

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

153 806

**ERKEN (PRETERM) DOĞUM TEHDİDİ OLAN GEBELERİN
STRESLE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİN BELİRLENMESİ**

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

Sultan ŞEN

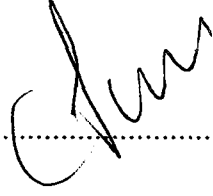
TEZ DANIŞMANI

Doç.Dr. Ümran SEVİL

İZMİR/2006

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan : Doç Dr. Ümran SEVİL
(Danışman)



Üye: Yrd. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN



Üye: Yrd. Doç. Dr. Hilmiye AKSU



Yüksek Lisans Tezinin Kabul edildiği tarih :

06. 09. 2006

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında sabır ve desteğini esirgemeyen danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Ümran SEVİL'e,

Araştırmamda Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği'ni kullanmama izin veren Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ferda AYSAN'a ,

Araştırmama görüş ve fikirleri ile katkıda bulunan Yard.Doç.Dr.Ayça GÜRKAN'a ve Yard.Doç.Dr. Hilmiye AKSU'ya ,

Araştırmamın uygulanmasına olanak sağlayan TC Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk SÜKAN Doğum ve Çocuk Hastanesi'ndeki yetkililerine ve görevli hemşire arkadaşlarıma ,

Araştırmamın istatistik aşamasında görüş ve yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Habibe KİRİŞ TÜMGAN'a

Araştırmamın her aşamasında maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen anneme, babama, kardeşlerime, eşime, kızıma ve tüm dostlarıma sonsuz teşekkür ediyorum.

25.06.2006

Sultan ŞEN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vi

BÖLÜM I GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Amacı.....	3
1.2.Araştırmanın Önemi.....	4
1.3.Hipotezler.....	6
1.4.Sayıtlar.....	6
1.5.Sınırlamalar.....	6
1.6.Tanımlar.....	6
1.7.Genel Bilgiler.....	7
1.7.1. Erken Doğum Tehdidi.....	7
1.7.1.1. Erken Doğuma Yol Açan Risk Faktörleri.....	7
1.7.1.2. Erken Doğum Tehdidinin Belirti ve Bulguları.....	10
1.7.1.3. Erken Doğuma Yol Açan Gebelik Komplikasyonları.....	11
1.7.1.4. Erken Doğum Riski Taşıyan Gebeliklerde Yaklaşım.....	11
1.7.1.5. Erken Doğum Tehdidinde Tedavi.....	12
1.7.1.6. Erken Doğum Tehdidinin Önlenmesi.....	14
1.7.1.7. Sezaryen ile Doğum.....	15
1.7.2. Prematüre Bebek.....	16
1.7.2.1. Prematüre Bebeğin Özellikleri.....	17
1.7.3. Stres.....	18
1.7.3.1. Stres Kaynakları.....	18
1.7.3.2. Stres Karşısında Bireyde Ortaya Çıkan Fizyolojik Belirtiler.....	19
1.7.3.3. Stres Karşısında Bireyde Ortaya Çıkan Psikolojik Belirtiler.....	19
1.7.3.4. Stresle Başa Çıkma.....	21
1.7.3.5. Stresle Başetme Yöntemleri.....	22
1.7.3.6. Stres ve Gebelik.....	23
1.7.4. Erken Doğum Tehdidi Tanısı Konmuş Gebelerin Stresle Başa Çıkabilmelerinde Hemşirenin Rolü.....	24

BÖLÜM II GEREÇ VE YÖNTEMLER

2.1. Araştırmanın Tipi.....	26
2.2. Kullanılan Gereç ve Yöntem.....	26
2.2.1. Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu	26
2.2.1.1. Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgi Formu	26
2.2.1.2. Erken Doğum Tehdidi ve Stres Durumuna İlişkin Bilgi Formu.....	26
2.2.2. Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği.....	27
2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
2.4. Araştırmanın Evreni.....	27
2.5. Araştırmanın Örnekleme.....	27

2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	28
2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	29
2.8. Verilerin Analizi.....	29
2.9. Süre ve Olanaklar.....	29
2.10.Etik Açıklamalar	29

BÖLÜM III BULGULAR

3.1.Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	31
3.2.Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stres Durumuna İlişkin Bulgular.....	35
3.3.Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeğine İlişkin Bulgular	42
3.4.Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarına Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulgular.....	47

BÖLÜM IV TARTIŞMA

4.1.Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	94
4.2.Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stres Durumuna İlişkin Bulguların İncelenmesi	96
4.3.Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeğine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	100
4.4.Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi	101

BÖLÜM V SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Sonuç.....	113
5.2.Öneriler.....	121

BÖLÜM VI ÖZET VE ABSTRACT

6.1.Özet.....	122
6.2.Abstract.....	124

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR.....	126
----------------	-----

EKLER

EK I. Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu	
EK II: Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği	
EK III:Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği'nin Kullanılması İçin İzin Belgesi	
EK IV:Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul İzin Belgesi	
EK V:TC Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde Araştırma Yapabilmek İçin Alınan İzin Belgeleri	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLolar DİZİNİ

TABLO NO	SAYFA NO
Tablo 1: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Yaşlarına Göre Dağılımları.....	31
Tablo 2: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	31
Tablo 3: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Mesleklerine Göre Dağılımları	31
Tablo 4: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımları	32
Tablo 5: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	32
Tablo 6: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımları	32
Tablo 7: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gelir Durumlarına Göre Dağılımları	33
Tablo 8: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin En Uzun Yaşadıkları Yere Göre Dağılımları	33
Tablo 9: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Evlilik Durumlarına Göre Dağılımları	33
Tablo 10: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Evlilik Durumlarına Göre Dağılımları.....	34
Tablo 11: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Aile Tipine Göre Dağılımları.....	34
Tablo 12: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına ve Çocuk Sayısına Göre Dağılımları.....	34
Tablo 13: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları.....	34
Tablo 14: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğurganlık Durumlarına Göre Dağılımları	35
Tablo 15: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Dağılımları.....	35
Tablo 16: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik Sayılarına Göre Dağılımları	35

Tablo 17: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Dağılımları	35
Tablo 18: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Canlı Doğum,Olü Doğum ve Düşük Yapma Durumlarına Göre Dağılımları	36
Tablo 19: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Düşük Yapma Şekline Göre Dağılımları	36
Tablo 20: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelikte Geçirdikleri Hastalık Durumlarına ve Hastalığın Ne Olduğuna Göre Dağılımları	36
Tablo 21: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Şu Anda Bir Hastalıkları Olma ve Hastalığın Ne Olduğuna Göre Dağılımları	37
Tablo 22: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Kontrollere Gitme ve Sıklığına Göre Dağılımları	37
Tablo 23: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Daha Önce Doğum İçin Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımları	37
Tablo 24: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğumla İlgili Korku Durumlarına ve Korkularının Neler Olduğuna Göre Dağılımları	38
Tablo 25: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgi Alma ve Bilgileri Nereden Aldıklarına Göre Dağılımları	38
Tablo 26: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sezaryenle İlgili Bilgi ve Sezaryenle Doğum Yapma Durumlarına Göre Dağılımları	39
Tablo 27: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Daha Önce Kadın Hastalıkları İle İlgili Ameliyat Geçirme Durumlarına Göre Dağılımları	39
Tablo 28: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Ailesinde Erken Doğum Tehdidi Varlığına ve Erken Doğum Tehdidi Tedavisi Alma Durumlarına Göre Dağılımları	39
Tablo 29: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğumdan Sonra Bebek Bakımını Paylaşacak Kişilere Göre Dağılımları	40
Tablo 30: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresin Tanımını Yapma Durumlarına Göre Dağılımları	40
Tablo 31: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stres Yaratan Durumlara Göre Dağılımları	41

Tablo 32: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Kendilerini Stresli Hissettiklerinde Neler Yaptıklarına Göre Dağılımları.....	41
Tablo 33: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Şu An Kendilerini Nasıl Hissettiklerine Göre Dağılımları	41
Tablo 34: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin PÇ (Problem Çözme), SDA (Sosyal Destek Arama) ve K (Kaçınma) Puan Ortalamalarının Dağılımları...	42
Tablo 35: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin PÇ (Problem Çözme) Durumlarına Göre Dağılımları.....	42
Tablo 36: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin SDA (Sosyal Destek Arama) Durumlarına Göre Dağılımları.....	44
Tablo 37: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin K (Kaçınma) Durumlarına Göre Dağılımları	46
Tablo 38 : Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	47
Tablo 39: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	48
Tablo 40: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	49
Tablo 41: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Mesleklerine Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	50
Tablo 42: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	51
Tablo 43: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	52
Tablo 44: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Mesleklerine Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	54
Tablo 45: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gelir Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	55
Tablo 46: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin En Uzun Yaşadıkları Yere Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	56
Tablo 47: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Evlilik Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	57

Tablo 48: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Evlilik Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	59
Tablo 49: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Aile Tipine Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	60
Tablo 50: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına ve Çocuk Sayısına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	61
Tablo 51: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	62
Tablo 52: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğurganlık Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	63
Tablo 53: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	64
Tablo 54: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik Sayılarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	65
Tablo 55: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	66
Tablo 56: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Canlı Doğum, Ölü Doğum ve Düşük Yapma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	67
Tablo 57: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Düşük Yapma Şekline Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	69
Tablo 58: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelikte Geçirdikleri Hastalık Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	70
Tablo 59: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelikte Geçirdikleri Hastalığın Ne Olduğuna Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	71
Tablo 60: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Şu Anda Bir Hastalıkları Olma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	72

Tablo 61: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Şu Anda Olan Hastalığın Ne Olduğuna Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	73
Tablo 62: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Kontrollere Gitme Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	74
Tablo 63: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Kontrollere Gitme Sıklığına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	75
Tablo 64: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Daha Önce Doğum İçin Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	76
Tablo 65: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğumla İlgili Korku Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	77
Tablo 66: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğum Korkularının Neler Olduğuna Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları..	78
Tablo 67: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	80
Tablo 68: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgileri Nereden Aldıklarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	81
Tablo 69: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sezaryenle İlgili Bilgilerine Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	82
Tablo 70: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sezaryenle Doğum Yapma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	83
Tablo 71: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Daha Önce Kadın Hastalıkları İle İlgili Ameliyat Geçirme Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	84
Tablo 72: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Ailesinde Erken Doğum Tehdidi Varlığına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	85

Tablo 73: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Erken Doğum Tehdidi Tedavisi Alma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	86
Tablo 74: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğumdan Sonra Bebek Bakımını Paylaşacak Kişilerin Varlığına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	87
Tablo 75: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğumdan Sonra Bebek Bakımını Paylaşacak Kişilerin Kimler Olduğuna Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	88
Tablo 76: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresin Tanımını Yapma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	89
Tablo 77: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stres Yaratan Durumlara Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları	90
Tablo 78: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Kendilerini Stresli Hissettiklerinde Neler Yaptıklarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	91
Tablo 79: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Şu An Kendilerini Nasıl Hissettiklerine Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	93

BÖLÜM I

GİRİŞ

Kadının doğurganlığı, kadın vücudu için normal fizyolojik bir olay olmasına rağmen, gebeliğin getireceği risklerden ayrı düşünülemez. Her gebelik, sağlıklı kadınlar için bile risk yaratır (3,12,15,88).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün raporuna göre ana ölümlerinin %99'u kolayca önlenbilir nedenlerle meydana gelmektedir(86). Bu ölümlerin pek çoğu doğumların ve düşüklerin sağlıklı koşullarda yapılması, çok sayıda genç ya da ileri yaşta gebeliklerin önlenmesi, gebelikler arasında yeterli süre bırakılması ve düşüklerin sağlıklı koşullarda yapılmasının sağlanması ile önlenebilecektir (86,88).

Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı'nın son verilerine göre anne ölüm nedenlerinden ilk üç sırayı, kanama (% 33), gebelik hipertansiyonu (% 20) ve enfeksiyonlar (% 14) almaktadır. Diğer komplikasyonlar %25, bilinmeyenler ise % 8.6 oranındadır. Oysa, doğum öncesi izlemlerde ve doğum eyleminde uygun ve kolay ulaşılabilen teknolojilerin kullanılması ile, maternal mortalite ve morbiditenin önemli ölçüde azaltılabileceği gösterilmiştir (33,88,98).

Erken doğum, obstetrimin başlıca sorunlarından biridir. Neonatal ölümlerin en büyük nedeni 37.haftadan önce doğan bebeklerdir ki bunlara prematüre bebek, eyleme de pre-term eylem denir. Preterm doğum bugün tüm Dünya'da, tüm perinatal morbidite ve mortalite olgularının %75'inden fazlasından sorumludur (27,36,51,53,58). Günümüzde bebeklerin yaklaşık %9'u 37. gebelik haftasından önce, %7 kadarı da 2500gr. veya altında doğmaktadır. Neonatal ölümlerin üçte ikisi bu tür düşük ağırlıklı bebeklerle ilişkilidir. Tüm doğumların %1.5'i 1500gr.veya altında doğan bebekleri kapsar ve neonatal ölümlerin yarısından sorumludur. Normal olarak bebekler anne karnında 40 hafta kalmaktadırlar. Ancak 38. haftadan sonra doğan bebekler dış ortama uyumda güçlük çekmezler.Prematüre bebek, 37 haftadan daha erken doğmuş bebeklerdir ve dış yaşama uyumda bazı güçlüklerle karşılaşabilmektedirler (18,25,88,94,99).Ülkemizdeki düşük doğum ağırlıklı bebeklerin oranı ise % 8'dir (58).

İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü'nün yaptığı araştırmada neonatal sorunlar arasında % 43 gibi bir oranla prematüreliliğin birinci sırada yer aldığı ortaya konulmuştur (58).

Erken doğan bebeklerin solunum, gastrointestinal, üriner ve nörolojik sistemleri çeşitli komplikasyonlar açısından yüksek risktedir. Neonatal bakım teknikleri geliştikçe erken

doğanların morbidite ve mortalite oranları önemli oranda düşmüştür. Bunlara rağmen, term öncesi doğan bebekler hala yüksek morbidite nedenidir ve serebral paralizi gibi uzun süreli hastalıklarda hala en önemli risk faktörlerindedir(99).

Soğukpınar ve arkadaşları(2003)'nın çalışmalarında belirttikleri gibi, preterm yeni doğanların sıklığı ABD'de beyaz ırkta %7-11 iken, yapılan çalışmalarda bu oranın yaklaşık %16 olduğu bildirilmiştir(79).Genel olarak doğumların %5-8'ini preterm doğumlar oluşturduğu halde, perinatal morbidite ve mortalitenin %80'inden daha fazlasını prematür bebekler oluşturmaktadır.Prematüre doğumların çoğunda;erken doğuma neden olan faktörler hala çok net değildir (14,39,51,58,79).

Spontan preterm doğumun nedenleri arasında servikal yetmezlik, fetal anomali, multipl gebelik, servikal travma, polihidroamnios, antepartum hemoraji, membranların azalmış gerilme gücü, prenatal bakımın yetersiz olması, düşük sosyo-ekonomik düzey ve geçirilmiş preterm doğum öyküsü ile maternal enfeksiyonlar, anemi gibi faktörler yer alırsa da prematüre doğumu predispoze eden mekanizma bulunamamış yada artan riske sahip assendan intrauterin bir enfeksiyona bağlanmıştır. Erken doğum riski bir sonraki gebelikte daha da artar. Tekrarlayan erken doğum sıklığı %25-40 arasındadır.Term doğumlardan sonra erken doğum riski azalır(9,16,51,94,99).

Marianne ve arkadaşları(2002)'nın preterm doğumun önlenmesi konusunda yaptığı çalışmada sağlık personelinin çok dikkatli olması gerektiği vurgulanmıştır(54).Çeşitli araştırmacılar tarafından preterm doğum yapan hastalarda, intraamniyotik enfeksiyon insidansı %0-46.8 oranlarında bildirilmiştir(51).Preterm eyleme yol açan pek çok etken arasında önlenabilir bir unsur olmasına rağmen maternal anemi çok önemli bir yer tutmaktadır (9).

Gebelik ve doğum kadını yaşamın bir noktasından diğerine ulaştıran sosyal ve biyolojik bir olay olup, ona korku,heyecan ve mutluluk veren deneyimlerdir.Puberte ve menopoz gibi gebelik de hormonal, psikolojik ve somatik değişiklikleri içerir.Kadının böylesine önemli bir dönemi mutlu geçirmesi, doğumunu mutlulukla yaparak bebeğini kucağına alabilmesi için her şeyden önce annenin, ona paralel olarak da bebeğin sağlıklı olması gerekir.Aile kavramı içinde sağlıklı kadının, sağlıklı bir anne olacağı ve yine sağlıklı bir bebek dünyaya getireceği düşünülürse, böyle nesillerden sağlıklı toplum oluşacağı gerçeğine ulaşılabilir(41,45).

Anne ya da bebeğin sağlığının ya da yaşamının tehlikede olduğu durumlar yüksek riskli gebelikleri oluşturur.Normal gebeliklerde bile var olan stres,yüksek riskli gebeliklerde daha yoğundur.Bu durum stresle baş etme yetersizliği olan ebeveynlerde, uzun süreli emosyonel problemlere yol açabilir.Prematüre bebek doğumu beklenmedik bir durum olduğundan, aile

kriz yaşar.Bebeğin anneden ayrılıp yoğun bakıma alınması ve yaşamının risk altında olması anne-bebek bağılılığı gelişmesini olumsuz yönde etkiler,kaygıyı daha da arttırır.Umutsuzluk, çaresizlik duyguları gelişir.Ender olarak da inkar savunmaları ve gerçek ötesi optimist düşünce ve beklentiler gelişir ki,bu da hekimler ve tedavi ekibinin işini zorlaştırır(17,22,67).

Riskli gebeliklerde yaşanan bütün duygusal değişiklikler prematüre bebek doğumunda da yaşanır. Bunlara, bebeğe bakım verme güçlüğü de eklenir.Bebeğine dokunmaya bile korkan ebeveynlerin, bakım becerilerini geliştirmeleri uzun zaman alır(17).Gebelik, kadın rolünün ötesinde, anne rolüne ilişkin tüm duygusal,davranışsal beklenti,çatışma, umut ve arzuları, ön plana çıkarır(67).

Aybaş(1999)'ın çalışmasında belirtildiği gibi, Lazarus ve Folkman'a göre, gebelik bir kadın için fiziksel, psikolojik ve sosyal değişikliklere ve zorluklara neden olabilecek bir durumdur. Bu araştırmacılar çalışmalarında davranışı değerlendirebilecek klinik bir model önerisini gündeme getirmişlerdir. Bu modelde stresi baskılayarak, stresle ilgili kötü duygularda, bilimsel ve duygusal ölçümlerde önemli derecede azalma tespit etmişlerdir(3).

Stres, iç yada dış çevreden kaynaklanan homeostazisi bozan yada bozmak için tehdit eden ve organizmada gözlenebilir ve kimyasal değişikliklere neden olan olaylardır. Stresle zaman zaman eşanlı olarak kullanılan "distres" aşırı gerilme anlamına gelir (11).

Sevgi, şefkat, saygı,bir gruba ait olma gibi temel gereksinimleri karşılayan sosyal desteklerin,kişinin ruhsal sağlığında ve mutluluğunda önemli bir rol oynadığı öteden beri bilinmektedir.Ayrıca sosyal desteklerin, stres verici yaşam olaylarının olumsuz etkilerini hafifleterek ya da dengeleyerek tampon görevi gördüğünü düşündüren pek çok çalışma verisi bulunmaktadır(59).

Annenin kendisine ve annelik rolünü yerine getirdiğine ilişkin, duyduğu güvenin derecesi, onun bebeği ile etkileşimini etkiler.Annenin iletişim şekli, bebeğin sosyal ve duygusal gelişimini etkilediği gibi, zihinsel ve algısal gelişimini de aynı derecede etkiler(44,89).

1.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Stresli olaylar, sıklıkla bireyin etkin olarak üstesinden gelemeyeceği istekler yaratır. Bazen bireysel kaynaklar ve sosyal destekler yeterli olmaz. Stresle başa çıkma, stresörlerin uyandırdığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen davranış veya duygusal tepkilerin bütünüdür (29,48,91).

Gebeyi, psikolojik olarak doğuma hazırlamak, anne ve bebek sağlığı için çok önemlidir. Yapılan çalışmalar sakin bir gebelik döneminin ve yapılan psikolojik yardımın doğumdaki

komplasyonları azalttığını göstermektedir. Gebelikte sosyal stresin artması, gebelerin daha çok duygusal çaba harcamasına neden olur. Stres altındaki kadınlar düşük, prematüre doğum, gebelik ve doğumla ilgili komplasyonlara daha açık kadınlardır(3).

Buradan yola çıkarak yapılan bu araştırmada temel amaç; preterm (erken) doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerini belirlemektir.

Bu doğrultuda şu alt amaçlar belirlenmiştir.

- Erken doğum tehdidi olan gebelerin sosyo-demografik özelliklerini ,
- Erken doğum tehdidi olan gebelerin doğurganlık özelliklerini,
- Erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerini,
- Erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkmalarını etkileyen faktörleri belirlemektir.

1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Ülkemizin genel sağlık sorunları içinde anne ve çocukların , gerek genel nüfus içindeki oranının yüksek olması, gerekse sağlık göstergelerinin istenilen düzeyde olmaması nedeniyle özel bir yeri vardır. 15 – 49 yaş grubu doğurganlık çağındaki kadınlar genel nüfusun %23'ünü oluşturmakta, bu kadınların da %70'i evli ve annelik görevlerini yerine getirmektedir. Gebelik ve doğum nedeniyle risk altında olan bu kadınların sağlığı, kendi sağlıklarının yanı sıra çocuklarının, ailelerinin ve toplumun sağlığını da etkilediğinden, kadın sağlığının özel olarak ele alınması önem taşımaktadır (56,88).

Türkiye'de kadınlar için gebeliğin daha güvenli hale getirilmesi, bebeklerin yaşama sağlıklı başlamalarının sağlanması gereklidir. Bunun için doğum öncesi, doğum ve yeni doğan döneminde hizmetlere ulaşılabilirliğin, hizmeti sunanların bilgi ve becerilerinin artırılmasıyla hizmet kalitesinin geliştirilmesine, kullanıcının mevcut hizmetlerden daha fazla yararlanmasının sağlanmasına gerek vardır (10,43,92,93).

Gebe kadının, gerek kadın,gerekse anne olarak; geçmişindeki annesiyle yaşantısı , bu gelişim döneminin yaşanmasında önemlidir. Annesiyle yaşadığı özdeşleşme, onun gebelik yaşantısını etkiler.Kendi annesi ile geçmişteki ilişkisi sağlıklı değilse, özdeşleşme yetersiz veya bozuk ise, annelik görevlerini üstlenmekte yetersiz kalırlar. Ayrıca nikahsız ve istenmeyen gebelikler, ya da çok zor yüklenmelerle birlikte olan gebelikler, tepkisel, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Çocuğu risk altında olma olasılığı, kaygıyı daha da artırır. Umutsuzluk, çaresizlik duyguları gelişir. Ender olarak da inkar savunmaları ve

gerçek ötesi optimist düşünce ve beklentiler gelişir ki, bu da sağlık ekibinin işini zorlaştırır (67).

Ailede iletişim yeterli ve açık ise, aile stres durumlarıyla daha kolay baş edebilmektedir. Aile üyeleri, birbirlerinin hakkına saygı göstermediği, baskı uyguladığı zaman, aile sağlığı bozulmakta ve ailenin dağılmasına neden olmaktadır. Bu durum da toplumun sosyal , ruhsal ve bedensel sağlığını bozmaktadır. Bu nedenle sağlıklı bir toplum için kadının aile ve toplumda hak ettiği statüye kavuşması kaçınılmazdır (11,22). Psikososyal faktörler ise başlıca stres, sosyal destek ve gebelik sırasındaki duygular olarak belirlenmiştir (3). Aydoğmuş (1999)'un çalışmasında, stres ve anksiyetenin doğumun birinci evresini uzatabileceği gösterilmiştir. Term'e yaklaştıkça stres daha az oranda uterus kasılmasına neden olur bundan dolayı strese maruz kalma doğumun başlamasında veya uzamasında etkili olabilmektedir (4).

Anne ya da bebeğin sağlığının, ya da yaşamının tehlikede olduğu durumlar yüksek riskli gebelikleri oluşturur. Bir risk durumu beraberinde başka risk durumlarını da getirir. Normal gebeliklerde bile var olan stres yüksek riskli gebeliklerde daha yoğundur. Ailenin; stresle baş etme tecrübeleri, risk durumu ortaya çıkmadan önceki ilişkileri, profesyonel yardım alıp almamaları risk durumunun sonucunu etkiler. Prematüre bebek doğumu beklenmedik bir durum olduğundan aile kriz yaşar bebeğin anneden ayrılıp yoğun bakıma alınması ve yaşamı risk altında olması, anne – bebek bağılılığı gelişmesini olumsuz yönde etkiler (16). Prematüreliliğin tedavisinden çok prematüre doğumların azaltılması önem taşımaktadır. Prematüre doğumları önlemek için yüksek riskli gebeliklerin azaltılması ve gebelikte izlem önemlidir (17).

DSO (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından tarif edilen Güvenli Annelik; Anne ve Bebek Paketi çerçevesinde anneliği güvenli yapmak; istenmeyen riskli gebeliklerin azaltılması, obstetrik komplikasyonların azaltılması, komplikasyon gelişen kadınlarda ölüm riskinin azaltılması olarak özetlenmektedir (10).

Gebelik dönemi gebede fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklara neden olduğu gibi çocuklar üzerinde de fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır. Aybaş (1999)'ın çalışmasında yer alan Ankara ilinde yapılan bir çalışmada, gebelerin %29.0'unun psikolojik danışmanlık hizmetlerinden yararlandığı, %71.0'inin psikolojik danışmanlık hizmetlerinden yararlanmadığı belirtilmiştir (4).

Aybaş (1999)'ın çalışmasında belirtildiği gibi, yapılan bilimsel çalışmalarda gebelikte, gebeye yakın çevresi ve sağlık personeli tarafından yeterli destek verilememesinin gebede olumsuz davranışlara neden olduğu vurgulanmaktadır. Bunun sonucu olarak gebenin ruhsal

durumunun davranışlarına yansıdığı ve doğum sonrası bebeği öldürmeye kadar varan davranışlara yol açtığı görülmektedir (3).

1.3.HİPOTEZLER

1- H_0 : Erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri etkili değildir.

H_1 : Erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri etkilidir.

2- H_0 : Erken doğum tehdidi olan gebelerin sosyo-demografik özellikleri stresle başa çıkma stratejilerinde etkili değildir.

H_1 : Erken doğum tehdidi olan gebelerin sosyo-demografik özellikleri stresle başa çıkma stratejilerinde etkilidir.

3- H_0 : Erken doğum tehdidi olan gebelerin aile ilişkileri stresle başa çıkma stratejilerinde etkili değildir.

H_1 : Erken doğum tehdidi olan gebelerin aile ilişkileri stresle başa çıkma stratejilerinde etkilidir.

4- H_0 : Erken doğum tehdidi olan gebelerde psikososyal destek stresle başa çıkma stratejilerinde etkili değildir.

H_1 : Erken doğum tehdidi olan gebelerde psikososyal destek stresle başa çıkma stratejilerinde etkilidir.

1.4. SAYILTILAR

Evren, Örneklem, Veri Toplama Teknikleri, Analiz Yöntemleri, Kullanılan Gereç ve Yöntemler araştırmanın amaçlarını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

1.5.SINIRLAMALAR

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesinde, erken doğum tehdidi olan gebeler ile normal doğum yapan kadınlarda stresle başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi şeklinde planlanmış fakat zaman yetersizliği ve ekonomik nedenlerle yapılamamıştır.

1.6.TANIMLAR

Erken(preterm) doğum:37. gebelik haftasından önce servikal dilatasyon ve efasmamı sağlayacak güç ve sıklıkta uterus kontraksiyonlarının olmasıdır(12,14,30,58,88,94).

Prematüre(preterm):Henüz 38.gebelik haftasını tamamlamadan (37hf +6gün) doğan bebeklere denir(16,58,79,88,94).

Stres:Organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla ortaya çıkan bir gerginlik durumudur(11,48,71,88,100).

Stresle başa çıkma:Stresörlerin uyandırdığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen davranış veya duygusal tepkilerin bütünüdür (63,81,91).

Stresör:Strese neden olan ve stres durumunu arttıran bir ajan, faktör ya da organizmanın uyumunu gerektiren durumlardır(11).

Tokolitik tedavi:Erken doğum tehdidini önlemek ya da durdurmak için yapılan tedaviye tokolitik tedavi ya da tokoliz, kullanılan ilaçlara da tokolitik ajanlar denir (14,33,36,88).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1.Erken Doğum Tehdidi

Erken doğum tehdidi, serviksin ilerleyen dilatasyonuna neden olan düzenli uterin kontraksiyonların, gebeliğin 20. haftasından sonra ve 37. haftasından önce doğum ağrılarının başlamasıdır (24,31). Özellikle son trimesterde sıkça rastlanan ve fetal yaşamı tehlikeye sokan bir komplikasyondur.Tanı erken konursa eylem durdurulabilir(8,37,49,77).

Erken doğumun tanımını yaparken,"gerçek"ile "yalancı erken doğum"un farkını belirleme gereği vardır.Preterm (erken) doğum, "36. gebelik haftasından önce ritmik uterin kontraksiyonların başlaması" şeklinde tanımlanabilir. Ancak bu söz konusu doğumun, servikse ait açıklık ve silinmenin artmasına yol açması da gerekir.Yalancı erken doğumda, tedavi olmaksızın,sadece yatak istirahati ile doğumun durduğu, servikse ait açıklık ve silinmeye ait hiç bir değişikliğin olmadığı gözlenir(36).

Travayın erken başlaması ve doğumun, perinatal mortalite ve morbiditeyi sıklıkla etkilediği bilinmelidir.Bu nedenle erken doğum tehdidi ve doğum riski taşıyan kadınlara erken tanı ile uygun önleyici tedbirler alınmalıdır(94).

Erken doğum, tüm doğumların %8-10'undan ve anomaliye bağlı olanlar dışındaki yeni doğan ölümlerinin%70-85'inden sorumludur(27,73,96).

1.7.1.1. Erken Doğuma Yol Açan Risk Faktörleri

Doğum eylemi çoğu durumda kendi kendine başlar.Anne veya bebek hayatının tehlikede olduğu durumlarda ise doktor tarafından erken doğum kararı verilir ve induksiyon (sunı sancı) ya da sezaryen yolu ile doğum gerçekleştirilir (49).

Daha önce erken doğum yapan bir hastada tekrarlama riski %20-30'dur. Erken doğum yapanların %50'sinde ise hiç risk faktörü yoktur(88,94).

Erken doğumu hazırlayan faktörler anneye, fetüs ve eklerine ait olmak üzere iki grupta incelenebilir:

A. Anneye Ait Etmenler:

- Düşük gelir, düşük eğitim düzeyi ve kötü beslenme gibi düşük sosyo-ekonomik statü(örneğin: zencilerin bebeklerinin gestasyonel yaşlarının daha kısa olması)(55,69,74).

- Annenin 16 yaşın altında olması veya 30 yaşından büyük primigravida olması. İleri yaş gebeliklerinde erken doğum 4 kat daha fazla görülmektedir. 20'li yaşlarda %12-15 olan düşük sıklığı, 40 yaşlarında %25'e yükselir. Yapılan klinik çalışmalar, ilk bebeğini 30 yaş ve yukarısında doğuran annelerin bebeklerinin düşük doğum ağırlıklı bebek ve prematür doğum riskinin arttığını göstermiştir(32,62).

- Daha önce erken doğum öyküsü. Bir erken doğum riski 4 kat, iki erken doğum ise, 6 kat arttırır.

- Fiziksel güce dayanan veya stresli ve anksiyeteye neden olan işte çalışma.

- Günde 10 sigaradan fazla sigara ve alkol kullanımı. Sigara, yumurtlama işlevlerini ve gebe kalındığında erken embriyo gelişimini olumsuz yönde etkiler. Sigara içen kadınlarda gebe kalamama, düşük, erken doğum, gelişme geriliği gibi sorunlarla sık karşılaşılır ve günlük sigara sayısı arttıkça bu gibi sorunların ortaya çıkma olasılığı artar. Sigara erken doğum riskini 2 kat arttırır(78).

- Önceki düşük ve erken doğum anamnezi. Daha önce erken doğum yapmış olmak riski %20-30 oranında arttırır. Term doğumlardan sonra risk azalır(24,94).

- Sistem hastalıkları (diyabet, hipertansiyon, astım, hipertroidi, kalp hastalıkları, anemi v.b.) Scholl ve arkadaşları erken gebelikteki düşük ferritin konsantrasyonlarının (< 12 mg/l) artmış prematüre ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır(19).

- RIA+gebelik, in vitro fertilizasyon

- Gestoz, kanama v.b. gebelik komplikasyonları

- Serviks yetmezliği sonucu dilatasyonun erken başlaması. Servikal yetmezlik preterm doğumların 1/1000-20/1000'inden sorumlu bulunmuştur(4).

- Uterus, plasenta ve situs anomalileri, fetal anomaliler. Uterin malformasyonu olan kadınlar yüksek oranda preter doğum riski gösterir(% 3-16). Bu risk anomalilere bağlı olarak değişmektedir(4).

• Sık aralıklı çok sayıda gebelikler. Anne ve çocuk sağlığında doğum sayısı önemli rol oynamaktadır. Doğum sayısı 4'ten fazla olan kadınlarda gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde hastalık ve ölüm hızları artma göstermektedir(88).

• Yetersiz beslenme ve yetersiz antenatal bakım. Türkiye'de beslenme bozukluklarına bağlı olarak, gebe kadınların %58'inde demir eksikliği ile kan hücrelerinin yapımında gerekli olan folik asit yetersizliği görülüyor(38). Gebelikte beslenme ile bebeğin doğum ağırlığı, bebeğin beyin gelişimi, anne karnında ölüm, erken doğum ve tansiyon artışıyla üre yükselmesi arasındaki ilişki çeşitli araştırmalarla kanıtlanmıştır(20). TNSA 2003 verilerine göre yaklaşık beş gebeden biri (%18.6) doğum öncesi bakım almamıştır(88).

• Kısa boylu ve ince yapılı kadınlar, gebelikte yetersiz kilo alımı. Gebenin 150 cm'den kısa boya, 50 kg'den az ağırlığa sahip olması risktir(94).

• Aşırı yorgunluk ve psikososyal stresler

• Hidroamnios ve maternal enfeksiyonlar(İYE gibi) İdrar yolu enfeksiyonu olan anne adaylarında erken doğum açısından 5 kat risk artışı söz konusudur. Bu nedenle rutin gebelik takiplerinde, idrar testlerinin sık tekrarı ve gereğinde enfeksiyon tedavisi uygundur(24).

• Uterus veya servikte önceden oluşmuş laserasyon ve geçirilmiş operasyon,

• Servikal konizasyon, serkölaj veya herhangi bir intraabdominal girişim, (myomektomi, apandisit vb.)

• Seksüel aktivite,

• Maternal travma ve yanık,

• Uzun seyahatler, göçler ve iklim değişmeleri,

• İrk. USA'da yoğun stres altında kalan, erken doğum yapan, siyah ve beyaz kadınlarda yapılan çalışmada siyah kadınlarda 37. haftadan önce doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranının çok yüksek olduğu bulunmuştur(52).

• Evde küçük bebeği olmak yada 1-2 çocuğu olmak,

• Eşinden ayrı olmak erken doğum riskini arttıran etmenlerdir(9,77,88,94).

B. Fetüs ve Eklerine Ait Etmenler:

• Plasenta anomalileri (abruptio plasenta, plasenta previa),

• Plasental yetmezlik,

• Erken membran rüptürü,

• Polihidramnios,

• Çoğul gebelik, situs anomalileri. İkizlerin %30-50'si 36. gestasyonel haftadan önce doğmaktadır(24).

• Fetal malformasyon ve inutero ölüm(4,8,49).

Preterm doğum açısından riskli kadınlar tespit edilerek bu gruba preterm doğumun belirtileri hakkında eğitim yapılmalıdır(8,18,88).

1.7.1.2. Erken Doğum Tehdidinin Belirti ve Bulguları

Erken doğum yönünden risk taşıyan kadınların saptanması ve bunlara erken doğum belirtileri hakkında eğitim verilmesi önem taşır. Erken doğum tehdidinin belirti ve bulguları şunlardır;

1. 30 dakikalık gözlemlerde her 10 dakikada ya da daha az aralarla gelen ağrılı ya da ağrısız uterus kontraksiyonları,

2. Braxton Hicks kontraksiyonlarının düzenli hale geçmesi,

3. Abdomenin alt kısmında, menstrual ağrıya benzeyen kramplar,

4. Sürekli ya da aralıklı hissedilen pelvik basınç,

5. Membranların açılması,

6. Aşağı sırt bölgesinde künt ağrı,

7. Vajinal akıntıda ani artış,

8. Vajinal muayenede; hafif kanlı bir akıntı görülebilir. Poşun yırtılmasıyla oluşan sızıntı biçiminde amniotik sıvı, alkalin özelliği nedeniyle diğer akıntılardan ayırt edilebilir. Muayenede servikal effesman, dilatasyon, fetal pozisyon ve prezantasyon da değerlendirilir.

9. İdrara çıkmanın sıklaşması,

10. Uygun ve etkili bir tedavi için tanılama kısa sürede tamamlanmalıdır (8,24, 77, 88, 94).

Erken doğum belirtileri olan olgularda servikovajinal akıntıda fetal fibronektin araştırılmasının doğum zamanının belirlenmesindeki duyarlılığı, 37. gebelik haftası öncesi sonuçlanan gebeliklerde %50-83 arasındadır (30).

Kadına günde bir ya da iki kez kontraksiyonları değerlendirmesi öğretilir. Kadın sırtını bir yastıkla destekleyerek yan tarafına yatar, parmaklarını uterusun fundusuna yerleştirir ve bir saat müddetle kontraksiyonları kontrol eder. Normalde gebelik süresince varolan bu kontraksiyonlar eğer bir saat içinde her 10 dakikada ya da daha sık gelmiş ise bu durumda doğum başlamış olabilir (49,88).

1.7.1.3. Erken Doğuma Yol Açan Gebelik Komplikeasyonları

1. Ust üriner kanal enfeksiyonları
 - a. Aseptomatik bakteriüri
 - b. Pyelonefrit
2. Maternal hastalıklar
 - a. Hipertansiyon
 - b. Preeklampsi ve eklampsi
 - c. Astım
 - d. Hipertiroidizm
 - e. Kalp hastalığı
 - f. İlaç bağımlılığı
 - g. Kolestazis
 - h. Hemoglobinin 9gr./dl'nin altında olduğu anemi
3. Uterusta aşırı distansiyona neden olan durumlar
 - a. Çokl gebelikler
 - b. Hidroamnioza yol açan ağır fetal anomaliler
 - c. Diabet
 - d. Rh immünizasyonu
4. Antepartum hemoraji
5. Ablatio plasentae veya fetal ölüm
6. Maternal abdominal cerrahi veya jeneralize sepsis
7. İntrauterin enfeksiyon (9,94).

Preterm doğuma neden olan klinik bulgular ve erken doğuma sevk eden demografik ve medikal faktörler eskiden beri bilinmektedir. Buna rağmen preterm doğuma sebep olan patofizyolojik yollar henüz tam olarak anlaşılammıştır(4).

1.7.1.4. Erken Doğum Riski Taşıyan Gebeliklerde Yaklaşım

Her gebe kadının ilk değerlendirilmesi ayrıntılı hikaye ve fizik muayeneyi içerir. Tıbbi hikaye geçmişteki ve şimdiki tüm hastalıkları ve gebelikle ilişkisini ortaya koyma çabasında olmalıdır (4).

Jinekolojik ve obstetrik bozukluklar olumsuz etkide bulunabilirler. Bu nedenle yüksek risk değerlendirilmesinde tahmin değerleri vardır. Hekim Hastanın çevresini de değerlendirip ona etki eden stresi, iş türünü ve fizik aktivite seviyesini değerlendirmelidir. Gebenin genel sağlığı ve beslenme değerlendirilmesi ilk ziyaretle başlatılmalıdır. Premetüre yönünden yüksek

risk altındaki hastalar gebelikleri boyunca artan sayıda takibe alınırlar. Her vizitte hastaya vajinal akıntıda, pelvik basınçta ve düzenli uterus kasılmalarında değişiklik olup olmadığı sorulmalıdır(4).

Yaklaşımın başarısı erken doğumun erken dönemde fark edilmesine bağlıdır. Semptomlar sıklıkla hem hasta hem de hekim tarafından fark edilemeyecek kadar belirsiz olabilir.

Erken tanı için:

1. Hasta erken doğumun belirtileri konusunda bilgilendirilmelidir.

- a. Adet ağrılarına benzeyen kramplar,
- b. Bel ağrıları, sırtın alt kısmında ağrılar
- c. Pelvik basınç hissi,
- d. Artan vajinal akıntı,
- e. İdrara çıkmanın sıklaşması.

2. Hasta vajinal kanaması olursa, hemen hekime başvurmalıdır.Çünkü, bu kanama servikal dilatasyon veya membran rüptürüne bağlı olabilir.

3. Hekim her hafta serviks muayenesi yapmalıdır.Böylece doğum ağrılarının başlangıcının habercisi olan değişiklikler saptanabilir.

- a. Internal ve eksternal os'un dilatasyonu
- b. Servikal silinme(effesman)ve yumuşama
- c. Servikte yönlendirme
- d.Prezente olan kısmın durumu

4.Kramplarla birlikte servikal bir değişiklik veya uterus irritabilite gelişirse,hastanın yatırılması düşünülebilir.

5.Hasta servikal yetmezlik açısından değerlendirilmelidir (94).

Sağlık düzeyinin belirlenmesinde pek çok ölçüt arasında özellikle anne ve bebek ölüm hızlarına bakılmaktadır.Gebelik fizyolojik bir olay olmasına rağmen, gebeliğin her anında kolaylıkla patolojik olaylar meydana gelebilir.Bu nedenle gebeye düzenli aralıklarla özel bakım ve ilgi gösterilmesi zorunludur(12,86).

1.7.1.5.Erken Doğum Tehdidinde Tedavi

Erken doğum tehdidini önlemek ya da durdurmak için yapılan tedaviye tokoliz, kullanılan ilaçlara da tokolitik ajanlar denir(14,36,88).

Tokoliz amacıyla şimdiye kadar pek çok ilaç denenmiş olup, bunlar arasında betasempatomimetikler (ritodrin) en sık kullanılan ilaçlardır (33,36). Kullanılan diğer ilaçlar ise, progesteron, antioxytotic ajanlar, magnezyum sülfat'dır (77,88).

Tedavide temel prensipler:

1. Yüksek risk olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.
2. Uterin kan akımını kolaylaştırmak için sol lateral pozisyonda uzun süreli yatak istirahati ve yeterli hidrasyon önerilir.
3. Tüm gebeliklerin %3-5'inde gelişen asemptomatik bakteriyüri tanısı için testler yapılır.
4. Sigaranın az içilmesi veya tamamen bırakılması önerilir.
5. Preterm doğumla ilgili psikolojik sorunlar için psikiyatristlerle, psikologlarla ve sosyal hizmet uzmanlarıyla işbirliği yapılır.
6. Eğer hidroamnioza bağlı aşırı distansiyon ve kontraksiyon varsa 500ml kadar amnion sıvısı almak amacı ile teropatik amniosentez uygulanır.
7. Prematür doğum açısından yüksek riskli hastalara 20. ve 36. gebelik haftalarında koitus yasaklanır.

8. Evde kontraksiyon monitörizasyonu düşünülebilir (94).

Erken doğum riski tanısı almış olgularda, aşağıdaki klinik durumlar olmadığı takdirde, erken doğumun tokolitik ajanlarla durdurulmasına karar verilebilecektir.

- a. Erken doğumun başlamasından itibaren 24 saatin üzerinde erken membran rüptürü (EMR) olan hastalar,
- b. Antenatal dönemde kanama öyküsü olanlar,
- c. Intrauterin gelişme geriliği (IUGR) ya da konjenital anomali saptanmış olan gebeler,
- d. Hipertansiyon ya da kardiyovasküler hastalığı olan gebeler,
- e. Metabolik hastalıkları (diyabet) ya da böbrek hastalığı olanlar,
- f. Hastanın kendi yaşamını tehdit eden kanama bozuklukları veya otoimmün hastalıkların olması,
- g. Klinik olarak saptanmış, etkilenmiş Rh/rh uyumsuzluğu olanlar,
- h. Doğumu gerekli kılan obstetrik komplikasyonların olması (ablatio plasentae, kord prolapsusu, v.b.)

Bu tip hastalara tokoliz uygulanmamalıdır (36).

Tokolitik ajanlarla uzun süreli tedavi yapılacaksa, aşağıdaki kriterlerin olması ayrıca gerekir;

1. Gestasyonel yaş 18. ile 34. haftalar arasında olmalıdır.
2. Fetal ağırlık tahminen 2500gr'ın altında yorumlanmış olmalıdır.

3. Membranlar intakt durumda olmalıdır.

4. Serviks 4 cm'nin üzerinde açıklığa sahip olmamalıdır.

5. Fetüs canlı ve biofizik değerlendirmede "iyi" durumda olmalıdır.

6. Uterin kontraksiyonlar 30 dakikalık bir izlemde, 10 dakikada bir ya da daha fazla 30sn sürede etkili olmalı; servikal açıklık ve silinme ilerleyici tarzda saptanmış olmalıdır(36).

Tokolitik ajanlarla tedavi edilemeyen durumlarda cerrahi girişim uygulanır.Bunlar; servikal yetmezlik varsa ilk trimesterden sonra serkilaj uygulanır.Doğum kaçınılmaz ise, fetüsü vajinal doğumun yol açtığı intrakranial kanamalardan korumak için,seksiyo-sezaryen tercih edilir (77).

Destekleyici tedavi olarak:

- Uterus kontraksiyonları ve ÇKS izlenir.

- Uygun aralıklarla vajinal muayene yapılır.

- Sıvı alımı artırılır.

- Lateral rekümbent pozisyonda yatak istirahati verilir. Gebelikte yaşanan riskli durumların çoğunda gebeye öncelikle önerilen, evde veya hastanede yatak istirahatine geçmesidir.Yatak istirahati sıklıkla, 20-36 gebelik haftaları arasındaki riskli gebelere tavsiye edilmektedir.ABD'de her yıl yaklaşık 700.000 yüksek riskli gebeye yatak istirahati önerilmektedir.Yatak istirahatinin riskli gebelikler açısından yararı istirahatın, uterus perfüzyonunu ve fetal dolaşımı düzenlemesi, serviks üzerindeki baskıyı azaltması ve gebeye dinlenme fırsatı yaratması şeklinde gerçekleşmektedir(24,40,49,96).

1.7.1.6.Erken Doğum Tehdidinin Önlenmesi

*Utero-plasental kan akımını arttırmak için günde en az bir ya da iki kez "lateral rekümbent" pozisyonda dinlenmek,

*Yoğun faaliyetlerden ve stresli ortamdan kaçınmak,

*Koşulları ağır bir işte çalışıyorsa işine bir süre ara vermek,

*Cinsel ilişkiden kaçınmak veya sınırlamak,

*Meme bakımını 37.gebelik haftası geçinceye kadar ertelemek(77,88).

Genel önlemler:

1.Erken gebelik testi,

2.Istenmeyen gebeliğin önlenmesi,

3.Antenatal bakım ve yüksek riskli gebeliğin tanımlanması,

4.Yüksek risk merkezlerinin geliştirilmesi,

Spesifik önlemler:

- 1.Hastanın prosesinin medikal düzeltilmesi(anemi,enfeksiyon,v.b.)
- 2.Defektlerin cerrahi düzeltilmesi,
- 3.Sigaranın yasaklanması,
- 4.Yatak istirahati,
- 5.Ritodrin ile doğumun önlenmesidir(77,88).

Yapılan araştırmalarda gebelerin üçte birinin erken doğum tehdidi belirtilerini tanımadıklarını, yarısının ise ikiz gebelik ve daha önce erken doğum yapmış olmanın risk artırıcı faktör olduğunu bilmedikleri görülmüştür.Son yıllarda çeşitli araştırmacılar tarafından erken doğumu önleme programları geliştirilmiştir.Bu programlar, erken doğum tehdidinin uyarıcı belirti ve bulguları konusunda gebenin eğitilmesi esasına dayanmaktadır.Programın temel özellikleri kansızlık, enfeksiyon gibi erken doğuma hazırlayıcı faktörlerin düzeltilmesi, gebelere erken doğum belirtilerinin tanıtılması, bunların nasıl saptanacağıının öğretilmesi, hastanın herhangi bir sorun anında ilgili sağlık personeli ile temas kurabilme imkanına kavuşması ve düzenli muayenelerle kontrolüne dayanır(2,37,49).

1.7.1.7.Sezaryen ile Doğum

Sezaryen, bebeğin abdominal olarak uterus kavitesinden doğurtulması operasyonudur. Günümüzde yaygın kullanım alanı vardır (23,88).

Sezaryen ile doğum kararı gebelik muayeneleri esnasında verilebileceği gibi doğumu induksiyon ile başlatma girişimi başarısız olduğunda, yada doğum eylemi başladıktan sonra birinci yada ikinci evrede verilebilir.Sezaryen kararı en sık doğum eylemi başladıktan sonra doğumun ilerlememesi ve fetal distres geliştiği durumlarda verilmektedir(35).

DSO, sezaryen ile doğumların tüm doğumlar içindeki oranının %10-15 ile sınırlı olmasını önermektedir(34).

Sezaryen endikasyonları:

- *Baş-pelvis uyumsuzluğu, prezantasyon-pozisyon bozukluğu,
- *Aşırı kanama, plasental yetmezlik,ağrı zaafi,
- *Uterus disfonksiyonu,diabet gibi sistemik hastalıklar,
- *Pre-eklampsi,herpes genitalis,iri bebek ,çoğul gebelik,
- *Daha önce geçirilen sezaryen,operasyon,
- *Prımpar 35 yaş üzeri,

*Kordon sarkması, fetal distres ve erken doğumlardır(35,50,88,95).

Daha önce sezaryen ile doğum yapmış bir kadın, sonraki gebeliğinde vaginal doğum yapmaya karar verirse medikal ve cerrahi kontrendikasyonlar araştırılmalıdır. Birbirini izleyen gebeliklerdeki aynı doğum şekli daha emniyetlidir(34,94).

Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) için ideal şartlar taşıyan bir anne adayının sağlıklı bir şekilde vajinal doğum yapma olasılığı %75 civarındadır. Amerika'da %19.9 , Norveç'te %5.7 ,İsveç'te %53 anne adayına SSVD önerilmekte ve uygulanmaktadır (34).

Seksiyo-sezaryende değişik teknikler kullanılmakla birlikte, daha çok iki tip uygulanır.Transvers kesi ve klasik sezaryendir.Uterusun alt segmentine uygulanan yatay kesi transvers kesidir ve daha sonraki gebeliklerde yırtılma riski oldukça düşüktür.Direkt uterusun gövdesine uygulanan, klasik kesidir.Bu kesi uterus kasına ciddi hasar verdiğinden sonraki gebeliklerde yırtılma olasılığı yüksektir(23,34,35,50,94)

1.7.2.Prematüre Bebek

Normal gebelik süresi 38-42 hafta olup 37. gebelik haftasından erken dünyaya gelen bebeklere prematüre denir.Erken doğum sıklığı büyük ölçüde annede doğumu provake eden risk faktörlerine bağlıdır.Bunlar maternal ve fetal nedenler olabilir.Son yıllarda prematüre bakım ünitelerinin, özellikle üniversite hastanelerinde kalite ve kantite olarak gelişim göstermesi ile daha önce 28 gebelik haftası olarak bildirilen dış ortamda yaşayabilme sınırı 24 haftaya indirilmiştir.Ağırlık olarak da yaşayan en düşük doğum ağırlıklı prematüre 450gr. olup bu sınırın daha da aşağıya inmesi olasıdır (16,68,70).Tüm yeni doğanların yaklaşık %25'ini prematüre yeni doğanlar oluşturur(70).

Erken doğan bebekler, solunum, mide-barsak ,böbrek ve sinir sistemleri komplikasyonları açısından yüksek risk altındadır.Erken doğmasına rağmen yaşama şansına sahip olan bebeklerin önemli bir bölümünde fiziksel ve zihinsel ciddi sorunlar gelişebilmektedir. Komplikasyonların giderilmesi ve rehabilite edilmesi sırasında oluşan tıbbi bölüm masrafları da oldukça büyük rakamlara ulaşmaktadır(25).

Erken doğumların nedeni nadiren bilinmektedir.Düşük sosyoekonomik düzey ile gebeliğin erken dönemde sonlanması arasında yüksek korelasyon vardır.Orta ve üst sosyoekonomik gruptaki gebeliklerin sadece %4-8'i erken dönemde, düşük sosyoekonomik düzeyde ise gebeliklerin %10-20'si termden önce sonlanmaktadır.Maddi olanaksızlıklar nedeniyle kadının gebelik sırasında yetersiz beslenmesi ve yetersiz prenatal bakım alması, erken doğumları etkileyen majör faktörlerdir (16).

Amerika'da 1994 yılında prematüre bebek doğum oranı beyazlarda %9.6 iken, ekonomik düzeyi daha düşük olan zencilerde bu oran %18.1 olmuştur(72).

Prematürelerin; solunum güçlüğü sendromu(RDS), sarılık ve enfeksiyonlara duyarlık ve beslenme zorluğu gibi kendilerine özgü problemleri olduğu gibi, bakım için yetersiz ünitelerin oluşu, bu konuda yetişmiş elemanın azlığı, gerekli malzemenin yokluğu, modern teknik gelişim ve iyi bakıma ulaşılamaması, toplumun sosyoekonomik düzeyindeki düşüklük gibi nedenlerle gelişmekte olan ülkelerde prematüre bebek mortalite yüzdeleri, gelişmiş ülkelerin aksine halen yüksek düzeydedir (68,90).

Prematüre bebek sahibi olan anne ve babalarda posttravmatik stres semptomları doğumdan 6 ay sonrasına kadar devam eder.Bu yüzden yeni doğan bölümü hemşiresi prematüre bebeğe bakım verirken anne-babaya da emosyonel destek konusunda dikkatli olmalı ve yeterli bilgiye sahip olmalıdır(20).

1.7.2.1.Prematüre Bebeğin Özellikleri

Prematüre bebeğin fizyolojik homeostazisi sağlamak için yardıma gereksinimi vardır.Gelişen teknolojinin yardımı ile prematüre bebeklerin yaşama şansları artmıştır(16).

Özellikleri:

- Derisi ince, nazik ve pembe-kırmızı görünümündedir.
- Deri altı yağ dokusu az olduğundan derisi buruşuktur.
- Lanugosu bol, ayak tabanında deri çizgileri yoktur.
- Tırnaklar yumuşak ve parmak ucunu geçmez.
- Kulaklar küçük ve yumuşaktır.
- Cildinde damarlar çok belirgindir.
- Baş bedene göre çok büyüktür.Fontaneler büyük ve süturlar aralıktır.
- Solunum, diyafragmatik ve zayıftır.
- Hipotonik ve emme gücü zayıftır.
- Normal refleksler olmayabilir.
- Ekstremitelerde tremor görülebilir.
- Erkeklerde testisler skrotuma inmemiş, kızlarda labia majorlar yeterli gelişmemiştir.
- Ağlayışı zayıf ve tek düzedir(16,26,88).

Genel olarak, 2500 gramın üzerindeki bebekler normale yakın doğmuş olarak değerlendirildiğinde, bu gruba oranla 1500-2500 gram arasında doğan bebeklerin dil, sosyal beceri ve motor gelişimde gecikme riski iki kat artar. Doğum tartısının gelişimin bütün parametreleri açısından olumsuz etkilerinin görüldüğü grup 1000 gramın altında doğmuş

bebeklerdir.Normal doğum tartılı bebeklere göre bu grup özellikle görme, majör motor veya zihinsel problemler açısından 10-15 kat daha riskli bulunur (85).

1.7.3.Stres

Stres, beden işlevleri ile çevre arasındaki çatışma sonucu fizyolojik sistemlerde ortaya çıkan bir savunmadır (7,48,71,84,100).

Stres, yüzyıllardır yaşanmasına karşın, son yıllarda güncel konuma gelmiş bir kavramdır. Konu hakkındaki birçok farklı bakış açısıyla beliren çeşitli tanımlar kavram karmaşasına neden olmakla birlikte, stres genel anlamda, organizma ve çevresi(içsel veya dışsal)arasındaki dinamik yapıdaki gerilimdir.Bu gerilim, organizmanın bütünlüğünü korumak için çevresinin (içsel veya dışsal) baskı ve zorlamalarına tepki üzerine ortaya çıkmaktadır (11,42,91).

Cannon; stresi acil durum tepkisi olarak tanımlamıştır. Stresin fizyolojisi üzerine önemli araştırmalarda bulunmuş olan Selye(1936),stresli bir durumla karşılaşan bireyin vücudunda belirli değişiklikler olduğunu belirtmiş ve bu değişiklikleri "Genel Uyum Sendromu" adını verdiği üç bölümde açıklamıştır.Bunlar alarm tepkisi, direnç dönemi ve tükenme dönemidir.Lazarus ve Folkman'ın ileri sürdüğü etkileşim teorisi stresi; talepler ve kaynaklar arasındaki dengesizliğin sonucu ortaya çıkan durum olarak tanımlamaktadır(80).

Stresör , strese neden olan ve stres durumunu arttıran bir ajan, faktör yada organizmanın uyumunu gerektiren durumlardır.Stresörler rol değişimi, eşin ölümü, ayrılık gibi dış kaynaklı olabileceği gibi menopoz, gebelik, suçluluk duygusu gibi iç kaynaklı da olabilir.Stresörler biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ya da bu etmenlerin birleşiminden oluşabilir.Stres gibi stresörlerin algılanışı da bireyseldir(11,88).

1.7.3.1.Stres Kaynakları

Stres çevreden yada kişinin kendinden kaynaklanabilir. Dış koşullar ve zorluklar strese yol açarken, bizim davranışlarımız ve tepkilerimiz de aynı şekilde stres yaratabilir ve gelecekteki stresli olayları hazırlar (87).

-Fizik çevre:Hava kirliliği, gürültü, kalabalık, radyasyon, sıcak gibi.

-Çalışma koşulları:Ağır ve baskı altında çalışma gibi.

-Psiko-sosyal faktörler üçe ayrılır:

*Günlük stresler:Evde işlerin aksaması, ağlayan çocuk, yanan yemek ,ekonomik güçlükler gibi.

*Gelişimsel stresler:Doğumdan yaşlılığa kadar gelişim aşamalarında ortaya çıkan streslerdir.Menopoz, adölesan gibi.

*Durumsal stresler: Ciddi hastalıklar, evlenme, boşanma, doğum olayları sayılabilir (7,11,81,88).

1.7.3.2.Stres Karşısında Bireyde Ortaya Çıkan Fizyolojik Belirtiler

Kişinin kendine özgü stres belirtilerinin farkına varması, stresin yol açacağı dengesizliğe karşı uyanık olmak ve bu dengesizliğin potansiyel nedenini anlayıp tanımlamak açısından oldukça önemlidir(87).

Stresli bireyde görülen fizyolojik belirtiler:

- Nabız hızı ve gücü artar,
- Kan basıncı yükselir,
- Solunum sayısı ve derinliği hafif artar,
- Pupiller dilate olur, görme keskinliği artar,
- Kaslar gergindir,rijidite(katılık) ve tremor vardır,
- Cilt soğuk ve nemlidir,
- Dudaklar ve ağız kurudur, susuzluk hissi vardır,
- Vücut ısısı artabilir,
- Huzursuzluk, uyanıklık, tetiklik vardır,
- İştahsızlık, bulantı, abdominal distansiyon, kabızlık,
- Uyku bozukluğu,
- Kan şekerinin yükselmesi,
- Glikozüri,
- İdrarın miktarının azalması ve yoğunluğunun artması,
- İdrarla nitrojen kaybının artması,
- Serum sodyum ve klor miktarının artması,
- Serum potasyum miktarının azalması,
- Lenfosit, eozinofil ve bazofillerin azalması,
- Kilo kaybıdır(11,81,97,100).

1.7.3.3.Stres Karşısında Bireyde Ortaya Çıkan Psikolojik Belirtiler

Stres olgusu incelenirken, stres verici durumlar kadar onlarla karşılaşan bireyin psikolojik özelliklerinin de ele alınması ve değerlendirilmesi önem taşır.Ştress ve stress

vericilerin insana etkisi söz konusu olunca, insanın psikolojik bütünlüğünü oluşturan düşünce, duygu ve davranışlarını anlamaya, tanımaya gerek vardır(7,11).

Stres tepkisi, ortamda ne olduğuna bağlı olarak değil, insanın olana nasıl tepki verdiğine bağlı olarak ortaya çıkar.Hissettiklerimiz esas olarak düşündüklerimiz paralelindedir. Bu sebeple stres belirli insanla belirli olayın etkileşiminde ortaya çıkar.Yani olay tek başına bir belirleyici değildir.Burada kilit nokta, o belirli durum ile o belirli kişi arasındaki işlemdir(7).

Erken doğumlar tüm doğumların %9'unu oluşturması nedeniyle doğum kliniklerinde karşılaşılan en önemli sorunlardan biridir.Bu sorun yalnızca prematür bebeğin bakımı ile ilgili değildir.Zira erken doğumlar hem anneyi hem de bebeği birlikte ya da ayrı ayrı etkileyen faktörler sonucu meydana gelmektedir.Bu nedenle erken doğumlara neden olabilen bu faktörlerin bilinmesi ve önlenmesi yoluna gidilmesi gereklidir(99).

Aybaş (1999)'ın çalışmasında belirtildiği gibi, Scotland ve Smith gebeliği kadın için doğal bir yaşam krizi olarak tanımlamışlardır. Kadının kendi yaşam özgeçmişinde anne babası ve ailesi ile ilgili yaşadıkları, tutumlar, davranış ya da örselenmeler, kendi gebeliğine ilişkin yaşadıklarında ve tutumunda da etkilidir.Gebelik bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabildiği gibi; endişe, kaygılı bekleyiş, yüklenme de yapabilir.Gebelik duygusu kendini gerçekleştirme yanında, yaşama dair değer yargılarını, sistemlerini geliştirme duygusu da verir(3).

Annenin fiziksel ve mental sağlığı annenin fiziksel sağlığını etkilediği gibi anne karnındaki fetüsün durumunu da etkilemektedir.Psişik faktörler gebelikteki fizyolojik değişikliklerin şiddetini artırır.Daha önceden mevcut ya da yeni ortaya çıkan her türden majör psikiyatrik bozukluğu olan kadınlarda gebelik şikayetleri daha ağır seyrettiği görülmüş ve psişik faktörlerin doğum komplikasyonlarını arttırdığı saptanmıştır(3).

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan ve gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler sosyal destek kaynakları olarak kabul edilmektedir. Sevgi, şefkat, saygı, bir gruba ait olma gibi temel gereksinimleri karşılayan sosyal desteklerin, kişinin ruhsal sağlığında ve mutluluğunda önemli bir rol oynadığı öteden beri bilinmektedir.Ayrıca sosyal desteklerin, stres verici yaşam olaylarının olumsuz etkilerini hafifleterek ya da dengeleyerek tampon görevi gördüğünü düşündüren pek çok çalışma verisi bulunmaktadır(59).

Stresli bireyde görülen psikolojik belirtiler:

-Telaş, heyecan hali ve karar verme güçlükleri, verilen bir kararı uygulamada tereddüt etme,

-Panik ve korku halleri,

- Huy, mizaç ve karakter yapısında değişiklikler,
- Alışılmış davranış biçimlerinin değiştirilmesi,
- Değersizlik, güçsüzlük, başarısızlık fikirlerinin oluşması,
- Desteklenilmediği, kendisine güvenilmediği inancının yerleşmesi,
- Zamansız ve gereksiz öfke halleri, kızgınlık halleri, taşkınlık hali,
- Sürekli hayal kurma, dalgınlık ve düşünce hali,
- Tembellik veya aşırı bir çalışma hali,
- Konuşma hızlanması, konuşma yavaşlaması, konuşma tutukluğu veya kopukluğu,
- Hipokondriler, kişinin sağlığı ile aşırı ve gereksiz ilgilenmesi,
- Uyku ritminin bozulması, uykusuzluk, aşırı uyuma, erken uykudan uyanma,
- Ölüm ve intihar fikirlerinin yoğunlaşması şeklindedir(11,63,97,100).

1.7.3.4.Stresle Başa Çıkma

Psikolojide davranışçı-kognitif yaklaşım modelinin temelini;stres---başa çıkma---uyum veya uyumsuzluk paradigması oluşturmaktadır(91).Streste olan birey ile kurulan yapıcı (açıklayıcı,destekleyici) iletişim gerginliği en iyi şekilde kontrol eden iletişim, yoludur (11). Başa çıkma, bireyin çevreden yada içten gelen baskıları(istekler,düşünceler,duygular) önleme ya da üstesinden gelme mücadelesidir (63,91).

Folkman ve Lazarus(1988), stres ve başa çıkma arasındaki ilişkinin sürekli olduğunu ve stresin başa çıkmaya neden olduğunu belirtmektedir.Folkman(1984), tarafından başa çıkma; stresli etkileşim yoluyla yaratılan içsel-dışsal istekleri kontrol etmek yada azaltmak için yapılan bilişsel yada davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır(80).

Tarihsel olarak bakıldığında, stresle başa çıkma mekanizmalarının, 5 farklı açıdan ele alındığı görülmektedir.Bunlar:

*Freud(1850-1939)'un psikoanalitik kuramında önerdiği bilinç dışı savunma mekanizmaları,

*Erikson(1902-1994)'un "yaşam dönemleri" yaklaşımında sözünü ettiği, özgüven, özyeterlilik ya da içsel kontrol gibi bireysel kaynaklar,

*Evrin kuramı ve davranışçı akımdaki, problem çözme çabaları,

*Cannon(1930), Selye(1936) gibi araştırmacıların ileri sürdüğü, hem insanların hem de hayvanların stres karşısında gösterdiği, genetik olarak programlanmış bir tepki,

*Organizmanın, kendi fizyo-psikolojik kaynaklarının zorlanıp tükenmesi karşısında gösterdiği, uyum yapmaya yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabalar olarak sıralanabilir (11,84).

Başa çıkma mekanizmalarının ayrıca, kaynaklar, tarzlar ve belirli çabalar şeklinde sınıflandırıldığı da görülmektedir. Başa çıkma kaynakları, bireyin problem çözme becerilerini, kişiler arası ilişkilerdeki becerilerini, olumlu benlik kavramı gibi kişiliğinin bazı yönlerini ve sosyal desteklerini oluştururken; başa çıkma tarzları belli durumlarda genellikle kullandığı ya da benzer durumlarda zaman içinde tekrarladığı başa çıkma yöntemlerini kapsamaktadır. Bunlar aynı zamanda kişinin tercihlerinin, dolaylı olarak da inançlarının ve değerlerinin yansımasıdır. Başa çıkma çabaları ise, belirli bir stres oluşturuca durumda kullanılan bilişsel ya da davranışsal stratejilerdir ve stresli olay bağlamına göre değişmektedir (7,84).

Aysan (2004)'a göre stres, yaşantılarında bireyin bilişsel çabasının niteliği ve başa çıkma stili büyük ölçüde onun psikolojik bütünlüğünü de belirlemektedir. Stres, başa çıkılması gereken bir durumdur, eğer başa çıkma stratejileri başarısız olursa, psikolojik sağlıkta bozulma ve bununla birlikte psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkması da kaçınılmaz bir durum olmaktadır (6)

Şahin (1995)'in çalışmasında da belirttiği gibi, yapılan ampirik çalışmalar sonucunda, başa çıkma stratejilerinin temel olarak iki kategoride toplanabildiği görülmüştür. Probleme yönelik başa çıkma ve duygulara yönelik başa çıkma şeklinde isimlendirilen bu stratejilerin, sorunlara, kişilere ve durumlara göre değiştiği ve başa çıkma mekanizmalarını ölçmek üzere geliştirilen ölçeklerin hemen hemen hepsinde yer aldığı belirtilmektedir. Problem odaklı davranışlar, durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı, serinkanlı, bilinçli çabaları içerirken, duygulara yönelik yaklaşımlar genellikle, uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabullenme gibi yaklaşımları içermektedir (80,84).

Stresle başa çıkmada etkili olmayan yollar; madde bağımlılığı, aşırı yemek yeme, kontrolsüz alışveriş, içe kapanma, aşırı tepki gösterme, biriktirmedir. Etkili olan yollar ise; zaman yönetimi, problem çözme tekniklerini kullanma, aşırı genellemelerden kaçınma, kişiler arası ilişkileri geliştirme, sosyal etkinlikleri geliştirme, fiziksel aktivite, dengeli beslenme, gevşeme egzersizleri ve zihinde canlandırma (63,81,87,97).

1.7.3.5. Stresle Baş Etme Yöntemleri

Stresle baş etmede:

- Bireyin güçlükle baş etmede kullandığı stratejiler tanımlanmalı,
- Bireye yeni baş etme yöntemleri öğretilmeli,
- Bireyin baş edemediği durumlarda, birey baş etmesi için aktive edilmelidir (88).

Stresle baş etmek için şunlar önerilir:

1. Stres ile hastalık arasındaki ilişki unutulmamalı ve strese ilişkin avuç içlerinin terlemesi, çarpıntı, kasların sertleşmesi gibi belirtiler var mı, değerlendirilmeli,
2. Stresin nereden kaynaklandığı bulunmaya çalışılmalı,
3. Sıkıntı veya öfke durumunda hemen trankilizan veya alkole sarılmamalı,
4. Kişisel stresörler tanınmalı,
5. Kaslar gerildiğinde veya kasıldığında, gevşeme teknikleri kullanılarak gevşemeye çalışılmalı,
6. Gerilimi azaltmak için derin ve düzenli solunum egzersizi uygulanmalı,
7. Gevşemek için belirli bir sayıdan başlayarak geriye doğru sayma ile dikkati bunda toplamalı,
8. Hiçbir yerde ve hiçbir zaman, sigara, alkol veya trankilizan ile gevşemeye çalışılmamalı,
9. Hayal gücü kullanarak hayatı zenginleştirmeli, vücudu böylece gevşetmeye ve zihni dinlendirmeye çalışılmalı,
10. Hayattaki değişikliklere hemen tepki göstermemeli,
11. Stresli ortamda iş yapmayı başarmaya çalışılmalı, korkuların üzerine gidilmeli, stres durumunda sakin kalmayı öğrenmeli,
12. Yazmak ya da biri ile karşılıklı konuşmak, anlatmak yararlıdır, denenmeli,
13. Ofkenin nedenini anlayıp, sakin konuşarak öfke yenilmeli,
14. Sıkıntı veya öfke durumunda yürüyüşe çıkılmalı veya bahçe ile uğraşılmalı, çünkü doğa ile baş başa kalmak insanı sakinleştirir,
15. Stresi azaltmak için müzik dinlenmeli,
16. Stresi azaltmak için değişik uğraş bulunmalı (kitap, tiyatro v.b.),
17. Fazla kilo veya kilo kaybı strese neden olur, kaçınılmalı,
18. Düzenli bir beslenme ve egzersiz programı uygulanmalı,
19. Meditasyon, davranışların ve kişiliğin analizi, bio- feedback yöntemi ile adale gerginliklerinin saptanması ve bu adalelerin gevşetilmesinin kazandırılması, gevşeme teknikleri sayılabilir (11).

1.7.3.6. Stres ve Gebelik

Gebelik doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına rağmen, kadının çevresindeki bireyler de bu olaydan etkilenmektedir (88).

Doğum eyleminin başlaması nedeniyle hastaneye yatan gebede stres yaratabilecek olan stresörler ağrı, gerginlik, korku, çaresizlik, kontrol kaybı, sevdiklerinden ayrılma, anlaşılma, işlemler, yabancı ortam, cerrahi işlemlere ilişkin korku, ümitsizlik ve yabancı insanlardır. Hamileliğin riskli olarak tanımlanmasını takiben bir dizi tetkik ve izleme yöntemleri gündeme gelir.Yeni teknolojiler, diğer uzmanlar devreye girer. Tüm bunlar belirsizlik düşüncelerini artırır(57,67,88). Eşine yakınlık ve destek göstermeyen bir erkeğin varlığı, annenin diğer sorunlarına eklendiğinde ruhsal bunalımlara neden olabilir(44).

Hastanede kalış süresinin uzaması ve yatak istirahatindeki gebelerde stres, emosyonel reaksiyonlarla, aile üyeleriyle ilişkilerin değişmesi ve olumsuz fiziksel etkilerin oluşması ile kendini belli eder(61).

Ailenin gebeliğe tepkisi ve uyumunu bazı faktörler etkiler.Bunlar:gebeliğin planlanıp planlanmadığı, gebeliğin istenip istenmediği, ailenin ekonomik durumu, ailedeki diğer çocukların sayısı ve yaşları, ailenin varolan sosyal destek sistemidir(88).

Sağlık Bakanlığı, stresle başa çıkmak için, doğru ve derin nefes almanın öğrenilmesini, yeterli ve dengeli beslenilmesini, sigara ve alkolden uzak durulmasını, egzersiz yapılmasını ve stres yaratan durumların başkalarıyla paylaşılmasını öneriyor(28,47,57,82).

İngiliz bilim adamlarının araştırmalarına göre, stresli bir hamilelik dönemi geçiren anne adaylarının testosteronu daha çok salgıladıkları, bu hormonun bebeğin sosyalleşme yeteneğini, konuşma kabiliyetini olumsuz etkilediği saptanmıştır(82).

1.7.4. Erken Doğum Tehdidi Tanısı Konmuş Gebelerin Stresle Başa Çıkabilmelerinde Hemşirenin Rolü

Hemşire görevlerini yerine getirirken, hem kendi stresörleri ile baş etme konumunda, hem de sorunları olan bireylere hizmet verme durumundadır(11).

- Gebeye durumu ile ilgili açıklamalarda bulunarak korku ve endişelerini gidermek,
- Gebeliğin devamını koruyabilmek için gerekli olan tedavi ve bakımı sağlamak,
- Fetal oksijenizasyonu en iyi biçimde sağlayarak distres gelişimini engellemek,
- Travayda anneye destek sağlamak, analjezik ve anestetiklerin kullanımını sınırlamak

hemşirenin sorumluluğudur (77).

Konuya sağlık hizmetini alan açısından bakıldığında birey tıbbi, cerrahi veya koruyucu hizmetlerden yararlanırken özellikle hastalık durumunda yeni bir stres yaratıcı durum ile karşı karşıyadır.Bu durumda bireyin bağımsız durumdan bağımlı hale geçmesi, bilinmezlikler, organizmanın baş etmesi gereken fiziksel sorunlar stres tepkilerini yaratır(11).

Hemşire hastaya stresle baş etmesinde üç temel yönde yardımcı olabilir:

- *Bireyin karşı koyma yeteneğini güçlendirme,
- *Etken olan stresörün yoğunluğunu azaltma,
- *İkincil stres kaynaklarını sınırlama.

Stres durumunda hemşirenin yapacağı bakım planının temel amacı, hastanın enerjisini en iyi şekilde kullanması için gerekli ortamı yaratmak olmalıdır(11).

Eğer gebe kadın ve ailesi krize neden olabilecek düzeyde stres yaşıyorlarsa aşağıdaki hemşirelik müdahaleleri aileye yardımcı olabilir:

1. Pozitif baş etme davranışlarını teşvik etme; hemşire aileye stres kaynaklarını açıklamalarında ve geçmişte ne gibi baş etme modelleri kullandıklarını gözden geçirmelerinde yardımcı olabilir.

2. Destek sağlama; hemşire iletişim tekniklerini kullanarak ailenin yanında olduğunu hissettirebilir.

3. Çevresel stresörleri düzenleme; ailenin yaşamında yer alan ve kolay bir şekilde azaltılabilecek ya da ortadan kaldırılacak stresörler belirlenip bunlara yönelik müdahaleler tartışılabilir.

4. Rehberlik ve danışmanlık sağlama; hemşire gebelik süresince kadın ve aileyi bekleyen olaylar ve değişimler konusunda onlara bilgi verebilir(88).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, erken doğum tehdidi olan gebelerin sosyo-demografik özelliklerini, stresle başa çıkma stratejilerini ve etki eden faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.2.KULLANILAN GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmada, araştırmacı tarafından literatürler doğrultusunda hazırlanan ve 47 sorudan oluşan gebelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin anket formu ile Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır.

2.2.1.Erken doğum tehdidi olan gebelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin anket formu:

2.2.1.1.Erken doğum tehdidi olan gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin anket formu;yaş, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, medeni durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin meslek durumu, gelir durumu, en uzun yaşadığı yer, kaç yaşında evlendiği, kaç yıllık evli olduğu, kaçınıcı evliliği olduğu, eşinin kaçınıcı evliliği olduğu, kimlerle yaşadığı, çocuk sahibi olma durumu, kaç çocuğunun olduğu, sigara kullanıp kullanmadığını belirlemeyi hedefleyen sorulardan (1-17) oluşmuştur.(EK 1)

2.2.1.2.Erken doğum tehdidi ve stres durumuna ilişkin bilgi formu:

Gebelerin doğurganlık durumu, gebeliği isteme durumu, kaçınıcı gebeliği olduğu, kaçınıcı gebelik haftasında olduğu, canlı doğum yapma durumu, ölü doğum yapma durumu, düşük yapıp yapmadığı, nasıl bir düşük yaptığı, gebelikte geçirdiği hastalık durumu, geçirdiği hastalığın ne olduğu, şu anda herhangi bir hastalığının olma durumu, hastalığın ne olduğu, gebelikte kontrollere düzenli olarak gidip gitmediği, gittiyse ne sıklıkta gittiği, daha önce doğum için hastaneye yatma durumu, doğumla ilgili korkuları olup olmadığı ve korkularının neler olduğu, gebelikte gebelik ve doğumla ilgili bilgi alıp almadığı, aldıysa bilgiyi nereden aldığı, sezaryen ile doğum hakkında bilgi durumu, sezaryenle doğum yapıp yapmadığı, daha önce herhangi bir ameliyat geçirip geçirmediği, ailesinde erken doğum tehdidi varlığı, erken doğumu önlemeye yönelik tedavi alma durumu, doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişinin olup olmadığı, varsa kim olduğu, stres hakkında bilgi düzeyi, kendini stresli hissettiğinde neler yaptığı, şuan kendini ruhsal olarak nasıl hissettiği, stres yaratan durumların neler olduğunu belirlemeye yönelik sorulardan (18-47) oluşmuştur.(EK 1)

2.2.2.Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği;

Amirkhan(1990) tarafından geliştirilmiş, Aysan(1994) tarafından Türkçe uyarlama ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış bir kendini değerlendirme ölçeğidir.Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği'nin Cronbach alpha güvenirlik katsayısı $r=.76$ 'dır.Problem Çözme(PÇ), Sosyal Destek Arama (SDA) ve Kaçınma (K) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır.Alt boyutlarda toplam 11'er madde bulunmakta ve alt boyut toplam puanları 11-33 arasında değişebilmektedir.Ölçekte Çok(3), Biraz(2), Hiç(1) olmak üzere üçlü likert tipi bir değerlendirme vardır.Alt boyutlardan alınacak en düşük puan 11, en yüksek puan ise 33'tür.Yüksek puanlar ölçülen başa çıkma stratejisinin kullanım derecesinin yüksekliğini yansıtmaktadır.Ölçeğin tüm maddeleri terstir.Her alt boyut bağımsız değerlendirilmektedir (5,60,75,84).

Ölçeğin alt grupları;

1-Problem Çözme:2,3,8,9,11,15,16,17,20,29,33

2-Sosyal Destek Arama:1,5,7,12,14,19,23,24,25,31,32

3-Kaçınma:4,6,10,13,18,21,22,26,27,28,30 maddelerinden oluşmaktadır.(EK II)

2.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr.Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesinde gebe servisine yatırılan gebelerle 1 Kasım 2005-1 Aralık 2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi, Konya Hastaneleri Yaptırma ve Yaşatma Derneği tarafından Trafik Hastanesi olarak yaptırılmış; 1980 yılında Doğum ve Çocuk Hastanesi'ne dönüştürülmüştür.300 yatak kapasiteli olup, 246'sı faal durumdadır.53'ü doktor,75'i hemşire, 111'i ebe olmak üzere toplam 346 çalışanı vardır.Poliklinik, ameliyathane, servisler vs bütün bölümleri vardır.

2.4.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; 1 Kasım 2005-1 Aralık 2005 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi, gebe servisine yatırılan tüm gebeler (500) oluşturmuştur.

2.5.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini; 1 Kasım 2005 tarihinden itibaren T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi, gebe polikliniğine başvuran, 20-37.gebelik

haftasında olan, doktor tarafından muayenesi yapıp, erken doğum tehdidi tanısı konmuş olup, gebe servisinde yatan, araştırmaya katılmaya istekli gebeler oluşturmuştur.

Araştırma örnekleminin seçiminde olasılıksız örneklem seçim tekniği kullanılmış ve örnekleme alınacak birey sayısını hesaplamak için de olayın görülüş sıklığı yöntemi kullanılmıştır(23,83).Günümüzde bebeklerin yaklaşık % 9'u 37. gebelik haftasından önce doğmaktadır(88,94).

$$n = \frac{t^2pq}{d^2}$$

n:Örnekleme alınacak birey sayısı
p:İncelenecek olayın görülüş sıklığı (%9)
q:İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı(1-p)

t:Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d:Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen +- sapma (0.05)

$$n = 125,850$$

Formülüne göre en az 125 erken doğum tehdidi olan gebenin araştırma kapsamına alınması gerekmektedir (23,46,65,83).

2.6.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarıdır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Erken doğum tehdidi olan gebelerin yaşı, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, eşinin eğitim durumu ve mesleği, evlilik süresi, gelir durumu, en uzun yaşadığı yer, evlenme yaşı, kaç yıllık evli olduğu, evlilik sayısı, eşinin evlilik sayısı, evde kimlerle yaşadığı,çocuk sahibi olma durumu ve sayısı, sigara kullanma durumu, doğurganlık durumu, gebeliği isteme durumu, kaçınıcı gebeliği olduğu, gebelik haftası, daha önce düşük, canlı doğum ya da ölü doğum yapıp yapmadığı,nasıl bir düşük yaptığı, gebelikte hastalık geçirme durumu ve ne olduğu, şu anda bir hastalık olma durumu ve ne olduğu, prenatal kontrollere gidip gitmediği, ne sıklıkta kontrollere gittiği, daha önce doğum için hastaneye yatıp yatmadığı,doğum olayı ile ilgili korkularının olup olmadığı, korkularının neler olduğu, gebelik ve doğumla ilgili bilgi durumu, bilgileri nereden aldığı, sezaryenle ilgili bilgi durumu ve doğum yapıp yapmadığı, kadın hastalıklarıyla ilgili ameliyat geçirme durumu, ailesinde erken doğum tehdidinin varlığı, erken doğumla ilgili tedavi alıp almadığı, bebek bakımı gibi konularda kendisine yardımcı olabilecek kişinin varlığı, kimler olduğu, stresin tanımını yapma durumu, stres yaratan durumların neler olduğu, kendini stresli hissettiğinde neler yaptığı, şuan kendini nasıl hissettiğidir.

2.7.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan ve tanıtıcı soruları içeren anket formu ile stresle başa çıkma stratejileri ölçeği kullanılmıştır.

Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.Araştırma verilerinin toplanması 01.11.2005 tarihinden başlamak üzere, saptanan gebe sayısına (125 gebe) ulaşıncaya kadar (01.12.2005) devam etmiştir.

Araştırma verileri, TC Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi gebe servisinde mesai saatleri içinde (08:00-16:00) toplanmıştır.Sınırlamalara uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerle 15 dak. görüşülmüştür. Görüşmeler gebenin odasında yapılmıştır.Uygulamadan önce gebelere araştırma konusunda bilgi verilmiş, sözlü izinleri alınmış ve isim belirtmelerinin gerekli olmadığı özellikle vurgulanmıştır.

2.8.VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows 10.0 programında kodlanarak, min-max tutarlılık kontrolü yapılmıştır.

Araştırma bulgularının analizinde;

--Erken doğum tehdidi olan gebelerin tanıtıcı özelliklerini içeren; sosyo-demografik özellikler, erken doğum tehdidi ve stres durumuna ilişkin bölüm için sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir.

--Erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerini belirlemek için "Tek Yönlü Varyans Analiz Yöntemi (Oneway ANOVA)" ve "Independet Simple t Testi (Student t) yapılmıştır.

2.9.SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma Ağustos 2003'de planlanmış, literatür bilgileri tamamlandıktan sonra Ekim 2003'te tez önerisi olarak sunulmuştur.Araştırma verileri 01 Kasım 2005-01 Aralık 2005 tarihleri arasında toplanmıştır.Elde edilen sonuçlar istatistiksel analizden sonra yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

2.10.ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmada kullanılacak olan Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği (SBO) için ;Türkçe'ye uyarlayıp, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan, Prof.Dr.Ferda Aysan'dan yazılı izin alınmıştır.

Araştırmanın yapılacağı T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesinden araştırmanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul izni alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınacak gebelere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve araştırmaya gönüllü katılım ilkesine uyularak katılımları sağlanmıştır.

Araştırma verileri toplanırken gebe ile birebir ve yalnız görüşülmüş, gebenin mahremiyetine dikkat edilmiştir. Edinilen bilgilerin gizli tutulacağı kendisine sözlü olarak iletilmiştir.



BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Yaşlarına Göre Dağılımları

Yaş Grubu	Sayı	Yüzde
20 Yaş ve Altı	11	8.8
20-24	36	28.8
25-29	50	40.0
30-34	19	15.2
35-39	7	5.6
40 Yaş ve Üzeri	2	1.6
Toplam	125	100.0

Tablo 1'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %40.0'nin 25-29 yaş grubunda, %28.8'inin 20-24 yaş grubunda, %15.2'sinin 30-34 yaş grubunda, %8.8'inin 20 yaş ve altında %5.6'sının 35-39 yaş grubunda, %1.6'sının 40 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
Okur-yazar Değil	5	4.0
İlkokul Mezunu	64	51.2
Ortaokul Mezunu	10	8.0
Lise Mezunu	20	16.0
Yüksekokul ve Fakülte	26	20.8
Toplam	125	100.0

Tablo 2'de erken doğum tehdidi olan gebelerin %51.2'sinin ilkokul mezunu, %20.8'inin yüksekokul ve fakülte mezunu, %16.0'nin lise mezunu, %8.0'inin ortaokul mezunu, %4.0'inin okur-yazar değil grubunda olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Mesleklerine Göre Dağılımları

Meslek	Sayı	Yüzde
Serbest	2	1.6
Ev hanımı	94	75.2
Memur	28	22.4
İşçi	1	0.8
Toplam	125	100.0

Tablo 3'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %75.2'sinin ev hanımı, %22.4'ünün memur, %1.6'sının serbest meslek, %0.8'inin işçi olduğu görülmektedir.

Tablo 4: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımları

Sosyal Güvence Durumu	Sayı	Yüzde
Yok	17	13.6
SSK	25	20.0
Bağ-Kur	14	11.2
Yeşilkart	32	25.6
Emekli Sandığı	37	29.6
Toplam	125	100.0

Tablo 4'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %29.6'sının emekli sandığı , %25.6'sının yeşilkart , %20.0'ının SSK , %11.2'sinin Bağkur sosyal güvencesine sahip olduğu ; %13.6'sının sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir.

Tablo 5: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eşin Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
Okur-yazar Değil	3	2.4
İlkokul	49	39.2
Ortaokul	12	9.6
Lise	32	25.6
Yüksekokul ve Fakülte	29	23.2
Toplam	125	100.0

Tablo 5'de erken doğum tehdidi olan gebelerin eşlerinin %39.2'sinin ilkökul mezunu ,%25.6'sının lise mezunu , %23.2'sinin yüksekokul ve fakülte mezunu , %9.6'sının ortaokul mezunu , %2.4'ünün okur-yazar değil grubunda olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımları

Eşin Meslek Durumu	Sayı	Yüzde
Serbest	27	21.6
Memur	31	24.8
İşçi	31	24.8
Diğer(İşsiz)	36	28.8
Toplam	125	100.0

Tablo 6'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin eşlerinin %28.8'inin işsiz , %24.8'inin memur , %24.8'inin işçi , %21.6'sının serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır

Tablo 7: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gelir Durumlarına Göre Dağılımları

Gelir Durumu	Sayı	Yüzde
Gelir Giderden Az	51	40.8
Gelir Gidere Denk	66	52.8
Gelir Giderden Fazla	8	6.4
Toplam	125	100.0

Tablo 7’de erken doğum tehdidi olan gebelerin %52.8’inin gelir gidere denk , %40.8’inin gelir giderden az , %6.4’ünün gelir giderden fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin En Uzun Yaşadıkları Yere Göre Dağılımları

En Uzun Yaşanılan Yer	Sayı	Yüzde
Şehir	49	39.2
İlçe	47	37.6
Köy-Kasaba	29	23.2
Toplam	125	100.0

Tablo 8’e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin en uzun yaşadıkları yer %39.2’sinin şehir , %37.6’sının ilçe , 23.2’sinin köy-kasaba olduğu görülmektedir.

Tablo 9: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Evlilik Durumlarına Göre Dağılımları

Evlenme Yaşı	Sayı	Yüzde
20 Yaş ve Altı	56	44.8
20 Yaş Üzeri	69	55.2
Toplam	125	100.0
Evlilik Süresi		
5 Yıl ve Altı	73	58.4
5 Yıl Üzeri	52	41.6
Toplam	125	100.0
Evlilik Sayısı		
İlk Evlilik(1)	123	98.4
2 ve Üzeri	2	1.6
Toplam	125	100.0

Tablo 9’a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %55.2’sinin 20 yaş üzerinde , %44.8’inin 20 yaş ve altında evlendiği ; evlilik süresinin %58.4’ünün 5 yıl ve altında , %41.6’sının 5 yıl üzerinde ; evlilik sayısının %98.4’ünün ilk evliliği , %1.6’sının 2 ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 10: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Evlilik Durumlarına Göre Dağılımları

Eşin Evlilik Sayısı	Sayı	Yüzde
İlk Evlilik(1)	122	97.6
2 ve Üzeri	3	2.4
Toplam	125	100.0

Tablo 10’da erken doğum tehdidi olan gebelerin eşlerinin evlilik sayısının %97.6’sının ilk evliliği , %2.4’ünün 2 ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Aile Tipine Göre Dağılımları

Aile Tipi	Sayı	Yüzde
Çekirdek Aile	95	76.0
Geniş Aile	30	24.0
Toplam	125	100.0

Tablo 11’de erken doğum tehdidi olan gebelerin %76.0’ının çekirdek aile, %24.0’ının geniş aile tipinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 12: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına ve Çocuk Sayısına Göre Dağılımları

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	74	59.2
Hayır	51	40.8
Toplam	125	100.0
Çocuk Sayısı		
2 ve Altı	40	54.1
2 Üzeri	34	45.9
Toplam	74	100.0

Tablo 12’de erken doğum tehdidi olan gebelerin %59.2’sinin çocuk sahibi olduğu ,%40.8’inin çocuk sahibi olmadığı ; çocuk sayısının %54.1’inin 2 ve altında , %45.9’unun 2’nin üzerinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 13: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları

Sigara Kullanma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	34	27.2
Hayır	91	72.8
Toplam	125	100.0

Tablo 13’e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %72.8’inin sigara kullanmadığı, %27.2’sinin sigara kullandığı görülmektedir.

3.2. Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stres Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 14: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğurganlık Durumlarına Göre Dağılımları

Doğurganlık Durumu	Sayı	Yüzde
Primipar	52	41.6
Multipar	73	58.4
Toplam	125	100.0

Tablo 14'te erken doğum tehdidi olan gebelerin %58.4'ünün multipar (birden fazla doğuracak) , %41.6'sının primipar (ilk kez doğuracak) olduğu görülmektedir.

Tablo 15: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Dağılımları

Gebeliği İsteme Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	102	81.6
Hayır	23	18.4
Toplam	125	100.0

Tablo 15'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %81.6'sının gebeliği istedikleri, %18.4'ünün gebeliği istemedikleri görülmektedir.

Tablo 16: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik Sayılarına Göre Dağılımları

Gebelik Sayısı	Sayı	Yüzde
1 (ilk gebelik)	48	38.4
2 ve üzeri	77	61.6
Toplam	125	100.0

Tablo 16'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin gebelik sayısının %61.6'sının 2 ve üzerinde , %38.4'ünün ilk gebeliği olduğu saptanmıştır.

Tablo 17: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Dağılımları

Gebelik Haftası	Sayı	Yüzde
II. Trimaster	42	33.6
III. Trimaster	83	66.4
Toplam	125	100.0

Tablo 17'de erken doğum tehdidi olan gebelerin gebelik haftasının %66.4'ünün III . trimasterde . %33.6'sının II . trimasterde olduğu görülmektedir.

Tablo 18: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Canlı Doğum , Ölü Doğum ve Düşük Yapma Durumlarına Göre Dağılımları

Canlı Doğum Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	74	59.2
Hayır	51	40.8
Toplam	125	100.0
Ölü Doğum Durumu		
Evet	5	4.0
Hayır	120	96.0
Toplam	125	100.0
Düşük Yapma Durumu		
Evet	25	20.0
Hayır	100	80.0
Toplam	125	100.0

Tablo 18'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %59.2'sinin canlı doğum yaptığı ; %40.8'inin canlı doğum yapmadığı ; %96.0'ının ölü doğum yapmadığı , %4.0'ının ölü doğum yaptığı ; %80.0'ının düşük yapmadığı , %20.0'ının düşük yaptığı görülmektedir.

Tablo 19: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Düşük Yapma Şekline Göre Dağılımları

Düşük Yapma Şekli	Sayı	Yüzde
Kürtaj	8	32.0
Spontan	17	68.0
Toplam	25	100.0

Tablo 19'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %68.0'ının spontan düşük yaptığı , %32.0'ının kürtaj olduğu saptanmıştır.

Tablo 20: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelikte Geçirdikleri Hastalık Durumlarına ve Hastalığın Ne Olduğuna Göre Dağılımları

Gebelikte Hastalık Geçirme Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	45	36.0
Hayır	80	64.0
Toplam	125	100.0
Geçirilen Hastalık Durumu		
Enfeksiyon	22	48.9
Diabet	1	2.2
Hipertansiyon	7	15.6
Anemi	15	33.3
Toplam	45	100.0

Tablo 20'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %64.0'ının gebelikte hastalık geçirmediği , %36.0'ının gebelikte hastalık geçirdiği ; gebelikte geçirilen hastalığın %48.9'unda enfeksiyon , %33.3'ünde anemi , %15.6'sında hipertansiyon , %2.2'sinde diabet olduğu saptanmıştır.

Tablo 21: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Şu Anda Bir Hastalıkları Olma ve Hastalığın Ne Olduğuna Göre Dağılımları

Şu Anda Bir Hastalığı Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	26	20.8
Hayır	99	79.2
Toplam	125	100.0
Şu Anda Var olan Hastalık Durumu		
Enfeksiyon	3	11.5
Diabet	4	15.4
Hipertansiyon	4	15.4
Anemi	15	57.7
Toplam	26	100.0

Tablo 21'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %79.2'sinin şu anda bir hastalığı olmadığı , %20.8'inin şu anda bir hastalığı olduğu ; şu anda var olan hastalığın %57.7'sinde anemi , %15.4'ünde diabet , %15.4'ünde hipertansiyon , %11.5'inde enfeksiyon olduğu görülmektedir.

Tablo 22: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Kontrollere Gitme ve Sıklığına Göre Dağılımları

Kontrollere Gitme Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	102	81.6
Hayır	23	18.4
Toplam	125	100.0
Kontrollere Gitme Sıklığı		
Onbeş Günde Bir	9	8.8
Ayda Bir	79	77.5
Üç Ayda Bir	4	3.9
Şikayetlerim Olduğu Zaman	10	9.8
Toplam	102	100.0

Tablo 22'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %81.6'sının kontrollere gittiği , %18.4'ünün kontrollere gitmediği ; %77.5'inin ayda bir , %9.8'inin şikayetleri olduğu zaman, %8.8'inin on beş günde bir , %3.9'unun üç ayda bir kontrollere gittiği saptanmıştır.

Tablo 23: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Daha Önce Doğum İçin Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımları

Daha Önce Doğum İçin Hastaneye Yatma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	63	50.4
Hayır	62	49.6
Toplam	125	100.0

Tablo 23'de erken doğum tehdidi olan gebelerin %50.4'ünün daha önce doğum için hastaneye yattığı, %49.6'sının daha önce doğum için hastaneye yatmadığı görülmektedir.

Tablo 24: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğumla İlgili Korku Durumlarına ve Korkularının Neler Olduğuna Göre Dağılımları

Doğum Korkusu Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	121	96.8
Hayır	4	3.2
Toplam	125	100.0
Doğumla ilgili korkuları		
Erken doğum yapma korkusu	21	17.4
Bebeğin sağlıklı doğup doğmayacağı	32	26.4
Doğum ağrılarının dayanılmaz olması	23	19.0
Ölü doğum yapma korkusu	4	3.3
Sezaryen yapılacağına ya da normal doğum yapacağına belirsiz olması	20	16.5
Doğum sırasında yardımcı olacak personelin tutumu ve sayısı	8	6.6
Gebenin hastalığının doğum anında komplikasyona sebep olması	13	10.7
Toplam	121	100.0

Tablo 24'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %96.8'inin doğum korkusunun olduğu, %3.2'sinin doğum korkusunun olmadığı; doğumla ilgili korkuların %26.4'ünün bebeğin sağlıklı doğup doğmayacağı, %19.0'ının doğum ağrılarının dayanılmaz olması, %17.4'ünün erken doğum yapma korkusu, %16.5'inin sezaryen yapılacağına ya da normal doğum yapacağına belirsiz olması, %10.7'sinin gebenin hastalığının doğum anında komplikasyonasebeb olması, %6.6'sının doğum sırasında yardımcı olacak personelin tutumu ve sayısı, %3.3'ünün ölü doğum yapma korkusunun olduğu saptanmıştır.

Tablo 25: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgi Alma ve Bilgileri Nereden Aldıklarına Göre Dağılımları

Bilgi Alma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	102	81.6
Hayır Evet	23	18.4
Toplam Evet	125	100.0
Bilgileri Nereden Aldıkları		
Sağlık Personeli	67	65.7
Kitle İletişim Araçları (kitap, dergi, TV vb.)	19	18.6
Aile Büyükleri ve Çevre	16	15.7
Toplam	102	100.0

Tablo 25'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %81.6'sının gebelik ve doğumla ilgili bilgilerinin olduğu, %18.4'ünün gebelik ve doğumla ilgili bilgilerinin olmadığı; bilgileri %65.7'sinin sağlık personelinin, %18.6'sının kitle iletişim araçlarından (kitap, dergi, TV vb.), %15.7'sinin aile büyükleri ve çevresinden aldıkları görülmektedir.

Tablo 26: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sezaryenle İlgili Bilgi ve Sezaryenle Doğum Yapma Durumlarına Göre Dağılımları

Sezaryenle İlgili Bilgi Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	60	48.0
Hayır	65	52.0
Toplam	125	100.0
Sezaryenle Doğum Yapma Durumu		
Evet	12	9.6
Hayır	113	90.4
Toplam	125	100.0

Tablo 26’da erken doğum tehdidi olan gebelerin %52.0’nun sezaryenle ilgili bilgilerinin olmadığı, %48.0’nin sezaryenle ilgili bilgilerinin olduğu; %90.4’ünün sezaryenle doğum yapmadığı, %9.6’sının sezaryenle doğum yaptığı saptanmıştır.

Tablo 27: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Daha Önce Kadın Hastalıkları İle İlgili Ameliyat Geçirme Durumlarına Göre Dağılımları

Ameliyat Geçirme Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	1	0.8
Hayır	124	99.2
Toplam	125	100.0

Tablo 27’ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin daha önce kadın hastalıkları ile ilgili olarak %99.2’sinin ameliyat geçirmediği, %0.8’inin ameliyat geçirdiği saptanmıştır.

Tablo 28: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Ailesinde Erken Doğum Tehdidi Varlığına ve Erken Doğum Tehdidi Tedavisi Alma Durumlarına Göre Dağılımları

Ailede Erken Doğum Tehdidi Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	42	33.6
Hayır	83	66.4
Toplam	125	100.0
Tedavisi Alma Durumu		
Evet	64	51.2
Hayır	61	48.8
Toplam	125	100.0

Tablo 28’e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin %66.4’ünün ailesinde erken doğum tehdidinin olmadığı, %33.6’sının ailesinde erken doğum tehdidinin olduğu; erken doğum tehdidi tedavisini %51.2’sinin aldığı, %48.8’inin almadığı görülmektedir.

Tablo 29: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğumdan Sonra Bebek Bakımını Paylaşacak Kişilere Göre Dağılımları

Bebek Bakımını Paylaşacak Kişinin Varlığı	Sayı	Yüzde
Evet	110	88.0
Hayır	15	12.0
Toplam	125	100.0
Bakımını Paylaşacak Kişi Durumu		
Bir Aile Büyüğü	72	65.5
Eş	27	24.5
Bakıcı kadın, komşu vb.	11	10.0
Toplam	110	100.0

Tablo 29’da erken doğum tehdidi olan gebelerin doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişinin %88.0’ında olduğu, %12.0’ında olmadığı; bebek bakımını paylaşacak kişilerin %65.5’inde bir aile büyüğü, %24.5’inde eş, %10.0’ında bakıcı kadın, komşu, vb. olduğu görülmektedir.

Tablo 30: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresin Tanımını Yapma Durumlarına Göre Dağılımları

Stresin Tanımını Yapma Durumu	Sayı	Yüzde
Ailesel ve çevresel faktörlerin etkisiyle kişinin kendini bunalımda hissetmesi	26	20.8
Sinir, sıkıntı, acı, öfke, üzüntü gibi duygulardır	34	27.2
Korku, merak, heyecan gibi duyguların sebep olduğu gerginlik halidir	18	14.4
Problemlili bir gebelik geçirmek	20	16.0
Fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun bozulmasıdır	14	11.2
Problemlerin üstesinden gelmeye çalışmaktır	13	10.4
Toplam	125	100.0

Tablo 30’a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresi %27.2’sinin sinir, sıkıntı, acı, öfke, üzüntü gibi duygulardır, %20.8’inin ailesel ve çevresel faktörlerin etkisiyle kişinin kendini bunalımda hissetmesi, %16.0’ının problemlili bir gebelik geçirmek, %14.4’ünün korku, merak, heyecan gibi duyguların sebep olduğu gerginlik halidir, %11.2’sinin fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun bozulmasıdır %10.4’ünün problemlerin üstesinden gelmeye çalışmaktır şeklinde tanımladıkları görülmektedir.

Tablo 31: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stres Yaratan Durumlara Göre Dağılımları

Stres Yaratan Durum	Sayı	Yüzde
Ekonomik Nedenler	28	22.4
Ailesel Nedenler (Yakının Kaybı)	33	26.4
Hastalık Durumu	27	21.6
Hastane Ortamında Bulunma	37	29.6
Toplam	125	100.0

Tablo 31’de erken doğum tehdidi olan gebelerin stres yaratan durumların %29.6’sının hastane ortamında bulunma,%26.4’ünün ailesel nedenler (yakının kaybı),%22.4’ünün ekonomik nedenler, %21.6’sının hastalık durumu olduğu saptanmıştır.

Tablo 32: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Kendilerini Stresli Hissettiklerinde Neler Yaptıklarına Göre Dağılımları

Stres Durumunda Neler Yapıldığı	Sayı	Yüzde
Sevdiklerimle görüşürüm	18	14.4
Ağlarım, kavga ederim	37	29.6
TV izlerim, radyo dinlerim, kitap okurum	14	11.2
Açık havaya çıkarım, gezmeye giderim, alışveriş yaparım	16	12.8
Spor yaparım, ev işi ve elişi yaparım	23	18.4
Pozitif düşünmeye çalışırım	17	13.6
Toplam	125	100.0

Tablo 32’ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin kendilerini stresli hissettiklerinde %29.6’sının ağlarım, kavga ederim, %18.4’ünün spor yaparım, ev işi ve el işi yaparım, %14.4’ünün sevdiklerimle görüşürüm, %13.6’sının pozitif düşünmeye çalışırım,%12.8’inin açık havaya çıkarım, gezmeye giderim,alış veriş yaparım, %11.2’sinin TV izlerim, radyo dinlerim, kitap okurum şeklinde ifade ettikleri saptanmıştır.

Tablo 33: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Şu An Kendilerini Nasıl Hissettiklerine Göre Dağılımları

Şu An Kendilerini Nasıl Hissettikleri	Sayı	Yüzde
İyi	33	26.4
Orta	54	43.2
Kötü	38	30.4
Toplam	125	100.0

Tablo 33’de erken doğum tehdidi olan gebelerin şu an kendilerini nasıl hissettikleri incelendiğinde; %43.2’sinin orta,%30.4’ünün kötü, %26.4’ünün iyi şeklinde belirttiği görülmektedir.

3.3. Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeğine (SBÖ) İlişkin Bulgular

Tablo 34: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin PÇ (Problem Çözme) , SDA (Sosyal Destek Arama) ve K (Kaçınma) Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	N	X	SS(σ)	Min	Max
PÇ	125	25.88	4.88	11	33
SDA	125	24.96	5.10	11	33
K	125	24.33	3.93	11	33

Tablo 34’de SBÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde erken doğum tehdidi olan gebelerin PÇ ortalamasının $25,88 \pm 4,88$; SDA ortalamasının $24,96 \pm 5,10$; K ortalamasının $24,33 \pm 3,93$ olduğu görülmektedir.

Tablo 35: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin PÇ (Problem Çözme) Durumlarına Göre Dağılımları

Gebelerin PÇ Durumu	Çok		Biraz		Hiç		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Probleminizin en iyi şekilde çözümlenmesi için çevrenizdeki şeyleri yeniden düzenlediniz?	47	37.6	56	44.8	22	17.6	125	100.0
Ne yapacağınıza karar vermeden önce bütün olası çözümleri aklınızda tartıştınız?	56	44.8	49	39.2	20	16.0	125	100.0
Durumla baş edebilmek için kendinize bazı amaçlar edindiniz?	63	50.4	51	40.8	11	8.8	125	100.0
Seçenekleri çok dikkatli bir biçimde tarttınız?	59	47.2	50	40.0	16	12.8	125	100.0
Problemi çözmek için işe yarayan çözümü bulana dek değişik yolları denediniz?	58	46.4	52	41.6	15	12.0	125	100.0
Durumu düzeltmek için ne yapılması gerektiğini düşündünüz?	57	45.6	54	43.2	14	11.2	125	100.0
Tüm dikkatinizi problemin çözümüne yönelttiniz?	66	52.8	51	40.8	8	6.4	125	100.0
Aklınızda bir eylem planı şekillendirdiniz?	61	48.8	47	37.6	17	13.6	125	100.0
Olayda gerçekleşmesini istediğiniz şey için kesin kararlılık gösterdiniz ve savaştınız?	62	49.6	50	40.0	13	10.4	125	100.0
Problemi çözmeye çalıştınız?	85	68.0	36	28.8	4	3.2	125	100.0
Ani hareketlerde bulunmaktansa dikkatlice bir hareket tarzı planlamaya çalıştınız?	43	34.4	49	39.2	33	26.4	125	100.0

Tablo 35’de erken doğum tehdidi olan gebelerin PÇ durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri ölçeğine verdikleri yanıtlara göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre "Probleminizin en iyi şekilde çözümlenmesi için çevrenizdeki şeyleri yeniden düzenlediniz ?" maddesi % 44.8 oranında biraz, %37.6 oranında çok, % 17.6 oranında hiç;

“Ne yapacağınıza karar vermeden önce bütün olası çözümleri aklınızda tartıştınız?” maddesi % 44.8 oranında çok, % 39.2 oranında biraz , % 16.0 oranında hiç; “ Durumla baş edebilmek için kendinize bazı amaçlar edindiniz ?” maddesi %50.4 oranında çok, % 40.8 oranında biraz , % 8.8 oranında hiç; “ Seçeneklerinizi çok dikkatli bir biçimde tarttınız ?” maddesi % 47.2 oranında çok, % 40.0 oranında biraz, % 12.8 oranında hiç; “ Problemi çözmek için işe yarayan çözümü bulana dek değişik yolları denediniz?” maddesi % 46.4 oranında çok, % 41.6 oranında biraz, %12.0 oranında hiç; “ Durumu düzeltmek için ne yapılması gerektiğini düşündünüz ? “ maddesi % 45.6 oranında çok, % 43.2 oranında biraz, % 11.2 oranında hiç; “ Tüm dikkatinizi problemin çözümüne yönelttiniz ? “ maddesi % 52.8 oranında çok, %40.8 oranında biraz, % 6.4 oranında hiç; “ Aklınızda bir eylem planı şekillendirdiniz ?” maddesi % 48.8 oranında çok, % 37.6 oranında biraz, % 13.6 oranında hiç; “ Olayda gerçekleşmesini istediğiniz şey için kesin kararlılık gösterdiniz ve savaştınız ? “ maddesi % 49.6 oranında çok, % 40.0 oranında biraz, % 10.4 oranında hiç; “ Problemi çözmeye çalıştınız ?” maddesi % 68.0 oranında çok, % 28.8 oranında biraz, % 3.2 oranında hiç; “ Ani hareketlerde bulunmaktansa dikkatlice bir hareket tarzı planlamaya çalıştınız ?” maddesi % 39.2 oranında biraz, % 34.4 oranında çok , % 26.4 oranında hiç yanıtı almıştır.

Tablo 36: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin SDA (Sosyal Destek Arama) Durumlarına Göre Dağılımları

Gebelerin SDA Durumları	Çok		Biraz		Hiç		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Duyularınızı bir arkadaşınıza açtınız?	52	41.6	54	43.2	19	15.2	125	100.0
Bir kişinin size gösterdiği sempati ve anlayışı kabul ettiniz?	65	52.0	51	40.8	9	7.2	125	100.0
Konu ile ilgili olarak başkalarıyla konuştunuz.Çünkü bu konuda konuşmak kendinizi daha iyi hissetmenize yardımcı oldu?	51	40.8	63	50.4	11	8.8	125	100.0
Korku ve kaygılarınızı bir arkadaşınıza veya bir akrabanıza açtınız?	56	44.8	51	40.8	18	14.4	125	100.0
Sadece konuşmak bile bazı çözümlere ulaşmanıza yardım ettiği için (yaşadığınız) durumla ilgili olarak konuştunuz?	38	30.4	72	57.6	15	12.0	125	100.0
Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (arkadaş ya da profesyonel bir kişi) gittiniz?	38	30.4	50	40.0	37	29.6	125	100.0
Problemlerle ilgili olarak daha iyi hissetmenize yardımcı olması için bir arkadaşınıza gittiniz?	36	28.8	60	48.0	29	23.2	125	100.0
Durumu nasıl değiştirebileceğinize ilişkin olarak bir arkadaşınızın tavsiyesine başvurduunuz?	41	32.8	57	45.6	27	21.6	125	100.0
Aynı problemi yaşamış olan arkadaşınızın anlayış ve sempatisini kabul ettiniz?	47	37.6	67	53.6	11	8.8	125	100.0
Arkadaşınız veya akrabanızın size yardımcı olmasını kabul ettiniz?	72	57.6	41	32.8	12	9.6	125	100.0
Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediniz?	75	60.0	39	31.2	11	8.8	125	100.0

Tablo 36’da erken doğum tehdidi olan gebelerin SDA durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri ölçeğine verdikleri yanıtlara göre dağılımları görülmektedir.Tabloya göre “Duyularınızı bir arkadaşınıza açtınız ?” maddesi % 43.2 oranında biraz, % 41.6 oranında çok, % 15.2 oranında hiç; “Bir kişinin size gösterdiği sempati ve anlayışı kabul ettiniz ?” maddesi % 52.0 oranında çok, % 40.8 oranında biraz, % 7.2 oranında hiç; “ Konu ile ilgili olarak başkaları ile konuştunuz. Çünkü bu konuda konuşmak kendinizi daha iyi hissetmenize yardımcı oldu ?” maddesi % 50.4 oranında biraz, % 40.8 oranında çok, % 8.8 oranında hiç; “Korku ve kaygılarınızı bir arkadaşınıza veya bir akrabanıza açtınız?” maddesi % 44.8 oranında çok, % 40.8 oranında biraz, % 14.4 oranında hiç; “Sadece konuşmak bile bazı çözümlere ulaşmanıza yardım ettiği için (yaşadığınız) durumla ilgili olarak konuştunuz?” maddesi % 57.6 oranında biraz, % 30.4 oranında çok, % 12.0 oranında hiç; “Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (arkadaş ya da profesyonel bir kişi) gittiniz? “ maddesi % 40.0 oranında biraz, % 30.4 oranında çok, % 29.6 oranında hiç; “Problemlerle ilgili olarak daha iyi

hissetmenize yardımcı olması için bir arkadaşınıza gittiniz? “ maddesi % 48.0 oranında biraz, % 28.8 oranında çok, % 23.2 oranında hiç; “Durumu nasıl değiştirebileceğinize ilişkin olarak bir arkadaşınızın tavsiyesine başvurduunuz?” maddesi % 45.6 oranında biraz, % 32.8 oranında çok, % 21.6 oranında hiç; “Aynı problemi yaşamış olan arkadaşınızın anlayış ve sempatisini kabul ettiniz?” maddesi % 53.6 oranında biraz, % 37.6 oranında çok, %8.8 oranında hiç; “Arkadaşınız veya akrabanızın size yardımcı olmasını kabul ettiniz?” maddesi % 57.6 oranında çok, % 32.8 oranında biraz, % 9.6 oranında hiç; “Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediniz?” maddesi % 60.0 oranında çok, % 31.2 oranında biraz, % 8.8 oranında hiç yanıtı almıştır.



Tablo 37: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin K (Kaçınma) Durumlarına Göre Dağılımları

Gebelerin K Durumları	Çok		Biraz		Hiç		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aklınızı problemden uzaklaştırmaya çalıştınız?	66	52.8	45	36.0	14	11.2	125	100.0
Başkalarının yaşadığınız şeylerin gerçekten ne kadar kötü olduğunu görmemesi için elinizden geleni yaptınız?	43	34.4	50	40.0	32	25.6	125	100.0
Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz?	67	53.6	30	24.0	28	22.4	125	100.0
Zamanınızı her zamankinden çok yalnız olarak geçirdiniz?	45	36.0	54	43.2	26	20.8	125	100.0
Her zamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz?	46	36.8	36	28.8	43	34.4	125	100.0
Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan kaçındınız?	40	32.0	58	46.4	27	21.6	125	100.0
Kendinizi bir uğraş (hobi) veya bir spor etkinliğine gömerek problemden kaçındınız?	52	41.6	50	40.0	23	18.4	125	100.0
Her zamankinden daha fazla uyudunuz?	50	40.0	36	28.8	39	31.2	125	100.0
“Her şey daha farklı olabilirdi.” diye hayal kurdunuz?	66	52.8	30	24.0	29	23.2	125	100.0
Romanlardaki veya filmlerdeki karakterlerle özdeşim kurdunuz?	55	44.0	35	28.0	35	28.0	125	100.0
İnsanların sizi kendi başınıza bırakmasını istediniz?	64	51.2	45	36.0	16	12.8	125	100.0

Tablo 37’de erken doğum tehdidi olan gebelerin K durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri ölçeğine verdikleri yanıtlara göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre “Aklınızı problemden uzaklaştırmaya çalıştınız?” maddesi % 52.8 oranında çok, % 36.0 oranında biraz, % 11.2 oranında hiç ; “Başkalarının yaşadığınız şeylerin gerçekten ne kadar kötü olduğunu görmemesi için elinizden geleni yaptınız?” maddesi % 40.0 oranında biraz, % 34.4 oranında çok, % 25.6 oranında hiç; “Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz?” maddesi % 53.6 oranında çok, % 24.0 oranında biraz, %22.4 oranında hiç; “Zamanınızı her zamankinden çok yalnız olarak geçirdiniz?” maddesi % 43.2 oranında biraz, % 36.0 oranında çok, % 20.8 oranında hiç; “Her zamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz?” maddesi % 36.8 oranında çok, % 34.4 oranında hiç, % 28.8 oranında biraz; “Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan kaçındınız?” maddesi % 46.4 oranında biraz, % 32.0 oranında çok, % 21.6 oranında hiç; “Kendinizi bir uğraş (hobi) veya bir spor etkinliğine gömerek problemden kaçındınız?” maddesi % 41.6 oranında çok, % 40.0 oranında biraz, % 18.4 oranında hiç; “Her zamankinden daha fazla uyudunuz?” maddesi % 40.0 oranında çok, % 31.2 oranında hiç, % 28.8 oranında biraz; “Her şey daha farklı olabilirdi.” diye hayal kurdunuz?” maddesi % 52.8 oranında çok, % 24.0 oranında biraz, % 23.2 oranında hiç; “Romanlardaki veya filmlerdeki

karakterlerle özdeşim kurdunuz?” maddesi % 44.0 oranında çok, % 28.0 oranında biraz, %28.0 oranında hiç; “ İnsanların sizi kendi başınıza bırakmasını istediniz?” maddesi % 51.2 oranında çok, % 36.0 oranında biraz, % 12.8 oranında hiç yanıtı almıştır.

3.4. Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Ortalamalarına Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 38 : Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

PÇ Puan Durumu	Sayı	Yüzde	Ortalama	SS
26 Puan Altı	66	52.8	25.88	4.88
27 Puan Üstü	59	47.2		
Toplam	125	100.0	25.88	4.88
SDA Puan Durumu				
25 Puan Altı	65	52.0	24.96	5.10
26 Puan Üstü	60	48.0		
Toplam	125	100.0	24.96	5.10
K Puan Durumu				
24 Puan Altı	125	100.0	24.33	3.93
25 Puan Üstü				
Toplam	125	100.0	24.33	3.93

Tablo 38'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri puanlarına göre bakıldığında PÇ puanlarının % 52.8'inin 26 puan altında, % 47.2'sinin 27 puan üstünde (PÇ, X= 25.88); SDA puanlarının % 52.0'ının 25 puan altında, % 48.0'ının 26 puan üstünde (SDA, X= 24.96); K puanlarının % 100.0'ının 24 puan altında olduğu görülmektedir (K, X= 24.33).

Tablo 39: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Yaş	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	20 Yaş ve Altı	11	25.18	3.37	1.463	0.207
	20-24	36	25.30	6.07		
	25-29	50	27.22	4.40		
	30-34	19	24.68	4.11		
	35-49	7	23.57	4.57		
	40 ve üzeri	2	26.00	1.41		
SDA	20 Yaş ve Altı	11	24.90	4.57	1.160	0.333
	20-24	36	25.27	6.26		
	25-29	50	25.76	4.15		
	30-34	19	22.78	4.49		
	35-49	7	24.57	6.42		
	40 ve üzeri	2	21.50	6.36		
K	20 Yaş ve Altı	11	25.90	4.27	1.271	0.281
	20-24	36	24.63	4.41		
	25-29	50	24.26	3.70		
	30-34	19	24.26	3.15		
	35-49	7	21.28	4.19		
	40 ve üzeri	2	23.50	0.70		

Tablo 39'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri 20 yaş ve altında PÇ ortalamasının $X= 25.18 \pm 3.37$, 20-24 yaş grubunda PÇ ortalamasının $X=25.30 \pm 6.07$, 25-29 yaş grubunda PÇ ortalamasının $X= 27.22 \pm 4.40$, 30-34 yaş grubunda PÇ ortalamasının $X = 24.68 \pm 4.11$, 35-39 yaş grubunda PÇ ortalamasının $X= 23.57 \pm 4.57$, 40 ve üzeri yaş grubunda PÇ ortalamasının $X=26.00 \pm 1.41$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.463, P > 0.05$).

Tablo 39'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri 20 yaş ve altında SDA ortalamasının $X= 24.90 \pm 4.57$, 20-24 yaş grubunda SDA ortalamasının $X= 25.27 \pm 6.26$, 25-29 yaş grubunda SDA ortalamasının $X= 25.76 \pm 4.15$, 30-34 yaş grubunda SDA ortalamasının $X = 22.78 \pm 4.49$, 35-39 yaş grubunda SDA ortalamasının $X= 24.57 \pm 6.42$, 40 ve üzeri yaş grubunda SDA ortalamasının $X=21.50 \pm 6.36$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır. ($F= 1.160, P > 0.05$).

Tablo 39'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri 20 yaş ve altında K ortalamasının $X= 25.90 \pm 4.27$, 20-24 yaş grubunda K ortalamasının $X=$

24.63 ± 4.41. 25-29 yaş grubunda K ortalamasının X= 24.26± 3.70, 30-34 yaş grubunda Kortalamasının X = 24.26 ± 3.15, 35-39 yaş grubunda K ortalamasının X= 20.28 ± 4.19, 40 ve üzeri yaş grubunda K ortalamasının X=23.50±0.70 olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır (F = 1.271, P >0.05).

Tablo 40: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Eğitim Durumu	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Okur-yazar değil	5	24.40	7.02	4.256	0.003
	İlkokul	64	24.73	5.34		
	Ortaokul	10	25.60	2.79		
	Lise	20	25.85	4.38		
	Fakülte ve yüksekokul	26	29.11	2.56		
SDA	Okur-yazar değil	5	26.00	6.28	0.751	0.559
	İlkokul	64	24.42	5.35		
	Ortaokul	10	24.60	5.79		
	Lise	20	24.75	4.26		
	Fakülte ve yüksekokul	26	26.38	4.63		
K	Okur-yazar değil	5	22.80	3.11	0.428	0.788
	İlkokul	64	24.51	4.42		
	Ortaokul	10	24.10	3.31		
	Lise	20	24.90	2.82		
	Fakülte ve yüksekokul	26	23.84	3.86		

Tablo 40'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri okur yazar olmayanlarda PÇ ortalamasının X= 24.40 ± 7.02, ilkokul mezunu olanlarda PÇ ortalamasının X= 24.73 ± 5.34, ortaokul mezunu olanlarda PÇ ortalamasının X= 25.60± 2.79, lise mezunu olanlarda PÇ ortalamasının X = 25.85 ± 4.38, yüksekokul ve fakülte mezunu olanlarda PÇ ortalamasının X= 29.11 ± 2.56 olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur (F = 4.256, P < 0.05).

Tablo 40'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri okur yazar olmayanlarda SDA ortalamasının X= 26.00 ± 6.28, ilkokul mezunu olanlarda SDA ortalamasının X= 24.42 ± 5.35, ortaokul mezunu olanlarda SDA ortalamasının X= 24.60±

5.79. lise mezunu olanlarda SDA ortalamasının $X = 24.75 \pm 4.26$, yüksekokul ve fakülte mezunu olanlarda SDA ortalamasının $X = 26.38 \pm 4.63$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.751, P > 0.05$).

Tablo 40'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri okur yazar olmayanlarda K ortalamasının $X = 22.80 \pm 3.11$, ilkokul mezunu olanlarda K ortalamasının $X = 24.51 \pm 4.42$, ortaokul mezunu olanlarda K ortalamasının $X = 24.10 \pm 3.31$, lise mezunu olanlarda K ortalamasının $X = 24.90 \pm 2.82$, yüksekokul ve fakülte mezunu olanlarda K ortalamasının $X = 23.84 \pm 3.86$, olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.428, P > 0.05$).

Tablo 41: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Mesleklerine Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Meslek Durumu	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Serbest	2	17.50	2.12	5.388	0.002
	Ev Hanımı	94	25.29	4.97		
	Memur	28	28.32	3.35		
	İşçi	1	29.00	0.00		
SDA	Serbest	2	20.00	2.82	1.484	0.222
	Ev Hanımı	94	24.78	5.06		
	Memur	28	25.64	5.18		
	İşçi	1	32.00	0.00		
K	Serbest	2	20.00	4.24	1.489	0.221
	Ev Hanımı	94	24.67	3.99		
	Memur	28	23.60	3.62		
	İşçi	1	22.00	0.00		

Tablo 41'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri serbest meslek grubunda olanların PÇ ortalamasının $X = 17.50 \pm 2.12$, ev hanımı statüsünde olanların PÇ ortalamasının $X = 25.29 \pm 4.97$, memur statüsünde olanların PÇ ortalamasının $X = 28.32 \pm 3.35$, işçi statüsünde olanların PÇ ortalamasının $X = 29.00 \pm 0.00$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($F = 5.388, P < 0.05$).

Tablo 41'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri serbest meslek grubunda olanların SDA ortalamasının $X = 20.00 \pm 2.82$, ev hanımı statüsünde olanların SDA ortalamasının $X = 24.78 \pm 5.06$, memur statüsünde olanların SDA ortalamasının $X = 25.64 \pm 5.18$, işçi statüsünde olanların SDA ortalamasının $X = 32.00 \pm 0.00$

olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.484, P > 0.05$).

Tablo 41'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri serbest meslek grubunda olanların K ortalamasının $X = 20.00 \pm 4.24$, ev hanımı statüsünde olanların K ortalamasının $X = 24.67 \pm 3.99$, memur statüsünde olanların K ortalamasının $X = 23.60 \pm 3.62$, işçi statüsünde olanların K ortalamasının $X = 22.00 \pm 0.00$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.489, P > 0.05$).

Tablo 42: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Sosyal Güvence Durumu	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Yok	17	25.29	6.11	3.675	0.007
	SSK	25	25.92	4.42		
	Bağ-Kur	14	24.42	4.43		
	Yeşilkart	32	24.15	5.29		
	Emekli Sandığı	37	28.16	3.51		
SDA	Yok	17	22.58	6.76	2.009	0.098
	SSK	25	25.60	4.21		
	Bağ-Kur	14	24.85	3.84		
	Yeşilkart	32	24.12	4.93		
	Emekli Sandığı	37	26.37	5.06		
K	Yok	17	24.11	5.03	0.658	0.623
	SSK	25	25.28	3.81		
	Bağ-Kur	14	24.78	2.66		
	Yeşilkart	32	23.65	4.21		
	Emekli Sandığı	37	24.21	3.66		

Tablo 42'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sosyal güvencesi olmayanların PÇ ortalamasının $X = 25.29 \pm 6.11$, SSK güvencesi olanların PÇ ortalamasının $X = 25.92 \pm 4.42$, Bağ-kur güvencesi olanların PÇ ortalamasının $X = 24.42 \pm 4.43$, yeşilkart güvencesi olanların PÇ ortalamasının $X = 24.15 \pm 5.29$, emekli sandığı güvencesi olanların PÇ ortalamasının $X = 28.16 \pm 3.51$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($F = 3.675, P < 0.05$).

Tablo 42'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sosyal güvencesi olmayanların SDA ortalamasının $X= 22.58 \pm 6.76$, SSK güvencesi olanların SDA ortalamasının $X= 25.60 \pm 4.21$, Bağ-kur güvencesi olanların SDA ortalamasının $X= 24.85 \pm 3.84$, yeşilkart güvencesi olanların SDA ortalamasının $X = 24.12 \pm 4.93$, emekli sandığı güvencesi olanların SDA ortalamasının $X=26.37 \pm 5.06$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 2.009, P > 0.05$).

Tablo 42'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sosyal güvencesi olmayanların K ortalamasının $X= 24.11 \pm 5.03$, SSK güvencesi olanların K ortalamasının $X= 25.28 \pm 3.81$, Bağ-kur güvencesi olanların K ortalamasının $X= 24.78 \pm 2.66$, yeşilkart güvencesi olanların K ortalamasının $X = 23.65 \pm 4.21$, emekli sandığı güvencesi olanların K ortalamasının $X=24.21 \pm 3.66$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.208, P > 0.05$).

Tablo 43: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Eşin Eğitim Durumu	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Okur-yazar değil	3	24.00	5.29	3.531	0.009
	İlkokul	49	24.75	5.51		
	Ortaokul	12	25.58	4.42		
	Lise	32	25.34	4.54		
	Fakülte ve yüksekokul	29	28.68	3.16		
SDA	Okur-yazar değil	3	24.33	5.68	0.610	0.656
	İlkokul	49	24.61	5.14		
	Ortaokul	12	23.41	4.92		
	Lise	32	25.28	5.43		
	Fakülte ve yüksekokul	29	25.89	4.80		
K	Okur-yazar değil	3	19.66	4.93	1.208	0.311
	İlkokul	49	24.24	4.25		
	Ortaokul	12	25.00	2.73		
	Lise	32	24.65	3.77		
	Fakülte ve yüksekokul	29	24.34	3.81		

Tablo 43'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri eşi okur-yazar olmayanlarda PÇ ortalamasının $X= 24.00 \pm 5.29$, eşi ilkokul mezunu olanlarda PÇ ortalamasının $X= 24.75 \pm 5.51$, eşi ortaokul mezunu olanlarda PÇ ortalamasının $X= 25.58 \pm 4.42$, eşi lise mezunu olanlarda PÇ ortalamasının $X = 25.34 \pm 4.54$, eşi yüksekokul ve fakülte mezunu olanlarda PÇ ortalamasının $X=24.68 \pm 3.16$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($F = 3.531$, $P < 0.05$).

Tablo 43'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri eşi okur-yazar olmayanlarda SDA ortalamasının $X= 24.33 \pm 5.68$, eşi ilkokul mezunu olanlarda SDA ortalamasının $X= 24.61 \pm 5.14$, eşi ortaokul mezunu olanlarda SDA ortalamasının $X= 23.41 \pm 4.92$, eşi lise mezunu olanlarda SDA ortalamasının $X = 25.28 \pm 5.43$, eşi yüksekokul ve fakülte mezunu olanlarda SDA ortalamasının $X=25.89 \pm 4.80$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.610$, $P > 0.05$).

Tablo 43'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri eşi okur-yazar olmayanlarda K ortalamasının $X= 19.66 \pm 4.93$, eşi ilkokul mezunu olanlarda K ortalamasının $X= 24.24 \pm 4.25$, eşi ortaokul mezunu olanlarda K ortalamasının $X= 25.00 \pm 2.73$, eşi lise mezunu olanlarda K ortalamasının $X = 24.65 \pm 3.77$, eşi yüksekokul ve fakülte mezunu olanlarda K ortalamasının $X=24.34 \pm 3.81$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.208$, $P > 0.05$).

Tablo 44: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Mesleklerine Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Eşin Meslek Durumu	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Serbest	27	24.59	4.15	3.764	0.013
	Memur	31	28.22	3.86		
	İşçi	31	25.83	5.00		
	Diğer(İşsiz)	36	24.86	5.50		
SDA	Serbest	27	24.88	4.71	1.787	0.153
	Memur	31	26.70	4.86		
	İşçi	31	24.32	4.96		
	Diğer(İşsiz)	36	24.05	5.51		
K	Serbest	27	24.18	3.00	0.468	0.705
	Memur	31	24.61	3.86		
	İşçi	31	24.83	3.95		
	Diğer(İşsiz)	36	23.77	4.62		

Tablo 44'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri eşi serbest meslek grubunda olanların PÇ ortalamasının $X = 24.59 \pm 4.15$, eşi memur statüsünde olanların PÇ ortalamasının $X = 28.22 \pm 3.86$, işçi statüsünde olanların PÇ ortalamasının $X = 25.83 \pm 5.00$, eşi diğer grupta işsiz olanların PÇ ortalamasının $X = 24.86 \pm 5.50$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($F = 3.764$, $P < 0.05$).

Tablo 44'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri eşi serbest meslek grubunda olanların SDA ortalamasının $X = 24.88 \pm 4.71$, eşi memur statüsünde olanların SDA ortalamasının $X = 26.70 \pm 4.86$, işçi statüsünde olanların SDA ortalamasının $X = 24.32 \pm 4.96$, eşi diğer grupta işsiz olanların SDA ortalamasının $X = 24.05 \pm 5.51$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.787$, $P > 0.05$).

Tablo 44'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri eşi serbest meslek grubunda olanların K ortalamasının $X = 24.18 \pm 3.00$, eşi memur statüsünde olanların K ortalamasının $X = 24.61 \pm 3.86$, işçi statüsünde olanların K ortalamasının $X = 24.83 \pm 3.91$, eşi diğer grupta işsiz olanların K ortalamasının $X = 23.77 \pm 4.62$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.468$, $P > 0.05$).

Tablo 45: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gelir Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Gelir Durumu	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Gelir Giderden Az	51	24.29	5.62	5.711	0.004
	Gelir Gidere Denk	66	26.72	3.95		
	Gelir GiderdenFazla	8	29.00	3.85		
SDA	Gelir Giderden Az	51	23.80	5.62	2.396	0.095
	Gelir Gidere Denk	66	25.86	4.49		
	Gelir GiderdenFazla	8	24.87	5.51		
K	Gelir Giderden Az	51	23.80	4.47	0.793	0.455
	Gelir Gidere Denk	66	24.68	3.59		
	Gelir GiderdenFazla	8	24.87	2.90		

Tablo 45'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri ailenin geliri giderden az olanlarda PÇ ortalamasının $X = 24.29 \pm 5.62$, ailenin geliri gidere denk olanlarda PÇ ortalamasının $X = 26.72 \pm 3.95$, ailenin geliri giderden fazla olanlarda PÇ ortalamasının $X = 29.00 \pm 3.85$, olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($F = 5.711$, $P < 0.05$).

Tablo 45'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri ailenin geliri giderden az olanlarda SDA ortalamasının $X = 23.80 \pm 5.62$, ailenin geliri gidere denk olanlarda SDA ortalamasının $X = 25.86 \pm 4.49$, ailenin geliri giderden fazla olanlarda SDA ortalamasının $X = 24.87 \pm 5.51$, olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 2.396$, $P > 0.05$).

Tablo 45'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri ailenin geliri giderden az olanlarda K ortalamasının $X = 23.80 \pm 4.47$, ailenin geliri gidere denk olanlarda K ortalamasının $X = 24.68 \pm 3.59$, ailenin geliri giderden fazla olanlarda K ortalamasının $X = 24.87 \pm 2.90$, olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.793$, $P > 0.05$).

Tablo 46: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin En Uzun Yaşadıkları Yere Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	En Uzun Yaşanan Yer	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Şehir	49	27.14	4.14	6.196	0.003
	İlçe	47	26.14	4.58		
	Köy-Kasaba	29	23.31	5.65		
SDA	Şehir	49	25.73	4.68	1.336	0.267
	İlçe	47	24.87	5.04		
	Köy-Kasaba	29	23.79	5.79		
K	Şehir	49	24.79	3.37	1.019	0.364
	İlçe	47	24.38	3.53		
	Köy-Kasaba	29	23.48	5.23		

Tablo 46'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şehirde yaşayanlarda PÇ ortalamasının $X = 27.14 \pm 4.14$, ilçede yaşayanlarda PÇ ortalamasının $X = 26.14 \pm 4.58$, köy-kasabada yaşayanlarda PÇ ortalamasının $X = 23.31 \pm 5.65$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($F = 6.196$, $P < 0.05$).

Tablo 46'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şehirde yaşayanlarda SDA ortalamasının $X = 25.73 \pm 4.68$, ilçede yaşayanlarda SDA ortalamasının $X = 24.87 \pm 5.04$, köy-kasabada yaşayanlarda SDA ortalamasının $X = 23.79 \pm 5.79$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.336$, $P > 0.05$).

Tablo 46'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şehirde yaşayanlarda K ortalamasının $X = 24.79 \pm 3.37$, ilçede yaşayanlarda K ortalamasının $X = 24.38 \pm 3.53$, köy-kasabada yaşayanlarda K ortalamasının $X = 23.48 \pm 5.23$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.019$, $P > 0.05$).

Tablo 47: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Evlilik Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

		Evllenme Yaşı			
SBÖ		20 Yaş ve Altı	20 Yaş ve Üzeri	t	P
PÇ	N	56	69	0.807	0.414
	\bar{X}	25.48	26.20		
	SS(σ)	5.27	4.56		
SDA	N	56	69	1.201	0.222
	\bar{X}	24.33	25.46		
	SS(σ)	5.66	4.58		
K	N	56	69	1.557	0.119
	\bar{X}	24.94	23.84		
	SS(σ)	4.09	3.76		
		Evlilik Süresi			
SBÖ		5 Yıl ve Altı	5 Yıl Üzeri	t	P
PÇ	N	73	52	1.534	0.121
	\bar{X}	26.45	25.07		
	SS(σ)	4.65	5.13		
SDA	N	73	52	1.161	0.243
	\bar{X}	25.41	24.32		
	SS(σ)	4.97	5.26		
K	N	73	52	0.573	0.561
	\bar{X}	24.50	24.09		
	SS(σ)	4.09	3.72		
		Evlilik Sayısı			
SBÖ		1(İlk Evlilik)	2 ve Üzeri	t	P
PÇ	N	123	2	2.186	0.001
	\bar{X}	26.00	18.50		
	SS(σ)	4.83	0.70		
SDA	N	123	2	1.677	0.060
	\bar{X}	25.05	19.00		
	SS(σ)	5.08	1.41		
K	N	123	2	0.892	0.080
	\bar{X}	24.41	19.50		
	SS(σ)	3.85	7.77		

Tablo 47'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri evlenme yaşı 20 yaş ve altında olanlarda PÇ ortalamasının $X= 25.48 \pm 5.27$, evlenme yaşı 20 yaş üzeri olanlarda PÇ ortalamasının $X= 26.20 \pm 4.56$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.807$, $P > 0.05$).

Tablo 47'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri evlenme yaşı 20 yaş ve altında olanlarda SDA ortalamasının $X= 24.33 \pm 5.66$, evlenme yaşı 20 yaş üzeri olanlarda SDA ortalamasının $X= 25.46 \pm 4.58$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.201$, $P > 0.05$).

Tablo 47'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri evlenme yaşı 20 yaş ve altında olanlarda K ortalamasının $X= 24.94 \pm 4.09$, evlenme yaşı 20 yaş üzeri olanlarda K ortalamasının $X= 23.84 \pm 3.76$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.577$, $P > 0.05$).

Tablo 47'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri evlilik süresi 5 yıl ve altında olanlarda PÇ ortalamasının $X= 26.45 \pm 4.65$, evlilik süresi 5 yıl üzeri olanlarda PÇ ortalamasının $X= 25.07 \pm 5.13$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.534$, $P > 0.05$).

Tablo 47'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri evlilik süresi 5 yıl ve altında olanlarda SDA ortalamasının $X= 25.41 \pm 4.97$, evlilik süresi 5 yıl üzeri olanlarda SDA ortalamasının $X= 24.32 \pm 5.26$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.161$, $P > 0.05$).

Tablo 47'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri evlilik süresi 5 yıl ve altında olanlarda K ortalamasının $X= 24.50 \pm 4.09$, evlilik süresi 5 yıl üzeri olanlarda K ortalamasının $X= 24.09 \pm 3.72$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.573$, $P > 0.05$).

Tablo 47'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri evlilik sayısı 1 (ilk evlilik) olanlarda PÇ ortalamasının $X= 26.00 \pm 4.83$, evlilik sayısı 2 ve üzeri olanlarda PÇ ortalamasının $X= 18.50 \pm 0.70$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan

ortalamları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($t = 2.186$, $P < 0.05$).

Tablo 47'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri evlilik sayısı 1 (ilk evlilik) olanlarda SDA ortalamasının $X = 25.05 \pm 5.08$, evlilik sayısı 2 ve üzeri olanlarda SDA ortalamasının $X = 19.00 \pm 1.41$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.667$, $P > 0.05$).

Tablo 47'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri evlilik sayısı 1 (ilk evlilik) olanlarda K ortalamasının $X = 24.41 \pm 3.85$, evlilik sayısı 2 ve üzeri olanlarda K ortalamasının $X = 19.50 \pm 7.77$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.892$, $P > 0.05$).

Tablo 48: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Eşlerinin Evlilik Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Eşin Evlilik Sayısı		t	P
		1(İlk Evlilik)	2 ve Üzeri		
PÇ	N	122	3	1.890	0.061
	\bar{X}	26.00	20.66		
	SS(σ)	4.85	3.78		
SDA	N	122	3	1.365	0.175
	\bar{X}	25.05	21.00		
	SS(σ)	5.10	3.66		
K	N	122	3	0.835	0.182
	\bar{X}	24.40	21.33		
	SS(σ)	3.87	6.35		

Tablo 48'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri eşinin evlilik sayısı 1 (ilk evlilik) olanlarda PÇ ortalamasının $X = 26.00 \pm 4.85$, eşinin evlilik sayısı 2 ve üzeri olanlarda PÇ ortalamasının $X = 20.66 \pm 3.78$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.890$, $P > 0.05$).

Tablo 48'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri eşinin evlilik sayısı 1 (ilk evlilik) olanlarda SDA ortalamasının $X = 25.05 \pm 5.10$, eşinin evlilik sayısı 2 ve üzeri olanlarda SDA ortalamasının $X = 21.00 \pm 3.60$ olduğu görülmektedir. SDA

toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.365$, $P > 0.05$).

Tablo 48'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri eşinin evlilik sayısı 1 (ilk evlilik) olanlarda K ortalamasının $X = 24.40 \pm 3.87$, eşinin evlilik sayısı 2 ve üzeri olanlarda K ortalamasının $X = 21.33 \pm 6.35$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.835$, $P > 0.05$).

Tablo 49: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Aile Tipine Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Aile Tipi		t	P
		Çekirdek Aile	Geniş Aile		
PÇ	N	95	30	1.769	0.038
	\bar{X}	26.38	24.26		
	SS(σ)	4.34	6.10		
SDA	N	95	30	2.827	0.004
	\bar{X}	25.69	22.63		
	SS(σ)	4.05	5.26		
K	N	95	30	1.194	0.221
	\bar{X}	24.57	23.56		
	SS(σ)	3.87	4.09		

Tablo 49'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri çekirdek aile tipi olanlarda PÇ ortalamasının $X = 26.38 \pm 4.34$, geniş aile tipi olanlarda PÇ ortalamasının $X = 24.26 \pm 6.10$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($t = 1.769$, $P < 0.05$).

Tablo 49'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri çekirdek aile tipi olanlarda SDA ortalamasının $X = 25.69 \pm 4.05$, geniş aile tipi olanlarda SDA ortalamasının $X = 22.63 \pm 5.26$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($t = 2.827$, $P < 0.05$).

Tablo 49'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri çekirdek aile tipi olanlarda K ortalamasının $X = 24.57 \pm 3.87$, geniş aile tipi olanlarda K ortalamasının $X = 23.56 \pm 4.09$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.194$, $P > 0.05$).

Tablo 50: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına ve Çocuk Sayısına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

		Çocuk Sahibi Olma Durumu			
SBÖ		Evet	Hayır	t	P
PÇ	N	74	51	1.085	0.264
	\bar{X}	25.48	26.45		
	SS(σ)	5.21	4.35		
SDA	N	74	51	1.036	0.300
	\bar{X}	24.56	25.52		
	SS(σ)	5.17	4.99		
K	N	74	51	1.909	0.053
	\bar{X}	23.78	25.13		
	SS(σ)	4.07	3.61		
		Çocuk Sayısı			
SBÖ		2 ve altı	2 üzeri	t	P
PÇ	N	40	34	1.933	0.057
	\bar{X}	26.55	24.23		
	SS(σ)	5.05	5.19		
SDA	N	40	34	0.808	0.413
	\bar{X}	25.02	24.02		
	SS(σ)	4.62	5.77		
K	N	40	34	0.721	0.473
	\bar{X}	24.10	23.41		
	SS(σ)	4.08	4.09		

Tablo 50'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri çocuk sahibi olanlarda PÇ ortalamasının $X = 25.48 \pm 5.21$, çocuk sahibi olmayanlarda PÇ ortalamasının $X = 26.45 \pm 4.35$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.085$, $P > 0.05$).

Tablo 50'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri çocuk sahibi olanlarda SDA ortalamasının $X = 24.56 \pm 5.17$, çocuk sahibi olmayanlarda SDA ortalamasının $X = 25.52 \pm 4.99$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.036$, $P > 0.05$).

Tablo 50'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri çocuk sahibi olanlarda K ortalamasının $X = 23.78 \pm 4.07$, çocuk sahibi olmayanlarda K

ortalamasının $X = 25.13 \pm 3.61$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.909$, $P > 0.05$).

Tablo 50'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri çocuk sayısı 2 ve altında olanlarda PÇ ortalamasının $X = 26.55 \pm 5.05$, çocuk sayısı 2'nin üzerinde olanlarda PÇ ortalamasının $X = 24.23 \pm 5.19$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.933$, $P > 0.05$).

Tablo 50'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri çocuk sayısı 2 ve altında olanlarda SDA ortalamasının $X = 25.02 \pm 4.62$, çocuk sayısı 2'nin üzerinde olanlarda SDA ortalamasının $X = 24.02 \pm 5.77$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.808$, $P > 0.05$).

Tablo 50'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri çocuk sayısı 2 ve altında olanlarda K ortalamasının $X = 24.10 \pm 4.08$, çocuk sayısı 2'nin üzerinde olanlarda K ortalamasının $X = 23.41 \pm 4.09$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.721$, $P > 0.05$).

Tablo 51: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Sigara Kullanma Durumu		t	P
		Evete	Hayır		
PÇ	N	34	91	0.290	0.769
	\bar{X}	26.08	25.80		
	SS(σ)	4.77	4.95		
SDA	N	34	91	0.959	0.332
	\bar{X}	25.67	24.69		
	SS(σ)	4.94	5.16		
K	N	34	91	0.436	0.650
	\bar{X}	24.58	24.24		
	SS(σ)	3.67	4.04		

Tablo 51'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sigara kullananlarda PÇ ortalamasının $X = 26.08 \pm 4.77$, sigara kullanmayanlarda PÇ ortalamasının $X = 25.80 \pm 4.95$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.290$, $P > 0.05$).

Tablo 51'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sigara kullananlarda SDA ortalamasının $X= 25.67 \pm 4.94$, sigara kullanmayanlarda SDA ortalamasının $X= 24.69 \pm 5.16$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.959, P > 0.05$).

Tablo 51'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sigara kullananlarda K ortalamasının $X= 24.58 \pm 3.67$, sigara kullanmayanlarda K ortalamasının $X= 24.24 \pm 4.04$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.436, P > 0.05$).

Tablo 52: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğurganlık Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Doğurganlık Durumu		t	P
		Primipar	Multipar		
PÇ	N	52	73	0.601	0.537
	\bar{X}	26.19	25.65		
	SS(σ)	4.38	5.23		
SDA	N	52	73	0.891	0.374
	\bar{X}	25.44	24.61		
	SS(σ)	5.07	5.13		
K	N	52	73	1.225	0.217
	\bar{X}	24.84	23.97		
	SS(σ)	3.75	4.04		

Tablo 52'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri Primiparlarda (ilk kez doğuracak) PÇ ortalamasının $X= 26.19 \pm 4.38$, multipar (biden fazla doğuracak) PÇ ortalamasının $X= 25.65 \pm 5.23$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır. ($t = 0.601, P > 0.05$)

Tablo 52'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri Primiparlarda (ilk kez doğuracak) SDA ortalamasının $X= 25.44 \pm 5.07$, multipar (biden fazla doğuracak) SDA ortalamasının $X= 24.61 \pm 5.13$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır. ($t = 0.891, P > 0.05$)

Tablo 52'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri Primiparlarda (ilk kez doğuracak) K ortalamasının $X= 24.84 \pm 3.75$, multipar (biden fazla doğuracak) K ortalamasının $X= 23.97 \pm 4.04$ olduğu görülmektedir. K toplam puan

ortalamları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır. ($t = 1.225, P > 0.05$)

Tablo 53: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Gebeliği İsteme Durumu		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	102	23	0.482	0.612
	\bar{X}	25.98	25.43		
	SS(σ)	4.97	4.53		
SDA	N	102	23	0.453	0.623
	\bar{X}	24.85	25.43		
	SS(σ)	4.98	5.67		
K	N	102	23	0.101	0.920
	\bar{X}	24.35	24.26		
	SS(σ)	3.95	3.94		

Tablo 53'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebeliği isteyenlerde PÇ ortalamasının $X = 25.98 \pm 4.97$, gebeliği istemeyenlerde PÇ ortalamasının $X = 25.43 \pm 4.53$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.482, P > 0.05$).

Tablo 53'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebeliği isteyenlerde SDA ortalamasının $X = 24.85 \pm 4.98$, gebeliği istemeyenlerde SDA ortalamasının $X = 25.43 \pm 5.67$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.453, P > 0.05$).

Tablo 53'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebeliği isteyenlerde K ortalamasının $X = 24.35 \pm 3.95$, gebeliği istemeyenlerde K ortalamasının $X = 24.26 \pm 3.94$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.101, P > 0.05$).

Tablo 54: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik Sayılarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Gebelik Sayısı		t	P
		1 (ilk gebelik)	2 ve üzeri		
PÇ	N	48	77	1.083	0.261
	\bar{X}	26.47	25.50		
	SS(σ)	4.34	5.19		
SDA	N	48	77	1.146	0.252
	\bar{X}	25.62	24.54		
	SS(σ)	5.16	5.05		
K	N	48	77	1.785	0.071
	\bar{X}	25.12	23.84		
	SS(σ)	3.67	4.03		

Tablo 54'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelik sayısı 1 (ilk gebelik) olanlarda PÇ ortalamasının $X= 26.47 \pm 4.34$, gebelik sayısı 2 ve üzerinde olanlarda PÇ ortalamasının $X= 25.50 \pm 5.19$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.083$, $P > 0.05$).

Tablo 54'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelik sayısı 1 (ilk gebelik) olanlarda SDA ortalamasının $X= 25.62 \pm 5.16$, gebelik sayısı 2 ve üzerinde olanlarda SDA ortalamasının $X= 24.54 \pm 5.05$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.146$, $P > 0.05$).

Tablo 54'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelik sayısı 1 (ilk gebelik) olanlarda K ortalamasının $X= 25.12 \pm 3.67$, gebelik sayısı 2 ve üzerinde olanlarda K ortalamasının $X= 23.84 \pm 4.03$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.785$, $P > 0.05$).

Tablo 55: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Gebelik Haftası		t	P
		II.Trimaster	III.Trimaster		
PÇ	N	42	83	1.459	0.121
	\bar{X}	26.83	25.39		
	SS(σ)	5.52	4.49		
SDA	N	42	83	1.661	0.077
	\bar{X}	26.09	24.38		
	SS(σ)	5.79	4.65		
K	N	42	83	0.431	0.629
	\bar{X}	24.09	24.45		
	SS(σ)	4.88	3.38		

Tablo 55'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri II. Trimasterde olanlarda PÇ ortalamasının $X= 26.83 \pm 5.52$, III. Trimasterde PÇ ortalamasının $X= 25.39 \pm 4.49$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.459$, $P > 0.05$).

Tablo 55'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri II. Trimasterde olanlarda SDA ortalamasının $X= 26.09 \pm 5.79$, III. Trimasterde SDA ortalamasının $X= 24.38 \pm 4.65$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.661$, $P > 0.05$).

Tablo 55'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri II. Trimasterde olanlarda K ortalamasının $X= 24.09 \pm 4.88$, III. Trimasterde K ortalamasının $X= 24.45 \pm 3.38$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.431$, $P > 0.05$).

Tablo 56: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Canlı Doğum, Ölü Doğum ve Düşük Yapma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Canlı Doğum Durumu		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	74	51	1.198	0.218
	\bar{X}	25.44	26.50		
	SS(σ)	5.20	4.35		
SDA	N	74	51	1.180	0.238
	\bar{X}	24.51	25.60		
	SS(σ)	5.14	5.02		
K	N	74	51	1.861	0.060
	\bar{X}	23.79	25.11		
	SS(σ)	4.07	3.62		
		Ölü Doğum Durumu			
SBÖ		Evet	Hayır	t	P
PÇ	N	5	120	0.802	0.424
	\bar{X}	27.60	25.80		
	SS(σ)	4.72	4.89		
SDA	N	5	120	0.464	0.115
	\bar{X}	26.00	24.91		
	SS(σ)	1.00	5.20		
K	N	5	120	0.378	0.154
	\bar{X}	26.80	24.23		
	SS(σ)	4.08	3.91		
		Düşük Yapma Durumu			
SBÖ		Evet	Hayır	t	P
PÇ	N	25	100	0.306	0.750
	\bar{X}	25.60	25.95		
	SS(σ)	5.17	4.83		
SDA	N	25	100	1.096	0.239
	\bar{X}	23.96	25.21		
	SS(σ)	4.53	5.22		
K	N	25	100	0.023	0.980
	\bar{X}	24.32	24.34		
	SS(σ)	3.48	4.05		

Tablo 56'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri canlı doğum yapanlarda PÇ ortalamasının $\bar{X} = 25.44 \pm 5.20$, canlı doğum yapmayanlarda PÇ

ortalamasının $X= 26.50 \pm 4.35$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.198$ $P > 0.05$).

Tablo 56'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri canlı doğum yapanlarda SDA ortalamasının $X= 24.51 \pm 5.14$, canlı doğum yapmayanlarda SDA ortalamasının $X= 25.60 \pm 5.02$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.180$ $P > 0.05$).

Tablo 56'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri canlı doğum yapanlarda K ortalamasının $X= 23.79 \pm 4.07$, canlı doğum yapmayanlarda K ortalamasının $X= 25.11 \pm 3.62$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.861$, $P > 0.05$).

Tablo 56'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri ölü doğum yapanlarda PÇ ortalamasının $X= 27.60 \pm 4.72$, ölü doğum yapmayanlarda PÇ ortalamasının $X= 25.80 \pm 4.89$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.802$, $P > 0.05$).

Tablo 56'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri ölü doğum yapanlarda SDA ortalamasının $X= 26.00 \pm 1.00$, ölü doğum yapmayanlarda PÇ ortalamasının $X= 24.91 \pm 5.20$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.464$, $P > 0.05$).

Tablo 56'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri ölü doğum yapanlarda K ortalamasının $X= 26.80 \pm 4.08$, ölü doğum yapmayanlarda K ortalamasının $X= 24.23 \pm 3.91$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.378$, $P > 0.05$).

Tablo 56'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri düşük yapanlarda PÇ ortalamasının $X= 25.60 \pm 5.17$, düşük yapmayanlarda PÇ ortalamasının $X= 25.95 \pm 4.83$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.306$, $P > 0.05$).

Tablo 56'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri düşük yapanlarda SDA ortalamasının $X= 23.96 \pm 4.53$, düşük yapmayanlarda SDA ortalamasının $X= 25.21 \pm 5.22$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.096$, $P > 0.05$).

Tablo 56'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri düşük yapanlarda K ortalamasının $X= 24.32 \pm 3.48$, düşük yapmayanlarda K ortalamasının $X= 24.34 \pm 4.05$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.023$, $P > 0.05$).

Tablo 57: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Düşük Yapma Şekline Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Düşük Yapma Şekli		t	P
		Kürtaj	Spontan		
PÇ	N	8	17	1.064	0.276
	\bar{X}	24.00	26.35		
	SS(σ)	4.59	5.38		
SDA	N	8	17	1.011	0.192
	\bar{X}	22.62	24.58		
	SS(σ)	1.99	5.26		
K	N	8	17	0.174	0.848
	\bar{X}	24.50	24.23		
	SS(σ)	2.82	3.83		

Tablo 57'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kürtajla düşük yapanlarda PÇ ortalamasının $X= 24.00 \pm 4.59$, spontan düşük yapanlarda PÇ ortalamasının $X= 26.35 \pm 5.38$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.064$, $P > 0.05$).

Tablo 57'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kürtajla düşük yapanlarda SDA ortalamasının $X= 22.62 \pm 1.99$, spontan düşük yapanlarda SDA ortalamasının $X= 24.58 \pm 5.26$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.011$, $P > 0.05$).

Tablo 57'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kürtajla düşük yapanlarda K ortalamasının $X= 24.50 \pm 2.82$, spontan düşük yapanlarda K ortalamasının $X= 24.23 \pm 3.83$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.174$, $P > 0.05$).

Tablo 58: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelikte Geçirdikleri Hastalık Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Gebelikte Hastalık Geçirme Durumu		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	45	80	0.204	0.838
	\bar{X}	26.00	25.81		
	SS(σ)	4.95	4.87		
SDA	N	45	80	0.648	0.499
	\bar{X}	25.35	24.73		
	SS(σ)	4.58	5.39		
K	N	45	80	0.229	0.810
	\bar{X}	24.22	24.40		
	SS(σ)	4.43	3.65		

Tablo 58'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelikte hastalık geçirenlerde PÇ ortalamasının $X= 26.00 \pm 4.95$, gebelikte hastalık geçirmeyenlerde PÇ ortalamasının $X= 25.81 \pm 4.87$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.204$, $P > 0.05$).

Tablo 58'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelikte hastalık geçirenlerde SDA ortalamasının $X= 25.35 \pm 4.58$, gebelikte hastalık geçirmeyenlerde SDA ortalamasının $X= 24.73 \pm 5.39$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.648$, $P > 0.05$).

Tablo 58'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelikte hastalık geçirenlerde K ortalamasının $X= 24.22 \pm 4.43$, gebelikte hastalık geçirmeyenlerde K ortalamasının $X= 24.40 \pm 3.65$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.229$, $P > 0.05$).

Tablo 59: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelikte Geçirdikleri Hastalığın Ne Olduğuna Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Gebelikte Geçirilen Hastalık Durumu	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Enfeksiyon	22	25.90	5.52	0.241	0.867
	Diabet	1	25.00	0.00		
	Hipertansiyon	7	27.42	4.39		
	Anemi	15	25.53	4.65		
SDA	Enfeksiyon	22	25.50	4.28	0.023	0.995
	Diabet	1	26.00	0.00		
	Hipertansiyon	7	25.14	6.79		
	Anemi	15	25.20	4.31		
K	Enfeksiyon	22	25.27	4.45	1.388	0.260
	Diabet	1	23.00	0.00		
	Hipertansiyon	7	25.00	5.29		
	Anemi	15	22.40	3.79		

Tablo 59'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelikte enfeksiyon geçirenlerde PÇ ortalamasının $X = 25.90 \pm 5.52$, diabet geçirenlerde PÇ ortalamasının $X = 25.00 \pm 0.00$, hipertansiyon geçirenlerde PÇ ortalamasının $X = 27.42 \pm 4.39$, anemi geçirenlerde PÇ ortalamasının $X = 25.53 \pm 4.65$, olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.241$, $P > 0.05$).

Tablo 59'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelikte enfeksiyon geçirenlerde SDA ortalamasının $X = 25.50 \pm 4.28$, diabet geçirenlerde SDA ortalamasının $X = 26.00 \pm 0.00$, hipertansiyon geçirenlerde SDA ortalamasının $X = 25.14 \pm 6.79$, anemi geçirenlerde SDA ortalamasının $X = 25.20 \pm 4.31$, olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.023$, $P > 0.05$).

Tablo 59'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelikte enfeksiyon geçirenlerde K ortalamasının $X = 25.27 \pm 4.45$, diabet geçirenlerde K ortalamasının $X = 23.00 \pm 0.00$, hipertansiyon geçirenlerde K ortalamasının $X = 25.00 \pm 5.29$, anemi geçirenlerde K ortalamasının $X = 22.40 \pm 3.79$, olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.388$, $P > 0.05$).

Tablo 60: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Şu Anda Bir Hastalıkları Olma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Şu Anda Bir Hastalık Durumu		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	26	99	0.081	0.933
	\bar{X}	25.80	25.89		
	SS(σ)	5.14	4.84		
SDA	N	26	99	0.041	0.962
	\bar{X}	24.92	24.96		
	SS(σ)	4.12	5.34		
K	N	26	99	0.694	0.478
	\bar{X}	23.84	24.46		
	SS(σ)	4.07	3.91		

Tablo 60'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şu anda bir hastalığı olanlarda PÇ ortalamasının $X= 25.80 \pm 5.14$, şu anda bir hastalığı olmayanlarda PÇ ortalamasının $X= 25.89 \pm 4.84$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.081$, $P > 0.05$).

Tablo 60'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şu anda bir hastalığı olanlarda SDA ortalamasının $X= 24.92 \pm 4.12$, şu anda bir hastalığı olmayanlarda SDA ortalamasının $X= 24.96 \pm 5.34$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.041$, $P > 0.05$).

Tablo 60'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şu anda bir hastalığı olanlarda K ortalamasının $X= 23.84 \pm 4.07$, şu anda bir hastalığı olmayanlarda K ortalamasının $X= 24.46 \pm 3.91$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.694$, $P > 0.05$).

Tablo 61: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Şu Anda Olan Hastalığın Ne Olduğuna Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Şu Anda Hastalığın Ne Olduğuna Göre	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Enfeksiyon	3	26.00	7.00	0.247	0.862
	Diabet	4	23.75	5.79		
	Hipertansiyon	4	26.75	5.31		
	Anemi	15	26.06	5.04		
SDA	Enfeksiyon	3	25.00	7.00	0.450	0.720
	Diabet	4	23.25	4.85		
	Hipertansiyon	4	26.75	4.27		
	Anemi	15	24.86	3.56		
K	Enfeksiyon	3	26.66	1.52	0.870	0.472
	Diabet	4	22.50	2.51		
	Hipertansiyon	4	25.25	4.92		
	Anemi	15	23.26	4.43		

Tablo 61'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şu andaki hastalığı enfeksiyon olanlarda PÇ ortalamasının $X= 26.00 \pm 7.00$, diabet olanlarda PÇ ortalamasının $X= 23.75 \pm 5.79$, hipertansiyon olanlarda PÇ ortalamasının $X= 26.75 \pm 5.31$, anemi olanlarda PÇ ortalamasının $X= 26.06 \pm 5.04$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.247$, $P > 0.05$).

Tablo 61'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şu andaki hastalığı enfeksiyon olanlarda SDA ortalamasının $X= 25.00 \pm 7.00$, diabet olanlarda SDA ortalamasının $X= 23.25 \pm 4.85$, hipertansiyon olanlarda SDA ortalamasının $X= 26.75 \pm 4.27$, anemi olanlarda SDA ortalamasının $X= 24.86 \pm 3.56$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.450$, $P > 0.05$).

Tablo 61'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şu andaki hastalığı enfeksiyon olanlarda K ortalamasının $X= 26.66 \pm 1.52$, diabet olanlarda K ortalamasının $X= 22.50 \pm 2.51$, hipertansiyon olanlarda K ortalamasının $X= 25.25 \pm 4.92$, anemi olanlarda K ortalamasının $X= 23.26 \pm 4.43$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.870$, $P > 0.05$).

Tablo 62: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Kontrollere Gitme Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Kontrollere Gitme Durumu		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	102	23	2.462	0.002
	\bar{X}	26.50	23.13		
	SS(σ)	4.32	6.23		
SDA	N	102	23	0.771	0.342
	\bar{X}	25.16	24.04		
	SS(σ)	4.71	6.61		
K	N	102	23	0.408	0.652
	\bar{X}	24.41	24.00		
	SS(σ)	3.82	4.48		

Tablo 62'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kontrollere gidenlerde PÇ ortalamasının $X= 26.50 \pm 4.32$, kontrollere gitmeyenlerde PÇ ortalamasının $X= 23.13 \pm 6.23$, olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($t = 2.462$, $P < 0.05$).

Tablo 62'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kontrollere gidenlerde SDA ortalamasının $X= 25.16 \pm 4.71$, kontrollere gitmeyenlerde SDA ortalamasının $X=24.04 \pm 6.61$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.771$, $P > 0.05$).

Tablo 62'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kontrollere gidenlerde K ortalamasının $X= 24.41 \pm 3.82$, kontrollere gitmeyenlerde K ortalamasının $X=24.00 \pm 4.48$, olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.408$, $P > 0.05$).

Tablo 63: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Kontrollere Gitme Sıklığına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Kontrollere Gitme Sıklığı	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	On beş Günde Bir	9	25.88	2.97	0.153	0.928
	Ayda Bir	79	26.50	4.35		
	Üç Ayda Bir	4	27.25	5.85		
	Şikayetlerim Olduğu Zaman	10	26.00	5.05		
SDA	On beş Günde Bir	9	26.66	3.80	0.428	0.733
	Ayda Bir	79	25.12	4.72		
	Üç Ayda Bir	4	24.00	3.36		
	Şikayetlerim Olduğu Zaman	10	24.60	6.02		
K	On beş Günde Bir	9	25.55	2.65	0.909	0.440
	Ayda Bir	79	24.21	3.70		
	Üç Ayda Bir	4	22.75	2.50		
	Şikayetlerim Olduğu Zaman	10	25.60	5.69		

Tablo 63'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kontrollere 15 günde bir gidenlerde PÇ ortalamasının $X=25.88 \pm 2.97$, kontrollere ayda bir gidenlerde PÇ ortalamasının $X=26.50 \pm 4.35$, kontrollere 3 ayda bir gidenlerde PÇ ortalamasının $X=27.25 \pm 5.85$, şikayetleri olduğu zaman gidenlerde PÇ ortalamasının $X=26.00 \pm 5.05$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.153$, $P > 0.05$).

Tablo 63'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kontrollere 15 günde bir gidenlerde SDA ortalamasının $X=26.66 \pm 3.80$, kontrollere ayda bir gidenlerde SDA ortalamasının $X=25.12 \pm 4.72$, kontrollere 3 ayda bir gidenlerde SDA ortalamasının $X=24.00 \pm 3.36$, şikayetleri olduğu zaman gidenlerde SDA ortalamasının $X=24.60 \pm 6.02$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.428$, $P > 0.05$).

Tablo 63'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kontrollere 15 günde bir gidenlerde K ortalamasının $X=25.55 \pm 2.65$, kontrollere ayda bir gidenlerde K ortalamasının $X=24.21 \pm 3.70$, kontrollere 3 ayda bir gidenlerde K ortalamasının $X=22.75 \pm 2.50$, şikayetleri olduğu zaman gidenlerde K ortalamasının $X=25.60 \pm 5.69$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.909$, $P > 0.05$).

Tablo 64: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Daha Önce Doğum İçin Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Daha Önce Doğum İçin Hastaneye Yatma Durumu		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	63	62	0.089	0.929
	\bar{X}	25.84	25.91		
	SS(σ)	4.77	5.03		
SDA	N	63	62	0.296	0.768
	\bar{X}	24.82	25.09		
	SS(σ)	4.98	5.25		
K	N	63	62	0.642	0.522
	\bar{X}	24.11	24.56		
	SS(σ)	3.91	3.98		

Tablo 64’de erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri daha önce doğum için hastaneye yatanlarda PÇ ortalamasının $X=25.84 \pm 4.77$, daha önce doğum için hastaneye yatmayanlarda PÇ ortalamasının $X=25.91 \pm 5.03$, olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.089$, $P > 0.05$).

Tablo 64’de erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri daha önce doğum için hastaneye yatanlarda SDA ortalamasının $X=24.82 \pm 4.98$, daha önce doğum için hastaneye yatmayanlarda SDA ortalamasının $X=25.09 \pm 5.25$, olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.296$, $P > 0.05$).

Tablo 64’de erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri daha önce doğum için hastaneye yatanlarda K ortalamasının $X=24.11 \pm 3.91$, daha önce doğum için hastaneye yatmayanlarda K ortalamasının $X=24.56 \pm 3.98$, olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.642$, $P > 0.05$).

Tablo 65: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğumla İlgili Korku Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Doğumla İlgili Korku Durumu		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	121	4	0.365	0.157
	\bar{X}	25.90	25.00		
	SS(σ)	4.96	0.81		
SDA	N	121	4	0.413	0.411
	\bar{X}	24.92	26.00		
	SS(σ)	5.17	2.16		
K	N	121	4	1.645	0.076
	\bar{X}	24.23	27.50		
	SS(σ)	3.93	2.51		

Tablo 65'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğum ile ilgili korkuları olanlarda PÇ ortalamasının $X=25.90 \pm 4.96$, doğumla ilgili korkuları olmayanlarda PÇ ortalamasının $X=25.00 \pm 0.81$, olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır. ($t = 0.365$, $P > 0.05$)

Tablo 65'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğum ile ilgili korkuları olanlarda SDA ortalamasının $X=24.92 \pm 5.17$, doğumla ilgili korkuları olmayanlarda SDA ortalamasının $X=26.00 \pm 2.16$, olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır. ($t = 0.413$, $P > 0.05$)

Tablo 65'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğum ile ilgili korkuları olanlarda K ortalamasının $X=24.23 \pm 3.93$, doğumla ilgili korkuları olmayanlarda K ortalamasının $X=27.50 \pm 2.51$, olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır. ($t = 1.645$, $P > 0.05$)

Tablo 66: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğum Korkularının Neler Olduğuna Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Doğum Korkularının Neler Olduğu	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Erken doğum yapma korkusu	22	23.95	4.31	1.172	0.326
	Bebeğin sağlıklı doğup doğmayacağı	33	25.66	5.21		
	Doğum ağrılarının dayanılmaz olması	24	27.12	4.41		
	Ölü doğum yapma korkusu	4	27.00	7.39		
	Sezaryen yapılacağına ya da normal doğum yapacağına belirsiz olması	20	27.00	3.47		
	Doğum sırasında yardımcı olacak personelin tutumu ve sayısı	8	24.50	7.46		
	Gebenin hastalığının doğum anında komplikasyona sebep olması	14	26.14	4.81		
SDA	Erken doğum yapma korkusu	22	23.22	5.38	1.601	0.153
	Bebeğin sağlıklı doğup doğmayacağı	33	24.15	4.94		
	Doğum ağrılarının dayanılmaz olması	24	26.08	4.51		
	Ölü doğum yapma korkusu	4	21.75	7.54		
	Sezaryen yapılacağına ya da normal doğum yapacağına belirsiz olması	20	26.75	4.19		
	Doğum sırasında yardımcı olacak personelin tutumu ve sayısı	8	24.75	6.45		
	Gebenin hastalığının doğum anında komplikasyona sebep olması	14	26.14	5.06		
K	Erken doğum yapma korkusu	22	23.45	3.27	1.900	0.086
	Bebeğin sağlıklı doğup doğmayacağı	33	23.33	4.05		
	Doğum ağrılarının dayanılmaz olması	24	25.41	2.74		
	Ölü doğum yapma korkusu	4	27.50	3.69		
	Sezaryen yapılacağına ya da normal doğum yapacağına belirsiz olması	20	25.20	3.65		
	Doğum sırasında yardımcı olacak personelin tutumu ve sayısı	8	22.50	5.29		
	Gebenin hastalığının doğum anında komplikasyona sebep olması	14	25.14	5.08		

Tablo 66'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğum ile ilgili korkuların erken doğum yapma korkusu olanlarda PÇ ortalamasının $X=23.95 \pm 4.31$, bebeğin sağlıklı doğup doğmayacağı olanlarda PÇ ortalamasının $X=25.66 \pm 5.21$ doğum ağrılarının dayanılmaz olması olanlarda PÇ ortalamasının $X=27.12 \pm 4.41$, ölü doğum yapma korkusu olanlarda PÇ ortalamasının $X=27.00 \pm 7.39$, sezaryen ya da normal doğum yapacağına belirsiz olması olanlarda PÇ ortalamasının $X=27.00 \pm 3.47$, doğum sırasında yardımcı olacak personelin tutumu ve sayısı olanlarda PÇ ortalamasının $X=24.50 \pm 7.46$, gebenin hastalığının doğum anında komplikasyona sebep olması olanlarda PÇ ortalamasının $X=26.14 \pm 4.81$, olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır. ($F = 1.172$, $P > 0.05$)

Tablo 66'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğum ile ilgili korkuların erken doğum yapma korkusu olanlarda SDA ortalamasının $X=23.22 \pm 5.38$, bebeğin sağlıklı doğup doğmayacağı olanlarda PÇ ortalamasının $X=24.15 \pm 4.94$, doğum ağrılarının dayanılmaz olması olanlarda PÇ ortalamasının $X=26.08 \pm 4.51$, ölü doğum yapma korkusu olanlarda SDA ortalamasının $X=21.75 \pm 7.54$, sezaryen ya da normal doğum yapacağının belirsiz olması olanlarda SDA ortalamasının $X=26.75 \pm 4.19$, doğum sırasında yardımcı olacak personelin tutumu ve sayısı olanlarda SDA ortalamasının $X=24.75 \pm 6.45$, gebenin hastalığının doğum anında komplikasyona sebep olması olanlarda SDA ortalamasının $X=26.14 \pm 5.06$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır. ($F = 1.601$ $P > 0.05$)

Tablo 66'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğum ile ilgili korkuların erken doğum yapma korkusu olanlarda K ortalamasının $X=23.45 \pm 3.27$, bebeğin sağlıklı doğup doğmayacağı olanlarda K ortalamasının $X=23.33 \pm 4.05$, doğum ağrılarının dayanılmaz olması olanlarda K ortalamasının $X=25.41 \pm 2.74$, ölü doğum yapma korkusu olanlarda K ortalamasının $X=27.50 \pm 3.69$, sezaryen ya da normal doğum yapacağının belirsiz olması olanlarda K ortalamasının $X=25.20 \pm 3.65$, doğum sırasında yardımcı olacak personelin tutumu ve sayısı olanlarda K ortalamasının $X=22.50 \pm 5.29$, gebenin hastalığının doğum anında komplikasyona sebep olması olanlarda K ortalamasının $X=25.14 \pm 5.08$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır. ($F = 1.900$, $P > 0.05$)

Tablo 67: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgi Alma Durumu		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	102	23	1.823	0.039
	\bar{X}	26.25	24.21		
	SS(σ)	5.02	3.90		
SDA	N	102	23	1.924	0.047
	\bar{X}	25.37	23.13		
	SS(σ)	5.13	4.61		
K	N	102	23	0.484	0.562
	\bar{X}	24.25	24.69		
	SS(σ)	4.12	3.03		

Tablo 67'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelik ve doğum ile ilgili bilgi alanlarda PÇ ortalamasının $X=26.25 \pm 5.02$, bilgi almayanlarda PÇ ortalamasının $X=24.21 \pm 3.90$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($t = 1.823$, $P < 0.05$).

Tablo 67'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelik ve doğum ile ilgili bilgi alanlarda SDA ortalamasının $X=25.37 \pm 5.13$, bilgi almayanlarda SDA ortalamasının $X=23.13 \pm 4.61$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($t = 1.924$, $P < 0.05$).

Tablo 67'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelik ve doğum ile ilgili bilgi alanlarda K ortalamasının $X=24.25 \pm 4.12$, bilgi almayanlarda K ortalamasının $X=24.69 \pm 3.03$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.484$, $P > 0.05$).

Tablo 68: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgileri Nereden Aldıklarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Bilgileri Nereden Aldıklarına Göre	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Sağlık Personeli	67	26.38	4.86	0.981	0.378
	Kitle İletişim Araçları(kitap,dergi,TV,vb.)	19	27.05	3.96		
	Aile Büyükleri ve Çevre	16	24.75	6.60		
SDA	Sağlık Personeli	67	25.67	5.03	0.650	0.524
	Kitle İletişim Araçları(kitap,dergi,TV,vb.)	19	24.15	3.81		
	Aile Büyükleri ve Çevre	16	25.56	6.83		
K	Sağlık Personeli	67	24.68	4.31	1.507	0.227
	Kitle İletişim Araçları(kitap,dergi,TV,vb.)	19	22.84	2.71		
	Aile Büyükleri ve Çevre	16	24.12	4.48		

Tablo 68'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelik ve doğum ile ilgili bilgileri sağlık personelinde alanlarda PÇ ortalamasının $X=26.38 \pm 4.86$, kitle iletişim araçlarından alanlarda PÇ ortalamasının $X=27.05 \pm 3.96$, aile büyükleri ve çevreden alanlarda PÇ ortalamasının $X=24.75 \pm 6.60$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.981$, $P > 0.05$).

Tablo 68'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelik ve doğum ile ilgili bilgileri sağlık personelinde alanlarda SDA ortalamasının $X=25.67 \pm 5.03$, kitle iletişim araçlarından alanlarda SDA ortalamasının $X=24.15 \pm 3.81$, aile büyükleri ve çevreden alanlarda SDA ortalamasının $X=25.56 \pm 6.83$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.650$, $P > 0.05$).

Tablo 68'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri gebelik ve doğum ile ilgili bilgileri sağlık personelinde alanlarda K ortalamasının $X=24.68 \pm 4.31$, kitle iletişim araçlarından alanlarda K ortalamasının $X=22.84 \pm 2.71$, aile büyükleri ve çevreden alanlarda K ortalamasının $X=24.12 \pm 4.48$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.507$, $P > 0.05$).

Tablo 69: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sezaryenle İlgili Bilgilerine Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Sezaryenle İlgili Bilgi Durumu		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	60	65	1.256	0.207
	\bar{X}	26.45	25.35		
	SS(σ)	4.10	5.48		
SDA	N	60	65	0.539	0.589
	\bar{X}	25.21	24.72		
	SS(σ)	4.75	5.43		
K	N	60	65	0.628	0.530
	\bar{X}	24.56	24.12		
	SS(σ)	3.83	4.04		

Tablo 69'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sezaryenle ilgili bilgisi olanlarda PÇ ortalamasının $X=26.45 \pm 4.10$, sezaryenle ilgili bilgisi olmayanlarda PÇ ortalamasının $X=25.35 \pm 5.48$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.256$, $P > 0.05$).

Tablo 69'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sezaryenle ilgili bilgisi olanlarda SDA ortalamasının $X=25.21 \pm 4.75$, sezaryenle ilgili bilgisi olmayanlarda SDA ortalamasının $X=24.72 \pm 5.43$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.539$, $P > 0.05$).

Tablo 69'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sezaryenle ilgili bilgisi olanlarda K ortalamasının $X=24.56 \pm 3.83$, sezaryenle ilgili bilgisi olmayanlarda K ortalamasının $X=24.12 \pm 4.04$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.628$, $P > 0.05$).

Tablo 70: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sezaryenle Doğum Yapma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Sezaryenle Doğum Yapma Durumu		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	12	113	0.647	0.491
	\bar{X}	26.75	25.78		
	SS(σ)	4.43	4.94		
SDA	N	12	113	0.031	0.972
	\bar{X}	24.91	24.96		
	SS(σ)	4.27	5.20		
K	N	12	113	0.747	0.444
	\bar{X}	25.16	24.24		
	SS(σ)	4.06	3.93		

Tablo 70'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sezaryenle doğum yapanlarda PÇ ortalamasının $X=26.75 \pm 4.43$, sezaryenle doğum yapmayanlarda PÇ ortalamasının $X=25.78 \pm 4.94$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.647$, $P > 0.05$).

Tablo 70'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sezaryenle doğum yapanlarda SDA ortalamasının $X=24.91 \pm 4.27$, sezaryenle doğum yapmayanlarda SDA ortalamasının $X=24.96 \pm 5.20$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.031$, $P > 0.05$).

Tablo 70'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri sezaryenle doğum yapanlarda K ortalamasının $X=25.16 \pm 4.06$, sezaryenle doğum yapmayanlarda K ortalamasının $X=24.24 \pm 3.93$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.747$, $P > 0.05$).

Tablo 71: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Daha Önce Kadın Hastalıklarıyla İlgili Ameliyat Geçirme Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

		Daha Önce Kadın Hastalıklarıyla İlgili Ameliyat Geçirme Durumu			
SBÖ		Evet	Hayır	t	P
PÇ	N	1	124	0.846	0.399
	\bar{X}	30.00	25.84		
	SS(σ)	--	4.89		
SDA	N	1	124	2.822	0.006
	\bar{X}	11.00	25.07		
	SS(σ)	--	4.96		
K	N	1	124	0.678	0.499
	\bar{X}	27.00	24.31		
	SS(σ)	--	3.94		

Tablo 71'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri daha önce kadın hastalıkları ile ilgili ameliyat geçirenlerde PÇ ortalamasının $X=30.00$ ameliyat geçirmeyenlerde PÇ ortalamasının $X=25.84 \pm 4.89$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır($t = 0.846, P > 0.05$).

Tablo 71'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri daha önce kadın hastalıkları ile ilgili ameliyat geçirenlerde SDA ortalamasının $X=11.00$, ameliyat geçirmeyenlerde SDA ortalamasının $X=25.07 \pm 4.96$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($t = 2.822, P < 0.05$).

Tablo 71'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri daha önce kadın hastalıkları ile ilgili ameliyat geçirenlerde K ortalamasının $X=27.00$, ameliyat geçirmeyenlerde K ortalamasının $X=24.31 \pm 3.94$ olduğu görülmektedir.K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır($t = 0.678, P > 0.05$).

Tablo 72: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Ailesinde Erken Doğum Tehdidi Varlığına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Ailede Erken Doğum Tehdidi Varlığı		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	42	83	1.600	0.109
	\bar{X}	26.85	25.38		
	SS(σ)	4.74	4.91		
SDA	N	42	83	2.016	0.039
	\bar{X}	26.23	24.31		
	SS(σ)	4.67	5.21		
K	N	42	83	0.039	0.966
	\bar{X}	24.35	24.32		
	SS(σ)	4.57	3.59		

Tablo 72'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri ailesinde erken doğum tehdidi olanlarda PÇ ortalamasının $X=26.85 \pm 4.74$, ailesinde erken doğum tehdidi olmayanlarda PÇ ortalamasının $X=25.38 \pm 4.91$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 1.600, P > 0.05$).

Tablo 72'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri ailesinde erken doğum tehdidi olanlarda SDA ortalamasının $X=26.23 \pm 4.67$, ailesinde erken doğum tehdidi olmayanlarda SDA ortalamasının $X=24.31 \pm 5.21$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($t = 2.016, P < 0.05$).

Tablo 72'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri ailesinde erken doğum tehdidi olanlarda K ortalamasının $X=24.35 \pm 4.57$, ailesinde erken doğum tehdidi olmayanlarda K ortalamasının $X=24.32 \pm 3.59$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.039, P > 0.05$).

Tablo 73: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Erken Doğum Tehdidi Tedavisi Alma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Erken Doğum Tehdidi Tedavisi Alma Durumu		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	64	61	0.569	0.568
	\bar{X}	26.12	25.62		
	SS(σ)	4.31	5.44		
SDA	N	64	61	0.401	0.687
	\bar{X}	25.14	24.77		
	SS(σ)	4.40	5.78		
K	N	64	61	0.927	0.354
	\bar{X}	24.65	24.00		
	SS(σ)	3.59	4.27		

Tablo 73'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri erken doğum tehdidi tedavisi alanlarda PÇ ortalamasının $X=26.12 \pm 4.31$, erken doğum tehdidi tedavisi almayanlarda PÇ ortalamasının $X=25.62 \pm 5.44$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.569, P > 0.05$).

Tablo 73'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri erken doğum tehdidi tedavisi alanlarda SDA ortalamasının $X=25.14 \pm 4.40$, erken doğum tehdidi tedavisi almayanlarda SDA ortalamasının $X=24.77 \pm 5.78$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.401, P > 0.05$).

Tablo 73'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri erken doğum tehdidi tedavisi alanlarda K ortalamasının $X=24.65 \pm 3.59$, erken doğum tehdidi tedavisi almayanlarda K ortalamasının $X=24.00 \pm 4.27$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.927, P > 0.05$).

Tablo 74: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğumdan Sonra Bebek Bakımını Paylaşacak Kişilerin Varlığına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ		Bebek Bakımını Paylaşacak Kişilerin Varlığı		t	P
		Evet	Hayır		
PÇ	N	110	15	0.157	0.870
	\bar{X}	25.85	26.06		
	SS(σ)	4.94	4.60		
SDA	N	110	15	0.829	0.336
	\bar{X}	25.10	23.93		
	SS(σ)	5.21	4.16		
K	N	110	15	0.142	0.867
	\bar{X}	24.35	24.20		
	SS(σ)	4.04	3.18		

Tablo 74'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi olanlarda PÇ ortalamasının $X=25.85 \pm 4.94$, doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi olmayanlarda PÇ ortalamasının $X=26.06 \pm 4.60$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.157, P > 0.05$).

Tablo 74'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi olanlarda SDA ortalamasının $X=25.10 \pm 5.21$, doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi olmayanlarda SDA ortalamasının $X=23.93 \pm 4.16$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.829, P > 0.05$).

Tablo 74'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi olanlarda K ortalamasının $X=24.35 \pm 4.04$, doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi olmayanlarda K ortalamasının $X=24.20 \pm 3.18$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($t = 0.142, P > 0.05$).

Tablo 75: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Doğumdan Sonra Bebek Bakımını Paylaşacak Kişilerin Kimler Olduğuna Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Bebek Bakımını Paylaşacak Kişilerin Kimler Olduğuna Göre	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Bir Aile Büyüğü	72	26.25	4.68	0.919	0.402
	Eş	27	24.74	5.31		
	Bakıcı Kadın, Komşu	11	26.00	5.69		
SDA	Bir Aile Büyüğü	72	25.27	5.09	0.119	0.888
	Eş	27	24.77	5.57		
	Bakıcı Kadın, Komşu	11	24.72	5.60		
K	Bir Aile Büyüğü	72	25.09	3.60	3.752	0.027
	Eş	27	22.81	4.58		
	Bakıcı Kadın, Komşu	11	23.27	4.40		

Tablo 75'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişinin bir aile büyüğü olanlarda PÇ ortalamasının $X=26.25 \pm 4.68$, doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi eşi olanlarda PÇ ortalamasının $X=24.74 \pm 5.31$, doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi bakıcı kadın, komşu olanlarda PÇ ortalamasının $X=26.00 \pm 5.69$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.919, P > 0.05$).

Tablo 75'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişinin bir aile büyüğü olanlarda SDA ortalamasının $X=25.27 \pm 5.09$, doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi eşi olanlarda SDA ortalamasının $X=24.77 \pm 5.57$, doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi bakıcı kadın, komşu olanlarda SDA ortalamasının $X=24.72 \pm 5.60$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.119, P > 0.05$).

Tablo 75'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişinin bir aile büyüğü olanlarda K ortalamasının $X=25.09 \pm 3.60$, doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi eşi olanlarda K ortalamasının $X=22.81 \pm 4.58$, doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi bakıcı kadın, komşu olanlarda K ortalamasının $X=23.27 \pm 4.40$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($F = 3.752, P < 0.05$).

Tablo 76: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresin Tanımını Yapma Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Stresin Tanımını Yapma Durumu	N	X	SS(σ)	F	P
PÇ	Ailesel ve çevresel faktörlerin etkisiyle kişinin kendini bunalımda hissetmesi	26	26.42	5.06	0.654	0.659
	Sinir, sıkıntı, acı, öfke, üzüntü gibi duygulardır	34	26.26	3.84		
	Korku, merak, heyecan gibi duyguların sebep olduğu gerginlik halidir	18	24.05	5.79		
	Problemlili bir gebelik geçirmek	20	25.65	4.89		
	Fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun bozulmasıdır	14	26.50	5.82		
	Problemlerin üstesinden gelmeye çalışmaktır	13	26.00	4.86		
SDA	Ailesel ve çevresel faktörlerin etkisiyle kişinin kendini bunalımda hissetmesi	26	26.00	4.58	0.561	0.730
	Sinir, sıkıntı, acı, öfke, üzüntü gibi duygulardır	34	24.20	5.03		
	Korku, merak, heyecan gibi duyguların sebep olduğu gerginlik halidir	18	24.44	5.13		
	Problemlili bir gebelik geçirmek	20	25.90	5.15		
	Fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun bozulmasıdır	14	24.57	5.87		
	Problemlerin üstesinden gelmeye çalışmaktır	13	24.53	5.69		
K	Ailesel ve çevresel faktörlerin etkisiyle kişinin kendini bunalımda hissetmesi	26	24.88	3.63	0.714	0.614
	Sinir, sıkıntı, acı, öfke, üzüntü gibi duygulardır	34	24.79	2.95		
	Korku, merak, heyecan gibi duyguların sebep olduğu gerginlik halidir	18	23.38	4.60		
	Problemlili bir gebelik geçirmek	20	24.30	3.98		
	Fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun bozulmasıdır	14	23.07	4.96		
	Problemlerin üstesinden gelmeye çalışmaktır	13	24.76	4.69		

Tablo 76'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri stresin tanımını ailesel ve çevresel faktörlerin etkisiyle kişinin kendini bunalımda hissetmesi şeklinde yapanlarda PÇ ortalamasının $X=26.42 \pm 5.06$, Sinir, sıkıntı, acı, öfke, üzüntü gibi duygulardır şeklinde yapanlarda PÇ ortalamasının $X=26.26 \pm 3.84$, Korku, merak, heyecan gibi duyguların sebep olduğu gerginlik halidir şeklinde yapanlarda PÇ ortalamasının $X=24.05 \pm 5.79$, Problemlili bir gebelik geçirmek şeklinde yapanlarda PÇ ortalamasının $X=25.65 \pm 4.89$, Fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun bozulmasıdır şeklinde yapanlarda PÇ ortalamasının $X=26.50 \pm 5.82$, Problemlerin üstesinden gelmeye çalışmaktır şeklinde yapanlarda PÇ ortalamasının $X=26.00 \pm 4.86$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.654, P > 0.05$).

Tablo 76'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri stresin tanımını ailesel ve çevresel faktörlerin etkisiyle kişinin kendini bunalımda hissetmesi şeklinde yapanlarda SDA ortalamasının $X=26.00 \pm 4.58$, Sinir, sıkıntı, acı, öfke, üzüntü gibi duygulardır şeklinde yapanlarda SDA ortalamasının $X=24.20 \pm 5.03$, Korku, merak, heyecan gibi duyguların sebep olduğu gerginlik halidir şeklinde yapanlarda SDA ortalamasının

X=24.44 ± 5.13. Problemlı bir gebelik geçirmek Şeklinde yapanlarda SDA ortalamasının X=25.90 ± 5.15, Fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun bozulmasıdır Şeklinde yapanlarda SDA ortalamasının X=24.57 ± 5.87, Problemlerin ũstesinden gelmeye çalışmaktır Şeklinde yapanlarda SDA ortalamasının X=24.53 ± 5.69 olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır (F = 0.561, P > 0.05).

Tablo 76'ya göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri stresin tanımını ailesel ve çevresel faktörlerin etkisiyle kişinin kendini bunalımda hissetmesi Şeklinde yapanlarda K ortalamasının X=24.88 ± 3.63, Sinir, sıkıntı, acı, öfke, ũznt gibi duygulardır Şeklinde yapanlarda K ortalamasının X=24.79 ± 2.95, Korku, merak, heyecan gibi duyguların sebep olduğu gerginlik halidir Şeklinde yapanlarda K ortalamasının X=23.38 ± 4.60, Problemlı bir gebelik geçirmek Şeklinde yapanlarda K ortalamasının X=24.30 ± 3.98, Fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun bozulmasıdır Şeklinde yapanlarda K ortalamasının X=23.07 ± 4.96, Problemlerin ũstesinden gelmeye çalışmaktır Şeklinde yapanlarda K ortalamasının X=24.76 ± 4.69 olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır (F = 0.714, P > 0.05).

Tablo 77: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stres Yaratan Durumlara Göre Stresle Başa ıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının DaĐıŐlımları

SB	Stres Yaratan Durumlarına Göre	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
P	Ekonomik Nedenler	28	24.10	5.53	0.210	0.090
	Ailesel Nedenler (Yakının Kaybı)	33	26.63	4.65		
	Hastalık Durumu	27	25.37	5.09		
	Hastane Ortamında Bulunma	37	26.91	4.12		
SDA	Ekonomik Nedenler	28	23.07	5.93	2.205	0.091
	Ailesel Nedenler (Yakının Kaybı)	33	26.06	4.52		
	Hastalık Durumu	27	25.92	5.04		
	Hastane Ortamında Bulunma	37	24.70	4.69		
K	Ekonomik Nedenler	28	23.21	4.18	1.243	0.297
	Ailesel Nedenler (Yakının Kaybı)	33	24.75	3.77		
	Hastalık Durumu	27	24.11	4.75		
	Hastane Ortamında Bulunma	37	24.97	3.11		

Tablo 77'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri stres yaratan durumlar ekonomik nedenler olanlarda P ortalamasının X=24.10 ± 5.53, ailesel nedenler olanlarda P ortalamasının X=26.63 ± 4.65, hastalık durumu olanlarda P

ortalamasının $X=25.37 \pm 5.09$, hastane ortamında bulunma şeklinde tanımlayanlarda PÇ ortalamasının $X=26.91 \pm 4.12$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 2.210, P > 0.05$).

Tablo 77'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri stres yaratan durumlar ekonomik nedenler olanlarda SDA ortalamasının $X=23.07 \pm 5.93$, ailesel nedenler olanlarda SDA ortalamasının $X=26.06 \pm 4.52$, hastalık durumu olanlarda SDA ortalamasının $X=25.92 \pm 5.04$, hastane ortamında bulunma şeklinde tanımlayanlarda SDA ortalamasının $X=24.70 \pm 4.69$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 2.205, P > 0.05$).

Tablo 77'ye göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri stres yaratan durumlar ekonomik nedenler olanlarda K ortalamasının $X=23.21 \pm 4.18$, ailesel nedenler olanlarda K ortalamasının $X=24.75 \pm 3.77$, hastalık durumu olanlarda K ortalamasının $X=24.11 \pm 4.75$, hastane ortamında bulunma şeklinde tanımlayanlarda K ortalamasının $X=24.97 \pm 3.11$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.243, P > 0.05$).

Tablo 78: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Kendilerini Stresli Hissettiklerinde Neler Yaptıklarına Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Kendilerini Stresli Hissettiklerinde Neler Yaptıklarına Göre	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	Sevdiklerimle görüşürüm	18	23.66	5.95	1.889	0.101
	Ağlarım, kavga ederim	37	26.40	4.66		
	TV izlerim, radyo dinlerim, kitap okurum	14	26.35	3.77		
	Açık havaya çıkarım, gezmeye giderim, alışveriş yaparım	16	27.87	2.94		
	Spor yaparım, ev işi ve elişi yaparım	23	24.52	4.91		
	Pozitif düşünmeye çalışırım	17	26.64	5.65		
SDA	Sevdiklerimle görüşürüm	18	23.38	7.82	1.151	0.338
	Ağlarım, kavga ederim	37	25.67	5.14		
	TV izlerim, radyo dinlerim, kitap okurum	14	26.42	4.41		
	Açık havaya çıkarım, gezmeye giderim, alışveriş yaparım	16	25.62	3.34		
	Spor yaparım, ev işi ve elişi yaparım	23	23.52	3.99		
	Pozitif düşünmeye çalışırım	17	25.17	4.43		
K	Sevdiklerimle görüşürüm	18	23.11	5.21	0.594	0.705
	Ağlarım, kavga ederim	37	24.51	4.03		
	TV izlerim, radyo dinlerim, kitap okurum	14	24.57	2.68		
	Açık havaya çıkarım, gezmeye giderim, alışveriş yaparım	16	25.37	3.28		
	Spor yaparım, ev işi ve elişi yaparım	23	24.26	3.55		
	Pozitif düşünmeye çalışırım	17	24.17	4.29		

Tablo 78'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kendini stresli hissettiğinde Sevdiklerimle görüşürüm şeklinde cevaplayanlarda PÇ ortalamasının $X=23.66 \pm 5.95$, ağlarım, kavga ederim şeklinde cevaplayanlarda PÇ ortalamasının $X=26.40 \pm 4.66$, TV izlerim radyo dinlerim, kitap okurum şeklinde cevaplayanlarda PÇ ortalamasının $X=26.35 \pm 3.77$, açık havaya çıkarım gezmeye giderim alışveriş yaparım şeklinde cevaplayanlarda PÇ ortalamasının $X=27.87 \pm 2.94$, spor yararım, ev işi ve el işi yaparım şeklinde cevaplayanlarda PÇ ortalamasının $X=24.52 \pm 4.91$, pozitif düşünmeye çalışırım şeklinde cevaplayanlarda PÇ ortalamasının $X=26.64 \pm 5.65$, olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.889, P > 0.05$).

Tablo 78'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kendini stresli hissettiğinde Sevdiklerimle görüşürüm şeklinde cevaplayanlarda SDA ortalamasının $X=23.38 \pm 7.82$, ağlarım, kavga ederim şeklinde cevaplayanlarda SDA ortalamasının $X=25.67 \pm 5.14$, TV izlerim radyo dinlerim, kitap okurum şeklinde cevaplayanlarda SDA ortalamasının $X=26.42 \pm 4.41$, açık havaya çıkarım gezmeye giderim alışveriş yaparım şeklinde cevaplayanlarda SDA ortalamasının $X=25.62 \pm 3.34$, spor yararım, ev işi ve el işi yaparım şeklinde cevaplayanlarda SDA ortalamasının $X=23.52 \pm 3.99$, pozitif düşünmeye çalışırım şeklinde cevaplayanlarda SDA ortalamasının $X=25.17 \pm 4.43$, olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.151, P > 0.05$).

Tablo 78'e göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri kendini stresli hissettiğinde Sevdiklerimle görüşürüm şeklinde cevaplayanlarda K ortalamasının $X=23.11 \pm 5.21$, ağlarım, kavga ederim şeklinde cevaplayanlarda K ortalamasının $X=24.51 \pm 4.03$, TV izlerim radyo dinlerim, kitap okurum şeklinde cevaplayanlarda K ortalamasının $X=24.57 \pm 2.68$, açık havaya çıkarım gezmeye giderim alışveriş yaparım şeklinde cevaplayanlarda K ortalamasının $X=25.37 \pm 3.28$, spor yararım, ev işi ve el işi yaparım şeklinde cevaplayanlarda K ortalamasının $X=24.26 \pm 3.55$, pozitif düşünmeye çalışırım şeklinde cevaplayanlarda K ortalamasının $X=24.17 \pm 4.29$, olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.594, P > 0.05$).

Tablo 79: Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Şu An Kendilerini Nasıl Hissettiklerine Göre Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarının Dağılımları

SBÖ	Şu An Kendilerini Nasıl Hissettiklerine Göre	N	\bar{X}	SS(σ)	F	P
PÇ	İyi	33	26.09	4.99	0.053	0.949
	Orta	54	25.87	4.35		
	Kötü	38	25.71	5.58		
SDA	İyi	33	25.15	4.96	0.053	0.948
	Orta	54	24.79	4.17		
	Kötü	38	25.02	6.39		
K	İyi	33	23.75	3.66	0.588	0.557
	Orta	54	24.70	3.16		
	Kötü	38	24.31	5.04		

Tablo 79'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şu an kendini iyi hissedenlerde PÇ ortalamasının $X=26.09 \pm 4.99$, orta hissedenlerde PÇ ortalamasının $X=25.87 \pm 4.35$, kötü hissedenlerde PÇ ortalamasının $X=25.71 \pm 5.58$ olduğu görülmektedir. PÇ toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.053, P > 0.05$).

Tablo 79'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şu an kendini iyi hissedenlerde SDA ortalamasının $X=25.15 \pm 4.96$, orta hissedenlerde SDA ortalamasının $X=24.79 \pm 4.17$, kötü hissedenlerde SDA ortalamasının $X=25.02 \pm 6.39$ olduğu görülmektedir. SDA toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.053, P > 0.05$).

Tablo 79'a göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri şu an kendini iyi hissedenlerde K ortalamasının $X=23.75 \pm 3.66$, orta hissedenlerde K ortalamasının $X=24.70 \pm 3.16$, kötü hissedenlerde K ortalamasının $X=24.31 \pm 5.04$ olduğu görülmektedir. K toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.588, P > 0.05$).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan erken doğum tehdidi olan gebelerin % 40.0'nun 25-29 yaş, % 28.8'inin 20-24 yaş, % 15.2'sinin 30-34 yaş, %8.8'inin 20 yaş ve altı, % 5.6'sının 35-39 yaş, % 1.6'sının 40 yaş ve üzeri grubunda olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Bayram'ın (2000) " Afyon ilindeki gebelerde erken doğum tehdidi nedenleri üzerine bir araştırma" isimli çalışmasında gebelerin yaş dağılımı % 38.9'u 20-24 yaş, % 26.7'si 15-19 yaş, %17.8'i 25-29 yaş, %1.1'i 40 ve üzeri yaş grubunda saptanmıştır(8). Araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun ideal doğurganlık yaşında olduğu görülmektedir. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2003 verilerine göre annenin doğum sırasında 20-29 yaşlarında olduğu çocuklar arasında ölüm hızları düşük düzeye inmekte, annenin 20 yaşından küçük ya da 40 yaşından büyük olduğu durumlarda bu hızda artma gözlenmektedir(88).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde gebelerin % 51.2'sinin ilkökul mezunu, % 20.8'inin yüksekokul ve fakülte mezunu, % 16.0'ının lise mezunu, % 8.0'ının ortaokul mezunu, % 4.0'ının okur-yazar değil olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Hediye ve Korkmaz'ın (2005) kısmı yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunları belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada gebelerin % 69.24'ünün ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır(40). Araştırma sonucu yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin % 75.2'sinin ev hanımı, % 22.4'ünün memur olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Hediye ve Korkmaz'ın (2005) yaptığı çalışmada da gebelerin % 92.30'unun herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır (40). Araştırma sonucu yapılan çalışma ile desteklenmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin sosyal güvence durumları incelendiğinde % 29.6'sının emekli sandığı, % 25.6'sının yeşil kart, % 20.0'ının SSK, % 11.2'sinin Bağ-kur sosyal güvencesine sahip olduğu, %13.6'sının sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 4). Sosyal güvencesi olmayan gebelerin oranı günümüz şartlarında hala büyük oran teşkil etmektedir.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre bakıldığında % 39.2'sinin ilkokul,% 25.6'sının lise, % 23.2'sinin yüksekokul ve fakülte mezunu % 9.6'sının ortaokul mezunu olduğu, % 2.4'ünün okur yazar olmadığı saptanmıştır(Tablo 5). Eşlerin eğitim durumu gebelerin eğitim durumu ile paralellik göstermektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin eşlerinin mesleklerine göre incelendiğinde % 28.8'inin işsiz, % 24.8'inin memur, % 24.8'inin işçi, % 21.6'sının serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır(Tablo 6).Gebelerin çoğunda eşlerin işsiz olması sosyo-ekonomik düzey açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin % 52.8'inin gelir gidere denk, % 40.8'inin gelir giderden az, % 6.4'ünün gelir giderden fazla olduğu saptanmıştır(Tablo 7).Düşük sosyo-ekonomik düzey erken doğum tehdidini arttırmaktadır(94).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin en uzun yaşadıkları yere göre dağılımları incelendiğinde % 39.2'sinin şehir, % 37.6'sının ilçe, % 23.2'sinin köy-kasaba olduğu saptanmıştır (Tablo 8).Çakmakçı ve Eser'in (2003)"Gebelikte olumlu davranış envanteri: Bir metodolojik çalışma" isimli çalışmalarında gebelerin en uzun yaşadığı yer %48.9 oranında şehir merkezi olarak saptanmıştır(15).Araştırma sonucu yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin evlilik durumlarına göre incelendiğinde % 55.2'sinin 20 yaş üzerinde , % 44.8'inin 20 yaş ve altında evlendiği; evlilik süresinin % 58.4'ünde 5 yıl ve altı, % 41.6'sında 5 yıl ve üzeri ; evlilik sayısının % 98.4'ünün ilk evliliği , % 1.6'sının iki ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 9).Ulkemizde erken evlenme yaşına bağlı olarak ilk doğum yaşı kadın ve bebek sağlığı açısından önem taşımaktadır (64).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin evlilik durumlarına bakıldığında eşlerin evlilik sayısının % 97.6'sının ilk evliliği, % 2.4'ünün 2 ve üzerinde olduğu saptanmıştır(Tablo 10).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin aile tipine göre durumları incelendiğinde, % 76.0'ının çekirdek aile, % 24.0'ının geniş aile tipinde olduğu saptanmıştır(Tablo 11). Çakmakçı ve Eser'in (2003) yaptığı çalışmada gebelerin % 85.6'sının çekirdek aile, % 14.4'ünün geniş aile tipinde olduğu saptanmıştır(15).Araştırma sonucu ile yapılan çalışma paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin çocuk sahibi olma durumuna ve çocuk sayısına göre durumları incelendiğinde % 59.2'sinin çocuk sahibi olduğu, % 40.8'inin çocuk sahibi olmadığı ; çocuk sayısının % 54.1'inin 2 ve altında % 45.9'unun 2 üzerinde olduğu saptanmıştır(Tablo 12).Hediye ve Korkmaz'ın (2005) yaptığı çalışmada

gebelerin % 71.15'inin çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır(40).Çocuk sayısının 2'nin üzerinde olması erken doğum tehdidini artırmaktadır(94).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin sigara kullanma durumlarına bakıldığında % 72.8'inin kullanmadığı, % 27.2'sinin kullandığı saptanmıştır(Tablo 13).Sigara kullanımı ters olarak gestasyonel yaşı etkilemektedir.Kadınların % 30.0'ının sigara kullandığı birleşik devletlerde tüm erken doğumların %13-20'si maternal sigara kullanımına bağlanmıştır (4). Gebenin sigara kullanımı erken doğum riskini iki kat arttırmaktadır(24).Yapılan araştırmaya göre bizim çalışmamızda gebelerin sigara içme oranı yüksek bulunmuştur.

4.2. Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stres Durumunun İncelenmesi:

Erken doğum tehdidi olan gebelerin doğurganlık durumuna göre incelendiğinde %58.4'ünün multipar, %41.6'sının primipar olduğu saptanmıştır(Tablo 14). Soğukpınar ve arkadaşlarının(2003) "Prematür doğumlarda annenin öyküsü ve gebeliğe ilişkin risk faktörlerinin incelenmesi" isimli çalışmalarında gebelerin %41.3'ünün primipar, %35.9'unun multipar olduğu saptanmıştır(79).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %81.6'sının gebeliği istedikleri, %18.4'ünün gebeliği istemedikleri saptanmıştır(Tablo 15). Hediye ve Korkmaz'ın(2005) yaptığı çalışmada gebelerin %71.16'sının isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır(40). İstenmeyen gebelikler ve düşükler anne yönünden ciddi sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir. İstenmeyen gebeliklere bağlı anne ölümleri artmakta, yine istenmeyen gebeliklere bağlı düşüğe yönelme, bebeği taşımayı istememe, anne ve bebek ölüm riskini arttırmaktadır(10).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gebelik sayısının %61.6'sında 2 ve üzeri, %38.4'ünde ilk gebeliği olduğu saptanmıştır(Tablo 16).Literatürde de belirtildiği gibi ilk gebelikler ile çok sayıda gebelikler erken doğum-prematürite açısından risk taşımaktadır(79).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik haftasına göre incelendiğinde %66.4'ünün III. trimesterde, %33.6'sının II.trimasterde olduğu saptanmıştır(Tablo 17).Çakmakçı ve Eser'in(2003) yaptığı çalışmada %52.2'sinin II.trimasterde, %43.4'ünün III.trimasterde olduğu saptanmıştır(15).Bizim çalışmamızla benzerlik göstermemektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin canlı doğum, ölü doğum ve düşük yapma durumları incelendiğinde %59.2'sinin canlı doğum yaptığı, %40.8'inin canlı doğum yapmadığı, %96.0'ının ölü doğum yapmadığı, %4.0'ının ölü doğum yaptığı, %80.0'ının düşük yapmadığı, %20.0'ının düşük yaptığı saptanmıştır(Tablo 18).Türkiye'de yapılan araştırmada(1993) hiç düşük yapmama oranı %73.7, 1 düşük yapma oranı %15.5, 2 düşük

yapma oranı %9.5, 3 ve üzeri %6.2 bulunmuştur(86).Bizim çalışmamız ile yapılan araştırma düşük yapıp yapmama bakımından benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %68.0'ının spontan düşük yaptığı, %32.0'ının kürtaj olduğu saptanmıştır(Tablo 19).Gebenin daha önce düşük yapmış olması erken doğum tehdidi açısından önem taşımaktadır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gebelikte geçirdikleri hastalık durumlarına göre bakıldığında %64.0'ının gebelikte hastalık geçirmediği, %36.0'ının hastalık geçirdiği; gebelikte geçirdiği hastalığın %48.9'unun enfeksiyon, %33.3'ünün anemi, %15.6'sının hipertansiyon, %2.2'sinin diabet olduğu saptanmıştır(Tablo 20).Erken doğumların %16'sında amnion mayide enfeksiyon saptanmıştır(72).Genital sistem ve üriner sistem enfeksiyonları erken doğum tehdidinde önemli sebepler arasındadır(49).Gebenin beslenmesinin yetersiz olması, sosyo-ekonomik seviyesinin düşük olması, yaşanan coğrafi bölgenin özellikleri, gebede ciddi anemi oluşmasına ve bunun sonucu erken doğum tehdidine sebep olmaktadır(49).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin şu anda bir hastalıklarının olma durumu ve bunun ne olduğuna göre incelendiğinde %79.2'sinin şu anda bir hastalığının olmadığı, %20.8'inin şu anda bir hastalığının olduğu;şu anda var olan hastalığın %57.7'sinin anemi, %15.4'ünün diabet, %15.4'ünün hipertansiyon, %11.5'inin enfeksiyon olduğu saptanmıştır(Tablo 21).Erken doğuma yol açan pek çok etken arasında önlenebilir bir unsur olmasına rağmen maternal anemi büyük bir yer tutmaktadır(9).Batioğlu ve Mungan'ın(1991) "Prematür eylemde maternal hematokritin ilişkisi" isimli çalışmalarında preterm doğumların %46'sında Hct değeri %33'ün altında bulunmuştur(9).Diabet ve hipertansiyon gebelikte önemli komplikasyonlara sebep olabilecek hastalıklardır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin kontrollere gitme ve kontrol sıklığına göre incelendiğinde %81.6'sının kontrollere gittiği, %18.4'ünün kontrollere gitmediği; %77.5'inin ayda bir, %9.8'inin şikayetleri olduğu zaman, %8.8'inin on beş günde bir, %3.9'unun üç ayda bir kontrollere gittiği saptanmıştır(Tablo 22).Düzenli olarak antenatal kontrollere gidilmesi ve bertaraf edilebilen risk faktörlerinin saptanarak giderilmesi(anemi, idrar yolu enfeksiyonları, serviks ve vajinadaki enfeksiyonlar gibi)erken doğum tehdidi riskini azaltabilir.Erken doğum tehdidi açısından yüksek risk altında olan anne adaylarının daha sık antenatal kontrollere gitmesi gerekir(49).TNSA (2003) verilerine göre yaklaşık beş gebeden biri (%18.6) doğum öncesi bakım almamıştır(88).Bizim çalışmamız TNSA sonuçları ile aynı bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin daha önce doğum için hastaneye yatma durumları incelendiğinde %50.4'ünün hastaneye yattığı, %49.6'sının hastaneye yatmadığı

saptanmıştır (Tablo 23).TNSA (2003) verilerine göre ilkokul eğitimi almayan kadınlarda doğum öncesi bakım alma oranı %53 ve sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı %48 iken, lise ve üzeri eğitim alanlarda doğum öncesi bakım alma oranı %98.5'e, sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı %98'e çıkmaktadır(88).Araştırma sonucu verilerle paralellik göstermektedir. Yaptığımız çalışmada gebelerin çoğunluğu ilkokul mezunudur.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin doğumla ilgili korku durumlarına göre incelendiğinde %96.8'inin doğum korkusunun olduğu, %3.2'sinin doğum korkusunun olmadığı; doğumla ilgili korkularının %26.4'ünde bebeğin sağlıklı doğup doğmayacağı, %19.0'ında doğum ağrılarının dayanılmaz olması, %17.4'ünde erken doğum yapma korkusu, %16.5'inde sezaryen yapılacağına ya da normal doğum yapacağına belirsiz olması, %10.7'sinde gebenin hastalığının doğum anında komplikasyona sebep olması, %6.6'sında doğum sırasında yardımcı olacak personelin tutumu ve sayısı, %3.3'ünde ölü doğum yapma korkusu olduğu saptanmıştır(Tablo 24).Oskay ve Şahin'in(2003) hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan stresörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da büyük oranda bebeğin sağlığından endişelenme saptanmıştır(61).Hediye ve Korkmaz'ın(2005) yaptığı çalışmada da bebeğimin sağlığını düşünme 4 üzerinden 3.61 puanla ilk sırada, durumunun belirsiz olması 3.18 puanla 3. sırada yer almıştır(40).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik ve doğumla ilgili bilgi alma durumlarına bakıldığında %81.6'sının gebelik ve doğumla ilgili bilgilerinin olduğu, %18.4'ünün gebelik ve doğumla ilgili bilgilerinin olmadığı; bilgileri %65.7'sinin sağlık personelinin, %18.6'sının kitle iletişim araçlarından(kitap, dergi, TV vb.), %15.7'sinin aile büyükleri ve çevresinden aldığı saptanmıştır (Tablo 25).Gebelerin sağlık durumlarına hakim olduğu ve sağlık personeliyle çoğunun iletişime geçtiği görülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin sezaryenle ilgili bilgi ve sezaryenle doğum yapma durumlarına göre incelendiğinde %52.0'ının sezaryenle ilgili bilgilerinin olmadığı, %48.0'ının sezaryenle ilgili bilgilerinin olduğu; %90.4'ünün sezaryenle doğum yapmadığı, %9.6'sının sezaryenle doğum yaptığı saptanmıştır(Tablo 26).Araştırmamızdaki gebelerin çoğunluğunun normal doğum yapmış olması sezaryen konusundaki bilgileri yetersiz kılmıştır.DSO sezaryen ile doğumların tüm doğumlar içindeki oranının %10-15 ile sınırlı olmasını öneriyor(34).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin daha önce kadın hastalıkları ile ilgili ameliyat geçirme durumları incelendiğinde %99.2'sinin ameliyat geçirmediği, %0.8'inin ameliyat geçirdiği saptanmıştır(Tablo 27).Abdominal cerrahi erken doğum tehdidi açısından büyük önem taşımaktadır(4). Çalışmamızda gebelerin büyük kısmı ameliyat geçirmemiştir.

Bayram'ın(2000) yaptığı çalışmada gebelerin %87.8'inin daha önce uterin insizyon geçirmediği saptanmıştır(8).Araştırma sonucu yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin ailesinde erken doğum tehdidi varlığına ve erken doğum tehdidi tedavisi alma durumlarına göre incelendiğinde %66.4'ünün ailesinde erken doğum tehdidi olmadığı, %33.6'sının ailesinde erken doğum tehdidi olduğu; %51.2'sinin tedavi aldığı, %48.8'inin tedavi almadığı saptanmıştır(Tablo 28).Gebelerin çoğunun ailesinde erken doğum tehdidinin olmaması genetik yatkınlık riskinin az olduğunu düşündürmektedir. Aksu'nun(2003) preterm eylem tanısı konmuş gebelerde solunum ve progressif egzersizlerin gebelik sürecine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da gebelerin tokolitik tedavi alma durumları deney grubunda %80.6, kontrol grubunda %83.9 saptanmıştır(1).Araştırma sonucu yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir.Erken doğumu önlemek ve durdurmak için kullanılan çeşitli tokolitik ajanlar erken uygulandıklarında etkili olabilmektedir.Bu nedenle erken tanı şarttır(51).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişilere göre dağılımı incelendiğinde bebek bakımını paylaşacak kişinin %88.0'ında olduğu,%12,0'ında olmadığı ;bebek bakımını paylaşacak kişilerin kimler olduğuna göre %65,5'inin bir aile büyüğü %24,5'inin eş ,%10,0'mın bakıcı kadın,komşu vb. olduğu saptanmıştır(Tablo 29).Gebelerin çoğunda bebek bakımını paylaşacak kişinin bulunması gebeleri psikolojik olarak biraz daha rahatlattığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin stresin tanımını yapma durumlarına göre incelendiğinde %27.2'sinin sinir,sıkıntı,acı,öfke,üzüntü gibi duygulardır,%20.8'inin ailesel ve çevresel faktörlerin etkisi ile kişinin kendini bunalımda hissetmesidir,%16.0'mın problemlerle ilgili bir gebelik geçirmektir.%14.4'ünün korku, merak,heyecan gibi duyguların sebep olduğu gerginlik halidir,%11.2'sinin fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun bozulmasıdır,%10.4'ünün problemlerin üstesinden gelmeye çalışmaktır şeklinde tanımladıkları saptanmıştır(Tablo 30).Hediye ve Korkmaz'ın (2005)yaptığı çalışmada gebelere en çok gerilim yaşatan konular arasında üzüntülü hissetme 4 üzerinden 3.06 puan ,sıkıntılı hissetme 3.03 puanla son iki sırada yer almışlardır(40).Yapılan çalışma bizim araştırmamızla benzerlik göstermemektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin stres yaratan durumlara göre dağılımları incelendiğinde %29.6'sının hastane ortamında bulunma ,%26.4'ünün ailesel nedenler(yakının kaybı vb.) %22.4'ünün ekonomik nedenler ,%21.6'sının hastalık durumu olduğu saptanmıştır (Tablo 31).Hediye ve Korkmaz'ın (2005)yaptığı çalışmada da gebelerin %53.84'ünün yatak istirahatini evde yapmayı tercih edeceği belirlenmiştir(40).Gebelerde en çok stres yaratan durum hastane ortamında bulunmaktır.Araştırma sonucunu yapılan çalışma desteklemektedir.

1999 yılında Kaliforniya Üniversitesi Los Angeles Tıp Fakültesinde yapılan bir araştırma hamileliklerinin 18-20.haftasında yoğun stres altında kalan kadınların kanında kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH)yüksek oranda bulunduğu ve bu hormonun erken doğum riskini arttırabileceği gösterilmiştir (57).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin kendilerini stresli hissettiklerinde neler yaptıklarına göre dağılımları incelendiğinde %29.6'sının ağların, kavga ederim, %18.4'ünün spor yaparım, ev işi ve el işi yaparım, %14.4'ünün sevdiğimle görüşürüm, %13.6'sının pozitif düşünmeye çalışırım, %12.8'inin açık havaya çıkarım, gezmeye giderim, alışveriş yaparım, %11.2'sinin TV izlerim, radyo dinlerim, kitap okurum şeklinde ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo32).Gebelerin ikinci büyük çoğunluğu spor yaptığını söylemektedir. Yapılan literatür taramasında da sporun günlük stresleri kanalize etmeye yarayan bir yönünün bulunduğu, düzenli yapılan egzersizin kas gerginliğini azalttığı ve kişinin kendisini daha iyi hissettiği saptanmıştır(60, 63).Sağlık Bakanlığı, stresle başa çıkmak için doğru ve derin nefes almanın öğrenilmesini, yeterli ve dengeli beslenilmesini ve stres yaratan durumların başkalarıyla paylaşılmasını öneriyor(82).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin şuan kendilerini nasıl hissettikleri incelendiğinde %43.2'sinin orta, %30.4'ünün kötü, %26.4'ünün iyi şeklinde belirttiği saptanmıştır (Tablo33). Gebelerin büyük kısmı kendini ruhi olarak orta hissetmektedir .

4.3. Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeğine İlişkin Değerlerin İncelenmesi

Erken doğum tehdidi olan gebelerin SBÖ(Stresle Başa Çıkma Ölçeği) ölçeği , PÇ(Problem Çözme),SDA(Sosyal Destek Arama),K(Kaçınma)durumlarına göre toplam puan ortalamaları incelendiğinde PÇ ortalamasının 25.88 ± 4.88 , SDA ortalamasının 24.96 ± 5.10 , K ortalamasının 24.33 ± 3.93 olduğu saptanmıştır.Gebelerin bütün alt ölçek puan ortalamaları 11-33 puan arasında iyi düzeyde bulunmuştur.PÇ puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo34).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin PÇ durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri ölçeğine verdikleri yanıtları incelendiğinde “Problemi çözmeye çalıştınız?”maddesi %68.0 oranında, “Tüm dikkatinizi problemin çözümüne yönelttiniz?”maddesi %52.8 oranında çok yanıtı alırken,”Ani hareketlerde bulunmaktansa dikkatlice bir hareket tarzı planlamaya çalıştınız?”maddesi %26.4 oranında,”Probleminizin en iyi şekilde çözümlenmesi için çevrenizdeki şeyleri yeniden düzenlediniz?”maddesi %17.6 oranında hiç yanıt almıştır(Tablo35).Bu sonuçlara göre erken doğum tehdidi olan gebelerin PÇ konusunda daha

istekli oldukları ve çabuk öfkelenediklerini göstermektedir. Gebelerin PÇ puan ortalamasına göre PÇ stratejileri iyi düzeydedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin SDA durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri ölçeğine verdikleri yanıtları incelendiğinde “Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediniz?” maddesi %60.0 oranında, ”Arkadaşınız veya akrabanızın size yardımcı olmasını kabul ettiniz?” maddesi %57.6 oranında çok yanıtı alırken, “Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (arkadaş ya da profesyonel bir kişi)gittiniz?” maddesi %29.6 oranında , “Problemle ilgili olarak daha iyi hissetmenize yardımcı olması için bir arkadaşınıza gittiniz?” maddesi %23.2 oranında hiç yanıtı almıştır(Tablo36).Bu sonuçlara göre gebelerin arkadaş, akraba gibi sosyal destek sistemlerinden sosyal destek beklentisi içinde olduğu görülürken, uzman bir kişiden (psikolog) yardım alma taraftarı olmadıklarını göstermektedir. Gebelerin SDA puan ortalamasına göre SDA stratejileri iyi düzeydedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin K durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri ölçeğine verdikleri yanıtları incelendiğinde “Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz?” maddesi %53.6 oranında, “Aklınızı problemden uzaklaştırmaya çalıştınız?” maddesi %52.8 oranında çok yanıtı alırken, “Her zamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz?” maddesi %34.4 oranında ,”Her zamankinden daha fazla uyudunuz?” maddesi %31.2 oranında hiç yanıtı almıştır(Tablo37).Bu sonuçlar gebelerin uyku ve televizyon dışında stresten kaçınma yöntemlerini tercih ettiklerini göstermektedir. Gebelerin K puan ortalamasına göre K stratejileri iyi düzeydedir.

4.4.Erken Doğum Tehdidi Alan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri Puan Ortalamalarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi

Erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri puanlarına göre bakıldığında PÇ puanlarının % 52.8'inin 26 puan altında, % 47.2'sinin 27 puan üstünde (PÇ, X= 25.88); SDA puanlarının % 52.0'ının 25 puan altında, % 48.0'ının 26 puan üstünde (SDA, X= 24.96); K puanlarının % 100.0'ının 24 puan altında olduğu saptanmıştır(K, X= 24.33)(Tablo 38).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin yaş gruplarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ ve SDA stratejilerinin 25-29 yaş grubunda, K stratejisinin 20 yaş ve altında yüksek olduğu saptanmış olup yaş grupları ile stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$) (Tablo 39).Buna göre erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerinin iyi düzeyde olduğu, yaş değişkeninden bağımsız olduğu görülmektedir.Erken doğum tehdidi 20

yaşın altında ve 40 yaşının üstünde artmaktadır(94).Aksu'nun (2003)yaptığı çalışmada da yaş grupları ile anlamlı fark bulunmamıştır(1).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eğitim durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ ve SDA stratejilerinin fakülte ve yüksek okul mezunu grubunda, K stratejisinin lise mezunu grubunda yüksek olduğu saptanmış olup eğitim durumu ile PÇ stratejisi puan ortalaması arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($F=4.256, P<0.05$) (Tablo 40).Buna göre erken doğum tehdidi olan gebelerin eğitim seviyesi arttıkça stresle başa çıkma stratejileri artmaktadır. Özellikle yüksek okul ve fakülte mezunu gebelerin PÇ stratejisi iyi düzeydedir.Aksu'nun (2003)yaptığı çalışmada eğitim durumu ile anlamlı ilişki bulunmamıştır(1).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin mesleklerine göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ ve SDA stratejilerinde puan ortalamaları işçi grubunda yüksek bulunurken, serbest meslek grubunda düşük, K stratejisinde puan ortalamaları ev hanımı grubunda yüksek bulunurken serbest meslek grubunda düşük olduğu saptanmıştır ve PÇ stratejisi ile gebelerin meslek durumu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($F=5.388, P<0.05$) (Tablo 41).Buna göre işçi olarak çalışan gebelerin PÇ becerileri iyi düzeydedir.Bayram'ın (2000) çalışmasında gebelerin yüksek oranda ev hanımı olduğu saptanmıştır(8).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyal güvence durumuna göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ stratejisinde emekli sandığı grubunda yüksek bulunurken yeşil kart grubunda düşük, SDA stratejisinde emekli sandığı grubunda yüksek bulunurken, sosyal güvencesi olmayan grupta düşük, K stratejisinde SSK grubunda yüksek bulunurken, yeşil kart grubunda düşük olduğu saptanmış olup PÇ stratejisi ile gebelerin sosyal güvence durumu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur($F=3.675, P<0.05$) (Tablo 42).Sosyal güvencesi olan gebelerin PÇ stratejileri iyi düzeydedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ stratejisi fakülte ve yüksek okul mezunu grubunda yüksek, okur-yazar değil grubunda düşük, SDA stratejisi fakülte ve yüksek okul mezunu grubunda yüksek, orta okul mezunu grubunda düşük, K stratejisi orta okul mezunu grubunda yüksek, okur-yazar değil grubunda düşük saptanmış olup PÇ stratejisi ile gebelerin eşlerinin eğitim durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur($F=3.531, P<0.05$) (Tablo 43).Gebelerin eşlerinin eğitim seviyesi arttıkça gebelerin PÇ becerileri artmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin mesleklerine göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ stratejisi memur grubunda yüksek, serbest

meslek grubunda düşük, SDA stratejisi memur grubunda yüksek, işsiz grubunda düşük K stratejisi işçi grubunda yüksek, işsiz grubunda düşük saptanmış olup, PÇ stratejisi ile gebelerin eşlerinin meslekleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur($F=3.764, P<0.05$) (Tablo 44). Buna göre gebelerin eşi memur olanlarda PÇ stratejisinin daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gelir durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ ve K stratejilerinde gelir giderden fazla grubu yüksek bulunurken, gelir giderden az grubu düşük, SDA stratejisinde gelir gidere denk grubu yüksek, gelir giderden az grubu düşük saptanmıştır ve PÇ stratejisi ile gelir durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur($F=5.711, P<0.05$) (Tablo 45). Bu sonuçlara göre gebelerin gelir durumunun bütün gruplarda birbirine yakın olduğu ve geliri giderden fazla olan gebelerin PÇ becerisinin iyi olduğu görülmektedir. Amerika'da 1994 yılında erken doğum oranı beyazlarda %9.6 iken, ekonomik düzeyi daha düşük olan zencilerde bu oran %18.1 olmuştur(72).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin en uzun yaşadıkları yere göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ, SDA ve K stratejileri şehirde yaşayanlarda yüksek, köy-kasabada yaşayanlarda düşük saptanmış olup PÇ stratejisi ile gebelerin en uzun yaşadıkları yer arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur($F=6.196, P<0.05$) (Tablo 46). Uzun süre şehirde yaşayan gebelerin PÇ becerilerinin daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin evlilik durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında evlenme yaşı PÇ ve SDA stratejileri 20 yaş üzerinde yüksek, 20 yaş ve altında düşük, K stratejisi 20 yaş ve altında yüksek, 20 yaş üzerinde düşük saptanmış olup evlenme yaşı ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$) (Tablo 47). TNSA (2003) verilerine göre kadınlarda ortanca evlenme yaşı 20 olmakla beraber 15-19 yaş kadın grubunun yaklaşık %12'si evlidir(88). Araştırma sonucunu veriler desteklemektedir. Evlilik süresinin PÇ, SDA ve K stratejileri 5 yıl ve altında yüksek, 5 yıl üzerinde düşük olduğu saptanmış olup, stresle başa çıkma stratejileriyle evlilik süresi arasında ki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$) (Tablo 47). Evlilik sayısının PÇ, SDA ve K stratejileri ilk evliliği olanlarda yüksek, 2 ve üzeri olanlarda düşük bulunmuş olup, PÇ stratejisi ile evlilik sayısı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur($t=2.186, P<0.05$) (Tablo 47). İlk evliliği olan gebelerde evlilik sayısı 2 ve üzeri olanlara göre PÇ stratejisinin iyi düzeyde olduğu görülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin eşlerinin evlilik durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde eşinin evlilik sayısı PÇ, SDA ve K stratejileri ilk evliliği olanlarda yüksek, 2 ve üzeri olanlarda düşük saptanmış olup stresle

başa çıkma stratejileri ile gebelerin eşlerinin evlilik sayısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 48).Gebelerin stresle başa çıkma stratejilerinin eşlerinin evlilik sayısından etkilenmediği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin aile tipine göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ , SDA ve K stratejileri çekirdek aile tipinde yüksek, geniş aile tipinde düşük saptanmış olup PÇ ve SDA stratejileri ile aile tipi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur($t=1.769, t=2.827, P<0.05$)(Tablo 49).Çakmakçı ve Eser'in (2003)yaptığı çalışmada da gebelerin %85.6'sı çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır(15).Çekirdek aile tipine sahip gebelerin PÇ ve SDA stratejilerinin iyi düzeyde olduğu görülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin çocuk sahibi olma durumuna ve çocuk sayısına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ, SDA ve K stratejileri çocuk sahibi olmayan gebelerde yüksek, çocuk sahibi olan gebelerde düşük saptanmış olup stresle başa çıkma stratejileri ile çocuk sahibi olma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 50).Çocuk sahibi olmayan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri çocuk sahibi olanlara göre daha iyi düzeydedir.Çocuk sayısının PÇ, SDA ve K stratejileri 2 ve altında yüksek ,2 üzerinde düşük saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 50).Çocuk sayısı 2 ve altında olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri daha iyi düzeydedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sigara kullanma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ, SDA ve K stratejileri sigara kullananlarda yüksek, kullanmayanlarda düşük saptanmıştır ve sigara kullanma ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 51).Sigara kullananlarda stratejilerin kullanım oranı daha fazladır.Bayram'ın (2000)yaptığı çalışmada sigara kullanmayan gebe oranı %91.2 saptanmıştır(8).Sigara kullanmayanlarda erken doğum hızı %12.5 iken günde 20 veya daha fazla sigara kullananlarda ise %29.7'ye çıkmaktadır(4).Gebelikte sigara kullanımı, fetus ve plasentada bir yandan karboksihemoglobinin artıp oksijenin azalmasına bir yandan da içerdiği nikotinle erken doğum riskini arttırmaktadır(72).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin doğurganlık durumuna göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ, SDA ve K stratejileri primipar gebelerde yüksek, multipar gebelerde düşük saptanmıştır ve doğurganlık durumu ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 52).İlk kez doğum yapacak olan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerini kullanma oranları birden fazla doğum yapacak gebelere göre daha iyi düzeydedir.TNSA(2003) verilerine göre ilkokulu bitirmemiş olan kadınlarda toplam doğurganlık hızı 3.65'iken lise ve üzeri eğitim alan

kadınlarda bu hız 1.39'a düşmektedir(88).Bizim çalışmamızda gebelerin çoğu ilkokul mezunudur ve çocuk sayısı 2 ve altında daha yüksektir.Bu durum Türkiye ortalaması ile uygunluk göstermektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gebeliği isteme durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ ve K stratejileri gebeliği isteyenlerde yüksek bulunurken, istemeyenlerde düşük, K stratejisi gebeliği istemeyenlerde yüksek, isteyenlerde düşük saptanmış olup gebelerin gebeliği isteme durumları ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 53).Gebeliği isteyen gebelerde PÇ ve K stratejisi iyi, gebeliği istemeyen gebelerde SDA stratejisi iyi düzeydedir.Bayram'ın (2000) yaptığı çalışmada; çalışma grubunda %24.4'ünün, kontrol grubunda; %12.5'inin gebeliği istemediği saptanmıştır ve arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur(8).Soğukpınar ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada da gebelerin %28.0'nin gebeliği istemediği saptanmıştır(79).Yapılan çalışmalar araştırma sonucunu desteklemektedir.TNSA (2003) verilerine göre evli kadınların %34.4'ü son 5 yıl içindeki doğumlarını planladıklarını belirtmişlerdir(88).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik sayısına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ , SDA ve K stratejileri ilk gebeliği olanlarda yüksek, 2 ve üzeri gebeliklerde düşük saptanmıştır ve gebelik sayısı ile stresle başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 54).İlk gebeliği olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri iyi düzeydedir.Çakmakçı ve Eser'in (2003)yaptığı çalışmada gebelerin ilk gebeliği olanlarda olumlu davranış indeks skoru anlamlı bulunmuştur(15).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gebelik haftasına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ ve SDA stratejileri II. trimesterde yüksek III. trimesterde düşük, K stratejisi III.trimasterde yüksek II. trimesterde düşük saptanmış olup gebelik haftası ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$)(Tablo 55).Gebelerin II. trimesterde PÇ ve SDA stratejileri iyi , III. trimesterde K stratejisi iyi düzeydedir.Doğum yaklaştıkça gebelerin K durumlarının arttığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin canlı doğum, ölü doğum ve düşük yapma durumlarına stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde PÇ, SDA ve K stratejileri canlı doğum yapmayanlarda yüksek, canlı doğum yapanlarda düşük saptanmış olup aradaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$) (Tablo 56).TNSA (2003) verilerine göre lise ve üzeri eğitim alan kadınlarda ortalama canlı doğum sayısı 1.39 iken bu sayının eğitim almayanlar ve ilkokulu bitirmeyenlerde 3.65 olduğu tespit edilmiştir(88).PÇ,

SDA ve K becerileri canlı doğum yapmayanlarda daha iyi düzeydedir. Gebelerin PÇ SDA ve K stratejileri ölü doğum yapanlarda yüksek, yapmayanlarda düşük saptanmış olup aradaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. ($P>0.05$) (Tablo 56). Ölü doğum yapan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerinin iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Soğukpınar ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada da ölü doğum oranı (%14.7) düşük saptanmıştır (79). Ayrıca gebelerin PÇ SDA ve K stratejileri düşük yapmayanlarda yüksek, düşük yapanlarda düşük saptanmış olup aradaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$) (Tablo 56). Düşük yapmayan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerini kullanma durumu daha iyi düzeydedir.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin düşük yapma şekline göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ ve SDA stratejileri spontan düşük yapanlarda yüksek, kürtaj olanlarda düşük, K stratejisi kürtaj olanlarda yüksek spontan düşük yapanlarda düşük olduğu saptanmış olup gebelerin düşük yapma şekli ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$) (Tablo 57). Spontan düşük yapan gebelerin PÇ ve SDA, kürtaj olan gebelerin K stratejilerinin iyi düzeyde olduğu görülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gebelikte hastalık geçirme durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ ve SDA stratejileri gebelikte hastalık geçirenlerde yüksek, hastalık geçirmeyenlerde düşük, K stratejisi gebelikte hastalık geçirmeyenlerde yüksek, hastalık geçirenlerde düşük saptanmış olup gebelikte hastalık geçirme ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$) (Tablo 58). PÇ ve SDA stratejileri gebeliğinde hastalık geçiren gebelerde daha iyi düzeydedir. K stratejisi ise hastalık geçirmeyen gebelerde iyi düzeydedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelikte geçirdiği hastalık durumuna göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde PÇ stratejisi hipertansiyon grubunda yüksek, diabet grubunda düşük, SDA stratejisi diabet grubunda yüksek, hipertansiyon grubunda düşük; K stratejisi enfeksiyon grubunda yüksek, anemi grubunda düşük saptanmış olup gebelikte geçirdiği hastalık ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$) (Tablo 59). Enfeksiyon, diabet, hipertansiyon geçiren gebelerin stresle başa çıkma stratejileri iyi, anemi geçiren gebelerin kötü düzeydedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin şu anda bir hastalığı olma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ ve SDA ve K stratejileri şu anda bir hastalığı olmayanlarda yüksek, hastalığı olanlarda düşük saptanmış olup aradaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$) (Tablo 60). Şu anda bir hastalığı olmayan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri iyi düzeydedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin şu anda olan hastalığının ne olduğuna göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ ve SDA stratejileri hipertansiyon grubunda yüksek, diabet grubunda düşük; K stratejisi enfeksiyon grubunda yüksek, diabet grubunda düşük saptanmış olup arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$)(Tablo 61). Şu an hipertansiyon ve enfeksiyon rahatsızlığı olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri iyi , anemi orta, diabet rahatsızlığı olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri daha düşük düzeydedir. Scholl ve arkadaşları erken gebelikteki düşük ferritin konsantrasyonlarının ($<12\text{mg/l}$) artmış erken doğum ve prematüre bebek ile ilişkili olduğunu saptamışlardır(19). Boz ve Öztürk'ün (2003)"Sivas Doğumevi Hastanesi'nde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım ve doğuma ilişkin bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi" isimli çalışmasında gebeliği sırasında hemoglobinin miktar tayini yapılan kadın oranı %70.1 olup , tahlili yapılanların %71.1'inin anemik olduğu ($11\text{gr/dl}\downarrow$) ;%28.9'unun hemoglobinin değerlerinin normal sınırlar ($11\text{gr/dl}\uparrow$) içinde olduğu saptanmıştır(12). Araştırma sonucu yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. Kuyumcuoğlu ve arkadaşlarının (1996) "Erken doğum eyleminde amniyotik sıvı endotoksin düzeyi ve fetal solunum hareketleri" isimli çalışmalarında erken doğum eyleminde subklinik intraamniyotik enfeksiyon oranı %22.5 olarak saptanmıştır(51). Preterm eylemli hastalarda intraamniyotik enfeksiyon insidansı çeşitli araştırmacılar tarafından %0-46.8 oranlarında bildirilmiştir(51). Bayram'ın (200) yaptığı çalışmada gebelerin %50'sinde ürüner sistem enfeksiyonu olduğu saptanmıştır(8).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin kontrollere gitme durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ ve SDA ve K stratejileri kontrollere gidenlerde yüksek, gitmeyenlerde düşük saptanmış olup PÇ stratejisi ile kontrollere gitme arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=2.462, P<0.05$)(Tablo 62). Kontrollere giden gebelerin PÇ becerileri iyi, SDA ve K becerileri orta düzeydedir. Tortumluoğlu ve arkadaşlarının (2003)"Gebelerin aile ortamını algılamaları ile öz bakım gücü arasındaki ilişki" isimli çalışmalarında gebelerin %76.12 ortalaması ile kontrollere gitmediği ve öz bakım gücü ölçeği ile arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($P<0.001$) (89). Bizim çalışmamızla uyumlu ilişki göstermemektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin kontrollere gitme sıklığına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ stratejisi 3 ayda bir gidenlerde yüksek, 15 günde bir gidenlerde düşük; SDA stratejisi 15 günde bir gidenlerde yüksek, 3 ayda bir gidenlerde düşük; K stratejisi şikayetleri olduğu zaman gidenlerde yüksek, 3 ayda bir gidenlerde düşük saptanmış olup arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 63). TNSA (2003) verilerine göre doğum öncesi bakım almayanların oranında 1998

sonuçlarına göre (%32) %13.4'lük bir azalma olmakla beraber hizmetlerin niteliği hala istenen düzeyde değildir.Yeterli doğum öncesi bakım almanın kriteri, kadının eğitim ve danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde gebeliği boyunca en az 4-6 kez izlenmesidir(88). Kontrollere gitme sıklığına göre gebelerin stresle başa çıkma stratejileri birbirine yakındır ve 15 günde bir, 3 ayda bir, şikayetleri olduğu zaman gidenlerde PÇ, SDA ve K stratejileri iyi, ayda bir gidenlerde stresle başa çıkma stratejileri orta düzeydedir.Gebelerin kontrollere gitme sıklığı TNSA verileri ile benzerlik göstermektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin daha önce doğum için hastaneye yatma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ ve SDA ve K stratejileri doğum için hastaneye yatmayanlarda yüksek, doğum için hastaneye yatanlarda düşük saptanmış olup stresle başa çıkma stratejileri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 64).Daha önce doğum için hastaneye yatmayan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri PÇ daha iyi SDA ve K orta düzeydedir.TNSA (1998)sonuçlarına göre doğumların %72.5'i sağlık kuruluşlarında, %26.7'si evde gerçekleştirilmiştir.20-34 yaş arası evde doğum oranı ortalama %29.7'dir(12,86).Boz ve arkadaşlarının (2003)yaptığı çalışmada birden fazla gebeliği olanların %83.6'sı bir önceki doğumlarını bir sağlık kuruluşunda yapmış, %16.5'i evde gerçekleştirmiştir(12).Bizim çalışmamızı yapılan araştırma desteklemektedir.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin doğumla ilgili korkularının varlığına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ stratejisi doğum korkusu olanlarda yüksek, olmayanlarda düşük; SDA ve K stratejileri doğum korkusu olmayanlarda yüksek, olanlarda düşük saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 65).Doğum korkusu olan gebelerin PÇ stratejileri iyi, doğum korkusu olmayan gebelerin SDA ve K stratejileri çok iyi düzeydedir.Ozhan'ın (2001) "Adölesan gebelerin kaygı düzeylerinin ve prenatal risk faktörlerinin incelenmesi" isimli çalışmasında gebelerin doğumla ilgili korkularının olma durumu ile durumluluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır(66).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin doğum korkularının neler olduğuna göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ stratejisi doğum ağrılarının dayanılmaz olması grubunda yüksek, erken doğum yapma korkusu grubunda düşük ; SDA stratejisi sezaryen yapılacağına ya da normal doğum yapacağına belirsiz olması grubunda yüksek, ölü doğum yapma korkusu grubunda düşük;K stratejisi ölü doğum yapma korkusu grubunda yüksek, doğum sırasında yardımcı olacak personelin tutumu ve sayısı grubunda düşük saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 66).Bölükbaş

ve Türköz'ün (2002) "Hastanede yatan hastaların hemşirelerden beklentileri" isimli çalışmasında hastaların hemşirelerden %13.8 oranında hasta –hemşire ilişkisinde sevecenlik, iyilik olmasını istedikleri saptanmıştır(13).Bizim çalışmamızda gebelerin sağlık personelinin tutumundan etkilenmesi ve beklentisi daha düşük düzeydedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik ve doğumla ilgili bilgi alma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ ve SDA stratejileri gebelik ve doğumla ilgili bilgisi olanlarda yüksek, bilgisi olmayanlarda düşük;K stratejisi gebelik ve doğumla ilgili bilgisi olmayanlarda yüksek, bilgisi olanlarda düşük saptanmış olup PÇ ve SDA stratejileri ile gebelik ve doğumla ilgili bilgi alma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur($t=1.823, t=1.924, P<0.05$)(Tablo 67).Gebelik ve doğumla ilgili bilgisi olan gebelerin PÇ ve SDA becerilerinin iyi, bilgisi olmayan gebelerin K becerilerinin iyi düzeyde olduğu görülmektedir.Gebelerin gebelik ve doğumla ilgili bilgilerinin olmasının onları rahatlattığını düşünebiliriz.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gebelik ve doğumla ilgili bilgileri nereden aldıklarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ stratejisi kitle iletişim araçları(kitap,dergi,TV,vb.)grubunda yüksek, aile büyükleri ve çevre grubunda düşük;SDA stratejisi sağlık personeli grubunda yüksek, kitle iletişim araçları grubunda düşük; K stratejisi sağlık personeli grubunda yüksek ,kitle iletişim araçları grubunda düşük saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 68).Çakmakçı ve Eser 'in (2003) çalışmasında gebelerin %88.9'unun doğum öncesi dönemde herhangi bir eğitim almadığı saptanmıştır(15).Gebelerin daha çok bilgileri sağlık personelinin edindikleri ve sağlık personelinin bilgi alan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerinin daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sezaryenle ilgili bilgilerine göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ, SDA ve K stratejileri sezaryenle ilgili bilgisi olanlarda olmayanlara göre yüksek saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 69).Sezaryenle ilgili bilgisi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerinin daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin sezaryenle doğum yapma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ ve K stratejileri sezaryenle doğum yapanlarda yüksek, yapmayanlarda düşük;SDA sezaryenle doğum yapmayanlarda yüksek , yapanlarda düşük saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 70).Sezaryenle doğum yapan gebelerin PÇ ve K stratejilerinin iyi SDA stratejisinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin daha önce kadın hastalıklarıyla ilgili ameliyat geçirme durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ ve K stratejileri ameliyat geçirenlerde yüksek, geçirmeyenlerde düşük; SDA stratejisi ameliyat geçirmeyenlerde yüksek, geçirenlerde düşük saptanmış olup SDA stratejisi ile daha önce kadın hastalıkları ile ilgili ameliyat geçirme durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur($t=2.822, P<0.05$)(Tablo 71). Daha önce kadın hastalıkları ile ilgili ameliyat geçirmeyen gebelerin SDA becerilerinin iyi, ameliyat geçiren gebelerin PÇ ve K becerilerinin iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Bayram'ın(2000) çalışmasında gebelerin %87.8'inin daha önce uterin ve insizyon geçirmediği saptanmıştır(8). Araştırma sonucu yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin ailesinde erken doğum tehdidi varlığına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ, SDA ve K stratejileri ailesinde erken doğum tehdidi olanlarda yüksek, olmayanlarda düşük saptanmış olup SDA stratejisi ile arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur($t=2.016, P<0.05$)(Tablo 72). Ailesinde erken doğum tehdidi olan gebelerin PÇ ve SDA becerilerinin iyi, K becerisinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Ailesinde erken doğum tehdidi olan gebelerde SDA stratejisi daha çok görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin erken doğum tehdidi tedavisi alma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ, SDA ve K stratejileri erken doğum tehdidi tedavisi alanlarda yüksek, olmayanlarda düşük saptanmış olup ardaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 73). Gebelerin PÇ ve SDA becerilerinin iyi, K becerisinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Tedavi alan gebelerin PÇ becerileri daha çok gelişmiştir.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişilerin varlığına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ stratejisi bebek bakımını paylaşacak kişisi olmayanlarda yüksek, olanlarda düşük; SDA ve K stratejileri bebek bakımını paylaşacak kişisi olanlarda yüksek, olmayanlarda düşük saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$) (Tablo 74). Gebelerin PÇ stratejisinin iyi, SDA ve K stratejilerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişilerin kimler olduğuna göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ ve K stratejileri bir aile büyüğü grubunda yüksek, eş grubunda düşük; SDA stratejisi bir aile büyüğü grubunda yüksek, bakıcı kadın, komşu grubunda düşük saptanmış

olup K stratejisi ile doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişilerin kimler olduğu arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur($F=3.752, P<0.05$)(Tablo 75).Bebeğine bir aile büyüğü ile bakacak olan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerinin iyi , K stratejisinin daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin stresin tanımını yapma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ stratejisi problemleri bir gebelik geçirmek grubunda yüksek , korku, merak, heyecan gibi duygulardır grubunda düşük ; SDA stratejisi ailesel ve çevresel faktörlerin etkisi ile kişinin kendini bunalımda hissetmesi grubunda yüksek , sinir, sıkıntı, acı, öfke, üzüntü gibi duygulardır grubunda düşük; K stratejisi ailesel ve çevresel faktörlerin etkisi ile kişinin kendini bunalımda hissetmesi grubunda yüksek, fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun bozulmasıdır grubunda düşük saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 76).Gebelerin PÇ stratejilerinin iyi SDA ve K stratejilerinin stresin tanımını yapma durumuna göre orta düzeyde olduğu görülmektedir. Gebelerin kendilerini bunalımda hissettikleri fikrine buradan varabiliriz.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin stres yaratan durumlara göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ ve K stratejileri hastane ortamında bulunma grubunda yüksek, ekonomik nedenler grubunda düşük; SDA stratejisi ailesel nedenler grubunda yüksek ekonomik nedenler grubunda düşük saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$) (Tablo 77).Gebeleri en çok hastane ortamında bulunma ve ailesel nedenler, sosyal destek beklentisinden dolayı, en az ekonomik nedenler etkilemektedir. PÇ ve SDA becerilerinin iyi, K becerisinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin kendilerini stresli hissettiklerinde neler yaptıklarına göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ stratejisi açık havaya çıkarım, gezmeye giderim , alışveriş yaparım grubunda yüksek, sevdiklerimle görüşürüm grubunda düşük; SDA stratejisi TV izlerim, radyo dinlerim, kitap okurum grubunda yüksek, sevdiklerimle görüşürüm grubunda düşük; K stratejisi açık havaya çıkarım, gezmeye giderim, alışveriş yaparım grubunda yüksek , sevdiklerimle görüşürüm grubunda düşük saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 78).Gebelerin stres yaratan durumlarla başa çıkma stratejilerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin şu an kendilerini nasıl hissettiklerine göre stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına bakıldığında PÇ stratejisi iyi grubunda yüksek, kötü grubunda düşük; SDA stratejisi iyi grubunda yüksek, orta grubunda düşük; K stratejisi

orta grubunda yüksek, iyi grubunda düşük saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır($P>0.05$)(Tablo 79).Gebelerin çoğunun kendini iyi hissetmekte olduğu ve stresle başa çıkma stratejilerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.



BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Gebe servisinde yatmakta olan erken doğum tehdidi olan gebelerin sosyo-demografik özelliklerini, stresle başa çıkma stratejilerini ve etki eden faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış olan araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular şunlardır:

Araştırma kapsamına alınan erken doğum tehdidi olan gebelerin %40.0'ının 25–29 yaş grubunda, %28.8'ini 20–24 yaş grubunda, %15.2'sini 30–34 yaş grubunda gebeler oluşturmaktadır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin eğitim durumlarına göre durumları incelendiğinde, gebelerin %51.2'sinin ilkokul, %20.8'inin yüksekokul ve fakülte mezunu olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %75.2'sinin ev hanımı, %22.4'ünün memur olduğu saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin %29.6'sının sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan erken doğum tehdidi olan gebelerin eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde %39.2'sinin ilkokul, %25.6'sının lise, %23.2'sinin yüksekokul ve fakülte mezunu olduğu saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin eşlerinin %28.8'inin işsiz, %24.8'inin memur ve işçi, %21.6'sının serbest meslek olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gelir durumu incelendiğinde %52.8'inin geliri gidere denk, %49.8'inin geliri giderinden az, %6.4'ünün geliri giderinden fazla olduğu saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin en uzun yaşadığı yere göre incelendiğinde, %39.2'sinin şehirde, %37.6'sının ilçede, %23.2'sinin köy-kasabada yaşadığı saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin evlilik durumları incelendiğinde %55.2'sinin 20 yaş üzerinde, %44.8'inin 20 yaş ve altında evlendiği saptanmıştır. Ayrıca %58.4'ünün 5 yıl ve altında, %41.6'sının 5 yıl üzeri evlilik süresine sahip olduğu, %98.4'ünün ilk evliliği olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin %97.6'sının ilk evliliği olduğu saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin %76.0'nın çekirdek aileye, %24.0'nın geniş aileye (dede, nine, görümce...) sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde %59.2'sinin çocuk sahibi olduğu, %54.1'inin 2 ve altında çocuğa sahip olduğu saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin %72.8'inin sigara kullanmadığı, %27.2'sinin sigara kullandığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %58.4'ünün multipar (birden fazla doğuracak), %41.6'sının primipar (ilk kez doğuracak) olduğu belirlenmiştir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gebeliği isteme durumları incelendiğinde %81.6'sının istediği, %18.4'ünün istemediği saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %61.6'sının 2 ve üzerinde gebelik sayısına sahip olduğu belirlenmiştir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gebelik haftasına göre incelendiğinde %66.4'ünün III. trimasterde, %33.6'sının II. trimasterde olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %59.2'sinin canlı doğum yaptığı, %96.0'nın ölü doğum yapmadığı, %80.0'nın düşük yapmadığı saptanmıştır. Ayrıca düşük yapan gebelerin %68.0'nın spontan düşük yaptığı belirlenmiştir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin %64.0'nın gebelikte hastalık geçirmediği, %36.0'nın gebelikte hastalık geçirdiği saptanmıştır. Ayrıca gebelikte hastalık geçiren gebelerin %48.9'unun enfeksiyon, %33.3'ünün anemi geçirdiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin şundaki hastalık durumu incelendiğinde %79.2'sinde hastalık olmadığı saptanmıştır. Ayrıca şunda bir hastalığı olan gebelerin %57.7'sinde anemi olduğu belirlenmiştir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin %81.6'sının kontrollere gittiği ve %77.5'inin kontrollere ayda bir gittiği saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin daha önce doğum için %50.4'ünün hastaneye yattığı, %49.6'sının hastaneye yatmadığı belirlenmiştir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin %96.8'inin doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin doğumla ilgili korkularının %26.4'ünde bebeğin sağlıklı doğup doğmayacağı, %19.0'ında doğum ağrılarının dayanılmaz olması, %17.4'ünde erken doğum yapma korkusu, %16.5'inde sezaryen yapılacağına ya da normal doğum yapacağına belirsiz olması, %10.7'sinde gebenin hastalığının doğum anında komplikasyona sebep olması, %6.6'sında doğum sırasında yardımcı olacak personelin tutumu ve sayısı, %3.3'ünde ölü doğum yapma korkusu olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin %81.6'sının gebelik ve doğumla ilgili bilgi aldığı saptanmıştır. Ayrıca gebelerin %65.7'sinin gebelik ve doğumla ilgili bilgileri sağlık personelinin aldığı belirlenmiştir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin %52.0'nun sezaryenle ilgili bilgisinin olmadığı, %90.4'ünün sezaryenle doğum yapmadığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %99.2'sinin daha önce kadın hastalıkları ile ilgili ameliyat geçirmediği saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin %66.4'ünün ailesinde erken doğum tehdidinin olmadığı saptanmıştır. Ayrıca gebelerin %51.2'sinin erken doğum tehdidi tedavisi aldığı, %48.8'inin tedavi almadığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %88.0'ında doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişi olduğu, %65.5'inde bu kişinin aile büyüğü olduğu saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin stresin tanımını %27.2'sinin sinir, sıkıntı, acı, öfke, üzüntü gibi duygulardır, %20,8'inin ailesel ve çevresel faktörlerin etkisiyle kişinin kendini bunalımda hissetmesidir, %16.0'ının problemlili gebelik geçirmektir, %14.4'ünün korku, merak, heyecan gibi duyguların sebep olduğu gerginlik halidir, %11.2'sinin fiziksel, ruhsal ve sosyal durumunun bozulmasıdır, %10.4'ünün problemlerin üstesinden gelmeye çalışmaktadır şeklinde yaptığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerde %29.6'sında hastane ortamında bulunma, %26.4'ünde ailesel nedenler, %22.4'ünde ekonomik nedenler, %21.6'sında hastalık durumunun stres yarattığı saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin kendini stresli hissettiğinde %29.6'sının ağlarım, kavga ederim, %18.4'ünün spor yaparım, ev işi ve elişi yaparım, %14.4'ünün sevdiğilerimle görüşürüm, %13.6'sının pozitif düşünmeye çalışırım, %12.8'inin açık havaya çıkarım, gezmeye giderim, alışveriş yaparım, %11.2'sinin tv izlerim, radyo dinlerim, kitap okurum şeklinde ifade ettikleri saptanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin şuan kendini nasıl hissettiği incelendiğinde %43.2'sinin orta, %30.4'ünün kötü, %26.4'ünün iyi şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri puan ortalamaları incelendiğinde PÇ puan ortalaması $\bar{x} = 25.88 \pm 4.88$, SDA puan ortalaması $\bar{x} = 24.96 \pm 5.10$, K puan ortalaması $\bar{x} = 24.33 \pm 3.93$ şeklinde saptanmıştır.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin PÇ durumlarına göre ölçeğe verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde "Problemi çözmeye çalıştınız?" maddesine %68.0 oranında çok, "Probleminizin en iyi şekilde çözülmesi için çevrenizdeki şeyleri

yeniden düzenlediniz?” maddesine %44.8 oranında biraz, “Problemi çözmeye çalıştınız?” maddesine %26.4 oranında hiç yanıtı verilmiştir.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin SDA durumlarına göre ölçeğe verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde “Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediğiniz?” maddesine %60.0 oranında çok, “Sadece konuşmak bile bazı çözümlere ulaşmanıza yardım ettiği için (yaşadığımız) durumla ilgili olarak konuştunuz?” maddesine %57.6 oranında biraz, “Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (arkadaş yada profesyonel bir kişi) gittiniz?” maddesine %29.6 oranında hiç yanıtı verilmiştir.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin K durumuna göre ölçeğe verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde “Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz?” maddesine %53.6 oranında çok, “Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan kaçındınız?” maddesine %46.4 oranında biraz, “Her zamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz?” maddesine %34.4 oranında hiç yanıtı verilmiştir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri puanlarına göre bakıldığında PÇ puanlarının % 52.8’inin 26 puan altında, % 47.2’sinin 27 puan üstünde (PÇ, $X= 25.88$); SDA puanlarının % 52.0’inin 25 puan altında, % 48.0’inin 26 puan üstünde (SDA, $X= 24.96$); K puanlarının % 100.0’inin 24 puan altında olduğu saptanmıştır (K, $X= 24.33$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin yaş gruplarına göre stresle başa çıkma stratejileri bütün alt ölçek ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($P>0.05$). Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri yaş durumundan etkilenmediği düşünülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin eğitim durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri PÇ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=4.256$, $P<0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin eğitim durumu yükseldikçe PÇ özelliğinin arttığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin mesleklerine göre stresle başa çıkma stratejileri PÇ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($F=5.388$, $P<0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin sosyal güvence durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri PÇ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3.675$, $P<0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin eşlerinin eğitim durumuna göre stresle başa çıkma stratejileri PÇ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3.531$, $P<0.05$). Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça PÇ özelliğinin arttığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin eşlerinin mesleklerine göre stresle başa stratejileri PÇ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=3.764$, $P<0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gelir durumuna göre stresle başa çıkma stratejileri PÇ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($F=5.711$, $P<0.05$). Gebelerin gelir durumu arttıkça PÇ özelliğinin arttığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin en uzun yaşadığı yere göre stresle başa çıkma stratejileri PÇ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($F=6.196$, $P<0.05$). Şehirde yaşayan gebelerin köyde yaşayanlara göre daha fazla PÇ özelliğinin olduğu düşünülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin evlilik durumlarına göre stresle başa çıkma tüm alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında evlenme yaşı ve evlilik süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Evlilik sayısı ile PÇ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=2.186$, $P<0.05$). İlk evliliği olan gebelerde PÇ özelliğinin arttığı düşünülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin evlilik durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin aile tipine göre stresle başa çıkma stratejileri PÇ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=1.769$, $P<0.05$). Çekirdek aile tipinde PÇ özelliğinin arttığı düşünülmektedir. Yine aile tipine göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sigara kullanma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin doğurganlık durumuna göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin gebeliği isteme durumlarına stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gebelik sayısına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin gebelik haftasına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin canlı doğum, ölü doğum ve düşük yapma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($P>0.05$). Ayrıca gebelerin düşük yapma şekline göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelikte hastalık geçirme ve gebelikte geçirdiği hastalığın ne olduğu durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($P>0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin şunda bir hastalığının varlığına ve şundaki hastalığının ne olduğu durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin kontrollere gitme durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri PÇ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=2.462$, $P<0.05$). Kontrollere giden gebelerin PÇ özelliğinin arttığı düşünülmektedir.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin kontrollere gitme sıklığına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin daha önce doğum için hastaneye yatma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin doğumla ilgili korkularının varlığına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin doğum korkularının neler olduğuna göre stresle başa çıkma stratejileri analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik ve doğumla ilgili bilgi alma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri PÇ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=1.823$, $P<0.05$) Ayrıca gebelerin gebelik ve doğumla ilgili bilgi alma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri SDA puan ortalamaları yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($t=1.924$, $P<0.05$). Gebelik ve doğumla ilgili bilgi alan gebelerde PÇ ve SDA puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin gebelik ve doğumla ilgili bilgileri nereden aldıklarına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin sezaryenle ilgili bilgilerine göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin sezaryenle doğum yapma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin daha önce kadın hastalıklarıyla ilgili ameliyat geçirme durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri SDA puan ortalamaları yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($t=2.822$, $P>0.05$). Daha önce kadın hastalıklarıyla ilgili ameliyat geçirmeyen gebelerde SDA puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin ailesinde erken doğum tehdidi varlığına göre stresle başa çıkma stratejileri SDA puan ortalamaları yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($t=2.016$, $P<0.05$). Ailesinde erken doğum tehdidi olan gebelerin SDA puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin erken doğum tehdidi tedavisi alma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin doğumdan sonra bebek bakımı paylaşacak kişilerin varlığına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P>0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin doğumdan sonra bebek bakımı paylaşacak kişilerin kimler olduğuna göre stresle başa çıkma stratejileri K puan ortalamaları yapılan istatistiksel analiz ile ilgili anlamlı bulunmuştur ($F=3.752$, $P<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin stresin tanımını yapma durumlarına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Erken doğum tehdidi olan gebelerin stres yaratan durumlara göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin kendini stresli hissettiğinde neler yaptığına göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları yapılan istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin şuan kendini nasıl hissettiğine göre stresle başa çıkma stratejileri tüm alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).



5.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi ile erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri PÇ düzeylerinin iyi, SDA ve K düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerde stresle başa çıkma stratejilerinin eğitim durumu, meslek durumu, sosyal güvence durumu, eşlerinin eğitim durumu, eşlerinin meslek durumu, gelir durumu, en uzun yaşanan yer durumu, evlilik sayısı, aile tipi, kontrollere gitme durumu, gebelik ve doğumla ilgili bilgi alma durumu, daha önce kadın hastalıklarıyla ilgili ameliyat geçirme durumu, ailesinde erken doğum tehdidi varlığı, doğumdan sonra bebek bakımını paylaşarak kişilerin kimler olduğundan etkilendiği saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin erken doğum tehdidinin varlığı ve hastanede kalma durumlarının neden olduğu psiko-sosyal sorunlarının azaltılmasında stresle başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesinin önemi büyüktür.

Araştırma sonucunda yapılan değerlendirmeler ışığında aşağıdaki önerilerde bulunabilir;

- Erken doğum tehdidi olan gebelerin yattığı serviste gebelere psiko-sosyal destek verecek bir psikoloğun bulunması,
- Erken doğum tehdidi olan gebelerin yattığı serviste gebelere tedavi ve bakım verecek personelin özellikle hemşirelerin stres ve başa çıkma yöntemleri konusunda hizmet içi eğitim alınması,
- Erken doğum tehdidi olan gebelerin ailesi, akrabası özellikle eşi stres ve başa çıkma yöntemleri konusunda eğitilmesi ve desteklenmesi,
- Erken doğum tehdidi olan gebelerin serviste çalışan hemşireler tarafından gebelik, doğum, bebek bakımı, aile planlaması gibi konularda gebelere bilgi verilmesi ve sosyal danışma uzmanına yönlendirilmesi,
- Erken doğum tehdidi olan gebelerin bulunduğu serviste onları tehlikeye sokmayacak tarzda aktiviteler düzenlenmesi,
- Erken doğum tehdidi ve stres hakkında profesyonel kişiler tarafından hazırlanmış eğitim materyalleri ve broşürler, erken doğum tehdidi olan gebeye ve aileye dağıtılması önerilebilir.

BÖLÜM VI

ÖZET VE ABSTRACT

6.1. ÖZET

ERKEN DOĞUM TEHDİDİ OLAN GEBELERDE STRESLE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ

Araştırma erken doğum tehdidi olan gebelerin sosyo-demoğrafik özelliklerini, stresle başa çıkma stratejileri ve etki eden faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr.Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesinde gebe servisine yatırılan gebelerle 1 Kasım 2005-1 Aralık 2005 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini; 1 Kasım 2005-1Aralık 2005 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi, gebe servisine yatırılan tüm gebeler (500) oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini; 1 Kasım 2005 tarihinden itibaren T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi, gebe polikliniğine başvuran, 20-37.gebelik haftasında olan, doktor tarafından muayenesi yapıp, erken doğum tehdidi tanısı konmuş olup, gebe servisinde yatan, araştırmaya katılmaya istekli gebeler oluşturmuştur. Araştırma örnekleminin seçiminde olasılıksız örneklem seçim tekniği kullanılmış ve örnekleme alınacak birey sayısını hesaplamak için de olayın görülüş sıklığı yöntemi kullanılmıştır.Günümüzde bebeklerin yaklaşık % 9'u 37. gebelik haftasından önce doğmaktadır.Görülüş sıklığı yöntemine bağlı olarak, sınırlıklarına ve gönüllü katılım ilkesine uyan 125 kişi araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan ve tanıtıcı soruları içeren anket formu ile Aysan (1994) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, bir kendini değerlendirme ölçeği olan Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır. Veriler yüz tüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Elde edilen verileri değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik dağılım, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), İki Ortalamalar Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (Independent Sample t Testi) kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan erken doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejileri

Alt ölçek puan ortalamaları PÇ (Problem Çözme) ortalamaları $\bar{x} = 25.88 \pm 4.88$, SDA (Sosyal Destek Arama) ortalaması $\bar{x} = 24.96 \pm 5.10$, K (Kaçınma) ortalaması $\bar{x} = 24.33 \pm 3.93$ olarak saptanmıştır. Gebelerin PÇ durumu yüksek bulunurken, SDA ve K durumu orta düzeyde saptanmıştır.

Erken doğum tehdidi olan gebelerde stresle başa çıkma stratejilerinin PÇ puan ortalamalarının eğitim durumu, meslek durumu, eşlerinin meslek durumu, gelir durumu, en uzun yaşanılan yer durumu, evlilik sayısı, aile tipi, kontrollere gitme durumu, gebelik ve doğumla ilgili bilgi alma durumu; SDA puan ortalamalarının aile tipi, daha önce kadın hastalıklarıyla ilgili ameliyat geçirme durumu, ailesinde erken doğum tehdidi varlığı; K puan ortalamalarının doğumdan sonra bebek bakımını paylaşacak kişilerin kimler olduğundan etkilendiği saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre erken doğum tehdidi olan gebelere hastaneye yattıkları dönemlerde stresle başa çıkma stratejileri belirlemek için testler uygulamalı sonuçlara yönelik gebe-aile-psikolog işbirliği ile yeni stratejiler geliştirilmelidir. Ayrıca erken doğum tehdidi olan gebelerin yaşadığı stres ve bu stresle başa çıkmada başta eş olmak üzere çocuk, arkadaş ve akrabalara düşen görevlere yönelik profesyonel kişiler (doktor, hemşire, psikolog) tarafından hazırlanmış eğitici broşürler, kitapçıklar hasta ve aileye dağıtılmalıdır.

6.2. ABSTRACT

IN THE PREGNANT WOMEN WITH PREMATURE BIRTH THREAT OF THE STRATEGIES TO COPE WITH STRESS

This study was designed as definite to determine socio-demographic characteristics of, strategies to cope with stress of the pregnant women with the premature birth threat birth, and effective factors to these.

This study was conducted between 1st November 2005 and 1st December 2005, with pregnant admitted to Dr. Faruk Sükan Child and Maternity Hospital of the Ministry of Health of Turkish Republic.

Applying to the study consisted of all pregnant (500) admitted to Dr. Faruk Sükan Child and Maternity Hospital between 1st November and 1st December 2005, pregnant volunteer women with pregnancy between weeks 20 and 37, examined by a specialist and diagnosed with the threat of premature birth formed the sample of the study. To define the sampling method, improbable sampling choice technique was used, and the method of witnessed incidence of the cases was used to calculate the number of the individuals to be included. At present, about 9 percent of the babies are born before 37th week of the pregnancy. Depending on the method of witnessed incidence, 125 volunteer women appropriate for the study design were included into the criteria. To accumulate the data related to the study, a questionnaire prepared by the researcher and consisting of descriptive questions, and The Scale of the Strategies to Cope with Stress, a self-evaluation scale and proved its validity and safety and adopted into Turkish by Aysan (1994) were used. Data were accumulated face to face.

To evaluate accumulated data, digits and percentile distribution, One-Sided Variance Analysis (ANOVA), and Independent Sample t Test were used. Subscale average points of the strategies to cope with the stress by the pregnant women diagnosed with premature birth threat were as follows: average problem solving (PS) $x=25.88 \pm 4.88$, average seeking social support (SSS) $x=24.96 \pm 5.10$, average avoidance (A) $x=24.33 \pm 3.93$. While PS score was found to be high, SSS and scores were found to be at medium level.

In the pregnant women with premature birth threat, the education level of problem solving (PS) averages of the strategies to cope with stress were determined to be affected by Professional status, their husbands' occupational status, economic status, longest-settled location, number of the marriages, type of the families, attendance to the medical check-ups, getting information about pregnancy and birth, type of the families according to SSS score

averages, previous experienced operations related to maternal diseases, presence of the premature birth threat in the family and who would share baby care after the birth.

According to the study results, tests should be applied to the pregnant women with premature birth threat to provide the methods to cope with stress during the periods admitted to clinics, and new strategies to these results should be developed in cooperation with the pregnant woman-family-physiologist. In addition, educational brochures and booklets prepared by professionals (doctor, nurses, physiologist as far the tasks by the partner , the children, the friends and the relatives should be distributed to cope with the stress experienced by the pregnant women with premature birth threat.



BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Aksu, H. (2003). Preterm Eylem Tanısı Konmuş Gebelerde Solunum ve Progressif Egzersizlerin Gebelik Süresine Etkisi, Doktora Tezi, EÜ. SBE, İzmir
- 2.....Anne Adaylarının Dikkatine!
<http://www.bebekkokusu.com/news/templates/Kadinsagligi.aspx?articleid=854&zoneid=61>,
20.11.2005
3. Aybaş,G.(1999).Gebelik Döneminde Görülen Psikososyal Değişikliklerin Gebe, Fetüs ve Çocuklara Etkileri.Çocuk Forumu:2:1:23-27
4. Aydoğmuş, H. (1996). Erken Doğum Eylemi.SB Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.Yayınlanmış Tez.Ankara,31.01.2006
5. Aysan, F.(2003). Başa Çıkma Stratejisi Ölçeğinin Türkçe Formunun Oluşturulması.Ege Eğitim Dergisi, 3:1:113-120
6. Aysan, F.(2004). Okul Psikolojik Danışmanlarının Yaşam Doyumu, Stresle Başa Çıkma Stratejileri ile Olumsuz Otomatik Düşünceleri:İzmir İli Örnekleme, XIII.Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı Bildiri Özetleri, 06-09 Temmuz 2004,İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi. ebk.inonu.edu.tr/özet kitabı
7. Baltaş, A.,Baltaş, Z.(1998). Stres ve Başa Çıkma Yolları.18.Basım,Remzi Kitabevi A.Ş. İstanbul
8. Bayram, F.(2000). Afyon İlindeki Gebelerde Erken Doğum Tehdidi Nedenleri Üzerine Bir Araştırma, Afyon Kocatepe Üniv. SYO,
<http://www.sabem.saglik.gov.tr/directory/dirCat.asp?id=18&offset=100-47k> ,08.11.2005
9. Batıoğlu,S. ,Mungan, T.(1991). Prematür Eylemle Maternal Hematokritin İlişkisi.Jinekoloji ve Obstetri'de Yeni Görüş ve Gelişmeler:2:1:27-29
10. Biliker,M.A. (2001). Güvenli Annelik.Aktüel Tıp Dergisi, 6:1:37-41
11. Birol,L. ,Akdemir,N. ,Bedük,T. (1997). İç Hastalıkları Hemşireliği.Geliştirilmiş 6. Baskı,Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:6, Ankara,s.82-91
12. Boz,D.G. , Öztürk,Y. (2003). Sivas Doğumevi Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım ve Doğuma İlişkin Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi.Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi ,12:1:62-68
13. Bölükbaş,N. Türköz,Z. (2002). Hastanede Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentileri.Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi , 5:2:18-28

14. Buyru,F.ve ark.(1995). Erken Doğum Tehdidinde Magnezyum ve Ritodrin Tedavilerinin Karşılaştırılması.Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi ,9:228-233
15. Çakmakçı,A., Eser,E. (2003). Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri: Bir Metodolojik Çalışma.Hemşirelik Forumu Dergisi, 6:3:8-18
16. Çavuşoğlu,H. (1997). Çocuk Sağlığı Hemşireliği.Cilt 2.Genişletilmiş 3. Baskı, Bizim Büro Basımevi Tesisleri.Ankara,s..64-68
17. Çimete,G., Erdem,Y.(1992). Yüksek Riskli Çocuk ve Ebeveynlik. Kavaklı,A., Coşkun,A., Savaşer,S.(Ed.) İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu 1. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Simpozyumu 6-7 Eylül 1989,İstanbul,s..177-181
18. Deborah,J., Eganhouse,RNC.(1994). A Nursing Model for a Community Hospital Preterm Birth Prevention Program.JOGNN 23:9:756-766
- 19.....Demir Eksikliği Anemisi ve Beslenme
http://www.perinatology.org.tr/dergi/sayiffr/sayi20052_fr.htm.,20.11.2005
20. Davis,H.,D.,Bartlett,T.R.,Blickman,A.L.(2003). Posttraumatic Stres Symptoms in Mothers of Premature Infants.JOGNN 32:2:161-171
21. Ekizler,H.(1998). Doğum Eylemi ve Sorunları.Coşkun,A.(Ed.) Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı.Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul,s..95-96
22. Erci,B.(1995). Kadının Ailedeki Statüsü ve Karar Verme Durumlarına Etkisi.Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 11:3:101-108
23. Erefe,İ. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri.Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği-HEMAR-GE. Odak Ofset, İstanbul
- 24.....Erken Doğum Eylemi
http://www.kadinvegebelik.org/gebelikvedogum/erken_dogum_eylemi.htm 21.11.2005
- 25.....Erken Doğum Riski
<http://www.medipol.com.tr/medipol/includes/adanzye/goster.asp?azno=34>, 21.11.2005
26. Evrenkaya,S.(2005). Premature Bebek. <http://www.bebekveanne.com/premature.htm>. 25.11.2005
27. Freston,S.M. ,at all.(1997). Responses of Pregnant Women to Potential Preterm Labor Symptoms.JOGNN 26:1:35-41
- 28.....Gebelik, Doğum ve Bebek Bakımı
<http://www.saglik-info.com/INFO/hamilelik.asp-89k>,02.12.2005
29. Gennaro,S.,Hennessy,MD.(2003). Psychological and physiological stres:impact on preterm birth.JOGNN 32:5:668-675

30. Gezer,A. ve ark.(1998). Erken Doğum Eyleminde Servikovaginal Akıntıda Fetal Fibronektinin Yeri ve Diğer Servikal Belirteçlerle Karşılaştırılması.Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 12:76-83
31. Gilbert ve Harmon(2002).Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı.Çev.Ed.Lale Taşkın.İkinci Baskıdan Çeviri,Palme Yayıncılık, Ankara,s..540-42
32. Gökçe,O.(2005). Adölesan Gebelikler
<http://www.ttb.org.tr/STED/sted0400/04005.html-16k>,08.11.2005
- 33.Gökmen,O., Alaybeyoğlu,L., Çetinkaya,T., Işık,Z.A.(1993).Preterm Eylemin Durdurulmasında Ritodrin ve Nifedipinin Tedavi Etkinliklerinin, Maternal ve Fetal Etkilerinin Karşılaştırılması.Jinekoloji ve Obstetri'de Yeni Görüş ve Gelişmeler 4:1:59-65
34. Göksel,A.(2005). Sezaryen Sonrası Vajinal / Normal Doğum (SSVD)
<http://www.gebelik-rehberi.com/gebelik/sonranormal.asp>,05.11.2005
35. Göksel,A.(2005). Sezaryen
<http://www.hamilelik.us/gebelik/sezaryen.asp>,05.11.2005
36. Gürses,N., Gökşin,E.(1990). Prematür Eylem Tokolizinde Tokolitik Ajanın Klinik Başarı İndeksi ile Değerlendirilmesi.Yeni Tıp Dergisi 7:5:27-34
37. Hakyemez,M., Doğan,M.(2005). Doğumun Saati Erken Çalarsa
<http://www.beyan.com.tr/arsiv/2000/ocak/saglik.htm>,06.11.2005
- 38.....Hamile Sağlığı
<http://www.ntvmsnbc.com/news/340431.asp> ,06.11.2005
39. Haram,K.,Mortensen,JH.,Wollen,AL.(2003). Preterm Delivery:an overview. Acta. Obstet. Gynecol. Scand.82:8:687-704
40. Hediye,A.,Korkmaz,N.(2005). Kısmi Yatak İstirahati ile Hastanede Yatan Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Sorunlar.Perinatoloji Dergisi, 13:2:91-100
41. İnanç,N.(1990). "Mutlu Doğuma Yardım" Çerçevesinde Gebe, Doğum Yapmakta Olan ve Doğum Yapmış Annelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi.Türk Hemşireler Dergisi 39:3:37-42
42. Inceer,B.B.,Day,A. (1999). Kaygı Ölçeği (stres audit-s.a)'nin Geçerlik ve Güvenirliği.Ege Tıp Dergisi 38:2:81-85
- 43.....Kadın Sağlığında Son Gelişmeler
<http://www.maksimum.com/kadin/haber/47/44949.php> 21.11.2005

44. Karaaslan,A.(1995). Anne-Çocuk İlişkisi.Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 11:1:77-83
45. Karanisaoğlu,H. (1991). Kadın Sağlığı Yönünden Vaginal Enfeksiyonların Önemi ve Hemşirelik Yaklaşımı.Hemşirelik Bülteni 5:22:29-33
46. Karasar,N.(2002). Bilimsel Araştırma Yöntemi.2.Baskı. Nobel Yayın Dağıtım,Ankara
47. Kaya,S.(2005). Hamilelikte Spor ve Egzersiz
<http://www.egitim.com/aile/065470654.hamileliktesporveegzersiz.p01.asp>,08.11.2005
48. Keltner,L.N.,Schwecke,H.L.,Bostrom,E.C.(1991). A Psychotherapeutic Management Approach.Duncan,L.L.(Ed.) Psychiatric Nursing.Mosby Year Book,p..35-40
49. Kocatepe,K.(2005). Erken Doğum Tehdidi ve Erken Doğum
<http://gebelik.org/dosyalar/edt.html>,21.11.2005
50. Kömürcü.N.(1998). Doğum Öncesi Dönem ve Sorunları.Coşkun,A.(Ed).Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı,Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul,s..31-57
51. Kuyumcuoğlu,U., Uludoğan,M., Görgeç,H., Demirci,F.(1996). Erken Doğum Eyleminde Amniyotik Sıvı Endotoksin Düzeyi ve Fetal Solunum Hareketleri.Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 10:32-36
52. Mackey,MC.,Williams,CA.,Tiler,CM.(2000). Stress, Preterm Labour and Birth Outcomes,J. Adv. Nursing,32:3:666-674
53. Margaret,CF., at all.(1991). What Do Pregnant Women Know about Preventing Preterm Birth?JOGNN 20:2:140-145
54. Marianne,EW.,Nancy,PS.,Susan,H.(2002). Resolving the Uncertainty of Preterm Symptoms:Women's Experiences With the Onset of Preterm Labor,JOGNN 31:1:66-76
55. Moutquin,JM.(2003). Socio-Economic and Psychosocial Factors in the Management and Prevention of Preterm Labour.BJOG.110:20:56-60
56. Mucuk,S., Güler,N.(2002). Annelerin Doğum Sonu Dönemde Bakım Beklentileri ve Bu Beklentilerin Hemşireler Tarafından Karşılama Durumu. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 11:1:21-30
57. Mumcu,A.(2005). Makaleler:Stres ve Gebelik
<http://www.minikeller.com/modules.php?name=News&file=article&sid&190>,21.11.2005
58. Mutlu,T.(1997).Prematüre Servisinde Uygulanan Planlı Taburcu Eğitiminin Bebek ve Aile Üzerine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi.Yüksek Lisans Tezi.Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Izmir,s..1-21

59. Oğuz,M., Sorias,O.(2000). Konversiyon Bozukluğu Tanısı Alan Kadınların s Stres Verici Yaşam Olayları, Sosyal Destek Kaynakları ve Evlilik Doyumu Açısından İncelenmesi.Seminer Psikoloji 12:99-108
60. Orgun,F., Yalçinkaya,M., Sezgin,B.(2001). Öğretmen Adaylarının Sağlığa Verdikleri Onem ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi.İzmir
61. Oskay,Y.U.,Şahin,H.N.(2003). Hastanede Yatak İstirahatindeki Yüksek Riskli Gebelerde Ortaya Çıkan Stresörler.Hemşirelik Forumu Dergisi,6:3:33-39
- 62.....Otuz Yaşından Sonra Gebelik
http://www.kadinlar.com/gebelik/gebe_30.htm,15.11.2005
63. Orücü,Ç.M.(2001). Stres ve Stresle Başa Çıkabilme
<http://www.mc.metu.edu.tr/~pdrm/pdfs/brochure2.pdf>,15.11.2005
64. Ozcan,S.,Gökmen,O.(2001). Dünyada ve Türkiye’de Ureme Sağlığı
<http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul4ureme.HTM>,25.11.2005
65. Ozdamar,K.(2001). SPSS ile Biyoistatistik,4. Baskı,Kaan Kitabevi,Eskişehir
66. Ozhan,Ç.N.(2001). Adölesan Gebelerin Kaygı Düzeylerinin ve Prenatal Risk Faktörlerinin İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi.EÜ SBE.İzmir
67. Ozkan,S.(1993).Psikiyatrik Tıp Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi.Istanbul,s..207-209
68. Oztürk,A.M.,Çetin,N.,Kurtoğlu,S.(1990). Prematüre Bebeklerin Değişik Parametrelere Göre Değerlendirilmesi ve Prematüre Bebeklerde Mortalite Hızı.Erciyes Tıp Dergisi 12:65-76
69. Peacock,JL.,Bland,JM.,Anderson,HR.(1995). Preterm Delivery:Effects of Socioeconomic Factors, Psychological Stres, Smoking, Alcohol and Caffeine.BMJ.26:311(7004):531-535
70. Pek,H.(1998). Prematüre Yenidoğan.Conk,Z.(Ed.)Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı.Birlik Ofset Ltd. Şti.Istanbul,s..156-164
71. Pektekin,Ç.(1996). Psikiyatri Hemşireliğinde Temel Kavramlar.Kum,N.(Ed.)Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı.Birlik Ofset Ltd. Şti.Istanbul,s..25-33
- 72.....Premature Bebekler
http://www.gebelik-rehberi.com/bebek_cocuk/prematur.asp,25.11.2005
73. Ruiz,R.J.(1998). Mechanisms of Full-term and Preterm Labor:Factors Influencing Uterine Activity.JOGNN 27:6:652-660
74. Ruiz,R.J.,Fullerton,J.T.(1999). The Measurement of Stres in Pregnancy.Nursing Health Sci.1:1:19-25

75. Saracaloğlu,S.A.,Silkü,A.H.,Oztürk,N.(2002).Universite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Stratejileri,11.Eğitim Bilimleri Kongresi,Yakın Doğu Üniversitesi,KKTC
76. Saruhan,A.,Unsal,Ş.(2003). Kürtajda Suçluluk.Hemşirelik Forumu Dergisi,6:3:19-26
77. Seçim,H.(1992). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği,Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Hemşirelik Onlisans Eğitimi.Eskişehir,s..1-5,229-232
- 78.....Sigara Faktörü
<http://www.takvim.com.tr/2004/12/04/pap105.html>,01.01.2006
79. Soğukpınar,N.,Ertem,K.G.,Saydam,K.B.(2003). Prematür Doğumlarda Annenin Oyküsü ve Gebeliğe İlişkin Risk Faktörlerinin İncelenmesi.Hemşirelik Forumu Dergisi 6:3:50-54
- 80.....Stres <http://tr.wikipedia.org/wiki/Stres>,01.01.2006
- 81.....Stresle Başa Çıkma
<http://www.pdrm.anadolu.edu.tr/Stresle%20Basa%20Cikma.doc>, 01.01.2006
- 82.....Stresli Hamilelik Asosyal Yapıyor
<http://www.ntvmsnbc.com/news/119940.asp>,01.02.2006
83. Sümbüloğlu,K., Sümbüloğlu,V.(2002).Biyoistatistik.10.Baskı,HatiboğluYayınları,Ankara
84. Şahin,H.N., Durak,A.(1995). Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği:Universite Öğrencileri İçin Uyarlanması.Türk Psikoloji Dergisi 10:34:56-73
85. Şarman,G.,Dayanıklı,P.(2005). Premature Bebek Bakımı
<http://ailem.com/templates/news/cover/408.asp>,01.02.2006
86. Şirin,A., Söylemez,H.(2001).15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sağlık Sorunları.Hemşirelik Forumu Dergisi,Kadın Doğum Hemşireliği Özel Sayısı 4:6:40-43
87. Taş,Y.,Sakarya,S.(2005). Stresle Başa Çıkma
http://www.bilkent.edu.tr/~dos/ogdm/b_stres.html,01.02.2006
88. Taşkın,L.(2000). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.Genişletilmiş 4. Baskı,Sistem Ofset Matbaacılık,Ankara,s..1-12,294-297,340
89. Tortumluoğlu,G.,Okanlı,A.,Erci,B.(2003). Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişki.Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi,6:1:24-36
90. Türkmen,M.(2005) Premature Bebeğin Bakımı-II, Sıkça Rastlanan Sorunlar ve Öneriler http://saglik.tr.net/cocuk_sagligi_premature1.shtml,05.01.2006
91. Uçman,P.(1990). Ülkemizde Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıklar.Psikoloji Dergisi 7:24:58-75

92. Vendittelli.F.Lachcar,P.(2002). Threat of Premature Labor, Stres, Psychosocial Support and Psychotherapy:a review of the literature.Gynecol. Obstet. Fertil. 30:6:503-513
93. Whitehead,N.,Hill,HA,Brogan,DJ.(2002). Exploration of Threshold Analysis in the Relation Between Stressful Life Events and Preterm Delivery.Am. J.Epidemiol.15:155(2):117-124
94. William,W., Beck,Jr.(1997). Kadın Hastalıkları ve Doğum.Çeviren:Uçar Asena.4. Baskı,Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. Savaş Ciltevi,Izmir,s..106-134
95. Yamazhan,M.(2005). Sezaryen
http://www.kadinvegebelik.org/gebelikvedogum/dogum_sezeryanvenormal.htm,21.11.2005
96. Yıldırım,I.(2005). Erken Doğum
<http://www.gynolife.com/>,21.11.2005
97. Yılmaz,N.(2005). Stres
http://www.sagmer.hacettepe.edu.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=41&Itemid=60-24k,04.01.2006
98. Yolsal,N., Bulut,A.(1993). Doğum Eylemini İzlemede Kullanılabilecek Bir Seçenek:Partograf.Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 7:34-37
99. Yücel,O. ve ark.(1995). Preterm Doğumlarda Plasental Patolojik Bulgular.Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 9:29-34
100. Ziyalar,A.(1999). Psikiyatrik Semioloji ve Medikal Psikoloji.İlaveli 2. Baskı,Yüce Yayın,Çevik Matbaacılık,Savaş Ciltevi,Istanbul,s..377-390

EK- I

ERKEN DOĞUM TEHDİDİ OLAN GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

Denek No:....

Kolon/Kod

I - Erken doğum tehdidi olan gebelerin sosyo-demografik özellikleri

1.Kaç yaşındasınız?.....

- 1)20 yaş ve altı 2)20-24 3)25-29 4)30-34 5)35-39 6)40-44 7)45 yaş ve üstü

2.Eğitim durumunuz nedir?

- 1)Okur-yazar değil 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Fakülte ve yüksekokul

3.Mesleğiniz nedir?

- 1)Serbest 2)Ev hanımı 3)Memur 4)İşçi 5)Diğer

4.Sosyal güvenceniz nedir?

- 1)Yok 2)SSK 3)Bağ-kur 4)Yeşil kart 5)Emekli sandığı

5.Medeni durumunuz nedir?

- 1)Bekar 2)Evli 3)Dul

6.Evli iseniz eşinizin eğitim durumu nedir?

- 1)Okur-yazar değil 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Fakülte ve yüksekokul

7.Evli iseniz eşinizin mesleği nedir?

- 1)Serbest 2)Memur 3)İşçi 4)Emekli 5)Diğer

8.Ailenizin geliri sizce nasıldır?

- 1)Gelir giderden az 2)Gelir gidere denk 3)Gelir giderden fazla

9.En uzun yaşadığınız yer neresidir?

- 1)Büyükşehir 2)Şehir 3)İlçe 4)Köy-kasaba

10.Kaç yaşında evlendiniz?

- 1)20 yaş ve altı 2)20-24 3)25-29 4)30-34 5)35-39 6)40-44 7)45 yaş ve üstü

11.Kaç yıllık evlisiniz?

- 1)1-5 2)6-10 3)11-15 4)16-20 5)21 yıl ve üzeri

12.Kaçıncı evliliğiniz?

- 1)1 2)2 3)3 4)4 ve üzeri

13.Eşinizin kaçıncı evliliği?

- 1)1 2)2 3)3 4)4 ve üzeri

14.Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz?

- 1)Çekirdek aile 2)Geniş aile 3)Parçalanmış aile 4)Ataerkil aile

15.Çocuğunuz var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

16.Evetse kaç çocuğunuz var?

- 1)1 2)2 3)3 4)4 5)5 ve üzeri

17.Sigara kullanıyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır

II.Erken doğum tehdidi ve stres durumuna ilişkin bilgi formu

18. Doğurganlık durumunuz nedir?

- 1) Primipar (ilk kez doğuracak)
2) Multipar (birden fazla doğuracak)

19.İsteyerek mi gebe kaldınız?

- 1)Evet 2)Hayır

20.Kaçıncı gebeliğiniz?(bu gebeliğiniz dahil)

- 1)1 2)2 3)3 4)4 5)5 ve üzeri

- 21.Şuanda ki gebelik haftanız nedir?
1)II.Trimaster(16-28 hafta arası) 2) III.Trimaster(28-40 hafta arası)
- 22.Canlı doğum yaptınız mı?
1)Evet 2)Hayır
- 23.Ölü doğumunuz var mı?
1)Evet 2)Hayır
- 24.Düşük yaptınız mı?
1)Evet 2)Hayır
- 25.Evet ise nasıl bir düşük yaptınız?
1)Kürtaj 2)Spontan 3)Diğer....
- 26.Gebelikte geçirdiğiniz herhangi bir hastalık var mı?
1)Evet(27. soruya geçiniz) 2)Hayır
- 27.Gebelikte geçirdiğiniz hastalık nedir?
1)Enfeksiyon 2)Diabet 3)Hipertansiyon 4)Anemi
- 28.Şuan herhangi bir hastalığınız var mı?
1) Evet(29. soruya geçiniz) 2)Hayır
- 29.Hastalığınız nedir?
1)Enfeksiyon 2)Diabet 3)Hipertansiyon 4)anemi
30. Gebelik süresince kontrollere düzenli olarak gittiniz mi?
1)Evet 2)Hayır
31. Evet ise ne sıklıkta gittiniz?
1)15 günde bir 2) Ayda bir 3)Üç ayda bir 4) Şikayetlerim olduğu zaman
- 32.Daha önceden doğum için hastaneye yattınız mı?
1) Evet 2) Hayır
33. Doğum olayı ile ilgili korkularınız var mı?
1) Evet 2) Hayır
34. Evet ise bu korkularınız nelerdir?
.....
- 35.Gebeliğiniz süresince gebelik ve doğum ile ilgili bilgi aldınız mı?
1) Evet 2)Hayır
36. Evet ise nereden bilgi aldınız?
1) Sağlık personelinde 2) Kitap ,dergi, ansiklopedi vb. 3) Radyo, TV.
4) Aile büyükleri ve çevre 5) Diğer...
37. Sezaryen ile doğum hakkında bilginiz var mı?
1)Evet 2)Hayır
38. Sezaryen ile doğum yaptınız mı?
1)Evet 2)Hayır
39. Daha önceden kadın hastalıklarına yönelik geçirdiğiniz herhangi bir ameliyat var mı?
1) Evet 2) Hayır
- 40.Ailenizde erken doğum tehdidi olan gebelik var mı?
1)Evet 2)Hayır
41. Erken doğumu önlemeye yönelik tedavi alıyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır
- 42.Doğumdan sonra bebeğinizin bakımını paylaşacak kişi var mı?
1) Evet 2) Hayır
- 43.Evet ise kimlerdir?
1) Bir aile büyüğü 2)Eş 3)Bakıcı kadın 4)Komşu 5)Diğer
- 44.Stresin tanımını yapar mısınız?.....

45. Sizde stres yaratan durumlar (olaylar) nelerdir?

- 1)Ekonomik nedenlerdir
- 2)Ailesel nedenler
- 3)Hastalık durumu
- 4)Yakının kaybı
- 5)Hastane ortamında bulunma
- 6)Diğer.....

46.Kendinizi stresli hissettiğinizde neler yaparsınız?

.....

47.Şuan kendinizi ruhsal olarak nasıl hissediyorsunuz?

- 1)Çok iyi
- 2)İyi
- 3)Orta
- 4)Kötü
- 5)Çok kötü



EK- II

STRESLE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ	ÇOK	BİRAZ	HİÇ
1.Duygularınızı bir arkadaşınıza açtınız?			
2.Probleminizin en iyi şekilde çözümlenmesi için çevrenizdeki şeyleri yeniden düzenlediniz?			
3.Ne yapacağınıza karar vermeden önce bütün olası çözümleri aklınızda tartıştınız?			
4.Aklınızı problemden uzaklaştırmaya çalıştınız?			
5.Bir kişinin size gösterdiği sempati ve anlayışı kabul ettiniz?			
6.Başkalarının yaşadığınız şeylerin gerçekten ne kadar kötü olduğunu görmemesi için elinizden geleni yaptınız?			
7.Konu ile ilgili olarak başkalarıyla konuştunuz. Çünkü bu konuda konuşmak kendinizi daha iyi hissetmenize yardımcı oldu?			
8.Durumla baş edebilmek için kendinize bazı amaçlar edindiniz?			
9.Seçeneklerinizi çok dikkatli bir biçimde tartınız?			
10.Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz?			
11.Problemi çözmek için işe yarayan çözümü bulana dek değişik yolları denediniz?			
12.Korku ve kaygılarınızı bir arkadaşınıza veya bir akrabanıza açtınız?			
13.Zamanınızı her zamankinden çok yalnız olarak geçirdiniz?			
14.Sadece konuşmak bile bazı çözümlere ulaşmanıza yardım ettiği için (yaşadığınız) durumla ilgili olarak konuştunuz?			
15.Durumu düzeltmek için ne yapılması gerektiğini düşündünüz?			
16.Tüm dikkatinizi problemin çözümüne yönelttiniz?			
17.Aklınızda bir eylem planı şekillendirdiniz?			
18.Her zamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz?			
19.Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (arkadaş yada profesyonel bir kişi) gittiniz?			
20.Olayda gerçekleşmesini istediğiniz şey için kesin kararlılık gösterdiniz ve savaştınız?			
21.Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan kaçındınız?			
22.Kendinizi bir uğraş (hobi) veya bir spor etkinliğine gömerek problemden kaçındınız?			
23.Problemlerle ilgili olarak daha iyi hissetmenize yardımcı olması için bir arkadaşınıza gittiniz?			
24.Durumu nasıl değiştirebileceğinize ilişkin olarak bir arkadaşınızın tavsiyesine başvurduunuz?			
25.Aynı problemi yaşamış olan arkadaşlarınızın anlayış ve sempatisini kabul ettiniz?			
26.Her zamankinden daha fazla uyudunuz?			
27."Her şey daha farklı olabilirdi." diye hayal kurdunuz?			
28.Romanlardaki veya filmlerdeki karakterlerle özdeşim kurdunuz?			
29.Problemi çözmeye çalıştınız?			
30.İnsanların sizi kendi başınıza bırakmasını istediniz?			
31.Arkadaşınız veya akrabanızın size yardımcı olmasını kabul ettiniz?			
32.Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediniz?			
33.Ani hareketlerde bulunmaktansa dikkatlice bir hareket tarzı planlamaya çalıştınız?			

SULTAN ŞEN
Tesekkür ederim.

EK III

Sayın Prof. Dr. Ferda AYSAN;

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği ABD Yüksek Lisans öğrencisiyim."Erken (preterm) Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmamda, Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeğinizi izin verirseniz kullanmak istiyorum.

Yardıminız için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Sultan SOY ŞEN

Ege Üniversitesi
Hemşirelik Yüksek Okulu



Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ümran SEVİL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Y.O.
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği ABD
Öğretim Üyesi



*İmza
Ferda Aysan
3.11.2003*

Dr. FERDA AYSAN

*11 EĞİTİM FAKÜLTESİ
Sağ Bilimleri Bölümü*

EK IV

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :B.30.2.EGE.0.82.00.00-90

KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR

13.11.2003

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Doç.Dr.Ümran SEVİL'in danışmanı olduğu yüksek lisans öğrencisi Sultan Soy Şen'in yapmayı planladığı "Erken (Preterm) Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Belirlenmesi" konulu araştırması 12.11.2003 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve "Araştırmanın Yürütülmesi Uygun" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Prof.Dr. Ayla BAYIK
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

E.Ü. HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU	
Yazı İşleri	
Kayıt Tarihi	12.11.03
Kayıt No	2728
Başlılık	

Prof. Dr. Ayla Bayık
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

Q



FK V

T.C
ECE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI :B.30.Z.EGE.0.A1.00.00-2012
KONU: Sultan SOY ŞEN

Bornova/İZMİR
26./09/2005

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜNE
KONYA

Enstitümüz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Sultan SOY ŞEN'in; "Erken (Preterm) Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Belirlenmesi" konulu tezi ile ilgili çalışmasını 01 Kasım 2005 tarihinden başlamak üzere, saptanan gebe sayısına (125 gebe) ulaşıncaya kadar, aşağıda belirtilen hastanede yapabilmesi için gereken izinin verilmesini arz ve rica ederim.

Prof.Dr.Cemal ERONAT
Müdür

Tez çalışması yapılması istenen hastane:

T.C.Sağlık Bakanlığı
Dr.Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi
KONYA

06.10.05*039888

Ef-26mg
7-10-05
10.10.05
3900-586

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İZMİR
Tel: 342 17 45 İç Hat:2514 Fax: 342 17 45
E-mail: sagbilen@bornova.ege.edu.tr

EK V

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ŞUBE :B10ISM442009/3900- 437
KONU :Sultan SOY ŞEN

032333 17.10.2005

Dr.FARUK SÜKAN DOĞUM ve ÇOCUK HASTANESİ
BAŞTABIPLIĞINA

KONYA

Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Sultan SOY ŞEN'in "Erken(Preterm) Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını hastanenizde yapması uygun görülmüş olup, Valilik Makamından alınan oluru ekte sunulmuştur.

Gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. Fatih KARA
İl Sağlık Müdürü

Ek : 1 Adet Valilik Oluru

14.10.2005 Şef S.BAŞKÖSE
14.10.2005 Eğt.Şb.Md.A.ŞAKIR
14.10.2005 Sağ.Md.Yrd.A.A.KOYUNCU

Kazım Karabekir Caddesi No: 14 42040-Selçuklu/KONYA Ayrıntılı Bilgi için irtibat Eğitim Şubesi Telefon:
(0332)3511832(186 İçhat) Fax@0332)3517268 e-posta@konyasm.gov.tr Elektronik Ağ:www.konyasm.gov.tr.

EK V

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ŞUBE :B10ISM442009/3900-
KONU :Sultan SOY ŞEN

439

032331 17.10.2005

EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
İZMİR

İlgi : 26/09/2005 tarih ve 2012 sayılı yazınız,

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Sultan SOY ŞEN'in ilimiz Dr.Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesinde tez çalışmasını yapması uygun görülmüş olup, Valilik Makamından alınan oluru ekte sunulmuştur. Gereğini arz ederim.

Uzm.Dr.Fatih KARA
İl Sağlık Müdürü

Ek : 1 Adet Valilik Oluru

14.10.2005 Şef S.BAŞKÖSE
14.10.2005 Eğt.Şb.Md.A.ŞAKIR
14.10.2005 Sağ.Md.Yrd.A.A.KOYUNCU

EK V

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ŞUBE :B10ISM442009/3900-
KONU :Sultan SOY ŞEN

032011 13.10.2005

VALİLİK MAKAMINA

Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Sultan SOY ŞEN'in "Erken(Preterm) Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını 01 Kasım 2005 tarihinden itibaren 125 Gebe sayısına ulaşıncaya kadar ilimiz Dr.Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesinde yapabilmesini,
Tensiplerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Fatih KARA
İl Sağlık Müdürü

OLUR:

13.11.2005

Mehmet SOLGUN
Vali a.
Vali Yardımcısı

11.10.2005 Şef S.BAŞKÖSE
11.10.2005 Eğt.Şb.Md.A.ŞAKIR
11.10.2005 Sağ.Md.Yrd.A.A.KOYUNCU

Kazım Karabekir Caddesi No: 14 42040-Selçuklu/KONYA Ayrıntılı Bilgi için irtibat Eğitim Şubesi Telefon: (0332)3511832(186 İçhat) Fax@0332)3517268 e-posta@konyasm.gov.tr Elektronik Ağ:www.konyasm.gov.tr

ÖZGEÇMİŞ

07.02.1981 yılında Denizli'de doğdu.İlkokul öğrenimini Denizli'de, ortaokul ve lise öğrenimini Muğla'da tamamladı.Yüksek öğrenimi 1996-2000 yılları arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda tamamladı. 2001 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda lisanüstü eğitime başladı.Bir yıl İngilizce hazırlık aşamasından sonra, bilim derslerini aldı.İzmir Özel Şifa Tıp Merkezi Cerrahi Servisi'nde 2 yıl, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Jinekoloji servisinde 2 ay, 1 yıl Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalıştı.Ocak 2004'te Sağlık Bakanlığı Adana/Tufanbeyli Devlet Hastanesi'ne atanarak memuriyet hayatına başladı.Nakil tayin istemi ile 1,5 yıl sonra Konya/Doğanhisar Devlet Hastanesi'ne atandı ve halen orada çalışmaktadır.Evli ve bir çocuk annesidir.