan gebelerin 15 yaşın üzerinde ve 45 yaşın altında olması,
- Gebeliğinin 28-40. haftasında olmasıdır

3.5. Araştırma Kapsamına Alınmama Kriterleri

- Kronik sistemik bir hastalığının olması,
- Şimdiki gebeliğinde komplikasyon öyküsü olması,
- Sezaryen doğum öyküsü olması,
- Cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon hastalığının olması,
- Fetüste komplikasyon saptanmış olmasıdır.

3.6. Araştırma Etiği

Orijinal ölçeğin, Türkiye’de kullanmak amacıyla geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapabilmek için Linköping Üniversitesi Tıbbi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi, Prof.Dr. Klaas Wijma’dan e-posta yolu ile izin alınmıştır (EK 1). Akdeniz Üniversitesi Hastanesi için Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğünden (EK 2), Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde çalışmanın yürütülebilmesi için ise Sağlık Bakanlığında izin alınmıştır (EK 3). Çalışmanın amacı yazılı ve sözel olarak araştırmaya katılacak olan gebelere açıklanmış ve araştırmaya katılımları konusunda sözel onamları alınmıştır. Yazılı açıklama anket formunun ilk sayfasında Tanıtıcı Bilgi Formunda yer almıştır (EK 4).

3.7. Kullanılan Gereçler

Araştırma verilerini toplamak amacıyla aşağıdaki gereçler kullanılmıştır.

1. Kişisel Bilgi Formu
2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A)
3. Beck Anksiyete Envanteri
4. Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği
5. Endişe Şiddeti Ölçeği

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatüre (49, 55) dayanarak hazırlanan soru formunda, bireylerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, gebelik haftası, eğitim durumu, sürekli ilaç kullanılmasını gerektiren bir rahatsızlık, baba desteği, eşin ve kendisinin bebeği isteme durumu, doğum öncesi eğitim ve eğitimin nereden alındığı) ve obstetrik öykülerini (canlı doğum sayısı, küretaj yaşama durumu ve küretaj sayısı, düşük yaşama durumu ve düşük sayısı, ölü doğum yaşama durumu ve ölü doğum sayısı) sorgulayan toplam 18 soru bulunmaktadır.

3.7.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

Doğum korkusunu ölçecek yeterli bir psikolojik ölçüm aracının bulunmaması nedeniyle doğum korkusunu araştırmaya ilişkin güçlükler yaşanmaktaydı. Bu nedenle Klaas ve Barbro Wijma tarafından, kadınların doğum korkusu ile ilgili yaşadığı klinik deneyimlerden yararlanılarak Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) geliştirilmiştir (53). W-DEQ, kadınlara doğumdan önceki beklentileri (versiyon A) ile doğumdan sonraki deneyimlerini (versiyon B) sorgulayan sorular yönelterek, doğum eylemi sırasında ve sonrasında doğuma ilişkin yaşanan korkunun yapısını ölçmek üzere geliştirilmiştir. W-DEQ’ nun iç tutarlık ve iki yarıya bölme güvenilirliğinin (split-half) 0.87’ nin üzerinde olması, aracın ölçüm için uygun bir ölçek olduğunu göstermektedir. Bu ölçek, doğum yapmamışların yanı sıra, doğum yapmış kadınların yaşadığı doğum korkusunu da belirlemeye olanak tanımaktadır (53).

W-DEQ ilk geliştirildiğinde 54 soru maddesi içermekteydi. Madde toplam skorlarının hesaplanmasından sonra, gestasyonun 32’nci haftası (versiyon A), doğumdan iki saat ve doğumdan 5 hafta sonra (versiyon B) ölçüm yapıldığında, hem

doğum yapmış, hem de yapmamış kadınlardan elde edilen toplam skorlarda, 30'un üzerinde korelasyon göstermeyen maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Böylece W-DEQ'nün 33 maddeli son şekline ulaşılmıştır.

Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Altı puanlı ölçek seçilmesinin nedeni, ölçek puanlarının arttıkça güvenilirliğin artmasıdır. Ancak bu artış yedi puan ve sonrasında olmamış, sabit kalmıştır. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır.

W-DEQ orijinal geçerlik güvenirlik çalışması, 96'sı primipar, 100'ü multipar olan 196 kişi ile yapılmıştır. Multipar kadınlar arasında önceki doğumunu sezaryen ile yapanlar örneklem grubuna alınmamıştır; çünkü W-DEQ cerrahi doğumda yaşanan korkuyu ölçmek için geliştirilmemiştir. W-DEQ puanları dört alt grupta toplanmıştır. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı \leq 37), orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlardır (W-DEQ puanı \geq 85) (53).

3.7.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Bu araştırmada Beck Anksiyete Envanteri ölçüt geçerliğini değerlendirmek için kullanılmıştır. Ergen ve yetişkinlerde anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemek amacı ile Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen, 21 maddeden oluşan, Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir (120). Bu ölçek Ulusoy ve arkadaşları (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (121). Bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. Her madde için "hiç, hafif derecede, orta derecede ve ciddi derecede" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenmektedir. Verilen cevaplara 0 ile 3 arasında değişen puanlar verilir ve puan aralığı 0-63'tür. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısının 0.93, madde-toplam test korelasyon katsayılarının 0.45 ve 0.72 arasında değiştiği, test-tekrar test güvenirlik katsayılarının $r=0.57$ olduğu bildirilmiştir. BAE'nin ölçüt bağıntılı geçerlik katsayılarının; otomatik düşünceler ölçeği ile 0.41, Beck Umutsuzluk ölçeği ile 0.43, BDE ile 0.46, Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-S) ile 0.45 ve Sürekli kaygı Envanteri (STAI-T) ile 0.53 olduğu bildirilmiştir. Subjektif anksiyete (1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 19 maddeler) ve somatik belirtiler (2, 3, 6, 12, 13, 18, 20, 21 madde) olmak üzere iki faktörden oluşan bu ölçeğin, anksiyeteli gruba depresyon, karışık ve kontrol gruplarından anlamlı bir şekilde ayırt edebildiği belirtilmektedir. Ayrıca bu ölçeğin, anksiyeteli bireyleri STAI'den daha iyi ayırt edebildiği de bildirilmiştir (94, 120, 121).

3.7.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ)

Bu araştırmada Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ölçüt geçerliği değerlendirmek için kullanılmıştır. Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilen Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ahmet Akın ve Bayram Çetin (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçek 42 maddeden oluşmaktadır. Ölçek; (0) Hiç bir zaman (1) Nadiren (2) Sık sık (3) Genellikle ve (4) Her zaman şeklinde ifade edilen beşli likert tipi bir derecelemeye sahiptir. DASÖ' nün yönergesinde bireylerden her bir maddeyi son 15 gün içinde kendisi için ne kadar uygun olduğuna göre cevaplaması istenmektedir. DASÖ'de 14' ü depresyon, 14'ü anksiyete ve 14'ü stres boyutlarına ait olmak üzere toplam 42 madde bulunmaktadır. Depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her birinden alınan puanların yüksek olması, bireyin ilgili probleme sahip olduğunu göstermektedir. Ters madde bulunmayan ölçeğin toplam puanları her bir alt boyut için 0 ile 56 arasında ifade edilmektedir (122, 123).

Geçerlik ve güvenilirlik araştırması 590 üniversite öğrencisi, 121 İngilizce öğretmeni ve duygusal problemleri nedeniyle klinik ve psikolojik danışma merkezlerine başvuran 136 birey ile yürütülmüştür. Faktör analizi sonucunda ölçeğin orijinal formunda olduğu gibi üç faktörden oluştuğu ve faktör yüklerinin 0.39 ile 0.88 arasında değiştiği görülmüştür. Ayırt edici geçerlik sonuçları ölçeğin klinik ve normal örnekleme geçerli bir biçimde ayırt edebildiğini göstermiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.89, madde toplam korelasyonları 0.51 ile 0.75 arasında bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar ve iki yarı güvenilirlik puanları ise 0.99 ve 0.96 olarak belirlenmiştir (123).

3.7.5. Endişe Şiddeti Ölçeği (EŞÖ)

Bu araştırmada Endişe Şiddeti Ölçeği ölçüt geçerliğini değerlendirmek için kullanılmıştır. EŞÖ, depresyon ve anksiyete bozukluklarında endişenin ayırıcı şiddetini ve aşırı endişeli bireylerin klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla Gladstone ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiştir (124). Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Şebnem Tunay ve Gonca Soygüt (2007) tarafından yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda EŞÖ'nün test tekrar test bağıntısı ve iç tutarlık katsayısı (Cronbach's Alfa 0.88) istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Ölçek tek faktörlü bir yapı göstermiş olmakla birlikte, ölçek puanları depresyon ve anksiyete grubunda anlamlı olarak farklılaşmıştır (depresyon grubunda $X=8.14$, $SS=4.03$; anksiyete grubunda $X=11.56$, $SS=5.11$). Ayrıca Durumluk Sürekli Anksiyete Envanteri (Durumluk Anksiyete Envanteri için $r=0.42$; Sürekli Anksiyete Envanteri için $r=0.72$) ve Penn State Endişe Ölçeği ($r=0.75$) ile bağıntılarının istatistiksel olarak anlamlılığı ölçeğin yapı geçerliğini desteklemiştir (125).

3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, alınan uzman önerileri ve yapılan düzenlemeler sonucunda son şekli verilen ölçek sorularının anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla, örneklem özelliklerine uygun olan ve araştırma kapsamına alınmayan 30 gebe ile yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesinden 10, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 10 ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesinden 10 kişi ile görüşülmüştür. Bireylerden ölçeği anlamakta zorlandıkları maddeler, okunabilirlik

ve madde düzenleri açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Ancak okunabilirlik, anlaşılabilirlik ve madde formatı hakkında hiçbir öneri gelmediği için, ölçek son oluşturulan şekli ile çalışmada kullanılmıştır.

3.9. Araştırma Verilerinin Toplanması

Verilerinin toplanabilmesi için belirtilen hastanelerin başhekimleri ile görüşülüp yapılacak olan çalışma ile ilgili bilgiler verilmiş ve gerekli izinler alınmıştır. Gebeliğinin 28-40. haftasında ve araştırmaya katılmak için istekli olan nullipar ve multipar gebelerle tek tek görüşülmüştür. Araştırma kriterlerine uygunlukları değerlendirilmiştir. Araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmaya katılmaya istekli olan kadınlar ile teker teker görüşülerek, anket formları yüz yüze doldurulmuştur. Çalışmaya katılan katılımcıların isimleri alınmamış, anketlere hastane grubuna göre numara verilmiştir. Anket formlarından 41 (AÜ Hastanesi 15, AEA Hastanesi 21, AATD Hastanesinden 5) tanesi katılımcıların veri toplama sırasında poliklinik sıralarının gelmesi ya da doldurmak istememeleri nedeniyle iptal edilmiştir. Kriterleri karşılayan yeni katılımcılar seçilerek anket uygulanmıştır.

3. 10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for Social Science (SPSS) 13.0 yazılım paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak verilerin değerlendirilmesinde Tablo 3.1'de gösterilen analizler yapılmıştır.

Tablo 3.1. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Verilerin Analizi	İstatistiksel Yöntemler
Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	Sayı ve Yüzde
<i>Geçerlik Analizi</i>	
Kapsam Geçerliği	Kendall İyi Uyuşum Katsayısı
İç Ölçüt Geçerliği	Alt-Üst Grup Ortalamaları (t- testi)
Yapı Geçerliği	Bilinen Grup Karşılaştırılması
<i>Güvenirlilik Analizi</i>	
İç Tutarlık Analizi	Cronbach Alfa Katsayısı Hesaplama Split Half (Spearman Brown Düzeltilmiş Formül) Hesaplama
Madde İstatistikleri	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu

Gebelere ait olan sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde kullanılmıştır. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi leği A versiyonunu Türkçe'ye uyarlama çalışması 2 temel aşamada yapılmıştır. Bunlar, psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması ve psikometrik özelliklerin incelenmesidir (geçerlik ve güvenirlik alışmaları). Geçerlikte; kapsam geçerliği için Kendall İyi Uyuşum Katsayısı, i ölçüt geçerliği için Alt-st Grup Ortalamaları (t- testi), yapı geçerliği için Bilinen Grup Karşılaştırılması, güvenirlikte; iç tutarlık analizinde Cronbach Alfa Katsayısı Hesaplama, Split Half (Spearman Brown Düzeltmiş Formül) Hesaplama ve Pearson Momentler arpımı Korelasyonu yöntemleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %49.4' ü nullipar, %50.6' sı multiparlardan oluşmaktadır. Bu bölümde, katılımcılara ait sosyodemografik özellikler ile W-DEQ Ölçeği A versiyonunun psikolinguistik ve psikometrik özellikleri incelenmiştir.

4.1. Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Çalışmada Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesi kadın doğum polikliniklerine kontrol için başvuran 660 gebe ile görüşülmüştür. Gebelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=660)

Tanıtıcı Özellikler	Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı					
	Nullipar		Multipar		Toplam	
	sayı (326)	% (49.4)	sayı (334)	% (50.6)	sayı (660)	% (100)
Yaş						
15-19	181	55.5	21	6.3	202	30.6
20-24	102	31.3	48	14.4	150	22.7
25-29	33	10.1	132	39.5	165	25.0
30-34	6	1.8	103	30.8	109	16.5
35 ve üzeri	4	1.2	30	9.0	34	5.1
Hastane						
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	118	36.2	102	30.5	220	33.3
Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	104	31.9	116	34.7	220	33.3
Antalya Atatürk Devlet Hastanesi	104	31.9	116	34.7	220	33.3
Gebelik Haftası						
28-30 hafta	44	13.5	26	7.8	70	10.6
31-33 hafta	100	30.7	114	34.1	214	32.4
34-37 hafta	160	49.1	152	45.5	312	47.3
38 hafta ve üzeri	21	6.7	42	12.6	64	9.7
Eğitim						
İlköğretim	153	46.9	134	40.1	287	43.5
Lise	121	37.1	175	52.4	296	44.8
Lisans ve lisansüstü	52	15.9	25	7.5	77	11.7
Baba Desteği						
Evet	288	88.3	249	74.6	537	81.4
Hayır	27	8.3	24	14.7	76	11.5
Kısmen	11	3.4	36	10.8	47	7.1

Tablo 4.1'in Devamı. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=660)

Tanıtıcı Özellikler	Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı					
	Nullipar		Multipar		Toplam	
	sayı (326)	% (49.4)	sayı (334)	% (50.6)	sayı (660)	% (100)
Kadının ve Eşinin Bebeği İsteme Durumu						
Her ikiside bu bebeği istiyor	293	89.9	261	78.1	554	83.9
Kadın istiyor; fakat eşi istemiyor	30	9.2	48	14.4	78	11.8
Eşi istiyor; fakat kadın istemiyor	2	0.6	25	7.5	27	4.1
Her ikiside bu bebeği istemiyor	1	0.3	-	-	1	0.2
Doğum Öncesi Eğitim Alma Durumu						
Evet	129	39.6	132	39.5	261	39.5
Hayır	197	60.4	202	60.5	399	60.5
Eğitimin Nereden Alındığı						
Sağlık personeli	80	24.5	91	27.2	171	25.9
Gebe eğitim kitapları	6	1.8	3	0.9	9	1.4
İnternet	12	3.7	22	6.6	34	5.2
Televizyon	17	5.2	2	0.6	19	2.9
Anne	2	0.6	8	2.4	10	1.5
Sağlık personeli+internet	12	3.7	6	1.8	18	2.7

Tablo 4.1 incelendiğinde, çalışma grubunun %49.4' ü nullipar olmak üzere toplam 660 gebeden oluştuğu görülmektedir. Grubun %30.6'sı 15-19 yaş grubunda olup, gebeliğin en fazla olduğu yaş gurubunu oluşturmaktadır. 30 yaştan itibaren gruplarda gebelerin oranı daha azdır. Kadınların yarıya yakını (%47.3) 34-37. haftaları arasındadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu ilköğretim (%43.5) ve lise (%44.8) mezunudur. Araştırma kapsamına alınan gebelerin %81.4'ü gebelikleri sırasında bebeğin babasının kendilerine duygusal ya da fiziksel yönden destek olduğunu belirtirken, %83.9'u bebeğin hem eşi hem de kendisi tarafından istendiğini ifade etmiştir. Çalışmaya katılanların %60.5'i şimdiki gebelikleri sırasında doğum öncesi eğitim almadığını belirtmiştir. Multipar gebelerin obstetrik öykülerine göre dağılımı ise Tablo 4.2'de gösterilmiştir. Daha önce gebelik yaşayan kadınların %90.7'sinin yaşayan çocuklarının sayısı 1-2'dir. Katılımcıların %32.9' unun küretaj, %16.5' inin düşük, %3.0'mın ölü doğum deneyimi vardır.

Tablo 4.2. Daha Önce Gebelik Yaşayan Kadınların Obstetrik Öykülerine Göre Dağılımı (n=334)

Obstetrik Öykü	n	%
Canlı Doğum Sayısı		
1-2	303	90.7
3 ve üzeri	31	9.3
Küretaj		
Evet	110	32.9
Hayır	224	67.1
Küretaj Sayısı		
1-2	110	100.0

Tablo 4.2'nin Devamı. Daha Önce Gebelik Yaşayan Kadınların Obstetrik Öykülerine Göre Dağılımı (n=334)

Obstetrik Öykü	n	%
Düşük		
Evet	55	16.5
Hayır	279	83.5
Düşük Sayısı		
1-2	51	92.7
3-4	4	7.3
Ölü Doğum		
Evet	10	3.0
Hayır	324	97.0
Ölü Doğum Sayısı		
1-2	10	100.0

Araştırma kapsamına alınan 660 gebenin 220' si Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 220'si Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, 220'si ise Antalya Atatürk Devlet Hastanesinden seçilmiştir. Gebelerin seçiminde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların tanıtıcı bilgilerinin hastanelere göre dağılımı Tablo 4.3, Tablo 4.4 ve Tablo 4.5'de belirtildiği gibidir.

Tablo 4.3. Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerinin Hastanelere Göre Dağılımı (n=660)

Tanıtıcı Bilgiler	Hastaneler					
	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Akdeniz Üniversitesi Hastanesi		Antalya Atatürk Devlet Hastanesi	
	sayı	%	sayı	%	Sayı	%
Yaş						
15-19	82	37.3	58	26.4	62	28.2
20-24	46	20.9	54	24.5	50	22.7
25-29	48	21.8	54	24.5	63	28.6
30-34	26	11.8	46	20.9	37	16.8
35 ve üzeri	18	8.2	8	3.6	8	3.6
Gebelik Haftası						
28-30 hafta	36	16.4	22	10.0	12	5.5
31-33 hafta	90	40.9	54	24.5	70	31.8
34-37 hafta	74	33.6	122	55.5	116	52.7
38 hafta ve üzeri	20	9.1	22	10.0	22	10.0
Eğitim						
İlköğretim	118	53.6	86	39.1	83	37.8
Lise	82	37.3	114	51.8	100	45.5
Üniversite ve lisansüstü	20	9.1	20	9.1	37	16.8

Tablo 4.3'te, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki gebelerin %40.9' u gebeliğinin 31-33. haftasında iken; Akdeniz Üniversitesi Hastanesindeki gebelerin %55.5' i, Atatürk Devlet Hastanesindeki gebelerin ise %52.7' si gebeliğinin 34-37. haftasındadır. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki gebelerin %53.6' sının

ilköğretim mezunu, Akdeniz Üniversitesi Hastanesindeki gebelerin %51.8' inin, Atatürk Devlet Hastanesindekilerin ise %45.5'inin lise mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. Gebelerin Obstetrik Öykülerinin Hastanelere Göre Dağılımı (n=660)

Tanıtıcı Bilgiler	Hastaneler					
	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Akdeniz Üniversitesi Hastanesi		Antalya Atatürk Devlet Hastanesi	
	sayı	%	sayı	%	Sayı	%
Önceden Gebelik Yaşama Durumu						
Evet	102	46.4	116	52.7	116	52.7
Hayır	118	53.6	104	47.3	104	47.3
Canlı Doğum						
1-2	82	37.3	108	49.1	113	51.4
3 ve üzeri	20	9.1	8	3.6	3	1.3
Küretaj						
Evet	24	10.9	36	16.3	50	22.7
Hayır	78	35.5	80	36.4	66	30.0
Küretaj Sayısı						
1-2	24	10.9	36	16.3	50	22.7
Düşük						
Evet	32	14.6	16	7.2	7	3.2
Hayır	70	31.8	100	45.5	109	49.5
Düşük Sayısı						
1-2	28	12.8	16	7.2	7	3.2
3-4	4	1.8	-	-	-	-
Ölü Doğum						
Evet	6	2.8	4	1.8	-	-
Hayır	96	43.6	112	50.9	116	52.7
Ölü Doğum Sayısı						
1-2	6	2.8	4	1.8	-	-

Katılımcıların obstetrik öykülerinin hastanelere göre dağılımına bakıldığında, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesindekilerin %53.6'sı, Akdeniz Üniversite Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesindekilerin ise %47.3'ü ilk gebeliğini yaşamaktadır. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesindekilerin %37.3'ünün, Akdeniz Üniversite Hastanesindekilerin %49.1' inin, Antalya Atatürk Devlet Hastanesindekilerin ise %51.4'ünün 1-2 çocuğa sahip olduğu görülmüştür. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesindekilerin %10.9'unun, Akdeniz Üniversite Hastanesindekilerin %16.3'ünün, Antalya Atatürk Devlet Hastanesindekilerin ise %22.7'sinin küretaj öyküsü bulunmaktadır.

Tablo 4.5. Eş Desteği ve Bebeği İsteme Durumları (n=660)

Tanıtıcı Bilgiler	Hastaneler					
	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Akdeniz Üniversitesi Hastanesi		Antalya Atatürk Devlet Hastanesi	
	sayı	%	sayı	%	Sayı	%
Baba Desteği						
Evet	182	82.7	168	76.4	187	85.0
Hayır	30	13.6	30	13.6	16	7.3
Kısmen	8	3.7	22	10.0	17	7.7
Eşin ve Kendisinin Bebek İstek Durumu						
Her ikimizde bu bebeği istiyoruz	174	79.1	182	82.7	198	90.0
Ben istiyorum; fakat eşim istemiyor	36	16.4	22	10.0	20	9.0
Eşim istiyor; fakat ben istemiyorum	10	4.5	16	7.3	1	0.5
Her ikimizde bu bebeği istemiyoruz	-	-	-	-	1	0.5
Doğum Öncesi Eğitim						
Evet	126	57.3	64	29.1	71	32.3
Hayır	94	42.7	156	70.9	149	67.7
Eğitimin Nereden Alındığı						
Sağlık personeli	76	34.5	54	24.6	41	18.6
Gebe eğitim kitapları	6	2.7	4	1.8	3	1.4
İnternet	10	4.5	-	-	20	9.1
Televizyon	10	4.5	4	1.8	-	-
Anne	8	3.6	2	0.9	7	3.2
Sağlık personeli + internet	16	7.5	-	-	-	-

Tablo 4.5’de Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki gebelerin %82.7’sinin, Akdeniz Üniversitesi Hastanesindeki gebelerin %76.4’ ünün, Atatürk Devlet Hastanesindeki gebelerin ise %85.0’inin bebeğin babasından destek gördüğünü belirtmiştir. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki gebelerin %57.3’ü, Akdeniz Üniversitesi Hastanesindeki gebelerin %29.1’i, Atatürk Devlet Hastanesindeki gebelerin ise %32.3’ü doğum öncesi dönemde eğitim aldığını ifade etmiştir.

4.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Psikometrik Analizleri

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunun Türkçe’ye uyarlama çalışması 2 temel aşamada yapılmıştır.

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları)

4.2.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi / Dil Uyarlaması

Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çeviri çalışması; iki öğretim üyesi, bir okutman ve bir çevirmen tarafından yapılmıştır. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı öğretim üyesi tarafından düzenlendikten sonra, düzenlenen form her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümünde görevli iki okutman ve bağımsız bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir.

İngilizceden Türkçeye çeviriyi yapan kişiler

- Prof.Dr. İffet RENDA- Hemşire Danışman
- Doç.Dr.Fusun Terzioğlu-Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi
- Yrd.Doç.Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN-İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi
- Okutman Devrim ARDIÇ Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü Öğretim Elemanı

Türkçeden İngilizceye çeviriyi yapan kişiler

- Okutman Yılmaz KOÇER-Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü Öğretim Elemanı
- Okutman Ali BİLEN-Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü Öğretim Elemanı
- Hemşire Sheryl JACKSON-Vanderbilt University Medical Center Klinik Hemşiresi

4.2.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi (Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları)

4.2.2.1. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik Çalışması

Araştırmada Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu'nun Türkçe'ye uyarlanmasının geçerlik çalışması; kapsam geçerliği, ölçüt bağımlı geçerliği ve yapı geçerliği aşamaları kullanılarak yapılmıştır.

a. W-DEQ A Versiyonunun Kapsam Geçerliği

Görünüm geçerliği kapsam geçerliği ile benzer bir şekilde kullanılabilir, ancak daha zayıf bir yöntemdir. Bundan 25 yıl kadar önce sık kullanılan bir yaklaşım olduğu, temelde bir aracın incelenecek kavramı içerir görünümde olduğunu belirlediği ve bu yaklaşımın artık yeterli bir kanıtlayıcı sayılmadığı belirtilmektedir. Görünüm geçerliğinin genellikle tek uzmanın yargılarına dayalı bir süreç olması nedeniyle, günümüzde bir uzmanlar grubunun uyumlu yargılarına dayalı bir süreç uygulandığı bilinmektedir (105, 108). Bu nedenle görünüm geçerliği değerlendirilmemiş olup, kapsam geçerliği saptanmıştır.

Ölçeğin çevirisindeki ifadeler ile orijinal ölçekteki İngilizce ifadeler danışman ve araştırmacı tarafından incelenip, Türkçe çevirisi tekrar gözden geçirilmiştir. Gerekli

düzeltilmeler yapıldıktan sonra ölçek kapsam geçerliğini belirlemek üzere yedi uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini 10 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir (Tablo 4.6).

Ölçeğin kapsam geçerliği için görüş veren uzmanlar:

- Prof.Dr. İffet RENDA-Hemşire Danışman
- Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ-Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi
- Prof.Dr. Ahsen ŞİRİN-Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi
- Prof.Dr. Taha KARAMAN-Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi
- Doç.Dr. Fatma DEMİRKIRAN-Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi
- Doç.Dr. Tayup ŞİMŞEK-Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi
- Doç.Dr. Demet ÖNGEL-Akdeniz Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi

Tablo 4.6. W-DEQ A'nın Kapsam Geçerliliğinde Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Maddeler	\bar{X}	Sd	Minimum	Maksimum
1. Mükemmel	9.2857	0.75593	8.00	10.00
2. Korkunç	9.7143	0.48795	9.00	10.00
3. Yalnız	9.8571	0.37796	9.00	10.00
4. Güçlü	9.8571	0.37796	9.00	10.00
5. Kendinden emin	9.8571	0.37796	9.00	10.00
6. Korkmuş	9.4286	0.97590	8.00	10.00
7. Yüzüstü bırakılmış	9.4286	0.97590	8.00	10.00
8. Güçsüz	9.5714	0.78680	8.00	10.00
9. Güvende	9.7143	0.75593	8.00	10.00
10. Bağımsız	8.7143	1.88982	5.00	10.00
11. Umutsuz	9.7143	0.75593	8.00	10.00
12. Gergin	9.5714	0.78680	8.00	10.00
13. Memnun	9.7143	0.75593	8.00	10.00
14. Hoşnut	9.4286	0.97590	8.00	10.00
15. Terkedilmiş	8.8571	1.57359	6.00	10.00
16. Kendine hakim	9.2857	0.95119	8.00	10.00
17. Rahat	9.1429	1.06904	8.00	10.00
18. Mutlu	9.4286	0.97590	8.00	10.00
19. Panik	9.7143	0.75593	8.00	10.00
20. Ümitsizlik	9.5714	0.78680	8.00	10.00
21. Kavuşma isteği	8.7143	1.49603	6.00	10.00
22. Öz güvenli	9.2857	1.25357	7.00	10.00
23. Güvenli	9.4286	0.97590	8.00	10.00
24. Ağrılı	9.7143	0.75593	8.00	10.00

Tablo 4.6'nın Devamı. W-DEQ A'nın Kapsam Geçerliliğinde Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Maddeler	\bar{X}	Sd	Minimum	Maksimum
25. Kötü davranma	9.5714	0.78680	8.00	10.00
26. İzin verme	9.1429	1.06904	8.00	10.00
27. Kontrol kaybı	9.2857	0.95119	8.00	10.00
28. Keyif verici	9.0000	1.52753	6.00	10.00
29. Doğal	9.2857	1.49603	6.00	10.00
30. Olması gerektiği gibi	9.4286	0.97590	8.00	10.00
31. Tehlikeli	9.1429	0.89974	8.00	10.00
32. Bebeğin ölmesi	9.1429	1.06904	8.00	10.00
33. Bebeğin zarar görmesi	9.1429	1.06904	8.00	10.00
N		W_a	Sd	P
7		0.190	32	0.101

Alınan uzman görüşleri doğrultusunda yapılan ifade değişikliklerinin ardından Kendall Uyuşum Katsayısı (W_a) (Kendall Coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik geçerliği çalışması yapılmıştır. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunun değerlendirmesinde ölçek maddelerinin uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği konusunda yedi uzman görüşü istatistiksel olarak birbirleriyle uyumlu bulunmuştur (Kendall's W_a= 0.190, Sd=32, p=0.101) (Tablo 4.6). Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda yapılan düzeltmelerden sonra ölçek ön uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

Alınan öneriler ve yapılan düzeltmelerden sonra, araştırma kapsamına dahil edilmeyen 30 birey ön uygulamaya alınmış, bireylerden anketi anlamakta zorlandıkları maddeler, okunabilirlik ve madde düzenleri açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Ancak okunabilirlik, anlaşılabilirlik ve madde düzeni hakkında hiçbir öneri gelmediği için ölçek son oluşturulan şekli ile çalışmada kullanılmıştır.

b. Ölçüte Bağlı Geçerlik

Araştırmamızda W-DEQ A'nın ölçüte bağlı geçerliği alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi ve eş zaman geçerliği ile belirlenmiştir.

W-DEQ A Versiyonunun Alt-Üst Grup Ortalamalarına Dayalı Madde Analizi

Gebelerin ölçeğe verdikleri yanıtlara göre, ölçekten aldıkları toplam puanları en alttan en üste doğru sıralanmıştır. Ölçek puanları büyükten küçüğe doğru sıralamada üst %27'ye girenler üst grup, alt %27'ye girenler alt grup olarak ayrılmış ve bu iki grup arasında "t testi" yapılmıştır. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunun ölçek maddelerinin ölçüte bağlı geçerliği sonuçları Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. W-DEQ A'nın Ölçüte Bağlı Geçerliği Analizleri

Gruplar	N	\bar{X}	Sd	t	P
Alt Grup	178	61,32	10,46	- 38,44	0,00
Üst Grup	178	108,82	12,74		

Tablo 4.7’de belirtildiği gibi, ölçeğin üst gruptaki madde puan ortalamaları ile alt gruptaki madde puan ortalamaları incelendiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = -38,44$; $p = 0,00$).

W-DEQ A Versiyonunun Eş Zaman Geçerliliği

Araştırmamızda eş zaman geçerliliğini belirlemek için W-DEQ’nun A versiyonu ile BAE, EŞÖ ve DASÖ’nün karşılıklı korelasyonlarına bakılmış, Pearson Korelasyon Katsayısı analizi sonuçları Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Nullipar ve Multiparlarda W-DEQ A’nın BAE, EŞÖ ve DASÖ ile Karşılıklı Korelasyonları

Ölçekler	W-DEQ A Nullipar	W-DEQA Multipar	W-DEQ A Genel
Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	0.418**	0.464**	0.439**
Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği (DASÖ)	0.442**	0.416**	0.429**
Endişe Şiddeti Ölçeği (EŞÖ)	0.233**	0.204**	0.219**

** $p < 0.01$

Tablo 4.8’de belirtildiği gibi, W-DEQ’nun A versiyonu ile, BAE arasındaki korelasyon nulliparlarda 0.418, multiparlarda 0.464 olarak, DASÖ arasındaki korelasyon nulliparlarda 0.442, multiparlarda 0.416 olarak, EŞÖ arasındaki korelasyon nulliparlarda 0.223, multiparlarda 0.204 olarak bulunmuştur. W-DEQ ile BAE, DASÖ arasında orta derecede; EŞÖ ile zayıf derecede ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu korelasyonların tamamı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). W-DEQ, BAE, DASÖ ve EŞÖ’nün interkorelasyonları Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Nullipar ve Multiparlarda W-DEQ A’nın BAE, EŞÖ ve DASÖ ile İnterkorelasyonları

	W-DEQ A			BAE			DASS		
	ng (n=326)	mg (n=334)	tg (n=660)	ng (n=326)	mg (n=334)	tg (n=660)	ng (n=326)	mg (n=334)	tg (n=660)
BAE	0.418**	0.464**	0.439**						
DASÖ	0.442**	0.416**	0.429**	0.762**	0.743**	0.750**			
EŞÖ	0.233**	0.204**	0.219**	0.455**	0.338**	0.418**	0.467**	0.422**	0.446**

ng; nullipar grup, mg; multipar grup, tg; toplam grup

** $p < 0.01$

Tablo 4.9’a göre DASÖ ile BAE arasındaki korelasyonun hem nulliparlarda, hem multiparlarda, hem de toplam grupta yüksek olduğu görülmektedir ($r > 0.7$).

c. W-DEQ A Versiyonunun Yapı Geçerliliği

Araştırmamızda yapı geçerliliğini belirlemek üzere bilinen gruplar yaklaşımı kullanılmış olup, multipar gebeler ile nullipar gebelerin puanları karşılaştırılmıştır. Bu yöntemde, ölçmeyi istediğimiz özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen

iki ayrı gruba ölçme aracı uygulanmış ve sonuçlar karşılaştırılmıştır. Nullipar ve multiparlar arasında bilinen gruplar yaklaşımı için t test yapılmıştır. Ölçek maddelerinin her birinin madde istatistikleri ve t test sonuçları Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Nullipar ve Multiparlarda W-DEQ A'nın Madde İstatistiklerinin Dağılımı

Maddeler	<i>Multipar (n=326)</i>		<i>Nullipar (n=334)</i>		<i>t test değerleri</i>	
	Mean	Sd	Mean	Sd	t	P
1. Mükemmel	3.84	1.046	3.74	0.975	-1.283	0.200
2. Korkunç	3.70	1.372	3.46	1.282	-2.365	0.018
3. Yalnız	2.57	1.521	2.76	1.323	1.713	0.087
4. Güçlü	3.07	1.383	2.78	1.253	-2.787	0.005
5. Kendinden emin	2.99	1.327	2.70	1.238	-2.937	0.003
6. Korkmuş	3.46	1.373	3.04	1.347	-4.006	0.000
7. Yüzüstü bırakılmış	2.09	1.374	2.43	1.259	3.336	0.001
8. Güçsüz	2.65	1.496	2.62	1.486	-0.315	0.753
9. Güvende	2.67	1.370	2.73	1.210	0.645	0.519
10. Bağımsız	2.95	1.287	2.74	1.291	-2.106	0.036
11. Umutsuz	2.44	1.430	2.46	1.323	0.153	0.879
12. Gergin	3.71	1.439	3.55	1.320	-1.467	0.143
13. Memnun	2.64	1.222	2.60	1.001	-0.383	0.702
14. Hoşnut	2.30	1.316	2.29	1.146	-0.107	0.915
15. Terkedilmiş	1.99	1.524	2.27	1.433	2.421	0.016
16. Kendine hakim	2.88	1.510	2.94	1.242	0.556	0.578
17. Rahat	3.48	1.545	3.37	1.353	-1.030	0.303
18. Mutlu	2.18	1.206	2.46	1.164	3.035	0.002
19. Panik	3.36	1.411	3.01	1.297	-3.319	0.001

Tablo 4.10'nun Devamı. Nullipar ve Multiparlarda, W-DEQ A Versiyonunun Madde İstatistiklerinin Dağılımı

Maddeler	Nullipar (n=326)		Multipar (n=334)		t test değerleri	
	Mean	Sd	Mean	Sd	t	P
20. Ümitsizlik	2.16	1.333	2.39	1.265	2.241	0.025
21. Kavuşma isteği	2.02	1.178	2.30	1.205	3.029	0.003
22. Öz güvenli	2.62	1.119	2.54	1.263	-0.811	0.418
23. Güvenli	2.52	1.266	2.63	1.249	1.095	0.274
24. Ağrılı	3.49	1.416	3.28	1.222	-2.035	0.042
25. Kötü davranma	1.44	1.148	1.52	1.073	0.951	0.342
26. İzin verme	1.52	1.418	1.54	1.222	0.199	0.843
27. Kontrol kaybı	1.23	1.064	1.53	1.133	3.539	0.000
28. Keyif verici	1.97	1.266	2.35	1.274	3.915	0.000
29. Doğal	1.74	1.029	1.99	1.089	2.941	0.003
30. Olması gerektiği gibi	1.82	1.094	1.96	1.020	1.691	0.091
31. Tehlikeli	1.26	1.189	1.45	1.295	1.883	0.060
32. Bebeğin ölmesi	2.30	1.251	2.11	1.071	-2.162	0.031
33. Bebeğin zarar görmesi	2.33	1.163	2.07	1.091	-2.921	0.004

Tablo 4.10'a göre, bu test sonucunda, ölçek maddelerinin her biri için Levene' nin Varyansların Eşit Dağılımı testindeki anlamlılık değerine bakılmıştır ve varyansların dağılımının eşit olduğu görülmüştür. Ölçek maddelerinden 2, 4, 5, 6, 7, 10, 15, 18, 19, 20, 21, 24, 27, 28, 29, 32, 33. maddelerde gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

4.2.2.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Güvenirlilik Çalışması

W-DEQ A versiyonunun güvenirliliğinin belirlenmesinde iç tutarlık ve madde toplam korelasyonları yöntemleri kullanılmıştır.

a. W-DEQ A Versiyonunun İç Tutarlılığının Belirlenmesi

Araştırmamızda ölçek, tek ve çift sayılı maddelerine ayrılarak ikiye bölünmüştür. Bu yöntem motivasyon, yorgunluk ya da zaman içerisinde performansı etkileyebilecek diğer psikolojik etkenler söz konusu olduğunda test-tekrar test ve paralel formlara göre daha güçlüdür (104). Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunun Zar ve arkadaşları (1998) tarafından İsveç'te yapılan orijinal geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında olduğu gibi iç tutarlığı belirlemede Split-Half güvenilirliği ve Cronbach Alfa katsayısı belirlenmiştir. Zar ve arkadaşları (1998) Split-Half güvenilirlik yöntemi test-retest yöntemi karşısında tercih edilebilir olduğunu belirtmektedir. Çünkü gebelik sırasında beklenti ve deneyimler psikolojik bir süreçtir ve gebelik devam ederken veya doğum eylemi sonlandıktan sonra kadının beklentileri ile deneyimlerinin bilişsel çerçevelerinin değiştiği farz edilmektedir (53). W-DEQ A versiyonunun nulliparlar ve multiparlardaki Cronbach Alfa ve Split-Half güvenilirlik katsayıları değerleri Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Nullipar ve Multiparlarda Cronbach Alfa, Split Half Değerlerinin (Spearmen-Brown Düzeltilmiş Formülü) Dağılımı

Ölçekler	Nullipar (n=326)	Multipar (n=334)	Genel (n=660)
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ)			
Split-half güvenilirlik	0.91	0.91	0.91
Cronbach alfa	0.88	0.90	0.89
Beck Anksiyete Ölçeği (BAE)			
Cronbach alfa	0.89	0.88	0.89
Depresyon, Stres, Anksiyete Skalası (DASS)			
Cronbach alfa	0.96	0.95	0.96
Endişe Şiddeti Ölçeği (EŞÖ)			
Cronbach alfa	0.89	0.88	0.89

Tablo 4.11'de belirtildiği gibi, W-DEQ Ölçeği A versiyonunun Split-Half güvenilirliği hem nulliparlar, hem multiparlar, hem de toplam grup için 0.91 olarak belirlenmiştir. Cronbach Alfa değeri ise nulliparlar için 0.88, multiparlar için 0.90 ve toplam grup için 0.89 olarak bulunmuştur.

b. W-DEQ A Versiyonunun Madde Toplam Korelasyonunun Belirlenmesi

W-DEQ A'nın madde toplam korelasyonu Tablo 4.12'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Nullipar ve Multiparlarda W-DEQ A'nın Madde Toplam Korelasyonunun Dağılımı

Maddeler	Nullipar (n=326)	Multipar (n=334)	Genel (n=660)	Madde silindiği zaman ki Cronbach alfa değeri
1. Mükemmel	0.425	0.390	0.407	0.887
2. Korkunç	0.405	0.303	0.352	0.888
3. Yalnız	0.458	0.463	0.459	0.886

Tablo 4.12'nin Devamı. Nullipar ve Multiparlarda W-DEQ A'nın Madde Toplam Korelasyonunun Dağılımı

Maddeler	Nullipar (n=326)	Multipar (n=334)	Genel (n=660)	Madde silindiği zaman ki Cronbach alfa değeri
4. Güçlü	0.639	0.519	0.576	0.883
5. Kendinden emin	0.568	0.569	0.563	0.884
6. Korkmuş	0.522	0.611	0.557	0.884
7. Yüüstü bırakılmış	0.459	0.538	0.492	0.885
8. Güçsüz	0.531	0.605	0.568	0.883
9. Güvende	0.624	0.586	0.605	0.883
10. Bağımsız	0.436	0.457	0.444	0.886
11. Umutsuz	0.548	0.628	0.587	0.883
12. Gergin	0.229	0.275	0.250	0.890
13. Memnun	0.460	0.553	0.500	0.885
14. Hoşnut	0.403	0.453	0.426	0.886
15. Terkedilmiş	0.417	0.520	0.465	0.886
16. Kendine hakim	0.563	0.450	0.509	0.885
17. Rahat	0.475	0.555	0.511	0.885
18. Mutlu	0.587	0.639	0.608	0.883
19. Panik	0.334	0.377	0.350	0.888
20. Ümitsizlik	0.480	0.541	0.508	0.885
21. Kavuşma isteği	0.469	0.458	0.460	0.886
22. Öz güvenli	0.652	0.692	0.672	0.882
23. Güvenli	0.587	0.755	0.670	0.882
24. Ağrılı	0.350	0.458	0.397	0.887
25. Kötü davranma	0.036	0.091	0.063	0.892
26. İzin verme	-0.047	-0.014	-0.032	0.894
27. Kontrol kaybı	0.046	0.112	0.079	0.892
28. Keyif verici	0.331	0.347	0.335	0.888
29. Doğal	0.353	0.454	0.403	0.887
30. Olması gerektiği gibi	0.372	0.381	0.375	0.887
31. Tehlikeli	-0.048	0.072	0.015	0.894
32. Bebeğin ölmesi	0.300	0.239	0.269	0.889
33. Bebeğin zarar görmesi	0.365	0.268	0.314	0.888

Tablo 4.12'de ölçeğin madde toplam korelasyonlarına bakıldığında en yüksek korelasyon hem nulliparlar ($r=0.652$), hem de multiparlar ($r=0.692$) için 22. maddenin sahip olduğu belirlenmiştir. Nulliparlar için 31, multiparlar için ise 26. madde en düşük korelasyona sahiptir. Korelasyon katsayısı 0.2'nin altında olan maddelerin sayısı hem nulliparlar, hem de multiparlarda dört olarak belirlenmiştir (25,26,27,31. maddeler).

TARTIŞMA

Hemşirelik kavramının ölçümü, hemşirelik araştırmalarının önemli bir parçasıdır. Hemşirelik bakımının bir parçası olarak kullanılacak olan bir ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği belirlenmedikçe, araştırmaların sonuçları yanlış olacaktır. Ayrıca kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik teorileri geliştirilemeyecektir (107). Son yıllarda ülkemizde hemşirelik araştırmalarında giderek artan oranda, bakım verilen birey, aile ve toplumun sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ya da uyarlanan ölçekler kullanılmaktadır. Kullanılan ölçeklerin büyük bir çoğunluğu farklı kültürlerde geliştirilmiş olup, ülkemize uyarlanmış ölçeklerdir (96). Ancak ölçek uyarlamasının ortaya çıkarabileceği problemler nedeniyle çalışmalarda kullanılacak ölçüm araçlarının toplumların kültürel ve sosyal yapılarına uygun olarak geliştirilmesi gereklidir (126). Ölçek uyarlamasının tercih edilmesinin bazı nedenleri vardır; uluslararası yayınlarda yeterince tanınan ve üzerinde bilgi birikimi bulunan bir ölçeği Türkçe'ye kazandırarak kullanmak, araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamak için geçireceği süreyi kısaltır. Ölçek uyarlamasının bireysel kazançları yanında ülke açısından da sağladığı kazançlardan söz edilebilir. Teknik bilgilerin istatistiksel analizi, bilgisayar paket programlarının kullanımı, uluslararası ortak araştırma ilişkilerinin kurulması, diğer kültürlerle yazışmalar yoluyla bilgi alışverişinin sağlanması ve elde edilen sonuçları karşılaştırma olanağı sağlaması bu kazançlar arasında sayılabilir (127). Bu nedenle, bu çalışmada doğum korkusuna yönelik olarak geliştirilmiş olan ve yaygın olarak kullanılan W-DEQ A versiyonunun Türkçe'ye uyarlanması planlanmıştır. Bu bölümde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunun Türkçe'de ki geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin sonuçlar tartışılmıştır.

5. 1. Örneklem Büyüklüğünün ve Özelliklerinin İncelenmesi

Ölçek çalışmalarında örneklem büyüklüğü belirlenirken, değişken sayısının 5-10 katı alınması önerilmektedir (94, 108). Bunun yanı sıra Field (2000), örneklem grubunu belirlerken her bir değişkenin en az 15-20 katı kadar kişiye ulaşılması gerektiğini ifade etmiştir (119). W-DEQ A versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında orijinal ölçeğin 0 ve 6 dışında kalan derecelerinin (yani uç noktalar dışındaki aralıkların) neyi ifade ettiği ölçeğin açıklamalarında tam olarak tanımlanmamıştır. Uzman önerileri doğrultusunda, W-DEQ A versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçekteki toplam değişkenin 20 katına ulaşılması planlanmıştır. W-DEQ A versiyonu soru formu 33 değişkenden oluşmaktadır. Bu nedenle araştırmanın örneklem grubu 660 kişi olarak belirlenmiştir.

Araştırmada ölçme ve değerlendirmede homojenliği sağlamak amacı ile 15 yaşın üzerinde ve 45 yaşın altında, gebeliğinin 28-40. haftasında olan, kronik sistemik bir hastalığı olmayan, şimdiki gebeliğinde komplikasyon öyküsü olmayan, sezaryen doğum öyküsü olmayan, cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon hastalığı

olmayan, bebeğinde herhangi bir komplikasyon saptanmamış olan gebeler örneklem grubuna dahil edilmiştir.

5.2. W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun Geçerliği

Geçerlik; bir testin neyi, ne denli isabetli/doğru olarak ölçtüğünün kanıtıdır ve bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu olan bir süreçtir (106). Bu kapsamda, W-DEQ A versiyonunun dil, kapsam, ölçüt, yapı geçerliği değerlendirilmiştir.

5.2.1. W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun Kapsam Geçerliği

Ölçeğin geçerlik çalışmasında ilk başvurulmuş yöntem dil eşdeğerliliği/uyarlamasıdır. Çevirmenlerin seçimi ve kullanılan çeviri yöntemi, dil geçerliğindeki en önemli noktalardır (107, 108). W-DEQ A versiyonunun dil geçerliğini belirlemek üzere geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Aksayan ve Gözüm'ün (2002) belirttiği gibi bu yöntemde en az iki bağımsız çevirmen olması gerekmektedir (104). Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çeviri çalışması iki öğretim üyesi, bir okutman ve bir çevirmen tarafından yapılmıştır. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı öğretim üyesi tarafından incelenip ortak bir form düzenlendikten sonra, ölçek her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümünde görevli olan iki okutman ve bağımsız bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye çevirilerindeki ifadeler ile orijinal ölçekteki İngilizce ifadeler danışman ve araştırmacı tarafından incelenmiş olup, Türkçe çevirisi tekrar gözden geçirilmiştir. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra W-DEQ A versiyonu kapsam geçerliğini belirlemek üzere yedi uzmanın görüşüne sunulmuştur. Tavşancıl (2005), ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmalarında başvurulmuş uzman sayısının “en az üç” olması gerektiğini, ancak “yirmi” gibi kalabalık bir grupla da olabileceği bildirilmiştir (132). Çalışmada yedi uzman görüşüne başvurularak ölçek hakkında görüş alınması, literatürle paralellik göstermektedir.

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, o ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelir. Farklılıkların en aza indirilmesi için ölçek maddelerinin özenle incelenmesi, gerekli düzenlemelerin yapılması, uyarlama işleminin temelini oluşturur (106). Bu bilgiler ışığında yedi uzmandan ölçekte yer alan ifadeleri 1 ile 10 arasında puanlandırarak önerilerini belirtmeleri istenmiştir. Uzmanların yaptıkları değerlendirmeler sonucunda, uzmanlar arasındaki görüş farklılıkları Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (Kendall Coefficient of Concordance) ile incelenmiştir. Kendall W testi, n birimlik bir grubun t değişken ya da işlem için puanları arasında uyumluluk olup olmadığını test eder. Kendall W testi, n değerlendirici, gözlemci ya da teknisyenin t farklı fenomeni değerlendirmelerinde uyumluluğu da test etmek için kullanılır. Kendall W testi, değerlendiricilerin kendi içlerinde ki uyumluluğunu ve test içi uyumluluğun güvenilirliğini değerlendirmede de kullanılmaktadır. Kendall W testi sonucunda uzmanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kendall's $W_a=0.190$, $df=32$, $p=0.101$). Bu sonuç uzmanlar arasında görüş birliği olduğunu göstermektedir.

5.2.2. W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun Ölçüte Bağlı Geçerliliği

İç ölçüt geçerliliğine dayalı madde analizlerinde (Tablo 4.7) üst grup madde puan ortalamaları ile alt gruptaki madde puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Bu analiz sonucunda W-DEQ A versiyonunun iç ölçüt geçerliliği olduğu, ölçeğin doğum korkusuna ilişkin ölçülmek istenen davranışları ölçebildiği saptanmıştır.

Eş zaman geçerliliğini belirlemek için ise W-DEQ'nun A versiyonu ile BAE, EŞÖ ve DASÖ'nün karşılıklı korelasyonlarına bakılmıştır. W-DEQ'nun A versiyonu ile; BAE arasındaki korelasyon nulliparlarda 0.418, multiparlarda 0.464 olarak, DASÖ arasındaki korelasyon nulliparlarda 0.442, multiparlarda 0.416 olarak, EŞÖ arasındaki korelasyon nulliparlarda 0.223, multiparlarda 0.204 olarak bulunmuştur (Tablo 4.8). W-DEQ ile BAE, DASÖ arasında orta derecede; EŞÖ ile zayıf derecede ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu korelasyonların tamamı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Korelasyonlar arasında pozitif bir ilişkinin bulunması, ölçekler arasında aynı yönde artış olduğunu, korelasyonlar arasında negatif bir ilişkinin bulunması ise bir ölçekte gözlenen bir artışın, diğer ölçekte azalmaya neden olması anlamındadır (133). Bu çalışma literatürü destekler niteliktedir ve W-DEQ ölçeğinin A versiyonunun, ölçüt geçerliliği vardır.

Ölçeğin İsveç' te yapılmış olan orijinal geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ise ölçüt geçerliliğini belirlemek üzere eş zaman geçerliliği yöntemi kullanılmıştır. Benzer ölçek olarak, The S-R Inventory of Anxiousness (SRI), The Fear Questionnaire (FQ), The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri), The Karolinska Scales of Personality (KPS), The Eysenck Personality Inventory (EPI), The Internal-External Locus Control Scale (I-E), The Beck Depression Inventory (BDI) ölçekleri kullanılmıştır. W-DEQ ile genel anksiyeteyi ölçen ölçekler arasındaki korelasyonun benzer olduğu görülmüştür (53). W-DEQ dışında kalan ölçeklerin interkorelasyonları değerlendirildiğinde DASÖ ile BAE arasındaki korelasyonun hem nulliparlarda, hem multiparlarda, hem de toplam grupta yüksek olduğu görülmüştür ($r>0.7$) (Tablo 4.9). Ölçeğin orijinal çalışmasında ise hem nullipar ($r=0,76$) hem de multiparlar ($r=0,74$) için STAI ile KPS arasındaki interkorelasyonun en yüksek olduğu belirlenmiştir.

5.2.3. W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun Yapı Geçerliliği

W-DEQ A versiyonunun yapı geçerliliğini belirlemek üzere bilinen gruplar yaklaşımı kullanılmış olup, multiparlar ile nulliparların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara göre puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Bu yöntemde, ölçmeyi istediğimiz özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen iki ayrı gruba geliştirilen araç uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır (97, 105). Bu gruplardan birisi ölçülmek istenen faktörler bakımından bilinen bir gruptur. Ölçme sonunda bilinen grup beklenen yönde ölçümler vermişse aracın seçme geçerliliği var, yani ölçülmek istenen faktörleri ölçülebildiği anlaşılır (95, 103). Örneğin gebelerin doğum korkusu ölçümünün yapı geçerliğinde, primipar ve multipar gebelerin puanları karşılaştırılabilir. Daha önce hiç doğum yapmamış bir kadının, doğum deneyimleri olan kadınlara oranla daha fazla korku ve kaygı duymaları beklenildiğinden bu tür farklılıklar ortaya çıkmadığı zaman, söz konusu aracın geçerliliği konusunda endişeler yaşanır. Ölçüm ortalamaları,

değişim (varyans) ya da t-testi ile karşılaştırılarak farklılığın anlamlı düzeyde olup olmadığı anlaşılabilir. Farklılığın illa da büyük olmasına gerek yoktur. Bazı primiparların hemen hemen hiç, bazı multiparların ise büyük korku duymaları beklenebilir. Tüm bunlardan hareketle bazı grup farklılıklarının puanlarda yansımaları da beklenebilir (102, 105). W-DEQ ölçeği A versiyonunun yapı geçerliğinde literatürün önerdiği gibi bilinen grup karşılaştırılması yapılması uygundur. Bunun dışında toplam grubun t test değerine bakılmıştır. Ölçek maddelerinden 2, 4, 5, 6, 7, 10, 15, 18, 19, 20, 21, 24, 27, 28, 29, 32, 33. maddelerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (Tablo 4.10).

5.3. W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun Güvenirliği

Güvenirlik; bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi, diğer bir deyişle aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır (104). Güvenirlik bir ölçeğin tutarlılığını gösterir, onun her zaman aynı sonuçları vereceğini belirtir. Güvenirlik bir aracın her ölçümde birbirine yakın sonuçlar vermesidir (97). Güvenirlik türleri zamana göre değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası uyum ve iç tutarlıktır (103).

Test-tekrar test hemşirelik alanında ölçek uyarlama çalışmalarında zamana göre değişmezliği belirlemek için sıkça kullanılan bir yöntemdir. Ancak testin ölçüldüğü niteliğin sürekli değişkenlik gösterdiği durumlarda kullanılması önerilmemektedir (104). Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından ölçeğin İsveç’ te yapılmış olan çalışmasında (1998) W-DEQ ölçeği A versiyonunun güvenilirliğinin belirlenmesi için iki yöntem kullanılmıştır: iç tutarlık güvenilirliği (Cronbach Alfa değeri) ve split-half güvenilirliği (iki yarım güvenilirliği). Wijma ve arkadaşları çalışmalarında Split-half yönteminin test-retest yöntemi karşısında daha tercih edilebilir olduğunu vurgulamıştır. Çünkü gebelik sırasındaki beklentiler devam eden psikolojik süreçtir ve gebelik devam ederken veya doğum eylemi sonlandıktan sonra kadının beklentileri ile deneyimlerinin bilişsel çerçevelerinin değiştiği farz edilmektedir (53). Ölçülen özellik kısa zaman süresi içerisinde değişkenlik göstermiyor ise tekrarlayan testlerde aynı ya da oldukça yakın sonuçların alınması beklenir (104, 108). Bu nedenle W-DEQ ölçeği A versiyonunun güvenilirliğini belirlemek üzere, Wijma ve arkadaşlarının (1998) önerdiği gibi ve literatürle uyumlu olarak test-tekrar test yönetimi kullanılmamış olup (53), iç tutarlık ve madde toplam puan korelasyonları değerlendirilmiştir.

5.3.1. W-DEQ Ölçeği A Versiyonunun İç Tutarlığı

Bir aracın tüm alt bölümlerinin aynı özellikleri ölçtüğü sürece iç güvenilirliği sağlanmış ya da benzeşik (homojen) olduğu söylenebilir (102). İki yarıya bölme yöntemi iç tutarlığın en eski yöntemlerinden birisidir. Bu yaklaşımda bir testi oluşturan maddeler ikiye bölünür ve bağımsız olarak puanlanır. Bu bölme işlemi iki şekilde yapılabilir. Birincisi ölçek maddelerini ilk yarı-ikinci yarı diye bölmektir, sık kullanılan diğer bölme yöntemi ise, aracı tek sayılı ve çift sayılı maddelere bölmektir (105). Bu yöntem motivasyon, yorgunluk ya da zaman içerisinde performansı etkileyebilecek diğer psikolojik etkenler söz konusu olduğundan test-tekrar test ve paralel formlara göre daha güçlüdür (117). Bu nedenle çalışmamızda iç tutarlığı belirlemek üzere literatürün de belirttiği gibi ölçek maddeleri madde toplam

korelasyonları ve Split-half yöntemi kullanılarak tek ve çift sayılı maddelere göre ikiye bölünmüştür.

Bir korelasyon katsayısı **-1.0** ile **+1.0** arasında bir değer alır (103). Korelasyonun 0.15-0.20 arasında olması değersiz, 0.20-0.35 düşük bir derece, 0.35-0.60 iyi bir derece, 0.60 ve üstü ise yüksek bir derece olarak kabul edilmektedir (134). Madde toplam korelasyonlarının negatif olmaması, en az 0.20 olması beklenir. Korelasyon değerinin 0.20 olması durumu, minimum etkinlik derecesi olarak kabul edilmektedir (106, 132). Maddelerin korelasyon değerinin 0.20'nin altında olması halinde, maddelerin ölçekten çıkarılmasına karar verirken, alfa katsayısının ve ortalamaların değişimine bakmak gerekmektedir (132). Araştırmamızda madde toplam puan korelasyonlarına bakıldığında en yüksek korelasyonun hem nulliparlar ($r = 0.65$), hem de multiparlar ($r = 0.69$) için 22. madde olduğu görülmüştür. Nulliparlar için 25. ($r=0.25$), multiparlar için ise 31. maddenin ($r=0.015$) en düşük korelasyona sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12). Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından İsveç' te yapılan ölçeğin orijinal çalışmasında, nulliparlar için 8. ($r=0.67$) madde, multiparlar için ise 22. ($r=0.80$) madde en yüksek korelasyona sahip olduğu görülmüştür. En düşük korelasyonlara bakıldığında ise nulliparlarda 24. madde ($r=0.27$), multiparlarda ise 21. madde ($r=0.40$) en düşük korelasyona sahiptir (53). Hem araştırmamızda, hem de Wijma ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında 22. maddenin korelasyonu en yüksektir.

W-DEQ Ölçeği A versiyonunun split-half güvenilirliği hem nulliparlar, hem multiparlar, hem de toplam grup için 0.91 olarak belirlenmiştir. Cronbach Alfa değeri ise nulliparlar için 0.88, multiparlar için 0.90 ve toplam grup için 0.89 olarak bulunmuştur (Tablo 4.11). Cronbach Alfa değerinde normal değer sayısı **0.0** ile **1.00** arasındadır ve yüksek değerler, yüksek bir iç tutarlık olduğunu göstermektedir (132). Streiner ve Norman (1995) iç tutarlık için Cronbach Alfa değerinin 0.70' e eşit ya da üzerinde olması gerektiğini söylemiş ve alfa değeri 0.80' nin üzerinde ise iç tutarlığın yüksek olduğunu belirtmiştir (135). Araştırmamızda hem Cronbach Alfa değeri, hem de split half güvenilirlik değeri 0.80'in üzerinde bulunmuştur. Bu nedenle W-DEQ ölçeği A versiyonunun Türkçe formunun güvenilir olduğu söylenebilir.

Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan çalışmada ise split-half güvenilirliği nulliparlarda 0.87, multiparlarda 0.96, toplam grupta 1.00 olarak saptanmıştır (53). Cronbach Alfa değerleri ise nulliparlarda 0.89, multiparlarda 0.99 ve toplam grupta 0.93 olarak belirlenmiştir. Heimstad ve arkadaşları (2006) tarafından Norveç'te yapılan çalışmada W-DEQ' nün toplam grup için Cronbach Alfa değeri 0.94 (57), Johnson ve Slade (2002) tarafından İngiltere' de yapılan çalışmada ise 0.91 olarak bulunmuştur (56). Ayrıca İsveç'te Wijma ve arkadaşları (1998) yapılan çalışmada en yüksek Cronbach Alfa değeri W-DEQ' ya ait iken (53), bizim çalışmamızda en yüksek değer DASS'a ait olduğu görülmüştür (Tablo 4.11).

SONUÇLAR

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonrasında aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Geçerlik analizleri sonuçları;

- Ölçeğin kapsam geçerliği için uzman görüşüne başvurulmuş olup, bu görüşler doğrultusunda Kendall Uyuşum Katsayısı korelasyon testi uygulanarak ölçeğin kapsam geçerliği saptanmıştır. Uzmanların ölçek maddelerine verdikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Uzmanlar arasında görüş birliği olduğu saptanmıştır.
- Ölçeğin ölçüte bağlı geçerliği, alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi ve eş zaman geçerliği yolu ile belirlenmiştir. Alt-üst grup madde analizi ile t test sonucunda elde edilen, ölçeğin üst %27' lik grubunun madde puan ortalamaları ile alt %27' lik grubunun madde puan ortalamaları incelendiğinde aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve W-DEQ A versiyonunun iç ölçüt geçerliğinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($t = -38.44$; $p = 0.00$). Ayrıca ölçeğin eş zaman geçerliğine bakılmış, W-DEQ ile BAE, DASÖ arasında orta derecede; EŞÖ ile zayıf derecede ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Bu korelasyonların tamamı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$).
- W-DEQ Ölçeği A versiyonunun yapı geçerliğini belirlemek üzere bilinen gruplar yaklaşımı kullanılmış olup, multiparlar ile nulliparların ölçek maddelerine verdikleri yanıtların puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçek maddelerinden 2, 4, 5, 6, 7., 10, 15, 18, 19, 20, 21, 24, 27, 28, 29, 32, 33. maddelerde gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür.
- Geçerlik analizlerine göre ölçeğin kapsam, yapı ve ölçüt yönünden geçerli olduğu saptanmıştır.

Güvenirlik analizleri sonuçları;

- W-DEQ ölçeği A versiyonunun güvenilirliğini belirlemek üzere, iç tutarlık ve madde toplam puan korelasyonları değerlendirilmiştir. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonlarına bakıldığında en yüksek korelasyonun hem nulliparlar ($r = .65$), hem de multiparlar ($r = .69$) için 22. madde olduğu görülmüştür. Nulliparlar için 25. ($r = .25$), multiparlar için ise 31. maddenin ($r = .015$) en düşük korelasyona sahip olduğu saptanmıştır.

- W-DEQ ölçeği A versiyonunun split-half güvenilirliği hem nulliparlar, hem multiparlar, hem de toplam grup için 0.91 olarak belirlenmiştir. Cronbach Alfa değeri ise nulliparlar için 0.88, multiparlar için 0.90 ve toplam grup için 0.89 olarak bulunmuştur.
- Güvenirlik analizlerine göre W-DEQ A versiyonunun iç tutarlık ve madde analizleri değerlendirilerek, ölçeğin güvenilirliği saptanmış, yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

ÖNERİLER

1. Türkçeleştirilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonunun araştırmacılar tarafından farklı bölgelerde ve daha büyük örneklem grubuna uygulanması ve değişmezliğinin araştırılması,
2. Ölçeğin farklı gruplarda (yaş, cinsiyet, eğitim durumu ...) geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi,
3. Ölçeğin farklı disiplinler tarafından gebelerin doğum korkularının düzeyini belirlemek için kullanılması,
4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu kullanılarak doğum korkusu düzeyini belirlemek üzere yapılan çalışmaların sonuçlarının gebelere antenatal bakım veren sağlık personellerine duyurulması.

KAYNAKLAR

1. Taşkın L (2002). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Üçüncü Baskı, Ankara, Sistem Ofset, 126.
2. Gren MJ, Kafetsios K, Statham H, Snowdon C (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population, *Journal of Health Psychology*, 8 (6), 753-764.
3. Hofberg K, Ward MR (2003). Fear of pregnancy and childbirth, *Postgraduate Medical Journal*, 79 (3), 505-510.
4. Hofberg KM, Brockington IF (2000). Tokophobia: a morbid dread of childbirth. its presence in Great Britain and Gran Cayman, *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 22 (5), 96-98.
5. Dossett EC (2008). Perinatal depression, *Obstetric and Gynecology Clinics of North America*, 35, 419-434.
6. Hofberg K, Ward MR (2004). Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: The obstetric-psychiatric interface, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47 (3), 527-534.
7. Stone SD, Menken AE (2008). *Perinatal and Postpartum Mood Disorders Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner*, Springer Publishing Company , New York, 75.
8. Brockington I (1998). Puerperal disorders, *Advances in Psychiatric Treatment*, 4, 312-319
9. Levey L, Radan K, Hartley AH, Newport DJ, Stowe ZN (2004). Psychiatric disorders in pregnancy, *Neurologic Clinic* 22, 863-893
10. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth, *BJOG*, 113 (6), 638-646.
11. Nerum, H. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of childbirth: Can it be changed through crisis-oriented counseling, *Birth*, 33 (3), 221-228.
12. Hildingsson I, Radestad I, Rupertson C, Waldenström U (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*, 109, 618-623.

13. Saisto T, Aro K, Nurmi EJ, Halmesmaki E (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108 (5), 492-498.
14. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B (1984). Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 213–220.
15. Levin JS. (1991). The factor structure of the pregnancy anxiety scale. *Journal of Health Social Behavior*, 32, 369–381.
16. Bernazzani O, Saucier JF, David H (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy, *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 391–402.
17. Melender HL (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women, *J. Midwifery Women's Health*, 4(2), 25-29.
18. Berg M, Honkasalo ML (2000). Pregnancy and diabetes-a hermeneutic phenomenological study of women's experiences. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 21, 39–48.
19. Sjögren B, Robeus N, Hansson U (1994). Gestational diabetes: A case control study of women's experience of pregnancy, health and the child. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 815–822.
20. Eriksson C, Westman G & Hamberg C (2006). Content of childbirth-related fear in Swedish women and men-analysis of an open-ended question, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(2), 112-118.
21. Wilkund I, Edman G, Ryding E, Andolf E (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *British Journal of Obstetric and Gynecology*, 115, 324–331.
22. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example, *Social Science & Medicine*, 63 (1), 64-75.
23. Saisto T, Halmesmaki E (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201-208.
24. Serçekuş P, Okumuş H (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey, *Midwifery*, 14(2), 12-20.
25. Kjærgaand H, Wijma K, Dykes AK, Alehagen S (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 340-350.

26. Melender H, Lauri S (1999). Fears associated with pregnancy and childbirth-experiences of women who have recently given birth, *Midwifery*, 15 (3), 177-182.
27. Bewley S (2002). The unethics of 'request' caesarean section. *BJOG*; 109, 593-96.
28. Yüksel N (2006). *Ruhsal Hastalıklar*, MN Medikal & Nobel Tıp, Ankara, 139-150.
29. Stuart G (2005). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*, Mosby, Philadelphia, 260-282.
30. Kumral A. (1981). *Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar*, Vehbi Koç Yayınları, İstanbul, 128-131.
31. Kaplan HI & Sadock BJ. (2004). *Klinik Psikiyatri*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 197-198.
32. Parker I (2006). Working out anxiety notes on Freuds early case, *Psychodynamic Practice*, 12(3), 281-291.
33. Shives LR. & Isaacs Z (2002). *Basic Concepts of Pyshiatric-Mental Health Nursing*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 124-126.
34. Kocabaşoğlu N, Doksat MK, Doğangün B (2004). Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi. *Yeni Symposium*, 42 (4), 168-176.
35. Taylor CM (1994). *Essentials of Psychiatric Nursing*. 14. Edition. Mosby, Philadelphia, 125-129.
36. Cansever A (2007). *Anksiyete Bozuklukları*. www.psikolojikdanisma.net. (erişim: 16 Kasım 2008).
37. Stuart GW, Laraia MT (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8. Edition, Mosby, China, 234-241.
38. Eşel E (2003). Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi, *Klinik Farmokoloji Bülteni*, 13, 78-87.
39. McNaughton N, Grey JA (2002). The Neuropsychology of anxiety as it really is: A response to O' Mara, *Neuropsychological Rehabilitation*, 12(4), 363-367.
40. Uzbay Tİ (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi, *Klinik Psikiyatri*, Ek 1, 5-13.

41. Davidson RJ, Jackson DC & Kalin NH (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126, 890–909.
42. LeDoux JE (2002). *The synaptic self, How our brain become who we are*. New York: Viking Publication, 128.
43. Klein MC, (2005). Obstetrician' s fear of childbirth: How did it happen, *Birth*, 32 (3), 207-209.
44. Germann J & Stanfield C (2005). *Principles of human physiology*, Darly Fox, San Francisco, 685.
45. Lowe NK (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21 (4), 219-224.
46. Brockington IF, Macdonald E, Wianscott G (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium, *Archives of Women's Mental Health*, 9, 253-263.
47. DiRenzo GC (2003). Tocophobia: a new indication for Cesarean delivery?, *The Journal of Maternal–Fetal and Neonatal Medicine*, 13, 217.
48. Lazarus RS (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37(9), 1019-1024.
49. Zar M, Wijma K, Wijma B. (2001). Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 30, 75–84.
50. Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D, Kitapçioğlu G (2007). Gebe bir kadının hissettikleri “Korkuyorum”, *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 21 (2), 109-111.
51. Alehagen S, Wijma B, Wijma K (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth, *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 85, 56-62.
52. Nilsson C, Lundgren I (2009). Women's lived experience of fear of childbirth, *Midwifery*, 25, e1–e9.
53. Wijma K, Wijma B & Zar M (1998). Psychosomatic aspects of W-DEQ: A new questionnaire for measurement of fear of childbirth, *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 19 (4), 84-97.
54. Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9 (1), 47-54.

55. Wijma K, Ryding EL, Wijma B (2002). Predicting psychological well being after emergency caesarean section: A preliminary study, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(1), 25-38.
56. Johnson R, Slade P (2002). Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1213-1221.
57. Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B (2006). Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery, *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 85, 435-440.
58. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinav*, 82, 10-17.
59. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y (2009). Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women, *Journal of Clinical Nursing*, 18, 667-677.
60. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*, 116, 67-73.
61. Wijma K (2003). Why focus on "fear of childbirth"?, *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 24, 141-143.
62. Sjögren B (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women, *Journal of Psychosomatic Obstetric and gynecology*, 18, 266-272.
63. Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S (2008). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2008.07.003.
64. Geissbuehler V, Ederhard J (2002). Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 23(4), 229-35.
65. Alehagen S, Wijma K and Wijma B (2001). Fear during labour. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*, 80, 315-20.
66. Szeverenyi P, Poka R, M, et al. (1998). Contents of childbirth related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 19, 38-43.
67. Goodman P, Mackey M, Tavakoli A (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (2), 212-219.

68. Fowles ER (1996). Relationships among prenatal maternal attachment, presence of postnatal depressive symptoms, and maternal role attainment. *Journal of Social Pediatric Nursing*, 1, 75-82.
69. DiRenzo G, Polito P, Volpe A, Anceschi M, Guidetti RA (1984). Multicentric study on fear of childbirth in pregnant women at term. *J Psychosom Obstet Gynecol.*, 3, 155-163.
70. Ryding EL (1993). Investigation of 33 women who demanded a caesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 72, 280–285.
71. Neuhaus W, Scharkus S, Hamm W, Bolte A (1994). Prenatal expectations and fears in pregnant women. *Journal of Perinatal Medicine*, 22, 409–414.
72. Turner KT, Piazzini A, Franza A, Canger R, Canevini MP, Marconi AM (2008). Do women with epilepsy have more fear of childbirth during pregnancy compared with women without epilepsy? A case-control study, *Birth*, 35, 147-152.
73. Gulanic M, Myers JL (2004). *Nursing Care Plans: Nursing Diagnosis and Intervention*, 5th Edition, Mosby, St Louis, 298-305.
74. May AE, Elton CD (1998). The effects of pain and its management on mother and fetus. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.*, 12, 423-441.
75. Brownridge P (1995). The nature and consequences of childbirth pain. *European Journal of Gynecological Reproductive Biology*, 59, 9-15.
76. Kömürcü N, Ergin AB (2008). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul, 49-60.
77. Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DI (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year, *The British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462.
78. Teixeira JMA, Fisk NM, Glover V (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ*, 318:153–7.
79. Sjögren ve Thomassen (1998). Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76, 948-952.
80. Anxiety, NICE guideline, April 2007.

81. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, 893-897.
82. Parker I (2006). Katharina. working out anxiety. notes on Freuds early case. *Psychodynamic Practice* 12(3), 281-291.
83. Tumblin A, Simkin P (2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery, *Birth*, 28 (1), 52-56.
84. Abushaikha L, Sheil EP (2006). Labor stress and nursing support: how do they relate? *Journal of International Women's Studies*, 7, 198-209.
85. Bryanton J, Fraser DH, Sullivan P (1994). Women's perceptions of nursing support during labor. *Journal of Obstetrical Gynecological and Neonatal Nursing*, 23(8), 638-64.
86. Erdemir F, (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 252-256.
87. Simkin P (2002). Supportive Care During Labor: A Guide for Busy Nurses, *JOGNN*, 31, 721-732.
88. Swearingen PL (2008). *All-in-One Care Planning Resource*, Mosby, St. Louis, 77-85.
89. Tumblin A, Simkin P (2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery, *Birth*, 28 (1), 52-56.
90. Ercan İ, Kan İ (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (3); 211-216.
91. Hovardaoğlu S (2000). *Davranış Bilimleri İçin Araştırma Teknikleri*, Ankara VE-GA Yayınları, 87-125.
92. Kan A (2008). Psikolojik değişkenleri ölçmek için kullanılan ölçekleme yaklaşımları üzerine bir karşılaştırma, *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 4 (1), 2-18.
93. Savaşır I, Şahin NH (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler, *Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 23-38.
94. Savaşır I (1994), Ölçek uyarlanması sorunlar ve bazı çözüm yolları, *Türk Psikoloji Dergisi Özel Sayı*, 9 (33), 27-33.
95. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (2000). *Biyoistatistik*, 9. Baskı, Hatipoğlu Basım ve Yayımlar San. Tic. Ltd. Şti. Ankara, 112.

96. Aksayan S, Gözüm S (2002)^a. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 1: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4 (1), 9-14.
97. Ebrinç S (2000). Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalışmalarda kullanımı, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10 (2): 109-116.
98. Baş T (2003). Anket, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 184-190.
99. Wood G.L, Haber J (2002). Reliability and validity. *Journal of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization*, Mosby, St. Louis, 311-330.
100. Adamson G, Shevlin M, Lloyd NSV, Lewis CA (2000). An integrated approach for assessing reliability and validity: an application of structural equation modeling to the measurements of religiosity. *Personality and Individual Differences*, 29, 971-979.
101. Dağ İ (2005). Psikolojik test ve ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik, psikiyatri, psikoloji, *Psikofarmakoloji Dergisi*, 13(4), 17-32.
102. Polit DF, Hungler BP (2006). *Hemşirelik Araştırmaların İlke ve Yöntemler, Çeviren: Dağ B, Turgut Yayıncılık A.Ş., İstanbul, 17. Bölüm, Veri Niteliğinin Değerlendirilmesi*, 294-304.
103. Balcı A (2002). *Sosyal Bilimlerde Araştırma*, Pegema Yayıncılık, Ankara, Bölüm 4, Ölçme ve Ölçkleme, 111-121.
104. Aksayan S, Gözüm S (2002)^b. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 1: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4 (2), 9-20.
105. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Emiroğlu O N, Erefe İ, Gölak G, Karataş N, Kocaman G, Kubilay G, Seviğ Ü (2002). *Hemşirelikte Araştırma*, Bölüm VII, İnci Erefe, Editör: İnci Erefe, Odak Ofset, İstanbul, 169-185.
106. Öner N (1994). *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler*, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, 15-25.
107. Wood GR, Haber J (2006). *Nursing Research Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*, St. Louis, Elsevier, 336-340.
108. Eser E (2006). Sağlıkta yaşam kalitesi, *Sağlıkta Birikim*, 1(2): 99-125.
109. Özgüven İE (2000). Psikolojik Testler, Sistem Ofset, Ankara, Bölüm 6, Güvenirlik ve Geçerlik, 83-111.
110. Aydemir Ö (2004). Değerlendirme Araçlarının Psikometrik Özellikleri, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004, İzmir, 7-9.

111. Erkuş A (2003). Psikometri Üzerine Yazılar: Ölçme ve Psikometrinin Tarihsel Kökenleri, Güvenirlik, Geçerlik, madde Analizi, Tutumlar; Bileşenleri ve Ölçülmesi. 1. baskı, Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:24, 34-148.
112. Akgül A (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS Uygulamaları”, Emek Ofset Ltd.Şti., Ankara, 2. Baskı, 440.
113. Bacon DR, Sauer PL & Young M (1995). Composite reliability in structural equations modeling. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 394-406.
114. Cortina JM (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
115. Green SB, Hershberger SL (2000). Correlated errors in true score models and their effect on coefficient alpha. *Structural Equation Modeling*, 7, 251-270.
116. Yurdugül H (2006). Paralel, eşdeğer ve konjenerik ölçmelerde güvenirlilik katsayılarının karşılaştırılması, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 39 (1), 15-37.
117. Osburn HG (2000). Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. *Psychological Methods*, 5, 343-355.
118. Özdamar K (2002). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, 4. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 661-669.
119. Field A (2000). *Discovering Statistics using SPSS for Windows*. London – Thousand Oaks –New Delhi: Sage publications, 444.
120. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, 893-897.
121. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmén H (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 12 (2), 23-29.
122. Lovibond PF, Lovibond SH, The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories, *Behaviour Research and Therapy* 33 (1995), 335-343.
123. Akın A, Çetin B (2007), Depresyon, anksiyete stres ölçeği (dasö): geçerlik ve güvenirlilik çalışması, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri / Educational Sciences: Theory & Practice*, 7 (1), 618-638.

- 124.**Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB ve ark. (2005). A brief measure of worry severity: personality and clinical correlates of severe worries. *J Anxiety Disord*, 3, 1411-1432.
- 125.**Tunay Ş, Soygüt G (2007). Türk üniversite öğrencilerinde endişe şiddeti ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (4), 1-8.
- 126.**Küçükgüçlü Ö (2004). Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir.
- 127.**Pierce AG (1995). Measurement in: Talbot L.A. *Principles and Practice of Nursing Research*, Mosby, St.Louis, 265-290.
- 128.**Reeder SJ, Martin LL, Konika-Griffin D (1997). *Maternity Nursing, Family, Newborn and Women' s Health Care*, 18th Edition, Philadelphia, Lippincott Company, 370-393.
- 129.**Gorrie MT, Mckinney SE, Murray SS (1998). *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*, 2nd Edition, NewYork, W.B.Saunders Company, 245-265.
- 130.**Murray SS, Mckinney ES, Gorrie TM (2002). *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*, Third Edition, Newyork, W.B Saunders Company, 163-183.
- 131.**Ertem G, Koçer A (2008). Sezaryen sonrası vajinal doğum, *Dirim Tıp Dergisi*, 82 (5), 1-5.
- 132.**Tavşancıl E (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. İkinci baskı, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 128-143.
- 133.**Topsever Y (1991). *Psikolojide Araştırma Deney ve Analiz*. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 118-121.
- 134.**Ögel K (1998). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ed. Cengiz Güleç, Ertuğrul Köroğlu, *Toplumsal Psikiyatri*, Cilt: 2, Bölüm: 97, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1319-1327.
- 135.**Streiner DL, Norman GR (1995). *Health Measurement Scales*, Oxford University Press, London, 198.

ÖZGEÇMİŞ

Hikmet Öznur KÖRÜKCÜ, 1984 yılında Nevşehir'in Avanos ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Avanos' ta tamamladı. 2002 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu'nu kazandı. 4 yıl öğrenim gördüğü Aydın Sağlık Yüksekokulundan 2006 yılında üçüncülük ile mezun oldu. Aynı yıl Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü' ne bağlı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programını kazandı. 2006 yılı Aralık ayında Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı araştırma görevlisi olarak Antalya Sağlık Yüksekokulu'nda çalışmaya başladı ve halen araştırma görevlisi olarak görevini sürdürmektedir. Yabancı dili İngilizcedir.

EKLER



EK 1.

HÄLSOUNIVERSITETET
LINKÖPING UNIVERSITET
Health Psychology
Professor Klåas Wijma

Linköping, May 7, 2009

To
Öznur KÖRÜKCÜ,BSN
Instructor in nursing
Division of Obstetric and Gynaecology Department of Antalya School of Health
Akeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu
07100 ANTALYA
TURKEY

Dear Öznur KÖRÜKCÜ,

Herewith you receive the permission to use the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) and the Delivery Fear Scale (DFS) in your research as described in your email April 17, 2007.

Conditions are (1) that you refer to the scale(s) in your publications whenever you mention data based on it(them), (2) that you send me copies of such publications, (3) that, in case of a translation, you send me a copy.

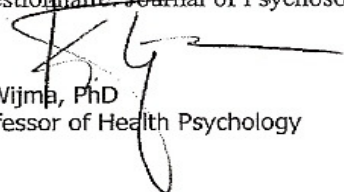
Earlier I received a copy of the translation the questionnaire(s).

The reference for the W-DEQ is:

Wijma, K., Wijma, B. & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 19, 84-97.

The reference for the DFS is:

Wijma, K., Alehagen, S., Wijma, B. (2002). The development of the Delivery Fear Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 23, 97-108.


K. Wijma, PhD
Professor of Health Psychology

Institutionen för klinisk och experimentell medicin / Department of Clinical and Experimental Medicine

IKE
Hälsouniversitetet
581 85 LINKÖPING

Faculty of Health Sciences
Unit of Health Psychology/Gender and Medicine
S-581 85 LINKÖPING, SWEDEN

Tel: +46 (13) 22 31 54
Tel: +46 (13) 22 31 69
Fax: +46 (13) 22 52 96



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği




Sayı : B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER- 1015
Konu : Araştırma Yapılması.

0.6/6.1/2007

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 18 Mayıs 2007 tarih ve B.30.2.AKD.0.66.00.00/72-341 Sayılı yazı.

Üniversitemiz Antalya Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hikmet Öznur KÖRÜKÇÜ'nün, gebelerde doğum korkusunu belirlemek üzere 02 Ocak- 28 Şubat 2008 tarihleri arasında "Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A Versiyonu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Doç.Dr.Oktay ERAY
Başhekim
Dekan Yardımcısı

Eki: İlgide kayıtlı yazı ve ekleri.

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 ANTALYA
Tel : (242) 249 62 90
Faks : (242) 227 44 90

T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Eğitim Şube Müdürlüğü

EK 3.

SAYI :B1041SM4070009/605-05/
Konu : Anket

5 Haziran 2007
15948

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

SAGLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 28.05.2007 tarih ve 06486 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen "Wijman doğum beklentisi / deneyimi ölçeği A versiyonu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması " konulu araştırmanın Müdürlüğümüze bağlı Antalya Devlet Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniklerinde uygulaması ile ilgili 01 Haziran 2007 tarih ve 15811 sayılı Vilayet Olur'u ektedir.

Bilgi ve gereğini arz ederim.


Dr. Hittseyin GÜL
Sağlık Müdürü

EKİ : 1



K-Q
TSE-ISO-EN
9000

İLETİŞİM

ADRES: Toros Mh. Atatürk Bulv. No:74 PK 07070

İletişim Birimi : Sayı: ALBAYRAK

Dahili Tel : 429-431-432-434

TEL: 0 242 228 48 48 FAX: 0 242 228 50 47
WEB : www.antalyasim.gov.tr

E-Posta : Antalya.es@sağlik.gov.tr

EK 4.

GEBELERDE DOĞUM KORKUSU DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Sayın Katılımcı;

Adım Öznur KÖRÜKCÜ, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D' da yüksek lisans yapmaktayım. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Devlet Hastanesi ve Antalya Atatürk Devlet Hastanesine kontrol için gelen gebelerde, gebelikte doğum korkusunu ölçen bu ölçeği Türkçe'ye uyarlamak üzere bir "ölçek uyarlama" çalışması yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplama için sosyodemografik özellikleri ve gebelik sırasında yaşadığınız duyguları içeren soru formları hazırlanmıştır. Soruları yanıtlamak ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Sorulan sorulara cevap vermeniz, gebelik sırasında doğuma ilişkin korku ve endişe yaşayan kadınlara bu konuda eğitim verilmesi ve destek olunması açısından önemlidir. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Araş.Gör. H. Öznur KÖRÜKCÜ
Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

Katılımcının İmzası

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İÇEREN ANKET FORMU

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....
3. Eğitim durumunuz nedir?
 1. İlkokul
 2. Ortaokul
 3. Lise
 4. Üniversite
 5. Lisansüstü
4. Sürekli ilaç kullanılmasını gerektiren bir rahatsızlığınız var mı?
 1. Evet
 2. Hayır
5. Şimdiki gebeliğiniz sırasında bebeğinizin babası size duygusal ya da fiziksel yönden destek oluyor mu?
 1. Evet
 2. Hayır
 3. Diğer (açıklayınız).....
6. Eşiniz ve siz bebeğinizin doğmasını istiyor musunuz?
 1. Her ikimizde bu bebeği istiyoruz
 2. Ben istiyorum; fakat eşim istemiyor
 3. Eşim istiyor; fakat ben istemiyorum
 4. Her ikimizde bu bebeği istemiyoruz
7. Daha önce gebelik deneyiminiz oldu mu?
 1. Evet
 2. Hayır

Eğer cevabınız evet ise aşağıdaki soruya, hayır ise 15. soruya geçiniz.

8. Kaç kez gebelik yaşadınız?.....
9. Bu gebeliklerden kaç tanesi canlı doğum ile sonlandı?.....
10. Önceki doğumunuzu hangi doğum şekli ile yaptınız?.....
11. Küretaj deneyiminiz oldu mu?
 1. Evet
 2. Hayır

Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruya, hayır ise 13. soruya geçiniz.

12. Kaç kez küretaj oldunuz?.....
13. Düşük deneyiminiz oldu mu?
 1. Evet
 2. Hayır

Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruya, hayır ise 15. soruya geçiniz.

14. Kaç kez düşük yaşadınız?.....
15. Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi eğitim aldınız mı?
 1. Evet
 2. Hayır

Eğer yanıtınız evet ise aşağıdaki soruyu yanıtlayınız.

16. Kimden eğitim aldınız?
 1. Sağlık personelinde
 2. Gebe eğitim kitaplarından
 3. Gebe eğitim kursundan
 4. İnternette
 5. Diğer.....

**Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği
(W-DEQ) A versiyonu**

© 2005 K. Wijma ve B. Wijma

YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancılarınızı ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli değil.*

I Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1	0	1	2	3	4	5
	Son derece mükemmel					Hiç mükemmel değil

2	0	1	2	3	4	5
	Son derece korkunç					Hiç korkunç değil

II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hisedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3	0	1	2	3	4	5
	Son derece yalnız					Hiç yalnız değil

4	0	1	2	3	4	5
	Son derece güçlü					Hiç güçlü değil

5	0	1	2	3	4	5
	Son derece kendinden emin					Hiç kendinden emin değil

6	0	1	2	3	4	5
	Son derece korkmuş					Hiç korkmamış

7	0	1	2	3	4	5
	Son derece yüzüstü bırakılmış					Hiç yüzüstü bırakılmamış

II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

8	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	güçsüz					güçsüz değil
9	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	güvende					güvende değil
10	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Bağımlı
	bağımsız					
11	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç umutsuz
	umutsuz					değil
12	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Gerginlik
	gergin					yok
13	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	memnun					memnun değil
14	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	hoşnut					hoşnut değil
15	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	terkedilmiş					terkedilmemiş
16	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Tamamen					Hiç
	kendine hakim					kendine hakim değil
17	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	rahat					rahat değil
18	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
	Son derece					Hiç
	mutlu					mutlu değil

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

- 19 0 1 2 3 4 5
Aşırı panik Hiç panik değil
- 20 0 1 2 3 4 5
Aşırı ümitsizlik Ümitsizlik yok
- 21 0 1 2 3 4 5
Aşırı çocuğa kavuşma isteği Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
- 22 0 1 2 3 4 5
Aşırı öz güvenli Öz güveni yok
- 23 0 1 2 3 4 5
Son derece güvenli Kendine güvensiz
- 24 0 1 2 3 4 5
Aşırı ağrılı Hiç ağrı yok

IV Doğum sancularınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

- 25 0 1 2 3 4 5
Son derece kötü bir şekilde davranacağım Kötü bir şekilde davranmayacağım
- 26 0 1 2 3 4 5
Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim
- 27 0 1 2 3 4 5
Kontrolümü tamamen kaybedeceğim Kontrolümü kaybetmeyeceğim

**The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire
(W-DEQ) version A**

© 2005 K. Wijma and B. Wijma

INSTRUCTION

This questionnaire is about feelings and thoughts women may have at the prospect of labour and delivery.

The answers to each question appear as a scale from 0 to 5. The outermost answers (0 and 5 respectively) correspond to the opposite extremes of a certain feeling or thought.

Please complete each question by drawing a circle around the number belonging to the answer which most closely corresponds to **how you imagine** your labour and delivery will be.

Please answer **how you imagine** your labour and delivery will be - *not the way you hope it will be.*

I How do you think your labour and delivery will turn out as a whole?

1	0	1	2	3	4	5
	Extremely fantastic					Not at all fantastic
2	0	1	2	3	4	5
	Extremely frightful					Not at all frightful

II How do you think you will feel in general during the labour and delivery?

3	0	1	2	3	4	5
	Extremely lonely					Not at all lonely
4	0	1	2	3	4	5
	Extremely strong					Not at all strong
5	0	1	2	3	4	5
	Extremely confident					Not at all confident
6	0	1	2	3	4	5
	Extremely Afraid					Not at all afraid
7	0	1	2	3	4	5
	Extremely deserted					Not at all deserted

II How do you think you will feel in general during the labour and delivery?

8	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Extremely weak					Not at all weak
9	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Extremely safe					Not at all safe
10	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Extremely independent					Not at all independent
11	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Extremely desolate					Not at all desolate
12	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Extremely tense					Not at all tense
13	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Extremely glad					Not at all glad
14	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Extremely proud					Not at all proud
15	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Extremely abandoned					Not at all abandoned
16	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Totally composed					Not at all composed
17	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Extremely relaxed					Not at all relaxed
18	<u>0</u>	1	2	3	4	<u>5</u>
	Extremely happy					Not at all happy

III What do you think you will feel during the labour and delivery?

19	0	1	2	3	4	5
	Extreme panic				No panic at all	
20	0	1	2	3	4	5
	Extreme hopelessness				No hopelessness at all	
21	0	1	2	3	4	5
	Extreme longing for the child				No longing for the child at all	
22	0	1	2	3	4	5
	Extreme self-confidence				No self-confidence at all	
23	0	1	2	3	4	5
	Extreme trust				No trust at all	
24	0	1	2	3	4	5
	Extreme pain				No pain at all	

IV What do you think will happen when labour is most intense?

25	0	1	2	3	4	5
	I will behave extremely badly				I will not behave badly at all	
26	0	1	2	3	4	5
	I will allow my body to take total control				I will not allow my body to take control at all	
27	0	1	2	3	4	5
	I will totally lose control of myself				I will not lose control of myself at all	

EK 8.

Beck Anksiyete Envanteri

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, **her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini** aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (X) işaret koyarak belirleyiniz.

0. Hiç
1. Hafif derecede
2. Orta derecede
3. Ciddi derecede

Sizi ne kadar rahatsız etti?
Hiç

Ciddi derecede

	(0)	(1)	(2)	(3)
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Sıcak / ateş basmaları	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Gevşeyememe	(0)	(1)	(2)	(3)
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Baş dönmesi veya sersemlik	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Kalp çarpıntısı	(0)	(1)	(2)	(3)
8. Dengeyi kaybetme duygusu	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Dehşete kapılma	(0)	(1)	(2)	(3)
10. Sinirlilik	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	(0)	(1)	(2)	(3)
12. Ellerde titreme	(0)	(1)	(2)	(3)
13. Titreklilik	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Kontrolü kaybetme korkusu	(0)	(1)	(2)	(3)
15. Nefes almada güçlük	(0)	(1)	(2)	(3)
16. Ölüm korkusu	(0)	(1)	(2)	(3)
17. Korkuya kapılma	(0)	(1)	(2)	(3)
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	(0)	(1)	(2)	(3)
19. Baygınlık	(0)	(1)	(2)	(3)
20. Yüzün kızarması	(0)	(1)	(2)	(3)
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	(0)	(1)	(2)	(3)

Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği

Sevgili Gebeler,

Bu anketlerden elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için son iki hafta içerisinde uygun olup olmadığına göre en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; (0) Hiç bir zaman (1) Nadiren (2) Sık sık (3) Genellikle ve (4) Her zaman anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka **TEK** yanıt veriniz ve kesinlikle **BOŞ** bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

1	Oldukça önemsiz şeylerden dolayı gerginleşiyorum	0	1	2	3	4
2	Dudaklarımın kurduğunu hissediyorum	0	1	2	3	4
3	Olumlu herhangi bir şey düşünemiyorum	0	1	2	3	4
4	Nefes alıp vermede güçlük yaşıyorum (örneğin; çok hızlı nefes alma veya nefes alamama)	0	1	2	3	4
5	Bulduğum ortama uyum sağlayamıyorum	0	1	2	3	4
6	Olaylara gereğinden fazla tepki gösteriyorum	0	1	2	3	4
7	Kendimi bitkin hissediyorum (örneğin; bacaklarım tutmuyor)	0	1	2	3	4
8	Rahatlamakta güçlük yaşıyorum	0	1	2	3	4
9	Beni sıkıntıya sokan öyle zamanlar oluyor ki, onlar bitince kendimi rahat hissediyorum	0	1	2	3	4
10	Beklediğim veya umduğum hiçbir şey olmadığını hissediyorum	0	1	2	3	4
11	Aniden keyfimin kaçtığını hissediyorum	0	1	2	3	4
12	Çok fazla gerginleştiğimi hissediyorum	0	1	2	3	4
13	Kendimi üzgün ve karamsar hissediyorum	0	1	2	3	4
14	Herhangi bir nedenden dolayı geciktiğimde sabırsızlanıyorum (örneğin; asansör veya trafik ışığı)	0	1	2	3	4
15	Kendimi yorgun ve zayıf hissediyorum	0	1	2	3	4
16	Her şeye olan ilgimin kaybolduğunu hissediyorum	0	1	2	3	4
17	Bir insan olarak değerli olmadığımı hissediyorum	0	1	2	3	4
18	Oldukça hassas ve alıngan olduğumu hissediyorum	0	1	2	3	4
19	Herhangi bir fiziksel çaba harcamama veya fazla sıcak olmamasına rağmen yoğun biçimde terlediğimi hissediyorum (örneğin; ellerin terlemesi)	0	1	2	3	4
20	Herhangi bir neden olmamasına rağmen korktuğumu hissediyorum	0	1	2	3	4
21	Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyorum	0	1	2	3	4
22	Gevşemekte zorlanıyorum	0	1	2	3	4
23	Yutkunmakta sıkıntı yaşıyorum	0	1	2	3	4
24	Yaptığım şeylerin dışında hiçbir şeyden zevk alamıyorum	0	1	2	3	4
25	Herhangi bir fiziksel çaba harcamadığım halde kalbimin çarpıntısını hissedebiliyorum.	0	1	2	3	4
26	Kendimi keyifsiz ve kederli hissediyorum	0	1	2	3	4
27	Çabuk sinirlendiğimi düşünüyorum	0	1	2	3	4
28	Hemen paniğe kapıldığımı düşünüyorum	0	1	2	3	4
29	Beni gerginleştiren herhangi bir şeyden sonra rahatlamakta güçlük yaşıyorum.	0	1	2	3	4
30	Basit fakat alışılmadık bir şeyden dolayı "mahvolacağım" diye kaygılanıyorum	0	1	2	3	4
31	Herhangi bir şey için istekli ve ilgili olamıyorum	0	1	2	3	4
32	Yaptığım işin bölünmesine tahammül edemiyorum	0	1	2	3	4
33	Gergin bir durumdayım	0	1	2	3	4
34	Oldukça değersiz olduğumu düşünüyorum	0	1	2	3	4
35	Yaptığım işe engel olan hiçbir şeye tolerans gösteremiyorum	0	1	2	3	4
36	Çok korktuğumu hissediyorum	0	1	2	3	4
37	Gelecekte hiçbir beklentim yok	0	1	2	3	4
38	Yaşamın anlamsız olduğunu düşünüyorum	0	1	2	3	4
39	Kendimi tedirgin ve heyecanlı hissediyorum	0	1	2	3	4
40	Gülünç duruma düşme ve paniğe kapılma riski olan durumlardan dolayı endişeleniyorum	0	1	2	3	4
41	Titrediğimi hissediyorum (örneğin; ellerde)	0	1	2	3	4
42	Yapacağım şeylere başlamakta güçlük yaşıyorum	0	1	2	3	4

Depresyon = 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42.**Anksiyete** = 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41.**Stres** = 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39.

Endişe Şiddeti Ölçeği










EK: Yönerge: Aşağıda endişe ile ilgili ifadelerin listesini göreceksiniz. Endişe, kaygının (sıkıntı hissi) eşlik ettiği ve gelecekteki olumsuz olaylarla ilgili düşünce biçimidir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadenin, sizin endişe yaşadığınız durumları genel olarak e kadar doğru anladığınızı, rakamlarını yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Puanlama:

- 0= Kesinlikle doğru değil 1= Kısmen doğru 2= Oldukça doğru 3= Tamamen doğru
- 1- Endişelendiğim zaman bu benim günümü, o günkü işlerimi etkiler. (Mesela, işimi yapmama, günümü programlamama engel olur.)
0- Kesinlikle doğru değil 1- Kısmen doğru 2- Oldukça doğru 3- Tamamen doğru
- 2- Bir konu hakkında endişelenmekten vazgeçmem gerektiğini düşündüğüm zaman, bu konu hakkında daha da fazla endişelenmeye başladığımı fark ederim.
0- Kesinlikle doğru değil 1- Kısmen doğru 2- Oldukça doğru 3- Tamamen doğru
- 3- Endişelenmem, kendimi moralsiz ve çökmüş hissetmemen neden olur.
0- Kesinlikle doğru değil 1- Kısmen doğru 2- Oldukça doğru 3- Tamamen doğru
- 4- Endişelendiğim zaman, karar verme ve problem çözme becerilerim olumsuz yönde etkilenir.
0- Kesinlikle doğru değil 1- Kısmen doğru 2- Oldukça doğru 3- Tamamen doğru
- 5- Endişelendiğimde kendimi gergin ve bunalmış hissedirim.
0- Kesinlikle doğru değil 1- Kısmen doğru 2- Oldukça doğru 3- Tamamen doğru
- 6- Kötü şeylerin veya olayların olacağına kesin gözüyle bakar, bundan endişe duyarım.
0- Kesinlikle doğru değil 1- Kısmen doğru 2- Oldukça doğru 3- Tamamen doğru
- 7- Sıklıkla, endişelenmekten kendimi alıkoyamayacağımdan endişelenirim.
0- Kesinlikle doğru değil 1- Kısmen doğru 2- Oldukça doğru 3- Tamamen doğru
- 8- Endişelenmemin bir sonucu olarak, duygusal açıdan tedirgin veya rahatsız hissetmeye yatkınım.
0- Kesinlikle doğru değil 1- Kısmen doğru 2- Oldukça doğru 3- Tamamen doğru

Çalışma Planı

EK 11.

Yapılan çalışmalar	Şubat-Nisan 2007	Nisan 2007	Mayıs 2007	Mayıs-Haziran 2007	Eylül-Ekim 2007	Kasım-Aralık 2007	Ocak 2008	Şubat-Ekim 2008	Kasım-Aralık 2008	Ocak-Mayıs 2009
Literatür inceleme ve konu seçimi										
Orijinal ölçeği geliştiren kişiden izin alınması										
Tez önerisi										
Gerekli düzeltmelerin yapılması ve hastanelerden izinlerin alınması										
Ölçeğin çevirilerinin yapılması										
Uzman görüşlerinin alınması										
Ön uygulama										
Verilerin toplanması										
Verilerin analizi										
Verilerin değerlendirilmesi ve rapor yazılması										