



**T.C.**  
**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**GEBELİKLE İLGİLİ KAYGI ÖLÇEĞİ-REVİZE 2 FORMUNUN**  
**TÜRKÇEYE UYARLANMASI VE GEÇERLİK GÜVENİRLİK**  
**ÇALIŞMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. MUHLİSE DEMİRBAŞ**

**HAZİRAN 2018**



**T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**GEBELİKLE İLGİLİ KAYGI ÖLÇEĞİ-REVİZE 2 FORMUNUN  
TÜRKÇEYE UYARLANMASI VE GEÇERLİK GÜVENİRLİK  
ÇALIŞMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. MUHLİSE DEMİRBAŞ**

**DANIŞMAN  
PROF. DR HASAN ÇETİN EKERBİÇER**

**HAZİRAN 2018**

## **BEYAN**

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 02/10/2017 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçek için Anja C. Huizink'den 24/07/2017 tarihinde Pregnancy Related Anxiety Questionnaire - Revised 2 formunu kullanma izni alınmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

24/04/2018

Muhlise DEMİRBAŞ

## TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitim sürem içinde bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım ve tezimin son halini almasında yardımlarını esirgemeyen çok kıymetli saygıdeğer hocamız Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER'e; tezimin istatistiğinde yardımcı olan hocamız Doç. Dr. Ünal ERKORKMAZ'a; manevi desteklerini esirgemeyen, tez sürecimizi beraber yürüttüğümüz asistan arkadaşım Şeyda TOK'a, çeviri sırasında yardımcı olan Baran İNCİ'ye bölümümüzdeki diğer asistan arkadaşlarıma; veri toplamada yardımları olan Dr. Fırat KARADENİZ, Dr. Elif AKAR, Dr. Cemal MUTLU, Dr. Sevcan KANBUR, Dr. Serdar YARIMBAŞ, Dr. Sibel ALTUNANAHTAR, Dr. Oğuz SÜRMEİ, Dr. Raşit KARAAAYTAÇ, Dr. Alptekin CEYLAN, Dr. Ömer ÇOPUR, Dr. Asım ÇALKAY, Dr. Hacer CANER, Dr. Ayşe UĞUR DEMİRLİ, Dr. Mekiye BİNDAL ve Dr. Yusuf AKYOL'a teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Dr. Muhlise DEMİRBAŞ

# İÇİNDEKİLER

BEYAN .....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
KISALTMA VE SİMGELER .....	v
TABLolar .....	vi
ÖZET .....	viii
SUMMARY .....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. KAYGI .....	5
2.2. GEBELİK KAYGISI .....	7
2.2.1 Gebelik Kaygısının Yordayıcıları Ve İlişkili Faktörler .....	10
2.2.1.1. Sosyoekonomik durum .....	10
2.2.1.2. Yaş .....	11
2.2.1.3. Genel kaygı .....	11
2.2.1.4. Kişisel kaynaklar .....	11
2.2.1.5. İlişkiler ve sosyal destek .....	12
2.2.1.6. Gebeliğe karşı tutumlar .....	12
2.2.1.7. Tıbbi risk .....	12
2.2.1.8. Parite .....	12
2.2.2. Gebelik Kaygısı Gebelik Boyunca Nasıl Değişir? .....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	15
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI .....	15
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ .....	15
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....	15
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ .....	16
3.4.1 Bağımlı Değişkenler .....	16
3.4.2. Bağımsız Değişkenler .....	16
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ .....	16
3.5.1. Veri Toplama Araçları .....	16
3.5.3. Ön deneme .....	18
3.5.4. Veri Toplama Yöntemi .....	18
3.6. ÖLÇEK UYARLAMA .....	18
3.6.1. Psikolinguistik Özellikler .....	18

3.6.1.1. Dil geçerliği .....	18
3.6.1.2. Kapsam geçerliği .....	19
3.6.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	20
3.6.2.1. Geçerlik Analizi .....	21
3.6.2.2. Güvenirlik analizi .....	22
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	22
3.8. ARAŞTIRMANIN SÜRECİ .....	23
3.9. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER .....	23
3.10. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ.....	24
3.11. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI .....	24
4. BULGULAR .....	25
4.1. GEBELİKLE İLGİLİ KAYGI ÖLÇEĞİ-REVİZE 2 FORMUNUN TÜRKÇEYE UYARLANMASI VE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI . 25	
4.1.1. Kesme Noktası.....	32
4.2. SAKARYA'DA BAZI AİE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN GEBELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN GEBELİK KAYGISI İLE İLİŞKİSİ .....	33
5.TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ.....	59
KAYNAKLAR.....	61
EK-2 PREGNANCY RELATED ANXIETY QUESTIONNAIRE REVISED 2 .....	70
EK-3 ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİNİ .....	71
EK-4 UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU VE GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR .....	72
EK-5 ETİK KURUL ONAYI .....	76
EK-6 ÖZGEÇMİŞ .....	77

## KISALTMA VE SİMGELER

AGFI: Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

EBD: En büyük değer

EKD: En küçük değer

GFI: Uyum iyiliği indeksi

GİKÖ – R2: Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği-Revize 2

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü

PRAQ: Pregnancy Related Anxiety Questionnaire

PRAQ-R2: Pregnancy Related Anxiety Questionnaire – Revised 2

RMSA: Tahmini kök kareler ortalaması



## TABLULAR

Tablo 1. Davis Tekniği İle Kapsam Geçerliliği alışması

Tablo 2. Araştırmanın Zaman izelgesi

Tablo 3. Madde Ve Faktörlerin Toplam Varyansı Açıklama Oranları

Tablo 4. Eğik Döndürme Sonrası Elde Edilen Faktör Örüntü Katsayıları

Tablo 5. Uyum İndeksleri Normal Değerleri Ve Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğine Ait Değerler

Tablo 6. Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğinin Alt Boyutlarının Madde Sayıları Ve Cronbach Alfa Katsayıları

Tablo 7. Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğinin Madde Toplam Korelasyonları

Tablo 8. Gebelikle İlişkili Kaygı Anketi Ve Alt Boyutlarının Kararlılık Katsayıları

Tablo 9. Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Test Tekrar Test Uygulamasına Ait Toplam Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 10. Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğine Verilen Yanıtların Yüzde Dağılımları

Tablo 11. Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğinde Alınan Toplam Ve Alt Boyut Puanlarının Merkezi Ve Dağılım Ölçütleri

Tablo 12. Sakarya İlinde Bazı ASM' lere Başvuran Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 13. Sakarya İlinde Bazı ASM' lere Başvuran Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 14. Sakarya İlinde Bazı ASM' lerin Başvuran Gebelerin Eş, Aile/Yakın Desteği Görme Durumu

Tablo 15. Katılımcıların Daha Önce Doğum Yapma Durumlarına Göre Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 16. Katılımcıların Kaygı Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 17. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 18. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 19. Katılımcıların Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 20. Katılımcıların Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumuna Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 21. Katılımcıların Daha Önce Doğum Yapma Durumlarına Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 22. Katılımcıların Gebeliklerinin Planlı Olma Durumlarına Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 23. Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Durumlarına Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 24. Katılımcıların Daha Önce Ölü Doğum Yapma Durumlarına Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 25. Katılımcıların Buldukları Trimestere Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 26. Katılımcıların Planladıkları Doğum Şekline Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 27. Katılımcıların Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 28. Katılımcıların Eş Desteği Beklentisine Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 29. Katılımcıların Aile Desteği Beklentisine Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 30. Sakarya İlinde Bazı Asm'lere Başvuran Gebelerin Kaygı Düzeylerinin Sosyo-demografik Özelliklerle İlişkisi

Tablo 31. Sakarya İlinde Bazı Asm'lere Başvuran Gebelerin Kaygı Düzeylerinin Obstetrik Özelliklerle İlişkisi

Tablo 32. Sakarya İlinde Bazı Asm'lere Başvuran Gebelerin Psikiyatrik Hastalık Öykülerinin Kaygı Düzeyleri ile İlişkisi

Tablo 33. Sakarya İlinde Bazı Asm'lere Başvuran Gebelerin Destek Beklentisinin Kaygı Düzeyleri İle İlişkisi

## ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Bu çalışma gebelik kaygı seviyesini belirlemek amacıyla kullanılan psikometrik olarak test edilmiş, genel kaygıdan bağımsız olarak doğum ve çocukluk çağı sonuçlarını öngören bir enstrüman olan Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği-Revize 2 formunun Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla yürütülmüştür. Bununla birlikte çalışma grubunda gebelik kaygısı ile sosyodemografik ve obstetrik özellikler arasındaki olası ilişkiler de incelenmiştir.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Metodolojik ve tanımlayıcı tipteki araştırma 7 aile sağlığı merkezinde Aralık 2017 – Şubat 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu tarihler arasında aile hekimliği birimlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 271 gebeden veri toplanmıştır. Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği-Revize 2 formuna ait 10 soru, sosyodemografik ve obstetrik özelliklerle ilgili 15 soru olmak üzere toplam 25 sorudan oluşan veri toplama formu gözlem altında doldurtulmuştur. İstatistiksel analizler SPSS 21.0 bilgisayar programı yardımıyla yapılmış olup  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**BULGULAR:** Ölçeğin Kaiser Meyer Olkin test değeri 0,79, Barlett Testi için  $p$  değeri  $< 0,00$  bulunmuş ve verilerin faktör analizine uygun olduğu görülmüştür. Yapılan açıklayıcı faktör analizinde ölçek üç faktör üzerine toplanmış ve üç faktör toplamda varyansın %66,00'sını açıklamıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda  $\chi^2=55,45$ ,  $\chi^2/df=1,73$ , CFI= 0,97, GFI= 0,96, AGFI= 0,93, RMSEA= 0,05 bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısı 0,80 bulunan ölçeğin psikometrik özelliklerinin iyi olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan gebelerin yaşları 18-44 arasında dağılmakta olup ortancası 29, ortalaması  $29,89 \pm 5,68$ 'dir. Katılımcıların %39,1'i daha önce hiç doğum yapmamışken, %60,9 daha önce en az bir kez doğum yapmıştır. Hiç doğum yapmamış, normal doğum planlayan, gelir getiren bir işte çalışan, ailesinden yeterli destek

göremeyeceğini düşünen gebeler daha yüksek gebelikle ilgili kaygı ölçeği puanına sahipti ( $p \leq 0,05$ ).

**SONUÇ:** Bu çalışmada Gebelikle ilgili Kaygı Ölçeği Revize 2'nin Türkçe dilinde de geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konmuştur. Ölçeğin kısa ve kolay uygulanabilir yapısının gebelik kaygısı düzeyi saptamayı amaçlayan büyük ölçekli çalışmalarda, klinik ortamda ve müdahale programlarında kullanılmasına olanak vereceğini düşünüyoruz.

**Anahtar Sözcükler:** Gebelik, Kaygı, Ölçek geçerlik güvenirliği, Parite.

## **SUMMARY**

### **THE VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE ADAPTATION OF PREGNANCY RELATED ANXIETY QUESTIONNAIRE – REVISED 2 TO TURKISH**

**INTRODUCTION AND AIM:** This study was conducted to test the validity and reliability of the Turkish version of the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire – Revised 2 form, which is a psychometrically tested instrument that is used to determine the level of pregnancy related anxiety and predicts childbirth and childhood outcomes independent of general anxiety. In addition to this, possible relations between pregnancy related anxiety and sociodemographic and obstetric characteristics were also examined in the study group.

**MATERIAL AND METHOD:** The methodological and descriptive study was conducted in 7 different Family Health Centers between December 2017 and February 2018. Between these dates, the data were collected from 271 pregnant women who applied to family medicine units and agreed to participate in the study. Data collection form consisting of 25 questionnaires that involves 10 questions from Pregnancy Related Anxiety Scale – Revised 2 form and 15 questions about sociodemographic and obstetric characteristics were filled under observation. All statistical analyses were performed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, IBM, USA) v21.0 statistical software package, and  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

**RESULTS:** The scale's Kaiser Meyer Olkin test score was found to be 0.79,  $p$  value was found to be  $< 0.00$  for the Bartlett test, and the data were found to be suitable for factor analysis. The exploratory factor analysis revealed a three factor structure and these three factors explained 66% of the variance in total. The confirmatory factor analysis showed  $\chi^2 = 55,45$ ,  $\chi^2 / df = 1,73$ , CFI = 0,97, GFI = 0,96, AGFI = 0,93, RMSEA = 0,05. The Cronbach alpha coefficient was found to be 0.80 and the psychometric properties of the scale were found to be good. The years of age of the

participating pregnant women ranged between 18 and 44, with a median of 29 and a mean of  $29,89 \pm 5,68$ . 39.1% of the participants had never delivered before, while 60.9% had at least one previous delivery. Those who did not deliver before, who planned a normal delivery, who had a wage-earning employment, and who thought they would not get enough support from their family had a higher score on pregnancy related anxiety.

**CONCLUSION:** In this study, Pregnancy Related Anxiety Questionnaire Revised 2 was also found to be a valid and reliable scale in Turkish. We think that the brief and easy-to-implement structure of the scale will allow it to be used in clinical settings, in intervention programs and in large-scale studies aiming to determine the level of pregnancy related anxiety.

**Key Words: Pregnancy, Anxiety, Validity and reliability of scale, Parity**

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, kadının sistemlerinde ki anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişikliklerin yanı sıra psikolojik ve sosyal değişimleri de içeren karmaşık bir yaşam sürecidir.

Gebelik birçok kadın için ruhsal bozukluklar açısından savunmasız bir dönemi temsil edebilir. Bu dönemde değişen vücut şekli ve algısı, buna eşlik eden hormonal değişikliklerin yanı sıra gebelikle ilgili bilinçli ya da bilinçdışı düşünce, duygu, beklenti ve çatışmalar kadının ruhsal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır (Özkan 1993).

Kadınlar arasında gebelik süresince kaygı duymak, özellikle ilk gebelikte, nispeten yaygındır. Üç aylık dönemler arasında ve bulguların ciddiyeti açısından farklılıklar olmakla beraber gebe kadınlar %10,4 - %15,6 arasında değişen sıklıklarda kaygı yaşar (Berle et al, 2005, Bödecs et al, 2013, Rubertsson et al, 2014). Gebe kadınlar, doğacak bebeğin bedensel ve zihinsel sağlığı, iş ve sosyal ortamlarda yaşanacak değişiklikler, ebeveyn olmanın sorumlulukları konusunda endişeli olabilirler. Bunların yanı sıra kendilerini bekleyen doğum öncesi sancılar ve doğum sırasındaki ağrı hakkında da kaygı duyuyor olabilirler (Huizink et al, 2004).

Gebelikte yaşanan kaygının genel kaygı ve depresyondan ayrı olarak ele alınıp alınamayacağı önemli bir konudur. Gebeliğin erken ve orta döneminde, gebelik kaygısının yalnızca %8- %27'lik bir kısmı genel kaygı ve depresyonla açıklanabilirken; geç dönemde gebelik kaygısı ile genel kaygı ve depresyon arasında doğrusal bir ilişki bulunamamıştır. Sonuç olarak gebelik kaygısı, genel kaygı ve depresyondan farklı bir olgudur (Huizink et al, 2004).

Gebelik süresince çevrenin gelişen fetüsü etkilediği bilinen bir gerçektir. Aslında fetüsün neredeyse tamamen bağımlı olduğu ve etkilendiği bu çevre annenin kendisidir. Annenin gebelik boyunca yaşadığı kaygı, gebelik süreci, taşıdığı fetüs ve doğacak bebek için olumsuz sağlık etkileri oluşturabilir. Yüksek gebelik kaygısı, erken doğum eylemi ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkilendirilmiştir (Kramer et al, 2009, Ding et al, 2014, Rose et al, 2016). Gebelikte annenin yaşadığı kaygının çocukta azalmış bilişsel aktivite ve gri cevher yoğunluğu, gecikmiş motor ve bilişsel gelişme, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dışsallaştırma, negatif duygusallık ve kaygı gibi bir takım olumsuz sonuçlara yol açtığına yönelik çalışmalar literatürde yer almaktadır (Huizink et al, 2003, Van den Bergh and Marcoen, 2004, Buss et al, 2010, Polanska et al, 2017). Gebelik döneminde yaşanan kaygı dışında distres, bir yakının ölümü, olumsuz yaşam olayları, gibi negatif duygulara yol açan durumlar da çocukluk döneminde ortaya çıkan hırıltılı solunum, atopik dermatit, alerjik rinit, astım gibi atopik bozukluklarla ilişkili bulunmuştur (Andersson et al, 2018).

Bir başka önemli nokta da gebelik sırasındaki kaygı ve depresyonun, doğum sonrası depresyonu oldukça öngörmesi, önlem ve tedavi için sağlık personeline zaman kazandırmasıdır. Nitekim 2013'te yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) 5'te, doğum sonrası depresyon tablosunun %50 'sinin gerçekte gebelik döneminde başlangıç gösterdiğine değinilmiştir. Bu nedenle DSM 5'te "postpartum başlangıçlı depresyon" yerine "peripartum başlangıçlı depresyon" ifadesi kullanılmıştır (American Psychiatric Association, 2013). Peripartum başlangıç, gebelik esnasında herhangi bir zaman ile doğum sonrası bir aya kadar olan süreyi içerir. Bu değişikliğin nedeni birçok doğum sonrası duygulanım epizodlarının gebelik sırasında ve belki gebelikten önce başlamış olduğuna dair bilimsel verilerdir (Sadock et al, 2017).

Annenin ruhsal sağlık sorunlarının fetüs ve bebek üzerindeki doğrudan etkileri ile birlikte, ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu bilinen sosyal izolasyon, bebeğe yeterli bakım verememe gibi önemli dolaylı etkileri vardır. Bu dönemde ki ruhsal sağlık sorunlarının etkilerinden bahsederken yalnızca kadının değil, aynı zamanda fetüsün / bebeğin, kardeşlerin ve diğer aile bireylerinin ihtiyaçlarının da (kadın ya da fetus /



bebeğin fiziksel ihtiyaçları dahil olmak üzere) dikkate alınması gerekir (National Collaborating Centre for Mental Health, NICE 2014).

Gebelik dönemi, dünyanın birçok ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sık kullanıldığı bir dönemdir. Gelişmiş ülkelerde ve ülkemizde hemen hemen tüm gebeler doğum öncesi bakım alırlar. Bu durum kaygının erken tanınması açısından bir fırsattır. Gebelik kaygısı ile ilgili yeterli değerlendirmenin yapılabilmesi, kaygı düzeyi yüksek kadınları saptayabilmek açısından önem taşımaktadır. Hem fetal dönemde hem de uzun vadede çocuğa potansiyel zararlı etkileri olabilecek yüksek kaygı düzeylerinin saptanması, önleme ve müdahale çalışmaları açısından önemlidir. Kadımların sağlıklı ve mutlu bir gebelik geçirmesi ve sağlıklı bebeklerin doğması için tıpkı diğer tıbbi koşullarda olduğu gibi ruhsal bozukluklara yönelik taramalar da yapılmalıdır (NICE 2004).

Sınırları kesin olarak çizilmiş bir sendrom olmasa da gebelik kaygısı hakkında giderek büyüyen bir bilimsel literatür mevcuttur. Gebelik kaygısını belirlemeye ve şiddetini ölçmeye yarayan pek çok enstrüman geliştirilmiştir. Brunton ve ark.'nın (2015) literatürde gebelik kaygısını değerlendiren mevcut ölçekleri derlediği araştırmasında yer verdiği enstrümanlardan bazıları şunlardır: Beck Kaygı Envanteri (Beck and Steer, 1993), Kısa Semptom Envanteri (Derogatis and Melisaratos,1983), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Zigmond and Snaith, 1983), Gebelik Kaygısı Ölçeği (Côté-Arsenault, 1995), Gebelik Kaygısı Ölçeği (Levin, 1991), Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği (Van Den Bergh, 1990), Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği- Revize (Sikkema et al, 2001), Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği- Revize (Huizink et al, 2004), Doğum Öncesi Sosyal Çevre Envanteri (Orr et al, 1992). Bu enstrümanlardan, Beck Kaygı Envanteri (Ulusoy, 1993), Kısa Semptom Envanteri (Şahin ve Durak, 1994) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin (Aydemir ve ark, 1997) Türkçe uyarlamalarının geçerlik ve güvenilirlikleri test edilmiştir. Bunların dışında, Kitapçioğlu ve ark. (2008) Gebelik ve Doğum Korkusu ölçeğini geliştirmiştir. Beşli likert tipinde olan ölçek 15 faktör altında toplanan, toplam 62 ifadeden oluşmaktadır. Faktörler toplam varyansın %71,86'sını açıklamaktadır. Yapılan analizler sonucunda ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Gebeliğin 16., 22., 35. haftalarında ve doğum sonrası 6. haftada

uygulanan 17 soruluk Cambridge Kaygı Ölçeği, Türkçeye uyarlanan ve gebelikte kaygıyı ölçmek için kullanılan bir enstrümandır. Uygulandığı gebelik haftasına uygun olarak bir iki sorusunda değişiklik yapılan ve 35. Haftada 11 sorudan oluşan ek bir form uygulanan ölçek 6'lı likert şeklindedir. Gebelik haftasına göre bağımsız olarak uygulanabilen ölçekte toplam puan hesaplanmamaktadır. Her bir madde kendi içinde değerlendirilmektedir (Yiğit Günay E., 2013). Bahsi geçen ölçeklerden Beck Kaygı Envanteri, Kısa Semptom Envanteri ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği literatürde bu amaçla kullanılmasına rağmen gebeliğe özgü kaygıyı ölçmek için geliştirilmemiştir. Ülkemizde geliştirilen ve geçerlik, güvenilirliği test edilen Gebelik ve Doğum Korkusu Ölçeği, uzun olması nedeni ile klinik uygulama ve tarama amaçlı kullanılması zor olabilir. Cambridge Kaygı Ölçeği'nin farklı haftalarda dört kez tekrarlanması hem gebe kadın hem de ölçeği uygulayan kişiler için yorucu olabilir. Bu nedenlerden dolayı bu çalışma da gebelik kaygı seviyesini belirlemek amacıyla kullanılan psikometrik olarak test edilmiş, genel kaygıdan bağımsız olarak doğum ve çocukluk çağı sonuçlarını öngören bir enstrüman olan Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire–Revised 2 (PRAQ-R2) formunun Türkçe uyarlamasının, geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. KAYGI

Kaygı, istenmeyen müdahaleci düşünceler, endişe ve huzursuzluğun eşlik ettiği güçlü ve olumsuz bir duygusal durumdur. Gelecekteki olaylar hakkında endişelenme, kaygının tanımlayıcı bir bilişsel özelliğidir (Borkovec and Inz 1990'a atfen Guardino and Schetter 2004). Yaklaşmakta olan olayların öngörülemeyeceği, kontrol edilemeyeceği ya da istenen sonuçların elde edilemeyeceğine dair tehditkar hisler endişeye genellikle eşlik eder (Barlow (1998)'a atfen Guardino and Schetter 2004). Böylece kaygı, kontrol edilemeyen tehlike algısından kaynaklanan geleceğe yönelik duygusal bir durum olarak karakterize edilebilir (Guardino and Schetter, 2014).

Benzer bir şekilde kaygı, nedeni belli olmayan iç sıkıntısı, kişiyi rahatsız eden endişe ve korku duygusu olarak da tanımlanabilir. Kişinin iç dünyasından ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığının yanı sıra kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum da kaygıya yol açabilir (Işık ve Taner, 2006).

Tıbbi açıdan bakıldığında DSM'nin beşinci versiyonunda kaygı bozuklukları 12 farklı kategoride ele alınmıştır. Bir kişinin kaygı bozukluğu tanısı alması için o bozukluk için belirlenen kriterleri, belirtilen süreler boyunca karşılaması gereklidir. Kişi kriterleri tam olarak ve istenen sürelerde karşılamıyorsa kaygı bozukluğu tanısı konulmaz. Bu yaklaşım kategorik model olarak adlandırılır. Kategorik model psikiyatri için alışılmış ve gelenekseldir. Bu yaklaşım basitleştiricidir ve iletişimde kolaylık sağlar. Bir hastada ya kaygı bozukluğu vardır ya da yoktur. Psikolojik model ise boyutsal niteliktedir. Buna göre, kaygı sürekli mevcuttur ve insanlar değişik miktarlarda kaygıyı sürekli yaşarlar. Burada ki süreklilik kavramı aslında kaygının seviyesi ile ilgilidir ve bir uç düşük kaygı seviyelerini temsil ederken, sonrasında orta

kaygı seviyeleri, ardından şiddetli kaygı seviyeleri diğer ucu temsil edebilir. Bu süreklilik içinde üst uca yakın kişiler sosyal ve/veya duygusal ve/veya mesleki işlevlerinde olumsuz etkilere maruz kalabilir. Diğer uç olan düşük seviyeli kaygı ise harekete geçmemize yardımcı olabilir ve tehlikelere karşı sinyal görevi görür (Endler and Kocovski, 2001).

Yarım asrı aşkın süredir kaygı üzerine yapılan araştırmalar kaygıyı geçici bir duygusal durum ve nispeten istikrarlı bir kişilik özelliği olarak ayırmanın anlamlı olduğunu düşündürmektedir. Kaygı kavramının farklı tiplerine dair deneysel kanıtlar Cattell ve Scheier'in (1958;1961) faktör analizi çalışmalarına aittir. Bu çalışmalar sonucunda durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere iki farklı kaygı kavramı ortaya atılmıştır. Durumluk kaygı, geçici ve duygusal bir durumken; sürekli kaygı kişilik özelliklerini işaret eden, nispeten kalıcı kaygı türüdür (Endler and Parker, 1990). Kaygı bir birey ile durum ya da çevre arasındaki etkileşimden kaynaklanır. Yüksek sürekli kaygı seviyelerine sahip bireyler, başkalarının sıkıntıya kapılmayacağı pek çok farklı duruma tepki olarak durumluk kaygı yaşayabilir. Öte yandan deprem gibi yüksek tehlike taşıyan durumlar tipik olarak kaygılı olmayan kişilerin bile durumluk kaygı yaşamasına neden olabilir (Guardino and Schetter, 2014).

Aslında çoğu kişi hayatının bazı dönemlerinde kaygı duyar ve belli bir düzeydeki kaygı her zaman kötü bir şey değildir. Düşük düzeylerdeki kaygı harekete geçmemize, günlük problemleri çözmek için odaklanmamıza ve tehlikelerden uzak durmamıza yardımcı olur. Örneğin, ılımlı bir endişe düzeyine sahip olan veya bebeğinin sağlığı hakkında endişe eden bir gebe, tıbbi tavsiyeye daha sık başvurmaya ve vitamin alımı ve sağlıklı beslenme gibi sağlık teşvik davranışlarına dikkatli davranmaya meyilli olabilir. Bununla birlikte, gebelik sonuçlarını kontrol edemediğini veya kaygı ile baş edemeyeceğini hissederse, duygu uyarlanabilir olmaktan ziyade sorunlu hale gelebilir. Hem kendi hem de çocuğun sağlığını etkileyen alkol ve sigara içmek, aşırı yeme gibi riskli sağlık davranışlarına neden olabilir. Kaygı seviyeleri sürekli olarak yüksekse, ciddi sıkıntıya neden olduysa ve işleve müdahale ediyorsa, klinik bir bozukluk söz konusu olabilir. Yaygın kaygı bozukluğu, panik bozukluk ve spesifik fobiler gibi kaygı

bozuklukları, kadınlarda en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklar arasındadır (Guardino and Schetter, 2014).

Ruhsal bozuklukların prevalansını tahmin etmek için birkaç kıtadan alınan örneklerle kapsamlı araştırmalar yapılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Alkol ve İlgili Durumlara İlişkin Ulusal Epidemiyolojik Araştırma'nın bulgularına göre yaygın kaygı bozukluğunun 12 aylık prevalansı %2.1 ve ömür boyu prevalansı %4.1 olarak bulunmuştur. Travma sonrası stres bozukluğu dışlandığında herhangi bir kaygı bozukluğu yaşamayanın 12 aylık sıklığı %11.1, ömür boyu sıklığı %17.2'dir. Yaygın kaygı bozukluğunun kadınlardaki 12 aylık prevalansı %2.8 iken ömür boyu prevalansı %5.4'tür. Dünya Sağlık Örgütü'nün altısı az gelişmiş, sekizi gelişmiş ülkelerden oluşan toplam 14 ülkede yaptığı Dünya Ruh Sağlığı Araştırması'nda yaygın kaygı bozukluğu sıklığı Nijerya'da %0.0, İtalya'da 0.5, Çin'de 0.8, Japonya ve Ukrayna'da %1.2, Lübnan'da %1.3, Güney Afrika'da %1.4 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde %3.1 bulunmuştur (The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004).

Türkiye'de kaygı bozukluklarının sıklığını ortaya koyacak toplum temelli araştırmalar yok denecek kadar azdır. Ruh sağlığı sorunları epidemiyolojisini ortaya koymak için Türkiye'de yapılan en kapsamlı çalışma "Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması"dır. Bu çalışmaya göre son 12 ayda Türkiye'de nüfusun %17,2'si bir ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Yaygın kaygı bozukluğu prevalansı toplamda %0.7 bulunurken; kadınlarda %0,8 ve erkeklerde %0.5 bulunmuştur (Erol ve ark., 1998). Eskişehir il merkezinde 24 Sağlık Ocağı bölgesinde, kota örnekleme yöntemi ile ulaşılan 1475 kişi ile gerçekleştirilen bir araştırmada katılımcıların %29'unda en az bir anksiyete bozukluğu tanısı gözlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu toplamda %6.8 sıklığında görülürken, kadınlarda %9.1 sıklığında görülmüş ve kadın cinsiyet anksiyete bozuklukları açısından bir risk olarak saptanmıştır (Keskin ve ark., 2013).

## **2.2. GEBELİK KAYGISI**

Kaygının genel tanımından yola çıkarak gebelik kaygısını, beklenen bebeğin sağlığı ve iyilik hali, yaklaşan doğum eylemi, hayat boyu ve gebelik sürecindeki hastane ve

sağlık hizmeti deneyimleri, ebeveynlik ya da annelik rolünden kaynaklanan endişelere dayanan bir olumsuz duygusal bir durum olarak tanımlayabiliriz. Gebelik kaygısı, durumluk kaygıya benzer bir duygusal durumdur ancak gebe kadınlar arasında, onların gebeliklerinden kaynaklanan endişelerden köken aldığı için durumluk kaygıdan ayrılır. Gebelik kaygısı bir kadının kaygılı duygusal durumlara karşı genel yatkınlığı ile gebeliğin koşulları arasındaki etkileşim olarak da düşünülebilir. Bu koşullar gebelik sonuçlarını etkileyebilecek hipertansiyon gibi riskli tıbbi durumlar, önceki gebeliklerde ya da doğumlarda yaşanan komplikasyonlar, gebeliğin planlı ya da plansız olması gibi psikososyal faktörler, doğum öncesi bakım eksikliği, mevcut sosyal destek, düşük gelire sahip olma gibi birçok değişkeni içerir. Sürekli kaygısı yüksek olan kadınlar gebelik sırasında daha diken üstünde olabilir, kramp girmesi gibi bedensel hisleri ve kesin olmayan test sonuçları gibi belirsiz uyarıların tehdit olarak yorumlamaya eğilimli olabilir. Öte yandan yüksek riskli tıbbi durumlar ya da istenmeyen bir gebelikle beraber bebeğin babasından yeterli desteğinin alınmaması genellikle kaygılı olmayan kadınlar için bile endişe verici olabilir. Kaynağı ne olursa olsun gebelik sırasındaki kaygının tıbbi koşulların ve geleneksel risk faktörlerinin ötesinde bir risk oluşturduğu gösterilmiştir (Guardino and Schetter, 2014).

Dünya çapında her yıl yaklaşık 15 milyon bebek 37. Gebelik haftasından önce erken doğum ile dünyaya gelmektedir. Erken doğumların oranı 184 ülke arasında %5 ile %18 arasında değişmektedir (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>), Erişim tarihi 08/01/2018). Erken doğum komplikasyonları 5 yaş altı çocuklarda önde gelen ölüm nedenlerindedir ve 2015 yılında yaklaşık 1 milyon ölümden sorumludur (Liu et al, 2016).

Tıbbi bakımdaki gelişmeler erken doğan bebekler arasında hayatta kalma oranlarını kısmen iyileştirmiş olmakla birlikte yine de bebek ölüm hızları 37 haftadan önce doğan bebeklerde daha yüksektir. Erken doğup hayatta kalan bebekler, yaşam boyu gelişme bozuklukları ve sağlık sorunları açısından miadında doğan bebeklere göre daha yüksek risk taşırlar. Erken doğum için risk faktörleri, kronik hipertansiyon, astım, gebelik öncesi düşük kilo, preeklampsi, gestasyonel diyabet ve enfeksiyonlar gibi tıbbi öykü ve mevcut gebelik koşullarını içerir, ancak çok sayıda erken doğum önceden bilinen

obstetrik risk faktörleri tarafından tahmin edilemez veya açıklanamaz (Institute of Medicine, Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes, 2007). Bazı tahminlere göre, olumsuz doğum sonuçlarının üçte birinden fazlası obstetrik riskin prenatal değerlendirilmesiyle öngörülememektedir. Bu nedenle, araştırmacılar, kadın yaşamında, gebelik süresinin kısalmasına katkıda bulunabilecek stres yüksekliği ve sosyal destek eksikliği gibi diğer koşullara bakma ihtiyacı hissetmişlerdir.

Giderek artan sayıda çalışma, maternal stres ve kaygının en azından bazı erken doğum vakalarına katkıda bulunduğu konusunda ikna edici kanıtlar sunmaktadır (Kramer et al, 2009, Ding et al, 2014). Kramer ve ark. (2009) yürüttükleri geniş kapsamlı bir epidemiyolojik araştırmada Kanada'nın Montreal kentinde yaşayan 4.885 kadını gebeliklerinin ikinci trimesterinden başlayarak izlemiştir. İkinci trimesterde yapılan görüşmelerde, aile içi şiddet, işle ilgili stres, yaşam olayları gibi birçok akut ve kronik stres faktörünü değerlendirmişlerdir. Araştırmada kadınların gebe oldukları için ne sıklıkta endişeli, korkmuş, paniğe kapılmış ve kaygılı hissettiklerini değerlendiren dört maddeli bir gebelikle ilişkili kaygı ölçeği de kullanılmıştır. Bu titiz çalışmada incelenen birçok psikososyal ölçümler arasında, erken doğumun tek anlamlı öngörücüsü gebelikle ilişkili kaygı olmuştur. Sonuçlar, tıbbi ve obstetrik risk, gebelik riski algısı ve depresyona göre düzeltildikten sonra da bu ilişki devam etmiştir. Bu araştırmada belirli bir gebelikle ilgili kaygı düzeyinin, gebelik sırasında yaşanan diğer genel stres ve kaygı düzeylerinden daha güçlü bir şekilde erken doğumla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Gebelik kaygısının erken doğumu öngörmeye diğer stres biçimlerinden daha güçlü olmasının birkaç nedeni olabilir. Bu nedenlerden biri gebelik kaygısının fizyolojik stres tepki süreçleriyle diğer maternal stres biçimlerine göre daha fazla bağlantılı olmasıdır. Gebelik kaygısı, kadının belli bir gebelikteki fiziksel ve duygusal deneyimlerine doğrudan bağlantılı olması bakımından eşsizdir. Gebelik kaygısı, kortikotropin salgılatan hormon ve kortizol gibi stresin biyolojik belirteçlerinin seviyelerinde ki artış ile fetüs ve bebeğin gelişimsel sonuçlarına etki ediyor olabilir. Bununla birlikte, gebelik kaygısının maternal ve fetal fizyolojiye etkileri de fetüs ve

bebeğin gelişimsel sonuçları ile ilişkili olabilir. Bu belirgin fizyolojik değişikliklerin nedeni zihinde olduğu kadar bedende de ortaya çıkan kaygının doğasından kaynaklanabilir. Kaygılı bireyler, endişe ve duygusal sıkıntılar gibi bilişsel ve duygusal belirtiler yanında; sıklıkla kas gerginliği, artmış kalp hızı, uyku güçlüğü ve gastrointestinal rahatsızlık gibi somatik belirtiler de yaşarlar. Bu bedensel belirtiler aynı zamanda fetal gelişme ve doğum zamanlamasında da önemli rol oynayan sempatik sinir sisteminin, nöroendokrin sistemin ve kardiyovasküler sistemin işleyişindeki değişiklikleri yansıtır (Guardino and Schetter, 2014).

Gebelik kaygısı erken doğum dışında, bebeğin psikolojik ve davranışsal gelişiminde kalıcı etkilere sahiptir. Daha yüksek gebelik kaygısı olan annelerin çocukları bebeklik döneminde daha kötü bilişsel ve motor performans ve düşük gebelik kaygısı olan annelerin bebeklerine kıyasla daha fazla dikkat eksikliği göstermiştir (Davis and Sandman, 2010, Van den Bergh and Marcoen, 2004).

Ayrıca, maternal gebelik kaygısının bir çocuğun gelişimine olan etkileri bebeklik döneminin ötesine uzanmaktadır. Kadınların gebelikleri sırasında dahil edildikleri bir kohortta, gebelik sırasında elde edilen yüksek gebelik kaygısı puanlarını, çocuklarda 2 yaşında ortaya çıkan olumsuz mizaç özellikleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Blair et al, 2011). Başka bir kohortta da gebelikle ilişkili yüksek kaygı düzeylerinin, 6-9 yaşlarında ortaya çıkan yürütücü işlev bozukluğu, bilişsel işlevle ilişkili beyin bölgelerinde azalmış gri madde yoğunluğu ve endişeli duygu durumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Buss et al, 2010, Buss et al, 2011, Davis and Sandman, 2012). Bu çalışmalar, gebelik sırasında maternal gebelik kaygısına maruz kalmanın, çocukların duygusal ve bilişsel gelişiminde ergenlik öncesi döneme kadar kalıcı ve önemli bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir.

## **2.2.1 Gebelik Kaygısının Yordayıcıları Ve İlişkili Faktörler**

### **2.2.1.1. Sosyoekonomik durum**

Tutarlı kanıtlar düşük gelirli kadınlar arasında gebelik kaygısının daha yüksek düzeylerine işaret etmektedir (Gurung et al, 2005, Rini et al, 1999). Bununla birlikte



eğitimin gebelik kaygısı ile ilişkisi bu kadar açık değildir. Daha yüksek eğitim seviyesinin daha düşük gebelik kaygısı ile ilişkili olduğunu gösteren bazı araştırmaların yanı sıra, eğitim seviyesi ile gebelik kaygısı arasında herhangi bir ilişki bulmayan araştırmalar da mevcuttur (Buss et al, 2010, Arch 2013, Shapiro et al, 2017).

#### **2.2.1.2. Yaş**

Çalışmalar maternal yaşın kaygı ile ilişkisi hakkında çelişkili kanıtlar sağlamaktadır. Birkaç çalışma, genç yaşın yüksek kaygı seviyeleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Arch 2013, Levin 1991, Rini et al, 1999). Maternal yaş ile gebelik kaygısı arasında bir ilişki bulmayan araştırmalar da mevcuttur (Saisto et al, 2001). Gurung ve ark.'nın (2005) çalışmasında ise gebelik dönemine bağlı olarak çelişkili bulgular ortaya çıkmıştır. Gebeliğin erken döneminde yaş ile gebelik kaygısı arasında bir ilişki bulunmazken, gebeliğin geç döneminde daha yaşlı kadınlar gebelik kaygısında daha küçük artışlar bildirmişlerdir. Büyük olasılıkla bu durum, yüksek kaygıya sahip en genç ve en yaşlı gebe kadınlar arasındaki eğrisel bir etkidir. Genç yaştaki gebelikler gibi, 35 yaş sonrası gebeliklerin de kaygı uyandırması muhtemeldir.

#### **2.2.1.3. Genel kaygı**

Birçok çalışmada, gebelikle ilgili kaygı ile sürekli veya durumluk kaygı arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Bu çalışmalarda, genel olarak endişeli olan kadınların gebelik kaygısı ölçümlerinde daha yüksek puanlar aldığı sonucuna varılmıştır. İki yapı arasındaki korelasyonlar genel olarak ılımlıdır, bu da örtüşme olduğunu fakat aynı zamanda gebelik kaygısı konusunda özgün bir yapı olduğunu düşündürmektedir (Green et al, 2003, Gurung et al, 2005, Huizink et al, 2004, Rini et al, 1999).

#### **2.2.1.4. Kişisel kaynaklar**

Kişisel kaynaklar kendine ait genelleştirilmiş inançları içerir; benlik saygısı, iyimser tutum ve kişinin önemli sonuçları kontrol edebilme yeteneğini algılamasıdır. Gebelik kaygısı seviyeleri, daha düşük kişisel kaynakları olan kadınlarda daha yüksek olma eğilimindedir (Gurung et al, 2005, Rini et al, 1999). Diğer bir deyişle, gebelik konusunda endişe duyan kadınlar, benlik saygısı düşük, önemli sonuçları kontrol edebilme yeteneği düşük ve daha az iyimser olan kadınlar olma eğilimindedirler.

### **2.2.1.5. İlişkiler ve sosyal destek**

Evli kadınlar ve gebeliklerinde yüksek sosyal destek düzeyleri bildiren kadınlar, düşük gebelik kaygısı düzeylerine sahip olma eğilimindedir. Evli olmak düşük gebelik kaygısı ile ilişkili olsa da, bir kadının eşyle olan ilişkisinin destekleyici özelliği ve kalitesi de önemlidir (Gurung et al, 2005, Rini et al, 1999). Bebeğin babasından daha fazla sosyal destek aldığını ve ilişkisinden memnuniyet duyduğunu bildiren kadınlarda gebelik kaygısı seviyeleri daha düşük bulunmuştur (Gurung et al, 2005, Saisto et al, 2001).

### **2.2.1.6. Gebeliğe karşı tutumlar**

İkinci trimesterin erken döneminde gebe kalmak istediklerini ve gebeliğin planlandığını belirtmiş olan kadınlar, hem gebeliğin erken dönemlerinde ve hem de gebeliğin geç dönemlerinde daha düşük gebelik kaygısı düzeylerine sahipti (Gurung et al, 2005, Schetter et al, 2016). Bununla birlikte, Lynn ve ark. (2011) çalışmasında gebeliğin istemli olup olmaması ile gebelik kaygısı arasında bir ilişki bulunamamıştır.

### **2.2.1.7. Tıbbi risk**

Gebelik kaygısının, düşük ve ölü doğum gibi önceki kötü gebelik sonuçları bulunan, mevcut gebelik komplikasyonları ve sigara içme gibi tıbbi risk koşullarına sahip olan kadınlarda daha yüksek olması olasıdır.

Geçmişteki veya şimdiki gebeliklerinde komplikasyonlar veya genel sağlık sorunları nedeniyle yüksek risk altında olan kadınlar, bu risk koşullarının bir sonucu olarak gebelikte kaygı duyabilir. Bir çalışmada yüksek tıbbi riski olan ve sigara içen kadınların daha yüksek gebelik kaygısına sahip olduğu ifade edilmiştir (Dunkel et al, 2016). Başka bir çalışmada düşük yapma öyküsü olan kadınların, diğer obstetrik risk faktörlerine sahip kadınlara ve herhangi bir risk faktörüne sahip olmayan kadınlara göre daha yüksek gebelik kaygısına sahip olduğu gösterilmiştir (Stojanow et al, 2017).

### **2.2.1.8. Parite**

Daha önce doğum yapmış olan kadınların gebelikle ilgili kaygıları daha düşüktür (Gurung et al, 2005, Saisto et al. 2001). Önceki bir gebelik deneyimi, kadının zaten en

az bir kez gebelik ve doğum geçirmiş olduğunu ve onu nelerin beklediğini bildiği anlamına gelir. Finlandiya'da 1.400 katılımcı ile yapılan bir araştırmada, daha önce hiç doğum yapmamış kadınların doğum korkusunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Daha yüksek doğum korkusu, bu kadınlar arasında gebelik kaygısının daha yüksek seviyelerine katkıda bulunabilir (Rouhe et al,2009). Bununla birlikte, aynı çalışma daha önce doğum yapmış kadınların önceki doğum deneyimleri negatif olsaydı daha yüksek doğum korkusuna sahip olabileceğini bildirdi. Lynn ve ark. (2011), daha önce doğum yapan kadınların, daha önceki gebeliğinde komplikasyon yaşasın ya da yaşamasın, ilk defa gebe kalan kadınlara göre daha düşük gebelik kaygısı yaşadığını bulmuştur.

### **2.2.2. Gebelik Kaygısı Gebelik Boyunca Nasıl Değişir?**

Gebelik boyunca her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreçleri vardır. İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe kalındığı gerçeğine uyum sürecidir. Eğer istenen bir gebelikse mutluluk, haz, doyum duygusu yaşanırken; istenmeyen bir gebelikse endişe, üzüntü ve korkuya neden olabilir. Bu dönemde duygu ve mizaç değişiklikleri görülebilir. İkinci trimesterde fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir, yeni canlı ayrı bir varlık olarak kabul edilir. Üçüncü trimesterde yeni canlı annenin bütün sistemlerini etkilemiştir. Doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Doğum korkusunun, yetersizlik, kendini kontrol edememe, beden ve duygusal denetim endişesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bunun yanında doğumu takiben çocuğun bakımı, annelik rol ve işlevlerini yeterince yürütüp yürütemeyeceği endişeleri dikkat çeker (Özkan 1993).

Araştırmalarda, stres tepkisinin gebelik boyunca değiştiği, gebeliğin erken döneminde ortaya çıkan olayların, son dönemde yaşananlara göre daha fazla stres tepkisine neden olduğu gösterilmiştir (Glynn et al, 2004). Kaygı düzeyindeki değişiklikler tam olarak aynı kalıbı izlememekle birlikte, gebeliğin erken ve geç dönemlerinde daha yüksek seviyeler ve gebeliğin ortasında bir düşüşle karakterize görünmektedir. Genel kaygı belirtileri açısından, birinci ve üçüncü trimesterde düzeyler en yüksek olma eğilimindedir (Field et al, 2010, Teixeira et al, 2009).

Gebelik kaygısı nedenlerinin değişimi büyük olasılıkla değerlendirilmenin yapıldığı gebelik zamanına bağlıdır, çünkü gebe bir kadının endişelerinin doğası gebelik boyunca değişiklik gösterebilir. Örneğin, İngiltere'de 1.072 gebe kadınla yapılan bir çalışmada, 16 haftalık gebelikte en sık bildirilen endişenin düşük yapmak olduğu bulunmuştur (Statham et al, 2008). Gebelik ilerledikçe ve fetüsün canlılığı sağlaştıkça, düşük yapma korkuları azalır, ancak erken doğum yapma gibi yeni kaygılar başlayabilir (Green et al, 2003). Doğum hakkındaki endişeler gebelik boyunca mevcut olabilir, ancak bu endişeler doğum tarihi yaklaştıkça belirginleşecektir. Gebelik boyunca çeşitli zamanlarda kadınları neyin kaygılandırdığını bilmek, bu endişelere müdahale etmeyi kolaylaştıracaktır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma Sakarya ilinde Akyazı 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Hendek 3 No'lu ASM, Hendek Uludere ASM, Arifiye ASM, Geyve ASM, Kırkpınar ASM, Kemalpaşa 2 No'lu ASM olmak üzere 7 aile sağlığı merkezinde, çalışmaya katılan 15 Aile Hekimliği Birimi (AHB) ile yapılmıştır.

Araştırma Haziran 2017 – Mart 2018 tarihleri arasında yapılmış ve araştırmanın verileri, Sakarya Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulundan alınan onayın ardından Aralık 2017 – Şubat 2018 arasında toplanmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma Anja C. Huizink ve arkadaşları tarafından, hiç doğum yapmamış ve daha önce doğum yapmış kadınlarda kullanılmak üzere 2015 yılında yeniden düzenlenen 10 maddelik Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği - Revize 2 formunu Türkçeye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yürütülen metodolojik bir araştırmadır.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanması, her değişken (her ölçek maddesi) için en az 5, ideal olarak ise en az 20 gözlem olması istenir (Alpar 2014). Bu araştırmada, ölçek madde sayısı 10 olduğu için örneklemin en az 200 kişi olması gerekmektedir. Çalışmanın evrenini Akyazı 1 No'lu ASM, Hendek 3 No'lu ASM, Hendek Uludere ASM, Arifiye ASM, Geyve ASM, Kırkpınar ASM ve Kemalpaşa 2 No'lu ASM'de çalışmaya katılan aile hekimliği birimlerine kayıtlı olan gebeler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeksizin veri toplama sürecinde aile sağlığı merkezine herhangi bir nedenle başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden 271

gebeden veri toplanmıştır. Güvenirliğin belirlenmesinde kullanılan test tekrar test yöntemi için de 89 gebeye ulaşılmıştır.

### **3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ**

#### **3.4.1 Bağımlı Değişkenler**

Gebelikle ilgili kaygı ölçeği puanı

Doğum korkusu alt boyut puanı

Fiziksel veya zihinsel engelli çocuğa sahip olma korkusu alt boyut puanı

Kendi görünüşüyle ilgili endişe alt boyut puanı

Gebelikle ilgili kaygı düzeyi

#### **3.4.2. Bağımsız Değişkenler**

Yaş

Eğitim düzeyi

Gelir algısı

Çalışma durumu

Bulunduğu trimester

Obstetrik özellikler

Psikiyatrik hastalık öyküsü

Eş desteği

Aile/yakın desteği

### **3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ**

#### **3.5.1. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan 15 soruluk veri toplama formu ve 10 soruluk Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği – Revize 2 (PRAQ-R2) kullanılarak toplandı (EK 1).

Veri toplama formunda katılımcının sosyodemografik özellikleri ile ilgili dört soru, şimdiki gebeliği ve obstetrik öyküsü hakkında yedi soru, planlanan doğum şekli

hakkında bir soru, geçirilmiş psikiyatrik hastalık ile ilgili bir soru ve eş ve aile desteği hakkında iki soru yer aldı.

### **3.5.2. Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği – Revize 2**

Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği (PRAQ), Van den Bergh tarafından gebelik kaygısını ölçen 58 maddelik bir anket olarak geliştirilmiştir. 2004 yılında Anja C. Huizink ve arkadaşları anketin 34 maddelik yeniden düzenlenmiş halini kullanarak yapısal eşitlik modellemesi ile üç faktöre bölünen ve 10 madde içeren bir gebelik kaygısı ölçme modeli belirlemiştir (EK 2). Gebeliğe özgü kaygının ayırt edilebilecek üç yönü; doğum korkusu, fiziksel veya zihinsel engelli çocuğa sahip olma kaygısı, kendi görünüşüyle ilgili kaygı olarak belirlenmiştir ve iyi düzeyde görünüş ve içerik geçerliliğine sahiptir. Orijinal anketin birçok maddesiyle beraber “partner ile olan ilişkinin değişmesi endişesi” ve “kendi ruh halindeki değişiklik korkusu”, “anne çocuk ilişkisindeki sorunlar” faktörleri modele iyi uyum sağlamamaları ve çok yüksek hata varyansları nedeniyle kaldırılmıştır. Bununla beraber 10 maddelik Gebelikle İlişkili Anksiyete Anketi-Revize (PRAQ-R) daha önce doğum yapmış kadınlarda kullanılmak üzere tasarlanmamıştır, zira anketin bir maddesi daha önce doğum yapan kadınlar için uygun değildir (Huizink et al, 2004).

Anja C. Huizink ve arkadaşları doğum yapmış kadınlar için uygun olmayan “Yapacağım doğumla ilgili endişeliyim, çünkü daha önce hiç yaşamamıştım” şeklindeki maddenin “Yapacağım doğumla ilgili endişeliyim” şeklinde ifade edilmesinin hiç doğum yapmamış ve daha önce doğum yapmış kadınlar arasında faktöryal değişmezliği sağlayıp sağlamayacağını test etmişler ve sonuç olarak bir maddenin yeniden uyarlandığı yeni anketin (PRAQ-R2) metrik değişmezliği sağladığı ve hiç doğum yapmamış ve daha önce doğum yapmış kadınlar arasında benzer yapıları ölçtüğünü göstermişlerdir. Buna ek olarak, sonuçlar hiç doğum yapmamış ve daha önce doğum yapmış kadınlar arasında ölçek değişmezliği için de destek sağlamıştır. Bu nedenle PRAQ-R2 doğum yapmış ve yapmamış kadın örneklerinde kolayca kullanılabilir, karşılaştırılabilir veya birleştirilebilir bir ölçüm sağlar (Huizink et al, 2016). Anja C. Huizink’e e-mail yoluyla ulaşılarak örneğin Türkçeye uyarlanabilmesi

için izin istenmiştir. Anja C. Huizink Türkçe uyarlamaya izin verdiğini belirtmiştir (EK 3).

### **3.5.3. Ön deneme**

Anketin ön denemesi araştırma örnekleminde yer almayan 12 gebe ile yapılmıştır. Katılımcıların anketi doldurmaları ortalama 5 dakika sürmüştür. Ön deneme sonuçlarına göre anket sorularında içeriği etkilemeyen bazı küçük değişiklikler yapılmış, son hali verilen anket uygulanmaya başlanmıştır.

### **3.5.4. Veri Toplama Yöntemi**

Veriler Aralık 2017 – Şubat 2018 tarihleri arasında 7 ASM’de çalışan aile hekimleri ve araştırmayı yapan Halk Sağlığı araştırma görevlisi tarafından toplanmıştır. Katılımcılar anket formunu kendi kendilerine doldurmuşlardır ancak; okuma yazma bilmeyen gebelere araştırmacı yardımıyla anket doldurtulmuştur.

## **3.6. ÖLÇEK UYARLAMA**

Belli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçeğin diğer kültür ya da dillerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik çalışmalara ölçek uyarlaması denir. Uyarlama aşamalarından ilki, ölçeklerdeki ifadelerin eş anlama gelip gelmediğinin denetlenmesidir. Sonrasında, ölçeğin iç yapısında ve psikometrik özelliklerinde değişimler olup olmadığının ortaya koymak için yapılan bir dizi anlamsal, kültürel ve istatistiksel işlemler uygulanır. (Aksayan ve Gözüm, 2002).

### **3.6.1. Psikolinguistik Özellikler**

#### **3.6.1.1. Dil geçerliği**

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi sırasında değişim kaçınılmazdır. Bu kaçınılmaz değişim, iki farklı kültür arasındaki kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından kaynaklanır. Ölçek uyarlamasının temelinde, bu farkların en aza indirilebilmesi için ölçek maddelerinin özenle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken



dönüşümlerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi işlemleri yer alır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Orijinal dildeki ölçeği uyarlanacağı dile çevirirken kullanılan üç yöntem vardır. Bu araştırmada grup çevirisi ve geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Tek yönlü çeviri önemli sınırlılıkları olması nedeniyle tercih edilmemiştir. Grup çeviride her iki dili iyi derecede bilen üç kişi ayrı ayrı üzerinde hiçbir değişiklik yapmadan ölçeği İngilizceden Türkçeye çevirdi. Bu çeviriler incelenip, üzerinde tartışılarak en uygun ifadeler belirlendi. Daha sonra farklı iki kişi tarafından ölçek Türkçeden İngilizceye geri çevrildi. Elde edilen ölçek, orijinal ölçekle karşılaştırılıp, çevirinin uygunluğu tartışıldı ve ölçeğe son hali verildi. Son hali verilen ölçek, ölçeğin uygulanacağı evrende yer alan 22 gebeye uygulanmıştır. Pilot uygulama sonrasında, katılımcıların geri bildirimleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

### **3.6.1.2. Kapsam geçerliği**

Dil eş değeri sağlandıktan sonra, ölçeğin kapsam eş değeri açısından değerlendirilmesi için altı uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Kaynak dilde ve kültürde yer alan maddelerin ölçtüğü özelliğin, hedef kültürde de aynı anlamı ifade edip etmediğini belirlemek için kapsam eş değeri adımı oldukça önemlidir. Uzman görüşlerinin alınmasında Davis Tekniği kullanılmıştır. Davis tekniği uzman görüşlerini (a) “Uygun”, (b) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (d) “Madde uygun değil” şeklinde dördüncü derecelendirmektedir (EK 4). Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” elde edilmektedir ve bu değer istatistiksel bir ölçütle karşılaştırılmak yerine 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir. Davis tekniği en az üç en fazla yirmi uzman ile uygulanabilir (Yurdagül 2005). Ölçekte yer alan maddeler için uzman görüşleri ve kapsam geçerlik indeksi aşağıdaki tabloda özetlenmiştir. Tüm maddeler için kapsam geçerlik indeksi  $\geq 0,80$  olarak bulunmuştur ve ölçek kapsam geçerliliği ölçütlerini karşılamaktadır.

**Tablo 1.** Davis Tekniği İle Kapsam Geçerliliği alışması

<b>Madde no</b>	<b>a ya da b diyen uzman sayısı</b>	<b>Toplam uzman sayısı</b>	<b>Kapsam geçerlik indeksi</b>
1	6	6	1
2	6	6	1
3	6	6	1
4	6	6	1
5	6	6	1
6	6	6	1
7	6	6	1
8	5	6	0,83
9	6	6	1
10	6	6	1

### **3.6.2. Psikometrik zelliklerin İncelenmesi**

Kaygı, tutum, zeka, kişilik gibi bir çok özellik doğrudan ölçülemez. Özellikle psikolojik özellikler doğrudan ölçülemeyen örtük özelliklerdir. rtük değişkenler adı da verilen bu tür yapıların araştırılabilmesi için kuramsal olarak sağlam temellere dayanan geçerli ve güvenilir lme araçlarına ihtiyaç vardır.

Psikolojideki tanımıyla yapı, birbiri ile ilgili olduğu düşünülen belli öğelerin oluşturduğu bütündür. Ele alınan yapı ile ilgili olduğu düşünülen değişkenlerden oluşan bütünün öngörülen yapıyı ölçüp lemeyeceği incelenmelidir. Ölçek uyarlamada da incelenmesi gereken iki temel psikometrik özellik geçerlik ve güvenirliktir (Alpar 2014).

Orijinal lek ‘Doğum Korkusu’, ‘Fiziksel Veya Zihinsel Engelli ocuğa Sahip Olma Korkusu’, ‘Kendi Görnşyle İlgili Endişe’ olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu nedenle ölçeğin geçerlik ve güvenirliği hem bütün olarak ve hem de alt boyutlar açısından incelenmiştir.

### 3.6.2.1. Geçerlik Analizi

*“Geçerlik, bir testin ölçmek istediği özelliği ölçmesi ile ilgili bir kavramdır. Bu bağlamda, bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçüyor ise bu testin geçerli olduğu söylenir.” (Alpar, 2014)*

Ölçeğin yapı geçerliğini sınamak için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri kullanılmıştır. Faktör analizi yapmadan önce örneklem büyüklüğünün ve verilerin faktör analizine uygunluğu çeşitli yöntemlerle test edilir.

Verilerin faktör analizine uygunluğunun saptanmasında kullanılan bir ölçü Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsüdür (KMO). Bu istatistik özünde verilerin faktör analitik modelle modellenip modellenemeyeceğine ilişkin bir ölçüt sunar. KMO değeri 0 ile 1 arasında değişir ve 0,50'nin altındaki değerler veri kümesinin faktör analizine uygun olmadığını ifade eder. KMO= 1 olduğunda her bir değişkenin diğer değişkenler tarafından hatasız olarak mükemmel bir biçimde kestirildiği anlaşılır.

İncelenen değişkenler arasında dikkate değer bir ilişki olmadığında, faktör analizinin amaçlarından olan bağımsızlaştırma bir amaç olamayacak ve boyut indirgemekten de bir kazanç sağlanamayacaktır. Bu çerçevede en azından bazı değişkenler arasındaki anlamlı korelasyonların varlığının istatistiksel açıdan tümel olarak ortaya konması gerekir. Bu amaçla Barlett Küresellik Testi'nden yararlanılır ve  $p \leq 0,05$  ise verilerin faktör analizine uygun olduğu kabul edilir.

Açıklayıcı faktör analizinde Temel Bileşenler Analizi kullanılmış ve Oblimin Eğik Döndürme yöntemi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi yardımı ile belirlenen faktörler arasında yeterli düzeyde ilişki olup olmadığını, hangi değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirinden bağımsız olup olmadığını, faktörlerin modeli açıklamakta yeterli olup olmadığını sınamak için kullanılır (Özdamar 2004). Doğrulayıcı faktör analizinde kullanılacak pek çok uyum istatistiği vardır. Araştırma da  $\chi^2$ ,  $\chi^2/df$ , CFI, GFI, AGFI, RMSEA uyum indeksleri kullanılmıştır.

### 3.6.2.2. Güvenirlilik analizi

Geçerli bir testin sahip olması gereken ikinci önemli özellik, güvenirliktir. Güvenirlilik, bir ölçüm sürecinde, ölçüm işlemi tekrar edildiğinde tutarlı bir şekilde benzer sonuçlar elde edilmesidir. Yani bir özelliğin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılık, zamana göre değişmezliktir.

Güvenirliliğin incelenmesinde iç tutarlılık ve test tekrar test yöntemi kullanılmıştır. İç tutarlılığın analizinde ölçeğin 5'li likert olması nedeniyle Cronbach alfa katsayısı ve madde toplam puan korelasyonları ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin zamana karşı değişmezliği test tekrar test yöntemi ile incelenmiştir. Bu amaçla ölçek aynı bireylere, aynı koşullarda belli bir zaman aralığı ile tekrar uygulanmıştır. Zamana karşı değişmezliğin sınıandığı bu yöntem için 89 gebeye bir hafta aralıkla ölçek tekrar uygulanmıştır. Bu iki uygulama sonrasında, iki testten elde edilen toplam skorlar ve alt boyut skorları korelasyon analizi ve Wilcoxon T testi kullanılarak incelenmiştir.

## 3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılarak denetlenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uyan değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma, normal dağılmayan değişkenler için ortanca, en büyük değer, en küçük değer, 1. Çeyreklik, 3. Çeyreklik kullanılarak verilmiştir.

Örneklem büyüklüğü ve veri setinin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü (KMO) ve Barlett Küresellik Testi ile sınıanmıştır. Yapı geçerliliğini test etmek için yapılan Açıklayıcı Faktör Analizinde Temel Bileşenler Analizi ve Oblimin Eğik Döndürme yöntemi kullanılmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizi için de  $\chi^2$ ,  $\chi^2/df$ , CFI, GFI, AGFI, RMSEA uyum indeksleri kullanılmıştır.

Güvenirliliğin incelenmesinde iç tutarlılık için Cronbach alfa katsayısı, test tekrar test Spearman sıra korelasyon analizi ve Wilcoxon T testi kullanılmıştır. Spearman korelasyon katsayısının 0,00-0,24 arasında olması zayıf ilişki, 0,25-0,49 arasında olması orta düzeyde ilişki, 0,50-0,74 arasında olması güçlü ilişki, 0,75-1,00 arasında

olması çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır (Aksakoğlu 2013). İstatistiksel analizler için SPSS 21.0 (SPSS Inc, Chicao, IL, USA) paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi  $p \leq 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### 3.8. ARAŞTIRMANIN SÜRECİ

Araştırma süreci Tablo 2’de özetlenmiştir.

**Tablo 2.** Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	Haziran 2017	Temmuz 2017	Ağustos 2017	Eylül 2017	Ekim 2017	Kasım 2017	Aralık 2017	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018
Konunun seçilmesi	✓	✓	✓							
Planlama ve izinler			✓	✓	✓					
Literatür tarama	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ölçek çevirisi, anket hazırlama						✓	✓			
Ön deneme							✓			
Veri toplama							✓	✓	✓	
Veri analizi									✓	✓
Tezin yazım ve sunumu									✓	✓

### 3.9. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Anja C. Huizink’e e-mail yoluyla ulaşılarak örneğin Türkçeye uyarlanabilmesi için izin istenmiştir. Anja C. Huizink Türkçe uyarlamaya izin verdiğini belirtmiştir (EK 2).

Etik kurul onayı için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuştur. Çalışma için Sakarya Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulunun 02/10/2017 tarih ve 71522473/050.01.04/201 sayılı izni ile çalışmaya başlanmıştır (EK 5).

Kişilerin çeşitli sebeplerle yanlış/eksik cevap verme olasılığını ortadan kaldırmak için bu çalışmanın neden yapıldığı, yapan ekibin kimlerden oluştuğu, katılımın gönüllülük esasına dayandığı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı bilgisi verilerek katılımcıların sözlü onamları alınmıştır.

### **3.10. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ**

Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

### **3.11. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI**

Çalışmada olasılıklı örnekleme yöntemi kullanılmadığı için, sonuçlar tüm gebeleri temsil etmemektedir.

Ölçeğin orijinali gebenin öz bildirimine dayalı olmasına rağmen, bu çalışmada okur yazar olmayanlar da çalışmaya dahil edilmiştir.

Ülkemizde ASM'lerde yapılan birinci gebe izlemi 14. hafta yapıldığı için araştırmada birinci trimesterdeki gebe sayısı azdır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. GEBELİKLE İLGİLİ KAYGI ÖLÇEĞİ-REVİZE 2 FORMUNUN TÜRKÇEYE UYARLANMASI VE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği - Revize 2 formunun Türkçeye uyarlandığı bu çalışmada dil geçerliği ve kapsam geçerliğinden sonra istatistiksel yöntemler kullanılarak yapı geçerliği incelenmiştir. Yapı geçerliliği incelenirken açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinden yararlanılmıştır.

Çalışmanın örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğu için yapılan Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği analizi sonucunda KMO değeri 0,79 bulunmuştur. Örneklem yeterliği “orta” düzeydedir. Barlett Küresellik Testi için  $x^2$  test istatistiği 927,30 ve  $p=0,00$  bulunmuştur. Veriler birbiri ile ilişkili ve faktör analizine uygundur. Veriler KMO ve Barlett testleri ile incelendikten sonra açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Temel Bileşenler Analizi ve Oblimin Eğik Döndürme yöntemi kullanılarak yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda ölçek maddeleri orijinal ölçekte olduğu gibi üç faktör üzerinde toplanmıştır.

Genel anlamda faktör analizinde türetilcek maksimum faktör sayısı değişken sayısı ile sınırlıdır. Bununla birlikte; temel amaç değişkenler arasındaki ilişkiyi en iyi şekilde açıklayan daha az sayıda faktöre ulaşmaktır. Özdeğer ölçütü kullanılarak özdeğeri 1'den büyük olan faktörler dikkate alınır. Bu çalışmada da özdeğeri 1'den büyük olan üç faktör elde edilmiştir. Üç faktör toplamda varyansın %66,00'ini açıklamıştır. Alt boyutlar sırasıyla Faktör 1, Faktör 2 ve Faktör 3 olmak üzere varyansın %35,93, %18,57 ve %11,50'lik kısmını açıklamıştır (Tablo 3).

**Tablo 3.** Madde Ve Faktörlerin Toplam Varyansı Açıklama Oranları

Maddeler	Başlangıç Özdeğerleri			Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %
1	3,59	35,93	35,59	3,59	35,93	35,93
2	1,86	18,57	54,50	1,86	18,57	54,50
3	1,15	11,50	66,00	1,15	11,50	66,00
4	0,83	8,31	74,31			
5	0,61	6,06	80,37			
6	0,54	5,38	85,75			
7	0,44	4,36	90,11			
8	0,42	4,15	94,26			
9	0,32	3,20	97,47			
10	0,25	2,54	100,00			

Faktör analizi sonucunda ölçeğin orijinaline benzer şekilde üç faktör belirlenmiştir. Bu faktörler orijinaline benzer şekilde ‘Doğum korkusu’, ‘Fiziksel veya zihinsel engelli çocuk sahibi olma kaygısı’ ve ‘Kendi görünüşü hakkında kaygı’ olarak adlandırılmıştır. Madde faktör yükleri 0,567 ile 0,886 arasındadır (Tablo 4).



**Tablo 4.** Eğik Döndürme Sonrası Elde Edilen Faktör Örüntü Katsayıları

<b>Maddeler</b>	<b>Faktör</b>	<b>Faktör</b>	<b>Faktör</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
10.Çocuğumun bedensel bir engelden dolayı acı çekmesinden ya da fiziksel bir kusuru olmasından korkuyorum.	<b>0,873</b>	0,029	0,010
8.Çocuğumun zihinsel engelli olmasından ya da beyin hasarından dolayı acı çekmesinden korkuyorum.	<b>0,858</b>	0,085	-0,092
4.Bazen doğacak çocuğumun sağlıksız olacağını ya da hastalıklara yatkın olacağını düşünüyorum.	<b>0,815</b>	-0,101	0,043
9.Çocuğumun ölü doğmasından ya da doğum esnasında ya da doğumdan hemen sonra ölmesinden korkuyorum.	<b>0,678</b>	0,076	0,047
3.Doğumdan sonra eski vücut hatlarıma dönemeyeceğim konusunda endişe yaşıyorum.	-0,027	<b>0,865</b>	-0,004
7.Aldığım fazla kilolar ile ilgili endişeliyim.	0,016	<b>0,860</b>	0,030
5.Görünüşümün çekici olmaması konusunda endişeliyim.	0,086	<b>0,804</b>	0,012
2.Kasılmalardan kaynaklı ağrılar ve doğum esnasındaki ağrı hakkında endişeliyim.	-0,086	-0,029	<b>0,886</b>
6.Doğum sırasında kendime hâkim olamayacağımdan endişeliyim ve çığlık atacağımdan korkuyorum.	-0,081	0,206	<b>0,698</b>
1.Yapacağım doğumla ilgili endişeliyim.	0,195	-0,066	<b>0,567</b>

Açıklayıcı faktör analizi yardımı ile belirlenen faktörler arasında yeterli düzeyde ilişki olup olmadığı doğrulayıcı faktör analiziyle test edilir. Bu araştırmada ölçeğin orijinalinde olduğu gibi üç faktörlü model sınanmıştır. Modele ait  $\chi^2$  değeri 55,45, serbestlik derecesi 32 ve  $p = 0,006$  bulunmuştur. Üç alt faktörlü model  $\chi^2/df$ , CFI,

GFI, AGFI uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde iyi uyum, RMSEA açısından da kabul edilebilir uyum göstermiştir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Uyum İndeksleri Normal Değerleri Ve Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğine Ait Değerler

Uyum indeksleri	İyi uyum*	Kabul edilebilir uyum*	Ölçek değeri
$\chi^2$	$0 \leq \chi^2 \leq 2df$	$2df \leq \chi^2 \leq 3df$	55,45
p değeri	$0,05 \leq p \leq 1,00$	$0,01 \leq p \leq 0,05$	0,006
$\chi^2/df$	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	1,73
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,05
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$	0,97
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq CFI \leq 0,95$	0,96
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$	0,93

\* Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-223.

Gebelikle ilişkili kaygı anketi için Cronbach alfa katsayısı 0,80 bulunmuştur. Bu değer ölçeğin oldukça güvenilir olduğu şeklinde yorumlanabilir. Alt boyutlara ait madde sayıları ve Cronbach alfa katsayıları Tablo 6’da özetlenmiştir.

**Tablo 6.** Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğinin Alt Boyutlarının Madde Sayıları Ve Cronbach Alfa Katsayıları

PRAQ-R2 Alt Boyutları (n=271)	Madde Sayısı	Cronbach alfa katsayısı
Doğum Korkusu	3	0,59
Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı	4	0,83
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı	3	0,81

Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları 0,346 ile 0,581 arasında bulunmuştur. Hiçbir maddenin atılması Cronbach alfa katsayısını yükseltmemektedir (Tablo 7).

**Tablo 7.** Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğinin Madde Toplam Korelasyonları

<b>Maddeler</b>	<b>Madde çıkarıldığında ölçek ortalaması</b>	<b>Madde çıkarıldığında ölçek varyansı</b>	<b>Madde toplam korelasyonu</b>	<b>Madde çıkarıldığında Cronbach <math>\alpha</math></b>
Madde 1	21,56	41,25	0,346	0,788
Madde 2	21,76	40,14	0,353	0,789
Madde 3	22,31	38,48	0,463	0,775
Madde4	21,91	39,48	0,459	0,776
Madde5	22,74	40,70	0,537	0,772
Madde6	22,22	39,29	0,401	0,783
Madde 7	22,35	37,90	0,520	0,768
Madde 8	21,81	37,97	0,541	0,766
Madde 9	21,74	38,16	0,481	0,773
Madde 10	21,77	36,72	0,581	0,760

Test tekrar test yöntemiyle elde edilen katsayıya kararlılık katsayısı da denir. Bu katsayıların 0,80'nin üzerinde olması istenir ve +1'e ne kadar yaklaşırsa testin o kadar güvenilir olduğu söylenir (Alpar 2014). Çalışmada elde edilen kararlılık katsayıları aşağıdadır (Tablo 8).

**Tablo 8.** Gebelikle İlişkili Kaygı Anketi Ve Alt Boyutlarının Kararlılık Katsayıları

	<b>N</b>	<b>Spearman's rho</b>	<b>P</b>
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği	89	0,95	0,000
Doğum Korkusu	89	0,84	0,000
Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı	89	0,93	0,000
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı	89	0,91	0,000

Bir hafta ara ölçeğin iki kez uygulandığı grubun ilk ve ikinci uygulamaya ait toplam ölçek puanları ve alt boyut puanları birbiriyle karşılaştırılmıştır. İki uygulama arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 9).

**Tablo 9.** Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Test Tekrar Test Uygulamasına Ait Toplam Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

n=89	Ortanca	1. çeyrek	3. çeyrek	EKD	EBD	*p
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği	27,0	23,5	32,0	18,0	41,0	0,242
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği	27,0	23,0	32,0	17,0	40,0	
Doğum Korkusu	8,0	7,0	10,0	3,0	13,0	0,411
Doğum Korkusu	8,0	7,0	10,0	3,0	13,0	
Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı	11,0	9,0	14,0	4,0	18,0	0,083
Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı	12,0	9,0	14,0	6,0	19,0	
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı	6,0	6,0	9,0	3,0	12,0	0,433
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı	6,0	6,0	9,0	3,0	12,0	

\*Wilcoxon testi kullanılmıştır.

EKD: En küçük değer, EBD: En büyük değer

Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği maddelerine verilen yanıtların seçeneklere dağılımları Tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo 10.** Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğine Verilen Yanıtların Yüzde Dağılımları

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Bazen katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Madde 1	%3,7	%27,3	%37,3	%18,8	%12,9
Madde 2	%4,8	%26,6	%25,5	%20,7	%22,5
Madde 3	%4,4	%14,4	%14,8	%25,1	%41,3
Madde 4	%2,6	%19,6	%29,9	%26,9	%21,0
Madde 5	%0,0	%4,4	%11,1	%37,3	%47,2
Madde 6	%4,8	%15,5	%16,6	%25,5	%37,6
Madde 7	%3,7	%13,7	%15,5	%24,4	%42,8
Madde 8	%3,0	%25,5	%27,7	%22,1	%21,8
Madde 9	%5,2	%28,8	%21,8	%21,8	%22,5
Madde 10	%5,2	%26,9	%24,4	%18,8	%24,7

Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların merkezi ve dağılım ölçütleri Tablo 11'de özetlenmiştir.

**Tablo 11.** Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğinde Alınan Toplam Ve Alt Boyut Puanlarının Merkezi Ve Dağılım Ölçütleri

n=271	Ortanca	1. çeyrek	3. çeyrek	EKD	EBD
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği	24,0	19,0	29,0	10,0	47,0
Doğum Korkusu	8,0	6,0	10,0	3,0	15,0
Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı	10,0	8,0	14,0	4,0	20,0
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı	6,0	3,0	8,0	3,0	13,0

EKD: En küçük değer, EBD: En büyük değer

#### **4.1.1. Kesme Noktası**

Bu çalışmada ölçeğe ait kesme noktası literatürde yer alan çalışmalarda sıkça kullanıldığı için 90. persentile denk gelen puan olarak alınmıştır (Eva et al, 2013, Koelewijn et al, 2017, Fontein-Kuipers et al, 2016). Bu çalışmada 90. persentile gelen toplam ölçek puanı 33 olarak saptanmıştır. Ölçekten 33 ve üzerinde puan alan gebelerin yüksek gebelik kaygısına sahip oldukları söylenebilir. Doğum korkusu alt boyutu kesme noktası 11, fiziksel veya zihinsel engelli çocuk sahibi olma kaygısı alt boyutu kesme noktası 16 ve kendi görünüşü hakkında kaygı alt boyutu kesme noktası 10 olarak belirlenmiştir.



#### 4.2. SAKARYA'DA BAZI AİE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN GEBELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN GEBELİK KAYGISI İLE İLİŞKİSİ

Araştırmaya katılan gebelerin yaşları 18-44 arasında dağılmakta olup ortancası 29, ortalaması  $29,89 \pm 5,68$ 'dir. Sosyo-demorafik özelliklere ilişkin detaylı veri tabloda özetlenmiştir (Tablo 12).

**Tablo 12.** Sakarya İlinde Bazı ASM' lere Başvuran Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort:29,89±5,68)		
18-24	59	21,8
25-29	78	28,8
30-34	61	22,5
35 ve üstü	73	26,9
Eğitim düzeyi		
İlkokul ve altı	63	23,2
Ortaokul	67	24,7
Lise	72	26,6
Üniversite ve üzeri	69	25,5
Gelir algısı		
Az	48	17,7
Yeterli	218	80,4
Fazla	5	1,8
Gelir getiren işte çalışma		
Çalışıyor	77	28,4
Çalışmıyor	194	71,6

Katılımcıların %39,1'i daha önce hiç doğum yapmamışken, %60,9 daha önce en az bir kez doğum yapmıştır. Katılımcıların diğer obstetrik özelliklerine ilişkin veriler aşağıda özetlenmiştir (Tablo 13).

**Tablo 13.** Sakarya İlinde Bazı ASM'lere Başvuran Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>Obstetrik özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Parite</b>		
Hiç doğum yapmamış	106	39,1
Doğum yapmış	165	60,9
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>		
0	111	41,0
1	90	33,2
2	58	21,4
3	9	3,3
4	3	1,1
<b>Trimester</b>		
1. Trimester	19	7,0
2. Trimester	193	71,2
3. Trimester	59	21,8
<b>Planlı gebelik</b>		
Evet	195	72,0
Hayır	76	28,0
<b>Düşük öyküsü</b>		
Evet	70	25,8
Hayır	201	74,2
<b>Ölü doğum öyküsü</b>		
Evet	17	6,3
Hayır	254	93,7
<b>Planlanan doğum şekli</b>		
Normal doğum	155	57,2
Sezaryen	109	40,2
Planım yok	7	2,6



Yaşayan çocuğu olan 160 gebeden 3 (%1,9) tanesinin yaşayan bedensel ve/ veya zihinsel engeli bulunan çocuğu vardır. Katılımcıların % 8,5'i (23 kişi,n=271) daha önce doktor tarafından tanı konulmuş bir psikiyatrik hastalık geçirmiştir. Geçirilen psikiyatrik hastalıklar depresyon bozukluğu (14 kişi), kaygı bozukluğu (3 kişi), panik bozukluğu (1 kişi) olarak bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan gebelere sosyal destek durumlarını belirlemek için “Gebeliğiniz boyunca ve sonrasında eşinizden yeterli destek göreceğinizi düşünüyor musunuz?” ve “Gebeliğiniz boyunca ve sonrasında ailenizden/yakınlarınızdan yeterli destek göreceğinizi düşünüyor musunuz?” soruları yöneltilmiştir. Katılımcıların bu sorulara verdiği cevaplar Tablo 14’te incelenmiştir.

**Tablo 14.** Sakarya İlinde Bazı ASM’lerin Başvuran Gebelerin Eş, Aile/Yakın Desteği Görme Durumu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yeterli eş desteği		
Evet	259	95,6
Hayır	11	4,1
Eşim yok	1	0,4
Yeterli aile/yakın desteği		
Evet	257	94,8
Hayır	12	4,4
Ailem/yakınım yok	2	0,7

Hiç doğum yapmamış ve daha önce doğum yapmış kadınlar arasında eğitim düzeyleri, yaş grupları, gelir getiren bir işte çalışma, gebeliğin planlı olup olmaması ve planlanan doğum şekli açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ( $p \leq 0,005$ ) (Tablo 15).

Yaş grupları ile daha önce doğum yapma durumu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. İleri analizlerde bu farkın 18-24 ve 35 ve üstü yaş grubundan oluştuğu bulunmuştur ( $p \leq 0,05$ ). Eğitim düzeyi ile daha önce doğum yapma durumu arasında da

istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. İleri analizler sonucu farkın ilkokul ve altı eğitim düzeyi ile üniversite ve üstü eğitim düzeyinden kaynaklandığı bulunmuştur ( $p \leq 0,05$ ).

**Tablo 15.** Katılımcıların Daha Önce Doğum Yapma Durumlarına Göre Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Hiç doğum yapmamış	Doğum yapmış	P*
<b>Yaş grupları</b>			
18-24**	40	19	<b>0,000</b>
25-29	33	45	
30-34	21	40	
35 ve üstü**	12	61	
<b>Eğitim düzeyi</b>			
İlkokul ve altı**	12	51	<b>0,000</b>
Ortaokul	20	47	
Lise	33	39	
Üniversite ve üstü**	41	28	
<b>Gelir getiren işte çalışma</b>			
Çalışıyor	39	38	<b>0,014</b>
Çalışmıyor	67	127	
<b>Planlı gebelik</b>			
Evet	89	106	<b>0,000</b>
Hayır	17	59	
<b>Planlanan doğum şekli***</b>			
Normal doğum	87	68	<b>0,000</b>
Sezaryen	15	94	

\*Ki kare testi uygulanmıştır

\*\* Fark ilgili gruplardan kaynaklanmaktadır.

\*\*\*Planım yok diyen 7 kişi analize dahil edilmemiştir.

Gebelikle ilgili kaygı ölçeği ve alt boyutlarının kesme noktaları dikkate alınarak grup yüksek kaygı ve düşük kaygı olmak üzere iki gruba ayrılmıştır (Tablo 16).

**Tablo 16.** Katılımcıların Kaygı Düzeylerine Göre Dağılımı

	Düşük kaygı		Yüksek kaygı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
	(n)	(%)	(n)	(%)
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği	240	88,6	31	11,4
Doğum Korkusu	226	83,4	45	16,6
Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı	230	84,9	41	15,1
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı	235	86,7	36	13,3

Katılımcıların yaş gruplarına göre gebelikle ilişkili kaygı ölçeğinin toplam puanı ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17.** Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğinden Alınan Toplam Puan Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Yaş grubu	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı						
18-24	25,00	20,00	30,00	10,00	47,00	0,740
25-29	24,50	19,00	27,25	10,00	39,00	
30-34	26,00	18,00	30,00	12,00	42,00	
35 ve üstü	23,00	19,50	28,50	10,00	39,00	
Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı						
18-24	9,00	7,00	11,00	3,00	15,00	0,097
25-29	8,00	6,00	10,00	3,00	13,00	
30-34	7,00	6,00	10,00	3,00	13,00	
35 ve üstü	7,00	6,00	9,00	3,00	12,00	

**Tablo 17.** Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeğinden Alınan Toplam Puan Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı						
18-24	10,00	7,00	13,00	4,00	20,00	0,570
25-29	10,00	8,00	13,25	4,00	19,00	
30-34	11,00	8,00	14,50	4,00	19,00	
35 ve üstü	11,00	8,00	14,00	4,00	19,00	
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı						
18-24	5,00	3,00	9,00	3,00	13,00	0,396
25-29	6,00	3,00	8,00	3,00	13,00	
30-34	6,00	3,00	8,00	3,00	13,00	
35 ve üstü	6,00	3,00	6,00	3,00	12,00	

\*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre gebelikle ilişkili kaygı ölçeğinin toplam ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyine göre puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18.** Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim düzeyi	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı						
İlkokul ve altı	23,00	19,00	28,00	10,00	42,00	0,350
Ortaokul	24,00	18,00	29,00	10,00	47,00	
Lise	25,00	20,25	30,75	12,00	42,00	
Üniversite ve üstü	25,00	19,50	30,00	10,00	38,00	
Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı						
İlkokul ve altı	8,00	6,00	9,00	3,00	13,00	0,309
Ortaokul	7,00	6,00	10,00	3,00	14,00	
Lise	8,00	6,00	10,00	3,00	15,00	
Üniversite ve üstü	7,00	6,00	10,00	3,00	13,00	

**Tablo 18.** Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı						
İlkokul ve altı	10,00	8,00	13,00	4,00	19,00	0,857
Ortaokul	10,00	7,00	12,00	4,00	20,00	
Lise	10,50	8,00	14,00	4,00	20,00	
Üniversite ve üstü	10,00	8,00	14,00	4,00	18,00	
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı						
İlkokul ve altı	6,00	3,00	6,00	3,00	13,00	0,166
Ortaokul	5,00	3,00	7,00	3,00	13,00	
Lise	6,00	3,00	8,75	3,00	12,00	
Üniversite ve üstü	6,00	3,00	9,00	3,00	13,00	

\*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Gebelerin algıladıkları gelir düzeylerine göre ölçekten aldıkları toplam puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı. Gebelerin algıladıkları gelir düzeylerine göre ölçek alt boyut puanları arasında da istatistiksel anlamlı fark yoktu ( $p>0,05$ ) (Tablo 19).

**Tablo 19.** Katılımcıların Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Algılanan gelir düzeyi	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı						
Az	23,50	17,25	31,00	10,00	42,00	0,962
Yeterli	24,50	20,00	29,00	10,00	47,00	
Fazla	25,00	16,50	31,00	10,00	32,00	
Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı						
Az	8,00	6,00	10,00	3,00	13,00	0,962
Yeterli	8,00	6,00	10,00	3,00	15,00	
Fazla	8,00	5,00	10,00	3,00	11,00	

**Tablo 19.** Katılımcıların Algıladıkları Gelir Düzeylerine Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı						
Az	10,00	7,00	14,00	4,00	19,00	0,858
Yeterli	10,00	8,00	14,00	4,00	20,00	
Fazla	11,00	6,50	12,50	4,00	14,00	
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı						
Az	6,00	3,00	9,00	3,00	13,00	0,799
Yeterli	6,00	3,00	8,00	3,00	13,00	
Fazla	7,00	4,00	9,00	3,00	10,00	

\*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. EKD: en küçük değer, EBD: en büyük değer

Gelir getiren bir işte çalışanlar ile çalışmayanların toplam ölçek ve her üç alt boyuttan aldıkları puanlar karşılaştırılmış ve gelir getiren bir işte çalışanların daha yüksek Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği toplam puanı, ‘Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı’ ve ‘Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı’ alt boyut puanlarına sahip olduğu bulunmuştur ( $p \leq 0,05$ ). ‘Doğum Korkusu’ alt boyutu ile gelir getiren bir işte çalışma durumu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 20).

**Tablo 20.** Katılımcıların Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumuna Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışma durumu	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı						
Çalışıyor	26,00	21,00	30,00	10,00	38,00	<b>0,010</b>
Çalışmıyor	24,00	18,00	28,00	10,00	47,00	
Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı						
Çalışıyor	8,00	6,00	10,00	3,00	13,00	0,467
Çalışmıyor	8,00	6,00	10,00	3,00	15,00	
Fiziksel Veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı						
Çalışıyor	11,00	8,50	14,00	4,00	18,00	<b>0,050</b>
Çalışmıyor	8,00	10,00	13,00	4,00	20,00	

**Tablo 20.** Katılımcıların Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumuna Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı						
Çalışıyor	6,00	4,00	9,00	3,00	13,00	<b>0,019</b>
Çalışmıyor	5,00	3,00	7,25	3,00	13,00	

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Hiç doğum yapmamış gebeler, daha önce doğum yapmamış gebelere göre daha yüksek Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği toplam puanı ve ‘Doğum Korkusu’ alt boyut puanına sahipti ( $p \leq 0,05$ ). Ölçeğin diğer alt boyutlarında hiç doğum yapmamış gebeler ile doğum yapmış gebeler arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 21)

**Tablo 21.** Katılımcıların Daha Önce Doğum Yapma Durumlarına Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Daha önce doğum yapma durumu	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı						
Hiç doğum yapmamış	26,00	19,75	31,25	10,00	47,00	<b>0,004</b>
Doğum yapmış	23,00	19,00	28,00	10,00	39,00	
Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı						
Hiç doğum yapmamış	9,00	7,00	11,00	3,00	15,00	<b>0,000</b>
Doğum yapmış	7,00	6,00	8,00	3,00	13,00	
Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı						
Hiç doğum yapmamış	11,00	8,50	14,00	4,00	18,00	0,520
Doğum yapmış	10,00	8,00	14,25	4,00	20,00	
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı						
Hiç doğum yapmamış	6,00	3,00	9,00	3,00	13,00	0,142
Doğum yapmış	6,00	3,00	7,00	3,00	12,00	

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Katılımcıların gebeliğinin planlı olup olmamasına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 22).

**Tablo 22.** Katılımcıların Gebeliklerinin Planlı Olma Durumlarına Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Planlı gebelik	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı						
Evet	24,00	19,00	29,00	10,00	47,00	0,930
Hayır	21,50	19,25	28,00	14,00	41,00	
Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı						
Evet	8,00	6,00	10,00	3,00	15,00	0,574
Hayır	8,00	6,00	9,00	3,00	13,00	
Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı						
Evet	10,00	8,00	13,00	4,00	20,00	0,606
Hayır	10,00	8,00	14,00	4,00	19,00	
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı						
Evet	6,00	3,00	8,00	3,00	13,00	0,767
Hayır	6,00	3,00	7,00	3,00	12,00	

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Daha önce düşük yapan ve yapmayan kadınlar arasında ölçeğin toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 23.** Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Durumlarına Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Düşük öyküsü	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı						
Evet	24,00	19,00	29,00	12,00	47,00	0,845
Hayır	25,00	19,00	29,00	10,00	42,00	



**Tablo 23.** Katılımcıların Daha Önce Düşük Yapma Durumlarına Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı						
Evet	8,00	6,00	10,00	3,00	14,00	0,480
Hayır	8,00	6,00	9,00	3,00	15,00	
Fiziksel Veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı						
Evet	11,00	8,00	13,50	4,00	20,00	0,610
Hayır	10,00	8,00	14,00	4,00	20,00	
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı						
Evet	6,00	3,00	7,50	3,00	13,00	0,764
Hayır	6,00	3,00	8,00	3,00	13,00	

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Daha önce ölü doğum yapan ve yapmayan kadınların Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği'nden aldıkları toplam ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 24).

**Tablo 24.** Katılımcıların Daha Önce Ölü Doğum Yapma Durumlarına Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölü doğum öyküsü	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı						
Evet	23,00	18,00	29,00	12,00	39,00	0,848
Hayır	25,00	19,00	29,00	10,00	47,00	
Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı						
Evet	7,00	5,00	8,00	3,00	11,00	0,152
Hayır	8,00	6,00	10,00	3,00	15,00	
Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı						
Evet	10,50	9,00	14,75	4,00	17,00	0,524
Hayır	10,00	8,00	14,00	4,00	20,00	

**Tablo 24.** Katılımcıların Daha Önce Ölü Doğum Yapma Durumlarına Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı						
Evet	6,00	3,00	8,75	3,00	12,00	0,799
Hayır	6,00	3,00	8,00	3,00	13,00	

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Gebelerin buldukları trimestere göre Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği'nden aldıkları toplam ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 25).

**Tablo 25.** Katılımcıların Buldukları Trimestere Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Trimester	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı						
1. Trimester	23,00	18,00	30,00	10,00	34,00	0,713
2. Trimester	25,00	19,00	29,00	10,00	47,00	
2. Trimester	24,00	19,00	29,00	10,00	42,00	
Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı						
1. Trimester	8,00	6,00	11,00	3,00	13,00	0,267
2. Trimester	8,00	6,00	10,00	3,00	15,00	
3. Trimester	7,00	6,00	9,00	3,00	13,00	
Fiziksel Veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı						
1. Trimester	9,00	8,00	10,00	4,00	17,00	0,259
2. Trimester	10,00	8,00	13,50	4,00	20,00	
3. Trimester	10,00	8,00	15,00	4,00	19,00	
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı						
1. Trimester	5,00	3,00	9,00	3,00	12,00	0,533
2. Trimester	6,00	3,00	8,00	3,00	13,00	
3. Trimester	5,00	3,00	7,00	3,00	13,00	

\*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Katılımcıların mevcut gebelikleri için planladıkları doğum şekline göre Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği'nden aldıkları toplam ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında, toplam ölçek ve doğum korkusu alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı fark vardı ( $p \leq 0,05$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını anlamak için yapılan post-hoc analiz sonucunda farkın normal doğum ile sezaryen grupları arasında olduğu saptanmıştır ( $p \leq 0,05$ ). Katılımcıların ölçeğin diğer alt boyutlarından aldıkları puanlar benzerdi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 26).

**Tablo 26.** Katılımcıların Planladıkları Doğum Şekline Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Planlanan doğum şekli	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
<b>Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı</b>						
Normal doğum	25,00	20,00	30,00	10,00	42,00	<b>0,016</b>
Sezaryen	23,00	18,00	27,50	10,00	47,00	
Planım yok	23,00	20,00	29,00	20,00	32,00	
<b>Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı</b>						
Normal doğum	9,00	7,00	10,00	3,00	14,00	<b>0,000</b>
Sezaryen	7,00	5,00	8,00	3,00	15,00	
Planım yok	6,00	8,00	11,00	6,00	11,00	
<b>Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı</b>						
Normal doğum	10,00	8,00	14,00	4,00	20,00	0,749
Sezaryen	10,00	8,00	13,00	4,00	20,00	
Planım yok	8,00	8,00	12,00	6,00	14,00	
<b>Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı</b>						
Normal doğum	6,00	3,00	8,00	3,00	13,00	0,165
Sezaryen	6,00	3,00	7,00	3,00	13,00	
Planım yok	6,00	5,00	9,00	5,00	10,00	

\*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Daha önce doktor tarafından tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık geçiren ve geçirmeyen gebeler arasında Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 27)

**Tablo 27.** Katılımcıların Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Psikiyatrik hastalık öyküsü	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
<b>Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı</b>						
Evet	23,00	16,00	29,00	12,00	38,00	0,485
Hayır	24,50	19,25	29,00	10,00	47,00	
<b>Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı</b>						
Evet	8,00	6,00	9,00	3,00	13,00	0,540
Hayır	8,00	6,00	10,00	3,00	15,00	
<b>Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı</b>						
Evet	10,00	6,00	14,00	4,00	18,00	0,624
Hayır	10,00	8,00	14,00	4,00	20,00	
<b>Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı</b>						
Evet	6,00	3,00	7,00	3,00	12,00	0,817
Hayır	6,00	3,00	8,00	3,00	13,00	

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Gebeliği boyunca ve sonrasında eşinden yeterli destek göreceğini düşünen ve düşünmeyen gebeler arasında ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları açısından istatistiksel anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ) (Tablo 28).

**Tablo 28.** Katılımcıların Eş Desteği Beklentisine Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Eş desteği**	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı						
Evet	24,0	19,0	29,0	10,0	47,0	0,060
Hayır	28,0	24,0	30,0	19,0	42,0	
Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı						
Evet	8,00	6,00	10,00	3,00	15,00	0,475
Hayır	8,00	7,00	10,00	6,00	13,00	
Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı						
Evet	10,00	8,00	14,00	4,00	20,00	0,108
Hayır	12,00	11,00	16,00	6,00	18,00	
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı						
Evet	6,00	3,00	8,00	3,00	13,00	0,092
Hayır	6,00	6,00	10,00	3,00	13,00	

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

\*\*Eşim yok diyen 1 kişi analize dahil edilmemiştir.

EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Ailesinden yeterli destek göreceğini düşünmeyen gebeler, Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği ve ‘Doğum Korkusu’ alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almıştır ( $p \leq 0,05$ ). ‘Fiziksel Veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı’ ve ‘Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı’ alt boyut puanları açısından ailesinden yeterli destek göreceğini düşünen ve düşünmeyen gebeler arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu ( $p > 0,05$ ) (Tablo 29).

**Tablo 29.** Katılımcıların Aile Desteği Beklentisine Göre Toplam Ölçek Puanı Ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Aile desteği **	Ortanca	1.Çeyrek	3.Çeyrek	EKD	EBD	P*
Gebelik İlgili Kaygı Ölçeği Toplam Puanı						
Evet	24,00	19,00	29,00	10,00	47,00	<b>0,032</b>
Hayır	28,00	24,50	32,75	18,00	42,00	
Doğum Korkusu Alt Boyut Puanı						
Evet	8,00	6,00	10,00	3,00	15,00	<b>0,004</b>
Hayır	11,00	7,25	12,75	6,00	13,00	
Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı Alt Boyut Puanı						
Evet	10,00	8,00	14,00	4,00	20,00	0,215
Hayır	11,50	9,25	15,75	4,00	18,00	
Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı Alt Boyut Puanı						
Evet	6,00	3,00	8,00	3,00	13,00	0,574
Hayır	6,00	3,00	9,75	3,00	13,00	

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

\*\*Ailem yok diyen 2 kişi analize dahil edilmemiştir.

EKD: En küçük değer EBD: En büyük değer

Ölçeğin kesme noktasına göre gebeler düşük ve yüksek gebelik kaygısına sahip olanlar olarak ayrılmıştır. Kaygı düzeyi ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde gelir getiren bir işte çalışıp çalışmama ile kaygı düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ). Yaş ile yapılan analizde yüksek kaygı düzeyine sahip gebelerin daha genç yaşta olduğu bulunmuştur ( $p\leq 0,05$ ) (Tablo 30).

**Tablo 30.** Sakarya İlinde Bazı Asm'lere Başvuran Gebelerin Kaygı Düzeylerinin Sosyo-demografik Özelliklerle İlişkisi

		Gebelikte ilgili kaygı		
		Düşük	Yüksek	P
Yaş	Ortanca (EKD-EBD)	30(18-44)	27(20-38)	<b>0,014*</b>
Eğitim düzeyi				
	İlkokul ve altı	58	5	0,150**
	Ortaokul	63	4	
	Lise	60	12	
	Üniversite ve üstü	59	10	
Gelir getiren işte çalışma				
	Çalışıyor	68	9	0,542**
	Çalışmıyor	172	22	
Gelir algısı				
	Az	40	8	***
	Yeterli	195	23	
	Çok	5	0	

\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

\*\*Ki kare testi kullanılmıştır.

\*\*\*İki gözde beklenen değerler 5'in altında olduğu için analiz yapılamamıştır.

Daha önce doğum yapmayanlar ile yapanların gebelik kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur( $p \leq 0,05$ ). Daha önce doğum yapmayan gebeler daha yüksek gebelik kaygısına sahiptirler. Gebenin bulunduğu trimester, gebeliğin planlı olup olmaması, düşük ve ölü doğum öyküsünün olup olmamasına göre gebelik kaygısı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Mevcut gebelik için planlanan doğum şekli ile gebelik kaygısı düzeyi arasında istatistiksel anlamlı ilişki vardır ( $p \leq 0,05$ ). Normal doğum planlayan gebeler daha yüksek gebelik kaygısına sahiptir (Tablo 31).

**Tablo 31.** Sakarya İlinde Bazı Asm'lere Başvuran Gebelerin Kaygı Düzeylerinin Obstetrik Özelliklerle İlişkisi

	Gebelikte ilgili kaygı		P*
	Düşük	Yüksek	
Parite			
Hiç doğum yapmamış	83	23	<b>0,000</b>
Doğum yapmış	157	8	
Trimester			
1. Trimester	18	1	0,435
2. Trimester	168	25	
3. Trimester	54	5	
Planlı gebelik			
Evet	170	25	
Hayır	70	6	0,177
Düşük öyküsü			
Evet	61	8	0,557
Hayır	179	23	
Ölü doğum öyküsü			
Evet	13	3	0,272
Hayır	227	28	
Planlanan doğum şekli**			
Normal doğum	129	26	<b>0,002</b>
Sezaryen	104	5	

\*Ki kare testi kullanılmıştır.

\*\*Planım yok diyen 7 kişi analize dahil edilmemiştir.

Doktor tarafından tanı konulmuş psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve olmayan gebeler arasında, gebelik kaygı düzeyleri açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu ( $p>0,05$ ) (Tablo 32).



**Tablo 32.** Sakarya İlinde Bazı Asm'lere Başvuran Gebelerin Psikiyatrik Hastalık Öykülerinin Kaygı Düzeyleri ile İlişkisi

Psikiyatrik hastalık öyküsü	Gebelikle ilgili kaygı		P*
	Düşük	Yüksek	
Evet	22	1	0,490
Hayır	218	30	

\*Fisher Kesin Testi kullanılmıştır.

Gebeliği boyunca ve sonrasında eşinden yeterli destek göreceğini düşünen ve düşünmeyen gebeler arasında gebelik kaygı düzeyleri açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu. Benzer şekilde gebeliği boyunca ve sonrasında ailesinden yeterli destek göreceğini düşünen ve düşünmeyen gebeler arasında da arasında gebelik kaygı düzeyleri açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

**Tablo 33.** Sakarya İlinde Bazı Asm'lere Başvuran Gebelerin Destek Beklentisinin Kaygı Düzeyleri İle İlişkisi

	Gebelikle ilgili kaygı		P*
	Düşük	Yüksek	
Eş desteği			
Evet	230	29	1,000
Hayır	10	1	
Aile desteği			
Evet	229	28	0,149
Hayır	9	3	

\*Fisher Kesin Testi kullanılmıştır.

## 5.TARTIŞMA

Bu çalışmada 2016 yılında Anja C. Huizink ve arkadaşları tarafından düzenlenerek, daha önce doğum yapmış kadınlar için de uygun hale getirilen 10 maddelik Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği-Revize 2 formunun Türkçeye uyarlanması ve Türkçe formun geçerlik güvenirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ölçeğin uygulandığı örneklem daha önce hiç doğum yapmamış ve daha önce doğum yapmış gebelerden oluşmaktadır ve örneklem büyüklüğü gerekli istatistiksel analizlerin uygulanması için yeterli bulunmuştur. Verilerin faktör analizine uygunluğu Barlett Küresellik Testi ile değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur.

Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği'nin yapı geçerliliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonunda açıklanan varyans ne kadar yüksek ise, ilgili kavram ya da yapının o kadar iyi ölçüldüğü anlaşılır. Açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen önemli faktörlerin analize dahil edilen değişkenlerle ilgili toplam varyansın 2/3'ünü açıklaması beklenir (Büyüköztürk Ş, 2002). Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği'nin açıklayıcı faktör analizi ile değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan üç önemli faktör toplam varyansın %66,00'ini açıklamaktadır.

Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği'nin faktör analizi sonuçlarına bakıldığında, Türkçe formda da ölçeğin orijinalindeki üç faktörlü yapının desteklendiği görüldü. Hiç doğum yapmamış ve daha önce doğum yapmış gebelerden oluşan örneklemde üç faktörlü model farklı uyum indekslerinde '*kabul edilebilir*'den '*iyi*'ye değişen farklı uyum düzeyleri göstermiştir (Erkorkmaz ve ark, 2013). Çalışmada elde edilen uyum indeksi değerleri orijinal çalışma ile benzerdir. Bu çalışmada Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği'nin 17 maddelik bir formunun Askarizadeh ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasına göre daha iyi uyum düzeyleri elde edilmiştir.

Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık ve test tekrar test yöntemlerinden yararlanılmıştır. İç tutarlılığın sınanmasında Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğu şeklinde yorumlanabilir. ‘Fiziksel Veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı’ ve ‘Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı’ alt boyutları yüksek güvenilirliğe sahipken, ‘Doğum Korkusu’ alt boyutunun güvenilirliği kabul edilebilir düzeydedir. Huizink ve arkadaşlarının (2016) çalışması ile karşılaştırıldığında Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği (sırasıyla 0,82; 0,80), ‘Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı’ (sırasıyla 0,80; 0,83) ve ‘Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı’ (sırasıyla 0,80; 0,80) alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri benzerken ‘Doğum Korkusu’ (sırasıyla 0,71; 0,59) alt boyutunun Cronbach alfa değeri daha düşük bulunmuştur. Huizink ve arkadaşlarının (2004) 230 kadın ile yaptıkları araştırmada ise bu araştırmaya göre daha iyi Cronbach alfa değerleri elde edilmiştir. Bunun nedeni tüm katılımcıların daha önce hiç doğum yapmamış olması olabilir. Ülkemizdeki yüksek mükerrer sezaryen oranları ve ölçeğin doğum korkusu alt boyutundaki “Kasılmalardan kaynaklı ağrılar ve doğum esnasındaki ağrı hakkında endişeliyim.”, “Doğum sırasında kendime hâkim olamayacağımdan endişeliyim ve çığlık atacağımdan korkuyorum.” ifadelerinin mükerrer sezaryen doğum planlayan gebeler için anlamlı olmaması doğum korkusu alt boyutuna ait daha düşük Cronbach alfa değerlerini açıklayabilir.

Güvenirlilik araştırmalarında kullanılan madde toplam korelasyonunun pozitif yönde ve 0.25’in üstünde olması istenir. Madde toplam puan korelasyonu yükseldikçe maddelerin bireyleri ölçülen yapı açısından iyi derecede ayırt ettiği düşünülür. Madde toplam korelasyonu 0.25’in altındaysa maddenin ölçülen yapı bakımında ayırt ediciliği iyi olmadığı için madde ölçekten çıkarılmalıdır (Alpar, 2017). Bu çalışmada hiçbir madde için toplam korelasyon değeri 0.25’in altına düşmemiştir.

Test tekrar test sonunda elde edilen kararlılık katsayıları ölçeğin zamana karşı değişmezliğini sınamak için kullanıldı (Alpar, 2014). Elde edilen sonuçlar ölçek ve tüm alt boyutlarının zaman içinde birden fazla uygulamada yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermiştir. Mevcut çalışmada, Huizink ve arkadaşlarının (2016) ve

Askarizadeh ve arkadaşlarının (2017) çalışmasına göre daha yüksek kararlılık katsayıları elde edilmesinin nedeni test tekrar test için beklenen sürelerin farklı olması olabilir. Huizink ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında test on hafta sonra, Askarizadeh ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında iki hafta sonra, bu çalışmada ise bir hafta sonra tekrarlanmıştır. Testin diğer çalışmalara göre daha kısa bir zaman aralığında tekrarlanması daha yüksek kararlılık katsayıları elde etmemize neden olmuş olabilir.

Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri, Cronbach alfa katsayısı ve test tekrar test yöntemi kullanılarak geçerlik ve güvenilirliği sınanan Gebelikle ilgili Kaygı Ölçeği Revize 2 formunun Türkçe dilinde de geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konmuştur.

Ölçeğin kesme noktasına göre değerlendirildiğinde katılımcıların %11,4'ünün yüksek gebelik kaygısına sahip olduğu bulunmuştur. Koelewjin ve arkadaşları (2017) Hollanda'da genel ve gebelik kaygısının doğum sürecine etkisini araştırdıkları kohortta yüksek gebelik kaygısı oranı %11,1 olarak bulunmuştur. Fontein-Kuipers ve arkadaşlarının (2016) maternal distressi önleme ve azaltmaya yönelik müdahale çalışmasında müdahale öncesi deney ve kontrol grubunda sırasıyla grubun %11,5 ve %10,2'si yüksek gebelik kaygısına sahiptir. Her iki araştırmada da gebelikle ilgili kaygı ölçeği ve kesme noktası olarak 90. persentile denk gelen puanlar kullanılmıştır. İsveç'te gebelik sırasında kadınların zihinsel sağlığını araştırmayı amaçlayan bir çalışmada 916 gebe Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni doldurmuştur. Bu çalışmada ilk trimesterde gebelerin %15,6'sının belirgin kaygı yaşadıkları bulunmuştur (Rubertson et al, 2014). Erzurum'da Kadın Doğum Hastanesine başvuran 914 gebe ile yapılan çalışmada gebelikte distress oranı %11,9 olarak bulunmuştur (Çapık ve ark, 2015). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniğine başvuran, daha önce bilinen psikiyatrik hastalığı olmayan 111 gebenin katıldığı araştırmada, katılımcıların %35,1'inde kaygı bozukluğu belirtileri görülmüştür (Yücel ve ark, 2013).

Araştırma da yaş grupları ile gebelik ile ilgili kaygı ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çapık (2013) yaş grupları ile Tilburg Gebelik Distres Ölçeği puanları arasında anlamlı fark bulmuş ve ileri analizler sonucu farkın 25-29 yaş grubundan kaynaklandığını ortaya koymuştur. 25-29 yaş grubu diğer gruplara göre daha düşük puanlar almıştır. Yücel ve arkadaşları (2013) çalışmalarında 30 yaşından büyük gebelerde daha fazla kaygı belirtisi izlendiğini bulmuşlardır.

Bu araştırmada, literatürdeki çalışmalara benzer şekilde Gebelik İlgili Kaygı Ölçeği için kesme noktası olarak 90. persentil alınmıştır. Bu kesme noktasına göre belirlenen kaygı düzeyleri göz önüne alındığında daha genç gebelerin daha yüksek kaygı düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Çapık ve arkadaşlarının (2015) Erzurum Kadın Doğum Hastanesi'ne başvuran 914 kişi ile yaptıkları çalışmada da benzer şekilde daha küçük yaşın daha yüksek Tilburg Gebelik Distres Ölçeği puanları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Koelewjin ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da yaş ile kaygı düzeyi arasında paralel sonuçlar bulunmuştur. Genç gebelerin daha yüksek kaygı düzeyine sahip olmasının nedeni ilk gebeliklerini yaşıyor olmaları ve daha önce hiç doğum yapmamış olmaları olabilir.

Çalışmada düşük ya da ölü doğum öyküsü olan gebeler ile olmayan gebeler arasında toplam ölçek ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Huizink ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında düşük öyküsü olan gebelerde gebeliğin 27-28. haftalarında 'Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı' alt boyutunda daha yüksek kaygı seviyelerine sahip olduğu bulunmuştur. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde tekrar yapılan ölçümde düşük öyküsü olan ve olmayan gebe kadınlar arasındaki bu fark ortadan kaybolmuştur. Benzer şekilde aynı araştırmada erken gebelik döneminde düşük öyküsü olan gebelerin 'Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı' alt boyutunda daha düşük kaygı seviyelerine sahip olduğu bulunmuştur. Gebeliğin orta ve geç döneminde bu fark ortadan kaybolmuştur. Avusturya'da 40.000'den fazla kadının takip edildiği prospektif bir kohorttan alınan 584 gebe ile yapılan bir çalışmada daha önce ölü doğum, düşük, tıbbi terminasyon gibi sebeplerle

gebelik kaybı yaşayan gebelerin şimdiki gebeliklerinde daha fazla kaygı yaşadıkları bulunmuştur (Chojenta et al, 2014).

Bu çalışmada daha önce doktor tarafından tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olan kadınlarla olmayanlar arasında ölçek toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Huizink ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise psikiyatrik problemi olan gebelerin erken, orta, geç gebelik dönemleri boyunca 'Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı' alt boyutunda daha yüksek kaygı seviyelerine sahip olduğu bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi sözü edilen çalışmada psikiyatrik hastalık öyküsünün ve araştırmanın başında var olan psikiyatrik hastalığın sorgulanmış olması olabilir. Bu çalışma da ise daha önce var olan psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulanmıştır. Ayrıca bu çalışmada psikiyatrik hastalık öyküsü olan gebelerin oranı %8,5 iken, Huizink ve arkadaşlarının çalışmasında %29'dur.

Gebelikle ilişkili kaygı ölçeği puanlarının trimesterlere göre değişimini incelemek için yapılan analizde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bakker ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında, bu çalışmaya paralel olarak her üç trimesterde doldurulan gebelikle ilgili kaygı ölçeğinin puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Huizink ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise 'Doğum Korkusu' ve 'Fiziksel veya Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olma Kaygısı' alt boyut puanları erken gebelikte en yüksek iken, gebeliğin ortalarında düşmekte ve gebeliğin geç döneminde tekrar yükselmektedir. 'Kendi Görünüşü Hakkında Kaygı' alt boyutunun puanları ise gebelik boyunca değişkenlik göstermemektedir. Bu çalışmada toplam ölçek puanında olduğu gibi alt ölçek puanları da trimesterlere göre değişkenlik göstermemektedir.

Bu çalışmada gebelerin eğitim düzeyleri ile gebelikle ilgili kaygı ölçeğinden aldıkları puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Koelewjin ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise daha uzun eğitim yılının daha düşük gebelik kaygısı seviyeleri ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Rubertson ve arkadaşları (2014) eğitim düzeyi lise olan gebelerin üniversite olanlara göre gebeliğin erken döneminde 1,6 kat (GA:1,1-2,3) artmış kaygı riskiyle karşı karşıya olduğunu bildirmiştir. Çapık (2013) ise bu araştırmaya benzer şekilde eğitim düzeyleri ile Tilburg Gebelik Distres Ölçeği

puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Arch (2013) 311 gebe ile yaptığı çalışmada daha yüksek eğitimin daha düşük gebelik kaygısı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Buss ve arkadaşları (2010) ise eğitim yılı ile gebelik kaygısı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Shapiro ve arkadaşlarının (2017) Quebec'te 2365 katılımcıyla başladığı kohortta üç trimester boyunca ölçülen gebelik kaygısı ile eğitim düzeyleri arasında ilişki gözlenmemiştir.

Gelir getiren bir işte çalışan gebeler, çalışmayan gebelere göre Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği'nden anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldı. Buna rağmen gebelik kaygısı düzeyleri ile işte çalışıp çalışmama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmanın aksine İsveç çalışmasında işsiz gebelerin 3.5 kat artmış kaygı riskine sahip olduğu bulunmuştur (Rubertson et al, 2014).

Gebeliğin planlı olup olmaması Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği'nden alınan puanları ve gebelik kaygısı düzeylerini anlamlı olarak etkilememiştir. Shapiro ve arkadaşları (2017) erken, orta ve geç gebelik dönemlerinde istenmeyen gebeliği olan katılımcıların daha yüksek kaygı düzeylerine sahip olduğunu göstermişlerdir. Ülkemizde yapılmış 17 maddelik Tillburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin kullanıldığı bir çalışmada gebeliği planlı olmayan katılımcılar daha yüksek distres puanlarına sahipti (Çapık ve ark, 2015). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada planlı olmayan gebeliğe sahip olanlarda kaygı görülme oranı yüksek olmasına rağmen, planlı gebeliği olanlara göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (Yücel ve ark, 2013). Kanada'da gebelik kaygısının demografik, tıbbi ve psikososyal faktörler ile ilişkisinin incelendiği 5271 gebenin katıldığı kohortta istenmeyen gebeliği olanların daha yüksek gebelik kaygısına sahip olduğu görülmüştür (Schetter et al, 2016). İtalya'da yapılan bir çalışmada gebeliğinin 28-32 haftalarında olan gebelere Durumluk Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. İstenmeyen gebeliği olan katılımcılar, olmayanlara göre daha yüksek durumluk kaygı puanları (Odds Oranı 2,62; GA:1,14-5,99) almışlardır (Giardinelli et al,2012).

Bu çalışmada daha önce doğum yapmamış kadınların doğum yapmış kadınlara göre daha yüksek gebelikle ilgili kaygı ölçeği puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Kaygı düzeyleri açısından da daha önce doğum yapmamış kadınlar daha yüksek kaygı düzeylerine sahiptir. Chan ve arkadaşları (2013) ilk gebeliğini yaşayan kadınlarla,

ikinci ve sonraki gebeliklerini yaşıyan kadınlar arasında kaygı semptomları açısından fark gözlememişlerdir. Finlandiya’da yapılan bir araştırmada daha önce doğum yapmamış kadınların daha fazla doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur (Rouhe et al, 2008). Finlandiya da 30 haftalık gebelerin katıldığı bir başka araştırmada daha önce doğum yapmamış gebeler Gebelik Kaygısı Ölçeği’nden (PAS) daha yüksek puanlar almışlardır (Saisto et al,2001).

Çalışmamızda ki gebelerin büyük bir çoğunluğu gebelikleri boyunca eşlerinden ve ailelerinden yeterli destek göreceğini düşünmektedir. Eşinden yeterli destek göremeyeceğini düşünen kadınlar Gebelik İlgili Kaygı Ölçeği’nden daha yüksek puan almışlardır ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ailelerinden yeterince destek görmeyeceğini düşünen gebelerin ölçek puanları ise, destek göreceğini düşünen gruba göre anlamlı derece de yüksek bulunmuştur. Kanada’da gerçekleştirilen bir araştırmada daha fazla sosyal desteğe sahip olan gebelerin daha düşük gebelik kaygısı yaşadığı görülmüştür (Schetter et al, 2016). Giardinalli ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında eşyle çatışmalı ilişkisi olan gebeler daha yüksek sürekli kaygı bildirirken, durumluk kaygı düzeyleri diğer gebelerden farklı değildi. Saitso ve arkadaşları (2001) daha yüksek sosyal desteği olan ve eşyle ilişkisinden memnun olan kadınlarda daha düşük gebelik ile ilgili kaygı bildirmişlerdir. Hong Kong’da yapılan, 1470 gebenin katıldığı, ilk trimesterde gebelik kaygısı ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik çalışmada düşük algılanan sosyal desteği ve evlilik memnuniyeti olan gebelerde daha fazla kaygı semptomu gözlenmiştir (Chan et al,2013).

Çalışmamızda normal doğum planlayan gebelerin daha yüksek kaygı düzeylerine ve gebelik ile ilgili kaygı ölçeği toplam puanlarına sahip oldukları bulunmuştur. Çalışmamızın aksine daha yüksek kaygı puanına sahip gebelerin daha sık sezaryen planladıkları bir çalışma da mevcuttur (Rubertson et al, 2014). Finlandiya’da yapılan bir çalışmada sezaryen doğumu tercih eden kadınların daha yüksek doğum korkusuna sahip oldukları bulunmuştur (Rouhe et al, 2008). Şahin ve arkadaşlarının (2009) İstanbul’da bir devlet hastanesine başvuran gebelerde yaptığı araştırmada planlanan doğum şekli ile doğum korkusu arasında ilişki gözlenmemiştir.



## 6. SONUÇ

Bu çalışmada Anja C. Huizink ve ark. (2016) tarafından geliştirilen Pregnancy Related Anxiety Questionnaire – Revised 2 ölçeği Türkçe diline uyarlanmış ve geçerlik güvenirliği incelenmiştir.

Gebelik döneminde görülen ruh sağlığı bozuklukları teşhis ve tedavi edilemedikleri durumlarda kadınlara, ailelerine, sağlık sistemine ve topluma büyük bir yük olma potansiyeline sahiptirler. Birçok gelişmiş ülke doğum öncesi ve doğum sonrası bakım uygulamalarına entegre olarak, gebelikle ilgili kaygı konusuna özel önem veren zihinsel sağlık değerlendirmesi ve tarama programları yürütmektedir (Centre of Perinatal Excellence on Effective Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline, 2017). Gebelik kaygısını hafifletmek için ilk adım, yüksek gebelik kaygısı olan gebelerin belirlenmesidir. Doğum öncesi bakım alan gebelere üçer aylık dönemlerde uygulanacak basit bir gebelik kaygısı ölçümü, müdahale için başlangıç noktası olabilir.

Türkçeye uyarlamasını yaptığımız, Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği – Revize 2 daha önce hiç doğum yapmamış ve daha önce doğum yapmış gebelerin gebelik kaygı düzeylerine saptama amacı ile kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ölçeğin kısa, kolay uygulanabilir olması, gebelik kaygısı düzeyinin tahmin edilmesi gerektiğinde büyük ölçekli çalışmalarda, klinik ortamda ve önleme programlarında kullanılmasına olanak verir.

Ülkemizde de doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin yeterli sayıda ve nitelikli olması ve güçlendirilmesi için önemli adımlar atılmaktadır. Doğum öncesi izlemlerde gebenin az bir sürede cevaplayabileceği 10 soruluk Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği, klinisyenlerin bakıma muhtaç kişileri hedeflemelerine

yardımcı olabilir. Doğum öncesi bakım uygulamalarında gebelik kaygısı için gebelerin taranması özellikle avantajlı olabilir, çünkü tarama anketine verilen yanıtlar gebe kadınlar ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki görüşmeler için başlangıç noktası oluşturabilir.

Doğum süreci hakkında yüksek kaygıya sahip kadınlar gebe sınıflarına yönlendirilerek kaygılarını besleyen bilinmeyen birçok faktör hakkında eğitim alması ve obstetrik uygulamalar hakkındaki endişelerinin hafiflemesi sağlanabilir. Gebe sınıfı gibi yöntemlerle doğum için hazırlanan ve doğum üstünde kontrol sahibi olabileceği hissi uyanan kadınlar için gebelikte kaygı yaşama olasılığı daha düşüktür. Gebelik kaygısına müdahale edilen gebeler ve onların çocukları; erken doğum eylemi, düşük doğum ağırlığı, azalmış bilişsel aktivite ve gri cevher yoğunluğu, gecikmiş motor ve bilişsel gelişme, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dışsallaştırma, negatif duygusallık, kaygı, çocukluk döneminde ortaya çıkan hırıltılı solunum, atopik dermatit, alerjik rinit, astım gibi atopik bozukluklarda dahil olmak üzere bir takım olumsuz bebeklik ve çocukluk sonuçlarından korunabilirler. Çalışmamızda geniş bir toplum kesimini temsil yeteneği olmamakla birlikte; daha önce doğum yapmamış, normal doğum planlayan, gelir getiren bir işte çalışan, ailesinden yeterli destek göremeyeceğini düşünen gebelerin, gebelikle ilgili kaygı açısından risk altında olduğu görülmüştür.

İleride yapılacak ve farklı toplum kesimlerini hedefleyecek geniş kapsamlı araştırmalar aracılığı ile Türkiye'nin gebelik kaygısı risk profiline çıkarılmasının anne çocuk sağlığına önemli katkıları olacağına inanıyoruz.

## KAYNAKLAR

- Aksayan S, Gözüm S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*,4(1),9-1
- Alpar R. (2014). Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik: Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle. Detay Yayıncılık.s501-610
- Alpar R. (2017). Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler. Detay Yayıncılık
- Andersson NW, Hansen MV, Larsen AD, Hougaard SK, Kolstad HA, Schlünssen V. (2016). Prenatal maternal stress and atopic diseases in the child: A systematic review of observational human studies. *Allergy*, 71: 15–26.
- Arch JJ. (2013). Pregnancy-specific anxiety: Which women are highest and what are the alcoholrelated risks? *Comprehensive Psychiatry*, 54(3), 217–228.
- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8: 280-7.
- Bakker EC, vanNimwegen-Matzinger CW, Ekkel-van derVoorden W, Nijkamp MD, Vollink T. (2013). Psychological determinants of pregnancy-related lumbopelvic pain: a prospective cohortstudy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92:797–803.
- Barlow, DH. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York, NY: Guilford. In : Guardino CM, Schetter CD. (2014). Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates, and consequences. *Zero to Three*, 34(4), 12-21.
- Berle JØ, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. *Archives Of Women's Mental Health*, 8(3), 181-189.
- Blair MM, Glynn LM, Sandman CA, Davis EP. (2011). Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament. *Stress*, 14(6), 644–651.
- Borkovec TD, Inz J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 153–158.

In: Guardino CM, Schetter CD. (2014). Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates, and consequences. *Zero to Three*, 34(4), 12-21.

Bödecs T, Horváth B, Szilágyi E, Cholnoky P, Sándor J, Gonda X, & Rihmer, Z. (2013). Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: Data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatria Danubina*, 25(4), 352-358.

Brunton R.J, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. (2015). Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *Journal of affective disorders*, 176, 24-34.

Buss C, Davis EP, Hobel CJ, Sandman CA. (2011). Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6–9 years age. *Stress*, 14(6), 665–676.

Buss C, Davis EP, Muftuler LT, Head K, Sandman CA. (2010). High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology*, 35(1), 141-153.

Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi*, 32(32), 470-483.

Centre of Perinatal Excellence. (2017). Effective Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline.

Chan C, Lee A, Lam S, Lee C, Leung K, Koh Y, Tang C. (2013). Antenatal anxiety in the first trimester: Risk factors and effects on anxiety and depression in the third trimester and 6-week postpartum. *Open Journal of Psychiatry*, 3, 301-310

Chojenta C, Harris S, Reilly N, Forder P, Austin MP, Loxton D. (2014). History of Pregnancy Loss Increases the Risk of Mental Health Problems in Subsequent Pregnancies but Not in the Postpartum. *PLoS ONE*, 9(4), e95038.

Davis EP, Sandman CA. (2010). The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child Development*, 81(1), 131–148.

Davis EP, Sandman CA. (2012). Prenatal psychobiological predictors of anxiety risk in preadolescent children. *Psychoneuroendocrinology*, 37(8), 1224-33.

Ding X, Xu S, Zhu R, Jia X, Huang K, Zhu P, Zhang S. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal Of Affective Disorders*, 159103-110.

Dunkel Schetter C, Niles AN, Guardino CM, Khaled M, Kramer MS. (2016). Demographic, medical, and psychosocial predictors of pregnancy anxiety. *Paediatric And Perinatal Epidemiology*, 30(5), 421-429.

Endler NS, Kocovski NL. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*, 15(3), 231-245.

- Endler NS, Parker JA. (1990). Stress and anxiety: conceptual and assessment issues. *Stress Medicine*, 6(3), 243-248.
- Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-223.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, Eksen Tanıtım
- Eva M, Loomans, Aimée E. van Dijk, Tanja G.M., Manon, Karien Stronks, Reinoud J. B. J. Gemke, Bea R. H. Van den Bergh; Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort, *European Journal of Public Health*, Volume 23, Issue 3, 1 June 2013, Pages 485–491.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Deeds O, Ascencio A, Kuhn C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33(1),23–29.
- Fontein-Kuipers YJ, Ausems M, de Vrie R, Nieuwenhuijze MJ. (2016). The effect of Wazzup Mama?! An antenatal intervention to prevent or reduce maternal distress in pregnancy. *Archives Of Women's Mental Health*, 19(5), 779-788.
- Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, Lunardi C, Faravelli C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of women's mental health*, 15(1), 21-30.
- Glynn LM, Dunkel Schetter C, Wadhwa PD, Sandman CA. (2004). Pregnancy affects appraisal of negative life events. *Journal of Research*, 56(1), 47–52.
- Green JM, Kafetsios K, Statham HE, Snowdon CM. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *Journal of Health Psychology*, 8(6), 753–764.
- Guardino CM, Schetter CD. (2014). Understanding pregnancy anxiety: Concepts, correlates, and consequences. *Zero to Three*, 34(4), 12-21.
- Gurung RA, Dunkel-Schetter C, Collins N, Rini C, Hobel CJ. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(4), 497–519.
- Hasin DS, Grant BF. (2015).The national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC) waves 1 and 2: Review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(11):1609–1640.
- Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. (2016). Adaption of pregnancy anxiety questionnaire–revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 125–132.

Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome?. *Early Hum Dev*,79:81–91.

Huizink AC, Robles de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 810-818.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>

Ingram J, Taylor J. (2007). Predictors of postnatal depression: Using an antenatal needs assessment discussion tool. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 25(3):210-222.

Institute of Medicine. (2007). Preterm birth: Causes, consequences, and prevention. (R. E. Behrman & A. S. Butler, Eds.). National Academies Press.

Işık E, Taner Y. (2006). Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Asimetrik Paralel Kitabevi, İstanbul, 3-29.

Keskin A, Unluoglu I, Bilge U, Yenilmez C. (2013). The prevalence of psychiatric disorders distribution of subjects gender and its relationship with psychiatric help-seeking. *Archives Of Neuropsychiatry*, (4), 344.

Kitapçioğlu G., Yanıkkörem 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.

Koelewijn JM, Sluijs AM, Vrijkotte TM. (2017). Possible relationship between general and pregnancy-related anxiety during the first half of pregnancy and the birth process: A prospective cohort study. *BMJ Open*, 7(5), e013413.

Kramer MS, Lydon J, Séguin L, Goulet L, Kahn SR, McNamara H, Platt RW. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: The role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *American Journal of Epidemiology*, 169(11), 1319–1326.

Leach LS, Poyser C, Fairweather-Schmidt K. (2017). Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates. *Clinical Psychologist*, 21(1):4-19

Levin JS. (1991). The factor structure of the Pregnancy Anxiety Scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(4), 368–381.

Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*, 388(10063):3027-35.

Loomans EM, van Dijk AE, Vrijkotte TGM, van Eijsden M, Stronks K, Gemke RJJ, Van den Bergh BRH.(2013). Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. *European journal of public health*, 23(3):485-491.

- Lynn FA, Alderdice FA, Crealey GE, McElhay JC. (2011). Associations between maternal characteristics and pregnancy-related stress among low-risk mothers: An observational cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 48(5), 620-627.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2014). Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance: Updated edition. British Psychological Society.
- Özkan S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*. ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş, İstanbul, 203-207.
- Polanska K, Krol A, Jurewicz, J, Hanke W, Merecz-Kot D, Makowiec-Dabrowska T, Calamandrei G. (2017). Maternal stress during pregnancy and neurodevelopmental outcomes of children during the first 2 years of life. *Journal Of Paediatrics And Child Health*, 53(3), 263-270.
- Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders. (2004). The World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21):2581–2590.
- Rini CK, Dunkel Schetter C, Wadhwa PD, Sandman CA. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18(4), 333–345.
- Rose MS, Pana G, Premji S. (2016). Prenatal maternal anxiety as a risk factor for preterm birth and the effects of heterogeneity on this relationship: A systematic review and meta-analysis. *Biomed Research International*, 8312158.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*, 116(1), 67–73.
- Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G. (2014). Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives Of Women's Mental Health*, 17(3), 221-228.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (Eds), (2017). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th Edition, Wolters Kluwer, Philadelphia
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG*, 108(5), 492–498
- Shapiro G, Séguin J, Fraser W, Muckle G, Monnier P. (2017). Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynecology*, 38(2):121-132.
- Statham H, Green JM, Kafetsios K. (2008). Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 pregnant women. *Birth*, 24(4), 223–233.

Stojanow K, Rauchfuss M, Bergner A, Maier B. (2017). Anxiety in high-and low-risk pregnancies and its influence on perinatal outcome. *Mental Health & Prevention*, 6, 51-56.

Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57-62.

Şahin N, Durak A (1994) Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9:44-56.

Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119(1), 142–148

Ulusoy (1993) Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

Van den Bergh BR, Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8-and 9-year-olds. *Child development*, 75(4), 1085-1097.

Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. (2008). psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805–815.

Wisner KL, Sit DY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, Hanusa BH. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5), 490-498.

Yiğit Günay, E. (2013). Gebelerde Kaygı Düzeyi: "Cambridge Kaygı Ölçeği"nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Asiye Gül).

Yurdugül H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 1, 771-774.

Yücel P, Çayır Y, Yücel M. (2013). Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 83-87.



## EK-1 ANKET FORMU

### SOSYO DEMOGRAFİK SORU FORMU

Değerli katılımcı;

Gebelikle ilişkili kaygı ile ilgili bu araştırma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Gebelik süreci kadınlar için ruhsal ve zihinsel bozukluklar açısından savunmasız bir zamandır. Gebelikte yaşanan psikolojik sıkıntı kadının yaşam kalitesini ve kişisel refahını olumsuz etkilemenin yanı sıra; fark edilmez ve tedavisiz kalırsa bebeğin gelişimi üzerinde de olumsuz etkileri olabilir. Bu araştırma gebelikle ilişkili kaygı ve ilgili olabilecek özellikleri incelemek için yapılmaktadır. Vereceğiniz bilgiler gizli tutulup bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz

1) Doğum yılınız:

2) Gebelik haftanızı belirtiniz:

3) Eğitim düzeyiniz/durumunuz aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

A. Okur yazar değil

E. Lise mezunu

B. Okur yazar

F. Üniversite mezunu

C. İlkokul mezunu

G. Yüksek lisans/Doktora mezunu

D. Ortaokul mezunu

4) Evinize bir ayda giren toplam para miktarı sizce aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur.

A. Çok az

D. Fazla

B. Az

E. Çok fazla

C. Yeterli

5) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

A. Evet

B. Hayır

6) Gebeliğiniz istemli/planlı bir gebelik mi?

A. Evet

B. Hayır

7) Şu anki gebeliğiniz kaçınca gebeliğiniz?

- A. İlk  
B. İkinci  
C. Üçüncü  
D. Dördüncü  
E. Diğer (belirtiniz)

8) Hayatınız boyunca hiç düşük (20. Gebelik haftasından önce bebeğin kaybedilmesi) yaşadınız mı?

- A. Evet, ..... kez yaşadım. B. Hayır

9) Hayatınız boyunca hiç ölü doğum (20. Gebelik haftasından sonra ve 500 gramdan büyük doğumda ve doğumdan sonra hiçbir canlılık belirtisi olmayan doğumlar) yaşadınız mı?

- A. Evet, ..... kez yaşadım. B. Hayır

10) Şu anda yaşayan kaç çocuğunuz var? .....

11) Şu anda yaşayan bedensel ve/veya zihinsel engeli bulunan bir çocuğunuz var mı?

- A. Evet B. Hayır

12) Şu anki gebeliğiniz için planladığınız doğum şekli aşağıdakilerden hangisidir?

- A. Normal doğum  
B. Sezaryen  
C. Herhangi bir planım yok

13) Hayatınız boyunca doktor tarafından tanı konulmuş psikiyatrik (ruhsal, zihinsel) bir hastalık yaşadınız mı?

- A. Evet, ..... yaşadım.  
B. Hayır

14) Gebeliğiniz boyunca ve sonrasında eşinizden yeterli destek göreceğinizi düşünüyor musunuz?

- A. Evet B. Hayır C. Eşim yok

15) Gebeliğiniz boyunca ve sonrasında ailenizden/yakınlarınızdan yeterli destek göreceğinizi düşünüyor musunuz?

- A. Evet C. Ailem/yakınım yok  
B. Hayır

GEBELİKLE İLİŞKİLİ ANKSİYETE ANKETİ – REVİZE 2

Lütfen her ifade için sizin durumunuza en çok uyan cevabı işaretleyiniz.	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Bazen katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Yapacağım doğumla ilgili endişeliyim.					
Kasılmalarından kaynaklı ağrılar ve doğum esnasındaki ağrı hakkında endişeliyim.					
Doğumdan sonra eski vücut hatlarıma dönemeyeceğim konusunda endişe yaşıyorum.					
Bazen doğacak çocuğumun sağlıksız olacağını ya da hastalıklara yatkın olacağını düşünüyorum.					
Görünüşümün çekici olmaması konusunda endişeliyim.					
Doğum sırasında kendime hakim olamayacağımdan endişeliyim ve çığlık atacağımdan korkuyorum.					
Aldığım fazla kilolar ile ilgili endişeliyim.					
Çocuğumun zihinsel engelli olmasından ya da beyin hasarından dolayı acı çekmesinden korkuyorum.					
Çocuğumun ölü doğmasından ya da doğum esnasında ya da doğumdan hemen sonra ölmesinden korkuyorum.					
Çocuğumun bedensel bir engelden dolayı acı çekmesinden ya da fiziksel bir kusuru olmasından korkuyorum.					

## **EK-2 PREGNANCY RELATED ANXIETY QUESTIONNAIRE**

### **REVISED 2**

1. I am anxious about the delivery.
2. I am worried about the pain of contractions and the pain during delivery.
3. I am worried about the fact that I shall not regain my figure after delivery.
4. I sometimes think that our child will be in poor health or will be prone to illnesses.
5. I am concerned about my unattractive appearance.
6. I am worried about not being able to control myself during labour and fear that I will scream.
7. I am worried about my enormous weight gain.
8. I am afraid the baby will be mentally handicapped or will suffer from brain damage.
9. I am afraid our baby will be stillborn, or will die during or immediately after delivery.
10. I am afraid that our baby will suffer from a physical defect or worry that something will be physically wrong with the baby.

## EK-3 ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİNİ

### Fwd: Adaption of pregnancy anxiety questionnaire–revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2

1 mesaj

Hasan Çetin Ekerbiçer <hcekerbicer@sakarya.edu.tr>  
Alıcı: Muhilse Demirbas <muhilse88@gmail.com>

16 Mayıs 2018 14:10

----- Forwarded message -----

From: Hasan Çetin Ekerbiçer <hcekerbicer@sakarya.edu.tr>  
Date: 2017-10-27 16:08 GMT+03:00  
Subject: Fwd: Adaption of pregnancy anxiety questionnaire–revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2  
To: h\_ekerbicer@yahoo.com

----- Forwarded message -----

From: Huijink, A.C. <a.c.huijink@vu.nl>  
Date: 2017-07-24 11:29 GMT+03:00  
Subject: Re: Adaption of pregnancy anxiety questionnaire–revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2  
To: Hasan Çetin Ekerbiçer <hcekerbicer@sakarya.edu.tr>

Dear Dr. Ekerbiçer,

Of course you may use it, but another group in Turkey has already validated the questionnaire in Turkish I think, they just contacted me today as well. This is Dr. Duman:

*Dicle Üniversitesi  
Atatürk Sağlık Yüksekokulu  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
DİYARBAKIR*

Met vriendelijke groeten/ Best wishes,

Prof. dr. Anja C. Huijink  
Vrije Universiteit Amsterdam  
Faculteit Gedrags- en Bewegingswetenschappen  
Sectie Klinische Ontwikkelingspsychologie  
Van de Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam, tel 020 5988732  
a.c.huijink@vu.nl

Op 23 Jul. 2017, om 23:26 heeft Hasan Çetin Ekerbiçer <hcekerbicer@sakarya.edu.tr> het volgende geschreven:

Dear A. C. Huijink

I am writing to you regarding your article "Adaption of pregnancy anxiety questionnaire–revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2 " published in Arch Womens Mental Health 2016.

If you grant us permission, we are planning to adapt the "Adaption of pregnancy anxiety questionnaire–revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2" that you created to Turkish language. We would be most grateful if you would look into this matter as soon as possible.

## **EK-4 UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU VE GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR**

GEBELİKLE İLİŞKİLİ ANKSİYETE ANKETİ – REVİZE 2

PREGNANCY-RELATED ANXIETY QUESTIONNAIRE–REVISED 2

Lütfen her ifade için sizin durumunuza en çok uyan cevabı işaretleyiniz.

Please circle each answer that applies most accurately to your situation.

Cevap kategorileri:

1. Kesinlikle/ Hiç uygun/alakalı değil
2. Hemen hemen hiç uygun değil
3. Bazen uygun
4. Oldukça/epey uygun
5. Tamamen/çok uygun

Answer categories:

1. Absolutely not relevant
2. Hardly ever relevant
3. Sometimes relevant
4. Reasonably relevant
5. Very relevant

		Türkçeye çevirisi			
		Uygun	Hafifçe gözden geçirilmeli	Ciddi olarak gözden geçirilmeli	Uygun değil
İfade 1	Yapacağım doğumla ilgili endişeliyim.  I am anxious about the delivery.				
Önerileriniz					
İfade 2	Kasılmalardan kaynaklı ağrılar ve doğum esnasındaki ağrı hakkında endişeliyim.  I am worried about the pain of contractions and the pain during delivery.				
Önerileriniz					
İfade 3	Doğumdan sonra eski vücut hatlarıma dönemeyeceğim konusunda endişe yaşıyorum.  I am worried about the fact that I shall not regain my figure after delivery.				
Önerileriniz					
İfade 4	Bazen doğacak çocuğumun sağlıklı olacağını ya da hastalıklara yatkın olacağını düşünüyorum.  I sometimes think that our child will be in poor health or will be prone to illnesses.				

Önerileriniz					
İfade 5	Görünüşümün çekici olmaması konusunda endişeliyim.				
	I am concerned about my unattractive appearance.				
Önerileriniz					
İfade 6	Doğum sırasında kendime hakim olamayacağımdan endişeliyim ve çığlık atacağımdan korkuyorum.				
	I am worried about not being able to control myself during labour and fear that I will scream.				
Önerileriniz					
İfade 7	Aldığım fazla kilolar ile ilgili endişeliyim.				
	I am worried about my enormous weight gain.				
Önerileriniz					
İfade 8	Çocuğumun zihinsel engelli olmasından ya da doğum sırasında beyinde bir hasar oluşmasından korkuyorum				
	I am afraid the baby will be mentally handicapped or will suffer from brain damage.				
Önerileriniz					



İfade 9	Çocuğumun ölü doğmasından ya da doğum esnasında ya da doğumdan hemen sonra ölmesinden korkuyorum.				
	I am afraid our baby will be stillborn, or will die during or immediately after delivery				
Önerileriniz					
İfade 10	Çocuğumun bedensel bir engelden dolayı acı çekmesinden ya da fiziksel bir kusuru olmasından korkuyorum.				
	I am afraid that our baby will suffer from a physical defect or worry that something will be physically wrong with the baby.				
Önerileriniz					

1. Hasan Çetin EKERBİÇER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

2. Ali Savaş ÇİLLİ

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

3. Esra YAZICI

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

4. Atilla EROL

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

5. Nermin AKDEMİR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

6. Hilal USLU YUVACI

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

## EK-5 ETİK KURUL ONAYI

02/10/2017-E.14711



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/201  
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul  
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER  
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 17.08.2017 tarihli 186 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Pregnancy Anxiety Questionnaire –R2 Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması ve Geçerlik ve Güvenirliğinin Test Edilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER  
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR  
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik  
İmzalı Aslı İle Aynıdır.

02.10.2017

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE8A4D1LN>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya  
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629  
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-6 ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Muhlise DEMİRBAŞ

Doğum yeri ve tarihi: Aksaray/19/07/1988

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu: [muhlised88@gmail.com](mailto:muhlised88@gmail.com) 05437685145

Yabancı dili: İngilizce

### II- Eğitimi

2014-2018: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2005-2012: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

### III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Araştırma Görevlisi: 2014-.....

### IV- Mesleki Deneyimi

2012-2013 Aksaray Gülağaç İlçe Devlet Hastanesi

### V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

### VI- Bilimsel İlgi Alanları

Epidemiyoloji, Çevre Sağlığı

### Yayımları:

Şerik, B., Erdoğan, N., Ekerbiçer, H. Ç., **Demirbaş, M.**, İnci, B. M., Bedir, N., ... & Erkorkmaz, Ü. (2016). Sakaryada Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Sakarya Tıp Dergisi, 6(2).

Tok Ş, Şerik B, Ekerbiçer HÇ, Erdoğan N, İnci MB, **Demirbaş M**, Bedir N, Köse E, Karabel MP, Kibar F. (2017). Sakarya’ da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarında tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. Sakarya Tıp Dergisi. Cilt:7 s.39-46

Bedir N, Ekerbiçer HÇ, İnci MB, Köse E, Karatepe TU, **Demirbaş M**, Karabel MP, Erdoğan N, Tok Ş, Kibar F, Sancar Ö. (2017). Sakarya’ da Yaşayan Bir Grup Kadının Şiddet Algı Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler. Sakarya Tıp Dergisi. Cilt:7 s.187-195

Tok Ş, Erdoğan N, Bedir N, Köse E, İnci MB, **Demirbaş M**, Karabel MP, Aktan F, Ekerbiçer HÇ. (2017). Üniversite öğrencileri akıllı telefona bağlanıyor mu?. 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.463

Tok Ş, Bilal Ş, Ekerbiçer HÇ, Erdoğan N, İnci MB, **Demirbaş M**, Bedir N, Köse E, Karabel MP, Kibar F. (2017). Sakarya’da aile sağlığı merkezinde çalışan aile sağlığı elemanlarında tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.406

Erdoğan N, Karabel MP, Tok Ş, Bedir N, Köse E, İnci MB, **Demirbaş M**, Kibar F, Ekerbiçer HÇ. (2017). Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.405

İnci MB, Muratdağı G, Ekerbiçer HÇ, **Demirbaş M**, Bedir N, Erdoğan N, Karabel MP, Kibar F, Tok Ş, Köse E, Sancar Ö, Karatepe TU. Sakarya ili Serdivan ilçesinde bulunan bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin benlik saygısı ve yaşam doyumu düzeyleri ve bu düzeylerle ilişkili faktörler (2017). 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.460

Köse E, Bedir N, Erdoğan N, **Demirbaş M**, İnci MB, Karabel MP, Tok Ş, Kibar F, Ekerbiçer HÇ. (2012). İl merkezine uzak bir ilçede akılcı ilaç kullanımı bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. 19. Ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. Antalya s.245