



**Tıp Fakültesi**

T.C.

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**DOĞUM ÖNCESİ BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE  
GEÇERLİK GÜVENİRLİĞİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI İLE  
ANNE RUH SAĞLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**DR. AYŞE NUR TOKSÖZ ÖZDER**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL 2023**





**Tıp Fakültesi**

T.C.

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**DOĞUM ÖNCESİ BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE  
GEÇERLİK GÜVENİRLİĞİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI İLE  
ANNE RUH SAĞLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**DR. AYŞE NUR TOKSÖZ ÖZDER**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN: PROF. DR. ARZU UZUNER**

**İSTANBUL 2023**



## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, sadece mesleki ve akademik yönü ile değil, hayata bakış açısı, insani ve ahlaki değerleri, sabrı, hoşgörüsü, nezaketi ile bana örnek olan, beraber çalışma fırsatı bulduğum için her zaman onur ve mutluluk duyduğum tez danışmanım kıymetli hocam sayın Prof. Dr. Arzu Uzuner'e; rehberlikleri ve destekleri için anabilim dalımızın değerli öğretim üyeleri sayın Prof. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya, sayın Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili, sayın Prof. Dr. Gülru Pemra Cöbek Ünal, sayın Prof. Dr. Mehmet Akman, sayın Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Buğuşanma Koban'a;

Pandemi döneminde başladığımız asistanlık sürecinin zorluklarını birlikte üstlendiğimiz, beraber çalışmaktan keyif aldığım başta eş kıdemlerim olmak üzere, tüm asistan arkadaşlarım ve sevgili Aile Hekimliği poliklinik ve Eğitim ASM çalışanlarına;

Veri toplama sürecimdeki katkılarından dolayı çalışmamı yürüttüğüm tüm Aile Sağlığı Merkezleri çalışanlarına;

Destekleriyle her zaman yanımda olan kıymetli dostlarıma;

Hayatımın her alanında olduğu gibi uzmanlık sürecimde de desteklerini esirgemeyen, tüm başarılarımın arkasında sonsuz dualarının olduğunu bildiğim, bugünlere ulaşmamda çok büyük emekleri olan kıymetli Anneme ve Babama;

Küçüklüğümde beri en büyük örneğim, kardeşi olduğum için kendimi hep çok şanslı hissettiğim canım ablam Cemile Toksöz'e;

Hayatıma girdiği günden beri yaşadığım her türlü sıkıntıda bir çözüm üreten, omzumdaki yükleri her daim hafifleten, yüzümü güldüren yol arkadaşım kıymetli eşim Kerim Özder'e;

Son üç aydır hayatıma yeni bir anlam kazandıran, yaşattığı mucizevi duyguyla her şeyin üstesinden gelebileceğimi hissettiren içimde uçuşan kelebeğime;  
En içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Ayşe Nur Toksöz Özder

Aralık, 2023

## ÖZET

### **Doğum Öncesi Başa Çıkma Ölçeğinin Türkçe Geçerlik-Güvenirliği ve Başa çıkma Tutumları ile Anne Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki**

**Giriş ve Amaç:** Gebelik, kadın yaşamında birçok değişimin yaşandığı stres oluşturan önemli bir dönemdir. Bu dönem ile başa çıkmak için seçilecek uygun yöntem, anne ve çocukları doğum öncesi stresin zararlarından koruyabilir. Bu nedenle gebelik sırasında başa çıkma tutumlarının belirlenmesinin anne ve çocuk sağlığı üzerine olumlu etkileri olması beklenir. Bu araştırmanın amacı “Doğum Öncesi Başa Çıkma Ölçeğinin” Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasının yapılması; başa çıkma tutumlarının anne ruh sağlığıyla ilişkisinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Araştırma, ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirliğinin yapılması: metodolojik; ölçek sonuçlarıyla annenin ruhsal durumu arasındaki ilişkinin araştırılması: prospektif kohort çalışma olarak iki aşamalıdır. Araştırma İstanbul’da beş farklı Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı toplam 211 gebe ile yürütülmüştür. İlk olarak Yali ve Lobel tarafından geliştirilen, daha sonra Hamilton ve Lobel tarafından revize edilen Revised Prenatal Coping Inventory, “Doğum Öncesi Başa Çıkma Ölçeği” olarak Türkçeye çevrilmiş; güvenilirlik için test-tekrar test yöntemi, iç tutarlılık için Cronbach alfa katsayısı, geçerlik için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmış, kriter geçerliği için Özbay tarafından geliştirilen, Özbay ve Şahin tarafından Türkçeye uyarlanan “Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri” eş zamanlı uygulanmıştır. Doğum Öncesi Başa Çıkma Ölçeği 42 madde ile 3 başa çıkma tutumunu (Planlama-Hazırlık, Kaçınma, Manevi-Olumlu Başa Çıkma) değerlendirir. Her madde 0-4 (0: hiçbir zaman-4: çok sık) arasında puanlanır ve yüksek ölçek puanı belirli bir başa çıkma tutumunun daha sık kullanıldığını gösterir. Katılımcıların ruhsal durumları gebelik dönemi ve doğum sonrası 4-6. haftalarda Keyes tarafından geliştirilen, Demirci ve Akın tarafından Türkçeye uyarlanan “Ruh Sağlığı Sürekliliği-Kısa Form” ile değerlendirilmiş; iki ölçeğin sonuçları arasında korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,83’tür. Test-tekrar test puanları arasında pozitif yönde yüksek düzey ilişki vardır ( $r=0,71$ ;  $p<0,001$ ). Doğrulayıcı faktör analizi

ile ölçeğin orijinalindeki 3 faktörlü yapı 32 madde için doğrulanmıştır. Kriter geçerliği açısından ölçek “Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri” ile pozitif yönde orta düzey korelasyon göstermiştir ( $r=0,41$ ;  $p<0,001$ ). Başa çıkma tutumlarından Kaçınma düşük; Manevi-Olumlu Başa Çıkma yüksek ruhsal iyilik hali ile ilişkili bulunmuştur (Kaçınma gebelik  $r=-0,31$ ;  $p<0,001$ , doğum sonrası  $r=-0,19$ ;  $p=0,03$ ; Manevi-Olumlu gebelik  $r=0,20$ ;  $p=0,003$ , doğum sonrası  $r=0,21$   $p=0,021$ ).

**Sonuç:** Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği 32 madde ile Türk dilinde ve kültüründe iyi psikometrik özelliklere sahip güvenilir ve geçerli bir araçtır. Doğum öncesi başa çıkma tutumlarından Kaçınma, doğum öncesi ve doğum sonrası olumsuz ruhsal durumla; Manevi-Olumlu Başa Çıkma, olumlu ruhsal durumla ilişkilidir.

**Anahtar kelimeler:** gebelik, stres, başa çıkma, anne ruh sağlığı, geçerlik ve güvenilirlik

## İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

### **Validation and reliability of the Turkish version of the "Revised Prenatal Coping Inventory (NuPCI)" and its correlations with Maternal Mental Health**

**Background and Aim:** Pregnancy is an important period in a woman's life that creates stress and many changes occur. The appropriate method chosen to cope with this period can protect mothers and children from the harms of prenatal stress. Therefore, determining coping attitudes during pregnancy is expected to have positive effects on maternal and child health. The aim of this study is to conduct a validity-reliability study of the "Prenatal Coping Scale" in Turkish and to investigate the relationship between coping attitudes and maternal mental health.

**Methods:** The research has two stages. The first stage is the Turkish validity and reliability of the scale: methodological study. The second stage is to investigate the relationship between the scale results and the mother's mental state: a prospective cohort study. The research was conducted with 211 pregnant women registered to five different Family Health Centers in Istanbul. Revised Prenatal Coping Inventory, first developed by Yali and Lobel and later revised by Hamilton and Lobel, was translated into Turkish as "Prenatal Coping Scale". Test-retest method was used for reliability, Cronbach alpha coefficient for internal consistency, and confirmatory factor analysis for validity. For criterion validity, the "Stress Coping Attitudes Inventory" developed by Özbay and adapted into Turkish by Özbay and Şahin was applied simultaneously. The mental status of the participants was evaluated using the "Mental Health Continuum-Short Form" developed by Keyes and adapted into Turkish by Demirci and Akin, during pregnancy and in the 4-6 week after birth. The correlation coefficient was calculated between the results of the two scales.

**Results:** The Cronbach's alpha value of the scale is 0.83. There is a high positive correlation between test-retest scores ( $r=0,71$ ;  $p<0,001$ ). With confirmatory factor analysis, the 3-factor structure of the original scale was confirmed for 32 items. In terms of criterion validity, the scale showed a moderate positive correlation with the

"Stress Coping Attitudes Inventory" ( $r=0,41$ ;  $p<0,001$ ). Avoidance coping attitudes have been associated with lower psychological well-being (pregnancy  $r=-0,31$ ;  $p<0,001$ ; post-natal  $r=-0,19$ ;  $p=0,03$ ). Spiritual-Positive Coping was associated with higher spiritual well-being (pregnancy  $r=0,20$ ;  $p=0,003$ , post-natal  $r=0,21$   $p=0,021$ ).

**Conclusion:** Prenatal Coping Attitudes Scale, with its 32 items, is a reliable and valid tool with good psychometric properties in Turkish language and culture. Avoidance of prenatal coping attitudes is associated with lower psychological well-being. Spiritual-Positive Coping is associated with higher psychological well-being.

**Keywords:** pregnancy, stress, coping, maternal mental health, validity and reliability



## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	i
ÖZET.....	ii
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT) .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	vi
KISALTMA VE SİMGELER .....	x
TABLO, ŞEKİL VE GRAFİKLER.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Gebelik Dönemi ve Ruh Sağlığı.....	3
2.1.1. Gebelik dönemindeki stresin etkileri.....	3
2.1.2. Perinatal dönemde sık rastlanan ruhsal bozukluklar .....	4
2.2. Gebelik Döneminde Başa Çıkma .....	6
2.2.1. Başa çıkma tutumlarının belirlenmesi.....	8
2.2.2. Farklı başa çıkma tutumları ve sonuçları .....	8
2.3. Aile Hekimliği ve Anne Ruh Sağlığı.....	9
2.4. Ölçme ve Ölçek Geliştirme .....	10
2.4.1. Kültürlerarası ölçek uyarlaması .....	11
2.4.2. Güvenirlik.....	12
2.4.3. Geçerlik .....	14

3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	18
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı .....	18
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi .....	18
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	18
3.4. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri .....	19
3.5. Araştırmanın Çıktıları .....	19
3.5.1. Araştırmanın birincil çıktıları .....	19
3.5.2. Araştırmanın ikincil çıktıları .....	19
3.6. Veri Toplama Araçları .....	19
3.7. Ölçeğin Türkçeye Çevrilmesi .....	21
3.8. Verilerin Toplanması .....	21
3.9. Verilerin Analizi .....	24
3.10. Araştırma Etik Kurul Başvurusu ve Gerekli İzinler .....	25
4. BULGULAR .....	26
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri .....	26
4.2. Katılımcıların Sağlık Durumları ile İlgili Özellikleri .....	29
4.3. Katılımcıların Obstetrik Öyküleri ve Gebelik Özellikleri .....	30
4.4. Katılımcıların Sosyal Destek Durumları .....	32
4.5. “Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Form (RSS-KF)” Tanımlayıcı İstatistikleri .....	33

4.5.1. Gebelik dönemi uygulanan RSS-KF istatistikleri .....	33
4.5.2. Doğum sonrası uygulanan RSS-KF istatistikleri .....	35
4.5.3. Gebelik dönemi ve doğum sonrası uygulanan RSS-KF bulgularının karşılaştırmalı analizi.....	35
4.6. “Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri (SBTE)” Tanımlayıcı İstatistikleri.....	37
4.7. “Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (DOBCO)” Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri .....	39
4.7.1. Ölçeğin güvenirliliği.....	41
4.7.2. Ölçeğin geçerliliği .....	45
4.8. “Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (DOBCO)” Tanımlayıcı İstatistikleri.....	51
4.9. Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değişkenlere Göre Karşılaştırmalı Analizleri.....	52
4.9.1. Ölçeğin toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırmalı analizi .....	52
4.9.2. Ölçeğin toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların sağlık durumları ile karşılaştırmalı analizi .....	56
4.9.3. Ölçeğin toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların obstetrik öykü ve gebelik özellikleri ile karşılaştırmalı analizi .....	57
4.9.4. Ölçeğin toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların sosyal destek durumları ile karşılaştırmalı analizi .....	60

4.10. Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Form Bulguları ile Karşılaştırmalı Analizi .....	61
4.10.1. DOBCO toplam ve alt boyut puanlarının gebelik dönemi RSS-KF bulguları ile karşılaştırmalı analizi.....	61
4.10.2. DOBCO toplam ve alt boyut puanlarının doğum sonrası RSS-KF bulguları ile karşılaştırmalı analizi.....	63
5. TARTIŞMA.....	66
5.1. Ölçeğin Güvenirlik ve Geçerliğinin Değerlendirilmesi .....	66
5.1.1. Ölçeğin güvenirliliğinin değerlendirilmesi.....	68
5.1.2. Ölçeğin geçerliğinin değerlendirilmesi .....	69
5.2. Gebelerin Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumlarının ve Başa Çıkma Tutumlarını Etkileyen Özelliklerin Değerlendirilmesi .....	71
5.3. Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları ile Anne Ruh Sağlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi .....	75
5.4. Çalışmanın Güçlü Yanları .....	77
5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları .....	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	78
7. KAYNAKLAR.....	80

## KISALTMA VE SİMGELER

<b>AFA</b>	: Açımlayıcı Faktör Analizi
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>CMIN-df</b>	: Relative Chi Square Index
<b>DFA</b>	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>DOBCO</b>	: Doğum Öncesi Başa Çıkma Ölçeği
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GDM</b>	: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
<b>ITC</b>	: International Test Commission
<b>Max</b>	: Maksimum
<b>Min</b>	: Minimum
<b>Nu-PCI</b>	: Revised Prenatal Coping Inventory
<b>pCRH</b>	: Plessental kaynaklı kortikotropin salgılayan hormon
<b>RMSEA</b>	: Root Mean Square Error of Approximation
<b>RSS-KF</b>	: Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Form
<b>SBTE</b>	: Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>SRMR</b>	: Standarized Root Mean Square Residual
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

## TABLO, ŞEKİL VE GRAFİKLER

Tablo 1. Gebelik döneminde yaşanan stresin anne ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri. ....	4
Tablo 2. Kültürlerarası ölçek uyarlamasının avantajları ve dezavantajları. <sup>70,73</sup> .....	11
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı. ....	27
Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin üç trimestere göre dağılımı. 28	
Tablo 5. Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili özellikleri. ....	29
Tablo 6. Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili özelliklerinin üç trimestere göre dağılımı. ....	30
Tablo 7. Katılımcıların obstetrik öyküleri ile ilgili bilgilerin üç trimestere göre dağılımı. ....	31
Tablo 8. Katılımcıların gebelik özellikleri ile ilgili bilgilerin üç trimestere göre dağılımı. ....	32
Tablo 9. Katılımcıların sosyal destek durumlarının üç trimestere göre dağılımı. ....	33
Tablo 10. Katılımcıların RSS-KF'ye göre ruh sağlığı ile ilgili bulgularının üç trimestere göre dağılımı. ....	34
Tablo 11. Katılımcıların RSS-KF alt grup ve toplam puanının üç trimestere göre dağılımı. ....	34
Tablo 12. Gebelik dönemi ve doğum sonrası dönem RSS-KF bulgularının karşılaştırılması. ....	36
Tablo 13. Katılımcıların “Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri” alt grup ve toplam puanları.....	37
Tablo 14. Katılımcıların “Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri” alt grup ve toplam puanlarının üç trimestere göre dağılımı. ....	38
Tablo 15. DOBCO maddeleri.....	40
Tablo 16. DOBCO genel ve alt boyutlarının test-tekrar test Cronbach alfa, korelasyon katsayısı ve ICC değerleri. ....	41
Tablo 17. DOBCO genel ve alt boyutlarının trimesterlere göre orijinal ölçekle karşılaştırmalı puan ortalamaları ve Cronbach alfa değerleri. ....	42

Tablo 18. DOBCO Planlama-Hazırlık alt boyutu madde analizleri.....	43
Tablo 19. DOBCO Kaçınma alt boyutu madde analizleri.....	44
Tablo 20. DOBCO Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutu madde analizleri.....	44
Tablo 21. Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları (tüm maddeler dahil). ....	47
Tablo 22. Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları (K18 çıkartılmış).....	48
Tablo 23. Alt boyut puanlarının kendi arasında ve ölçek toplam puanı ile korelasyon değerleri DFA sonucuna göre alt boyutlarının toplam puan üzerine etkisi. ....	49
Tablo 24. DOBCO ve SBTE'nin genel ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri.....	50
Tablo 25. Katılımcıların "Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği" alt grup ve toplam puanları.....	51
Tablo 26. Katılımcıların "Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği" alt grup ve toplam puanlarının üç trimestere göre dağılımı. ....	52
Tablo 27. DOBCO toplam puanının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması. ..	54
Tablo 28. DOBCO alt boyut puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması. ....	55
Tablo 29. DOBCO toplam puanının sağlık durumu ile ilgili veriler ile karşılaştırılması. ....	56
Tablo 30. DOBCO alt boyut puanlarının sağlık durumu ile ilgili veriler ile karşılaştırılması. ....	57
Tablo 31. DOBCO toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların obstetrik öykülerine ait veriler ile korelasyon değerleri.....	58
Tablo 32. DOBCO toplam puanının katılımcıların gebelik özellikleri ile ilgili veriler ile karşılaştırılması. ....	59
Tablo 33. DOBCO alt boyut puanlarının katılımcıların gebelik özellikleri ile ilgili veriler ile karşılaştırılması.....	60
Tablo 34. DOBCO genel ve alt boyutları ile RSS-KF genel ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri. ....	62
Tablo 35. DOBCO alt boyut puanlarının katılımcıların iyilik hali grubuna göre karşılaştırılması. ....	63

Tablo 36. DOBCO genel ve alt boyutları ile doğum sonrası RSS-KF genel ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri. .... 64

Tablo 37. DOBCO alt boyut puanlarının katılımcıların doğum sonrası iyilik hali grubuna göre karşılaştırılması. .... 65

Şekil 1. Uyarlama sürecinde izlenecek adımlar. .... 12

Şekil 2. Araştırmada ulaşılan örneklemin akış diyagramı..... 23

Şekil 3. DOBCO 3 faktörlü modeli..... 45

Grafik 1. RSS-KF'ye göre gebelik ve doğum sonrası dönem iyilik hali durumlarının karşılaştırılması. .... 36

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik dönemi, kadın yaşamında fizyolojik, anatomik, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı, bu değişimlere uyumu gerektiren, yeni rol ve sorumlulukların öğrenildiği, mutlulukla birlikte duygusal dalgalanmaların da arttığı stres oluşturan önemli bir süreçtir.<sup>1</sup> Gebeler bu dönem ile baş etmede yetersiz kaldıklarında; bebeğin ve annenin sağlığını tehlikeye sokabilecek sonuçlar oluşabilecektir.<sup>2</sup> Gebelikte yaşanan stres, süre ve şiddetine bağlı olarak, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, intrauterin büyüme geriliği, neonatal anormallikler gibi olumsuz doğum sonuçlarına yol açabilmektedir.<sup>3-5</sup> Erken dönem sonuçların yanında motor ve zihinsel gelişimde gecikme, dil becerilerinde zayıflık, zor mizaç, otizm, dikkat eksikliği ve hiperaktivite gibi bilişsel, davranışsal ve duygusal sorunlar ve obezite, astım gibi hastalıklarla da ilişkisi mevcuttur.<sup>6-9</sup> Ayrıca doğum sonrası dönemde depresyon gelişimi, etkin emzirmenin sağlanamaması ve anne-bebek bağlanmasının gecikmesi gibi sonuçlara yol açabilir.<sup>10</sup> Gebelikte kaygı ve stresin anne ve bebek sağlığı üzerine birçok olumsuz etkisi bulunduğundan, kadınların gebelikte stresle, özellikle yaklaşan doğum eylemi, bebek sağlığı ve ebeveynlik gibi gebeliğe özgü kaygılarla nasıl başa çıktıklarını anlamak çok önemlidir.<sup>2</sup>

Bu konuda yapılan araştırmalarda, başa çıkma tutumlarının, gebelik stresine maruz kalmanın olumsuz sonuçları üzerinde etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Örneğin; stres etkenlerinden kaçınmaya yönelik başa çıkma tutumlarının doğum sonrası depresyon, erken doğum gibi annenin ruh sağlığı ve bebeğin sağlığı ile ilgili birçok olumsuzlukla ilişkili olduğu görülmüştür. Buna karşın kişisel gelişime odaklanarak olumlu değerlendirme içeren veya dini inanç içeren başa çıkma tutumlarının, problem çözme, planlama ve hazırlık gibi aktif başa çıkma tutumlarının daha iyi anne sağlığı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.<sup>2,11</sup> Bu sonuçlar gösteriyor ki uygun bir başa çıkma yöntemi seçme ve uygulama yeteneği, anne adaylarını ve çocuklarını doğum öncesi strese maruz kalmanın olası zararlı etkilerinden koruyabilir.

Gebelikte stresle başa çıkma tutumlarını ölçen ve sonuçları büyük değişkenlik gösteren çok sayıdaki çalışmada, daha çok genel ölçeklerin kullanıldığı, gebeliğe özgü ölçeklerin kullanımının sınırlı olduğu görülmektedir. Ancak gebeliğe özgü ölçekler; gebelik, doğum ve ebeveynlik endişelerine atıfta bulunan maddeler

içerdiklerinden, gebelik stresi ile başa çıkma çabalarının daha özgün bir şekilde tespit edilmesini sağlar.<sup>2</sup>

“Doğum Öncesi Başa Çıkma Ölçeği” (Revized Prenatal Coping Inventory-NuPCI) gebelikte karşılaşılan stresle başa çıkma tutumlarını saptamak için tasarlanmış, gebelik dönemine özgü bir ölçektir. İlk olarak 1999 yılında Yali ve Lobel tarafından 36 madde olarak geliştirilmiş, 2008 yılında Hamilton ve Lobel tarafından yeni maddeler eklenerek 42 madde olarak revize edilmiştir.<sup>1,12</sup> Literatürde bu ölçek anne ruh sağlığı ile ilişkili birçok çalışmada kullanılmış ve güvenilir sonuçlar elde edilmiştir.<sup>13-17</sup>

Gebelerin doğum öncesi başa çıkma tutumlarını değerlendiren Türkçe bir ölçek bulunmamaktadır. Doğum Öncesi Başa Çıkma Ölçeğinin İspanya<sup>18</sup>, İtalya<sup>19</sup> ve İran<sup>20,21</sup> gibi ülkelerde psikometrik özellikleri incelenmiş, ölçeğin geçerlik güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması ve kullanılabilirliğinin kanıtlanması durumunda, Türkiye’de birinci basamakta antenatal bakımın bir bileşeni olarak uygulanabilir. Ayrıca ölçeğin sonuçlarına dayanılarak anne ruh sağlığına ilişkin müdahaleler planlanabilir.

Bu çalışmanın amacı “Doğum Öncesi Başa Çıkma Ölçeğinin” Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasının yapılması ve başa çıkma tutumlarının doğum öncesi ve sonrasında anne ruh sağlığı ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gebelik Dönemi ve Ruh Sağlığı

Gebelik dönemi, kadın yaşamında önemli fiziksel ve psikososyal değişimlerin yaşandığı bir geçiş dönemidir. Yaşanan değişimler ve kazanılan yeni rol ve sorumluluklar kişilerin ailevi, sosyal, mesleki, ekonomik ve hayatın diğer birçok alanında düzenlemeler yapmalarını gerektirir. Tüm bunlara doğum, ebeveynlik ve bebeğin sağlığı ile ilgili kaygılar gibi gebeliğe özgü çeşitli durumlar eklenince gebelik dönemi kadınlar için mutluluğun yanında stres de oluşturan önemli bir süreç haline gelmektedir.<sup>2,11,22</sup>

#### 2.1.1. Gebelik dönemindeki stresin etkileri

Stres, kişi ile çevresi arasında, kişisel olarak önemli görülen ve başa çıkmada kaynakları zorlayan veya aşan bir ilişki olarak tanımlanır.<sup>23</sup> Gebelikte yaşanan stres, *gebe bir kadının taleplerle baş edemediğinde hissettiği hem davranışsal hem de fizyolojik olarak ifade edilen dengesizlik* olarak tanımlanmaktadır.<sup>24</sup> Gebelik döneminde strese, bireyi veya toplumu etkileyen yaşam olayları (bir yakının kaybı, doğal afet vb.), mesleki ve sosyal çevrede kişiler arası ilişkilerde yaşanan problemler gibi genel nedenler ve de yaşanan fiziksel semptomlar, beden imajında bozulma, ebeveynlik kaygıları, doğum ve bebeğin sağlığı ile ilgili endişeler gibi gebeliğe özgü durumlar neden olabilmektedir.<sup>11,25</sup> Gebelik döneminde yaşanan stres, anne ve bebek sağlığını etkileyebilecek çok çeşitli sonuçlara yol açabilmektedir.<sup>25</sup> Bu olumsuz sonuçlar Tablo 1’de özetlenmiştir.

**Tablo 1.** Gebelik döneminde yaşanan stresin anne ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri.

<b>Gebelikte Yaşanan Stresin Etkileri</b>	
<b>Erken Dönem Etkileri</b>	
<b>Gebelik dönemi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebede kötü sağlık davranışları (sigara ve alkol tüketimi, düzensiz beslenme, hareketsiz kalma, doğum öncesi izlemleri atlama)<sup>26,27</sup></li><li>• Gebelik hipertansiyonu ve preeklampsi<sup>28</sup></li><li>• Gebede bakteriyel vajinozis gelişimi<sup>29</sup></li><li>• Gebelik depresyonu<sup>30</sup></li></ul>
<b>Doğum</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Spontan düşük<sup>31</sup> ve ölü doğum<sup>32</sup></li><li>• Erken doğum<sup>5,33</sup></li><li>• Düşük doğum ağırlığı, intrauterin büyüme geriliği, neonatal anomaliler<sup>5,33</sup></li></ul>
<b>Doğum sonrası dönem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Annede postpartum depresyon<sup>34</sup></li><li>• Anne-bebek bağlanma sorunları<sup>10,35</sup></li><li>• Emzirme sorunları<sup>10,35</sup></li><li>• Bebeğe infantil kolik<sup>6</sup></li></ul>
<b>Uzak Dönem Etkileri</b>	
Çocukta:	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Konjenital kalp hastalığı<sup>36</sup></li><li>• Astım ve alerji gibi solunum yolu hastalıkları<sup>9,37</sup></li><li>• Motor ve zihinsel gelişimde gecikme<sup>8,38</sup>, dil becerilerinde zayıflık<sup>7</sup>, zor mizaç<sup>39,40</sup>, otizm<sup>6</sup>, dikkat eksikliği ve hiperaktivite<sup>7</sup>, şizofreni<sup>41</sup></li><li>• Obezite<sup>6,42</sup></li></ul>	

Gebelik döneminde yaşanan stresin, bu doğrudan olumsuz sonuçlarının yanında annede bazı ruhsal bozuklukların gelişmesi ya da var olan ruhsal bozuklukların alevlenmesi için de risk oluşturduğu bilinmektedir.<sup>43,44</sup>

### **2.1.2. Perinatal dönemde sık rastlanan ruhsal bozukluklar**

Perinatal dönem, gebelik dönemi ve doğum sonrası bir yılı kapsamaktadır.<sup>22</sup> Bu dönem bazı ruhsal bozuklukların gelişmesi ya da var olan ruhsal bozuklukların alevlenmesi

için riskli bir dönemdir. Bu riski oluşturan faktörlerden biri de gebelik döneminde yaşanan strestir.<sup>43,44</sup> Bu dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar perinatal ruhsal hastalıklar olarak da tanımlanabilir.<sup>45</sup> Bu dönemde görülen ruhsal problemler; hafif, geçici semptomları içeren doğum sonrası hüzünden, az rastlanan doğum sonrası psikoza kadar değişebilmektedir.<sup>46</sup>

Dünya genelinde gebe kadınların yaklaşık %10'u ve yeni doğum yapmış kadınların %13'ü başta depresyon olmak üzere ruhsal bir bozukluk yaşamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranlar gebelik döneminde %15,6 ve doğum sonrası dönemde %19,8'e çıkmaktadır.<sup>47</sup> Yaygın görülen perinatal ruhsal bozukluklar şu şekilde sıralanabilir:

- Doğum sonrası annelik hüznü: Psikiyatrik bir bozukluk olarak değerlendirilmeyen, tedavi gerektirmeyen annelik hüznünün sosyal destek ile 1-2 hafta içerisinde düzelmesi beklenir. Fakat sosyal desteğin yetersiz, stres düzeyinin yüksek olması anneyi depresyona daha yatkın hale getirebilir.<sup>46</sup> Doğum sonrası annelik hüznünün dünya genelinde görülme sıklığı %13,7-%76,0 arasında değişmekle birlikte ortalama %39'dur.<sup>48</sup>
- Perinatal depresyon: Perinatal dönemde en yaygın görülen ve gelişiminde stresin önemli bir etken olduğu kanıtlanmış olan ruhsal bozukluk depresyondur.<sup>49</sup> Perinatal depresyonun prevalans çalışmalarında, kullanılan tanı aracı, değerlendirme zamanı ve araştırmanın gerçekleştiği nüfusa bağlı olarak farklı sonuçlar görülse de güncel çalışmalar incelendiğinde daha çok orta-yüksek gelirli ülkelerin dahil edildiği bir meta-analizde prevalansın %11,9, düşük-orta gelirli ülkeler üzerinden yapılan meta-analizde prevalansın %24,7 olarak tespit edildiği görülmüştür.<sup>50,51</sup>
- Anksiyete bozuklukları: Perinatal dönemde sık görülen ruhsal bozukluklardan olan anksiyete bozukluklarının prevalansı gebelik döneminde %15,2; doğum sonrası dönemde %9,9'dur.<sup>52</sup> Perinatal dönemde anksiyete bozuklukları alt tiplerinden en sık rastlananlar Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluktur.<sup>46</sup>
- Bipolar Bozukluk: Perinatal dönem öncesinde bilinen bir psikiyatrik hastalığı olmayan kadınlarda, bipolar bozukluğun prevalansı %2,6; bipolar spektrumlu

duygudurum ataklarının (depresif, hipomanik/manik, karma) prevalansı %20,1'dir. Ayrıca daha önce bipolar bozukluk tanısı alan kadınların %54,9'unun perinatal dönemde en az bir bipolar spektrumlu duygudurum atağı geçirdiği belirlenmiştir.<sup>53</sup>

- Obsesif Kompulsif Bozukluk: Obsesif Kompulsif Bozuklukların doğum öncesi prevalansı %7,8, doğum sonrası prevalansı ise %16,9 olarak bulunmuştur. Perinatal kadınlarda, obsesyonlar genellikle bebekle ilgili zararları; kompulsiyonlar ise sıklıkla kontrol etme ve güvence arayışını içerir.<sup>54</sup>
- Yeme bozuklukları: Gebelik dönemindeki kilo alımı ve yaşanan fiziksel değişimlerin yarattığı stresin bir risk oluşturduğu ruhsal bozukluklardan biri olan yeme bozukluklarının görülme sıklığı bu dönemde %0,5-%10,6 arasında değişmekle beraber ortalama %4,3'tür.<sup>55</sup>
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB): Perinatal dönemde önemli sağlık sorunlarından biri olan travma sonrası stres bozukluğunun prevalansı gebelik döneminde ortalama %3,3, doğum sonrası dönemde ortalama %4'tür.<sup>56</sup> TSSB, gebelik döneminde yaşanan kaza, doğal afet, şiddete maruziyet gibi nedenlerden kaynaklanabileceği gibi, zor ve travmatik bir doğum gerçekleştirme de TSSB'nin önemli nedenlerindedir.<sup>56,57</sup>
- Doğum sonrası psikoz: Ruhsal hastalıklar arasında daha ağır bir tablo olan doğum sonrası psikoz, yaklaşık olarak 1000 canlı doğumda 1-2 oranında görülmektedir.<sup>58,59</sup>

Gebelikte yaşanan stresin doğrudan ve dolaylı tüm bu olumsuz sonuçları, kadınların gebelik döneminin getirdiği stresle nasıl başa çıktıklarını tespit etmenin önemini ortaya koymaktadır.

## 2.2. Gebelik Döneminde Başa Çıkma

Baş çıkma, *stresli olarak değerlendirilen belirli durumların üstesinden gelmeye yönelik bilişsel veya davranışsal çaba* olarak tanımlanır.<sup>60</sup> Baş çıkma, stresli durumu yönetmek (duygu odaklı baş çıkma), stresli duruma neden olan sorunu yönetmek

(problem odaklı başa çıkma) ve iyi oluşu sürdürmek (anlam odaklı başa çıkma) gibi farklı şekillerde düşünce ve eylemleri ifade eder.<sup>23</sup>

- Duygu odaklı başa çıkma: Uzaklaşma, mizah ve sosyal destek arama gibi olumlu; kaçınma, hayal kurma, başkalarını suçlama gibi olumsuz kabul edilen stratejileri içerir.<sup>23</sup>
- Problem odaklı başa çıkma: Bilgi toplama, tavsiye alma, önceki deneyimlerden yararlanma, istişare etme, sorun çözme, planlama gibi stratejileri içerir.<sup>11,23</sup>
- Anlam odaklı başa çıkma: Sahip olunan değerlere, inançlara ve hedeflere odaklanmak, olaylara olumlu yönlerinden bakmaya çalışmak, olayları yeniden değerlendirmek ve olumlu anları çoğaltmaya çalışmak gibi stratejileri içerir.<sup>23</sup>

Kadınlar, gebelik döneminin getirdiği zorluklarla başa çıkmak için çeşitli başa çıkma yöntemleri kullanırlar. Kişilik özellikleri, eldeki olanaklar ve stresli durumun kontrol edilebilirliği ve süresi gibi özellikler, kişinin hangi başa çıkma stratejilerini kullanacağını belirler.<sup>11</sup> Kadınların gebelik dönemi ile nasıl başa çıktıklarını araştıran çalışmalarda, araştırmanın yapıldığı gebelik dönemi, gebeliğin risk durumu, kadının kronik hastalık durumu, kadının gebelik sayısı gibi özelliklere göre farklı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Örneğin;

- Kadınların gebelik döneminde baş etme tutumlarını bu döneme özgü bir ölçek ile inceleyen bir çalışmada genel olarak en sık manevi başa çıkma tutumunun, en az kaçınmacı tutumun kullandığı görülmüştür. Başa çıkma tutumlarının gebeliğin zamanına göre değişimine bakıldığında ise erken ve orta dönemlerde en sık manevi başa çıkma tutumunun kullanıldığı, kaçınmacı başa çıkma tutumunun kullanım sıklığının gebelik zamanı ilerledikçe azaldığı, planlama-hazırlık yoluyla başa çıkma tutumunun kullanım sıklığının ise gebelik boyunca değişmediği görülmüştür.<sup>12</sup>
- Gebelik durumunda meydana gelebilen Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM), hipertansif bozukluklar, preeklampsi, akut böbrek hasarı gibi yüksek riskli durumların gebelerin baş etme tutumlarına etkisini inceleyen bir sistematik derlemede gebelikteki yüksek riskli durumların başa çıkmada olumsuz etkiye sebep olduğu görülmüştür.<sup>61</sup> Benzer şekilde başka bir

çalışmada GDM tanısı olan gebeler ile sağlıklı gebelerin başa çıkma tutumları karşılaştırılmış ve sağlıklı gebelerin GDM'li gebelere göre stresle başa çıkma düzeylerinin daha yüksek olduğu ve etkili baş etme tutumlarından biri olan kendine güvenen başa çıkma tutumunu daha sık kullandıkları görülmüştür.<sup>62</sup>

- Herhangi bir risk taşımayan nullipar gebeler ile yapılan bir çalışmada kadınların gebeliğin erken dönemlerinde daha çok duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini kullandığı görülmüştür. Problem odaklı başa çıkma yöntemlerinin de yine gebeliğin erken dönemlerinde daha sık kullanılıp, ilerleyen dönemlerde daha az kullanıldığı görülmüştür.<sup>63</sup>

### **2.2.1. Başa çıkma tutumlarının belirlenmesi**

Gebelikte stresle başa çıkma tutumlarını ölçen çok sayıdaki çalışmada, daha çok genel popülasyonda kullanılması amaçlanan genel ölçeklerin kullanıldığı görülmüştür. Kullanılan ölçeklerin madde sayıları ve alt faktörleri arasında da çeşitlilik bulunmaktadır. Bunun yanında gebeliğe özgü başa çıkma tutumlarını değerlendiren tek bir ölçüm aracı olduğu ve kullanımının henüz sınırlı olduğu görülmüştür. Oysaki gebeliğe özgü bir ölçek; gebelik, doğum ve ebeveynlik endişelerine atıfta bulunan maddeler içerdiğinden, gebelik stresi ile başa çıkma çabalarının daha doğru bir şekilde tespit edilmesini sağlar.<sup>2</sup>

### **2.2.2. Farklı başa çıkma tutumları ve sonuçları**

Gebelerin başa çıkma tutumları ve sonuçlarını değerlendiren araştırmalarda; başa çıkma tutumlarının, gebelik stresine maruz kalmanın olumsuz sonuçları üzerinde etkisi olduğu ortaya çıkmıştır.<sup>2,11</sup>

Örneğin: “kaçınmacı başa çıkma tutumunun” gebede ruhsal iyilik halinde düşüklük, depresif duygulanımda artış, daha fazla kaygı, daha yüksek algılanan stres, çocukluk çağı taramalarına karşı daha az olumlu tutum, daha yüksek çocuk istismarı potansiyeli gibi birçok olumsuzlukla ilişkili olduğu ve doğum sonrası depresyon

riskini artırdığı saptanmıştır. Ayrıca aynı tutumun, doğumun zamanlaması ve erken doğum eyleminde rolü olan plasental kaynaklı kortikotropin salgılayan hormonun (pCRH) yüksek seviyeleri ile de ilişkili olduğu görülmüştür.<sup>2,11</sup>

“Gebelikte alkol veya tütün kullanımı yoluyla başa çıkma” daha fazla depresyon ile ilişkilendirilmiştir.<sup>2,11</sup>

Gebelik sırasında zayıf başa çıkma becerileri, doğum sonu travma sonrası stres bozukluğu riskinin artması, doğum komplikasyonları ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkilendirilmiştir. Buna karşın; kişisel gelişime odaklanarak olumlu değerlendirme içeren veya dini inanç içeren başa çıkma tutumları, daha iyi anne sağlığı ve daha az depresif semptom ile ilişkili bulunmuştur.<sup>2,11</sup>

Problem çözme, planlama ve hazırlık gibi aktif başa çıkma tarzlarının genel olarak, iyi olma göstergeleri ile ilişkili olduğu görülmüştür. Gebelikten doğum sonrası birinci aya kadar “problem odaklı başa çıkma” çabalarındaki artışlar annenin ebeveynliğe daha iyi uyum sağladığını göstermiştir.<sup>2,11</sup>

Bu sonuçlar gösteriyor ki uygun bir başa çıkma yöntemi seçme ve uygulama yeteneği, anne adaylarını ve çocuklarını doğum öncesi stresin olası zararlı etkilerinden koruyabilir.

### **2.3. Aile Hekimliği ve Anne Ruh Sağlığı**

Anne ruh sağlığı, Dünya Sağlık Örgütü’nün ruh sağlığı tanımına dayanılarak “annenin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, verimli çalışabildiği ve topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali” olarak tanımlanabilir.<sup>64,65</sup> Annenin ruhsal durumunun iyi olmamasının kendi sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin yanında, bebeğinin sağlığına ve ailenin refahına da birçok olumsuz etkisi olabilmektedir.<sup>22</sup> Perinatal dönem, getirdiği birçok fizyolojik ve psikolojik değişiklik nedeniyle anne ruh sağlığı için en önemli ve riskli dönemi oluşturmaktadır.

Ülkemizde 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda öncelikli konular arasında anne ve çocuklara özel önem verilmesi yer almaktadır.<sup>66</sup> Bu doğrultuda T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

tarafından “Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberleri” hazırlanmış, bilim komisyonları ve ilgili meslek kuruluşlarının katkılarıyla 2017 yılında revizyonları yapılmıştır.<sup>66,67</sup> Rehberlerin uygulanması ile Aile Sağlığı Merkezlerinde her gebenin en az dört kez nitelikli izleminin yapılması ve doğum sonrası üçü hastanede üçü Aile Sağlığı Merkezinde olmak üzere toplam altı kez lohusa izlemlerinin yapılması gerekmektedir.

“Aile Hekimi, hastalarıyla her temasını sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma için bir fırsat olarak görür” ilkesine<sup>68</sup> dayanarak kadınların ASM’ye başta doğum öncesi ve doğum sonrası bakım için olmak üzere her türlü başvuruları; perinatal dönemin fiziksel sağlık için olduğu kadar ruh sağlığı için de oluşturduğu risklerden onları koruyabilmek için bir imkan sağlar. Özellikle gebelik döneminde yaşanan stresin ve kadınların bu stresle başa çıkamamalarının doğrudan ve dolaylı birçok olumsuz sonucu dikkate alındığında, kadınların gebelik döneminin getirdiği stresle nasıl başa çıktıklarını tespit etmenin önemi anlaşılmaktadır ve bunun için ASM başvuruları ve Aile Hekimliği hizmetleri önemli bir fırsat oluşturabilir.

#### **2.4. Ölçme ve Ölçek Geliştirme**

Ölçme, istatistik birimlerinin konu olan özelliğe sahip olma derecesinin, belirli kurallara göre sembol veya sayı ile ifade edilmesi olarak tanımlanabilir. Ölçme, ölçmenin konusu olan özellik bakımından bireyler, olaylar ya da nesnelere hakkında değerlendirme yaparak değerlendirme sonuçlarına göre belli kararlar vermeyi amaçlar.<sup>69</sup>

Ölçekler ise ölçmesi amaçlanan özelliklerin sınıflanması, sıralanması ya da miktar ve derecelerinin belirlenmesi için kullanılan; belirleme sırasında uyulması gereken kural ve kısıtlamaları ortaya koyan ölçme araçlarıdır.<sup>70</sup> Ölçekler hem ölçmeyi kolaylaştırdıklarından hem de sonuçların niteliğini belirlediğinden; duyarlı ölçüm araçları ile yapılan ölçümler doğru ve uygun kararlar vermeyi sağlar ve bilimsel gelişmelere katkıda bulunur.<sup>69,70</sup> Bireyin sağlığı ve sağlık davranışlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçeklerin standart bir ölçüm aracı olabilmesi için duyarlı, seçici, geçerli ve güvenilir olması gerekir.<sup>69,71</sup>

Ölçek geliştirme çalışmasına başlamadan önce konu ile ilgili mevcut bir ölçek olup olmadığına bakılmalıdır. Eğer varsa bu ölçeğin duyarlılığı değerlendirilmeli ve duyarlılığı yüksekse ölçek uyarlama çalışması yapmanın mı yoksa yeni bir ölçek oluşturmanın mı daha anlamlı olacağına karar verilmelidir.<sup>70</sup>

#### **2.4.1. Kültürlerarası ölçek uyarlaması**

Ölçeğin başka dil ve kültüre uyarlanması, farklı bir dile çevrilmesi ve beraberinde o ölçekle ilgili geçerlik ve güvenirlik çalışması gibi temel psikometrik işlemlerin yapılmasıdır.<sup>70,72</sup> Ölçek geliştirmek yerine uyarlama yapmanın bazı avantajları ve dezavantajları vardır. Bunlar Tablo 2’de özetlenmiştir.

**Tablo 2.** Kültürlerarası ölçek uyarlamasının avantajları ve dezavantajları.<sup>70,73</sup>

<b>Ölçek Uyarlamalarının Avantajları</b>
• Yeni bir ölçek geliştirmekten daha az maliyetlidir ve zaman tasarrufu sağlayabilir.
• Ölçüm yapılan kültürler arasında benzerlik ve farklılıkların araştırılmasına imkan sağlar.
• İkinci bir kültürde ölçek geliştirmek, ölçek uyarlaması yapmaya göre konuyla ilgili daha fazla uzmanlık bilgisi gerektirebilir.
• Orijinal ölçek iyi bilinen bir ölçek ise uyarlandığında duyulacak olan güven, yeni geliştirilecek ölçeğe göre daha fazla olacaktır.
<b>Ölçek Uyarlamasının Dezavantajları</b>
• Her iki dile ve kültüre hâkim olan ve ölçek uyarlama konusunda çalışabilecek uzman bulmakta zorlanılabilir.
• Farklı uzmanların beraber çalışmasının gerekeceği durumlarda ekibin bir araya gelmesinde zorluk yaşanabilir.
• Uyarlama sonrası ölçeğin psikometrik özellikleri sağlanamayabilir.

Tüm bu avantaj ve dezavantajlar dikkate alındığında uyarlama çalışmalarının belirli bir plan ve sistem dahilinde yapılması ve karşılaşılması muhtemel sıkıntıların dikkate alınması önem arz etmektedir. Bu amaçla, uyarlama aşamalarında dikkat edilmesi gereken unsurların yer aldığı rehberler oluşturulmuştur. Uluslararası Test

Komisyonu (International Test Commission-ITC) tarafından hazırlanan rehberde uyarlama çalışmalarında izlenmesi gereken adımlar ayrıntılı olarak anlatılmıştır.<sup>74</sup> DSÖ tarafından birçok çalışmanın incelenmesi sonucu ortaya konmuş, ITC tarafından önerilen adımlar ile de uyumlu olan uyarlama sürecinde izlenecek adımlar Şekil 1’de gösterilmiştir.<sup>71</sup>



Şekil 1. Uyarlama sürecinde izlenecek adımlar.

#### 2.4.2. Güvenirlilik

Güvenirlilik, bir ölçme aracının ölçmek istediği değişkeni duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı sonuçlar elde edecek şekilde ölçebilme derecesidir.<sup>69,70,75</sup> Aynı zamanda ölçme sonuçlarının rastlantısal hatalardan arınma derecesini göstermiş olur. Bu sebeple güvenirlilik, sadece ölçme aracına ait bir özellik değil, ölçme aracı ve ölçümün sonuçlarına ilişkin bir özelliktir.<sup>69,70</sup> Güvenirlikte üç kavramdan söz edilir:

- I. Duyarlılık: Ölçme aracı veya ölçüm sonuçlarının biriminin büyüklüğü ilgili olup birim aralığı küçükse ölçüm daha duyarlı olmaktadır.<sup>70</sup>
- II. Tutarlılık: Bir ölçme aracındaki maddelerin testin bütünü ile uyumudur.<sup>70</sup>
- III. Kararlılık: Aynı ölçme aracıyla farklı zamanlarda yapılan ölçümlerde aynı sonuçların elde edilmesidir.<sup>69,70,75</sup>

Bir ölçeğin güvenirlilik katsayısını hesaplamak için kullanılan çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemlerden hangisinin kullanılması gerektiği ile ilgili net

kurallar olmayıp araştırmacılar; araştırmanın konusu, kullanılacak ölçek, ölçeğin tekrar uygulanabilme imkanı gibi özelliklere göre çeşitli hesaplama yöntemleri tercih edebilmektedir.<sup>75</sup> Bu yöntemlerden test-tekrar test, iç tutarlılık katsayısı ve puanlama tutarlılığı en sık kullanılanlardır.

#### 2.4.2.1. Test-tekrar test yöntemi

Ölçme aracının zamana göre değişmezlik gücünü gösteren bu yöntem; bir ölçme aracının, aynı denek grubuna, aynı koşullarda ve belli bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır.<sup>70,75</sup> İki uygulama arasındaki süre, ilk uygulamada verilen cevapların hatırlanmasına neden olacak kadar kısa; verilen cevaplarda önemli değişimler yaşanmasına yol olacak kadar uzun olmamalıdır.<sup>69,76</sup> Bu nedenle sürenin 2-4 hafta arasında olması önerilmektedir.<sup>75</sup> İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri arasında hesaplanan korelasyon katsayısı ölçeğin güvenilirlik katsayısını verir. Bu katsayının bir ölçeğin kararlılık gösterdiğinin kabulü için en az 0,70 olması istenir.<sup>70</sup>

#### 2.4.2.2. İç tutarlılık katsayısı

Bu yöntem, belirli bir alana yönelik ölçüm yaptığı varsayılan soruların kendi aralarındaki homojenlik derecesinin ve yalnızca istenen kavramı ölçüp ölçmediğinin bir göstergesidir.<sup>70</sup> Bir ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünün kanıtlanması durumunda iç tutarlılık güvenilirliğine sahip olduğundan söz edilebilmektedir.<sup>75</sup> İç tutarlılık katsayısı hesaplamak için çeşitli yöntemler kullanılmakla birlikte en sık kullanılan yöntemlerden biri Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı yöntemidir.

##### 2.4.2.2.a. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı

Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan maddelerin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunur.<sup>69</sup> Bu şekilde testin tüm alt bölümlerinin birbirlerine göre ya da her bir alt bölümündeki soruların birbirlerine göre tutarlı olup olmadığını sınamış olur.<sup>76</sup> Likert tip ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek için kullanılması önerilen bu yöntemde katsayının yüksekliği iç tutarlılığın yüksekliğini gösterir.<sup>75</sup> İç tutarlılık göstergesi olarak genel kabul katsayısının en az 0,70 olmasıdır.<sup>70</sup>

#### 2.4.2.3. Puanlama tutarlılığı

Puanlama tutarlılığı, bir testin farklı kişiler tarafından ya da aynı kişi tarafından farklı zamanlarda uygulanması sonucu elde edilen puanlar arasındaki tutarlılıktır.<sup>77</sup> Bu tutarlılığın hesaplanmasında en sık sınıf içi korelasyon katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient-ICC) kullanılır.<sup>78</sup> Sınıf içi korelasyon katsayısının %95 güven aralığında hesaplanması önerilir ve 0,50'den düşük değerler zayıf, 0,50-0,75 arasındaki değerler orta düzey, 0,75-0,90 arasındaki değerler iyi ve 0,90'dan büyük değerler mükemmel güvenilirliği gösterir.<sup>79</sup>

##### 2.4.2.3.a. Gözlemciler arası tutarlılık

Birbirinden bağımsız birden çok gözlemcinin, aynı durumu, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştığı durumlarda kullanılan bir güvenilirlik ölçütüdür.<sup>70</sup>

##### 2.4.2.3.b. Gözlemciler içi tutarlılık

Aynı gözlemci tarafından iki veya daha fazla gözlemin yapılması durumunda kullanılan bir güvenilirlik ölçütüdür.<sup>70</sup>

#### 2.4.3. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmek istediği değişkeni, doğru ve amaca yönelik olarak başka değişkenlerle karıştırmadan ölçebilme derecesidir.<sup>76,80</sup> Aynı zamanda ölçüm puanından çıkarılacak sonuçların doğruluk derecesini de gösterir.<sup>80</sup> Bir ölçmenin geçerli olabilmesinin ilk şartı güvenilir olmasıdır fakat güvenilir bir ölçüm her zaman geçerli olmayabilir.<sup>75</sup> Geçerlik için üç temel unsurdan söz edilmektedir:<sup>77</sup>

- I. Ölçüm aracı ölçülmek istenen özelliğe uygun olmalıdır.
- II. Ölçüm kurallara uygun yapılmalıdır.
- III. Ölçüm verileri ölçmek istenen özelliği yansıtmalıdır.

Bir ölçeğin geçerliği, kullanım amacına, uygulandığı gruba, uygulama ve puanlama şekline göre değişebilmektedir.<sup>69,70</sup> Geçerlik sınıflamasında araştırmacılar arasında farklı görüşler mevcuttur ve çalışmanın niteliğine göre hangi geçerlik ölçütünün kabul göreceği değişebilmektedir.<sup>70,80</sup> Genel olarak geçerlik, yüzey (görünüş) geçerliği, kapsam (içerik) geçerliği, ölçüt (kriter) geçerliği ve yapı geçerliği olarak dört ana grupta incelenebilir.

#### 2.4.3.1. Yüzey (görünüş) geçerliği

Ölçme aracındaki soruların incelenen konu ile ilgili ve amaca yönelik göründüğüne dair uzman görüşüdür. Yani yüzey (görünüş) geçerliği, ölçme aracının hangi değişkeni ölçtüğünü değil, ölçer gibi göründüğünü belirler.<sup>69,70,76</sup>

#### 2.4.3.2. Kapsam (içerik) geçerliği

Kapsam (içerik) geçerliği, ölçme aracının bir bütün olarak ve her bir maddesi ile amaca yönelik olma derecesini ve amaca yönelik olmayan maddelerden arınmış olma derecesini ifade etmektedir.<sup>69,75</sup> Kapsam geçerliği için konunun uzmanlarına çalışmanın amacı, değişkenleri, örneklemin özellikleri gibi konular hakkında ayrıntılı bilgi verildikten sonra uzmanlardan ölçme aracındaki her bir maddenin uygunluğunu değerlendirmeleri istenir.<sup>75</sup> Değerlendirme sonuçlarına göre uzmanların çoğunluğunun aynı fikirde olması bir gösterge kabul edilebileceği gibi sonuçlar çeşitli istatistiksel analizlere tabi tutularak da bir karara varılabilir.<sup>70,75</sup> Önerilen bir diğer yol ise aynı içeriği ölçen ve konuyla ilgili geçerliği kanıtlanmış bir ölçme aracıyla korelasyonunun hesaplanmasıdır.<sup>69,76</sup>

#### 2.4.3.3. Ölçüt (kriter) geçerliği

Ölçüt (kriter) geçerliği, ölçme aracından elde edilen puanlarla belirlenen bir ya da daha fazla kriter (ölçüt) arasında o andaki veya gelecekteki ilişkiyi inceler.<sup>69,70</sup> Bir ölçme aracının diğer bir ölçme aracından elde edilen sonuçları verme yeteneği olarak tanımlanabilir.<sup>75</sup> Eş zaman (uyum) ve yordama (kestirim) geçerliği olmak üzere iki çeşitlidir.

#### 2.4.3.3.a. Eş zaman (uyum) geçerliği

Benzer ölçek geçerliği olarak da bilinen bu yöntem, yeni uygulanacak ölçek ile daha önceden geçerliği kanıtlanmış başka bir ölçeğin beraber aynı gruba uygulanması ve sonrasında her iki ölçümden alınan puanların arasındaki korelasyon hesabına dayanır.<sup>75</sup>

#### 2.4.3.3.b. Yordama (kestirim) geçerliği

Bir ölçme aracından elde edilen kestirimsel puan ile ölçülmesi amaçlanan özellikleri ölçtüğü bilinen bir kriter arasındaki korelasyon hesabına dayanır. Böylelikle yapılan ölçüm sonucunun gelecekteki davranışı yordama derecesi ortaya konmuş olur.<sup>69,70</sup>

#### 2.4.3.4. Yapı geçerliği

Somut bir ölçümden ziyade belirli bir davranış alanına veya kavramsal yapıya ilişkin inceleme yapıldığı durumlarda değerlendirilmesi önerilen yapı geçerliği, ölçme aracının ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçebilme yeteneğidir.<sup>75,81</sup> Ölçme araçlarının yapı geçerliğini araştırmak için çeşitli yöntemler kullanılır. Bunlardan en sık kullanılanı ise faktör analizidir.

#### 2.4.3.4.a. Faktör analizi

Faktör analizi, aralarında ilişki bulunduğu düşünülen çok sayıda değişken arasındaki ilişkilerin anlaşılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştırmak için yapıyı daha az sayıda temel boyuta indirgemeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistik olarak tanımlanabilir.<sup>81,82</sup> Faktör analizi için örneklemin yeterli büyüklükte olması önem arz etmektedir. Bu konuda farklı görüşler olmakla beraber genel kabul örneklem büyüklüğünün değişken (madde) sayısının en az 5-10 katı olması yönündedir.<sup>70,82</sup> Faktör analizi kapsamında temelde iki uygulamadan söz edilir:

- I. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA): Yeni geliştirilmiş veya bir dilden başka bir dile çevrilmiş bir ölçeğin değişkenlerini temsil eden ifadelerin altında yatan faktör yapısını ortaya koymayı ve keşfetmeyi amaçlar.<sup>83</sup>

- II. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA): Daha önce kullanılmış olan bir ölçeğin, güncel bir araştırmada kullanıldığında orijinal faktör yapısına uyup uymadığını, uyuyor ise ne derece uygun olduğunu denetlemeyi amaçlar.<sup>83</sup> Ölçek uyarlama çalışmalarında daha çok ölçekteki maddelerin yapısı hakkında var olan bir hipotez sınındığı için bu yöntem tercih edilir.<sup>81,84</sup>



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı**

Araştırma iki aşamalı olarak tasarlanmıştır. İlk aşaması Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması olup metodolojik araştırmadır. İkinci aşaması ölçek sonuçlarıyla gebelik ve doğum sonrası ruhsal durum arasındaki ilişkinin incelenmesi olup prospektif kohort araştırmadır. Araştırma beş farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı gebe kadınlar ile gebelik izlemleri ve doğum sonrası bebek izlemleri için başvuruları sırasında Kasım 2022-Ekim 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### **3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evreni Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tuzla Aydınli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, Yayalar Aile Sağlığı Merkezi, Pendik 30 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Kavakpınar 3 No'lu Aile Sağlığı Merkezi ve Yenişehir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan gebelerdir. Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının 5-10 katı olması önerildiğinden<sup>70</sup>; en az 210 gebeye (ölçek madde sayısı:42) ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın örnekleme, olasılığa dayalı olmayan örnekleme yöntemlerinden biri olan gelişigüzel örnekleme (haphazard) yöntemiyle oluşturulmuştur.<sup>85</sup> Buna göre her bir ASM'ye antenal izlem için başvuran gebeler çalışmaya davet edilmiştir. Kabul eden ve dahil etme kriterlerini karşılayan gebeler çalışmaya alınmıştır.

#### **3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Araştırmaya gönüllü olmak.
- Gebe olmak (trimester fark etmeksizin)

### **3.4. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri**

- Fiziksel veya zihinsel iletişim engelinin bulunması
- Türkçesi metinleri (aydınlatılmış onam, anket formları) okumak ve karşılıklı görüşme yapmak için yeterli olmamak

### **3.5. Araştırmanın Çıktıları**

#### **3.5.1. Araştırmanın birincil çıktıları**

- Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği
- Doğum öncesi başa çıkma tutumları ile doğum öncesi ve sonrası anne ruh sağlığı arasındaki ilişki

#### **3.5.2. Araştırmanın ikincil çıktıları**

- Gebelerin doğum öncesi başa çıkma tutumları ve bunları etkileyen faktörler
- Gebelerin doğum öncesi ve sonrası ruhsal durumları

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Form (EK 2), Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (EK 3) ve Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri (EK 4) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu, katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu gibi sosyodemografik özelliklerini; kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, sigara ve alkol kullanımı gibi sağlık durumu ile ilgili bilgilerini; obstetrik

öykülerini, mevcut gebelik özelliklerini ve sosyal destek durumlarını sorgulayan açık uçlu ve çoktan seçmeli kapalı uçlu sorulardan oluşan bir anket formudur.

Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Form (RSS-KF), bireylerin duygusal, psikolojik ve sosyal iyi olma halini değerlendirmek amacıyla Keyes (2002) tarafından geliştirilmiş, Demirci ve Akın (2015) tarafından Türkçeye uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan; duygusal iyi olma, psikolojik iyi olma ve sosyal iyi olma olmak üzere üç boyut, 14 maddeden oluşan, 6'lı Likert tip (0: Hiçbir zaman-5: Her gün) derecelendirilen bir ölçektir.<sup>86</sup> Ölçekten alınabilecek puan 0-70 arasında değişmekte ve ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Puan yüksekliği o alanın yüksek iyi olma halini ifade etmektedir. Ölçeğin duygusal iyi olma boyutundaki üç ifadeden birinde “neredeysse her gün” ya da “her gün” ifadelerini işaretleyen ve psikolojik ve sosyal iyi olma boyutlarındaki on bir ifadeden altısında “neredeysse her gün” ya da “her gün” ifadelerini işaretleyenlerin ruhsal durumu *iyilik hali* olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin duygusal iyi olma boyutundaki üç ifadeden birinde “hiçbir zaman” ya da “bir ya da iki kez” ifadelerini işaretleyen ve psikolojik ve sosyal iyi olma boyutlarındaki on bir ifadeden altısında hiçbir zaman” ya da “bir ya da iki kez” ifadelerini işaretleyenlerin ruhsal durumu *iyi olmama hali* olarak tanımlanmaktadır. Bunların dışında kalanların ise *normal ruh sağlığında* olduğu kabul edilir.<sup>87</sup>

Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (DOBCO), gebe kadınların başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacıyla ilk olarak 1999'da Yali ve Lobel tarafından 36 madde olarak geliştirilmiştir.<sup>1</sup> 2008 yılında Hamilton ve Lobel tarafından yeni maddeler eklenerek revize edilen ölçek 42 madde ile 3 başa çıkma stratejisinin değerlendirir (Planlama-Hazırlık, Kaçınma, Manevi-Olumlu Başa Çıkma). Her madde 0-4 (0: hiçbir zaman-4: çok sık) olarak puanlanır. Yüksek ölçek puanı belirli bir başa çıkma tutumunun daha sık kullanıldığını gösterir.<sup>12</sup>

Stresle Başa Çıkma Tutumların Envanteri (SBTE), orijinali Özbay (1993) tarafından geliştirilmiş, Özbay ve Şahin tarafından 1997 yılında Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Bireylerin farklı stres durumlarındaki başa çıkma çabalarını ölçmeye yönelik 43 maddeden ve 6 alt faktörden (aktif planlama, dış yardım arama, dine sığınma, kaçma-soyutlama, kaçma-soyutlanma, kabul-bilişsel yeniden yapılanma) oluşan ölçek 5'li Likert tipi derecelendirme ile (0: hiçbir zaman-5: genellikle)

düzenlenmiştir. Yüksek ölçek puanı belirli bir başa çıkma tutumunun daha sık kullanıldığını gösterir.<sup>88</sup>

### **3.7. Ölçeğin Türkçeye Çevrilmesi**

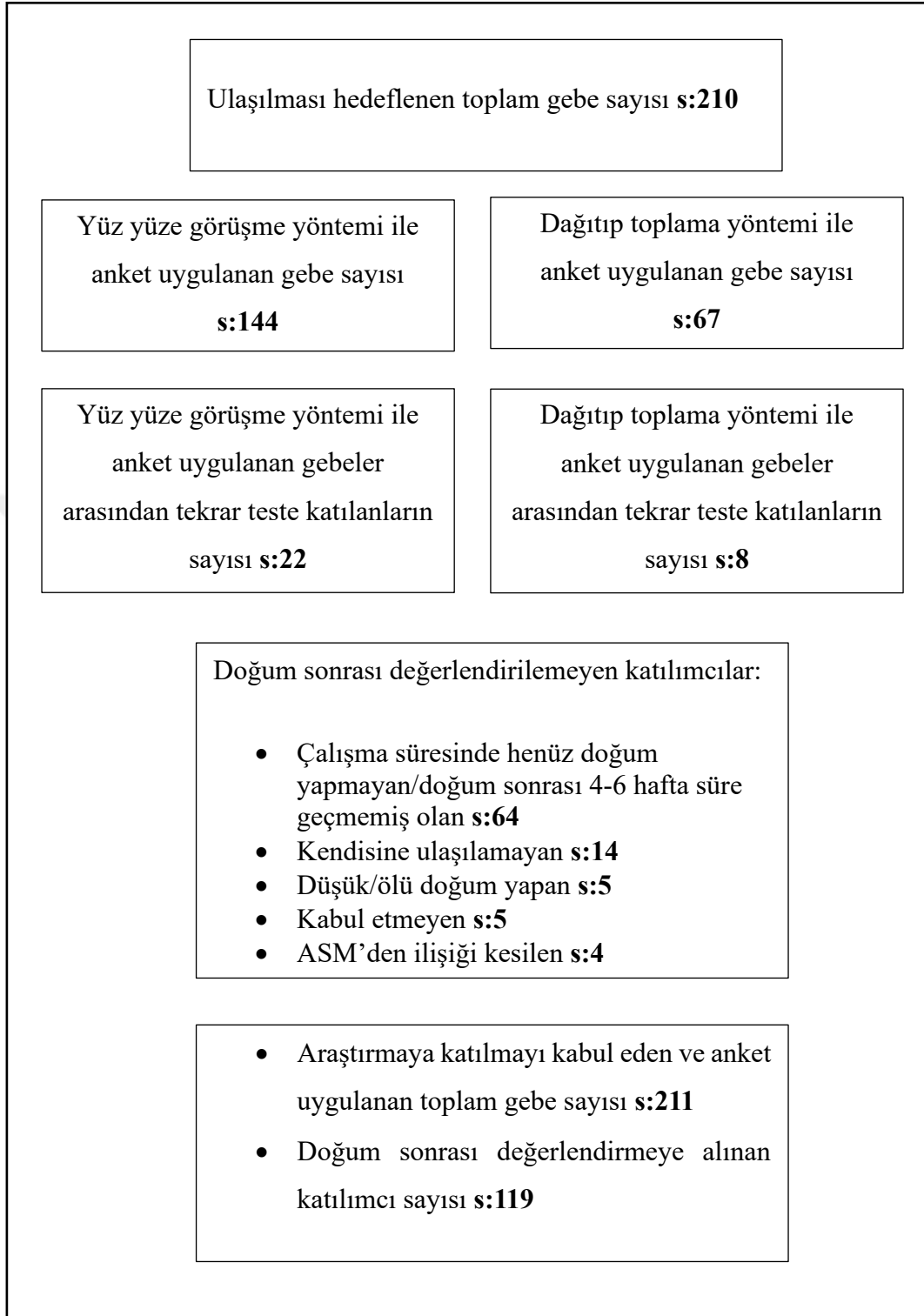
İlk olarak orijinal ölçeğin yazarı ile e-mail yolu ile iletişime geçilmiş, projenin özeti paylaşarak gerekli izinler alınmıştır. Doğum Öncesi Baş Çıkma Tutumları Ölçeğinin Türkçeye çevrilmesi uluslararası ölçek uyarlama kılavuzlarında belirtildiği gibi yapılmıştır.<sup>71,74</sup> Buna göre ölçek, önce araştırmacılar tarafından Türkçeye birebir tercüme edilmiştir. Bu aşamada kelimelerin açık ve anlaşılır olmasına ve kültürel eşdeğerliliğin sağlanmasına özen gösterilmiştir. Bu doğrultuda ölçeğin altıncı sorusu olan “Ne sıklıkla İncil ya da bir dua kitabından okudunuz?” sorusu “Ne sıklıkla Kuran ya da bir dua kitabından okudunuz?” şeklinde tercüme edilmiştir. Ölçek daha sonra ana dili düzeyinde İngilizce bilen ve Türkçeye de aynı güçle hakim olan bir kişi tarafından Türkçeden İngilizceye çevrilmiştir. Çeviri sonrası İngilizce versiyonu araştırmacı ekip tarafından oluşabilecek farklılıklar açısından karşılaştırılmıştır. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra her iki versiyon arasında farklılık olmadığına emin olunmuştur. Çeviri süreci tamamlandıktan sonra 10 kişiye pilot uygulama yapılarak ölçekte anlaşılmayan yerler olup olmadığı ve başka düzeltmeler gerekip gerekmediğine bakılmıştır. Pilot uygulama tamamlandığında ölçek son haline ulaşmıştır.

### **3.8. Verilerin Toplanması**

Belirlenen Aile Sağlığı Merkezlerine gebelik izlemi için başvuran gebelere ilk başvuruları sırasında araştırma hakkında yüz yüze kısa bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan gebeler, gönüllü bilgilendirme ve onam formunu (EK 5) okuduktan ve kabul ettikten sonra araştırmaya dahil edilmişlerdir.

Araştırmaya dahil olmayı kabul eden 211 gebenin 144'üne anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Yüz yüze görüşme yöntemine zaman ayıramayacağını belirten 67 gebeye ise anketler dağıtıp toplama metodu ile uygulanmıştır. Güvenirliğin değerlendirme yollarından biri olan test-tekrar test uygulaması için katılımcılara bilgi verilmiş, kabul eden 30 kişiye ilk uygulamadan 2 hafta sonra Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği dağıtıp toplama metoduyla tekrar uygulanmıştır. Çalışma süresinde doğumu gerçekleştirmiş olan kadınlar ile doğum sonrası 4-6.hafta itibari ile bebek izlemleri için ASM başvuruları sırasında ikinci görüşme yapılarak Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu tekrar uygulanmıştır.

Araştırma için ulaşılan katılımcıların ilk ve tekrar testleri ve doğum sonrası değerlendirilmelerine dair akış şeması Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Araştırmada ulaşılan örneklemin akış diyagramı.

### 3.9. Verilerin Analizi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 26 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik programında değerlendirilmiştir.

İstatistiksel analizler sırasında değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu analitik yöntemlerle (çarpıklık-basıklık değerleri ve Kolmogorov-Smirnov testi) ve görsel olarak (histogram, Q-Q ve kutu grafikleri) incelenmiştir. Normal dağılıma uyan sürekli değişkenlerin tanımlayıcı verileri ortalama  $\pm$  standart sapma şeklinde; normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin tanımlayıcı verileri ise ortanca ve 25.-75. yüzdeler ile gösterilmiştir. Kategorik değişkenlerin tanımlayıcı bulguları ise sıklık ve yüzdeler ile gösterilmiştir.

Güvenirlik analizi için iç tutarlılık ve test-tekrar test yöntemleri kullanılmıştır. İç tutarlılığın değerlendirilmesi için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Test-tekrar test yöntemi için Spearman korelasyon katsayısı ve puanlama tutarlılığı için sınıf içi korelasyon katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient-ICC) hesaplanmıştır.

Geçerlik analizinde yapı geçerliği ve ölçüt (kriter) geçerliği yöntemleri kullanılmıştır. Ölçüt geçerliği çeşitlerinden biri olan eşzaman geçerliği için Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri uygulanmış, verilerin dağılımlarına göre Pearson ve Spearman korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Kategorik değişkenler 2x2'den fazla gözlerde Pearson Ki Kare ve Fisher-Freeman-Halton Exact Testleri ile karşılaştırılmış, Bonferroni düzeltmesi ve posthoc analizler uygulanmıştır. Bağımlı kategorik değişkenler 2x2'den fazla gözlerde Kappa Testi ile analiz edilmiştir.

Sürekli değişkenler arasındaki ilişki normal dağılım gösterenlerde Pearson korelasyonu, normal dağılım göstermeyenlerde Spearman korelasyonu hesaplanarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ikili gruplarda normal dağılım gösterdiğinde Bağımsız Gruplarda T Testi, normal dağılım göstermediğinde Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. İki'den fazla gruplarda ise veriler normal dağılım göstermediğinden Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin bağımlı gruplarda karşılaştırılması veriler normal dağılmadığından Wilcoxon İşaret Testi ile analiz edilmiştir.

### **3.10. Araştırma Etik Kurul Başvurusu ve Gerekli İzinler**

Araştırma için, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.07.2022 tarih ve 09.2022.973 protokol kodu ile onay alınmıştır (EK 6).

Araştırma sahada, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden (06.03.2023 tarihli ve E-15916306-604.01.01-210702466 sayılı yazı ile) alınan izinle yürütülmüştür (EK 7).

Dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar, kendilerine çalışma ile ilgili bilgi verildikten sonra bilgilendirme ve gönüllü onam formunu okumuşlardır (EK 5).

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya toplam 211 gebe kadın dahil edilmiştir. Katılımcı gebelerin 41 (%19,4)'i birinci trimesterinde (1-13 hafta), 95 (%45)'i ikinci trimesterinde (14-26 hafta), 75 (%35,5)'i üçüncü trimesterindedir (27-41 hafta).

Tüm katılımcıların yaş ortalaması  $29,88 \pm 4,55$  (min=18, max=43) yıldır. Birinci trimesterde olan katılımcıların yaş ortalaması  $29,07 \pm 4,32$  (min=20, max=37), ikinci trimesterde olan katılımcıların yaş ortalaması  $30,09 \pm 4,42$  (min=18, max=40), üçüncü trimesterde olan katılımcıların yaş ortalaması  $30,04 \pm 4,84$  (min=18, max=43) yıldır.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin trimesterlere göre dağılımı incelendiğinde trimesterler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 3 ve Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	
<b>Yaş</b>	<30 yaş	104	49,3
	≥30 yaş	107	50,7
<b>Medeni durum</b>	Evli	211	100,0
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise ve altı	78	37,0
	Lise üstü	133	63,0
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	83	39,3
	Çalışmıyor	99	46,9
	Gebelikten dolayı bırakmış	29	13,8
<b>Kendine ait aylık düzenli gelir</b>	Var	99	46,9
	Yok	112	53,1
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek	197	93,4
	Geniş	14	6,6
<b>Yaşadığı evdeki kişi sayısı</b>	2 kişi	103	48,8
	>2 kişi	108	51,2
<b>Eşin eğitim durumu</b>	Lise ve altı	87	41,2
	Lise üstü	124	58,8
<b>Eşin çalışma durumu</b>	Çalışıyor	206	97,6
	Çalışmıyor	5	2,4
<b>Ailenin aylık toplam geliri</b>	<10 bin TL	65	30,8
	≥10 bin TL	146	69,2

**Tablo 4.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin üç trimestere göre dağılımı.

Özellikler		1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	$\chi^2$
		(s=41)	(s=95)	(s=75)	<i>p</i>
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Yaş	<30 yaş	21 (20,2)	47 (45,2)	36 (34,6)	,112
	≥30 yaş	20 (18,7)	48 (44,9)	39 (36,4)	,945*
Eğitim Durumu	Lise ve altı	13 (16,7)	33 (42,3)	32 (41,0)	1,735
	Lise üstü	28 (21,1)	62 (46,6)	43 (32,3)	,420*
Çalışma Durumu	Çalışıyor	15 (18,1)	41 (49,4)	27 (32,5)	3,603
	Çalışmıyor	23 (23,2)	41 (41,4)	35 (35,4)	,462*
	Gebelikten dolayı bırakmış	3 (10,4)	13 (44,8)	13 (44,8)	
Kendine ait aylık düzenli gelir	Var	19 (19,2)	44 (44,4)	36 (36,4)	,055
	Yok	22 (19,7)	51 (45,5)	39 (34,8)	,973*
Aile tipi	Çekirdek	40 (20,3)	87 (44,2)	70 (35,5)	1,440
	Geniş	1 (7,1)	8 (57,2)	5 (35,7)	,480**
Yaşadığı evdeki kişi sayısı	2 kişi	21 (20,4)	49 (47,6)	33 (32,0)	1,081
	>2 kişi	20 (18,5)	46 (42,6)	42 (38,9)	,582*
Eşin eğitim durumu	Lise ve altı	19 (21,9)	39 (44,8)	29 (33,3)	,647
	Lise üstü	22 (17,7)	56 (45,2)	46 (37,1)	,724*
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	41 (19,9)	93 (45,1)	72 (35,0)	1,424
	Çalışmıyor	0 (0,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	,603**
Ailenin aylık toplam geliri	<10 bin TL	12 (18,5)	26 (40,0)	27 (41,5)	1,521
	≥10 bin TL	29 (19,9)	69 (47,2)	48 (32,9)	,467*

\*Pearson Ki Kare Testi; anlamlılık değeri  $p<,05$

\*\*Fisher-Freeman-Halton Exact Testi; anlamlılık değeri  $p<,05$

#### 4.2. Katılımcıların Sağlık Durumları ile İlgili Özellikleri

Katılımcıların kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, sigara ve alkol kullanımı durumları incelendiğinde trimesterler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Katılımcıların sağlık durumları ile özellikleri Tablo 5 ve Tablo 6’da gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili özellikleri.

Özellikler		Sayı	%
<b>Bilinen kronik hastalık</b>	Var	27	12,8
	Yok	184	87,2
<b>Tanımlı Hastalıklar</b>			
	Astım	6	2,9
	Tiroid hastalıkları	5	2,4
	Diyabetes Mellitus	5	2,4
	Epilepsi	2	0,9
	Diğer	11	5,5
<b>Düzenli ilaç Kullanımı</b>	Var	21	10,0
	Yok	190	90,0
<b>Sigara Kullanım Durumu</b>	Hiç kullanmamış	142	67,3
	Ara sıra kullanıyor	23	10,9
	Düzenli kullanıyor	9	4,3
	Bırakmış	37	17,5
<b>Alkol kullanım durumu</b>	Kullanıyor	8	3,8
	Kullanmıyor	203	96,2

**Tablo 6.** Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili özelliklerinin üç trimestere göre dağılımı.

Özellikler		1.Trimester (s=41)	2.Trimester (s=95)	3.Trimester (s=75)	$\chi^2$
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	<i>p</i>
<b>Bilinen kronik hastalık</b>	Var	9 (33,3)	11 (40,8)	7 (25,9)	4,012
	Yok	32 (17,4)	84 (45,6)	68 (37,0)	,135*
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>	Var	6 (28,6)	7 (33,3)	8 (38,1)	1,753
	Yok	35 (18,4)	88 (46,3)	67 (35,3)	,416*
<b>Sigara kullanım durumu</b>	Hiç kullanmamış	27 (19,0)	65 (45,8)	50 (35,2)	
	Ara sıra kullanıyor	3 (13,1)	11 (47,8)	9 (39,1)	6,232
	Düzenli kullanıyor	4 (44,4)	1 (11,2)	4 (44,4)	,386**
	Bırakmış	7 (18,9)	18 (48,7)	12 (32,4)	
<b>Alkol kullanım durumu</b>	Kullanıyor	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50,0)	,741
	Kullanmıyor	40 (19,7)	92 (45,3)	71 (35,0)	,722**

\*Pearson Ki Kare Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

\*\* Fisher-Freeman-Halton Exact Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

### 4.3. Katılımcıların Obstetrik Öyküleri ve Gebelik Özellikleri

Katılımcı gebe kadınların gebelik sayısı ortancası 2 (min=1, max=8), doğum sayısı ortancası 0 (min=0, max=5), yaşayan çocuk sayısı ortancası 0 (min=0, max=5), düşük ve/veya kürtaj sayısı ortancası 0 (min=0, max=2)'dir. Tüm gebelerin %43,6 (s=92)'sının ilk gebeliğidir. Tüm gebelerin %50,2 (s=106)'si daha önce hiç doğum yapmamış, %51,2 (s=108)'sinin yaşayan çocuğu bulunmamaktadır. Gebelerin %75,4 (s=159)'ünün daha önce düşük ve/veya kürtaj öyküsü bulunmamaktadır. Tüm katılımcıların %77,3 (s=163)'ünün mevcut gebeliği planlı, %22,7 (s=48)'sinin mevcut gebeliği plansızdır. Gebelik özelliklerine bakıldığında %97,2 (s=205)'si tekil gebelik, %2,8 (s=6)'i ikiz gebeliktir. Gebelik öyküsü bulunan 119 katılımcının %47,06

(s=56)'sı önceki gebeliğinde sorun yaşamış, %52,94 (s=63)'ü önceki gebeliğinde sorun yaşamamıştır. Tüm katılımcıların %10 (s=21)'unun şimdiki gebeliğinde sorun var iken, %90 (s=190)'ının şimdiki gebeliğinde sorun yoktur. Katılımcıların obstetrik öyküleri ve gebelik özelliklerine ait bulgularda trimesterlere göre anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Katılımcıların obstetrik öyküleri ve gebelik özelliklerine ait bilgiler Tablo 7 ve Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 7.** Katılımcıların obstetrik öyküleri ile ilgili bilgilerin üç trimestere göre dağılımı.

Özellikler		1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	$\chi^2$
		(s=41)	(s=95)	(s=75)	<i>p</i>
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
<b>Gebelik sayısı</b>	İlk gebelik	17 (18,5)	45 (48,9)	30 (32,6)	1,020
	$\geq 2$	24 (20,2)	50 (42,0)	45 (37,8)	,600
<b>Doğum sayısı</b>	0	21 (19,8)	50 (47,2)	35 (33,0)	,616
	$\geq 1$	20 (19,0)	45 (42,9)	40 (38,1)	,735
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>	0	22 (20,4)	51 (47,2)	35 (32,4)	,951
	$\geq 1$	19 (18,5)	44 (42,7)	40 (38,8)	,622
<b>Düşük ve/veya kurtaj sayısı</b>	0	29 (18,2)	75 (47,2)	55 (34,6)	1,297
	$\geq 1$	12 (23,0)	20 (38,5)	20 (38,5)	,523

Pearson Ki Kare Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

**Tablo 8.** Katılımcıların gebelik özellikleri ile ilgili bilgilerin üç trimestere göre dağılımı.

Özellikler		1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	$\chi^2$
		(s=42)	(s=95)	(s=75)	<i>p</i>
<b>Planlık gebelik</b>	Evet	32 (19,6)	72 (44,2)	59 (36,2)	,216
	Hayır	9 (18,8)	23 (47,9)	16 (33,3)	,898*
<b>Gebelik özelliği</b>	Tekil gebelik	39 (19,0)	94 (45,9)	72 (35,1)	2,423
	Çoğul gebelik	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50,0)	,297**
<b>Önceki gebelikte sorun</b>	Var	12 (21,4)	23 (41,1)	21 (37,5)	,109
	Yok	12 (19,0)	27 (42,9)	24 (38,1)	,947*
<b>Şimdiki gebelikte sorun</b>	Var	7 (33,3)	5 (23,8)	9 (42,9)	5,001
	Yok	34 (17,9)	90 (47,4)	66 (34,7)	,082*

\*Pearson Ki Kare Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

\*\* Fisher-Freeman-Halton Exact Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

#### 4.4. Katılımcıların Sosyal Destek Durumları

Tüm katılımcıların %93,8 (s=198)'i sosyal destekleri olduğunu belirtmiş, %6,2 (s=13)'si sosyal destekleri olmadığını belirtmiştir. Tüm katılımcılar tarafından sosyal destek olarak görülen kimseler; %79,1 (s=167) eşi, %57,3 (s=121) kendi ailesi, %41,2 (s=87) eşin ailesi, %21,8 (s=46) arkadaşları olarak belirtilmiştir.

Katılımcıların sosyal destek durumları trimesterlere göre karşılaştırıldığında; sosyal destek olarak arkadaş seçeneğini belirtme durumunda trimestere göre anlamlı bir fark olduğu görülmüş; Bonferroni düzeltmesi sonrası yapılan posthoc analizde ise farkın 1. ve 2. trimesterdeki gebeler arasında olduğu görülmüştür. Katılımcıların sosyal destek durumlarına ait veriler Tablo 9' da gösterilmiştir.

**Tablo 9.** Katılımcıların sosyal destek durumlarının üç trimestere göre dağılımı.

		1.Trimester (s=41)	2.Trimester (s=95)	3.Trimester (s=75)	$\chi^2$
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	<i>p</i>
<b>Sosyal destek</b>	Var	40 (20,2)	90 (45,5)	6 (34,3)	2,087
	Yok	1 (7,7)	5 (38,5)	7 (53,8)	,330**
<b>Sosyal destek olarak görülen kimseler</b>					
Eş	Evet	36 (21,6)	76 (45,5)	55 (32,9)	3,440
	Hayır	5 (11,4)	19 (43,2)	20 (45,4)	,179*
Kendi ailesi	Evet	27 (22,3)	55 (45,5)	39 (32,2)	2,101
	Hayır	14 (15,6)	40 (44,4)	36 (40,0)	,350*
Eşin ailesi	Evet	21 (24,1)	40 (46,0)	26 (29,9)	3,052
	Hayır	20 (16,1)	45 (44,4)	49 (39,5)	,217*
Arkadaş	Evet	15 (32,6)	15 (32,6)	16 (34,8)	7,280
	Hayır	26 (15,7)	80 (48,5)	59 (35,8)	,026*

\*Pearson Ki Kare Testi; anlamlılık değeri  $p<,05$

\*\* Fisher-Freeman-Halton Exact Testi; anlamlılık değeri  $p<,05$

#### 4.5. “Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Form (RSS-KF)” Tanımlayıcı İstatistikleri

##### 4.5.1. Gebelik dönemi uygulanan RSS-KF istatistikleri

Tüm katılımcıların “Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Form” ile değerlendirilme sonuçları incelendiğinde, katılımcıların %2,8 (s=6)’inin iyi olmama hali, %43,6 (s=92)’sının normal ruh sağlığı, %53,6 (s=113)’sının iyi olma hali durumunda bulunduğu görülmüştür. İyi olmama halinde olan altı kadın ile ikinci bir görüşme sağlanarak depresyon açısından değerlendirilmiş, risk görülmemiştir. Tüm katılımcıların ölçekten alınan toplam puan ortalaması  $48,16\pm 11,96$  (min=6, max=70); ortancası 49,0’dır. Ölçek alt gruplarından alınan puan ortalamaları ve ortancaları incelendiğinde; duygusal iyi oluş alt grubundan alınan puan ortalaması  $10,96\pm 3,18$  (min=1, max=15), ortancası 12,0; sosyal iyi oluş alt grubundan alınan puan ortalaması  $14,20\pm 5,64$  (min=1, max=25), ortancası 15,0; psikolojik iyi oluş alt grubundan alınan puan

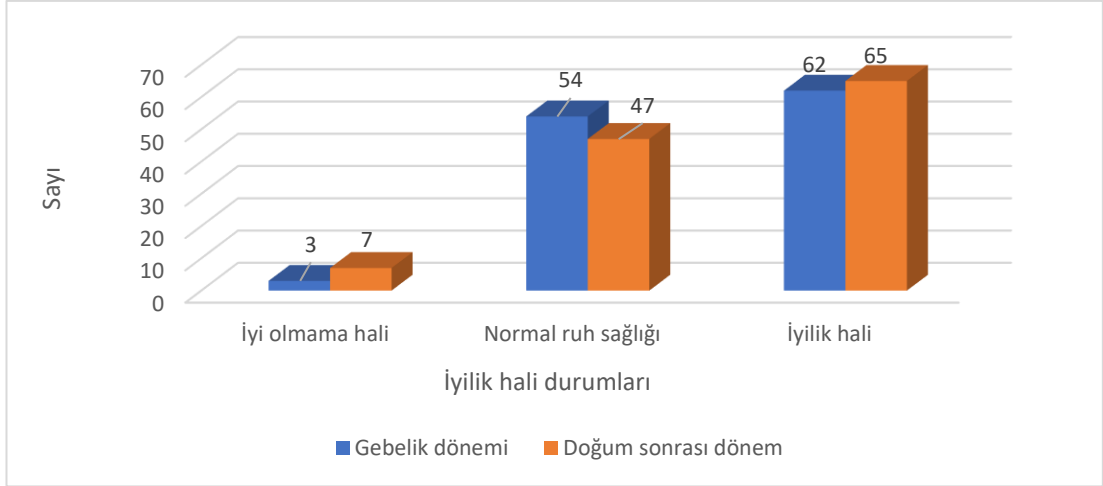


#### **4.5.2. Doğum sonrası uygulanan RSS-KF istatistikleri**

Doğum sonrası görüşme sağlanan 119 kişilik grubun “Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Form” ile değerlendirilme sonuçları incelendiğinde, katılımcıların %5,9 (s=7)’unun iyi olmama hali, %39,5 (s=47)’inin normal ruh sağlığı, %54,6 (s=65)’sının iyi olma hali durumunda bulunduğu görülmüştür. İyi olmama halinde olan yedi kadın ile ikinci bir görüşme sağlanarak depresyon açısından değerlendirilmiş ve risk görülmemiştir. Katılımcıların ölçekten alınan toplam puan ortalaması  $49,02 \pm 12,14$  (min=6, max=70); ortancası 49,0’dır. Ölçek alt gruplarından alınan puan ortalamaları ve ortancaları incelendiğinde; duygusal iyi oluş alt grubundan alınan puan ortalaması  $11,66 \pm 2,99$  (min=1, max=15), ortancası 12,0; sosyal iyi oluş alt grubundan alınan puan ortalaması  $14,73 \pm 5,74$  (min=0, max=25), ortancası 16,0; psikolojik iyi oluş alt grubundan alınan puan ortalaması  $22,63 \pm 5,54$  (min=4, max=30); ortancası 23,0’dır.

#### **4.5.3. Gebelik dönemi ve doğum sonrası uygulanan RSS-KF bulgularının karşılaştırmalı analizi**

Gebelik döneminde ve doğum sonrası dönemde RSS-KF ile değerlendirilmiş olan 119 kişilik grupta iyilik hali düzeyleri arasında uyum incelendiğinde; minimal düzeyde anlamlı bir uyum olduğu görülmüştür (Kappa Testi; kappa değeri: ,309,  $p < ,001$ ). Gruplar arasında RSS-KF toplam puanı ve alt boyut puanları açısından da anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Tablo 12).



**Grafik 1.** RSS-KF'ye göre gebelik ve doğum sonrası dönem iyilik hali durumlarının karşılaştırılması.

**Tablo 12.** Gebelik dönemi ve doğum sonrası dönem RSS-KF bulgularının karşılaştırılması.

	Gebelik dönemi	Doğum sonrası	<i>p</i>
	Ortanca 25-75. persentil	Ortanca 25-75. persentil	
<b>Duygusal iyi oluş</b>	12,0 9,0-13,0	12,0 10,0-14,0	,072
<b>Sosyal iyi oluş</b>	15,0 10,0-18,0	16,0 10,0-19,0	,590
<b>Psikolojik iyi oluş</b>	23,0 20,0-27,0	23,0 20,0-27,0	,780
<b>Toplam puan</b>	50,0 43,0-57,0	49,0 43,0-58,0	,584

Wilcoxon İşaret Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

#### 4.6. “Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri (SBTE)” Tanımlayıcı İstatistikleri

Katılımcıların “Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri” ile değerlendirmelerine ait sonuçlar trimesterlere göre karşılaştırıldığında; üçüncü trimesterdeki gebelerin ikinci trimesterdeki gebelere göre aktif planlama alt boyutundan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı görülmüştür. Katılımcıların “Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri” ile değerlendirmelerine ait bulgular Tablo 13 ve Tablo 14’te gösterilmiştir.

**Tablo 13.** Katılımcıların “Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri” alt grup ve toplam puanları.

	<b>Ortalama ± SS</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Min.-Max.</b>
<b>Dine sığınma</b>	17,10 ± 5,54	18,0	0-24
<b>Dış yardım arama</b>	20,01 ± 6,73	20,0	2-36
<b>Aktif planlama</b>	26,73 ± 5,87	27,0	9-40
<b>Kaçma-Soyutlama (Duygusal-Eylemsel)</b>	12,40 ± 4,64	12,0	1-28
<b>Kaçma-Soyutlanma (Biyokimyasal)</b>	0,38 ± 1,00	0,0	0-7
<b>Kabul-Bilişsel yeniden yapılanma</b>	16,80 ± 4,15	17,0	5-28
<b>Toplam</b>	93,4 ± 17,56	93,0	43-141

**Tablo 14.** Katılımcıların “Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri” alt grup ve toplam puanlarının üç trimestere göre dağılımı.

	1.Trimester (s=41)	2.Trimester (s=95)	3.Trimester (s=75)	<i>p</i>
	Ortanca 25-75. persentil	Ortanca 25-75. persentil	Ortanca 25-75. persentil	
<b>Dine sığınma</b>	18,0	18,0	18,0	,897
	15,0-20,0	14,0-22,0	14,0-22,0	
<b>Dış yardım arama</b>	19,0	20,0	20,0	,727
	17,5-26,0	16,0-24,0	16,0-25,0	
<b>Aktif planlama</b>	27,0	25,0	29,0	<b>,019</b>
	23,0-31,0	21,0-30,0	25,0-32,0	
<b>Kaçma- Soyutlama (Duygusal- Eylemsel)</b>	12,0	12,0	13,0	,984
	9,0-15,5	9,0-15,0	9,0-16,0	
<b>Kaçma- Soyutlanma (Biyokimyasal)</b>	0,0	0,0	0,0	,948
	0,0-0,0	0,0-0,0	0,0-0,0	
<b>Kabul-Bilişsel yeniden yapılanma</b>	16,0	17,0	17,0	,449
	13,0-19	14,0-20	15,0-20,0	
<b>Toplam</b>	92,0	91,0	96,0	,275
	82,0-106,5	82,0-101,0	83,0-111,0	

Kruskal Wallis Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$  (Bonferroni düzeltmesi sonrası ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U Testi kullanılmıştır)

#### 4.7. “Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (DOBCO)” Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

Kırk iki maddeden oluşan orijinal ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasının analizleri incelendiğinde; açımlayıcı faktör analizi sırasında 10 maddenin belirli sebeplerle elendiği ve ölçeğin faktör yapısının 32 madde üzerinden 3 faktör olarak (Planlama-Hazırlık: 15 madde, Kaçınma: 11 madde, Manevi-Olumlu Başa Çıkma: 6 madde) belirlendiği, analizlerin bu 32 madde ile gerçekleştirildiği görülmüştür.<sup>12</sup> Ancak faktör analizi sırasında elenen 10 madde orijinal ölçekten çıkarılmamış, ölçeğin uygulanacak versiyonu ölçek sahibi tarafından 42 madde olarak tarafımıza iletilmiştir.

Bizim 42 madde üzerinden yaptığımız açımlayıcı faktör analizinde 11 faktör oluştuğu fakat maddelerin orijinal ölçekteki benzer şekilde belirgin olarak üç ana faktörde yoğunlaştığı görülmüştür. Faktör sayısını artmasına ise çoğunlukla orijinal ölçek analizlerinde elenen 10 maddenin neden olduğu gözlemlenmiştir. Bu 10 maddenin dışlanarak 32 madde üzerinden yaptığımız açımlayıcı faktör analizinde ise 5 faktör oluştuğu ve yine maddelerin orijinal ölçekteki daha yakın bir şekilde üç ana faktörde yoğunlaştığı görülmüştür. Bu sonuçlara dayanarak ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik analizlerini orijinal ölçeğin analizlerinde olduğu şekilde 32 madde üzerinden yapmayı uygun gördük. Ölçek maddeleri Tablo 15’te gösterilmiştir.

**Tablo 15. DOBCO maddeleri.**

<b>Planlama-Hazırlık (15)</b>
1. Ne sıklıkla doğumun nasıl gideceğini hayal ettiniz?
2. Ne sıklıkla insanlarla çocuk büyütmenin nasıl bir şey olduğu hakkında konuştunuz?
3. Ne sıklıkla kendinizi daha zor bir gebelik geçiren kadınlarla karşılaştırdınız?
5. Ne sıklıkla doğum hakkında doktorlara veya hemşirelere soru sordunuz?
11. Ne sıklıkla bebek geldikten sonra nasıl olacağı hakkında düşündünüz?
12. Ne sıklıkla doğumu nasıl halledeceğinizi planladınız?
13. Ne sıklıkla yeni bebeği olan biriyle vakit geçirdiniz veya konuştunuz?
14. Ne sıklıkla bebek kıyafetleri veya malzemeleri almak için planlar yaptınız?
17. Ne sıklıkla gebeliğiniz hakkında birinden tavsiye aldınız?
19. Ne sıklıkla diğer gebe kadınlarla vakit geçirdiniz veya onlarla konuştunuz?
23. Ne sıklıkla sizin veya bir başkasının bebeğe nasıl bakacağını planladınız?
24. Ne sıklıkla yeni doğmuş bir bebeğin annesi olduğunuzu hayal ettiniz ya da öyleymiş gibi davrandınız?
34. Ne sıklıkla aileniz veya arkadaşlarınızla doğum yapmanın nasıl bir şey olduğu hakkında konuştunuz?
39. Ne sıklıkla bir bebeğe sahip olmanın yaşam boyu hayal veya hedefi gerçekleştirdiğini hissettiniz?
42. Ne sıklıkla doğumun nasıl olacağını anlatan bir şey okudunuz veya izlediniz?
<b>Kaçınma (11)</b>
4. Ne sıklıkla hayal kırıklıklarınızı başka insanlardan çıkardınız?
7. Ne sıklıkla gebe olmakla ilgili duygularınızı kendinize saklamaya çalıştınız?
10. Ne sıklıkla sorunlardan kaçmak için uyudunuz?
18. Ne sıklıkla doğumu düşünmemeye çalıştınız?
20. Ne sıklıkla kendinize her şeyin daha kötü olabileceğini söylediniz?
26. Ne sıklıkla doğumun çoktan bitmiş olmasını dilediniz?
27. Ne sıklıkla kendinizi yemekle daha iyi hissettirmeye çalıştınız?
30. Ne sıklıkla sizden daha iyi olan gebe kadınları düşündünüz?
31. Ne sıklıkla diğer insanlardan uzak durmaya çalıştınız?
37. Ne sıklıkla gebe olmamayı dilediniz?
38. Ne sıklıkla yapmanız gereken şeyleri engellememesi için gebelikle ilgili duygularınızı saklamaya çalıştınız?
<b>Manevi-Olumlu Başa Çıkma (6)</b>
6. Ne sıklıkla Kuran ya da bir dua kitabından okudunuz?
9. Ne sıklıkla hayatta neyin önemli olduğuna odaklanmaya çalıştınız?
16. Ne sıklıkla gebeliğin üstesinden gelmek için güç ve cesaret için dua ettiniz?
33. Ne sıklıkla doğumun iyi geçmesi için dua ettiniz?
36. Ne sıklıkla bebeğin sağlıklı olması için dua ettiniz?
41. Ne sıklıkla dua etmek için camiye, kiliseye, sinagoga veya başka bir yere gittiniz?
<b>Orijinal Ölçek Analizinde Çıkarılan Maddeler (10)</b>
8. Ne sıklıkla hayatınızda daha kötü zamanlardan geçtiğinizi kendinize hatırlattınız?
15. Ne sıklıkla gebeliğinizin olumsuz yanları yerine olumlu yanlarına odaklanmaya çalıştınız?
21. Ne sıklıkla daha iyi hissetmek için alkollü bir içecek aldınız?
22. Ne sıklıkla kadın olduğunuz ve gebeliği deneyimleyebildiğiniz için kendinizi şanslı hissettiniz?
25. Ne sıklıkla doğumla ilgili hikayeler okumaktan veya duymaktan kaçınmaya çalıştınız?
28. Ne sıklıkla çalıştığınız saat sayısında veya işte yaptığınız şeylerde değişiklikler planladınız?
29. Ne sıklıkla daha iyi hissetmek için sigara içtiniz?
32. Ne sıklıkla daha iyi hissetmek için yürüyüş ya da biraz egzersiz yaptınız?
35. Ne sıklıkla gebe olmanın hayatınızı daha iyi hale getirdiğini hissettiniz?
40. Ne sıklıkla daha iyi hissetmek için madde kullandınız?

#### 4.7.1. Ölçeğin güvenirliliği

Ölçeğin test-tekrar test yöntemi için uygulandığı 30 kişide ilk uygulamada ölçek toplam puanı  $63,50 \pm 15,06$  (min=29, max=92), ortancası 63,0; 2 hafta sonra ikinci uygulamada ölçek toplam puanı  $59,30 \pm 13,47$  (min=39, max=84), ortancası 58,5'tir (Spearman korelasyon katsayısı: ,717;  $p < ,001$ ). Cronbach alfa iç tutarlık güvenirlilik katsayısı, test-tekrar test için ulaşılan 30 kişilik örnekleme sırasıyla ,83 ve ,82'dir. Geçerliliğin yapıldığı 211 kişilik örnekleme ise ,83 olarak bulunmuştur. Ölçek genel ve alt boyutlarında test-tekrar test için hesaplanan Cronbach Alfa güvenirlilik katsayıları, korelasyon katsayıları ve ICC değerleri Tablo 16'da gösterilmiştir. Ölçeğin üç trimestere göre Cronbach alfa değerleri orijinal ölçek ile karşılaştırmalı olarak Tablo 17'de; ölçek alt boyut madde analizleri ise Tablo 18, Tablo 19 ve Tablo 20'de gösterilmiştir.

**Tablo 16.** DOBCO genel ve alt boyutlarının test-tekrar test Cronbach alfa, korelasyon katsayısı ve ICC değerleri.

Boyutlar	Madde sayısı	Cronbach Alfa (Test-Retest)	Spearman Korelasyon Katsayısı	ICC [%95 GA]
Planlama-Hazırlık	15	,87-,88	,679 ( $p < ,001$ )	,79 [,55-,90] ( $p < ,001$ )
Kaçınma	11	,70-,65	,690 ( $p < ,001$ )	,79 [,56-,90] ( $p < ,001$ )
Manevi-Olumlu Başa Çıkma	6	,81-,77	,810 ( $p < ,001$ )	,87 [,72-,93] ( $p < ,001$ )
Genel	32	,83-,82	,717 ( $p < ,001$ )	,82 [,61-,91] ( $p < ,001$ )

**Tablo 17.** DOBCO genel ve alt boyutlarının trimesterlere göre orijinal ölçekle karşılaştırmalı puan ortalamaları ve Cronbach alfa değerleri.

		1.Trimester (s=41)		2.Trimester (s=95)		3.Trimester (s=75)	
		Ortalama±SS	$\alpha$	Ortalama±SS	$\alpha$	Ortalama±SS	$\alpha$
<b>Planlama- Hazırlık</b>	Orijinal ölçek	2,05±0,68	,82	2,09±0,70	,85	2,05±0,72	,86
	Türkçe ölçek	2,13±0,75	,86	2,21±0,62	,85	2,17±0,59	,83
<b>Kaçınma</b>	Orijinal ölçek	1,34±0,69	,77	1,28±0,65	,79	1,26±0,65	,80
	Türkçe ölçek	1,22±0,57	,66	1,07±0,55	,72	1,23±0,50	,63
<b>Manevi- Olumlu</b>	Orijinal ölçek	2,41±0,80	,73	2,46±0,82	,78	2,25±0,83	,77
<b>Başa Çıkma</b>	Türkçe ölçek	2,70±0,50	,54	2,76±0,61	,70	2,79±0,65	,75
<b>Genel</b>	Türkçe ölçek	1,92±0,47	,82	1,92±0,46	,86	2,03±0,40	,78

**Tablo 18.** DOBCO Planlama-Hazırlık alt boyutu madde analizleri.

<b>Madde</b>	<b>Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması</b>	<b>Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı</b>	<b>Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu</b>	<b>Madde Silindiğinde Cronbach Alfa</b>
<b>P1</b>	31,26	83,85	,575	,831
<b>P2</b>	31,25	85,57	,511	,835
<b>P3</b>	31,90	86,09	,427	,840
<b>P5</b>	31,52	85,28	,521	,834
<b>P11</b>	30,54	88,45	,462	,838
<b>P12</b>	31,09	83,84	,574	,831
<b>P13</b>	31,69	83,29	,526	,834
<b>P14</b>	30,91	84,69	,514	,834
<b>P17</b>	31,59	82,88	,609	,829
<b>P19</b>	31,82	85,63	,460	,838
<b>P23</b>	31,06	89,02	,376	,842
<b>P24</b>	31,03	88,75	,319	,846
<b>P34</b>	31,32	83,64	,601	,830
<b>P39</b>	31,08	92,74	,162	,853
<b>P42</b>	31,85	82,65	,497	,836
Cronbach Alfa=,846; Ortalama±SS=33,56±9,86				

**Tablo 19.** DOBCO Kaçınma alt boyutu madde analizleri.

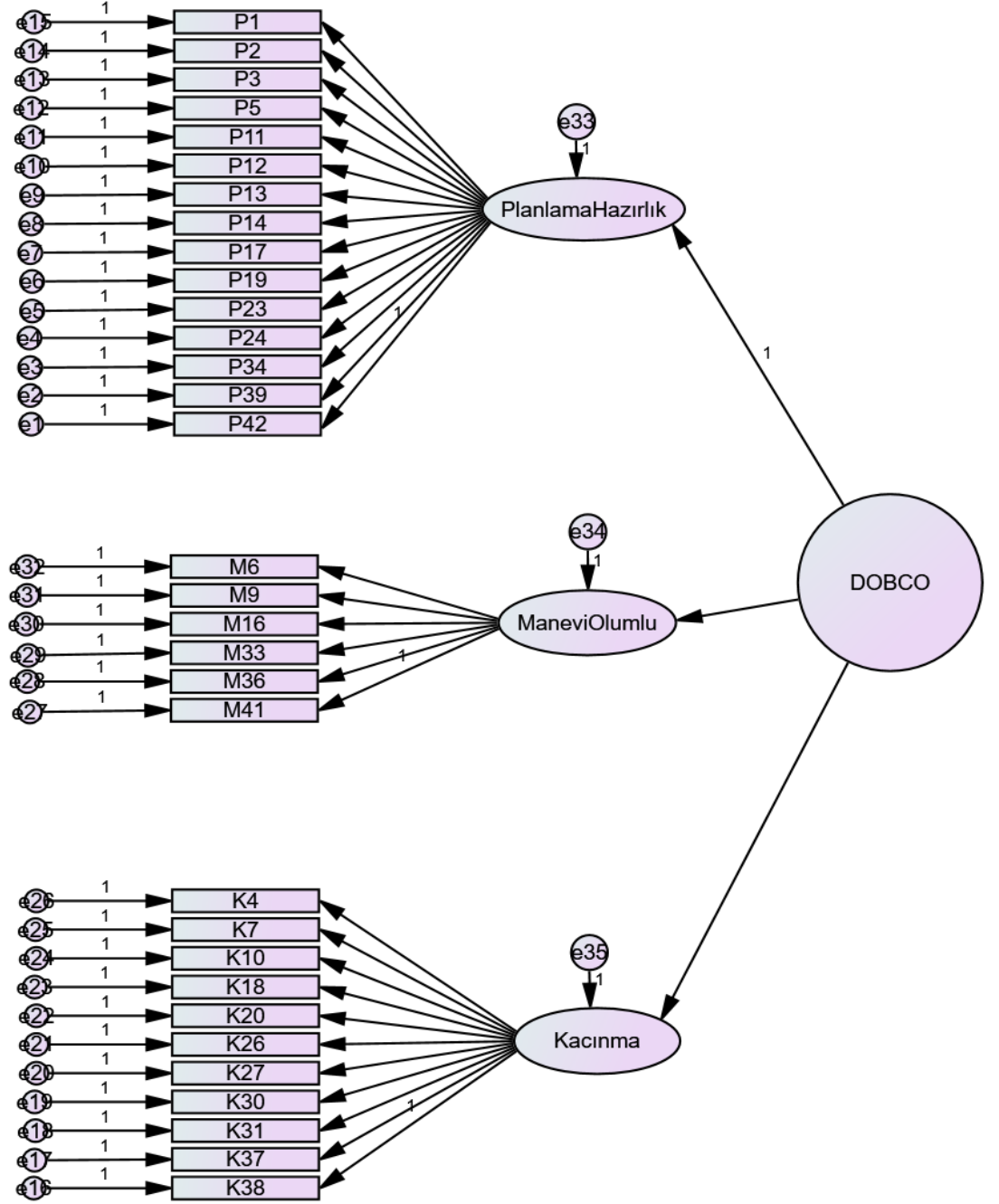
<b>Madde</b>	<b>Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması</b>	<b>Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı</b>	<b>Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu</b>	<b>Madde Silindiğinde Cronbach Alfa</b>
<b>K4</b>	11,84	31,44	,286	,675
<b>K7</b>	10,87	31,21	,233	,686
<b>K10</b>	11,48	28,76	,437	,649
<b>K18</b>	11,17	33,70	,066	,710
<b>K20</b>	11,95	30,36	,412	,656
<b>K26</b>	11,20	28,78	,374	,661
<b>K27</b>	11,39	30,37	,317	,671
<b>K30</b>	11,90	29,63	,446	,650
<b>K31</b>	11,77	29,38	,440	,650
<b>K37</b>	12,40	32,12	,279	,676
<b>K38</b>	11,84	29,89	,446	,651
Cronbach Alfa=,688; Ortalama±SS=12,78±5,98				

**Tablo 20.** DOBCO Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutu madde analizleri.

<b>Madde</b>	<b>Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması</b>	<b>Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı</b>	<b>Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu</b>	<b>Madde Silindiğinde Cronbach Alfa</b>
<b>M6</b>	14,01	8,60	,544	,624
<b>M9</b>	13,86	11,28	,229	,719
<b>M16</b>	13,32	9,43	,597	,617
<b>M33</b>	13,32	9,03	,581	,615
<b>M36</b>	12,87	11,29	,421	,678
<b>M41</b>	15,51	9,14	,343	,710
Cronbach Alfa=,703; Ortalama±SS=16,58±3,65				

#### 4.7.2. Ölçeğin geçerliği

Ölçeğin orijinalinde ortaya konan 3 boyutlu (faktörlü) yapının geçerliği doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile test edilmiştir. DOBCO'nun 3 faktörlü yapısının modeli Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. DOBCO 3 faktörlü modeli.

Ölçeğin 3 boyutlu modelinin tahmin edilmesinde maksimum olabilirlik tahmin yöntemi (maximum likelihood estimates) kullanılmıştır ve modelde yer alan tüm maddeler standardize edilmiştir. Her bir madde için tahmin edilen katsayı değerinin anlamlı kabul edilebilmesi için  $p < ,005$  ve  $CR = \text{Critical Ratio } (t) > 1,96$  olmalıdır.<sup>89</sup> Model uyum indeksi olarak CMIN/df, RMSEA, SRMR değerleri dikkate alınmıştır.  $CMIN/df \leq 3$ ,  $RMSEA \leq 0,08$ ,  $SRMR \leq 0,10$  kabul edilir uyum olarak değerlendirilmiştir.<sup>83,90,91</sup>

Modele ait uyum indeksleri incelendiğinde CMIN/df, RMSEA ve SRMR değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu görülmüştür (Tablo 21).

DFA sonuçlarına göre maddelerin faktör yükleri incelendiğinde; planlama-hazırlık alt boyutunda 0,17-0,65, kaçınma alt boyutunda 0,08-0,57, manevi-olumlu başa çıkma alt boyutunda 0,25-0,75 arasında değiştiği görülmüştür. Planlama-Hazırlık alt boyutunda 34.maddenin, Kaçınma alt boyutunda 30.maddenin, Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutunda 16.maddenin en etkili madde olduğu görülmüştür (Tablo 21).

Ölçeğin kaçınma alt boyutunda yer alan 18.maddesi dışındaki tüm maddelerin tahmin edilen katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu maddenin çıkarılması sonrası kaçınma alt boyutuna ilişkin hesaplanan Cronbach alfa değeri ,68'den ,71'e çıkmaktadır fakat ölçek toplamına ilişkin Cronbach alfa değerinde değişiklik olmamaktadır (sırasıyla  $\alpha = ,83$ -  $\alpha = ,83$ ). Ayrıca bu madde çıkartıldıktan sonra yapılan DFA sonucunda model uyum indeks değerlerinin yine kabul edilebilir sınırlarda olduğu fakat öncekine göre kabul edilebilir sınırdan bir miktar uzaklaştığı görülmüştür (Tablo 22).

Tüm maddeler için Doğrulayıcı Faktör Analizi sonuçları Tablo 21'de, K18 maddesi çıkarıldıktan sonraki DFA sonuçları Tablo 22'de gösterilmiştir.

**Tablo 21.** Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları (tüm maddeler dahil).

<b>Maddeler</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Std. Hata</b>	<b>CR=Critical Ratio (t)</b>	<b>p</b>
<b>P42</b>	1,000	,556			
<b>P39</b>	,243	,173	,106	2,293	<b>,022</b>
<b>P34</b>	,953	,659	,134	7,086	<b>&lt;,001</b>
<b>P24</b>	,511	,335	,121	4,220	<b>&lt;,001</b>
<b>P23</b>	,544	,413	,108	5,043	<b>&lt;,001</b>
<b>P19</b>	,769	,498	,132	5,838	<b>&lt;,001</b>
<b>P17</b>	,993	,658	,140	7,082	<b>&lt;,001</b>
<b>P14</b>	,850	,559	,134	6,349	<b>&lt;,001</b>
<b>P13</b>	,907	,549	,145	6,272	<b>&lt;,001</b>
<b>P12</b>	,941	,635	,136	6,923	<b>&lt;,001</b>
<b>P11</b>	,603	,509	,102	5,931	<b>&lt;,001</b>
<b>P5</b>	,804	,560	,126	6,358	<b>&lt;,001</b>
<b>P3</b>	,730	,464	,132	5,529	<b>&lt;,001</b>
<b>P2</b>	,824	,578	,127	6,497	<b>&lt;,001</b>
<b>P1</b>	,948	,642	,136	6,970	<b>&lt;,001</b>
<b>K38</b>	1,000	,482			
<b>K37</b>	,656	,352	,173	3,789	<b>&lt;,001</b>
<b>K31</b>	1,064	,470	,230	4,618	<b>&lt;,001</b>
<b>K30</b>	1,246	,577	,241	5,165	<b>&lt;,001</b>
<b>K27</b>	1,020	,423	,236	4,318	<b>&lt;,001</b>
<b>K26</b>	1,431	,525	,291	4,923	<b>&lt;,001</b>
<b>K20</b>	1,033	,508	,214	4,830	<b>&lt;,001</b>
<b>K18</b>	,188	,082	,187	1,010	,313
<b>K10</b>	1,212	,491	,256	4,737	<b>&lt;,001</b>
<b>K7</b>	,686	,275	,220	3,119	<b>,002</b>
<b>K4</b>	,787	,370	,200	3,931	<b>&lt;,001</b>
<b>M41</b>	1,000	,390			
<b>M36</b>	,657	,542	,145	4,527	<b>&lt;,001</b>
<b>M33</b>	1,480	,752	,295	5,018	<b>&lt;,001</b>
<b>M16</b>	1,334	,759	,265	5,026	<b>&lt;,001</b>
<b>M9</b>	,443	,254	,154	2,882	<b>,004</b>
<b>M6</b>	1,419	,630	,296	4,788	<b>&lt;,001</b>

**Model Uyum indeks değerleri:** CMIN /df=1,886; RMSEA=,065; SRMR=,084

**Tablo 22.** Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları (K18 çıkartılmış).

<b>Maddeler</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Std. Hata</b>	<b>CR=Critical Ratio (t)</b>	<b>p</b>
<b>P42</b>	1,000	,556			
<b>P39</b>	,243	,100	,106	2,291	<b>0,022</b>
<b>P34</b>	,953	,659	,134	7,085	<b>&lt;,001</b>
<b>P24</b>	,511	,335	,121	4,218	<b>&lt;,001</b>
<b>P23</b>	,544	,413	,108	5,042	<b>&lt;,001</b>
<b>P19</b>	,769	,498	,132	5,838	<b>&lt;,001</b>
<b>P17</b>	,993	,658	,140	7,080	<b>&lt;,001</b>
<b>P14</b>	,850	,559	,134	6,348	<b>&lt;,001</b>
<b>P13</b>	,907	,549	,145	6,271	<b>&lt;,001</b>
<b>P12</b>	,941	,635	,136	6,923	<b>&lt;,001</b>
<b>P11</b>	,603	,509	,102	5,930	<b>&lt;,001</b>
<b>P5</b>	,804	,560	,127	6,358	<b>&lt;,001</b>
<b>P3</b>	,730	,464	,132	5,529	<b>&lt;,001</b>
<b>P2</b>	,824	,578	,127	6,497	<b>&lt;,001</b>
<b>P1</b>	,948	,642	,136	6,969	<b>&lt;,001</b>
<b>K38</b>	1,000	,482			
<b>K37</b>	,657	,352	,173	3,795	<b>&lt;,001</b>
<b>K31</b>	1,052	,465	,229	4,590	<b>&lt;,001</b>
<b>K30</b>	1,245	,577	,241	5,169	<b>&lt;,001</b>
<b>K27</b>	1,024	,425	,236	4,334	<b>&lt;,001</b>
<b>K26</b>	1,432	,526	,290	4,930	<b>&lt;,001</b>
<b>K20</b>	1,034	,509	,214	4,837	<b>&lt;,001</b>
<b>K10</b>	1,209	,490	,255	4,733	<b>&lt;,001</b>
<b>K7</b>	,681	,273	,219	3,107	<b>0,002</b>
<b>K4</b>	,788	,371	,200	3,937	<b>&lt;,001</b>
<b>M41</b>	1,000	,390			
<b>M36</b>	,658	,542	,145	4,526	<b>&lt;,001</b>
<b>M33</b>	1,481	,752	,295	5,017	<b>&lt;,001</b>
<b>M16</b>	1,334	,759	,265	5,025	<b>&lt;,001</b>
<b>M9</b>	,443	,254	,154	2,881	<b>0,004</b>
<b>M6</b>	1,420	,630	,297	4,786	<b>&lt;,001</b>

**Model Uyum indeks değerleri:** CMIN /df=1,912; RMSEA=,066 SRMR=,084

DFA sonuçlarına göre alt boyutların genel puan üzerindeki etkileri incelendiğinde; en etkili boyutun Planlama-Hazırlık alt boyutu olduğu görülmüştür. Alt boyut puanlarının ölçek toplam puanı ve kendi aralarındaki korelasyonuna bakıldığında; toplam puanla anlamlı düzeyde en yüksek ilişkinin Planlama-Hazırlık alt boyutu arasında olduğu, alt boyutların kendi arasında ise anlamlı düzeyde zayıf ilişki olduğu görülmüştür. (Tablo 23)

**Tablo 23.** Alt boyut puanlarının kendi arasında ve ölçek toplam puanı ile korelasyon değerleri DFA sonucuna göre alt boyutlarının toplam puan üzerine etkisi.

Alt Boyutlar	Planlama-Hazırlık	Kaçınma	Manevi-Olumlu	Genel	Toplam puan üzerine etki katsayısı (Beta)
Planlama-Hazırlık	1	,220 ,001*	,317 <,001*	,841 <,001*	,646**
Kaçınma		1	,162 ,019*	,609 <,001*	,492**
Manevi-Olumlu			1	,537 <,001*	,401**

\*Spearman korelasyonu; anlamlılık değeri <,005

\*\*DFA sonucu elde edilen etki katsayısı

Ölçeğin “ölçüte dayalı geçerlik” incelemesinde “eşzaman geçerliği” için yapılan analizlerde Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri ile arasında anlamlı olarak pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur ( $r=,429$ ;  $p<,001$ ). Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanterinin genel ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri Tablo 24’te gösterilmiştir.

**Tablo 24.** DOBCO ve SBTE'nin genel ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri.

	<b>DOBCO Genel</b>	<b>Planlama-hazırlık</b>	<b>Kaçınma</b>	<b>Manevi-olumlu başa çıkma</b>
<b>SBTE Genel</b>	,429 <,001**	,348 <,001*	,197 ,004**	,478 <,001**
<b>Dine sığınma</b>	,359 <,001**	,151 ,029**	,166 ,016**	,655 <,001**
<b>Dış yardım arama</b>	,399 <,001**	,460 <,001**	,136 ,048**	,176 ,010**
<b>Aktif planlama</b>	,189 ,006**	,190 ,006*	-,042 ,547**	,214 ,002**
<b>Kaçma-soyutlama (duygusal-eylemsel)</b>	,319 <,001**	,163 ,018**	,335 <,001**	,268 <,001**
<b>Kaçma-soyutlanma (biyokimyasal)</b>	,013 ,848**	-,056 ,420**	,132 ,055**	-,001 ,984**
<b>Kabul-bilişsel yeniden yapılanma</b>	,116 ,093**	,022 ,756**	,050 ,467**	,267 <,001**

\*Pearson korelasyonu; anlamlılık değeri p<,05

\*\*Spearman korelasyonu; anlamlılık değeri p<,05

#### 4.8. “Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (DOBCO)” Tanımlayıcı İstatistikleri

Katılımcıların “Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği” alt boyutlarının aritmetik ortalama puanlarının ortalamasına göre gebelerin en çok Manevi-Olumlu Başa Çıkma tutumunu; en az Kaçınmacı başa çıkma tutumunu kullandıkları görülmüştür. (Aritmetik ortalama puanı ortalamaları; Planlama-Hazırlık=2,23±0,65; Kaçınma=1,16±0,54; Manevi-Olumlu Başa Çıkma=2,76±0,60). DOBCO genel ve alt boyut toplam puanları trimesterlere göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark görülmemiştir. Katılımcıların “Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği” ile değerlendirmelerine ait bulgular Tablo 25 ve Tablo 26’da gösterilmiştir.

**Tablo 25.** Katılımcıların “Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği” alt grup ve toplam puanları.

	<b>Ortalama ± SS</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Min.-Max.</b>
<b>Planlama-Hazırlık</b>	33,56 ± 9,86	34	6-60
<b>Kaçınma</b>	12,78 ± 5,98	12	0-38
<b>Manevi-Olumlu Başa Çıkma</b>	16,57 ± 3,64	16	2-24
<b>Toplam</b>	62,92 ± 14,29	63	20-105

**Tablo 26.** Katılımcıların “Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği” alt grup ve toplam puanlarının üç trimestere göre dağılımı.

	1.Trimester (s=41)	2.Trimester (s=95)	3.Trimester (s=75)	<i>p</i>
	Ortanca 25-75. persentil	Ortanca 25-75. persentil	Ortanca 25-75. persentil	
<b>Planlama- Hazırlık</b>	33,0 25,5-40,5	32,0 28,0-40,0	34,0 29,9-40,0	,421
<b>Kaçınma</b>	13,0 9,5-18,5	12,0 8,0-16,0	13,0 10,0-17,0	,129
<b>Manevi- Olumlu Başa Çıkma</b>	16,0 14,0-19,0	17,0 15,0-19,0	17,0 15,0-20,0	,466
<b>Toplam</b>	63,0 56,5-73,0	62,0 54,0-71,0	64,0 57,0-72,0	,343

Kruskal Wallis Testi; anlamlılık değeri  $p<,05$

#### 4.9. Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değişkenlere Göre Karşılaştırmalı Analizleri

##### 4.9.1. Ölçeğin toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırmalı analizi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerindeki değişkenlere göre ölçek toplamı ve alt boyutlarından alınan toplam puanlar karşılaştırıldığında:

- Katılımcıların yaşı arttıkça ölçek toplam puanının ve Planlama-Hazırlık alt boyutundan alınan puanın azaldığı görülmüştür (sırasıyla Spearman korelasyon katsayısı  $-,205$ ;  $p=,003$  ve Pearson korelasyon katsayısı  $-,242$ ;  $p<,001$ ). Katılımcıların yaşı ile Kaçınma ve Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

- Eğitimi durumu lise üzeri olan katılımcıların lise ve altı olanlara göre Planlama-Hazırlık alt boyutundan anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür (Tablo 28).
- Katılımcıların çalışma durumlarına bakıldığında çalışma hayatını gebelikten dolayı bırakan gebelerin, çalışmayan gebelere göre ölçek toplam puanının ve Planlama-Hazırlık alt boyutundan alınan puanın anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 27 ve 28). Ayrıca çalışma hayatını gebelikten dolayı bırakan gebelerin, çalışan gebelere ve çalışmayan gebelere göre Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutundan anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür (Tablo 28).
- Kendine ait aylık düzenli geliri olmayan gebeler, Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutundan kendine ait aylık düzenli geliri olan gebelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır (Tablo 28).
- Katılımcıların yaşadığı evdeki kişi sayısı arttıkça ölçek toplam puanının ve Planlama-Hazırlık alt boyutundan alınan puanın azaldığı görülmüştür (sırasıyla Spearman korelasyon katsayıları -,167; p=,015 ve -,322; p<,001). Yaşadıkları evdeki kişi sayısı arttıkça Manevi-Olumlu başa çıkma alt boyutundan alınan puanın ise arttığı görülmüştür (Spearman korelasyon katsayısı ,138; p=,045).
- Eşi çalışan gebeler çalışmayan gebelere göre Kaçınma alt boyutundan anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır (Tablo 28).
- Ailenin aylık toplam geliri  $\geq 10$  bin TL olan katılımcıların  $< 10$  bin TL olan katılımcılara göre Planlama-Hazırlık alt boyutundan aldıkları puanın anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 28).

**Tablo 27.** DOBCO toplam puanının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.

		Sayı	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (25-75. Persentil)	<i>p</i>
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise ve altı	78	61,78 $\pm$ 13,70	62,0 (54,0-70,0)	,375*
	Lise üstü	133	63,59 $\pm$ 14,64	63,0 (56,0-73,0)	
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	83	62,55 $\pm$ 15,88	64,0 (54,0-74,0)	,017***
	Çalışmıyor	99	61,26 $\pm$ 12,63	61,0 (55,0-68,0)	
	Gebelikten dolayı bırakmış	29	69,65 $\pm$ 13,35	69,0 (63,0-77,0)	
<b>Kendine ait aylık düzenli gelir</b>	Var	99	62,26 $\pm$ 15,52	64,0 (54,0-73,0)	,533*
	Yok	112	63,50 $\pm$ 13,15	62,5 (56,0-70,0)	
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek	197	62,78 $\pm$ 14,39	63,0 (55,0-72,0)	,995**
	Geniş	14	64,85 $\pm$ 13,15	61,5 (56,0-67,0)	
<b>Yaşadığı evdeki kişi sayısı</b>	2 kişi	103	64,99 $\pm$ 14,52	64,0 (57,0-77,0)	,011**
	>2 kişi	108	60,95 $\pm$ 13,85	61,0 (54,0-67,5)	
<b>Eşin eğitim durumu</b>	Lise ve altı	87	63,59 $\pm$ 14,71	63,0 (55,0-73,0)	,745**
	Lise üstü	124	62,45 $\pm$ 14,03	63,0 (55,0-71,5)	
<b>Eşin çalışma durumu</b>	Çalışıyor	206	63,00 $\pm$ 14,39	63,0 (55,0-72,0)	,384**
	Çalışmıyor	5	59,40 $\pm$ 9,23	54,0 (53,0-65,0)	
<b>Ailenin aylık toplam geliri</b>	<10 bin TL	65	62,18 $\pm$ 14,77	62,0 (54,0-71,0)	,617*
	$\geq$ 10 bin TL	146	63,25 $\pm$ 14,11	63,0 (56,0-72,0)	

\*Independent-Samples T Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

\*\*Mann Whitney U Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

\*\*\*Kruskal-Wallis Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$  (Gruplar arası analizde Bonferroni düzeltmesi sonrası Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır)

**Tablo 28.** DOBCO alt boyut puanlarının sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması.

Sayı (s)			Planlama-Hazırlık		Kaçınma		Manevi-Olumlu Başa Çıkma	
			Ortanca (25-75. Persentil)	p	Ortanca (25-75. Persentil)	p	Ortanca (25-75. Persentil)	p
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise ve altı	78	30,5 (26,0-37,0)	<b>,034*</b>	12,0 (8,0-16,0)	<b>,850*</b>	17,0 (15,0-20,0)	<b>,356*</b>
	Lise üstü	133	34,0 (29,0-41,0)		13,0 (10,0-16,0)		16,0 (15,0-19,0)	
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	83	34,0 (28,0-41,0)	<b>,025**</b>	12,0 (9,0-16,0)	<b>,346**</b>	16,0 (13,0-19,0)	<b>,001**</b>
	Çalışmıyor	99	31,0 (27,0-37,0)		12,0 (8,0-16,0)		16,0 (15,0-20,0)	
	Gebelikten dolayı bırakmış	29	37,0 (30,0-42,0)		14,0 (10,0-19,0)		19,0 (17,0-21,0)	
<b>Kendine ait aylık düzenli gelir</b>	Var	99	34,0 (29,0-41,0)	<b>,212*</b>	12,0 (8,0-16,0)	<b>,416*</b>	16,0 (13,0-19,0)	<b>,010*</b>
	Yok	112	33,0 (27,5-39,0)		13,0 (9,0-16,5)		17,0 (15,0-20,0)	
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek	197	34,0 (28,0-40,0)	<b>,964*</b>	12,0 (9,0-16,0)	<b>,908*</b>	16,0 (15,0-19,0)	<b>,788*</b>
	Geniş	14	31,5 (29,0-36,0)		12,5 (8,0-16,0)		16,5 (15,0-19,0)	
<b>Yaşadığı evdeki kişi sayısı</b>	2 kişi	103	36,0 (30,0-43,0)	<b>&lt;,001*</b>	12,0 (9,0-16,0)	<b>,626*</b>	16,0 (14,0-19,0)	<b>,150*</b>
	>2 kişi	108	30,0 (25,5-36,0)		13,0 (9,0-16,0)		17,0 (15,0-20,0)	
<b>Eşin eğitim durumu</b>	Lise ve altı	87	34,0 (27,0-40,0)	<b>,634*</b>	13,0 (8,0-17,0)	<b>,768*</b>	17,0 (15,0-20,0)	<b>,091*</b>
	Lise üstü	124	34,0 (28,5-40,0)		12,0 (10,0-15,5)		16,0 (14,0-19,0)	
<b>Eşin çalışma durumu</b>	Çalışıyor	206	34,0 (28,0-40,0)	<b>,804*</b>	13,0 (9,0-16,0)	<b>,004*</b>	16,0 (15,0-19,0)	<b>,421*</b>
	Çalışmıyor	5	33,0 (28,0-40,0)		7,0 (6,0-7,0)		17,0 (17,0-19,0)	
<b>Ailenin aylık toplam geliri</b>	<10 bin TL	65	30,0 (26,0-37,0)	<b>,018*</b>	13,0 (9,0-18,0)	<b>,330*</b>	17,0 (15,0-20,0)	<b>,086*</b>
	≥10 bin TL	146	34,5 (29,0-41,0)		12,0 (9,0-16,0)		16,0 (14,0-19,0)	

\*Mann Whitney U Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

\*\*Kruskal-Wallis Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$  (Gruplar arası analizde benferroni düzeltmesi sonrası Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır)

#### 4.9.2. Ölçeğin toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların sağlık durumları ile karşılaştırmalı analizi

Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili değişkenlere göre ölçek toplamı ve alt boyutlarından alınan toplam puanlar karşılaştırıldığında; alkol kullanan gebelerin Manevi-Olumlu Başa Çıkma al boyutundan aldıkları puan alkol kullanmayan gebelere göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Tablo 30). Katılımcıların sağlık durumlarına ait özellikleri ile ölçek toplam puanı arasındaki ilişki Tablo 29’da ölçek alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo 30’da gösterilmiştir.

**Tablo 29.** DOBCO toplam puanının sağlık durumu ile ilgili veriler ile karşılaştırılması.

		Sayı	Ortanca (25-75. persentil)	<i>p</i>
<b>Bilinen kronik hastalık</b>	Var	27	63,0 (57,0-73,0)	,821*
	Yok	184	63,0 (55,0-71,5)	
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>	Var	21	67,0 (58,0-73,0)	,369*
	Yok	190	63,0 (55,0-71,0)	
<b>Sigara kullanım durumu</b>	Hiç kullanmamış	142	64,0 (56,0-73,0)	,096**
	Ara sıra kullanıyor	23	64,0 (59,0-77,0)	
	Düzenli kullanıyor	9	59,0 (49,0-67,0)	
	Bırakmış	37	60,0 (53,0-64,0)	
<b>Alkol kullanım durumu</b>	Kullanıyor	8	57,0 (45,0-67,5)	,202*
	Kullanmıyor	203	63,0 (55,0-73,0)	

\*Mann Whitney U Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

\*\*Kruskal-Wallis Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

**Tablo 30.** DOBCO alt boyut puanlarının sağlık durumu ile ilgili veriler ile karşılaştırılması.

			Planlama-Hazırlık		Kaçınma		Manevi-Olumlu Başa Çıkma	
			Ortanca (25-75. persentil)	p	Ortanca (25-75. persentil)	p	Ortanca (25-75. persentil)	p
<b>Bilinen kronik hastalık</b>	Var	27	36,0 (27,0-40,0)	,738*	13,0 (8,0-16,0)	,965*	16,0 (14,0-19,0)	,217*
	Yok	184	33,5 (28,0-40,0)		12,0 (9,0-16,0)		17,0 (15,0-20,0)	
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>	Var	21	36,0 (30,0-41,0)	,322*	13,0 (9,0-16,0)	,971*	16,0 (14,0-19,0)	,856*
	Yok	190	34,0 (28,0-40,0)		12,0 (9,0-16,0)		16,0 (15,0-19,0)	
<b>Sigara kullanım durumu</b>	Hiç kullanmamış	142	34,0 (28,0-41,0)	,127**	12,0 (9,0-16,0)	,345**	17,0 (15,0-20,0)	,337**
	Ara sıra kullanıyor	23	35,0 (29,0-44,0)		14,0 (10,0-19,0)		16,0 (14,0-19,0)	
	Düzenli kullanıyor	9	27,0 (18,0-38,0)		12,0 (8,0-21,0)		16,0 (14,0-17,0)	
	Bırakmış	37	33,0 (28,0-35,0)		12,0 (8,0-15,0)		16,0 (14,0-18,0)	
<b>Alkol kullanım durumu</b>	Kullanıyor	8	35,5 (30,5-39,0)	,541*	12,5 (4,5-17,0)	,685*	11,5 (6,0-13,0)	<,001*
	Kullanmıyor	203	34,0 (28,0-40,0)		12,0 (9,0-16,0)		17,0 (15,0-20,0)	

\*Mann Whitney U Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

\*\*Kruskal-Wallis Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

#### **4.9.3. Ölçeğin toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların obstetrik öykü ve gebelik özellikleri ile karşılaştırmalı analizi**

Katılımcıların obstetrik öykülerine göre ölçek toplamı ve alt boyutlarından alınan puanlar karşılaştırıldığında; gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça Planlama-Hazırlık alt boyutundan alınan puanın anlamlı düzeyde azaldığı, Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutundan alınan puanın anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür (Tablo 31). Gebeliği planlı olan gebelerin Planlama-Hazırlık alt boyutundan aldıkları puan gebeliği planlı olmayan gebelere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 33).

**Tablo 31.** DOBCO toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların obstetrik öykülerine ait veriler ile korelasyon değerleri.

	<b>Genel</b>	<b>Planlama- Hazırlık</b>	<b>Kaçınma</b>	<b>Manevi- Olumlu Başa Çıkma</b>
<b>Gebelik sayısı</b>	-,088 ,204	-,279 <,001	,098 ,155	,192 ,005
<b>Doğum sayısı</b>	-,132 ,056	-,306 <,001*	,073 ,291	,179 ,009*
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>	-,118 ,087	-,293 <,001	,072 ,298	,191 ,005*
<b>Düşük ve/veya kürtaj sayısı</b>	,045 ,516	-,088 ,204	,126 ,067	,103 ,136
<b>Gebelik haftası</b>	,064 ,355	,070 ,310	,027 ,696	,078 ,261

Spearman korelasyonu; anlamlılık değeri  $p < ,05$

**Tablo 32.** DOBCO toplam puanının katılımcıların gebelik özellikleri ile ilgili veriler ile karşılaştırılması.

		<b>Sayı</b>	<b>Ortanca (25-75. persentil)</b>	<b>p</b>
<b>Planlık gebelik</b>	Evet	163	63,0 (55,0-73,0)	,385
	Hayır	48	61,5 (53,0-69,5)	
<b>Gebelik özelliği</b>	Tekil gebelik	205	63,0 (55,0-72,0)	,176
	Çoğul gebelik	6	68,5 (62,0-78,0)	
<b>Önceki gebelikte sorun</b>	Var	56	63,6 (56,5-71,0)	,179
	Yok	63	60,0 (53,0-68,0)	
<b>Şimdiki gebelikte sorun</b>	Var	21	63,0 (57,0-73,0)	,780
	Yok	190	63,0 (55,0-72,0)	

Mann-Whitney U Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

**Tablo 33.** DOBCO alt boyut puanlarının katılımcıların gebelik özellikleri ile ilgili veriler ile karşılaştırılması.

	Sayı(s)	Planlama-Hazırlık		Kaçınma		Manevi-Olumlu Başa Çıkma	
		Ortanca (25-75. persentil)	<i>p</i>	Ortanca (25-75. persentil)	<i>p</i>	Ortanca (25-75. persentil)	<i>p</i>
<b>Planlık gebelik</b>	Evet	163	,012	12,0 (9,0-15,0)	,061	17,0 (15,0-20,0)	,429
	Hayır	48		14,0 (9,0-19,0)		16,0 (14,5-19,0)	
<b>Gebelik özelliği</b>	Tekil gebelik	205	,317	12,0 (9,0-16,0)	,226	16,0 (15,0-19,0)	,198
	Çoğul gebelik	6		15,5 (15,0-17,0)		19,0 (15,0-21,0)	
<b>Önceki gebelikte sorun</b>	Var	56	,705	13,5 (10,5-15,5)	,253	17,5 (15,0-20,0)	,505
	Yok	63		12,0 (8,0-16,0)		16,0 (15,0-20,0)	
<b>Şimdiki gebelikte sorun</b>	Var	21	,783	14,0 (11,0-16,0)	,299	16,0 (15,0-19,0)	,797
	Yok	190		12,0 (9,0-16,0)		16,5 (15,0-19,0)	

Mann-Whitney U Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

#### **4.9.4. Ölçeğin toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların sosyal destek durumları ile karşılaştırmalı analizi**

Katılımcıların sosyal destek varlığına göre ölçek toplamı ve alt boyutlarından alınan puanlar karşılaştırıldığında; sosyal desteği olduğunu ifade eden gebeler ile olmadığını ifade eden gebeler arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Mann-Whitney U Testi; Planlama-Hazırlık alt boyutu için  $p = ,683$ , Kaçınma alt boyutu için  $p = ,517$ , Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutu için  $p = ,325$ , ölçek toplamı için  $p = ,786$ ). Sosyal destek görülen kimseler olarak belirtilen eş, kendi ailesi, eşin ailesi ve arkadaş seçeneklerinden her birini seçen ve seçmeyen gebeler arasında da ölçek toplamı ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

#### **4.10. Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Form Bulguları ile Karşılaştırmalı Analizi**

Çalışmamızda anne ruh sağlığını değerlendirmek amacıyla Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Form gebelik döneminde ve doğum yapan kadınlarda doğum sonrası 4-6. hafta itibari ile uygulanmıştır.

##### **4.10.1. DOBCO toplam ve alt boyut puanlarının gebelik dönemi RSS-KF bulguları ile karşılaştırmalı analizi**

Katılımcıların DOBCO Kaçınma alt boyutundan aldıkları puan arttıkça RSS-KF toplam puanı ve tüm alt boyutlarından alınan puanların azaldığı görülmüştür. Katılımcıların DOBCO Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutundan aldıkları puan arttıkça RSS-KF toplam puanı, sosyal iyi oluş ve psikolojik iyi oluş alt boyutlarından alınan puanın arttığı görülmüştür. DOBCO Planlama-Hazırlık alt boyutu ve DOBCO toplam puanı ile RSS-KF toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 34).

**Tablo 34.** DOBCO genel ve alt boyutları ile RSS-KF genel ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri.

	<b>DOBCO Genel</b>	<b>Planlama-Hazırlık</b>	<b>Kaçınma</b>	<b>Manevi-Olumlu Başa Çıkma</b>
<b>RSS-KF Genel</b>	,000 ,997	,102 ,138	-,310 <,001	,201 ,003
<b>Duygusal iyi oluş</b>	-,061 ,374	,110 ,110	-,327 <,001	,052 ,454
<b>Sosyal iyi oluş</b>	,014 ,843	,046 ,510	-,166 ,016	,188 ,006
<b>Psikolojik iyi oluş</b>	,015 ,833	,112 ,104	-,323 <,001	,197 ,004

Spearman korelasyonu; anlamlılık değeri  $p < ,05$

Katılımcıların RSS-KF ile değerlendirilmeleri sonucu oluşan üç iyilik hali grubu arasında DOBCO toplam puanı ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; toplam puan açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Kruskal-Wallis Testi  $p = ,197$ ). İyilik hali grubunda değerlendirilen gebelerin, normal ruh sağlığı grubunda değerlendirilen gebelere göre Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutundan anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Ayrıca iyilik hali düzeyi ile Kaçınma alt boyutundan alınan puan arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 35).

**Tablo 35.** DOBCO alt boyut puanlarının katılımcıların iyilik hali grubuna göre karşılaştırılması.

Sayı(s)	Planlama-Hazırlık		Kaçınma		Manevi-Olumlu Başa Çıkma	
	Ortanca (25-75. Persentil)	<i>p</i>	Ortanca (25-75. Persentil)	<i>p</i>	Ortanca (25-75. Persentil)	<i>p</i>
<b>İyi olmama hali</b> 6	41,5 (19,0-46,0)	,548	23,5 (20,0-26,0)	<,001	18,0 (14,0-21,0)	,011
<b>Normal ruh sağlığı</b> 92	33,0 (28,0-39,0)		14,0 (11,0-17,5)		16,0 (13,0-18,5)	
<b>İyilik hali</b> 113	34,0 (28,0-41,0)		11,0 (8,0-14,0)		17,0 (15,0-20,0)	

Kruskal-Wallis Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$  (Gruplar arası analizde Bonferroni düzeltmesi sonrası Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır)

#### **4.10.2. DOBCO toplam ve alt boyut puanlarının doğum sonrası RSS-KF bulguları ile karşılaştırmalı analizi**

Doğum sonrası ruhsal durumu değerlendirilmiş olan 119 kişilik grup incelendiğinde katılımcıların DOBCO Kaçınma alt boyutundan aldıkları puan arttıkça RSS-KF toplam puanı, duygusal iyi oluş ve psikolojik iyi oluş alt boyut puanlarının azaldığı görülmüştür. DOBCO Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutundan alınan puan arttıkça RSS-KF toplam puanı, sosyal iyi oluş ve psikolojik iyi oluş alt boyutundan alınan puanın arttığı görülmüştür (Tablo 36).

**Tablo 36.** DOBCO genel ve alt boyutları ile doğum sonrası RSS-KF genel ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri.

	<b>DOBCO Genel</b>	<b>Planlama-Hazırlık</b>	<b>Kaçınma</b>	<b>Manevi-Olumlu Başa Çıkma</b>
<b>RSS-KF Genel</b>	-,019 ,836	,047 ,612	-,199 <b>,030</b>	,211 <b>,021</b>
<b>Duygusal iyi oluş</b>	-,116 ,209	-,002 ,984	-,186 <b>,043</b>	-,044 ,637
<b>Sosyal iyi oluş</b>	-,050 ,590	-,028 ,766	-,179 ,052	,223 <b>,015</b>
<b>Psikolojik iyi oluş</b>	,028 ,762	,123 ,182	-,226 <b>,013</b>	,245 <b>,007</b>

Spearman korelasyonu; anlamlılık değeri  $p < ,05$

Katılımcıların doğum sonrası RSS-KF ile değerlendirilmeleri sonucu oluşan üç iyilik hali grubu arasında DOBCO toplam puanı açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Kruskal-Wallis Testi  $p = ,707$ ). Üç iyilik hali grubu arasında da DOBCO alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Tablo 37).

**Tablo 37.** DOBCO alt boyut puanlarının katılımcıların doğum sonrası iyilik hali grubuna göre karşılaştırılması.

Sayı(s)	Planlama-Hazırlık		Kaçınma		Manevi-Olumlu Başa Çıkma	
	Ortanca (25-75. Persentil)	<i>p</i>	Ortanca (25-75. Persentil)	<i>p</i>	Ortanca (25-75. Persentil)	<i>p</i>
<b>İyi olmama hali</b> 7	30,0 (27,0-35,0)	,736	14,0 (8,0-21,0)	,148	15,0 (12,0-17,0)	,088
<b>Normal ruh sağlığı</b> 47	34,0 (29,0-39,0)		13,0 (10,0-18,0)		16,0 (14,0-19,0)	
<b>İyilik hali</b> 65	33,0 (28,0-40,0)		11,0 (8,0-15,0)		17,0 (15,0-20,0)	

Kruskal-Wallis Testi; anlamlılık değeri  $p < ,05$

## 5. TARTIŞMA

Gebelik dönemi, getirdiği birçok yenilik ve değişimin sonucunda kadın yaşamında stres ve ruhsal bozukluklar açısından kırılganlık oluşturan bir dönemdir ve kadınlar bu dönem ile baş etmek için farklı tutumlar sergilemektedir. Kadınların gebelik döneminde yaşadıkları stresin ve bu stresle baş etmek için sergiledikleri tutumların, annenin ve bebeğin sağlığı üzerinde hem erken hem de geç dönemde yol açtığı birçok olumsuz sonuç, kadınların bu dönem ile baş etme tutumlarını tespit edebilmenin önemini ortaya çıkarmaktadır.

Literatürde genel stresle başa çıkma tutumlarını tespit etmeye yönelik birçok ölçek bulunmakla beraber; ilk olarak 1999 yılında Yali ve Lobel tarafından geliştirilip, 2008 yılında Hamilton ve Lobel tarafından revize edilmiş olan “Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (Revised Prenatal Coping Inventory)” literatürde gebeliğe özgü başa çıkma tutumlarını tespit etmeye yönelik geliştirilmiş tek ölçektir. Biz de bu çalışma ile Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenilirlik analizlerini yapmayı ve doğum öncesi başa çıkma tutumları ile anne ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

### 5.1. Ölçeğin Güvenirlik ve Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda geçerlik güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçladığımız ölçek, 42 maddeden oluşmaktadır ve çalışmamız 211 katılımcı ile yürütülmüştür. Literatürde ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğü için değişken sayısı çok olmadığına 100-200 arasında bir sayının yeterli olduğu belirtilmekte; eğer az sayıda ama belirgin faktörler varsa örneklem büyüklüğünün değişken sayısından fazla olması şartıyla bu sayının 50 olabileceği ifade edilmektedir.<sup>82</sup> Genel bir kural olarak ise örneklem büyüklüğünün değişken (madde) sayısının en az 5-10 katı olması gerektiği belirtilmiştir.<sup>70,82</sup> Tüm bunlar göz önüne alındığında örneklem sayımızın “yeterli” olduğu görülmektedir.

Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada<sup>12</sup> geçerlik için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulanmıştır. AFA sırasında 10 madde (4 madde: herhangi bir faktöre en az 0,30 faktör yükü yükleyemediği için; 4 madde: zaman noktalarında tutarsız yüklendiği için; 2 madde: herhangi bir faktörün güvenilirliğine katkıda bulunmadığı için) elenmiştir. Ölçeğin faktör yapısı 32 madde üzerinden 3 faktör olarak (Planlama-Hazırlık: 15 madde, Kaçınma: 11 madde, Manevi-Olumlu Başa Çıkma: 6 madde) belirlenmiştir. Fakat faktör analizi sırasında elenen bu 10 madde orijinal ölçekten çıkarılmamış, ölçeğin uygulanacak versiyonu ölçek sahibi tarafından 42 madde olarak tarafımıza iletilmiştir.

Biz çalışmamızda ölçeği, ölçek sahibinin uygulanacak versiyon olarak tarafımıza ilettiği şekilde 42 madde olarak uyguladık. Analiz sırasında ise ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada ortaya konan 3 faktörlü 32 maddelik yapıyı doğrulamayı ve analizlerimizi 32 madde üzerinden gerçekleştirmeyi uygun gördük.

Ölçeğin diğer ülkelerdeki uyarlama çalışmaları incelendiğinde; İran'da yapılan bir uyarlama çalışmasında<sup>20</sup> ölçek 42 madde olarak kabul edilmiş, çeviri sırasında kültüre uygun olmadığı değerlendirilen 2 madde elenmiş, analizler 40 madde üzerinden gerçekleştirilmiştir. İran'da yapılan başka bir uyarlama çalışmasında<sup>21</sup> ve İspanya'da yapılan uyarlama çalışmasında<sup>18</sup> ise ölçek 32 madde olarak uygulanmış ve analizler bu 32 madde üzerinden gerçekleştirilmiştir. İtalya'da yapılan uyarlama çalışmasında<sup>19</sup> ise bizim çalışmamıza benzer şekilde ölçek 42 madde olarak uygulanmış fakat analizler 32 madde üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Görülüyor ki ölçek sahibinin 10 maddeyi analiz sırasında çıkartmasına rağmen ölçeğin uygulanacak versiyonundan çıkartmamış olması; ölçeğin başka kültürlerle uyarlanması sırasından birçok farklı uygulamaya sebebiyet vermiştir. Ölçek uyarlaması yapılacak bir ölçeğin kendi kültüründe geçerli ve güvenilir olduğunun kanıtlanmış olması gerekmektedir. Bu nedenle her ne kadar ölçeği önerildiği gibi 42 madde olarak uygulamış olsak da ölçeğin orijinal çalışmada geçerlik güvenilirliği 32 madde ile ortaya konmuş olduğundan biz de kararımızı analizleri 32 madde ile gerçekleştirme yönünde verdik.

### **5.1.1. Ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesi**

İç tutarlılığı değerlendirmek için hesaplanan Cronbach alfa katsayısının yorumlanmasında çeşitli yaklaşımlar olmakla beraber yaygın kabul gören yaklaşıma göre 0,50'den düşük değerler ölçeğin güvenilir olmadığını; 0,50 ile 0,60 arasındaki değerler zayıf güvenilirliği; 0,60 ile 0,70 arasında değerler kabul edilebilir güvenilirliği; 0,70 ile 0,90 arasındaki değerler iyi güvenilirliği; 0,90 ve üzeri değerler mükemmel güvenilirliği göstermektedir.<sup>92</sup> Bizim çalışmamızda hesaplanan Cronbach alfa değerleri ölçek geneli için 0,83; Planlama-Hazırlık alt boyutu için 0,84; Kaçınma alt boyutu için 0,68; Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutu için 0,70'dir. Bu da ölçeğin Kaçınma alt boyutu için kabul edilebilir, Planlama-Hazırlık ve Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutları ve ölçek geneli için iyi bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçek genelinde her üç trimestere göre hesaplanan Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,82, 0,86, 0,78'dir. Ölçek alt boyutlarında her üç trimestere göre hesaplanan Cronbach alfa değerleri ise Planlama-Hazırlık alt boyutu için sırasıyla 0,86, 0,85, 0,83; Kaçınma alt boyutu için sırasıyla 0,66, 0,72, 0,63; Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutu için sırasıyla 0,54, 0,70, 0,75'tir. Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada ise ölçek alt boyutlarında her üç trimestere göre hesaplanan Cronbach alfa değerleri Planlama-Hazırlık alt boyutu için sırasıyla 0,82, 0,85, 0,86; Kaçınma alt boyutu için sırasıyla 0,77, 0,79, 0,80; Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutu için sırasıyla 0,73, 0,78, 0,77'dir.<sup>12</sup> Bu sonuçlar Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutu için birinci trimesterde, Kaçınma alt boyutu için birinci ve üçüncü trimesterlerde hesaplanan Cronbach alfa değerlerinin orijinal çalışmadakilerden görece düşük; diğer değerlerin ise orijinal çalışmadakilere oldukça yakın olduğunu göstermektedir. Bazı alt boyutlardaki bu uyumsuzluğun ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak aynı örneklemin gebeliğin üç farklı döneminde değerlendirilmiş olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Bu sonuçların yanında ölçeğin orijinal çalışmasında zamandan bağımsız olarak, bizim çalışmamızda da hem zamandan hem kişilerden bağımsız olarak trimestere göre en tutarlı alt boyutun Planlama-Hazırlık olduğu görülmektedir.

Ölçeğin zamana göre değişmezliğini ölçen test-tekrar test uygulamasında ölçekten alınan genel puanlar arasında korelasyon katsayısı 0,71'dir ve pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğunu göstermektedir. Ölçek alt boyutları arasındaki korelasyon katsayıları ise Planlama-Hazırlık alt boyutu için 0,67 (pozitif yönde orta düzeyde ilişki), Kaçınma alt boyutu için 0,69 (pozitif yönde orta düzeyde ilişki), Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutu için 0,81 (pozitif yönde yüksek yüksek düzeyde ilişki)'dir. Bu yöntemde bir ölçeğin kararlılık gösterdiğinin kabulü için korelasyon katsayısının en az 0,70 olması beklenmektedir.<sup>70</sup> Çalışmamızın sonucuna göre Planlama-Hazırlık ve Kaçınma alt boyutlarının korelasyon katsayısı görece düşük olsa da genel anlamda ölçeğin zamana göre değişmez olduğunu yani kararlı olduğunu söyleyebiliriz.

Test-tekrar test uygulamasında puanlama tutarlılığını değerlendirmek amacıyla hesaplanan ICC değerleri genel puan için 0,82, Planlama-Hazırlık alt boyutu için 0,79, Kaçınma alt boyutu için 0,79, Manevi-Olumlu Başa Çıkma alt boyutu için 0,87'dir. ICC değerinin 0,75-0,90 arasında olması iyi bir güvenilirlik değeri olarak kabul edilmektedir.<sup>79</sup> Çalışmamızın sonucuna göre ölçeğin genel ve alt boyutlarının iyi bir güvenilirliğe sahip olduğunu söyleyebiliriz.

### **5.1.2. Ölçeğin geçerliğinin değerlendirilmesi**

Ölçek uyarlama çalışmalarında yapı geçerliğini değerlendirmek için kullanılan faktör analizi yöntemlerinden hangisinin seçilmesi gerektiği konusunda farklı görüşler olmakla birlikte; uyarlama çalışmalarında ölçek maddelerin yapısı hakkında var olan bir hipotezin sınanması amaçlandığından Doğrulayıcı Faktör Analizi uygulanmasını öneren görüşler daha ön plandadır.<sup>81,84</sup> Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada Açımlayıcı Faktör Analizi yapıp "Planlama-Hazırlık", "Kaçınma", "Manevi-Olumlu Başa Çıkma" olmak üzere 3 faktörlü yapı belirlenmiştir. Biz de çalışmamızda bu yapının doğrulanmasını amaçladığımız için Doğrulayıcı Faktör Analizi yöntemi kullanmayı uygun gördük.

Çalışmamızda orijinal ölçeğin 3 boyutlu modelinin doğrulanmasında maksimum olabirlik tahmin yöntemi (maximum likelihood estimates) kullanılmış ve modelde yer alan tüm maddeler standardize edilmiştir (tahmin katsayısı= $\beta$  değeri); model uyum indeksi olarak da CMIN/df, RMSEA, SRMR değerleri dikkate alınmış, kabul edilebilir sınırlarda olduğu saptanmıştır (Tablo 21). Çalışmamızda ölçeğin orijinalindeki 3 faktörlü (alt boyutlu) modeli doğrulanmıştır.

Ölçeğin Kaçınma alt boyutunda yer alan 18.maddesi dışındaki tüm maddelerin tahmin edilen katsayıları ( $\beta$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kaçınma alt boyutunda yer alan 18.madde “Ne sıklıkla doğumu düşünmemeye çalıştınız?” şeklindedir ve “düşünmemeye çalışmak” ibaresinin sorunun anlaşılmasını zorlaştırarak bu sonuçta etkili olmuş olabileceğini düşünüyoruz. Bu maddenin ölçekten çıkarılması sonrası Kaçınma alt boyutuna ilişkin hesaplanan Cronbach alfa değeri ,68’den ,71’e çıkmaktadır fakat ölçek toplamına ilişkin Cronbach alfa değerinde değişiklik olmamaktadır (sırasıyla  $\alpha = ,83$ ;  $\alpha = ,83$ ). Ayrıca bu madde çıkarıldıktan sonra tekrarladığımız DFA sonucunda model uyum indeksleri yine kabul edilebilir sınırlardadır fakat öncekine göre CMIN/df ve RMSEA değerlerinin kabul edilebilir sınırdan bir miktar uzaklaştığı, SRMR değerinin ise değişmediği görülmüştür (Tablo 21 ve 22). Bu değerlendirmeler sonucunda maddenin çıkartılması ölçeğin geçerliğine büyük bir katkı sağlamadığından, orijinal yapıyı da korumak adına maddenin ölçekten çıkartılmamasının daha uygun olabileceğine karar verildi. Ancak ifadenin “Ne sıklıkla doğumu düşünmekten kaçındınız?” şeklinde değiştirilmesinin maddenin anlaşılabilirliğini artırabileceğini düşünmekteyiz. Bu ölçek ile yapılacak sonraki çalışmalarda madde bu şekilde ifade edilerek ölçeğin geçerliği yeniden değerlendirilebilir.

Ölçeğin başka ülkelerde gerçekleştirilmiş olan uyarlama çalışmalarında geçerlik için farklı faktör analizi yöntemleri kullanılmıştır. İran’da<sup>20</sup>, İspanya’da<sup>18</sup> ve Kuzey Amerika’da<sup>93</sup> AFA yöntemi; İran’da başka bir çalışmada<sup>21</sup> ve İtalya’da<sup>19</sup> ise bizim çalışmamıza benzer şekilde DFA yöntemi kullanılmıştır. İran çalışmasında DFA sırasında 6 madde (P15, K8, K9, K10, K11, M6) t değeri  $<2$  olduğu için elenerek 26 maddelik yapı doğrulanmıştır.<sup>21</sup> İtalya çalışmasında DFA sırasında ise 3 madde (K7: başka maddelerle korelasyon gösterdiğinden, P39 ve M9: iki faktöre birden uyum sağladığından) elenerek 29 maddelik yapı doğrulanmıştır.<sup>19</sup> Bizim çalışmamızda ise DFA sonucunda tek bir maddede (K18) yapıdan çıkarılıp çıkarılmama konusunda

yeniden değerlendirilmiş ve çıkarılmama kararı alınmıştır. Böylelikle çalışmamızın diğer ülkelerdeki uyarlama çalışmalarına göre ölçeğin orijinal faktör yapısına oldukça yakın bir geçerlik gösterdiğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda ölçeğin “ölçüte dayalı geçerlik” incelemesinde “eşzaman geçerliği” yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde eş zamanlı uygulanacak ölçeğin aynı kavramı ölçtüğü düşünülen benzer bir ölçek olması beklenmektedir.<sup>70</sup> Türkçe’de başa çıkma tutumlarını ölçen gebeliğe özgü bir ölçek bulunmaması nedeniyle gebeliğin stresli bir dönem olduğu kabulü ile bireylerin stres durumlarındaki başa çıkma tutumlarını ölçmeye yönelik olarak geliştirilmiş, Türkçede geçerli güvenilir olduğu kanıtlanmış, 43 maddeden ve 6 alt faktörden (aktif planlama, dış yardım arama, dine sığınma, kaçma-soyutlama, kaçma-soyutlanma, kabul-bilişsel yeniden yapılanma) oluşan “Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri” kullanılmıştır. Ölçeğin genel ve alt boyut puanları ile Türkçeye uyarlanan ölçeğin genel ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir. Genel puanlar arasında pozitif yönde orta düzey anlamlı ilişki, ilgili alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf ve orta düzey anlamlı ilişki mevcuttur (Tablo 24). Bu da eşzaman geçerliği için doğru bir ölçek seçimi yaptığımızı göstermekle beraber gebelik döneminin stres oluşturan bir dönem olduğunun da başka bir ispatıdır.

Sonuç olarak çalışmamızda Doğum Öncesi Başa Çıkma Ölçeğinin 32 madde ile Türkçe’de güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu gösterilmiştir.

## **5.2. Gebelerin Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumlarının ve Başa Çıkma Tutumlarını Etkileyen Özelliklerin Değerlendirilmesi**

Çalışmamızda ASM’ye antenatal bakım için başvuran gebeler trimesterlerine ve risk durumlarına bakılmaksızın çalışmaya davet edilmiştir. Toplam 211 gebenin 41’i birinci, 95’i ikinci, 75’i üçüncü trimesterindeyken çalışmaya dahil edilmiştir. Her ne kadar trimestere göre gebe sayılarında homojen bir dağılım sağlanamamış olsa da katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sağlık durumları ile ilgili özellikleri, obstetrik öyküleri, mevcut gebelik özellikleri, sosyal destek varlığı durumları ve ruhsal durum özelliklerinde trimesterler arasında anlamlı bir fark yoktur. Bu da başa çıkma

tutumları açısından trimestere göre karşılaştırma yapmanın güvenilir olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışma, 25. gebelik haftasından erken dönemde olan, farklı tıbbi risklere sahip 321 gebe kadın ile gebeliğin erken, orta ve geç dönemlerinde üç kez görüşme yapılarak gerçekleştirilmiştir.<sup>12</sup> Aynı örneklem grubunun gebeliğin üç farklı döneminde değerlendirilmesi, başa çıkma tutumlarının zaman içindeki değişimi gözlemlene fırsatı sunmaktadır ve bizim çalışmamızda bu fırsatın oluşmaması çalışmanın bir sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

Ölçeğin İran’da yapılan bir uyarlama çalışması<sup>21</sup>, 25-30. gebelik haftasında bulunan gebeler ile; İspanya’da yapılan uyarlama çalışması<sup>18</sup> ise doğum sonrası 2-4. gününde olan kadınlar ile yürütülmüştür. Ölçeğin İran’da yapılan başka bir uyarlama çalışması<sup>20</sup> ve İtalya’da yapılan uyarlama çalışması<sup>19</sup> ise bizim çalışmamıza benzer şekilde her üç trimester gebeleri de içeren 210 ve 211 kişilik örneklemelerde yürütülmüştür. Bizim çalışmamızda her üç trimesterdeki gebelerin dahil edilmiş olması, orijinal çalışmadaki aynı örneklem grubunu zamana göre inceleme fırsatını veremese de başa çıkma tutumlarının gebelik dönemine göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirme fırsatı sunmaktadır.

Ölçeğin İran’da yapılan bir uyarlama çalışmasında ilk gebeliği olan 18-35 yaş arası kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.<sup>21</sup> Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada, İran’da yapılan başka bir uyarlama çalışmasında<sup>20</sup> ve İtalya’da yapılan uyarlama çalışmasında<sup>19</sup> ise bizim çalışmamızda olduğu gibi 18 yaş üstü kadınlar gebelik sayısı fark etmeksizin çalışmaya dahil edilmiştir. Bu durum başa çıkma tutumlarının yaşın artmasıyla ve gebelik sayısı ile ilişkili olup olmadığını gösterme imkanı sağlamaktadır.

Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışma<sup>12</sup> ile İspanya<sup>18</sup> ve İtalya’da<sup>19</sup> yapılan uyarlama çalışmaları üniversite hastanelerinde yürütülmüştür. İran’da<sup>21</sup> yapılan bir uyarlama çalışması ise Halk Sağlığı doğum öncesi kliniklerinde yürütülmüştür. Bu durum bizim çalışmamıza bu konuda Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılan ilk çalışma olma özelliğini vermektedir.

***Başta çıkma tutumları ve ilişkili faktörler:*** Araştırmamızda başta ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışma olmak üzere literatürde bu ölçeğin kullanıldığı çoğu çalışmada olduğu gibi gebelerin en çok Manevi-Olumlu Başa Çıkma tutumunu<sup>1,12,21,94</sup>,

en az ise Kaçınmacı Başa Çıkma tutumunu<sup>12,18,19,93,94</sup> kullandığı görülmüştür. Gebelik dönemine özgü araçlarla başa çıkma tutumlarını değerlendiren çalışmaları inceleyen bir meta-analizde ise başa çıkma tutumlarının kullanım sıklığı sırasıyla Planlama-Hazırlık, Manevi-Olumlu Başa Çıkma ve Kaçınma olarak tespit edilmiştir.<sup>95</sup>

Başa çıkma şartlara göre değişiklik gösterebilen dinamik bir süreç olduğundan<sup>60</sup> doğum öncesi başa çıkma tutumları gebeliğin erken, orta ve geç dönemlerinde farklılık gösterebilir. Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada bu görüşe uygun olarak Manevi-Olumlu Başa Çıkma gebeliğin erken ve orta dönemlerinde daha sık kullanılmış; Kaçınma yoluyla başa çıkmanın kullanımı gebelik dönemi ilerledikçe azalmıştır. Planlama-Hazırlık yoluyla başa çıkma sıklığı ise gebelik dönemlerine göre farklılık göstermemiştir.<sup>12</sup> Bizim araştırmamızda ise bu bulguların aksine trimesterlere göre her üç başa çıkma tutumunun kullanım sıklığında anlamlı bir değişiklik yoktur. Sonuçlardaki bu farklılığın orijinal çalışmada aynı örneklem grubunun tüm gebelik boyunca takip edilmiş olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Bizim araştırmamızda, gebelerin başa çıkma tutumları kesitsel olarak saptandığından; zaman içinde olabilecek değişimler hakkında fikir edinilememektedir.

Araştırmamızda gebelerin yaşı arttıkça Planlama-Hazırlık alt boyutundan aldıkları puanlar azalmıştır. Beklendiği gibi katılımcıların yaşı arttıkça gebelik sayıları ve doğum sayıları da artmıştır. Bu nedenle hem yaşın getirebileceği tecrübeler hem de daha önceden gebelik ve doğum deneyimi yaşamış olmanın Planlama-Hazırlık yoluyla başa çıkma ihtiyacını azaltmış olabileceği düşünülebilir. Borcharding tarafından ilk gebeliğini yaşayan sağlıklı kadınlar ile yürütülen bir çalışmada, araştırmamıza benzer şekilde genç yaşta Planlama-Hazırlık yoluyla başa çıkmanın arttığı gösterilmiştir.<sup>94</sup> Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada ve İspanya’da yapılan uyarlama çalışmasında ise bizim araştırmamızın aksine yaş ile başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.<sup>12,18</sup> Bu sonuçlar, Planlama-Hazırlık alt boyutundan alınan puandaki azalmanın sadece yaştan ziyade, yaş ile beraber gebelik ve doğum sayısındaki artış ve deneyimden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Araştırmamızda kadınların gebelik ve doğum sayısı arttıkça Planlama-Hazırlık yoluyla başa çıkma tutumu kullanımları azalmakta; Manevi-Olumlu Başa Çıkma tutumu kullanımları artmaktadır. Özellikle ilk kez gebelik ve doğum deneyimi yaşayacak olan kadınlar ile daha önce yaşamış olanlar arasında belirgin bir fark vardır. Bu sonuç

üzerinde annelik deneyimini ilk kez yaşayacak kadınların bilgi edinme, plan yapma ve kendini hazırlamaya daha fazla ihtiyaç duymasının etkili olması mümkündür. Ayrıca daha önce annelik deneyimi olan kadınların gerek gebelik dönemi gerek doğum sonrası dönemin zorluklarını deneyimlemiş olmaları, Manevi-Olumlu Başa Çıkma tutumunu daha fazla kullanmalarına yol açmış olabilir. Literatürde ölçeğin kullanıldığı bazı çalışmalarda da bizim bulgularımızı destekler nitelikte doğum sayısı ile Planlama-Hazırlık arasında negatif, Manevi-Olumlu Başa Çıkma ile pozitif bir ilişki mevcuttur.<sup>12,18,95</sup> Gebelik dönemine özgü araçlarla başa çıkma tutumlarını değerlendiren çalışmaları inceleyen meta-analizde de ilk kez gebelik ya da doğum deneyimi yaşayan kadınların Manevi-Olumlu Başa Çıkma tutumunu daha az sıklıkta kullandığı ortaya konmuştur ve bu sonuç bizim bulgularımızı desteklemektedir.<sup>95</sup>

Araştırmamızda çalışma hayatına gebelik nedeniyle ara veren kadınlar, çalışmayanlara göre Planlama-Hazırlık ve Manevi-Olumlu Başa Çıkma tutumlarını daha çok sergilemiştir. Bu sonuçlar, kadınların mevcut yaşam düzenlerinde gebeliğin yol açtığı değişiklikler ile başa çıkmak için gösterdikleri çabanın artabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda kendine ait aylık düzenli geliri olmayan gebeler, olanlara göre Manevi-Olumlu Başa Çıkma tutumunu daha çok kullanmıştır. Ailesinin aylık toplam geliri <10 bin TL olan gebeler, ≥10 bin TL olanlara göre Planlama-Hazırlık yoluyla başa çıkma tutumunu daha az sergilemiştir. Bu sonuçlar gebelerin ekonomik durumunun başa çıkma tutumları üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu göstermektedir.

Gebelerin başa çıkma tutumlarında sosyal destek durumlarının etkili olabileceği ön görüşüyle araştırmamızda katılımcıların sosyal destek durumları sorgulandı. Fakat beklenenin aksine sosyal desteği olduğunu belirten ve belirtmeyen gebeler arasında başa çıkma tutumlarında anlamlı farklılık saptanmadı. Oysa ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada sosyal destek ile başa çıkma tutumlarının tüm alt boyutları arasında ilişki saptanmıştır.<sup>12</sup> Araştırmamızda ilişkili bulunmamasının sebeplerinden birinin; katılımcıların yalnızca %6,2 (s=13)'sinin sosyal desteği bulunmadığını ifade etmesi olabilir. Ayrıca araştırmamızda sosyal destek "İhtiyaç duyduğunuzda yardımınıza gelebilecek kimse var mı? Varsa kim/kimler? (eş, aile, eşin ailesi, arkadaş, diğer)" şeklinde tek bir soru ile değerlendirilmiş olup; orijinal

çalışmada ise dört tür sosyal destek türünü sorgulayan (maddi yardım, görevlerde yardım, tavsiye/bilgi, kişinin inançlarını/duygularını ifade ederken dinlenmesi) kapsamlı bir ölçme aracı ile değerlendirilmiştir.<sup>12</sup> Ülkemizde bu konuda ileride yapılacak çalışmalarda, sosyal destek durumu ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin daha doğru ortaya konabilmesi için kapsamlı bir ölçme aracı kullanılmasının uygun olabileceğini düşünüyoruz.

### **5.3. Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları ile Anne Ruh Sağlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

Literatürde gebeliğe özgü başa çıkma tutumlarını değerlendiren mevcut ölçek ile çeşitli amaç ve yöntemlerle yapılmış olan çalışmaların bir kısmında, araştırmamızda olduğu gibi, annenin ruh sağlığı ile ilgili değerlendirmeler yapılmış ve farklı ölçme araçları kullanılmıştır. Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada<sup>12</sup>, İtalya’da yapılan uyarlama çalışmasında<sup>19</sup> ve Kuzey Amerika’da yapılan bir çalışmada<sup>93</sup> gebelerin kaygı düzeylerini ölçmeyi amaçlayan araçlar kullanılmıştır. İtalya’da pandemi döneminde gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk taramasını amaçlayan ölçme araçları kullanılmıştır.<sup>15</sup> İran’da gerçekleştirilen bir çalışmada somatik semptomlar, anksiyete, depresyon ve sosyal işlev bozukluğunu ölçmeyi amaçlayan genel sağlık anketi kullanılmıştır.<sup>96</sup> İran’da yapılan başka bir çalışmada ise bizim araştırmamıza kısmen benzer şekilde; kişilerin ruhsal yaşam kalitesi ve yaşam doyumu algısını ölçmeyi amaçlayan manevi iyilik hali ölçeği kullanılmıştır.<sup>97</sup> Biz araştırmamızı tasarlarken ruh sağlığı değerlendirmesinde, başa çıkma tutumlarının belirli ruhsal bozukluklarla ilişkisine odaklanmaktan ziyade, kadınların genel iyi oluşları ile ilişkisini incelemeyi hedeflediğimizden, bu amaca uygun olarak Türkçe’de geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmış ve kişilerin duygusal, sosyal ve psikolojik iyi olma özelliklerini ölçen “Ruh Sağlığı Sürekliliği-Kısa Formu” kullanmayı uygun gördük.

Literatürde gebeliğe özgü başa çıkma tutumlarını değerlendirerek bu yönde yapılan çalışmaların hepsinin, kadınların gebelik dönemindeki ruhsal durumlarına odaklanan kesitsel tasarımda çalışma olduğu görülmüştür. Bizim araştırmamızda ise

kadınların hem gebelik hem de doğum sonrası ruhsal durumlarının değerlendirilmiş olması; başa çıkma tutumlarının erken ve geç dönem sonuçlarını ortaya koyma imkanı vermesi açısından oldukça önemlidir.

Araştırmamızda başa çıkma tutumlarından Kaçınmacı tutumun gebelik döneminde daha düşük duygusal, psikolojik, sosyal ve genel iyilik hali düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bunun aksine Manevi-Olumlu Başa Çıkma Tutumu ise daha yüksek düzey sosyal, psikolojik ve genel iyilik hali ile ilişkili bulunmuştur. Literatürde birçok çalışmada bizim araştırmamıza benzer şekilde başa çıkma tutumlarından Kaçınma, gebelerin ruhsal durumu ile ilgili olumsuz sonuçlarla; Manevi-Olumlu Başa Çıkma ise daha olumlu sonuçlarla ilişkili bulunmuştur. Örneğin; Yali ve Lobel, Sirena ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda Kaçınmacı tutumun gebelik dönemindeki duygusal sıkıntıyı artırdığı; Manevi-Olumlu Başa Çıkma tutumunun ise azalttığı görülmüştür.<sup>1,93,98</sup> Giurgescu ve arkadaşları tarafından yüksek riskli gebeler ile yürütülen bir çalışmada Kaçınmacı tutumun psikolojik iyi oluş üzerine olumsuz etkileri olduğu görülmüştür.<sup>99</sup> Gebelikte başa çıkma tutumlarının sonuçlarını değerlendiren çalışmaları inceleyen sistematik derlemede<sup>2</sup> Kaçınmacı tutum, gebelikte psikolojik iyi oluşun azalması, sıkıntının artması, depresif ruh hali, kaygı ve algılanan stresin artması gibi birçok olumsuz sonuçla; Manevi-Olumlu Başa Çıkma Tutumu ise psikolojik iyi oluşla ilişkili bulunmuştur.

Araştırmamızda gebelik dönemindeki başa çıkma tutumları ile doğum sonrası ruhsal durum arasındaki ilişki incelememizde, gebelik dönemindeki sonuçlara benzer şekilde, Kaçınmacı tutum doğum sonrasında düşük duygusal, psikolojik ve genel iyilik hali ile; Manevi-Olumlu Başa Çıkma tutumu ise yüksek sosyal, psikolojik ve genel iyilik hali ile ilişkili bulunmuştur. Literatürde gebelik dönemine özgü başa çıkma tutumlarını ölçen araçlar kullanılarak, doğum sonrası anne ruh sağlığını değerlendiren çalışma görülmemiştir. Fakat genel stresle başa çıkma tutumlarını ölçen araçlar ile yapılan çalışmalar mevcuttur. Gebelerin başa çıkma tutumlarını değerlendiren araştırmaları inceleyen bir sistematik derlemede<sup>2</sup>, Kaçınmacı başa çıkma tutumunun doğum sonrası psikolojik sıkıntı, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur.

#### 5.4. Çalışmanın Güçlü Yanları

- Yaptığımız çalışma ile kadınların yaşamında özel bir yeri olan gebelik dönemine özgü başa çıkma tutumlarının saptanabildiği ve birçok ülkede geçerliği güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçeğin Türkçe güvenilirlik, geçerliği araştırılmış ve Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (DOBCO) Türkçeye uyarlanarak dilimize kazandırılmıştır.
- Yabancı literatürde konu ile ilgili çalışmaların büyük çoğunluğu ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılmış iken bizim araştırmamızın birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği Aile Sağlığı Merkezlerinde ve gebelerin rutin doğum öncesi izlemleri sırasında yapılmış olması; ölçeğin antenatal bakımda kullanılabilirliğini de kanıtlamıştır.
- Araştırmamızda literatürde mevcut ölçek ile yapılmış çoğu çalışmadan farklı olarak kadınların ruh sağlığı hem gebelik hem doğum sonrası dönemde değerlendirilmiştir.

#### 5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları

- Çalışmanın örnekleme olasılığa dayalı olmayan örneklem yöntemlerinden biri olan gelişigüzel örnekleme yöntemiyle oluşturulduğu için evrendeki herkesin örnekleme seçilme şansı eşit değildir. Bu teknikle seçilen örneklemin evreni ne derece temsil ettiği bilinemeyebilir.
- Çalışmamızda gebelerin başa çıkma tutumları kesitsel olarak tespit edildiğinden; başa çıkma tutumlarının gebelik boyunca değişimi gözlenememiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelikte yaşanan stresin anne ve bebek sağlığı üzerinde yol açtığı birçok olumsuz sonuç, kadınların gebelik döneminin getirdiği stresle nasıl başa çıktıklarını tespit etmenin önemini ortaya koymaktadır. Gebelik döneminin kadın yaşamında oluşturduğu fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok yenilik, bu dönemi benzersiz kılmakta, bu da başa çıkma tutumlarının gebeliğe özgü bir araçla değerlendirilmesinin gerekliliğini göstermektedir. Bu amaçla geliştirilen ve birçok ülkede geçerliği ve güvenilirliği doğrulanmış olan “Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği” çalışmamız sonucunda 32 madde ile Türk dilinde ve kültüründe iyi psikometrik özelliklere sahip güvenilir ve geçerli bir araçtır.

Aile Sağlığı Merkezleri gerek kişilerin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktası olması gerekse gebe kadınların doğum öncesi rutin bakımı için başvuru noktası olması nedeniyle gebelik döneminde baş etme tutumlarını tespit etmek için önemli bir fırsat sunmaktadır. Çalışmamızın Aile Sağlığı Merkezlerinde, doğum öncesi rutin izlemi için başvuran gebeler ile gerçekleştirilmiş olması, Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeğinin birinci basamakta aile hekimlerince uygulanabilirliğinin bir kanıtıdır.

Çalışmamız literatürdeki bulguları destekler nitelikte, kadınların gebelik döneminde sergiledikleri başa çıkma tutumlarından Kaçınmacı tutumun hem gebelik hem doğum sonrası dönemdeki ruhsal durumları ile olumsuz; Manevi-Olumlu Başa Çıkma tutumun ise olumlu bir ilişkisi olduğunu göstermiştir. Bu durum gösteriyor ki; kadınların gebelik döneminde başa çıkma tutumlarının farkında olursak, anneliğe geçiş deneyimlerini daha iyi anlayabilir, gebelik ve doğum sonrası dönemde ruhsal durumlarına ilişkin fikir edinebiliriz. Böylelikle kötü ruhsal durum açısından riskli kadınları tespit edebilir ve onları daha yakın takip ederek anne ve bebeğin sağlığını etkileyebilecek perinatal depresyon gibi sorunları erken yakalama ve müdahale etme imkanı bulabiliriz.

Baş çıkma tutumları, anne ruh sağlığı üzerinde olumlu ve olumsuz sonuçlarla ilişkili bulunduğundan, kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde yaşayabilecekleri ruhsal bozukluklar için değiştirilebilir risk faktörleri arasında değerlendirilebilir. Bu amaçla kadınların gebelik döneminde başa çıkma tutumlarını tespit ederek, olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilen tutumlar yerine olumlu sonuçlarla

ilişkilendirilen tutumları kullanmalarına yönelik müdahaleler geliştirilebilir. Örneğin Kaçınmacı tutum sergileyen bir gebenin tutumunu Manevi-Olumlu Başa Çıkma şeklinde değiştirmesine yardımcı olunabilirse Kaçınmacı tutumun olumsuz sonuçlarından gebeyi korumuş oluruz. Böyle müdahalelerin geliştirilmesi için özellikle ülkemizde gebelik sırasında başa çıkma tutumları ve sonuçlarına yönelik araştırmaların çoğaltılmasına ihtiyaç vardır.

Biz çalışmamızda ruh sağlığını değerlendirmek için genel iyilik halini tespit etmeye yönelik bir araç kullandık. Ülkemizde Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeği ile yapılacak sonraki araştırmalarda depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk gibi daha spesifik ruhsal bozukluklara odaklanarak anne ruh sağlığına yönelik araştırmalar zenginleştirilebilir. Ayrıca yabancı literatürde gebelikte yaşanan stresin ve başa çıkma tutumlarının doğum sonuçları ve bebek sağlığı üzerine etkilerine yönelik birçok araştırma vardır. Bizim ülkemizde de bu tür çalışmaların gerçekleştirilmesi literatüre katkı sağlayacaktır ve ölçme aracı olarak Doğum Öncesi Başa Çıkma Tutumları Ölçeğinin kullanılmasının bu tarz araştırmaların gücünü artıracığını düşünmekteyiz.

## 7. KAYNAKLAR

1. Yali AM, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1999;20(1):39-52. doi:10.3109/01674829909075575
2. Guardino CM, Dunkel Schetter C. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychol Rev.* 2014;8(1):70-94. doi:10.1080/17437199.2012.752659
3. Du G, Wu D. Prenatal Stress and Offspring Health Outcomes. In: *Early-Life Environmental Exposure and Disease.* Springer Singapore; 2020:89-101. doi:10.1007/978-981-15-3797-4\_5
4. Schetter CD. Stress processes in pregnancy and preterm birth. *Curr Dir Psychol Sci.* 2009;18(4):205-209. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01637.x
5. Rondó PHC, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MCN, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr.* 2003;57(2):266-272. doi:10.1038/SJ.EJCN.1601526
6. Caparros-Gonzalez RA, Torre-Luque A de la, Romero-Gonzalez B, Quesada-Soto JM, Alderdice F, Peralta-Ramírez MI. Stress During Pregnancy and the Development of Diseases in the offspring: A Systematic-Review and Meta-Analysis. *Midwifery.* 2021;97. doi:10.1016/j.midw.2021.102939
7. Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2007;48(3-4):245-261. doi:10.1111/J.1469-7610.2006.01714.X
8. Lazinski MJ, Shea AK, Steiner M. Effects of maternal prenatal stress on offspring development: A commentary. *Arch Womens Ment Health.* 2008;11(5-6):363-375. doi:10.1007/s00737-008-0035-4

9. Van De Loo KFE, Van Gelder MHJ, Roukema J, Roeleveld N, Merkus PJFM, Verhaak CM. Prenatal maternal psychological stress and childhood asthma and wheezing: a meta-analysis. *European Respiratory Journal*. 2016;47(1):133-146. doi:10.1183/13993003.00299-2015
10. Cost K, McGowan P, Pawluski J. Gestational Stress and Parenting: A Review of Human and Animal Literature. In: *Prenatal Stress and Child Development*. Springer International Publishing; 2021:317-346. doi:10.1007/978-3-030-60159-1\_12
11. Lobel M, Hamilton JG, Cannella DT. Psychosocial Perspectives on Pregnancy: Prenatal Maternal Stress and Coping. *Soc Personal Psychol Compass*. 2008;2(4):1600-1623. doi:10.1111/j.1751-9004.2008.00119.x
12. Hamilton JG, Lobel M. Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2008;29(2):97-104. doi:10.1080/01674820701690624
13. Ibrahim SM, Nicoloro-SantaBarbara J, Auerbach M V., et al. Pregnancy-specific coping and changes in emotional distress from mid-to late pregnancy. *J Reprod Infant Psychol*. 2019;37(4):397-412. doi:10.1080/02646838.2019.1578871
14. Pasha H, Faramarzi M, Chehrazi M, et al. Health-promotion and health-harming behaviours in pregnant women: role of coping strategies, anxiety, and depression. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2021;42(3):410-415. doi:10.1080/01443615.2021.1910634
15. Penengo C, Colli C, Cesco M, et al. Stress, Coping, and Psychiatric Symptoms in Pregnant Women in Outpatient Care During the 2021 Second-Wave COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2022;12:775585. doi:10.3389/fpsy.2021.775585

16. Espinosa M, Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, et al. Attitudes toward medicalization in childbirth and their relationship with locus of control and coping in a Spanish population. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):1-13. doi:10.1186/s12884-022-04748-2
17. Shamsaei F, Maleki A, Shobeiri F, Soltani F, Ahmadi F, Roshanaei G. The relationship between general health and coping style with perceived stress in primigravida healthy pregnant women: Using the PATH model. *Women Health*. 2018;59(1):41-54. doi:10.1080/03630242.2018.1434587
18. Lorén-Guerrero L, Gascón-Catalán A, Romero-Cardiel MA. Adapting the revised prenatal coping inventory (NuPCI) for use in a Spanish population. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2018;39(2):156-163. doi:10.1080/0167482X.2017.1315565
19. Penengo C, Colli C, Garzitto M, Driul L, Cesco M, Balestrieri M. Validation of the Italian version of the Revised Prenatal Coping Inventory (NuPCI) and its correlations with pregnancy-specific stress. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1-14. doi:10.1186/s12884-020-03159-5
20. Faramarzi M, Pasha H, Khafri S, Heidary S. The Factor Structure and Psychometric Properties of the Persian Version of the Revised Prenatal Coping Inventory (Nu-PCI). *J Clin Diagn Res*. 2017;11(3):17-20. doi:10.7860/JCDR/2017/21582.9480
21. Shobeiri F, Maleki A, Shamsaei F, Soltani F, Ahmadi F, Roshanaei G. The psychometric properties of the Iranian version of revised prenatal coping inventory (Nu PCI) in healthy pregnant women: a confirmatory factor analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2018;39(2):105-111. doi:10.1080/0167482X.2017.1297414
22. World Health Organization. *Guide for Integration of perinatal Mental Health in maternal and Child Health Services*.; 2022.

23. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. In: *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer International Publishing; 2020:2177-2179.  
doi:10.1007/978-3-030-39903-0\_215
24. Ruiz R, Fullerton J. The measurement of stress in pregnancy. *Nurs Health Sci*. 1999;1(1):19-25. doi:10.1046/j.1442-2018.1999.00004.x
25. Lobel M, Dunkel Schetter C. Pregnancy and Prenatal Stress. In: *Encyclopedia of Mental Health*. Elsevier; 2016:318-329. doi:10.1016/B978-0-12-397045-9.00164-6
26. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*. 2008;27(5):604-615. doi:10.1037/a0013242
27. Littleton HL, Bye K, Buck K, Amacker A. Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2010;31(4):219-228.  
doi:10.3109/0167482X.2010.518776
28. Zhang S, Ding Z, Liu H, et al. Association between mental stress and gestational hypertension/preeclampsia: a meta-analysis. *Obstet Gynecol Surv*. 2013;68(12):825-834. doi:10.1097/OGX.0000000000000001
29. Culhane JF, Rauh V, McCollum KF, Hogan VK, Agnew K, Wadhwa PD. Maternal Stress is Associated With Bacterial Vaginosis in Human Pregnancy. *Matern Child Health J*. 2001;5(2):127-134. doi:10.1023/A:1011305300690
30. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):5-14. doi:10.1016/j.ajog.2009.09.007
31. Qu F, Wu Y, Zhu YH, et al. The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2017;7(1).  
doi:10.1038/S41598-017-01792-3

32. Wisborg K, Barklin A, Hedegaard M, Henriksen TB. Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study. *BJOG*. 2008;115(7):882-885. doi:10.1111/J.1471-0528.2008.01734.X
33. Ding X, Liang M, Wu Y, et al. The impact of prenatal stressful life events on adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021;287:406-416. doi:10.1016/J.JAD.2021.03.083
34. Ding X, Liang M, Wang H, et al. Prenatal stressful life events increase the prevalence of postpartum depression: Evidence from prospective cohort studies. *J Psychiatr Res*. 2023;160:263-271. doi:10.1016/j.jpsychires.2023.02.036
35. O’Dea GA, Youssef GJ, Hagg LJ, et al. Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2023;26(4):441. doi:10.1007/S00737-023-01332-1
36. Gu J, Guan HB. Maternal psychological stress during pregnancy and risk of congenital heart disease in offspring: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021;291:32-38. doi:10.1016/J.JAD.2021.05.002
37. Flanigan C, Sheikh A, DunnGalvin A, Brew BK, Almqvist C, Nwaru BI. Prenatal maternal psychosocial stress and offspring’s asthma and allergic disease: A systematic review and meta-analysis. *Clinical & Experimental Allergy*. 2018;48(4):403-414. doi:10.1111/CEA.13091
38. Öztürk N, Aydın N. Maternal Prenatal Stresin Gelişmekte Olan Fetüse Etkileri. *Türkiye Klinikleri*. Published online 2018:16-21.
39. Korja R, Nolvi S, Grant KA, McMahon C. The Relations Between Maternal Prenatal Anxiety or Stress and Child’s Early Negative Reactivity or Self-Regulation: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017;48(6):851-869. doi:10.1007/S10578-017-0709-0

40. De Weerth C, Van Hees Y, Buitelaar JK. Prenatal maternal cortisol levels and infant behavior during the first 5 months. *Early Hum Dev.* 2003;74(2):139-151. doi:10.1016/S0378-3782(03)00088-4
41. Khashan AS, Abel KM, McNamee R, et al. Higher Risk of Offspring Schizophrenia Following Antenatal Maternal Exposure to Severe Adverse Life Events. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(2):146-152. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.20
42. Lamichhane N, Olsen NJ, Mortensen EL, Obel C, Heitmann BL, Händel MN. Associations between maternal stress during pregnancy and offspring obesity risk later in life-A systematic literature review. *Obesity Reviews.* 2020;21(2):12951. doi:10.1111/OBR.12951
43. Sambrook Smith M, Cairns L, Pullen LSW, Opondo C, Fellmeth G, Alderdice F. Validated tools to identify common mental disorders in the perinatal period: A systematic review of systematic reviews. *J Affect Disord.* 2022;298:634-643. doi:10.1016/J.JAD.2021.11.011
44. Waqas A, Koukab A, Meraj H, et al. Screening programs for common maternal mental health disorders among perinatal women: report of the systematic review of evidence. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1). doi:10.1186/S12888-022-03694-9
45. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
46. Aydın N, Öztürk N. Anne Ruh Sağlığının Önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi.* 2017;1(2):29-36. doi:10.26695/mukatcad.2018.9
47. World Health Organization. Mental Health and Substance Use. Accessed November 10, 2023. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>

48. Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou A. Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2020;49(2):127-136. doi:10.1016/j.jogn.2020.01.001
49. Seth S, Lewis AJ, Galbally M. Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1). doi:10.1186/S12884-016-0915-Y
50. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86-92. doi:10.1016/j.jad.2017.05.003
51. Roddy Mitchell A, Gordon H, Lindquist A, et al. Prevalence of Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(5):425. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.0069
52. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2017;210(5):315-323. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179
53. Masters GA, Hugunin J, Xu L, et al. Prevalence of Bipolar Disorder in Perinatal Women. *J Clin Psychiatry*. 2022;83(5):20. doi:10.4088/JCP.21r14045
54. Fairbrother N, Collardeau F, Albert AYK, et al. High Prevalence and Incidence of Obsessive-Compulsive Disorder Among Women Across Pregnancy and the Postpartum. *J Clin Psychiatry*. 2021;82(2). doi:10.4088/JCP.20m13398
55. Çiçekoğlu Öztürk P, Taştekin Ouyaba A. Prevalence and related factors of eating disorders in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. Published online May 10, 2023. doi:10.1007/s00404-023-07051-3

56. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017;208:634-645. doi:10.1016/j.jad.2016.10.009
57. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord.* 2018;225:18-31. doi:10.1016/J.JAD.2017.07.045
58. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of Puerperal Psychoses. *British Journal of Psychiatry.* 1987;150(5):662-673. doi:10.1192/bjp.150.5.662
59. VanderKruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, Cohen LS. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):272. doi:10.1186/s12888-017-1427-7
60. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping.* Springer Publishing Company; 1984. Accessed November 12, 2023. <https://124.im/XVwTo>
61. Williamson SP, Moffitt RL, Broadbent J, Neumann DL, Hamblin PS. Coping, wellbeing, and psychopathology during high-risk pregnancy: A systematic review. *Midwifery.* 2023;116:103556. doi:10.1016/J.MIDW.2022.103556
62. Arda Sürücü H, Büyükkaya Besen D, Duman M, Yeter Erbil E, Ay İ. Are levels of coping with stress in pregnancy with gestational diabetes worse than in healthy pregnancy? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2019;40(2):114-122. doi:10.1080/0167482X.2018.1438404
63. Huizink AC, Robles De Medina PG, Mulder JH, Visser GHA, Buitelaar JK. Coping in Normal Pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine.* 2002;24(2):132-140. doi:10.1207/S15324796ABM2402\_10
64. Naaz N, Mehnaz S, Ansari MA, Amir A. Maternal mental health and its determinants - A community-based cross-sectional study in Aligarh, Uttar

Pradesh. *Indian J Public Health*. 2021;65(1):16-21.  
doi:10.4103/IJPH.IJPH\_193\_20

65. World Health Organization. Mental health. Accessed November 20, 2023.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
66. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. *DOĞUM ÖNCESİ BAKIM YÖNETİM REHBERİ*.; 2018.
67. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. *DOĞUM SONU BAKIM YÖNETİM REHBERİ*.; 2018.
68. Freeman TR. *McWhinney'in Aile Hekimliği*. 4th ed. (Güldal A. Dilek, ed.). Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2016.
69. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(3):211-216.
70. Karakoç FYK, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitim Dünyası*. 2014;13(40):39-49. doi:10.25282/ted.228738
71. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2018;26(3):199-210. doi:10.26650/FNJN397481
72. Deniz KZ. The Adaptation of Psychological Scales. *Journal of Faculty of Educational Sciences*. 2007;40(1):1-16.  
doi:[https://doi.org/10.1501/Egifak\\_0000000180](https://doi.org/10.1501/Egifak_0000000180)
73. Hambleton RK, Patsula L. Journal of Applied Testing Technology. *Association of Test Publishers*. Published online August 1999.
74. International Test Commission. *International Test Commission (ITC) Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition)*.; 2017. Accessed December 27, 2023. [www.InTestCom.org](http://www.InTestCom.org)

75. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber-2: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;5(1).
76. Ergin DY. Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik. *MÜ Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 1995;7(7):125-148.
77. Şencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. Seçkin Yayıncılık; 2005.
78. Ateş C, Öztuna D, Genç Y. Sağlık Araştırmalarında Sınıf İçi Korelasyon Katsayısının Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Biostat*. 2009;1(2):59-64.
79. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med*. 2016;15(2):155. doi:10.1016/J.JCM.2016.02.012
80. Kelecioğlu H, Göçer Şahin S. Geçmişten Günümüze Geçerlik. *Eğit Psikol Ölçme Deger Derg*. 2014;5(2):1-11.
81. Çakmur H. Measurement Reliability-Validity in Research. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012;11(3):339-344. doi:10.5455/PMB.1-1322486024
82. Büyüköztürk Ş. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 2002;(32):470-483.
83. Yaşlıoğlu MM. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 2017;46:74-85.
84. Aker S, Dündar C, Pekşen Y. Ölçme Araçlarında İki Yaşamsal Kavram: Geçerlik ve Güvenirlik. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2005;22(1):50-60.
85. Kilic S. Örneklem Yöntemleri. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(1):44-46. doi:10.5455/jmood.20130325011730

86. Demirci İ, Akin A. The Validity and Reliability of the Mental Health Continuum Short Form. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences*. 2015;48(1):49-64. doi:10.1501/Egifak\_0000001352
87. Keyes C. Brief Description of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). Accessed November 20, 2023. <http://www.sociology.emory.edu/ckeyes/>.
88. Özbay Y, Şahin B. Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. In: *IV. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi*. ; 1997.
89. Yılmaz V, Varol S. Hazır Yazılımlar ile Yapısal Eşitlik Modellemesi: AMOS, EQS, LISREL. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* . 2015;(44).
90. İlhan M, Çetin B. LISREL ve AMOS Programları Kullanılarak Gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Analizlerine İlişkin Sonuçların Karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Değerlendirme Dergisi*. 2014;5(2):26-42.
91. Erkorkmaz U, Ozdamar K, Sanisoglu Y. Confirmatory Factor Analysis and Fit Indices: Review. *Article in Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2013;33(1). doi:10.5336/medsci.2011-26747
92. Kilic S. Cronbach'ın Alfa Güvenirlilik Katsayısı. *Journal of Mood Disorders*. 2016;6(1):47-48. doi:10.5455/jmood.20160307122823
93. Ibrahim SM, Nicolero-SantaBarbara J, Auerbach M V., et al. Pregnancy-specific coping and changes in emotional distress from mid- to late pregnancy. *J Reprod Infant Psychol*. 2019;37(4):397-412. doi:10.1080/02646838.2019.1578871
94. Borcharding KE. Coping in Healthy Primigravidae Pregnant Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2009;38(4):453-462. doi:10.1111/J.1552-6909.2009.01041.X

95. Rehbein E, Moyer A, Lobel M. Ways of Coping with Stress during Pregnancy: Differences Revealed through Meta-Analysis. *Women's Reproductive Health*. Published online August 8, 2023:1-17. doi:10.1080/23293691.2023.2237968
96. Shamsaei F, Maleki A, Shobeiri F, Soltani F, Ahmadi F, Roshanaei G. The relationship between general health and coping style with perceived stress in primigravida healthy pregnant women: Using the PATH model. *Women Health*. 2019;59(1):41-54. doi:10.1080/03630242.2018.1434587
97. Chehrazi M, Faramarzi M, Abdollahi S, Esfandiari M, Shafie rizi S. Health promotion behaviours of pregnant women and spiritual well-being: Mediatory role of pregnancy stress, anxiety and coping ways. *Nurs Open*. 2021;8(6):3558-3565. doi:10.1002/NOP2.905
98. Yali AM, Lobel M. Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety Stress Coping*. 2002;15(3):289-309. doi:10.1080/1061580021000020743
99. Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nurs Res*. 2006;55(5):356-365. doi:10.1097/00006199-200609000-00008