

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AİLE DANIŞMANLIĞI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PREMATÜRE BEBEĞE SAHİP EBEVEYNLERİN
EŞ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

MÜGE TÜRKYILMAZ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İshak AYDEMİR

İSTANBUL, 2019

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AİLE DANIŞMANLIĞI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: Prematüre Bebeğe Sahip Ebeveynlerin Eş İlişkisinin İncelenmesi
Öğrencinin Adı Soyadı: Müge TÜRKYILMAZ
Tez Savunma Tarihi: 05/08/2019

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.



Doç.Dr.Hasan Kerem ALPTEKİN
Enstitü Müdürü
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

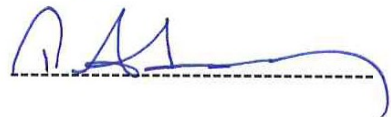
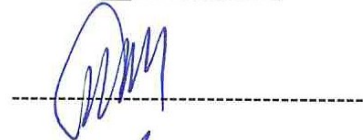
Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı
Doç. Dr. İshak AYDEMİR

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Seda Gökçe TURAN

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Taner ARTAN

İmzalar



TEŞEKKÜR

Öncelikle, tez sürecim boyunca desteğini ve yardımını esirgemeyen sevgili tez danışmanım Doç. Dr. İshak Aydemir'e,

Süreç boyunca her zaman beni cesaretlendiren, yanımda olan annem Sevgi TÜRKYILMAZ ve babam Adnan TÜRKYILMAZ'a,

Bana İstanbul yolculuklarında eşlik eden canım kardeşim İbrahim TÜRKYILMAZ'a ablam Merve ERSÖZ'e ve eşi Serdar ERSÖZ'e, beni her zaman güldüren ve motive eden yeğenim Mustafa ERSÖZ'e

Yüksek lisans sürecimde İstanbul'da evini açan Merve İLHAN'a, ilkokuldan beri arkadaşım oldukları ve tüm süreç boyunca beni destekleyen Nalan ÇELİK'e, Bahar ATEŐ'e, Melisa İLHAN'a,

Bu süreç boyunca her gün, her saat rahatsız ettiğim ve beni dinleyen Nurseda GÜLER'e

Veri toplama sürecimde bana yardımcı olan Uzm. Dr. Gönen ÇELEBİ ve güzel asistanları başta Melek ŐEN ve Berrin KAYA'ya, Halide AĞBABA'ya, Seda ERDOĞAN'a, Tuğba TAMKANLI'ya

Çalışma koşullarında rahatlık sağlayan ve desteğini esirgemeyen Ahmet Refik YILDIZ'a ve motivasyonumu korumama yardımcı olan, beni destekleyen Yeliz UYLAŐ'a, Yasemin BEKİ'ye ve diğer iş arkadaşlarıma,

Veri toplama sürecime katkı sağlayan herkese,

Son olarak araştırmaya katılan ve destek olan değerli prematüre bebek ailelerine sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

PREMATÜRE BEBEĞE SAHİP EBEVEYNLERİN EŞ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Müge TÜRKYILMAZ

Aile Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İshak Aydemir

Ağustos 2019, 135

Bu çalışmanın esas amacı, prematüre bebek sahibi olmanın eş ilişkisine olan etkilerinin demografik özellikler ve Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ) ile ve Lovibond & Lovibond Depresyon, Stres ve Anksiyete Ölçeği açısından incelenmesidir.

Bu araştırma ilişkisel tarama yöntemini esas almıştır. Çalışmanın örneklemini Bursa ili Nilüfer İlçesi, PEDMER Özel Çocuk Sağlığı Merkezine başvuran prematüre bebek sahibi olan 108 kadın ve 40 erkekten oluşturmaktadır. Araştırmada Aile ve Bebek Bilgi Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Lovibond & Lovibond Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde parametrik (t-test, korelasyon) test ölçümleri yapılmıştır.

Bu araştırmada eşlerin sağlıklı ve sağlıksız işlev eğilimlerine; problem çözme, iletişim roller, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt faktörlerinde bakılmış bununla birlikte depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri incelenmiş ve ölçeklerden elde edilen puanların Aile ve Bebek Bilgi Formu'ndaki değişkenlere (eşlerin; evlilik şekline, öğrenim durumuna, gelir seviyesine, çocuğa sahip olma şekline, evlilik süresine, çocuk sayısına) göre, hastane süreci ve taburculuk süreci arasında anlamlı düzeyde farklılaşıp-farklılaşmadığına yönelik analizler yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre aile değerlendirme ölçeğinden elde edilen puanlar sağlıklı ve sağlıksız olma eğilimi hastane süreci ve taburculuk sürecinde anlamlı bir farklılık göstermiştir. Bununla birlikte eşlerin depresyon, stres ve anksiyete düzeylerinde de hastane süreci ve taburculuk sürecinde farklılık göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Prematüre Bebek, Eş İlişkisi, Depresyon, Anksiyete, Stres

ABSTRACT

THE EFFECTS OF HAVING PREMATURE BABY ON SPOUSAL-RELATION

Müge TÜRKYILMAZ

Family Counseling Master Program

Thesis Supervisor: Doç. Dr. İshak Aydemir

August 2019, 135

The main aim of this study is to investigate the effects of having premature infant on spouse relationship in terms of demographic characteristics and Family Assessment Scale (FAS) and Lovibond & Lovibond Depression, Stress and Anxiety Scale.

This research is based on relational screening method. 108 women and 40 men who having premature infant & admitted to Bursa Province Nilufer District, PEDMER Special Child Health Center constitute the sample of the study. In the research, Family & Baby Information Form, Family Assessment Scale (FAS) and Lovibond & Lovibond Depression, Stress, Anxiety Scale were used. In the analysis of the data obtained parametric (t-test, correlation) test measurements were made.

In this study, spouses' healthy and unhealthy function tendencies were seen in terms of problem solving, communication roles, giving the necessary attention, behavior control and general functions as sub-factors however depression, anxiety and stress levels were examined and of the scores obtained from scales according to variables on Family & Baby Information Form (Marriage shape, learning status, income level, form of having a child, duration of marriage, number of children of spouses), some analyses were made towards differentiation or non-differentiation (*significantly*) between the hospital process and discharge process. According to the results of the study, the scores obtained from the Family Assessment Scale showed a significant difference in the tendency of being healthy and unhealthy, hospital process and discharge process. However, depression, stress and anxiety levels of the spouses also differed during hospital process and discharge processes.

Key words: Premature Baby, Spouse Relationship, Depression, Anxiety, Stress

İÇİNDEKİLER

TABLolar.....	x
KISALTMALAR	xiii
SEMBOLLER.....	xiv
1. GİRİŞ	iv
1.1 PROBLEM DURUMU.....	iv
1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI	3
1.3 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	4
1.4 ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI/VARSAYIM LARI.....	5
1.5 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIK LARI	5
1.6 TANIMLAR	5
2. ALAN YAZIN TARAMASI	7
2.1 AİLE	7
2.1.1 Ailenin Tanımı	7
2.1.2 Aile Tipleri	8
2.1.3 Aile Sistemi	9
2.1.4 Aile Yaşam Döngüsü.....	9
2.1.5 Ailenin İşlevsel Özellikleri	11
2.1.5.1 Sağlıklı aile	12
2.1.5.2 Sağlıksız aile	12
2.1.6 McMaster Aile İşlevselliği Modeli.....	13
2.1.6.1 Problem çözme	14
2.1.6.2 İletişim	14
2.1.6.3 Roller	15
2.1.6.4 Duygusal tepki verebilme.....	16
2.1.6.5 Gereken ilgiyi gösterebilme	17

2.1.6.6 Davranış kontrolü	17
2.1.6.7 Genel işlevler	17
2.2 PREMATÜRE BEBEK.....	17
2.2.1 Prematüre Bebek Tanımı	17
2.2.2 Prematüre Doğum Nedenleri	18
2.2.3 Prematüre Bebeklerin Geçirdiği Rahatsızlıklar ve Ameliyatlar.....	19
2.2.3.1 Solunum problemleri	19
2.2.3.1.1 <i>Prematürenin solunum sıkıntısı hastalığı</i> <i>(Respiratuvar distres sendromu (RDS))</i>	19
2.2.3.1.2 <i>Prematürenin apne ve bradikardisi</i>	20
2.2.3.2 Merkezi sinir sistemi ile ilgili problemleri.....	20
2.2.3.2.1 <i>Prematüre bebeğin beyin hasarı</i> <i>(Periventriküler lökomozi (PVL))</i>	20
2.2.3.2.2 <i>Beyin içi kanama</i> <i>(Intraventriküler kanama(IVK))</i>	21
2.2.3.3 Kalp ve dolaşım sistemi ile ilgili problemleri	21
2.2.3.3.1 <i>Patent ductus arteriosus (PDA)</i>	21
2.2.3.4 Beslenme problemleri	21
2.2.3.5 Prematürenin barsak iltihabı (Nekrotizan entrokolit(NEK)) ...	22
2.2.3.6 Prematüre bebeğin göz hastalıkları <i>(Prematüre retinoplastisi (ROP))</i>	22
2.2.3.7 Enfeksiyonlar	23
2.2.3.8 Sarılık (Hiperbilürubinemi).....	23
2.2.3.9 Kansızlık (Anemi)	23
2.2.3.10 İşitme problemleri.....	24
2.2.4 Prematüre Bebeklerin Hastane ve Taburculuk Sonrası Süreçleri	24

2.2.4.1 Prematüre bebeklerin hastane süreçleri (Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ))	24
2.2.4.2. Prematüre bebeklerin taburculuk sonrası süreçleri	25
2.4 AİLE SİSTEMİNDE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES.....	26
2.4.1 Depresyon	26
2.4.1.1 Depresyon belirtileri	27
2.4.2 Anksiyete.....	28
2.4.2.1 Anksiyete belirtileri.....	28
2.4.3 Stres.....	28
2.4.3.1 Stres kaynakları	29
3. VERİ VE YÖNTEM	31
3.1 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	31
3.2 ÇALIŞMA GRUBU (EVREN VE ÖRNEKLEM).....	31
3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	32
3.3.1 Aile ve Bebek Bilgi Formu.....	32
3.3.2 Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	32
3.3.3 Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği.....	33
3.4 VERİLERİN TOPLANMASI.....	34
3.5 VERİLERİN ANALİZİ	34
4. BULGULAR.....	35
4.1 KATILIMCILARA AİT TANITICI BULGULAR	35
4.2 AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMA BULGULARININ YORUMLANMASI.....	56
4.3 LOVİBOND & LOVİBOND DEPRESYON ANKSİYETE VE STRES ÖLÇEĞİ PUANLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER	

AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMA BULGULARININ YORUMLANMASI.....	93
4.4 AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ VE LOVİBOND & LOVİBOND DEPRESYON ANKSİYETE VE STRES ÖLÇEĞİ KORELASYON ANALİZİ.....	111
5. TARTIŞMA.....	120
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	125
6.1 SONUÇ.....	125
6.2 ÖNERİLER.....	134
KAYNAKÇA.....	136
EKLER	
Ek A.1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF)Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	
Ek A.2: Aile ve Bebek Bilgi Formu.....Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	
Ek A.3: Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	
Ek A.4: Lovibond & Lovibond Depresyon Stres Anksiyete ÖlçeğiHata! Yer işareti tanımlanmamış.	
Ek A.5: Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) İzin YazısıHata! Yer işareti tanımlanmamış.	
Ek A 6: PEDMER Özel Çocuk Sağlığı Merkezi İzin YazısıHata! Yer işareti tanımlanmamış.	
Ek A 7: Bahçeşehir Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Yazısı.....Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	

TABLULAR

Tablo 2.1:	Aile yaşam döngüsünün evreleri.....	10
Tablo 4.1:	Bebeklere ait sosyo-demografik bilgilerin cinsiyete göre dağılımı	37
Tablo 4.2:	Bebeklerin doğum nedeni ve geçirdiği rahatsızlıklar ile ameliyatların cinsiyete göre dağılımı.....	39
Tablo 4.3:	Bebeklere ait sosyo-demografik değişkenlerin cinsiyete göre minimum, maximum, ortalama ve standart sapma değerleri.....	41
Tablo 4.4:	Eşlerin sosyo-demografik bilgilerinin cinsiyete göre dağılımı.....	42
Tablo 4.5:	Eşlere ait çocuğa sahip olma şekli, geçirdiği hastalıklar ve rahatsızlıklara ait ilgili bilgilerin cinsiyete göre dağılımı	44
Tablo 4.6:	Eşlere ait sosyo-demografik bilgilerin cinsiyete göre dağılımı minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri.....	45
Tablo 4.7:	Eşlere ait prematürelilik ile ilgili gebelik sürecine ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı	46
Tablo 4.8:	Eşlere ait prematürelilik ile ilgili çevresel kaynakların kullanımına ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı.....	47
Tablo 4.9:	Eşlere ait prematürelilik ile ilgili duygusal sürece ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı	49
Tablo 4.10:	Eşlere ait prematürelilik ile ilgili yaşam koşullarına ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı.....	50
Tablo 4.11:	Eşlere ait prematürelilik ile ilgili aile yaşamına ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı	52
Tablo 4.12:	Eşlere ait genel sağlık değerlendirmelerinin cinsiyete göre minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerlerinin dağılımı.....	54
Tablo 4.13:	Eşlere ait prematürelilik ile ilgili aile yaşamına ait bilgilerin cinsiyete göre minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerlerinin dağılımı	55

Tablo 4.14: Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerine göre hastane ve taburculuk süreçlerinin karşılaştırılması	57
Tablo 4.15: Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	59
Tablo 4.16: Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre sağlıklı olup olmama eğilimlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri.....	62
Tablo 4.17: Kadın eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre gebelik yaşları karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	67
Tablo 4.18: Erkek eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre babalık yaşları karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	70
Tablo 4.19: Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	74
Tablo 4.20: Eşlere Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çocuk sahibi olma yoluna göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	77
Tablo 4.21: Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çocuk sayısına göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	80
Tablo 4.22: Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin evlilik süresine göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	84
Tablo 4.23: Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane süreci korelasyon analizi	89
Tablo 4.24: Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin taburculuk süreci korelasyon analizi	91
Tablo 4.25: Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerine göre hastane ve taburculuk süreçlerinin	

karşılaştırılması	94
Tablo 4.26: Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	95
Tablo 4.27: Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt Faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	96
Tablo 4.28: Kadın eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre gebelik, yaşları karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri.....	100
Tablo 4.29: Erkek eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre babalık yaşları karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri.....	102
Tablo 4.30: Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	103
Tablo 4.31: Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çocuk sahibi olma yoluna göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri.....	105
Tablo 4.32: Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çocuk sayısına göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	106
Tablo 4.33: Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin evlilik süresine göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri	108
Tablo 4.34: Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane süreci korelasyon analizi	110
Tablo 4.35: Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin taburculuk süreci korelasyon analizi	111
Tablo 4.36: Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörleri hastane süreci	

korelasyon analizi.....	112
Tablo 4.37: Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt boyutlarının taburculuk süreci korelasyon analizi.....	116

KISALTMALAR

ADÖ	:	Aile Değerlendirme Ölçeği
RDS	:	Respiratuvar Distres Sendromu (Prematürenin Solunum Sıkıntısı)
BDP	:	Bronkopulmoner Displazi (Prematürenin Kronik Akciğer Hastalığı)
PVL	:	Periventiküler Lokomozi (Prematüre Bebeğin Beyin Hasarı)
IVK	:	İntraventiküler Kanama (Beyin İçi Kanama)
PDA	:	Patentductus Arteriozus
NEK	:	Nekrotizon Entrokolit (Prematürenin Barsak İltihabı)
ROP	:	Prematüre Retinoplastisi (Prematüre Bebeğin Göz Hastalıkları)
YYBÜ	:	Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi

SEMBOLLER

Örneklemdaki toplam sayı	:	n
Aritmetik ortalama	:	\bar{x}
Standart sapma	:	SS
T testinin hesaplanmış değeri	:	t
Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı	:	r
Anlamlılık düzeyi	:	p



1. GİRİŞ

1.1 PROBLEM DURUMU

Aile, sistem içerisinde yer alan en temel yapıdır (Avcu 2015, s. 44). Aile sistemleri kuramına göre; aile kurmaya ve çocuk sahibi olmaya karar vermek hem önemli bir karardır hem de aile yaşam döngüsünün farklı bir aşamaya geçmesi anlamına gelir. Küçüker (2001)'e göre aileye katılan yeni birey eşlere ebeveynlik sorumluluğu getirdiği gibi aile içindeki işleyişi de değiştirir. Eşlerin yaşam şekli ve edindikleri roller değişerek birbirlerine karşı sorumlulukları artar.

Günümüz tıp teknolojisinin ilerlemesi nedeniyle yeni doğan yoğun bakım servisinde bulunan bebeklerin morbidite (ölüm) oranlarının düşmesi ve bu ünitelerin bebek sayılarının artması söz konusudur. Üniteye bulunan bebeklerin her biri gelişimsel olarak riskli grupta yer almakla birlikte ruhsal açıdan kırılgan ebeveynlere sahiptirler. Eşler bebeklerini isteyerek, planlayarak dünyaya getirme hedeflerini belirleseler de bazen bu hedefe ulaşmadan beklenmedik bir zamanda doğan bebeklerinin doğumuyla farklı bir sürece girerler. Özellikle yaşamın ilk yıllarında bebeğin yaşamasında ve gelişimini sürdürebilmesinde ebeveynlerin önemli rolü vardır (Avcu 2015, s. 44). Bu süreçte bebekleri için çoğu hazırlıklarını tamamlayamamış, kucağa alınmadan kuvüze gitmiş ve yoğun tıbbi bakıma muhtaç bebekleri karşısında eşler iletişim problemleri, yeni gelen görev ve sorumluluklar nedeniyle roller ve davranış kontrolü gibi pek çok aile işlevinde sıkıntı yaşayabilmektedir. Sağlıklı bir bebekle karşılaşmak isterken bebeklerinin sağlığı açısından dikkatli bir sürece girdiklerinden eklenen depresyon, stres ve kaygı ruhsal süreçlerini etkilemektedir.

0-2 yaş bebeklik dönemi fizyolojik ve psikolojik açıdan hızlı bir gelişim evresidir. Bu evrede bebeğin ailesi ile temasa geçmeden yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınması eşler arasındaki ilişkiyi etkilemektedir. Anne-baba olarak rol almayı bekleyen eşler bu yeni rolü üstlenememekte hastanede yatan bebeğe sahip olmanın getirdiği sorumluluklarla, sağlıklı aile işlevinde kriz olarak adlandırabileceğimiz aile bireylerinden birinin sağlık problemi yaşaması durumuyla karşı karşıya kalmaktadır.

Yaşamın ilk iki yılını kapsayan bebeklik döneminde bebeklerin anneleri ile etkileşimleri ve annelerin bebek gelişim bilgileri, bebeğin sosyal duygusal alanda sağlıklı gelişmesine, dolayısıyla topluma uyum sağlayan bir birey olmasına yardımcı olur. Annelerin bebeğin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik ebeveynlik rollerini etkili bir şekilde yerine getirebilmesi, bebekleri ile olan etkileşimleri ve bebek gelişim bilgileri ile ilgilidir (Avcu 2015, s. 1).

Kağıtçıbaşı (1981)'na göre, çocuğun değeri; anne-babanın ve çevresinin çocuğa nasıl bir değer attiğini, onu nasıl algıladığını, ondan neler beklediğini, öznel ve nesnel dayanakları olan kişisel ve toplumsal gerekliliğe sahip karmaşık bir değerdir (Bal 2014, s. 66). Her aile, üyelerini koruma, büyüme, gelişme ve üyelerinin bakımını sağlama amacıyla hareket eder. Bu nedenle aile kendi kendini devam ettiren bir denge kurar ve bu dengeyi sürdürür (Avcu 2015, s. 48).

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatmış prematüre bebek ve ona sahip olan eşlerin yaşamlarına iki süreç belirgin olarak etki etmektedir: hastane süreci ve eve taburculuk süreci ile 0-2 yaş aralığı yani bebeklik dönemi gelişimsel izlem ve takip. Hastanedeyken sağlık personelinin desteği ile ve uzmanlar eşliğinde bebeğine nasıl yaklaşacağını, ona nasıl bakım vereceğini öğrenen eşler eve taburcu olduktan kısa bir süre içerisinde bu destek ekibinin olmamasından dolayı uyum problemi yaşamaktadır. Bundan sonraki süreçte gelişimsel olarak bebeğinin yaşlılarıyla aynı şeyleri yapıp-yapmadığı aileler için büyük bir merak konusudur.

Konu ilgili olarak yapılan literatür taraması sonucunda, prematüre bebekler ve aileleri ilgili olarak çok sayıda bilimsel çalışmanın yapıldığı, ancak prematüre bebek sahip olmanın eş ilişkisine olan etkilerinin araştırıldığı az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bu konunun detaylı bir şekilde incelenmesi, prematüre bebek sahibi olma durumunun eşlerin ruh sağlığına, iletişim ve ilişkilerine, cinsel yaşamlarına, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine, yaşam kalitelerine ve ayrıca boşanma ve ayrılma (evi terk etme, ayrı yaşamaya başlama gibi) düşüncesine etkilerinin araştırılması merak konu olmuştur. Bu durum çalışmanın problematiğini oluşturmaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı, prematüre bebeğe sahip ebeveynlerin eş ilişkilerinin (iletişim, roller, problem çözme, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlar), ve depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin hastane kalış ve ayrılış

süreçlerinde karşılaştırmalı olarak etkisinin araştırılmasıdır. Bu nedenle prematüre bebeklerin ebeveynlerinin her ikisini de kapsayan, eşlerin ilişkisini değerlendirmesiyle ilgili olan bu çalışmanın literatüre katkısının olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, araştırmanın sonuçlarının alanda çalışan ilgili profesyonellere kaynak sağlayacak olması ve aile danışmanlığı profesyonellerine de çalışmalarında katkı sağlayacağı düşünüldüğünde bu çalışmanın önemini ortaya çıkmaktadır.

1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın esas amacı, prematüre bebek sahibi olmanın eş ilişkisine olan etkilerinin demografik özellikler ve Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ) ile ve Lovibond & Lovibond Depresyon, Stres ve Anksiyete Ölçeği açısından incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlar incelenmeye çalışılmıştır:

- a. Araştırmaya katılan katılımcıların (çalışma grubunun) özellikleri nelerdir?
- b. Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar) bebek bilgi formundan elde edilen değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- c. Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri Aile ve Bebek Bilgi Formundan elde edilen değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- d. Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri, aile hayatını etkileyen değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- e. Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon, Stres ve Anksiyete Ölçeği alt faktörleri (depresyon, stres, anksiyete) Aile ve Bebek Bilgi Formundan elde edilen değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- f. Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon, Stres ve Anksiyete Ölçeği alt faktörleri Aile ve Bebek Bilgi Formundan elde edilen değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- g. Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon, Stres ve Anksiyete Ölçeği alt faktörlerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- h. Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerine (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar)

göre bebekleri hastanede olduğındaki süreç ve hastaneden taburcu olduktan sonraki süreç arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

- i. Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon, Stres ve Anksiyete Ölçeğı alt faktörleri (depresyon, stres, anksiyete) göre bebekleri hastanede olduğındaki süreç ve hastaneden taburcu olduktan sonraki süreç arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- j. Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeğı alt faktörleri (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar) ile eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon, Stres ve Anksiyete Ölçeğı alt faktörleri (depresyon, stres, anksiyete) arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Her bebek ailesi için farklı görev ve sorumluluklarla dünyaya gelir. Bazı aileler için evin neşesi bazı aileler için evlilikten sonraki aşama olarak görülür. Bu süreçler normal seyrinde gitmediğinde, bebekler aile için ifade ettikleri görev ve sorumluluklar ile dünyaya gelmediklerinde aile sisteminin dengesi bozulur ve aile bireyleri arasındaki etkileşimler farklılaşır. Yeni ve kriz olarak ortaya çıkan beklenmedik zamanda dünyaya gelen bebek problemi ile nasıl baş edecekleri konusunda fikir sahibi olmak için eşler aile işlevlerinin sağlıklı ve sağlıksız yollarını denerler. Bu araştırma da ailelerin prematüre bebeğe sahip ebeveyn olma yolunda eş olarak onları nelerin etkilediğini araştırmaktadır.

Prematüre bebeğe sahip ebeveynlerin eş ilişkilerinin (iletişim, roller, problem çözme, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlar), ve depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin hastane kalış ve ayrılış süreçlerinde karşılaştırmalı olarak etkisinin araştırılması olan bu çalışmanın amacı doğrultusunda prematüre bebeklerin ebeveynlerinin her ikisini de kapsayan, eşlerin ilişkisini değerlendirmesiyle ilgili olan araştırmanın literatüre katkısının olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, araştırmanın sonuçlarının alanda çalışan aile danışmanları, çocuk gelişimciler, neonatologlar, jinekologlar, pediatristler, hemşireler gibi ilgili profesyonellere kaynak sağlayacak olması ve aile danışmanlığı profesyonellerine de çalışmalarında katkı sağlayacağı düşünüldüğünde bu çalışmanın önemi daha da ortaya çıkmaktadır.

1.4 ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI/VARSAYIM LARI

- a. Eşlerin aile yaşamını etkileyen etkenlerde yönelik hazırlanmış Aile ve Bebek Bilgi Formuna, Aile Değerlendirme Ölçeğine ve Lovibond & Lovibond Depresyon, Stres ve Anksiyete Ölçeğine samimi ve objektif cevap verdikleri varsayılmıştır.
- b. Kullanılan ölçeklerin çalışma amacına uygun ve yeterli olduğu varsayılmıştır.
- c. Çalışma örnekleminin evreni temsil edebilecek yeterlilikte olduğu varsayılmıştır.

1.5 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIK LARI

Bu araştırma, Nisan 2018- Ocak 2019 tarihleri Bursa ili Nilüfer İlçesi, PEDMER Özel Çocuk Sağlığı Merkezine başvuran çocuk gelişimi polikliniğine yönlendirilen 0-24 ay yaş aralığında prematüre bebek sahibi olan eşler ile sınırlıdır.

1.6 TANIMLAR

Aile: Aile; insanın doğduğu, en temel ihtiyaçlarının karşılandığı ve toplum yaşamına hazırlandığı çevresidir. Sosyolojik bir olgu olmakla birlikte çoğu bilim dalının uğraş alanıdır ve bu nedenle aile kavramı için çok sayıda tanım ve yaklaşım vardır. Ailenin TDK'deki tanımı ise şöyledir; evlilik ve kan bağına dayanan, karı koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik.

Aile Sistemi: Ailenin kendine özgü yapısı, organizasyonu ve üyelerinin etkileşim örüntüleridir (Akbaş 2013, s. 20).

Süreç: İçerik, sorunun temelinde yatan kişilerarası dinamikler ve davranış örüntüleridir (Akbaş 2013, s. 20). Meier ve Davis (2016)'e göre danışmanlık oturumunda olup biten her şey olarak da tanımlanabilir.

Sağlıklı Aile: Sağlıklı aile, üyelerinin bir arada bulunmaktan memnuniyet duyduğu, birlikte güçlü ve doyumlu olabilen, sağlıklı iletişim yapısına sahip aile birliktelikleridir (Canel, 2012, s. 45)

Sağlıksız Aile: Bulut(1993)'a göre işlevlerini bir bütünlük ve beraberlik içinde yerine getiremeyen aileler, sağlıksız ailelerdir (Baltacı 2010, s. 11).

Aile Danışmanlığı: Aile danışmanlığı, ailenin yapısal, işlevsel ve gelişimsel özellikleri bakımından aile içi ve çevre ilişkilerinde karşılaştığı psiko-sosyal işlevsellikle ilgili sorunların çözümüne yönelik uzmanlık gerektiren hizmetler bütünüdür (Kalaycı ve diğ. 2008). Aile danışmanlığında amaç, ailenin bir danışman uzman rehberliğinde kendi güç kaynaklarını geliştirmesi, işlevselliğini sağlaması, kendi üretici çözümlerini ortaya koymasıdır (Ercan 2017).

Prematüre Bebek: Ovalı(2000)'ya göre vücut ağırlığına bakılmaksızın 37. gestasyon haftasını tamamlamadan doğan bebeklere preterm bebek denir. Prematüre bebek 24 ve 30 gebelik haftaları arasında doğmuş olmalıdır (Holywood & Holywood, 2011).

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi, yenidoğanın sağlıklı gelişimi ve sağaltımı için bir dizi uygulamayı ve kuralı içinde barındıran, yüksek teknolojiye sahip cihazların kullanıldığı, girişimsel işlemlerin yoğun olarak uygulandığı, mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olduğu, riskli gruptaki bebeklerin taburcu olana kadar spesifik (kanguru bakımı, beslenme gibi) ve tıbbi hizmetlerin verildiği hastane yoğun bakım servisi.

Depresyon: Depresyon, kişinin okulda ya da işte başarısızlık, sevilen birinin yitirilmesi, hastalık ya da yaşlılık gibi yoğun bir stresle karşılaşması durumunda ortaya çıkabilen, keder ya da tedirginlik şeklinde kendini gösteren duyu durum bozukluğudur (Özağı 2007).

Stres: Iwanchevich (1982)'e göre bireysel farklar ve/veya psikolojik süreçler yoluyla gösterilen uyumsuz bir davranım olup, kişi üzerinde aşırı psikolojik ve fiziksel baskılar yapan herhangi bir dış (çevresel) hareket, durum veya olayın, organizmaya yansıyan sonucudur.

Anksiyete: Anksiyete; organizma için tehlike içeren tanımlanabilir ya da tanımlanamaz bir durum karşısında yaşanan; endişe duygusu ve birlikte eşlik eden bedensel uyarılma belirtileri ile karakterizedir (Dağlar 2016).

2. ALAN YAZIN TARAMASI

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda ve değişkenler de göz önünde bulundurularak kuramsal bilgi ve araştırma bulguları sunulmaktadır. Buna göre, ilk bölümde, aile tanımı ve önemi üzerinde durularak aile tipleri, aile sistemi, ailenin işlevsel özelliklerini sağlıklı ve sağlıklı aileler olarak ele alınarak incelenmiştir. İkinci bölümde, prematüre bebekler ve prematüre bebeklerin geçirdiği rahatsızlıklara ilişkin kuramsal açıklamalara yer verilmiştir. Üçüncü bölümde, depresyon, stres ve anksiyeteye ilişkin kuramsal açıklamalara yer verilmiştir.

2.1 AİLE

2.1.1 Ailenin Tanımı

Aile olgusu geçmişten günümüze biyolojik ve kültürel bağlamda evrimsel pek çok gelişim göstermektedir. Bu nedenle birçok bilim dalı tarafından incelenmiştir ve aile ile ilgili birçok tanım bulunmaktadır. Aile ilgili tanımlardan birkaçına aşağıda yer verilmiştir:

Türk Dil Kurumu Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü'nde aile; erkeğin ve kadının çocuklarıyla oluşturdukları, iş bölümüne dayalı, küçük (çekirdek) ve büyük ya da dar ve geniş aile gibi tipleri olan toplumsal ve ekonomik temel birlik olarak açıklanmıştır (TDK, 2018).

Çakıcı (2006, s.2)'nin ifade ettiği gibi aile; üyeleri arasındaki ilişkiler, örüntüler ve etkileşim yönünden sosyal bir grup olmakla birlikte, ekonomik yönden bir bütün; sosyal yaşamın temel göstergelerinden bir birlik; üyelerin ihtiyaçlarının karşılanması için sistematik kuralları bulunan sosyal bir kurum olarak görülebilir.

Gladding (2015, s.5)'e göre aile en geniş tanımıyla birbiriyle biyolojik ve psikolojik bağları olan aynı sosyal, ekonomik ve tarih geçmişine sahip, kendilerini bir evin üyesi olarak gören bireylerin oluşturduğu birliktir.

Aile, tanımlara bakıldığında yapısı gereği ister çekirdek olsun isterse geniş birbiriyle etkileşim halinde, ortak paylaşıma sahip bütünlük gösteren bir yapıdır. Bu yapı bazen bir hastalık, aile bireylerinden birinin kaybı, erken gerçekleşen doğum gibi sebeplerden yeni bir etkileşim sürecine geçmektedir. Bu süreçlerin her bir evresinde aile işlevleri açısından eşlerin, çocukların birbirleriyle uyumu açısından bakıldığında pek çok güçlü ve güçsüz yönleri bulunmaktadır. Aileler bu duruma uyum sağlarken farklı aşamalardan geçmektedir. Prematüre bebeğe sahip aileler ise bebeğinin erken doğumu ile önce hastane sürecinde sonrasında taburculuk sonrası süreçte pek çok güçlükle karşılaşmaktadır.

2.1.2 Aile Tipleri

Aile kavramı çok boyutlu ve etkileşim alanı oldukça fazla, geniş bir kavram olmasının yanı sıra, aynı evde yaşayan üyeleri, eş sayısı, otorite şekli, yerleşme ölçütü ve evlenme şekli gibi özellikleri bulunmaktadır (Baran 2017, s. 3). Bu özellikler aile olgusunun farklı disiplinler tarafından incelenmesine, farklı tanımlara neden olmuştur. Yaşam koşulları farklı yaşam tarzlarını yaratırken bu süreçte aile yapısı da etkilenmiştir. Bu bağlamda çekirdek ve geniş aile tanımları içinde farklılıklar söz konusudur.

Çekirdek aile, aynı evde oturan, sosyal faktörlerin etkisiyle ailenin işlevlerinde meydana gelen değişmelerin ve farklılaşmaların sosyal uyum ile sağlanması, karı-koca ve evlenmemiş çocuklardan meydana gelen, ekonomik işbirliği ve özgürlüğüne sahip olan cinsel işlevini sürdürebilen bir birimdir (Vurgun 2004, s. 20). Kısacası anne baba ve çocuk(lar)dan oluşmuş birimdir. Hem yaygınlık göstermekte hem de aile üyesi sayısı itibarıyla azalma göstermektedir (Gladding 2015, s. 6).

Geniş aile, birkaç kuşağın bir arada yakın ilişkiler ve birlik içinde aynı evde yaşadığı bir aile biçimidir. Babadan torunlara kadar olabileceği gibi teyze, amca, büyükanne, büyükbaba ve kuzenler gibi diğer akrabaları da içine alabilen genişlikte aileler olabilmektedir (Yıldız 2014, s.10). Eshleman ve Bulcroft (2006)'ın açıkladığı gibi geniş ailelerin dünya üzerinde birçok ülke ve toplulukta görülmektedir. Bir, iki ve üç jenerasyonun yaşadığı üç çeşit geniş aile bulunmaktadır. Geniş ailelerin sayısının son on yılda yüzde 40 oranında arttığı görülmektedir. Bu ailelerin yüzde 48'i iki jenerasyonlu geniş ailelerdir.

2.1.3 Aile Sistemi

Aileler kendi içlerinde farklılaşan sistemik bir yapıya sahiptir. Aile sistemi tanımı aileyi benzer önermelerle etkileşime giren insanlar olarak betimler. Sistemdeki bir kişi bir hareket sergilediğinde, sistemdeki diğer herkes bundan etkilenir ve bu hareket, hareketi ilk başlatan kişiyi etkileyerek devamlı tekrar eder (Sarı 2017, s.3).

Sosyal bir sistem olan ailenin her üyesinin, diğer aile üyeleriyle ilişkiler yoluyla bağlanması ile aile kendi içinde alt sistemleri yaratır (Özgüven 2017, s.1). Bu da ikili üçlü ilişkilerle karmaşık, karşılıklı bir ağ yapısını ortaya koyar. Alt sistemler; kuşak, cinsiyet, ilgi ve işlev değişkenlerine göre her ailede farklı biçimlerde oluşabilir. Ailede öncelikli alt sistem karı-koca alt sistemidir. Diğer alt sistemler anne-baba alt sistemi ve kardeşler alt sistemidir (Özgüven 2017, s. 205)

Tüm aileler sürekli bir değişim durumundadır. Aile sistemi bu değişimler halinde farklılaşan sürece direnç göstererek kendi dengesini korumayı hedefler. Bu dengeyi korurken her bir aile üyesinin gerçekleştirmesini beklediği tahmini örüntüler vardır. Aile dengesini korurken yeni, kendine özgü kurallar ve sınırlar belirler. Bu sınırlar hem aile üyelerinin kontrol etmek hem de dengeyi korumak için sistem tarafından kendiliğinden gelişir (Yıldız 2014, s. 28).

2.1.4 Aile Yaşam Döngüsü

Aile yaşam döngüsü kavramı ailenin kurulduğu andan eşlerden birinin ölümüne kadar olan süreç içerisinde geçirdiği gelişimsel dönemler olarak tanımlanabilir (Baran 2017, s. 9). Başka bir deyişle; ailedeki gelişim ve değişimin herhangi bir toplumdaki iç ve dış değişim örüntüleriyle şekillenen diğer ortak örüntüleri nasıl takip ettiğini ifade eder. Bir çocuğun doğumu, boşanma ya da yeniden evlilik, ölüm, büyüyen çocuklar, çocuk yetiştirdikten sonra işe geri dönen kadın gibi aile yapısındaki değişimlerdir ve bu bazen iç bazen de dış sebeplerden dolayı aileyi yeni bir oluşuma iter (Kesici 2016, s. 42). Bu oluşumun içerisinde aile yaşam döngüsü kavramı bu sürecin birbirini nasıl takip ettiğini birbiriyle nasıl etkileşim halinde olduğunu, bir sürecin başka bir sürecin içerisinde ne şekilde yerleşik olduğunu anlatır.

Aile yaşam döngüsünün evrensel bir versiyonu olmamakla birlikte genel hatlarıyla Tablo 2.1’de evre, duygusal geçiş süreci ve ailenin statüsündeki gelişimsel ilerlemelere yer verilmiştir.

Tablo 2.1: Aile yaşam döngüsünün evreleri

Aile Yaşam Döngüsü Evreleri		
Ailenin Yaşam Döngüsü Evresi:	Duygusal Geçiş Süreci: Temel İlkeler	Ailenin Statüsündeki Gelişimsel İlerleme İçin Gerekli İkinci Dereceden Değişiklikler
Evden ayrılma: Bekâr genç yetişkinler	Kendi duygusal ve mali sorumluluğunu üstlenme	a. Benliğin aile köklerinden ayrışması b. Akranlarla yakın ilişkilerin gelişmesi c. Çalışma ve mali bağımsızlık bakımından benliğin kurulması
Ailelerin evlenme yoluyla birleşmesi: Yeni çift	Yeni sisteme bağlılık	a. Evlilik sisteminin oluşması b. Geniş aileler ve arkadaşlarla ilişkilerin eşi de içerecek şekilde yeniden düzenlenmesi
Küçük çocuklu aileler	Yeni üyelerin sisteme kabulü	a. Evlilik sisteminin çocuklara yer açacak şekilde yeniden uyarlanması b. Çocuk büyütme, para kazanma ve ev görevlerinde birleşme c. Geniş aile ilişkilerinin anne babalık ve büyük anne büyük babalık rollerini de içerecek şekilde yeniden düzenlenmesi
Çocukları ergenlik çağındaki aileler	Çocukların bağımsızlığını desteklemek ve büyükanne ve babanın kırılmalıklarını hafifletmek için aile sınırlarında esnekliğin artırılması	a. Anne baba ile çocuk ilişkilerinin ergenlik sisteme giriş çıkışına izin verecek şekilde değiştirilmesi b. Orta yaş evlilik ve kariyer konularına yeniden odaklanma c. İlişkilerin gelin, damat ve torunları içerecek şekilde yeniden düzenlenmesi d. Anne babaların (büyük anne babaların) yetersizlikleri ve ölümleri ile ilgilenme
Yaşamın ileri aşamalarında aileler	Değişen kuşak rollerinin kabul edilmesi	a. Psikolojik gerilemeye karşı kendi ve/ veya çift işleyişini ve ilgilerini sürdürme: yeni ailevi ve toplumsal rol seçeneklerinin araştırılması b. Orta kuşağın daha merkezî olan rolünü destekleme c. Sistemde yaşlıların erdem ve deneyimlerine yer açma, yaşlı kuşağı onlar için aşırı çalışmadan destekleme d. Eş, kardeş ve diğer akranların ölümleriyle başa çıkma ve ölüme hazırlanma

Kaynak: Nichols, M.P., 2013. Aile terapisi kavramlar ve yöntemler. O. Gündüz (Çev.), İstanbul: Kaknüs

Yayıncılık (2013)

2.1.5 Ailenin İşlevsel Özellikleri

Yapısal işlevsel kurama göre aile sistemi, işlev ve işlevler arası koordinasyona bağlı olarak işler. Aile üyelerinden birinin işlevini yerine getirmemesi, sistemin işleyişine engel olur. Bu nedenle herkesin kendi rolünü yerine getirmesi önemlidir. Kendi işlevini yerine getiren ailelerde sağlıklı bir yapı oluşur, bu da aile bağlarının güçlenmesine yardımcı olur (Baran 2017, s.44). Bu kurama göre ailenin önemli üç işlevi çocuk yetiştirme, ekonomik destek sağlama, duygusal güven sağlamadır.

Lee(1982)' e göre Murdock (1949) ailenin tüm toplumlarda dört işlevi olduğunu ifade etmektedir ve bunları cinsel, ekonomik, eğitimsel ve çoğalma olarak sınıflandırmıştır.

Sistemik bakış açısına göre ailenin kimlik görevlerini yönlendirme, sınırları düzenleme, ailenin duygusal atmosferini yönetme, aile yapısında meydana gelen değişimi yönetme, ev halkının devamlılığını sağlama yerine getirmesi gereken görevler bulunmaktadır (Nazlı 2014, ss. 21-24).Bu görevleri aile belirli bir stratejiyle geçmiş kuşaklarından, statülerinden etkilenerek uygular. Bu süreçte ailenin rol ve buna ilişkin fonksiyonlarını yerine getirip getirmediği önemlidir. Aileler fonksiyonlarını yerine getirip getirmediğine göre sağlıklı ve sağlıksız olarak ayrılmaktadır.

Ailenin sağlıklı bir aile işlevine sahip olmasında ailenin dayanıklılığı önemli bir olgudur. Burada ailenin güçlü yanları dayanıklılığı etkileyen unsurdur. Aile yaşamındaki değişiklikler sistemin dengesini bozmakta ve sistem denge haline geçebilmek için yeniden bir yapılanma içerisine girmektedir. Bu değişiklikler ölüm, doğum, bireyin evden ayrılması gibi durumlardır. Bu süreç boyunca ciddi yaşam zorluklarıyla yüzleşen ailelerde iyileşme, onarım ve gelişme potansiyeli aile dayanıklılığını kapsar (Kaya 2012, ss. 409-415).

Bazı aileler kriz dönemlerinde sağlıklı aile işlevlerinden sağlıksız aile işlevlerine ya da bunun tam tersi bir sürece geçiş yaparlar. Prematüre bebeğe sahip eşler oluşturdukları aile sisteminde bu anlamda hem yeni bir bireyin katılması hem de katılan bireyin fiziksel sağlığının olmaması nedeniyle kriz durumunu yaşayan ve bu değişken işlevlerin rahatlıkla gözlenebildiği ailelere örnek gösterilebilir. Turan ve diğ.(2003) psikolojik açıdan erken doğuma hazır olmayan anne ve ailenin diğer üyeleri bebeğin doğumu ile birlikte yüksek oranda bunaltı yaşarlar ve kendi bireysel çözüm ve deneyimlerini

kullanarak bu durumla baş etmeye çalıştığını açıklamıştır. Aile de depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri yüksektir.

2.1.5.1 Sağlıklı aile

Sağlıklı aileler fonksiyonlarını çok iyi yerine getirirler. Aile üyeleri aile içi iletişimden memnundur ve psikolojik olarak sağlıklıdır (Nazlı 2014, s. 23). Sağlıklı aileler başarılı, mutlu ve dengelidirler hangi sorunu nasıl ele alacaklarını bilirler, bu sorunlara gerektiği kadar enerji harcayıp gerçekçi planlar yaparlar (Gladding 2015, s. 32).

Çopur ve diğ.(2012) tarafından yapılan araştırmada da daha modern toplumsal cinsiyet rollerini benimseyenlerin daha sağlıklı aile içi iletişime sahip oldukları görülmüştür. Buna göre bireylerin aile işlevlerini eşitlikçi bir çözüm ile ve herkese uygun dengeli bir işbölümü çerçevesinde yerine getirmeleri, sağlıklı bir ailenin en önemli özelliğidir.

Genel olarak bakıldığında sağlıklı aileler aile bireyelerine ve aileye bağlılık, karşılıklı kıymet bilme, yakınlık, birlikte zaman geçirmeye istekli olma, etkili iletişim örüntüleri, yüksek düzeyde dini/tinsel oryantasyon, kriz durumlarında olumlu bir şekilde baş edebilme yetisi, aile bireyelerini destekleme/cesaretlendirme ve açık-seçik roller özelliklerini göstermektedir (Gladding 2015, s. 32).

Nichols ve Schwartz (2007)'a göre ailenin sağlıklı işlev göstermesi hiç problem yaşamadığı anlamına gelmemektedir sadece bu problemlerle başa çıkabilme becerisine sahip olan ailelerdir. Sağlıklı ailelerde bireyler yaşadıkları çatışmalar hakkında iletişime geçebilmektedir. Kendi duygularını ve karşı taraftan ne tür davranış değişiklikleri beklediklerini eleştirmeden ve şikâyet etmeden açık biçimde ifade edebildiklerinde uygun bir aile içi ilişki örüntüsü sağlanabilmektedir.

2.1.5.2 Sağlıksız aile

Fonksiyonel olmayan ailelerin birden fazla biçimi olabilir bu nedenle sağlıksız aile kavramı sadece bir aile biçimini ifade etmez (Nazlı 2014, s. 26). Sağlıksız aileler, sağlıklı ailelerde görülen duyguları paylaşma, anlama, bireysel farkların kabulü, ilgi ve sevginin iletilmesi, iş birliği, mizah, temel gereksinimlerin karşılanması, problemlerin çatışmaya girmeden çözülmesi, toplumsal normlara sahip olma, bireylerin aralarında sözleşme ve sorumluluk alması, karşılıklı takdir duygularını kullanarak ifade etme,

iletişim, boş zamanlarda birlikte zaman geçirme isteği, manevi değerlere inanmak (Özgüven 2017, ss. 71-72) gibi özelliklerden birkaç farklı fonksiyonun aynı anda yeterince yerine getirilememesi nedeniyle oluşabilir.

Sağlıksız ailelerde genelde ya çok fazla iç içe geçme ya da kopukluk söz konusudur. Bulut (1993) 'un ifadesine göre iletişim temellerini yeterince yerine getirememek bireyler arasındaki iletişimin bozuk olması ve belirli rol ve görevlerin zorla bireylerin üzerine yüklenmesi sağlıksız ailelerin ortak yönlerindedir. Sağlıksız ailenin temelinde birbiri ile anlaşamayan, farklı ego ideallerine sahip olan, aralarında iyi bir iletişim ve etkileşim kuramamış olan eşlerin bulunması söz konusudur Sağlıksız aileler genelde sorunlarına ortak çözüm aramazlar ve üyeler arasında gerçek bir yakınlık bulunmaz.

2.1.6 McMaster Aile İşlevselliği Modeli

Kır(2011)'ın ifadesine göre bir sistemi başka bir sistemden ayıran onun toplumdaki işlevselliğidir. Bu bağlamda ailenin işlevselliği var oluşuna uygun olarak içinde bulunduğu topluma uyum sağlaması ve topluma yaptığı katkıdır.

Miller ve arkadaşlarına(2000) göre ailenin tüm birimleri birbiriyle ilişkilidir ve bir parçasını diğerlerinden ayrı tutarak anlamak mümkün değildir. Aile işleyişi basit bir şekilde anlaşılabilir ve tek tek alt gruplarını veya aile üyelerini incelemek gerekir. Bir ailenin yapısını ve organizasyonunu en önemli derecede aile üyelerinin davranışları belirler. Aile sisteminin işleyiş kalıpları aile üyelerini birbirleriyle olan davranışlarını şekillendirir (Mesutoğlu 2012, ss. 30-31).

Bu modelde tüm işlevler birbirleri ile ilişkilidir, bu nedenle aile sisteminin anlaşılması için tüm işlevlerin incelenmesi gerekmektedir ve McMaster modeli, aile işlevselliğinin tanımlanması ve gerekli durumlarda müdahale eden kişilere kılavuz olmak amacı ile geliştirilmiştir (Deniz ve Göller, 2017).

Bu model ailede yaşanan güçlüklerle ilgili ailelerin yapısı, organizasyonu ve etkileşimsel biçimi ile bu etkileşimsel biçimdeki işlevsizlikleri anlamlandırmak amacıyla bazı aile işlevlerini alt boyutlarda incelemiştir (Tümer 2018, s.58). Problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler bu alt faktörleridir.

2.1.6.1 Problem çözme

Problemi hayatımızda ne zaman çıkabileceği belli olmayan bireyin başına gelmesini istemeyeceği zor ve karmaşık süreç olarak tanımlayabiliriz. McMaster modelinde de problem ailenin çözüm bulmakta güçlük çektiği ve ailenin bütünlüğü ile işlevsellik kapasitesini tehdit eden durum olarak tanımlanır (Bishop ve ark., 2000). Problemleri araçsal ve duygusal problemler olmak üzere iki grupta inceleyecek olursak; araçsal problemler paranın günlük hayatta nerede, nasıl idare edilmesi, harcanması ve tasarrufu gibi mekanik durumları içerir. Duygusal problemler ise bireylerin birbirleriyle ve etkileşimleri ile duygusal deneyimleri ile ilişkili problemlerdir (Bishop ve ark., 2000).

Problem çözme becerisi ise, bireylerin farklı yeteneklerini kullanarak ve eskinin yanına yeni stratejiler ekleyerek yeni çözüm yolları bulması olarak tanımlanır (Kamışlı 2018; Azaklı 2017; Yalçın, Tetik ve Açıkgöz 2010; Korkut 2002). Problem çözme, ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanmaktadır. Sorunun ortaya çıkışından çözümlenmesine kadar olan dönemi kapsar (Bulut, 1990).

Problem çözme için kullanılan modeller incelendiğinde 1910 yılında John Dewey'in öne sürdüğü modelden çok fazla farklılaşmadığı görülmektedir (İşmen 2001, s.116). Sungur(1992)'a göre problem çözme şu şekilde gerçekleşmektedir: problemi çözmeyi gereksinme, problemi tanıma, çözüm seçenekleri arama, çözüm eylemini kararlaştırma, çözüm eylemini uygulama, çözümü değerlendirme.

2.1.6.2 İletişim

İletişim basit bir şekilde duygu, düşünce ya da bilgilerin söz, devinim, yazı, görüntü gibi araçlarla başkalarına aktarılması ve paylaşılmasıdır. (Üstübal 2015, s.7). Her ailenin kendine özgü iletişim sistemi vardır ve bu sistem benzersiz bir geçmiş, şimdiki zaman ve gelecek beklentisiyle süreklilik halindedir. Geçmiş, şu an ve gelecek ailede sürekli etkileşimdedir. Aile üyelerinin oluşumundan itibaren geçmiş deneyimleri, mevcut etkileşimleri ve iletişimleri açıkça etkiler. Bu etkileşim ailenin iletişim şeklini oluşturmaya başlar (Erdoğan 2018, s. 40).

Ailede yapısı gereği, yüz yüze ve sürekli bir iletişim mevcuttur. Eşler ve anne baba ile çocuklar arasında yaşanan tüm etkileşimin, iletişim kalitesini belirlemesi yönünden önemlidir. Bu nedenle aile üyelerinin, eşlerin, kişiler arası iletişimin özellikleri ve iletişim becerileri konusunda bilinçlenmeleri gereklidir (Önder 2003, ss. 185).

İletişim şekli, ailenin mevcut durumunu, gerçekliğini tanımlar. Bir toplum nasıl ki gelenek ve göreneklerini iletişim yoluyla aktarıyorsa toplumun sosyolojik alt boyutu olan aileler de geleceğe yönelik gerçekliklerini iletişim yoluyla sürekli olarak yeniden müzakere ederler ve kurarlar. Bu nedenle, aileye bir bütün olarak bakmak, onu bir bütün olarak değerlendirmek tek bir üyeden yola çıkmadan her bir bireyin aileyi oluşturduğunu unutmamak gerekir. Aile tek boyutlu ikili ilişkilerden oluşmaz, iletişim kalıpları ve süreçleri karmaşıktır. İletişim, iki aile üyesi arasında olsa bile her zaman bütün bir aile sisteminde oluşur.

Mcmaister modelinde iletişim ile anlatılmak istenen, ailenin duygu ve bilgi alışverişinin yoğunluğunun ne kadar ve nasıl olduğudur. Bununla birlikte bu süreçte ailelerin iletişimlerinin açık ya da kapalı olup olmaması ve doğrudan ya da dolaylı olup olmamasına da önem verilir. (Şahin 2012, ss.25-26). Aile de iletişim kalıbının dolaylı, belirsiz olması ve kapalı bir aile sisteminin olması işlevsel olmayan sağlıklı aile eğilimine işaret etmektedir (Goldenberg ve Goldenberg 2000). Bu bağlamda kişiler arası etkileşim ve iletişimin en yoğun olarak gözlenebildiği aile iletişiminde eşler arası ilişkilerde derin bir şekilde etki eden faktör kadın ve erkeğin evliliğe, çocuğa, sosyal statüye yükledikleri anlama göre şekillenmektedir (Atan 2016, ss. 14-15). Kaliteli ve sağlıklı bir aile yaşamı işlevini kaybetmeden aile birliğini koruyan açık ve etkili iletişimi olan aileler kendilerini koruyarak güçlenirler ve sağlıklı olma eğilimleri olumlu yönde ilerler süreklilik kazanır.

2.1.6.3 Roller

Aile, birbirine etki eden, her bakımdan çeşitli roller çerçevesinde toplanan insanlardan meydana gelmiştir (Günay ve Bener 2011, s. 159). Ailedeki roller; kadın ve erkeğin temel sosyal haklar ve maddi konularda karar alma ve uygulama, uygulanan bu kararlar doğrultusunda sorumluluk alabilme ve dağılımının nasıl olduğu ile yakından ilgilidir. Eşler arasındaki sosyal alanda dağılan faaliyetler ve duygu modelleri temel sosyal kararlardır. Bu kararlar aile ile ilgili diğer sosyal kurumların etkileşim alanlarını önemli

ölçüde etkiler. Temel ekonomik kararlar ise aile amaçlarını ve kaynaklarını yönetir bu kaynakların nasıl kullanılacağı ile ilgili durumları kapsar.(Şafak 1989, s. 35).

McMaster modelinde roller ailenin kaynaklarını kullanımı, eşlerin çocuğa ve birbirlerine bakıp büyütme, birbirlerini destekleme ve aile üyelerinin kişisel gelişimlerine katkı sağlama, aile sistemini idare edip sürdürme gibi konularda davranış biçimleri geliştirip değişen ekonomik ve sosyolojik durumlar karşısında bu davranış biçimlerini geliştirip geliştirmedeği üzerine odaklaşmaktadır (Yıldız 2011, s. 30). Roller ile ilgili boyut, görevlerin belirgin ve eşit olarak açık bir şekilde aile üyelerine dağılımı ile görevlerin aile üyeleri tarafından paylaşılarak sorumluluklarını bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini de içermektedir (Bulut 1990).

2.1.6.4 Duygusal tepki verebilme

McMaster modelinde duygusal tepki verebilme aile üyelerinin her türlü nicel ve nitel uyaran karşısında durumuna ve sürece en uygun tepkiyi gösterebilmesi anlamına gelmektedir (Genç 2018 ,s. 30). İşlevini yerine getiren ailede, aile üyeleri her türlü duygularını ağırlıklı bir şekilde sözle veya hareketlerle ifade edebilir (Bulut 1990). En uygun tepki sadece sevgi, mutluluk, neşe gibi olumlu duygular değil aynı zamanda kırgınlık üzüntü, korku gibi olumsuz duyguları da içermektedir. Sağlıklı ailede bu duygusal tepkiler uygun ve çeşitlidir (Coşkun 2007). Duygusal olmada tek başına aile üyesinin kendi duygularını ifade etmesi göstermesi yeterli değildir. Diğer aile üyelerinin gösterdiği duygulara da tepki vermesi önemlidir, karşılıklı etkileşim olmalıdır (Zorbaz ve Owen 2013, s. 60). Aile üyeleri arasında duygusal katılım farklı biçimde olabilir. Bireylerde katılım olmayabilir, zorunlu-gönülsüz katılım olabilir, narsistik katılım olabilir, empatik katılım olabilir, sembiyotik katılım olabilir. Bunlardan en sağlıklı işleve sahip olanı empatik katılım, en sağlıksız işlevse sahip olanı ise sembiyotik katılımdır (Zeitlin ve ark. 1995). Başka bir ifadeyle aile üyelerinin birbirlerine karşı verdikleri duygusal tepkilerde düzey çok önemlidir. Sağlıklı işlev gösteren aileler bu duyguları dengeli yaşarken, sağlıksız işlev gösteren aileler ya bu duyguları abartılı yaşamakta ya da hiç göstermemektedirler. Bu bağlamda birbirleriyle ve birbirlerinin eylemleriyle ilgilenmeyen aile işlevsel olmayan olarak; birbirlerine ve birbirlerinin eylemlerine aşırı ilgi gösteren aileler de işlevsel olmayan olarak tanımlanmaktadır (Zorbaz ve Owen 2013, s. 61).

2.1.6.5 Gereken ilgiyi gösterebilme

McMaster modelinde gereken ilgiyi gösterebilme aile üyelerinin gösterdiği ilgi bakım ve sevgiyi içerir. Bir düzey belirtmek gerekirse genel olarak en sağlıklı aileler birbirleriyle orta düzeyde ilgilenirken az veya aşırı düzeyde ilgilenen aileler bu konudaki işlevlerini yeterince yerine getiremiyorlar demektir (Şahin 2012, ss. 25-26). Aşırı ilgilenme aile üyelerinin birbirine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise birbirlerine duygusal ve fiziksel anlamda uzak olduğunun göstergelerindedir (Bulut 1990).

2.1.6.6 Davranış kontrolü

McMaster modelinde davranış kontrolü aile üyelerinin davranışlarında kararlı olma ve bu doğrultuda aldığı kararları uygularken disiplin sağlama biçimidir (Şahin 2012, ss. 25-26). Bu alt boyutta aile bireylerinin, eşlerin kriz durumlardaki psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışları değerlendirilir. Aile üyelerinin davranışlarının çok esnek oluşu ya da katı oluşu ve bu davranışları uygularken kararsız ve tutarsız oluşu davranış kontrolü boyutunda önemlidir (Bulut 1990). Başka bir deyişle ailede davranış kontrolü

ailenin, üyelerinin davranış standartlarını belirleme ve disiplin sağlama biçimini içermektedir. Aynı zamanda bu boyut diğer boyutları önemli ölçüde etkilemektedir. Örneğin problem çözme alt boyutu düşünüldüğünde çözüm için karar verme ve çözüm sürecini etkileyen davranış örüntülerinde davranış kontrolü sağlandığında ve tutarlılık olduğunda aile sağlıklı işlevini devam ettirebilir (Zorbaz ve Owen 2013, s. 61).

2.1.6.7 Genel işlevler

McMaster modelinde genel işlevler problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme ve davranış kontrolü altı boyutunu kapsayacak şekilde tüm işlevlerin değerlendirilmesi anlamına gelmektedir (Bulut, 1993)

2.2 PREMATÜRE BEBEK

2.2.1 Prematüre Bebek Tanımı

Normal hamilelik süresi (gestasyon süresi) son adet başlangıç gününden sonra 280 gün veya 40 haftadır (Akman 2015 s.10). Nörolojik olarak riskli bebek grubunda yer

alan prematüre bebekler 37. gebelik haftasından önce doğan bebekler olarak tanımlanır. Tüm gebeliklerin yaklaşık olarak yüzde 10'u bir veya birden fazla risk içerebilir. Prematüre bebekler başka bir ifadeyle aceleci bebekler genellikle aileleri ile dünyaya beklenmedik zamandaki doğum sonucunda karşılaşırlar. Kendi aile krizlerini yanlarında getirirler. Prematüre bebekler gestasyon haftasına ve doğum ağırlığına göre özel gereksinim ve bakımlarını destekleyici olarak 2 şekilde sınıflandırılmıştır.

Gestasyon haftasına (GH) göre 3'e ayrılmaktadır:

1. İleri derecede prematüre (GH 24-31 haftalık)
2. Orta derece prematüre (GH 32-36 haftalık)
3. Sınırdaki prematüre (GH 37 haftalık)(Can, Çoban & İnce, 2002)

Petere ve Warshaw (2006)'a göre bebekler doğum ağırlığına göre 3'e ayrılmaktadır:

1. Düşük doğum ağırlıklı preterm (DDA): 2500 gramdan düşük doğan bebekleri kapsar.
2. Çok düşük doğum ağırlıklı preterm (ÇDDA): 1500 gramdan düşük doğan bebekleri kapsar.
3. Aşırı düşük doğum ağırlıklı preterm: 1000 gram ve altında doğan bebekler kapsar.

2.2.2 Prematüre Doğum Nedenleri

Prematüre doğumların yüzde 70'inde prematür eylem vardır. Rahmin kasılması ve rahim ağzının açılması hamilelik süresi dolmadan oluşursa prematür eylem olarak adlandırılır. Bu durum bazen gebenin suyunun erken gelmesine neden olabilir. Bunun dışındaki yüzde 30'unda ise tıbbi sorunlardan gebelik zehirlenmesi gibi tıbbi nedenlerden dolayı kadın doğum uzmanı doğumun gerçekleşip gerçekleşmeyeceğine karar verir (Akman 2015, s. 14). Prematüre doğumlarda risk arttıran etmenler aşağıdaki gibidir:

- a. Annede yüksek tansiyon olması
- b. Annede diyabet olması
- c. Anne rahmindeki sorunlar (Rahim ağzı yetmezliği gibi)
- d. Annede enfeksiyon olması (İdrar yolu, genital enfeksiyon...)

- e. Plasenta problemleri
- f. oğul gebelik
- g. Bebeğin sıvı kesesindeki sıvının fazla olması
- h. Gebeliğe eşlik eden iyi kontrol edilmemiş sistemik hastalıklar(Diyabet, kalp, börek, troid hastalıkları)
- i. Annenin daha önce prematüre doğum yapmış olması
- j. Annenin sigara, alkol ya da madde kullanmış olması
- k. Annenin çalışma şartlarının aşırı ağır olması
- l. Stres
- m. Anne yaşının 18'den küçük-40'tan büyük olması
- n. Tüp bebek gibi yardımcı üreme teknikleri sonucu oluşan gebelikler ve
- o. Nedeni bilinmeyen olarak sıralanabilir(Candemir 2017, s.14).

2.2.3 Prematüre Bebeklerin Geçirdiği Rahatsızlıklar ve Ameliyatlar

Uludağ (2008)'m da ifade ettiği gibi prematüre bebekler maalesef, yaşamlarının ilk günlerinden itibaren uzun bir süre anne yanında değil, yoğun bakım ünitelerinde, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ve ameliyatlara mücadele ederek geçirmektedir. Preterm bebeklerde görülen neonatal dönem sorunları, bebeğin matüritesi ile ters orantılıdır. Gebelik haftası düşük olanlarda, neonatal döneme ait sorunlara daha sık rastlanmaktadır. Bu sorunlar pretermlerdeki morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (Durankuş 2015, s.4).

2.2.3.1 Solunum problemleri

2.2.3.1.1 Prematürenin solunum sıkıntısı hastalığı (*Respiratuvar distres sendromu (RDS)*)

RDS, yenidoğanlarda sürfaktan eksikliğinin sonucudur. Klinik olarak prematüre bebeğin; solunum sıkıntısı, interkostal-subkostal çekilmeler, burun kanadı solunumu, siyanoz ve artmış oksijen ihtiyacı vardır (Wambach ve Hamvas 2015, ss. 1074) Stoll ve Kliegman (2011)'m açıkladığı üzere RDS, preterm bebeklerdeki mortalite ve morbiditenin en önemli sebeplerinden biridir. Görölme sıklığı, doğum ağırlığı ve gebelik haftasıyla ters orantılı olarak artar. Yani doğum haftası arttıkça görölme sıklığı azalırken doğum haftası azaldıkça görölme sıklığı artar. Gebelik haftası 28 haftadan

küçük bebeklerde yüzde 60- 80, 32- 36. haftada yüzde 15- 30, 37 haftadan büyüklerde yüzde 5 oranında görülür.

2.2.3.1.2 Prematürenin apne ve bradikardisi

Tuncer (2007) ve Gomella (2012) apneyi; solunumun 20 saniyeden daha uzun süreyle durması veya 10 saniyenin üzerinde solunum durmasına oksijen saturasyonunda düşme ya da bradikardinin eşlik etmesi olarak ifade etmiştir. Sıklıkla 1500 gramın altındaki prematüre bebeklerde görülür. Sıklığı doğumdan sonraki ilk 2 ay içinde azalır ancak çok küçük prematürelere postkonsepsiyonel 44. haftaya kadar devam edebilir (Özvarol 2013, s. 21). Bradikardi, prematüre bebek için kalp hızının dakikada 80'den daha az olduğu kalp hızındaki yavaşlamadır (Akman 2015, s. 36). Genellikle apneye yüzde 95 oranında bradikardi eşlik etmektedir. Bradikardinin sıklığı ve ağırlığı bir önceki apne atağının süresi ve hipoksinin derecesi ile ilişkilidir. Ağır bradikardi, serebral dolaşım bozukluğuna yol açar (Durankuş 2015, s. 5).

2.2.3.1.3 Prematürenin kronik akciğer hastalığı (Bronkopulmoner displazi (BPD))

Kronik akciğer hastalığı doğumdan sonraki 28. günden sonra ek oksijen ihtiyacının devam etmesi ve akciğer grafisinde kalıcı değişikliklerin olması veya postkonsepsiyonel 36. haftada halen ek oksijen ihtiyacının olması şeklinde tanımlanabilir (Eliçık 2014, s.7). İlk olarak Northway ve arkadaşları tarafından yapılan BPD (klasik BPD) tanımlamasında 30-37. gebelik haftasında doğmuş bebeklerin RDS nedeniyle yüksek basınç ve oksijen stratejileri ile ventile edildikleri, bu seyri takiben BPD geliştiğine dikkat çekilmiştir. Preterm bebeklerin yüzde 20'sinde, 26. Gestasyon haftasının altında doğanların yüzde 60'ında meydana gelir (Akman 2017, s. 199). Neonatolojideki teknolojik gelişmeler, antenatal steroid uygulamaları ile sürfaktanın kullanıma girmesi modern ve daha az travma edici ventilasyon tekniklerinin kullanılması ile BPD'nin ortaya çıkış şekli değişmiştir.

2.2.3.2 Merkezi sinir sistemi ile ilgili problemleri

2.2.3.2.1 Prematüre bebeğin beyin hasarı (Periventriküler lökomozi (PVL))

Beyindeki beyaz madde hasarını tanımlamaktadır. Beyaz cevherde hücresel zedelenme sonucu yumuşama ve daha sonrasında beynin bir kısmında kıstık lezyonların

oluşmasıdır prematüre bebeklerde termlere göre daha fazla görülür. Buna neden olarak gestasyon yaşının ve vücut ağırlığının düşük olması gösterilebilir. 32. Gestasyon haftasının altında doğan prematüre bebekler PVL için en riskli gruptur. Prematüre bebeklerde en önemli serabral palsi nedenidir.

2.2.3.2.2 Beyin içi kanama (Intraventriküler kanama(IVK))

Yenidoğanda beyin içi kanamalar arasında en sık görüleni intraventriküler kanamadır ve pretermlere özgüdür. İleri pretemlerin günümüz tıp teknolojisi ile yaşatılabilmesiyle bu bebeklerde IVK ciddi bir problem olmaya devam etmektedir. Preterm dönemde damarlar kas, elastin ya da kollajenden yoksun tek tabakalıdır. Yenidoğan döneminde solunum problemi olan pretermilerin serebral kan dolaşımı ve otheregölasyon yetenekleri kısıtlıdır. Bundan dolayı beyindeki perfüzyon sistematik kan basıncına bağlıdır. Arterial kan basıncındaki ani artışlar beyin kan akışını artırır ve intraventriküler kanamanın oluşmasında büyük rol oynar (Altunalan 2015, s.8).

2.2.3.3 Kalp ve dolaşım sistemi ile ilgili problemleri

2.2.3.3.1 Patent ductus arteriosus (PDA)

Patent Duktus Arteriosus (PDA) yenidoğanlarda en sık görülen kalp ve dolaşım sistemi ile ilgili rahatsızlıktır. Preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde yaşamlarının ilk 3 günlerinde görülme sıklığı yüzde 40-60 arasındadır. PDA RDS'si bulunan düşük doğum ağırlıklı bebeklerde daha sık görülür (Altunalan 2015, s.21). Normalde fetüste aorta (ana atar damar) ile akciğer atardamarları arasındaki bağlantıyı sağlayan tek damar vardır. Bu damar bebek doğduktan sonra yüksek oksijenli ortama geçtiğinde büzülür, sonrasında tamamen kapanması beklenir. Prematüre bebeklerin bir kısmında bu damar kapanmaz ve kalbin vücuttaki yükünün artırır bu da PDA olarak tanımlanır (Akman 2015, s.41).

2.2.3.4 Beslenme problemleri

Prematüre bebeklerin pek çok tıbbi sorununun olması, bağırsaklarının gelişiminin tamamlanmamış olması nedeniyle doğdukları gün bebekler için en iyisi olan anne sütüyle beslenemezler. Bu nedenle ihtiyaçları olan kalori ve proteini serum yoluyla alırlar. Anne sütüyle beslenmeye uygun olduklarında çok küçük miktarda da olsa anne

sütü verilir. Gestasyon yaşı 33. Haftadan küçük olan prematüre bebeklerde emme ve yutma refleksi gelişmemiştir. Bu nedenle bebeğin uygun yaşamsal refleksleri sağlayana kadar beslenmesi ağızdan mideye giden bir beslenme sondasıyla sağlanır. Prematüre bebeklerin mide kapasiteleri küçük ve mide boşaltmaları yavaştır. Buna bağlı olarak prematüre bebeklerin çoğunda reflü, kabızlık ve bağırsak iltihabı görülmektedir (Akman 2015, s.47).

2.2.3.5 Prematürenin barsak iltihabı (Nekrotizan entrokolit(NEK))

Bebeğin henüz gelişmeye devam eden bağırsak yapısında görülen sindirim sorunlarına NEK adı verilmektedir. Henüz olgunlaşmamış bağırsaklarda besinlerin tam olarak sindirilememesi, dokulara yeterli oksijen gelmemesi ve bağırsak enfeksiyonu sonunda NEK meydana gelebilir. Karın çevresindeki şişlik, kusma solunum problemlerinde artış gibi tanılar ile yapılan kan testleri, röntgen veya muayene bulguları ile teşhis konulur (Candemir 2017, s.32). Yenidoğan döneminde görülen bu hastalık özellikle prematüre bebeklerde bebeğin kaybına yol açan en tahmin edilemeyen ve bebeğe en çok zarar veren hastalıktır. Bebeklerin olgunlaşmamış anatomik yapısı ve refleksleri nedeniyle beslenme problemlerinin etkisiyle ilişkilidir. Görülme sıklığı yüzde 6-7'dir. Özellikle ÇDDA'lı bebeklerde ciddi ve yüksek maliyetli bir hastalıktır. Düşük doğum haftası ve düşük doğum ağırlığı asfiksi ve NEK riskini arttırmaktadır (Altunalan 2015, s. 10).

2.2.3.6 Prematüre bebeğin göz hastalıkları (Prematüre retinoplastisi (ROP))

Prematüre bebeklerde oksijen tedavisi sonucunda retinal kan damarlarının gelişmemesi sonucunda oluşan göz hastalığıdır. Diğer hastalıklar gibi ROP görülme sıklığı da gebelik haftası ve doğum ağırlığı ile ters orantılıdır (Durankuş 2015, s.10) Prematüre Retinopatisi (ROP) riskli prematürelerin en önemli göz hastalığı olup çocukluk çağında körlüğün de başlıca nedenidir (Kucur 2017, ss.16-17).

Amerikan pediatri akademisi (2006)'ne göre güncel yaklaşım, 32. gestasyonel haftasının altında veya 1500 gram altında doğan tüm prematüreler ve daha büyük olan ancak risk faktörleri olan prematürelerin prematüre retinopatisi muayenesine alınması şeklindedir. İlk muayene 4. haftada ya da çok erken prematüreler için en erken 31. haftada yapılmalıdır ve düzeltilmiş 42. haftaya ve retina olgunlaşmasını tamamlayana kadar haftada bir devam edilir.

2.2.3.7 Enfeksiyonlar

Prematüre bebekler doğum öncesinde, doğum kanalından geçerken veya yoğun bakımda yatarken enfeksiyon kapabilirler. Prematüre bebeklerin bağışıklık sisteminin olgunlaşmaması, anneden bebeğe geçen koruyucu maddelerin geçişinin yeterince olmayışı, ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatarken yapılan tıbbi girişimler prematürelerde enfeksiyonun kolay kapılmasına neden olan etmenlerdir. Enfeksiyonu olan bebeğin hareketleri azalır, solunumu düzensizleşir, rengi soluktur ve vücut ısısı dengesizdir. Prematüre bebekler hassa bünyelerinden dolayı kandan, idrardan gerekirse omurilik sıvısından enfeksiyon olup olmadığı takip edilmelidir (Akman 2015, ss. 56-57).

2.2.3.8 Sarılık (Hiperbilirubinemi)

Sarılık, yenidoğanda en sık görülen klinik bulgulardan biridir ve Oran(1995) sarılığı hemoglobinin, hem parçasının yıkım ürünü olan ve karaciğer tarafından atılan bilirubin plazma düzeyinin, cilt ve sklerayı sarıya boyayacak kadar yükselmesi olarak ifade etmektedir. Kaplan ve diğ.(2011) sarılığın term bebeklerde 10 günden, pretermelerde 14 günden fazla sürmesini uzamış sarılık olarak belirtmiştir. Fizyolojik sarılık ise yaşamın ilk haftasında ortaya çıkan geçici bilirubin yükselmesidir. Fizyolojik sarılık en yüksek seviyeye yaşamın ilk 3 gününde ulaşır ve bir hafta içerisinde kalıcı bir etki bırakmadan geçmesi, normal seviyeye inmesi beklenir. Ancak bu durum prematüre bebeklerde en yüksek seviyeye 5.-7. günlerde ulaşır ve daha uzun bir süre sonra normal seviyeye iner. Prematürelerin hem gestasyon haftasının küçüklüğü hem de doğum ağırlığının azlığı sarılık geçirme riskini daha da arttırmaktadır. Prematüre bebekler term bebeklere kıyasla, bilirubin ensefalopatisi yönünden daha riskli gruptur. Bu nedenle yapılan işlemler term bebeklere göre çok daha farklıdır (Eliacıık 2014, s. 21).

2.2.3.9 Kansızlık (Anemi)

Doğum ağırlığı ve doğum sonrası yaş için hemoglobinin normal sınırdan düşük olması olarak tanımlanır. Prematüre anemisi doğumdan sonraki 1 ya da 3 ay içerisinde ortaya çıkar. Prematüre bebeklerde solukluk, emmede refleksindeki yetersizlik, apne, tartı alımında azalma, ve beslenme problemleri ile eşlik eder. Prematüre anemisinin gelişmesindeki önemli faktörlerden birisi eritrosit yaşam sürelerinin term bebeklere göre

daha kısa olması, sık kan alınması, hızlı büyüme, demir depolarının yetersiz olmasıdır (Durankuş 2015, s.10).

2.2.3.10 İşitme problemleri

Angel (2004) 28. gestasyon haftasından küçük doğan bebeklerin yüzde 3'ünden fazlasında işitme problemleri olduğunu ifade etmiştir. Gkoltsiou ve diğ.(2008)'ne göre özellikle prematüre bebeklerde yüksek oranda görülen işitme problemlerinde, prenatal faktörlerin ve yenidoğan dönemindeki komplikasyonların işitme fonksiyonuna verdiği zararın etkisi olduğu bilinmektedir.

2.2.4 Prematüre Bebeklerin Hastane ve Taburculuk Sonrası Süreçleri

2.2.4.1 Prematüre bebeklerin hastane süreçleri (Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ))

Çeşitli sağlık problemleri nedeniyle prematüre bebekler hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde küvözde bakım alma ihtiyacındadırlar. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak farklı ülkelerde teknolojik olanaklar ve küvöz yetersizliği nedenleriyle prematüre bebeklerin hayatta kalma oranları azalabilmektedir (Peker 2015, s.19).

Çökelek (2012) yenidoğan servislerinin düzenlenmesi, toplumdaki doğurganlık hızı, yıllık nüfus artışı, hasta yenidoğanın özellikleri, neonatal ve perinatal mortalite oranlarına göre yapıldığını ifade etmiştir. Yenidoğan yoğun bakım servisleri kendi içerisinde 4 düzey barındırmaktadır. Düzey I, temel yeni doğan yoğun bakımının verildiği düzeydir. A ve B olarak 2'ye ayrılır. Düzey IA doğum sonrası sağlıklı bebeklerin değerlendirildiği ve fototerapi yapıldığı düzeydir. Düzey IB daha yüksek hızla iyileşmesi beklenen gestasyon haftası 34'ten büyük doğum ağırlığı 1800 gramın üzerinde olan bebeklerin bakım gördüğü düzeydir. Nazal oksijen desteği, orogastrik/nazogastrik yolla beslenme gibi küvöz içi girişim ve tedavinin yapıldığı düzeydir. Düzey II yüksek bağımlı yenidoğanların bakımının olduğu özel bakım ihtiyacının karşılandığı düzeydir. A ve B olarak iki ye ayrılır. Düzey IIA gestasyon haftası 32 ve üzerinde doğum ağırlığı 1500 gramın üzerinde olan bebeklerin bakım gördüğü düzeydir. Düzey IIB kısa süreli mekanik ventilatör tedavisi (24 saatten az) veya sürekli pozitif basınçlı ventilasyon desteği gibi küvöz içi girişimlerin daha ağır olduğu düzeydir. Düzey III aşırı bakıma ihtiyacı olan yenidoğanların bulunduğu

düzyedir. A, B ve C olarak 3'e ayrılır. Bu düzey yenidoğanların gestasyon haftası ve doğum ağırlığına bakılmaksızın ihtiyacı olan bakımın verildiği yoğun bir şekilde tıbbi küvöz içi girişimlerin yapıldığı düzeydir. A düzeyinde uzmanlar arası danışmanın olduğu düzeydir. B düzeyinde daha yoğun bir uzman görüşü vardır ve temel cerrahi işlemler yapılır. C düzeyi, diyaliz veya konjenital kardiyak deformitelerin cerrahisine ihtiyacı olan bebeklerin bulunduğu düzeydir. Düzey IV genellikle üniversitelerin bulunduğu bölgesel tıbbi merkezlerinde bulunan daha kompleks yenidoğan yoğun bakımının verildiği, ileri tanının olduğu bebeklerin bulunduğu düzeydir (Çelik 2015, ss. 4-8).

Hastane sürecinde bebeğin olumlu yönlerini aileye-eşlere göstermek için her türlü fırsatı kullanılmalı, bakıma katılmalarına izin verilmeli, anne-baba bebeği tutması için teşvik edilmelidir. Annenin ve babanın bebek taburcu edilmeden önce en az 24 saat, mümkünse daha uzun bir süre ünitedeki bir odada (aile odası) ya da oluşturulan geçiş ünitelerinde bebeği ile birlikte zaman geçirmesine olanak tanınmalıdır (Yıldız 2009, ss. 13-14).

2.2.4.2. Prematüre bebeklerin taburculuk sonrası süreçleri

Prematüre doğan bebeklerin anne babaları üç farklı taburculuk evresinden geçmektedir. İlk evre taburcu olduktan sonraki ilk 6 aydır. Eşler bu dönemde anne ve baba olmanın, ebeveyn olmanın heyecanını mutluluğunu yaşarlar. Bebekleriyle birlikte eve döndükleri için sevinçlidirler. İkinci evre ise bu dönemden sonra, 6 ay kadar süren umutsuzluk evresidir. Eşler bu dönemde prematüre bebeklerini term bebeklerle karşılaştırır ve onlara göre daha küçük ve bakıma daha fazla ihtiyacı olan bebeklerinin farkına varırlar. Bu da eşlerin depresyon anksiyete ve stres düzeylerini etkiler. Son evre prematüre bebeğe sahip olduklarını kabullenme evresidir. Bu dönemde eşler prematüre bebeğe sahip olmanın getirdiği görev ve sorumlulukların bilincindedir ve bu durumu kabullenerek normal yaşamlarına dönerler. Prematüre bebeklerinin durumu hafif bir gecikme ile ve iyileşme süreci kısa ise ve bunlara komplike rahatsızlıklar eşlik etmiyor ise bu süreç daha da kısa sürmektedir (Karaaslan 2008, ss.25-26).

Taburculuk planlaması bebek hastanedeyken yani aile hastane sürecini yaşarken bebeğin klinik durumuna, gestasyon haftasına, doğum ağırlığına göre değişkenlik

gösteren bir planlamadır. Prematüre bebeğe sahip eşlerin taburcu olduktan sonraki en önemli ihtiyaçları bebeğin bakımına ait bilgilendirme. Bu bilgilendirmenin gerçekleşmesi gereken süreç ise bebeğin hastaneden taburcu olana kadar geçen süreç olmalıdır. Bu yüzden taburculuk öncesinde eşlerin eve geçtiklerinde nelerle karşılaşabilecekleri, evin bebeğe uygun bir ortam olarak düzenlenmesi, aile bireylerinin bebekle ilgili bilgilendirilmesi ve daha sonrasında prematüre bebeklerin takibinin evde yapılması oldukça önemlidir. Bebeğin alt bakımı, beslenme, emzirme, uyku düzeni, ağız bakımı, göz bakımı, banyo eğitimi, evdeki süreçte dikkat edilmesi gerekenler ve kullanılan ilaçlar bebeklerin taburculuğuna kadar her aileye verilen eğitimlerdir.

2.4 AİLE SİSTEMİNDE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES

Prematüre bebekleri YYBÜ'ne yatan anne-babaların artmış kaygı, depresyon ve travma belirtileri gösterdikleri bilinmektedir. Gebelik sürecinin beklenildiği gibi sonlanmaması eşleri bilmedikleri bir sürecin içerisinde bırakırken aynı zamanda bu durum eşlere birçok duygu geçişi yaşatmaktadır. Yeni anne-baba olmanın duygusal fırtınasına ek olarak; hasta bir bebeğe sahip olma, ünitenin stresli ortamı, bebekten fiziksel ve duygusal olarak ayrı kalma örneğinin; prematüre bebeklerini istedikleri zaman kucağına alamama, ona dokunamama ve yanında olamama gibi faktörler anne-babalar için ek stres kaynağı oluşturmaktadır (Sola, 2008).

2.4.1 Depresyon

Depresyon, Öztürk (2003)'e göre; derin üzüntülü bir duygu durumu içinde değersizlik, yetersizlik, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygusu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen ölüm girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtilerin görüldüğü oldukça kapsamlı hastalıktır (Cantürk, 2014).

Depresyon, farklı toplumlarda davranış bozukluğu olarak görülebilen ve çok ciddi sonuçlara yol açabilecek ruhsal bir bozukluktur (Otlu 2008, s.31). Greenberger ve Padesky (2015)'e göre depresyonda olan birey şu anda yaşadığı güçlük ve zorluklara odaklanarak bu durumun sürekli devam edeceğini düşünür. Bu durum bireyin gelecekle ilgili beklentilerinin, tahminlerinin, planlarının olumsuz olacağına dair inanca sürükler (Öztahtacı 2017 s. 22)

Depresyon öncesinde bireyler geleceğe yönelik planlarına dair çaba gösterirken sonrasında bu çabayı göstermezler, amaçlar onlar için önemsizdir. Planlarında aksaklıkların olması onları umutsuz bir ruh halinde tutar buna rağmen geçmişteki başarılı olma amacına yönelik davranışlarını devam ettirirler. Bu duygu bireyde “İstediklerini yapamayacağımı biliyorum ama yapmak istiyorum.” şeklindeki düşünce olarak ortaya çıkar. Dilbaz ve Seber (1993)’e göre Depresif bireyler kendilerine olan güvende yetersizdirler ve bundan dolayı kendilerini suçlarlar. Çevrelerinden gelen yardımı gereksiz bulmalarına rağmen onlara muhtaç kalırlar, bu durum bireyi çevreye bağımlı hale getirir ve kendisini daha çok suçlamasına özgüveninin daha da yetersiz olmasına sebep olur. Bu durum sonrasında kararsızlık, başkalarına muhtaç olmada süreklilik, geleceğe ve çevresine karşı umutsuzluk ve isteksizlik, harekete geçememe ve değersizlik gibi yoğun depresif şikâyetleri ortaya koyar (Öztahtacı 2017 s. 24).

2.4.1.1 Depresyon belirtileri

Depresyonun günümüzde yaş aralığına bakmaksızın yaygın bir hastalıktır. Depresyon belirtileri kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte bireyde ruhsal ve fiziksel olmak üzere iki açıdan belirtileri bulunmaktadır. Beden ve ruh iç içe geçmiş halden bireyin sağlığını oluşturmaktadır. Bu nedenle birinde görülen rahatsızlık diğerini etkilemektedir.

Ruhsal belirtiler Bolat ve diğerleri (2011)’ne göre; bireyin derin elem ve üzüntü halinde olması, hayata dair umutsuz düşüncelere kapılması, kendisini ve başkalarını suçlaması, kendini değersiz hissetmesi, bireyin dikkatinin azalması ve odaklanamaması, düşüncelerinde bulanıklık, yaşama ve olan bitene karşı ilgisizlik ile uyku sırasında görülen bozulmalar olarak ifade etmiştir (Yedilioğlu 2017, s.27).

Bedensel belirtiler ise Ören ve Gençdoğan(2007)’a göre depresif bireyde uyku ve beslenme ihtiyaçlarında bozulmalar, cinsel isteğin azalması, genel enerjisinde azalma ve halsizlik olması, dışkılamasında zorluk, vücudun özellikle sırt ve baş bölgeleri gibi çeşitli yerlerinde ağrı, düşük tansiyon, nedensiz öfke patlamaları sese ve kalabalık ortamlara tahammülsüzlük gibi belirtilerdir (Yedilioğlu 2017, s.28).

2.4.2 Anksiyete

Anksiyete genelde bireylerin olayları kontrol edemedikleri durumlarda ortaya çıkan, bireylerde sinirlilik, gergin bir ruh hali oluşturan ve öfke patlamalarına yol açan duygusal bir iyi olamama halidir (Demir, 2013). Freud'a göre kişinin bilinç dışı veya bilinç durumunda sezilen tehlikeden kurtulma yollarıyla açıklanan durumdur. (Gümüş 2018 s. 7)

Akdoğan (2014)'ın ifadesine göre Anksiyete ile ilgili tanımların ortak özelliklerine baktığımızda korku ile birbirine benzer olması, insanlar tarafından seilmeyen bir duygu olması, genelde kişilerin gelecekları ile ilgili olması, tehdit unsurunun olup olmamasının önemli olmaması, kendinden tetiklenebilmesi, kişinin kendi özelliklerine uygun somatik etkilerin görülmesi olarak belirlenmiştir (Gümüş 2018 ss.16-17).

2.4.2.1 Anksiyete belirtileri

Bireylerde anksiyeteye bağılı olarak fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtiler görülmektedir. Çarpıntı, yüksek kan basıncı, nefes alıp verme ile ilgili problemler, uykusuzluk, iştahsızlık karın ağrısı, vücutta belirli bölgelerde terleme kaşınma gibi belirtiler fizyolojik belirtilerdendir. Bilişsel belirtiler arasında; zihnin dağınık olması, nenelerin bulanık olması, odaklanmada zorluk yaşama, düşünme gücünü kontrol edememe, kontrol kaybının olacağı korkusu yer almaktadır. Korku, sinirlilik hali, isteksizlik, kaçma, konuşmada acıcılığın bozulması, diken üstünde olma gibi belirtiler duygusal belirtilerdir. Son olarak davranışsal belirtiler ise ket vurma, hareketsizlik, kaçma, sakınma, konuşmada bozulma, koordinasyonda bozulma, hareketsizlik, duruş bozukluğu ve aşırı nefes alma gibi çeşitli şekillerde görülmektedir (Yıldız 2018,ss. 23-24).

2.4.3 Stres

Stres, kişinin yakın veya uzak fiziksel ve sosyal çevreden gelen olumsuz koşulların organizmanın bedensel ve ruhsal sınırları tehdit etmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur (Şereflioğlu 2018, s.16). Cüceloğlu (2005)'na göre stres, bireyin, fizik ve sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle bedensel ve psikolojik sınırların ötesinde harcadığı gayrettir (Akdoğan 2013). Yapılan araştırmalarda stres için ortak tanımlar; stresin fiziksel bir olay olduğu, birey ile çevrenin etkileşiminden

kaynaklandığı, dış tehlikelere karşı bireyin algısını oluşturduğu, tüm bedeni etkilediği, hem içsel hem de dışsal tehditlere karşı yapılan tepkilerin bütünü olduğu ve gerçekte dengelenen bir tepki olmadığıdır (Bal 2018, s. 39).

Oluşum şekilleri açısından üç grupta incelenen stresin birinci düzeyinde; kitlesel alanlarda depresyon, sel gibi doğal afetlerin yol açtığı ikinci düzeyinde; ekonomik veya sosyal krizlerin anlık olarak kişileri etkilediği, üçüncü düzeyde; günlük yaşamda kişilerde her an görülebildiği stresten bahsedilmektedir (Erkuş, 1994; Fried, 1980).

Bireyler karşılaştıkları stres etkeni olabilecek nedenlere yani stresörlere üç şekilde tepki verirler. İlk olarak birey, stresörle ya mücadele ederler ya da uzaklaşırlar. İkinci olarak bireylerin stresle baş ederken kan dolaşımı hızlanır ve onunla mücadeleye devam edecek enerjisi artar. Buna direnç aşaması denir. Direnç süresinin uzaması halinde birey bıkkınlık gösterir ve bireyde yorgunluk meydana gelir. Üçüncü olarak stres etkeninin uzun sürmesi halinde bireyde motivasyon dengesi bozulur enerjisi tükenir ve bitkinlik yorgunluk hissi artar. Bu aşama ise tükenme aşaması olarak adlandırılır (Baltaş 1984; Bemstein, 1994; Papas, 1997).

2.4.3.1 Stres kaynakları

Travmatik olaylar, doğal afetler, aile üyelerinden birinin ani ölümü, aile bireylerinden birinin uzun süreli ya da kalıcı hastalığının olması, en belirgin stres kaynaklarıdır. Ancak bireyin stres yaşaması için özellikle yukarıdaki olaylardan birini yaşaması gerekmez. Bireyin olayı nasıl algıladığıyla ilgili olarak stres verici olgu, olay değişmektedir. Yaşananların stres düzeyine olan etkisi bireyin kişiliği ile ilişkilidir.

Özellikle ağır bir hastalığa sahip olan bireylerin tedavi süresinde stres düzeyini yükselten önemli faktörlerden birinin tedavi sürecinin tahmin edilebilir olmamasıdır. Bu sürecin ne kadar süreceği nasıl süreceği kontrol edilebilir olmadığından birey üzerinde stres etkisi yaratmaktadır. Prematüre bebeğe sahip aileler bu bireylerle benzerlik göstermektedir. Prematüre bebeklerinin hastaneden ne zaman çıkacağını ya da tedavi sürecinin nasıl geçeceğini kontrol altına alamazlar. Bu durum stres düzeylerine etki eder (Bal 2018, ss.38-42).

Genel olarak bu çalışmada; aile sistemi içerisinde prematüre bebeğe sahip olmanın eş ilişkisine etkilerinin aile değerlendirilmesi, stres, depresyon ve anksiyete açısından incelenmesi konusu irdelenmiştir.



3. VERİ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın yöntemi, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin nasıl toplandığı ve verilerin analizine yer verilmiştir.

3.1 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Prematüre bebeğe sahip olan ebeveynlerin eş ilişkisi açısından incelenmesi olan araştırma amacı doğrultusunda araştırmanın yöntemi ilişkisel tarama araştırmalarına uygun niteliktedir. İlişkisel tarama araştırmalarında genellikle iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkiler ortaya çıkarılmaya çalışılır. Değişkenlere ilişkin veriler genellikle gerçek yaşamda, alanda çalışan kişilerden toplanır. “İki veya daha fazla değişken arasındaki birlikte değişim derecesi nasıldır?” veya “İncelenen bir olgunun düzeyi belirli değişkenler açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılaşmalar var mıdır?” gibi sorular ilişkisel tarama araştırma desenleri ile çözümlenebilir niteliktedir.

3.2 ÇALIŞMA GRUBU (EVREN VE ÖRNEKLEM)

Bu araştırmanın katılımcıları aile ve bebek bilgi formu ile araştırma kapsamındaki ölçekleri doldurmayı kabul eden düzeltilmiş yaşı 24 ayı geçmemiş olan prematüre bebeğe sahip kadın ve erkeklerdir. Çalışmanın evrenini araştırma doğrultusunda çalışmayı kabul eden Bursa ilinde ikamet eden prematüre bebeğe sahip eşler oluşturmaktadır. Araştırmaya Nisan 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında, 18 yaş üstü Bursa ili Nilüfer İlçesi, PEDMER Özel Çocuk Sağlığı Merkezine başvuran prematüre bebek sahibi olan 108 kadın 40 erkek katılım sağlamıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda güdümlü (amaçlı) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Güdümlü (amaçlı) örnekleme; yapılacak olan araştırmanın amaçları doğrultusunda uygun olan bir araştırma grubunun temsilci örneğinin seçilmesidir (Sencer 1989, s. 386). Amaçlı örnekleme yönteminde, örnekleme dahil edilecek birimleri, araştırmacı önceki bilgi, deneyim ve gözlemlerinden hareketle araştırmacının amacına uygun olarak kendi yargısıyla belirler. Amaçlı örneklemede, çalışmanın amacı doğrultusunda bilgi açısından en zengin olan durumların seçilmesine ve derinlemesine araştırma yapılabilmesine imkân sağlar (Büyüköztürk ve diğ. 2008, s.78). Araştırmacı kendi yargı

ve değerlendirmeleriyle hareket ettiği için evren hakkında fikir sahibi olmalıdır. Örneğin, şiddet mağduru kadınlarla bir çalışma yapılacaksa kadın sığınma evinin seçilmesi gibi.

3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın amacına yönelik oluşturulan görüşme formu üç bölümde oluşmaktadır. Birinci bölümde; bebeğin annenin ve babanın demografik ve sağlık bilgilerine ulaşmayı hedefleyen, aile yaşamını etkileyen durumları tespit edebilmek için oluşturulmuş Aile ve Bebek Bilgi Formu, ikinci bölümde; sağlıklı ve sağlıksız aile işlevlerini ölçen Aile Değerlendirme Ölçeği ve bireyin depresyon, stres, anksiyete düzeyini belirleyen Lovibond & Lovibond Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği uygulanmıştır.

3.3.1 Aile ve Bebek Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formunda bebeğin bilgilerine ulaşabilmek için bebeğin doğum tarihi, bebeğin düzeltilmiş yaşı, bebeğin cinsiyeti, bebeğin hastanede kalış süresi, doğum şekli, prematüre doğum nedeni, bebeğin doğum haftası, bebeğin doğum ağırlığı, bebeğin geçirdiği rahatsızlıklar-ameliyatlar, bebeğin anne sütü beslenme şekli, bebeğin hastanedeki ilk ziyaretçisi, bebeğe bakım veren kişi; annenin ve babanın bilgilerine ulaşabilmek için yaşı, evlendiğindeki yaşı, gebelik yaşı/babalık yaşı, evlilik sayısı, şu andaki evlilik süresi, evlilik şekli, akraba evliliği, öğrenim durumu, içi, sosyal güvencesi, gelir seviyesi, yaşadığı yer, ocuk sayısı, ocuk sahibi olma yolu, kaçıncı gebelik, prematüre gebelik geçmişi, hastalık öyküsü sorulmuştur. Aile yaşamını etkileyen durumları tespit edebilmek için araştırmacı tarafından oluşturulan ankette ise prematüre bebek ve prematürelilik süreci ile ilgili başvurulan bilgi kaynakları, süreç boyunca kendisini nasıl rahatlattığı, gebelik sürecinin prematüre bebekle sonlanacağını öğrenildiğindeki ilk tepkisi, yaşanılan korkular, genel sağlığını prematüre bebeğe sahip olmadan önce nasıl değerlendirdiği, prematüre bebek ile sonlanan doğum süreci boşanmayı düşüncesine etkisi gibi seçenekli 21 soru bulunmaktadır.

3.3.2 Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı aile işlevlerinin fonksiyonel olup olmadığını ortaya çıkarmaktır. Aile Değerlendirme Ölçeğinin(ADÖ)

Türkçeye uyarlama çalışması Işıl bulut tarafından 1990 yılında yapılmıştır (Sayar, 2017). Sağlıklı ve sağlıksız aile işlevlerini ölçen bu ölçek 60 sorudan oluşmaktadır. Problem çözme (problem solving), iletişim (communication), roller (roles), duygusal tepki verebilme (affective responsiveness), gereken ilgiyi gösterme (affective involvement) ve genel fonksiyonlar (general functions) olmak üzere 7 alt faktörü bulunmaktadır. Problem çözme alt faktörü: 2, 12, 24, 38, 50, 60; iletişim alt faktörü: 3, 18, 22, 29, 35, 43, 52, 59; roller alt faktörü:4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53, 58; duygusal tepki verebilme alt faktörü: 9, 19, 28, 39, 49, 57; gereken ilgiyi gösterme alt faktörü: 5, 13, 25, 33, 37, 42, 54; davranış kontrolü alt faktörü: 7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55 ve genel fonksiyonlar faktörü: 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 51, 46, 56 maddelerinden oluşmaktadır. Aile Değerlendirme Ölçeğinde seçeneklere, 1 den 4 e kadar puan verilmektedir. ‘‘Aynen Katılıyorum’’ seçeneğini işaretleyenler 1 puan, ‘‘Büyük Ölçüde Katılıyorum’’ seçeneğini seçenler 2 puan, ‘‘Biraz Katılıyorum’’ cevabını verenler 3 puan, ‘‘Hiç Katılmıyorum’’ şeklinde cevap verenler ise 4 puan almaktadır. 2 ve üzeri puan ailelerin sağlıksızlık eğilimi, 2’nin altında puan alan ailelerin ise sağlıklılık eğilimi gösterebileceği düşünülerek yorumlamalar yapılacaktır (Akgül, 2013). Alt faktörlerin Cronbach-alfa iç tutarlık puanları problem çözme. 80, iletişim .71, roller .42, duygusal tepki verebilme .59, gereken ilgiyi gösterme .38, davranış kontrolü .52 ve genel işlevler .86 şeklindedir (Tekin, 2017).

3.3.3 Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

Lovibond ve Lovibond (1995), tarafından geliştirilen Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği depresyon, anksiyete ve stres olmak üzere 3 alt faktöre sahiptir. 42 maddeden oluşan ve 4’lü likert tipi bir derecelendirmeye sahip olan ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmalarını Akın ve Çetin (2007), gerçekleştirmiştir (Hamarta, 2014). Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 14’ü depresyon (örneğin, hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ettim), 14’ü anksiyete (örneğin, ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim) ve 14’ü stres (örneğin, oldukça önemsiz şeyler için üzüldüğümü fark ettim) faktörlerine ait olmak üzere toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 0 ‘‘hiçbir zaman’’, 1 ‘‘bazen ve ara sıra’’, 2 ‘‘oldukça sık’’ ve 3 ‘‘her zaman’’ şeklinde 4’lü likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. (Deniz ve Sümer, 2010) Depresyon, anksiyete ve stres başlıklarında her birinden edinilen puanların yüksek olması bireyin o probleme sahip olduğunu göstermektedir. Maddeler yanıtladığı gibi

puanlanmaktadır. Elde edilen puanlar her bir alt boyut için 0 ile 42 arasında değişmektedir (Cömert, 2017). Alınan puanlar depresyon, anksiyete ve stres alt faktörlerinde şu şekilde düzeylerine göre gruplandırılmıştır: Depresyon alt faktöründe 0-9 puan normal düzey, 10-13 puan hafif düzey, 14-20 puan orta düzey, 21-27 puan ileri düzey ve 28 ve üzeri puan çok ileri düzey; anksiyete alt faktöründe 0-7 puan normal düzey, 8-9 puan hafif düzey, 10-14 puan orta düzey, 15-19 puan ileri düzey ve 20 ve üzeri puan çok ileri düzey, stres alt faktöründe 0-14 puan normal düzey, 15-18 puan hafif düzey, 19-25 puan orta düzey, 26-33 puan ileri düzey ve 34 ve üzeri puan çok ileri düzeydir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Akın ve Çetin (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmaları sonucunda; test-tekrar test güvenirligi $r=.99$, iki yarı güvenirlilik puanları $r=.96$ ve madde-test korelasyonları ise .51 ile .75 arasında hesaplanmıştır (Akdoğan, 2013). Ölçek formu Ek A.3'te sunulmuştur.

3.4 VERİLERİN TOPLANMASI

PEDMER Özel Çocuk Sağlığı Merkezi'ne bebeğini rutin sağlık muayenesi için getiren eşlerle yüz yüze görüşülerek araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul edenlere onam formu ile diğer uygulama formları zarf içinde verilerek doldurmaları istenmiştir. Ayrıca, PEDMER Özel Çocuk Sağlığı Merkezi hekimleri tarafından yönlendirilen ve çalışmaya katılım sağlamayı kabul eden eşle ile çalışılmıştır. Ayrıca, çoğunlukla eşler çoğunlukla veri toplama aracının doldurulmasında destek istemiş eşlere gerekli açıklamalar yapılarak yardımcı olunmuştur.

3.5 VERİLERİN ANALİZİ

Elde edilen veriler, SPSS 21.0 programı ile gerekli istatistiksel analizler yapılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin tablo ve grafikler, frekans ve yüzde dağılımları, çapraz tablolar, ölçek puanları bazında demografik özellikleri ile karşılaştırmalı olarak yapılacak ölçümlerde parametrik (t-test, ANNOVA, korelasyon) hipotez test ölçümleri yapılmıştır. Eşlerin aile tipi, kronoloji yaş aralığı, bebeğin doğum haftası, eşlerin daha geçirdiği hastalıklar, bebeğin cinsiyeti, bebeğin doğum ağırlığı, planlı doğum olup olmaması, bebeğin anne sütü ile beslenip beslenmemesi gibi özellikleri dikkate alınarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın temel amacı doğrultusunda oluşturulan alt problemlere uygun olarak gerçekleştirilen istatistiksel analizlerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Dört ana başlık altında incelenen araştırmanın bu bölümünde elde edilen bulgular çeşitli değişkenlere göre incelenmiş boyutlar arası karşılaştırmalar yapılmıştır. Birinci bölümde, araştırmaya katılım sağlayan prematüre bebeğe sahip eşlerin demografik özellikleri ve eşlerin sahip oldukları bebeklere ait tanıtıcı bulgulara yer verilmiştir. İkinci bölümde ise cinsiyete göre Aile Değerlendirme Ölçeğine ait alt faktörler (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler) incelenmiş ve sonuçlar t-test yapılarak analiz edilmiştir. Hastane öncesi ve taburculuk süreci arasındaki ilişki incelenmiştir. Ardından Lovibond & Lovibond Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğine ait alt faktörlerin(depresyon , anksiyete ve stres) çeşitli değişkenlere göre, farklılık gösterip göstermediğiyle ilgili bulgular incelenmiştir. Son olarak dördüncü bölümde ise Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri ve Lovibond & Lovibond Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği alt faktörleri korelasyon analizi yapılarak faktörler arası ilişkiler incelenmiştir.

4.1 KATILIMCILARA AİT TANITICI BULGULAR

Bu bölümde Tablo 4.1’de araştırmaya katılan eşlerin prematüre bebeklerinin doğum şekli, doğum haftası, doğum ağırlığı, planlanmış olup olmaması ve bebeğe bakım veren kişi ile ilgili bulguların cinsiyet göre dağılımı yer almaktadır. Tablo 4.2’de araştırmaya katılan eşlerin bebeklerine ait prematüre doğum nedeni ve bebeğin geçirdiği rahatsızlıklara ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 4.3’ de eşlerin prematüre bebeklerinin düzeltilmiş yaş aralığı, hastanede kalış süresi ve doğum sırası minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Tablo 4.4’de araştırmaya katılım sağlayan eşlerin evlilik şekline, aile tipine, yaşadığı yere, öğrenim durumuna, gelir seviyesine, sosyal güvencesine, çalışma durumuna ait bulgular bulunmaktadır. Tablo 4.5’de çocuğa sahip olma şekline, geçirdiği hastalıklar ve rahatsızlıklara ait ilgili bulgulara yer verilmiştir. Tablo 4.6’da eşlerin yaş aralığı, gebelik

yaşı, babalık yaşı, evlendiğindeki yaş aralığı, evlilik sayısı, evlilik süresi, çocuk sayısı, gebelik sayısı, prematüre geçmişinin olup olamaması gibi değişkenlerin minimum, maksimum, ortalama standart sapma değerleri yer almaktadır. Tablo 4.7’de prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından gebelik sürecine ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımına yer verilmiştir. Tablo 4.8’de prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından çevresel kaynakların kullanımına ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı ile ilgili bulgular bulunmaktadır. Tablo 4.9’da prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından katılımcıların duygusal süreçlerine ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı bulunmaktadır. Tablo 4.10’da prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından yaşam koşullarına ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımına yer verilmiştir. Tablo 4.11’de prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından aile yaşamına ait bilgilerin Tablo 4.12’de prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından eşlere ait genel sağlık değerlendirmelerinin cinsiyete göre minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerlerinin dağılımına ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 4.13’de prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından aile yaşamı ile ilgili bilgilerin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerlerinin dağılımına ait bulgulara yer verilmiştir. Yüzdeler n=148 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1: Bebeklere ait sosyo-demografik bilgilerin cinsiyete göre dağılımı

Değişkenler	Bebegin Cinsiyeti	Kategoriler	n	%
Doğum Şekli	Kız	Normal	2	2.7
		Sezaryen	71	97.3
	Erkek	Normal	4	5.3
		Sezaryen	71	94.7
Doğum Haftası	Kız	24.-31. Hafta	33	45.2
		32.-36. Hafta	36	49.3
		37. Hafta	4	5.5
	Erkek	24.-31. Hafta	29	38.7
		32.-36. Hafta	41	54.7
		37. Hafta	5	6.7
Doğum Ağırlığı	Kız	1000 Gram ve Altında	18	24.7
		1500 Gram ve Altında	16	21.9
		2500 Gram ve Altında	31	42.5
		2500 Gram Üstünde	8	11.0
	Erkek	1000 Gram ve Altında	11	14.7
		1500 Gram ve Altında	22	29.3
		2500 Gram ve Altında	28	37.3
		2500 Gram Üstünde	14	18.7
Planlanmış Olup-Olmaması	Kız	İstenen-Planlanan	58	79.5
		İstenen-Planlanmayan	14	19.2
		İstenmeyen-Planlanmayan	1	1.4
	Erkek	İstenen-Planlanan	64	85.3
		İstenen-Planlanmayan	10	13.3
		İstenmeyen-Planlanmayan	1	1.3
Bakım Veren Kişi	Kız	Anne	15	20.5
		Baba	1	1.4
		Anne-Baba	30	41.1
		Yakınlarım (anneanne, babaanne, dede, amca, teyze...)	4	5.5
		Anne ve Yakınları/ Baba ve Yakınları	23	31.5
	Erkek	Anne	16	21.3
		Anne-Baba	31	41.3
		Yakınlarım (anneanne, babaanne, dede, amca, teyze...)	3	4.0
		Anne ve Yakınları/Baba ve Yakınları	24	32.0
		Bakıcı	1	1.3

Tablo 4.1'e göre, kız bebeklerin yüzde 2.7'si normal doğum ile yüzde 97.3'ü sezaryen doğum ile dünyaya gelmiştir. Erkek bebeklerin yüzde 5.3'ü normal doğum ile yüzde 94.7'si sezaryen doğum ile dünyaya gelmiştir. Araştırmaya katılım sağlayan eşlerin bebeklerinin cinsiyete bakılmaksızın çoğunluğunun sezaryen doğum ile dünyaya geldiği görülmektedir.

Kız bebeklerin yüzde 45.2'si 24.-31. gestasyon haftası aralığında yüzde 49.3'ü 32.-36. gestasyon haftası aralığında ve yüzde 5.5'i 37. gestasyon haftası aralığında doğan bebeklerdir. Erkek bebeklerin yüzde 38.7'si 24.-31. gestasyon haftası aralığında yüzde

54.7'si 32.-36. gestasyon haftası aralığında ve yüzde 6.7'si 37. hafta gestasyon haftası aralığında doğan bebeklerdir. Bebeklerin çoğunluğunun 24.-36. gestasyon haftası aralığında dünyaya geldiği anlaşılmaktadır.

Doğum ağırlığına göre kız bebeklerin yüzde 24.7'si 1000 gram ve altında, yüzde 21.9'u 1500 gram ve altında, yüzde 42.5'i 2500 gram ve altında ve yüzde 11.0'ı 2500 gram üstündedir. Erkek bebeklerin yüzde 14.7'si 1000 gram ve altında, yüzde 29.3'ü 1500 gram ve altında, yüzde 37.3'ü 2500 gram ve altında ve yüzde 18.7'si 2500 gram üstündedir. Bebeklerin çoğunluğunun doğum ağırlığının 2500 gram ve altında olduğu tespit edilmiştir.

Kız bebeklerin yüzde 79.5'i istenen-planlanan, yüzde 19.2'si istenen-planlanmayan ve yüzde 1.4'ü istenmeyen-planlanmayan bebektir. Erkek bebeklerin yüzde 85.3'ü istenen-planlanan, yüzde 13.3'ü istenen-planlanmayan ve yüzde 1.3'ü istenmeyen-planlanmayan bebektir.

Kız bebeklerin bakımında sorumluluk alan kişilerin yüzde 20.5'i anne, yüzde 1.4'ü baba, yüzde 41.1'i anne ve baba, yüzde 5.5'i yakınları (anneanne, babaanne, dede, amca, teyze) ve yüzde 31.5'i anne ve yakınları/baba ve yakınlarıdır. Erkek bebeklerin bakımında sorumluluk alan kişilerin yüzde 21.3'ü anne, yüzde 41.3'ü anne ve baba, yüzde 4.0'ı yakınları (anneanne, babaanne, dede, amca, teyze), yüzde 32.0'ı anne ve yakınları/baba ve yakınları ve yüzde 1.3'ü bakıcıdır. Bebeklerin bakımında sorumluluk alan kişilerin büyük bir kısmını anne ve baba oluştururken kız bebeklerin bakımında bakıcının, erkek bebeklerin bakımında babanın tek başına yer almadığı görülmüştür.

Tablo 4.2: Bebeklerin doğum nedeni ve geçirdiği rahatsızlıklar ile ameliyatların cinsiyete göre dağılımı

Değişkenler	Bebegin Cinsiyeti	Kategoriler	n	%
Prematüre Doğum Nedeni	Kız	Annede yüksek tansiyon olması	11	15.1
		Annede diyabet olması	7	9.6
		Anne rahmindeki sorunlar (Rahim ağzı yetmezliği gibi)	10	13.7
		Annede enfeksiyon olması (İdrar yolu, genital enfeksiyon...)	6	8.2
		Plasenta problemleri	5	6.8
		Çoğul gebelik	14	19.2
		Gebeliğe eşlik eden iyi kontrol edilmemiş sistemik hastalıklar (Diyabet, kalp, börek, tiroit hastalıkları)	3	4.1
		Annenin sigara, alkol ya da madde kullanmış olması	1	1.4
		Annenin çalışma şartlarının aşırı ağır olması	1	1.4
		Stres	8	11.0
		Tüp bebek gibi yardımcı üreme teknikleri sonucu oluşan gebelikler	7	9.6
		Nedeni bilinmeyen	16	21.9
	Erkek	Annede yüksek tansiyon olması	8	10.7
		Annede diyabet olması	10	13.7
		Anne rahmindeki sorunlar (Rahim ağzı yetmezliği gibi)	13	17.3
		Annede enfeksiyon olması (İdrar yolu, genital enfeksiyon...)	8	10.7
		Plasenta problemleri	7	9.3
		Çoğul gebelik	19	25.3
		Bebeğin sıvı kesesindeki sıvının fazla olması	1	1.3
		Gebeliğe eşlik eden iyi kontrol edilmemiş sistemik hastalıklar (Diyabet, kalp, börek, tiroit hastalıkları)	7	9.3
		Annenin daha önce prematüre doğum yapmış olması	3	4.0
		Annenin sigara, alkol ya da madde kullanmış olması	1	1.3
		Stres	10	13.3
		Tüp bebek gibi yardımcı üreme teknikleri sonucu oluşan gebelikler	6	8.0
Nedeni bilinmeyen	11	14.7		
Geçirdiği Rahatsızlıklar ve Ameliyatlar	Kız	Respiratuvar distress syndrome (RDS)	3	4.1
		Prematüre apnesi ve bradikardisi	8	11.0
		Kronik akciğer hastalığı	6	8.2
		Beyin hasarı	5	6.7
		Beyin içi kanama	6	8.2
		Hidrocefali	2	2.7
		Patent ductus arterior	3	4.1
		Retinopathy of prematurity (ROP)	12	16.4
		Nekrotizon entorokolit (NEK)	2	2.7
		Gastrosofageal reflü	7	9.6
		Kansızlık (Anemi)	5	6.8
		Sarılık	31	42.5
	Enfeksiyon	13	17.8	
	Erkek	Respiratuvar distress syndrome (RDS)	3	4.0
		Prematüre apnesi ve bradikardisi	6	8.0
		Kronik akciğer hastalığı	6	8.0
		Beyin içi kanama	5	6.7
		Hidrocefali	2	2.7
		Retinopathy of prematurity (ROP)	69	92.0
		Nekrotizon entorokolit (NEK)	1	1.3
		Gastrosofageal reflü	4	5.3
		Kansızlık (Anemi)	10	13.3
		Sarılık	32	42.7
		Enfeksiyon	18	24.0

Tablo 4.2'ye göre kız bebeklerin prematüre doğum nedenlerinin yüzde 15.1'i annede yüksek tansiyon olması, yüzde 9.6'sı annede diyabet olması, yüzde 13.7'si anne rahmindeki sorunlar (rahim ağzı yetmezliği gibi), yüzde 8.2'si annede enfeksiyon olması (idrар yolu, genital enfeksiyon...), yüzde 6.8'i plasenta problemleri, yüzde 19.2'i çoğul gebelik, yüzde 4.1'i gebeliğe eşlik eden iyi kontrol edilmemiş sistemik hastalıklar (diyabet, kalp, börek, tiroit hastalıkları), yüzde 1.4'i annenin sigara, alkol ya da madde kullanmış olması, yüzde 1.4'i annenin çalışma şartlarının aşırı ağır olması, yüzde 11.0'ı stres, yüzde 9.6'sı tüp bebek gibi yardımcı üreme teknikleri sonucu oluşan gebelikler, yüzde 21.9'u ise nedeni bilinmemeyendir. Kız bebeklerin prematüre olarak doğmalarına neden olan faktörler içerisinde en çok nedeni bilinmeyen prematüre doğum belirtilmiştir, bunu ikinci sırada çoğul gebelik ve annede yüksek tansiyon olması takip etmiştir.

Erkek bebeklerin prematüre doğum nedenlerinin yüzde 10.7'si annede yüksek tansiyon olması, yüzde 13.7'si annede diyabet olması, yüzde 17.3'ü anne rahmindeki sorunlar (rahim ağzı yetmezliği gibi), yüzde 10.7'si annede enfeksiyon olması (idrар yolu, genital enfeksiyon...), yüzde 9.3'ü plasenta problemleri, yüzde 25.3'ü çoğul gebelik, yüzde 1.3'ü bebeğin sıvı kesesindeki sıvının fazla olması, yüzde 9.3'ü gebeliğe eşlik eden iyi kontrol edilmemiş sistemik hastalıklar (diyabet, kalp, börek, tiroit hastalıkları), yüzde 4.0'ı annenin daha önce prematüre doğum yapmış olması yüzde 1.3'ü annenin sigara, alkol ya da madde kullanmış olması, yüzde 13.3'ü stres, yüzde 8.0'ı tüp bebek gibi yardımcı üreme teknikleri sonucu oluşan gebelikler, yüzde 14.7'si ise nedeni bilinmemeyendir. Erkek bebeklerin prematüre olarak doğmalarına neden olan faktörler içerisinde en fazla çoğul gebelik belirtilmiştir, bunu ikinci sırada Anne rahmindeki sorunlar (Rahim ağzı yetmezliği gibi) ve nedeni bilinmeyen prematüre doğum izlemektedir.

Kız bebeklerin yüzde 4.1'i respiratuvar distress syndrome (RDS), yüzde 11.0'ı prematüre apnesi ve bradikardisi, yüzde 8.2'si kronik akciğer hastalığı, yüzde 6.7'si beyin hasarı, yüzde 8.2'si beyin içi kanama, yüzde 2.7'si hidrosefali, yüzde 4.1'i patent ductus arterior, yüzde 16.4'ü retinopathy of prematurity (ROP), yüzde 2.7'si nekrotizan entorokolit (NEK) yüzde 9.6'sı gastrosofageal reflü yüzde 6.8'i kansızlık (anemi)

yüzde 42.5'i sarılık yüzde 17.8 'i enfeksiyon geçirmiştir. Geçirdikleri rahatsızlık bu oranlardan da anlaşılacağı üzere büyük oranda sarılıktır.

Erkek bebeklerin yüzde 4.0'ı respiratuvar distress syndrome (RDS), yüzde 8.0'ı prematüre apnesi ve brakardisi, yüzde 8.0'ı kronik akciğer hastalığı, yüzde 6.7'si beyin içi kanama, yüzde 2.7'si hidrosefali, yüzde 92.0'ı retinopathy of prematurity (ROP), yüzde 1.3'ü nekrotizan enterokolit (NEK) yüzde 5.3'ü gastrosofageal reflü yüzde 13.3'ü kansızlık yüzde 42.7'si sarılık yüzde 24.0'ı enfeksiyon geçirmiştir. Geçirdikleri rahatsızlık bu oranlardan da anlaşılacağı üzere büyük oranda retinopathy of prematurity (ROP) ve sarılıktır.

Tablo 4.3: Bebeklere ait sosyo-demografik değişkenlerin cinsiyete göre minimum, maximum, ortalama ve standart sapma değerleri

Değişkenler	Bebegin Cinsiyeti	n	min.	max.	\bar{x}	SS
Düzeltilmiş Yaş Aralığı (Ay)	Kız	73	0	24	9.68	6.96
	Erkek	75	0	24	8.75	7.30
Hastanede Kalış Süresi (Gün)	Kız	73	1	120	32.77	29.45
	Erkek	75	1	234	38.47	45.37
Doğum Sırası	Kız	73	1	3	1.16	0.40
	Erkek	77	1	3	1.17	0.44

Tablo 4.3'e göre prematüre kız ve erkek bebeklerin düzeltilmiş yaş aralığı min. 0, max. 24 ve kız bebeklerin yaş ortalamaları 9.68 ± 6.96 , erkek bebeklerin yaş ortalamaları 8.75 ± 7.30 ; kız bebeklerin hastanede kalış süresi min. 1, max. 120 ve hastanede kalış süreleri ortalamaları 32.77 ± 29.45 , erkek bebeklerin hastanede kalış süreleri min. 1, max. 234 ve hastanede kalış sürelerinin ortalamaları 38.47 ± 45.37 ; kız bebeklerin doğum sırası min.1, max.3 ve ortalamaları 1.16 ± 0.40 , erkek bebeklerin doğum sırası min.1, max.3 ve ortalamaları 1.17 ± 0.44 'tür.

Tablo 4.4:Eşlerin sosyo-demografik bilgilerinin cinsiyete göre dağılımı

Değişkenler	Cinsiyet	Kategoriler	n	%
Evlilik Şekli	Kadın	(Zorlama Olmadan) Görücü Usulü	8	7.4
		(Zorla) Görücü Usulü	1	0.9
		Flört Ederek	95	88.0
		Birlikte Yaşadıktan Sonra	2	1.9
		Kaçarak	2	1.9
	Erkek	(Zorlama Olmadan) Görücü Usulü	4	10.0
	Flört Ederek	35	87.5	
	Birlikte Yaşadıktan Sonra	1	2.5	
Aile Tipi	Kadın	Çekirdek	102	94.4
		Geniş	6	5.6
	Erkek	Çekirdek	38	95.0
		Geniş	2	5.0
Yaşadığı Yer	Kadın	Köy	1	0.9
		İlçe	28	25.9
		İl	79	73.1
	Erkek	Köy	1	2.5
		İlçe	18	45.0
		İl	21	52.5
Öğrenim Durumu	Kadın	İlkokul	1	0.9
		Ortaokul	3	2.8
		Lise	18	16.7
		Ön Lisans	16	14.8
		Lisans	48	44.4
		Yüksek Lisans	18	16.7
		Doktora	4	3.7
	Erkek	İlkokul	2	5.0
		Ortaokul	1	2.5
		Lise	8	20.0
		Ön Lisans	2	5.0
		Lisans	22	55.0
		Yüksek Lisans	4	10.0
		Doktora	1	2.5
Gelir Seviyesi	Kadın	1600 TL'den Az	7	6.5
		1600 TL-5000TL	74	68.5
		5000 TL'den Fazla	27	25.0
	Erkek	1600 TL'den Az	1	2.5
		1600 TL-5000TL	25	62.5
		5000 TL'den Fazla	14	35.0
Sosyal Güvencesi	Kadın	Güvencem Yok	3	2.8
		SSK	59	54.6
		BAĞ-KUR	10	9.3
		Emekli Sandığı	25	23.1
		Özel Sağlık Sigortası	11	10.2
	Erkek	Güvencem Yok	1	2.5
		SSK	23	57.5
		BAĞ-KUR	6	15.0
	Emekli Sandığı	5	12.5	
	Özel Sağlık Sigortası	5	12.5	
Çalışma Durumu	Kadın	Çalışıyorum	65	60.2
		Çalışmıyorum	43	39.8
	Erkek	Çalışıyorum	39	97.5
		Çalışmıyorum	1	2.5

Tablo 4.4'e göre araştırmaya katılım sağlayan kadınların yüzde 7.4'ü zorlama olmadan görücü usulü, yüzde 0.9'u zorla görücü usulü, yüzde 88.0'ı flört ederek, yüzde 1.9'u birlikte yaşadıktan sonra ve yüzde 1.9'u kaçarak evlenmiştir. Erkeklerin yüzde 10.0'ı zorlama olmadan görücü usulü, yüzde 87.5'i flört ederek, yüzde 2.5'i birlikte yaşadıktan sonra evlenmiştir. Kadınlara ve erkeklere ait bu bulgular incelendiğinde eşlerin çoğunlukla flört ettikten sonra evlendiği görülmüştür.

Kadınların yüzde 94.4'ü çekirdek, yüzde 5.6'sı geniş aileye ve erkeklerin yüzde 95.0'ı çekirdek, yüzde 5.0'ı geniş sahip olduklarını belirtmiştir. Eşlerin çoğunluğunun cinsiyete bakılmaksızın çekirdek aile tipine sahip olduğunu belirtmiştir.

Kadınların yüzde 0.9'u köyde, yüzde 25.9'u ilçede ve yüzde 73.1'i ilde; erkeklerin yüzde 2.5'i köyde, 45.0' ı ilçede ve yüzde 52.5'i ilde yaşamaktadır. Eşlerin çoğunluğunun cinsiyete bakılmaksızın ilde yaşadığı görülmektedir.

Kadınların yüzde 0.9'u ilkokul mezunu, yüzde 2.8'i ortaokul mezunu, yüzde 16.7'si lise mezunu, yüzde 14.8'i ön lisans mezunu, yüzde 44.4'ü lisans mezunu, yüzde 16.7'si yüksek lisans mezunu ve yüzde 3.7'si doktora mezunudur. Erkeklerin yüzde 5.0'ı ilkokul mezunu, yüzde 2.5'i ortaokul mezunu, yüzde 20.0'ı lise mezunu, yüzde 5.0'ı ön lisans mezunu, yüzde 55.0'ı lisans mezunu, yüzde 10.0'ı yüksek lisans mezunu ve yüzde 2.5'i doktora mezunudur. Eşlerin cinsiyetine bakılmaksızın araştırmaya katılım sağlayanların çoğunluğunun lisans mezunudur.

Kadınların yüzde 6.5'i 1600 TL'den az, yüzde 68.5'i 1600 TL-5000 TL, yüzde 25.0'ı 5000 TL'den fazla gelire sahip olduğunu belirtmiştir. Erkeklerin yüzde 2.5'i 1600 TL'den az, yüzde 62.5'i 1600 TL-5000 TL, yüzde 35.0'ı 5000 TL'den fazla gelire sahip olduğunu belirtmiştir. Eşlerin büyük bir kısmı 1600 TL-5000 TL gelire sahip olduğunu belirtmiştir.

Kadınların yüzde 2.8'inin güvencesi yoktur, yüzde 54.6'sının sosyal güvencesi SSK, yüzde 9.3'ünün sosyal güvencesi BAĞ-KUR, yüzde 23.1'inin sosyal güvencesi emekli sandığı ve yüzde 10.2'sinin sosyal güvencesi özel sağlık sigortasıdır. Erkeklerin yüzde 2.5'inin güvencesi yoktur, yüzde 57.5'inin sosyal güvencesi SSK, yüzde 15.0'mın

sosyal güvencesi BAĞ-KUR, yüzde 12.5'inin sosyal güvencesi emekli sandığı ve yüzde 12.5'inin sosyal güvencesi özel sağlık sigortasıdır.

Kadınların yüzde 60.2'si çalışmakta ve yüzde 38.2'si çalışmamaktadır. Erkeklerin yüzde 97.5'i çalışmakta ve yüzde 2.5'i çalışmamaktadır. Çalışma yüzdelerine bakıldığında erkeklerin neredeyse tamamının çalıştığı, kadınların çoğunluğunun çalıştığı görülmektedir.

Tablo 4.5:Eşlere ait çocuğa sahip olma şekli, geçirdiği hastalıklar ve rahatsızlıklara ait ilgili bilgilerin cinsiyete göre dağılımı

Değişkenler	Cinsiyet	Kategoriler	n	%
Çocuğa Sahip Olma Yolu	Kadın	Doğal	90	83.3
		Tüp Bebek	18	16.7
	Erkek	Doğal	33	82.5
		Tüp Bebek	7	17.5
Geçirdiği Hastalıklar ve Rahatsızlıklar	Kadın	Enfeksiyon	2	1.9
		Kan uyuşmazlığı	14	13.0
		Tansiyon	4	3.7
		Diyabet (Şeker)	9	8.3
		Astım	3	2.8
		Yetersiz ve kötü beslenme	1	0.9
		Sistemik hastalıklar (Böbrek, kalp, troid, ...)	8	7.4
		Ameliyat olma	18	16.7
		Sigara	20	18.5
		Alkol	5	4.6
		Düşük öyküsü (Kadınlar için)	12	11.1
		Erkek	Enfeksiyon	1
	Kan uyuşmazlığı		3	7.5
	Tansiyon		1	2.5
	Diyabet (Şeker)		2	5.0
	Yetersiz ve kötü beslenme		1	2.5
	Sistemik hastalıklar (Böbrek, kalp, troid, ...)		1	2.5
	Ameliyat olma		1	2.5
	Sigara	14	35.0	
Alkol	6	15.0		

Tablo 4.5'de görüldüğü gibi kadınların yüzde 83.3'ü doğal, yüzde 16.7'si tüp bebek üreme yöntemi ile çocuk sahibi olmuştur. Erkeklerin yüzde 82.5'i doğal, yüzde 17.5'i tüp bebek üreme yöntemi ile çocuk sahibi olmuştur. Araştırmaya katılım sağlayan eşlerin çoğunluğunun doğal üreme yöntemleri ile çocuk sahibi olduğu görülmektedir.

Kadınların yüzde 1.9'u enfeksiyon, yüzde 13.0'ı kan uyuşmazlığı, yüzde 3.7'si tansiyon, yüzde 8.3'ü diyabet (şeker), yüzde 2.8'i astım, yüzde 0.9'u yetersiz ve kötü

beslenme, yüzde 7.4'ü sistemik hastalıklar (böbrek, kalp, tiroid gibi), yüzde 16.7'si ameliyat olma, yüzde 18.5'i sigara, yüzde 4.6'sı alkol ve yüzde 11.1'i düşük öyküsü geçmişine sahiptir. Erkeklerin yüzde 2.5'i enfeksiyon, yüzde 7.5'i kan uyuşmazlığı, yüzde 2.5'i tansiyon, yüzde 5.0'ı diyabet (şeker), yüzde 2.5'i yetersiz beslenme, yüzde 2.5'i sistemik hastalıklar, yüzde 2.5'i ameliyat olma, yüzde 35.0'ı sigara, yüzde 15.0'ı alkol öyküsü geçmişine sahiptir.

Tablo 4.6:Eşlere ait sosyo-demografik bilgilerin cinsiyete göre dağılımı minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri

Değişkenler	Cinsiyet	n	min.	max.	\bar{x}	SS
Yaş Aralığı	Kadın	108	21	44	30.66	4.06
	Erkek	40	28	44	33.40	4.51
Gebelik Yaşı/Babalık Yaşı	Kadın	108	19	44	29.44	4.28
	Erkek	40	26	43	32.30	4.35
Evlendiğindeki Yaşı	Kadın	108	18	37	25.56	3.39
	Erkek	40	20	43	27.78	4.10
Evlilik Sayısı	Kadın	108	1	2	1.03	0.16
	Erkek	40	1	3	1.05	0.31
Evlilik Süresi	Kadın	108	1	15	5.14	3.07
	Erkek	40	1	15	5.58	3.64
Çocuk Sayısı	Kadın	108	1	3	1.44	0.61
	Erkek	40	1	3	1.55	0.63
Gebelik Sayısı	Kadın	108	1	5	1.38	0.73
Prematüre Gebelik Geçmişine Sahip Olup Olmaması	Kadın	108	1	2	1.91	0.28

Tablo 4.6'da kadınların yaşı min. 21, max. 44 ve yaş ortalamaları 30.66 ± 4.06 ; erkeklerin yaşı min. 28, max. 44 ve yaş ortalamaları 33.40 ± 4.51 'dir. Kadınların gebelik yaşı min. 19, max. 44 ve gebelik yaşı ortalamaları 29.44 ± 4.28 ; erkeklerin babalık yaşı min. 26, max. 43 ve babalık yaşı ortalamaları 32.30 ± 4.35 'dir. Kadınların evlendiğindeki yaşı min.18, max. 37 ve evlendiğindeki yaş ortalamaları 25.56 ± 3.39 ; erkeklerin evlendiğindeki yaşı min. 20, max. 43 ve evlendiğindeki yaş ortalamaları 27.78 ± 4.10 'dur. Kadınların evlilik sayısı min. 1, max. 2 ve evlilik sayısı ortalamaları 1.03 ± 0.16 ; erkeklerin evlilik sayısı min. 1, max. 3 ve evlilik sayısı ortalamaları 1.05 ± 0.31 'dir. Kadınların evlilik süresi min. 1, max.15 ve evlilik süresi ortalamaları 5.14 ± 3.07 ; erkeklerin evlilik süresi min. 1, max. 15 ve evlilik süresi ortalamaları 5.58 ± 3.64 'dür. Kadınların çocuk sayısı min. 1, max. 3 ve çocuk sayısı ortalamaları 1.44 ± 0.621 ; erkeklerin çocuk sayısı min. 1, max. 3 ve çocuk sayısı ortalamaları 1.44 ± 0.61 'dir. Kadınların gebelik sayısı min. 1, max. 5 ve gebelik sayısı ortalamaları

1.38±0.73'dür. Kadınların prematüre bebeğe sahip olup olmaması min. 1, max. 2 ve prematüre bebeğe sahip olup olmaması ortalamaları 1.91±0.28'dir.

Tablo 4.7:Eşlere ait prematürelilik ile ilgili gebelik sürecine ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı

Prematürelilik Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Soruları	Prematürelilik Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Cevapları	Cinsiyet	n	%
Gebelik sürecinin prematüre doğum ile sonlanacağı hakkında bilginiz var mıydı?	Evet	Kadın	53	49.1
		Erkek	14	35.0
	Hayır	Kadın	55	50.9
		Erkek	26	65.0
Gebelik sürecinin prematüre doğum ile sonlanacağı hakkında bilginiz var ise bu bilgiyi kimden edindiniz?	Doktorumuz söyledi	Kadın	78	72.2
		Erkek	27	67.5
	Kimse söylemedi.	Kadın	30	27.8
		Erkek	13	32.5
Gebelik sürecinin prematüre doğum ile erken sonlanmasında	Kendimi suçladım	Kadın	30	27.8
		Erkek	1	2.5
	Sağlık kurumunu suçladım	Kadın	7	6.5
		Erkek	1	2.5
	Kimseyi suçlamadım	Kadın	7	6.5
		Erkek	1	2.5
	Eşimi suçladım	Kadın	10	9.3
		Erkek	3	7.5
Sağlık personelinin suçladım	Kadın	13	12.0	
Yakınlarımı suçladım.	Kadın	8	7.4	
İşimin yoğunluğunu suçladım	Kadın	63	58.3	
	Erkek	34	85.0	

Tablo 4.7'de eşlerin prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından gebelik sürecine ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir. Kadınların prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu "Gebelik sürecinin prematüre doğum ile sonlanacağı hakkında bilginiz var mıydı?" sorusuna yüzde 49.1'i evet, yüzde 50.1'i hayır; erkeklerin yüzde 35.0'ı evet, yüzde 65.0 hayır cevabını vermiştir. Araştırmaya katılım sağlayan eşlerin verdikleri cevap incelendiğinde çoğunluğunun "Hayır." cevabını verdiği görülmektedir.

Prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu "Gebelik sürecinin prematüre doğum ile sonlanacağı hakkında bilginiz var ise bu bilgiyi kimden edindiniz?" sorusuna kadınların yüzde 72.2'si doktorumuz söyledi, yüzde 27.8'si kimse söylemedi; erkeklerin 67.5'i doktorumuz söyledi, yüzde 32.5'i kimse söylemedi cevaplarını vermiştir. Eşlerin cinsiyetine bakılmaksızın çoğunluğunun "Doktorumuz söyledi." cevabını verdiği tespit edilmiştir.

Prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Gebelik sürecinin prematüre doğum ile erken sonlanmasında...” sorusuna kadınların yüzde 27.8’i kendimi suçladım, yüzde 6.5’i sağlık kurumunu suçladım, yüzde 6.5 kimseyi suçladım, yüzde 9.3’ü eşimi suçladım, yüzde 12.0’ı sağlık personelini suçladım, yüzde 7.4’ü yakınlarımı suçladım, yüzde 58.3’ü işimin yoğunluğunu suçladım; erkeklerin yüzde 2.5’i kendimi suçladım, yüzde 2.5’i kimseyi suçlamadım, yüzde 7.5’i eşimi suçladım, yüzde 85.0’ı işimin yoğunluğunu suçladım cevaplarını vermiştir. Eşlerin büyük bir kısmının “İşimin yoğunluğunu suçladım.” cevabını verdiği görülmüştür.

Tablo 4.8:Eşlere ait prematürelilik ile ilgili çevresel kaynakların kullanımına ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı

Prematürelilik Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Soruları	Prematürelilik Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Cevapları	Cinsiyet	n	%
Prematüre bebeğiniz ve prematürelilik süreci ile ilgili başvurduğunuz bilgi kaynakları nelerdir?	İnternet	Kadın	81	75.0
		Erkek	33	82.5
	Bilimsel dergi ve kaynaklar	Kadın	30	27.8
		Erkek	14	35.0
	Sağlık personeli	Kadın	17	15.7
		Erkek	10	25.0
	Kitap	Kadın	50	46.3
		Erkek	15	37.5
	Prematüre bebeğe sahip aileler	Kadın	70	64.8
		Erkek	26	65.0
Süreç boyunca kendinizi nasıl rahatlattınız?	Nefes egzersizleri	Kadın	5	4.6
	Diğer ailelerle görüşerek	Kadın	2	1.9
		Erkek	3	7.5
	Dua ederek	Kadın	20	18.5
		Erkek	2	5.0
	Yoga, plates yaparak	Kadın	28	25.9
		Erkek	7	17.5
	Eşimin desteğiyle	Kadın	78	72.2
		Erkek	20	50.0
	Profesyonel destek alarak (Psikolog, psikiyatrist vb.)	Kadın	39	36.1
Erkek		12	30.0	
Yalnız kalarak	Kadın	64	59.3	
	Erkek	19	47.5	
Akrabalarımın desteği ile	Kadın	10	9.3	

Tablo 4.8’de eşlerin prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından çevresel kaynakların kullanımına ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir. Kadınların prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Prematüre bebeğiniz ve prematürelilik süreci ile ilgili başvurduğunuz bilgi kaynakları nelerdir?” sorusuna yüzde 75.0’ı internet, yüzde 27.8’i bilimsel dergi ve kaynaklar, yüzde 15.7’i sağlık personeli, yüzde 46.3’ü kitap, yüzde 64.8’i prematüre bebeğe sahip aileler; erkeklerin

yüzde 82.5'i internet, yüzde 35.0 bilimsel dergi ve kaynaklar, yüzde 25.0'ı sağlık personeli, yüzde 37.5'i kitap, yüzde 65.0'ı prematüre bebeğe sahip aileler cevaplarını vermiştir. Eşlerin çoğunlukla "internet" ve prematüre bebeğe sahip aileler" cevaplarını verdiği bulunmuştur.

Prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu "Süreç boyunca kendinizi nasıl rahatlattınız?" sorusuna kadınların yüzde 4.6'sı nefes egzersizleri, 1.9'u diğer ailelerle görüşerek, yüzde 18.5'i dua ederek, yüzde 25.9'u yoga, plates yaparak, yüzde 72.2'si eşimin desteğiyle, yüzde 36.1'i profesyonel destek alarak (psikolog, psikiyatrist vb.), yüzde 59.3'ü yalnız kalarak, yüzde 9.3'ü akrabalarımın desteği ile; erkeklerin yüzde 7.5'i diğer ailelerle görüşerek, yüzde 5.0'ı dua ederek, yüzde 17.5'i yoga, plates yaparak, yüzde 50.0'ı eşimin desteği ile, yüzde 30.0'ı profesyonel destek alarak (psikolog, psikiyatrist vb.), yüzde 47.5'i yalnız kalarak cevaplarını vermiştir. Eşlerin cinsiyet ayırt etmeksizin çoğunun "Eşimin desteğiyle" ve "Yalnız kalarak" cevaplarını verdiği görülmüştür.

Tablo 4.9:Eşlere ait prematürelilik ile ilgili duygusal sürece ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı

Prematürelilik Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Soruları	Prematürelilik Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Cevapları	Cinsiyet	n	%
Gebelik sürecinin prematüre bebek ile sonlanacağını öğrendiğinizdeki ilk tepkiniz neydi?	Mutluluk	Kadın	10	9.3
		Erkek	3	7.5
	Acı	Kadın	51	47.2
		Erkek	14	35.0
	Rahatlık	Kadın	23	21.3
		Erkek	6	15.0
	Sinirlilik	Kadın	60	55.6
		Erkek	15	37.5
	Duygusuzluk	Kadın	2	1.9
		Erkek	3	7.5
	Hüzün	Kadın	82	75.9
		Erkek	20	50.0
	Çaresizlik	Kadın	10	9.3
		Erkek	1	2.5
Korku	Kadın	9	8.3	
	Erkek	1	2.5	
Öfke	Kadın	15	13.9	
	Erkek	5	12.5	
Şaşkınlık	Kadın	51	47.2	
	Erkek	24	60.0	
Yaşadığınız korkularınız	Bebeği kaybetme	Kadın	95	88.0
		Erkek	29	72.5
	Durumu yakın çevresine anlatamama	Kadın	3	2.8
		Erkek	2	5.0
	Eşinin kendisini terk etme	Kadın	27	25.0
		Erkek	12	30.0
	Maddi(Hastane masraflarını karşılayamama	Kadın	7	6.5
		Erkek	1	2.5
	Bilgi yetersizliği	Kadın	6	5.6
		Erkek	3	7.5

Tablo 4.9’da eşlerin prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından duygusal sürece ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir. Kadınların prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Gebelik sürecinin prematüre bebekle sonlanacağını öğrendiğinizdeki ilk tepkiniz neydi?” sorusuna yüzde 9.3’ü mutluluk, yüzde 47.2’si acı, yüzde 21.3’ü rahatlık, yüzde 55.6’sı sinirlilik, yüzde 1.9’u duygusuzluk, yüzde 75.9’u hüzün, yüzde 9.3’ü çaresizlik, yüzde 8.3’ü korku, yüzde 13.9’u öfke, yüzde 47.2’si şaşkınlık; erkeklerin yüzde 7.5’i mutluluk, yüzde 35.0’ı acı, yüzde 15.0’ı rahatlık, yüzde 37.5’i sinirlilik, yüzde 7.5’i, duygusuzluk, yüzde 50.0’ı hüzün, yüzde 2.5’i çaresizlik, yüzde 2.5’i korku, yüzde 12.5’i öfke, yüzde 60.0’ı

şaşkınlık cevabını vermiştir. Kadınların verdikleri cevaplar incelendiğinde çoğunlukla “sinirlilik”, “hüzün”, “acı” ve “şaşkınlık”; erkeklerin verdikleri cevaplar incelendiğinde çoğunlukla “sinirlilik”, “hüzün” ve “şaşkınlık cevaplarını verdikleri görülmüştür.

Prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Yaşadığınız korkularınız...” sorusuna kadınların yüzde 88.0’i bebeği kaybetme, yüzde 2.8’i durumu yakın çevresine anlatamama, yüzde 25.0’i eşinin kendisini terk etme, yüzde 6.5’i maddi (hastane masraflarını karşılayamama, yüzde 5.6’sı bilgi yetersizliği; erkek katılımcıların yüzde 72.5’i bebeği kaybetme, yüzde 5.0’i durumu yakın çevresine anlatamama, yüzde 30.0’i eşinin kendisini terk etme, yüzde 2.5’i maddi (hastane masraflarını karşılayamama, yüzde 7.5’i bilgi yetersizliği cevabını vermiştir. Eşlerin verdikleri cevaplar incelendiğinde çoğunlukla “Bebeğini kaybetme” cevabını verdikleri tespit edilmiştir.

Tablo 4.10:Eşlere ait prematürelilik ile ilgili yaşam koşullarına ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı

Prematürelilik Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Soruları	Prematürelilik Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Cevapları	Cinsiyet	n	%
Doktorunuzun ve sağlık ekibinin verdiği bilgiler sizin için yeterli midir?	Yetersiz	Kadın	8	7.4
		Erkek	1	2.5
	Yeterli	Kadın	63	58.3
		Erkek	21	52.5
	Kısmen yeterli	Kadın	26	24.1
		Erkek	8	20.0
	Oldukça yeterli	Kadın	11	10.2
		Erkek	10	25.0
Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne derecede memnunsunuz?	Hiç memnun değilim	Kadın	5	4.6
		Erkek	4	10.0
	Kısmen memnunum	Kadın	25	23.1
		Erkek	4	10.0
	Memnunum	Kadın	47	43.5
		Erkek	24	60.0
	Oldukça memnunum	Kadın	31	28.7
		Erkek	12	30.0
Yaşadığınız evin koşulları aileniz ve bebeğiniz için uygun mudur?	Kısmen uygun	Kadın	8	7.4
		Erkek	3	7.5
	Uygun	Kadın	46	42.5
		Erkek	20	50.0
	Oldukça uygun	Kadın	54	50.0
		Erkek	17	42.5

Tablo 4.10’da eşlerin prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından yaşam koşullarına ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Doktorunuzun

ve sağlık ekibinin verdiği bilgiler sizin için yeterli midir?" sorusuna yzde 7.4'ü "Yetersiz", yzde 58.3'ü "Yeterli", yzde 24.1'i "Kısmen yeterli" ve yzde 10.2'si "Oldukça yeterli"; erkeklerin yzde 2.5'i "Yetersiz", yzde 52.5'i "Yeterli", yzde 20.0'ı "Kısmen yeterli" ve yzde 25.0'ı "Oldukça yeterli" cevabını vermiştir. Eşlerin oğunlukla "Yeterli" cevabını verdiği görülmüştür.

Prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu "Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne derecede memnunsunuz?" sorusuna kadınların yzde 4.6'sı "Hiç memnun değilim", yzde 23.1'i "Kısmen memnunum", yzde 43.5'i "Memnunum" ve yzde 28.7'si "Oldukça memnunum" ; erkeklerin yzde 10.0 'ı "Kısmen memnunum", yzde 60.0'ı "Memnunum" ve yzde 30.0'ı "Oldukça memnunum" cevabını vermiştir. Eşler oğunlukla "Memnunum" cevabını vermiştir.

Prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu "Yaşadığınız evin koşulları aileniz ve bebeğiniz için uygun mudur?" sorusuna kadınların yzde 7.4'ü "Kısmen uygun", yzde 42.5'i "Uygun" ve yzde 50.0'ı "Oldukça uygun" ; erkeklerin yzde 7.5'i "Kısmen uygun", yzde 50.0'ı "Uygun" ve yzde 42.5'i "Oldukça uygun" cevabını vermiştir. Araştırmaya katılım sağlayan kadınların çoğunlukla "Oldukça uygun." erkeklerin ise "Uygun" cevabını verdiği görülmüştür.

Tablo 4.11:Eşlere ait prematürelilik ile ilgili aile yaşamına ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı

Prematürelilik Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Soruları	Prematürelilik Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Cevapları	Cinsiyet	n	%
Prematüre bebek ile sonlanan doğum süreci boşanmayı düşünmenize neden oldu mu?	Hiç düşünmedim	Kadın	99	91.7
		Erkek	38	95.0
	Bazen düşünüyorum	Kadın	5	4.6
		Erkek	2	5.0
	Oldukça çok düşünüyorum	Kadın	4	3.7
	Ailenizle olan ilişkilerinizden ne derece memnunsunuz?	Kısmen memnunum	Kadın	9
Erkek			3	7.5
Memnunum		Kadın	49	45.4
		Erkek	20	50.0
Oldukça memnunum		Kadın	50	46.3
		Erkek	17	42.5
Eşinizle olan ilişkinizden ne derecede memnunsunuz?	Hiç memnun değilim	Kadın	2	1.9
	Kısmen memnunum	Kadın	14	13.0
		Erkek	2	5.0
	Memnunum	Kadın	36	33.3
		Erkek	11	27.5
	Oldukça memnunum	Kadın	56	51.9
Erkek		27	67.5	
Eşiniz çocuğun bakımı ile ilgili ne derecede rol üstlenmektedir?	Hiç ilgilenmez	Kadın	1	0.9
	Kısmen ilgilidir	Kadın	19	17.6
		Kadın	38	35.2
	İlgilidir	Erkek	5	12.5
		Kadın	50	46.3
	Oldukça sık ilgilidir	Erkek	35	87.5
Günlük yaşamımızdaki, kendinize ve çevrenize karşı olan görev ve sorumluluklarınızı ne ölçüde gerçekleştirebiliyorsunuz?	Hiç gerçekleştiremem	Kadın	4	3.7
		Erkek	2	5.0
	Kısmen gerçekleştiririm	Kadın	53	49.1
		Erkek	12	30.0
	Gerçekleştiririm	Kadın	31	28.7
		Erkek	15	37.5
Oldukça sık gerçekleştiririm	Kadın	20	18.5	
	Erkek	11	27.5	

Tablo 4.11’de eşlerin prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından aile yaşamına ait bilgilerin cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Prematüre bebek ile sonlanan doğum süreci boşanmayı düşünmenize neden oldu mu?” yüzde 91.7’si “Hiç düşünmedim”, yüzde 4.6’sı “Bazen düşünüyorum” ve yüzde 3.7’si “Oldukça çok düşünüyorum”; erkeklerin yüzde 95.0’ı “Hiç düşünmedim” ve yüzde 5.0’ı “Bazen” düşünüyorum cevabını vermiştir. Eşlerin çoğunlukla “ Hiç düşünmedim.” cevabını verdiği tespit edilmiştir.

Prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Ailenizle olan ilişkilerinizden ne derece memnunsunuz?” sorusuna kadınların yüzde 8.3’ü “Kısmen memnunum”, yüzde 45.4’ü “Memnunum” ve yüzde 46.3’ü oldukça “Memnunum”; erkeklerin yüzde 7.5’i “Kısmen memnunum”, yüzde 50.0’ı “Memnunum” ve yüzde 42.5’i “Oldukça memnunum” cevabını vermiştir.

Prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Eşinizle olan ilişkinizden ne derecede memnunsunuz?” sorusuna kadınların yüzde 1.9’u “Hiç memnun değilim”, yüzde 13.0’ı “Kısmen memnunum”, yüzde 33.3’ü “Memnunum” ve yüzde 51.9’u “Oldukça memnunum” ; erkek katılımcıların yüzde 17.6’sı “Kısmen memnunum”, yüzde 27.5’i “Memnunum” ve yüzde 67.5’i “Oldukça memnunum” cevabını vermiştir. Katılımcılar çoğunlukla “Oldukça memnunum” cevabını vermiştir.

Prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Eşiniz çocuğun bakımı ile ilgili ne derecede rol üstlenmektedir?” sorusuna kadınların yüzde 0,9’u hiç ilgilenmez, yüzde 17.6’sı “Kısmen ilgilidir”, yüzde 35.2’si “İlgilidir” ve yüzde 46.3’ü “Oldukça sık ilgilidir”; erkeklerin yüzde 12.5’i “İlgilidir” ve yüzde 87.5’i “Oldukça sık.” ilgilidir cevabını vermiştir. Katılımcılar çoğunlukla “Oldukça sık ilgilidir.” cevabını vermiştir.

Prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Günlük yaşamınızdaki, kendinize ve çevrenize karşı olan görev ve sorumluluklarınızı ne ölçüde gerçekleştirebiliyorsunuz?” sorusuna kadınların yüzde 3.7’si “Hiç gerçekleştiremem”, yüzde 49.1’i “Kısmen gerçekleştiririm”, yüzde 28.7’si “Gerçekleştiririm” ve yüzde 18.5’i “Oldukça sık gerçekleştiririm”; erkeklerin yüzde 5.0’ı “Hiç gerçekleştiremem”, yüzde 30.0’ı “Kısmen gerçekleştiririm”, yüzde 37.5’i “Gerçekleştiririm” ve yüzde 27.5’i “Oldukça sık gerçekleştiririm” cevabını vermiştir. Kadınların çoğunlukla “Kısmen gerçekleştiririm.”; erkeklerin ise çoğunlukla “Gerçekleştiririm.” cevabını verdiği görülmektedir.

Tablo 4.12:Eşlere ait genel sağlık değerlendirmelerinin cinsiyete göre minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerlerinin dağılımı

Prematürel Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Soruları	Cinsiyet	n	min.	max.	\bar{x}	SS	t*	p
Genel sağlığını prematüre bebeğinize sahip olmadan önce nasıl değerlendirirsiniz?	Kadın	108	3	10	8.39	1.50	5.142	0.000
Genel sağlığını prematüre bebeğinize sahip olduktan sonra nasıl değerlendirirsiniz?			1	10	7.09	2.19		
Genel sağlığını prematüre bebeğinize sahip olmadan önce nasıl değerlendirirsiniz?	Erkek	40	3	10	8.75	1.49	0.488	0.629
Genel sağlığını prematüre bebeğinize sahip olduktan sonra nasıl değerlendirirsiniz?			4	10	8.65	1.56		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.12’de prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından eşlerin genel sağlık değerlendirmelerinin cinsiyete göre minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri dağılımı incelenmiştir. Araştırmaya katılım sağlayan kadınların prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Genel sağlığını prematüre bebeğinize sahip olmadan önce nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 3, max. 10 ve ortalama 8.39 ± 1.50 ; “Genel sağlığını prematüre bebeğinize sahip olduktan sonra nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 1, max. 10 ve ortalama 7.09 ± 2.19 değer vermişlerdir. Kadınların prematüre bebeğe sahip olmadan önce ve olduktan sonraki genel sağlık değerlendirmeleri incelendiğinde ve karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Araştırmaya katılan erkeklerin prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Genel sağlığını prematüre bebeğinize sahip olmadan önce nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 3, max. 10 ve ortalama 8.75 ± 1.49 ; “Genel sağlığını prematüre bebeğinize sahip olduktan sonra nasıl

değerlendirirsiniz?” sorusuna 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 4, max. 10 ve ortalama 8.65 ± 1.56 değer vermişlerdir. Erkeklerin prematüre bebeğe sahip olmadan önce ve olduktan sonraki genel sağlık değerlendirmeleri incelendiğinde ve karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,62 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.13:Eşlere ait prematürelilik ile ilgili aile yaşamına ait bilgilerin cinsiyete göre minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerlerinin dağılımı

Prematürelilik Sürecine Ait Aile ve Bebek Bilgi Formu Soruları	Cinsiyet	n	min.	max.	\bar{x}	SS
Cinsel yaşamınızdan ne ölçüde memnunsunuz?	Kadın	108	1	10	7.40	2.56
	Erkek	40	1	10	7.85	2.35
Yaşamınızı ne derecede anlamlı buluyorsunuz?	Kadın	108	3	10	8.37	1.66
	Erkek	40	5	10	8.65	1.09
Kendinizden ne ölçüde memnunsunuz?	Kadın	108	1	10	7.49	2.08
	Erkek	40	5	10	8.28	1.35
Kendinize ayırdığımız zamandan ne derecede memnunsunuz?	Kadın	108	1	10	5.29	2.46
	Erkek	40	2	10	6.35	2.22

Tablo 4.13’de prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu sorularından eşlerin aile yaşamına ait değerlendirmelerinin cinsiyete göre minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri dağılımı incelenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Cinsel yaşamınızdan ne ölçüde memnunsunuz?” sorusuna 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 1, max. 10 ve ortalama 7.40 ± 2.56 ; erkeklerin 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 1, max. 10 ve ortalama 7.85 ± 2.35 değer vermişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Yaşamınızı ne derecede anlamlı buluyorsunuz ?” sorusuna 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 3, max. 10 ve ortalama 8.37 ± 1.66 ; erkeklerin 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 5, max. 10 ve ortalama 8.65 ± 1.09 değer vermişlerdir.

Araştırmaya kadınların prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Kendinizden ne ölçüde memnunsunuz?” sorusuna 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 1, max. 10 ve ortalama 7.49 ± 2.08 ; erkeklerin 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 5, max. 10 ve ortalama 8.28 ± 1.35 değer vermişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların prematürelilik sürecine ait Aile ve Bebek Bilgi Formu “Kendinize ayırdığınız zamandan ne derecede memnunsunuz?” sorusuna 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 1, max. 10 ve ortalama 5.29 ± 2.46 ; erkeklerin 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde min. 2, max. 10 ve ortalama 6.35 ± 2.22 değer vermişlerdir.

4.2 AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMA BULGULARININ YORUMLANMASI

Bu bölümde araştırmaya katılan eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevlerin cinsiyet, gebelik ve babalık yaşı, çalışma durumu, çocuk sahibi olma yolu, çocuk sayısı, evlilik süresi gibi değişkenleri hastane süreci ve taburculuk sürecine göre karşılaştırılmıştır. 4.14’te araştırmaya katılan eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk sürecine göre karşılaştırılmasına ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 4.15’ te eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tablo 4.16’ da eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre sağlıklı olup olmama eğilimlerinin cinsiyete göre karşılaştırılmasına, ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Tablo 4.17’de araştırmaya katılan kadınların gebelik yaşına göre Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci ortalama ve standart sapma değerlerine ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 4.18’de araştırmaya katılan erkeklerin babalık yaşına göre Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci ortalama ve standart sapma değerlerine ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 4.19’da araştırmaya katılan eşlerin çalışma durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci karşılaştırılması ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tablo 4.20’de araştırmaya katılan eşlerin çocuk sahibi olma yoluna göre Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci karşılaştırılması ortalama ve standart sapma değerleri yer verilmiştir. Tablo 4.21’de araştırmaya katılan eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci çocuk sayısına göre karşılaştırılması ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Tablo 4.22’de

araştırmaya katılan eşlerin evlilik süresine göre Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci karşılaştırılması ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Tablo 4.23’de Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane sürecine ait korelasyon analizine yer verilmiştir. Tablo 4.24’te Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin taburculuk sürecine ait korelasyon analizine yer verilmiştir Yüzdeler n=148 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.14:Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerine göre hastane ve taburculuk süreçlerinin karşılaştırılması

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Faktörleri	Süreç	\bar{x}	SS	t *	p
Problem Çözme	Hastane Süreci	1.95	0.73	2.128	0.035
	Taburculuk Süreci	1.89	0.82		
İletişim	Hastane Süreci	1.88	0.70	4.072	0.000
	Taburculuk Süreci	1.79	0.58		
Roller	Hastane Süreci	2.22	0.55	8.938	0.000
	Taburculuk Süreci	1.99	0.49		
Duygusal Tepki Verebilme	Hastane Süreci	1.71	0.80	-0.894	0.373
	Taburculuk Süreci	1.73	0.85		
Gereken İlgii Gösterme	Hastane Süreci	2.27	0.37	2.539	0.012
	Taburculuk Süreci	2.22	0.35		
Davranış Kontrolü	Hastane Süreci	1.84	0.48	-3.896	0.000
	Taburculuk Süreci	1.94	0.54		
Genel İşlevler	Hastane Süreci	1.83	0.78	-2.164	0.032
	Taburculuk Süreci	1.88	0.74		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.14’de göre eşlerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.95 ± 0.73 , problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.89 ± 0.82 ’dir. Eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,03 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Eşlerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.88 ± 0.70 , iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.79 ± 0.58 ’dir. Eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Eşlerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.22 ± 0.55 , roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.99 ± 0.49 'dur. Eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.71 ± 0.80 , duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.73 ± 0.85 'tir. Eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,37>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Eşlerin gereken ilgiyi gösterme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.27 ± 0.37 , gereken ilgiyi gösterme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.22 ± 0.35 'tir. Eşlerin gereken ilgiyi gösterme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Eşlerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.84 ± 0.48 , davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.94 ± 0.54 'tür. Eşlerin gereken ilgiyi gösterme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Eşlerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.83 ± 0.78 , genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.88 ± 0.74 'tür. Eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,03<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.15:Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Faktörleri	Cinsiyet	Süreç	n	\bar{x}	SS	t *	p
Problem Çözme	Kadın	Hastane Süreci	108	1.97	0.71	2.405	0.043
		Taburculuk Süreci		1.89	0.81		
	Erkek	Hastane Süreci	40	1.89	0.81	0.598	0.553
		Taburculuk Süreci		1.87	0.85		
İletişim	Kadın	Hastane Süreci	108	1.85	0.69	3.168	0.002
		Taburculuk Süreci		1.77	0.56		
	Erkek	Hastane Süreci	40	1.94	0.75	2.667	0.011
		Taburculuk Süreci		1.83	0.64		
Roller	Kadın	Hastane Süreci	108	2.22	0.55	7.168	0.000
		Taburculuk Süreci		2.01	0.50		
	Erkek	Hastane Süreci	40	2.22	0.55	5.392	0.000
		Taburculuk Süreci		1.95	0.45		
Duygusal Tepki Verebilme	Kadın	Hastane Süreci	108	1.70	0.78	-0.796	0.428
		Taburculuk Süreci		1.73	0.84		
	Erkek	Hastane Süreci	40	1.73	0.85	-0.408	0.686
		Taburculuk Süreci		1.75	0.87		
Gereken İlgiyi Gösterme	Kadın	Hastane Süreci	108	2.27	0.38	3.479	0.001
		Taburculuk Süreci		2.19	0.34		
	Erkek	Hastane Süreci	40	2.26	0.35	-1.168	0.250
		Taburculuk Süreci		2.30	0.38		
Davranış Kontrolü	Kadın	Hastane Süreci	108	1.85	0.50	-3.060	0.003
		Taburculuk Süreci		1.94	0.56		
	Erkek	Hastane Süreci	40	1.83	0.40	-2.487	0.017
		Taburculuk Süreci		1.95	0.51		
Genel İşlevler	Kadın	Hastane Süreci	108	1.81	0.75	-3.351	0.001
		Taburculuk Süreci		1.90	0.73		
	Erkek	Hastane Süreci	40	1.87	0.85	1.050	0.300
		Taburculuk Süreci		1.82	0.79		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.15'e göre kadınların problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.97 ± 0.71 , problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.89 ± 0.81 'dir. Kadınların problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,04 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Erkeklerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.89 ± 0.81 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.87 ± 0.85 'tir. Erkeklerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,55 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.15'e göre kadınların iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.85 ± 0.69 , iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.77 ± 0.56 'dır. Kadınların iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Erkeklerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.94 ± 0.75 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.83 ± 0.64 'tür. Erkeklerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.15'e göre kadınların roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.22 ± 0.55 , roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.01 ± 0.50 'dir. Kadınların roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Erkeklerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.22 ± 0.55 ; roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.95 ± 0.45 'tir. Erkeklerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.15'e göre kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.70 ± 0.78 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.73 ± 0.84 'tür. Kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,42 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.73 ± 0.85 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.75 ± 0.85 'tir. Erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,68 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.15'e göre kadınların gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.27 ± 0.38 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci

ortalamları 2.19 ± 0.34 'tür. Kadınların gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Erkeklerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.26 ± 0.35 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.30 ± 0.38 'dir. Erkeklerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,25 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.15'e göre kadınların davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.85 ± 0.50 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.94 ± 0.56 'dir. Kadınların davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir fark saptanmıştır.

Erkeklerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.83 ± 0.40 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.95 ± 0.51 'dir. Erkeklerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.15'e göre kadınların genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.81 ± 0.75 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.90 ± 0.73 'tür. Kadınların genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Erkeklerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.87 ± 0.85 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.82 ± 0.79 'dur. Erkeklerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,30 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.16:Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre sağlıklı olup olmama eğilimlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Faktörleri	Cinsiyet	Süreç	Sağlıklı				Sağlıksız			
			n	%	\bar{x}	SS	n	%	\bar{x}	SS
Problem Çözme	Kadın	Hastane Süreci	57	52.8	1.44	0.27	51	47.2	2.56	0.57
		Taburculuk Süreci	66	61.1	1.38	0.30	42	38.9	2.71	0.67
	Erkek	Hastane Süreci	27	67.5	1.45	0.23	13	32.5	2.79	0.86
		Taburculuk Süreci	28	70.0	1.44	0.22	12	30.0	2.88	0.94
İletişim	Kadın	Hastane Süreci	77	71.3	1.49	0.25	31	28.7	2.74	0.63
		Taburculuk Süreci	70	64.8	1.45	0.18	38	35.2	2.36	0.55
	Erkek	Hastane Süreci	24	60.0	1.48	0.24	16	40.0	2.63	0.73
		Taburculuk Süreci	22	55.0	1.41	0.17	18	45.0	2.35	0.63
Roller	Kadın	Hastane Süreci	36	33.3	1.66	0.19	72	66.7	2.50	0.45
		Taburculuk Süreci	37	34.3	1.51	0.17	71	65.7	2.26	0.41
	Erkek	Hastane Süreci	14	35.0	1.73	0.18	26	65.0	2.49	0.50
		Taburculuk Süreci	13	32.5	1.51	0.19	27	67.5	2.16	0.38
Duygusal Tepki Verebilme	Kadın	Hastane Süreci	82	75.9	1.31	0.24	26	24.1	2.94	0.61
		Taburculuk Süreci	84	77.8	1.33	0.29	24	22.2	3.13	0.62
	Erkek	Hastane Süreci	30	75.0	1.33	0.24	10	25.0	2.93	0.93
		Taburculuk Süreci	29	72.5	1.33	0.25	11	27.5	2.84	0.98
Gereken İlgii Gösterme	Kadın	Hastane Süreci	14	13.0	1.77	0.12	94	87.0	2.35	0.35
		Taburculuk Süreci	22	20.4	1.79	0.13	86	83.4	2.30	0.29
	Erkek	Hastane Süreci	6	15.0	1.83	0.05	34	85.0	2.34	0.33
		Taburculuk Süreci	7	17.5	1.87	0.12	33	82.5	2.39	0.35
Davranış Kontrolü	Kadın	Hastane Süreci	72	66.7	1.54	0.22	35	32.4	2.45	0.33
		Taburculuk Süreci	66	61.1	1.57	0.18	42	38.9	2.51	0.47
	Erkek	Hastane Süreci	26	65.0	1.62	0.26	14	35.0	2.23	0.30
		Taburculuk Süreci	24	60.0	1.62	0.17	16	40.0	2.44	0.47
Genel İşlevler	Kadın	Hastane Süreci	87	80.6	1.48	0.27	21	19.4	3.17	0.55
		Taburculuk Süreci	82	75.9	1.55	0.22	26	24.1	3.00	0.69
	Erkek	Hastane Süreci	31	77.5	1.48	0.28	9	22.5	3.21	0.81
		Taburculuk Süreci	35	87.5	1.53	0.21	5	12.5	3.83	0.21

Tablo 4.16'ya göre kadınların problem çözme alt faktörü hastane sürecinde yüzde 52.8'i sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 47.2'si sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.44 ± 0.27 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.56 ± 0.57 'dir. Kadınların problem çözme alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 61.1'i sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 38.9'u sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.38 ± 0.30 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.71 ± 0.67 'dir.

Erkeklerin problem çözme alt faktörü hastane sürecinde yüzde 67.5'i sağlıklı eğilim işlevi yüzde 32.5'i sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkek katılımcıların problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.45 ± 0.23 ;

sağlıksız eğilim işlevine sahip erkeklerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.79 ± 0.86 'dır. Erkeklerin taburculuk sürecinde yüzde 70.0'ı sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 30.0'ı sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.44 ± 0.22 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip erkeklerin problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.88 ± 0.94 'tür.

Tablo 4.16'ya göre kadınların iletişim alt faktörü hastane sürecinde yüzde 71.3'ü sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 28.7'si sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.49 ± 0.25 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.74 ± 0.63 'tür. Kadınların iletişim alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 64.8'i sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 35.2'si sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.45 ± 0.18 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.36 ± 0.55 'tir.

Erkeklerin iletişim alt faktörü hastane sürecinde yüzde 60.0'ı sağlıklı eğilim işlevi yüzde 40.0'ı sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.48 ± 0.24 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip erkeklerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.63 ± 0.73 'tür. Erkeklerin taburculuk sürecinde yüzde 55.0'ı sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 45.0'ı sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.41 ± 0.17 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip erkeklerin iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.35 ± 0.63 'tür.

Tablo 4.16'ya göre kadınların roller alt faktörü hastane sürecinde yüzde 33.3'ü sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 66.7'si sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.66 ± 0.19 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.50 ± 0.45 'tir. Kadınların roller alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 34.3'ü sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 65.7'si sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.51 ± 0.17 ;

sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.26 ± 0.41 'dir.

Erkeklerin roller alt faktörü hastane sürecinde yüzde 35.0'ı sağlıklı eğilim işlevi yüzde 65.0'ı sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.73 ± 0.18 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip erkeklerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.49 ± 0.50 'dir. Erkeklerin taburculuk sürecinde yüzde 32.5'i sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 67.5'i sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.51 ± 0.19 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip erkeklerin roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.16 ± 0.38 'dir.

Tablo 4.16'ya göre kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane sürecinde yüzde 75.9'u sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 24.1'i sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.31 ± 0.24 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.94 ± 0.61 'dir. Kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 77.8'i sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 22.2'si sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.33 ± 0.29 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 3.13 ± 0.62 'dir.

Erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane sürecinde yüzde 75.0'ı sağlıklı eğilim işlevi yüzde 25.0'ı sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.33 ± 0.24 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.93 ± 0.93 'tür. Erkeklerin taburculuk sürecinde yüzde 72.5'i sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 27.5'i sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.33 ± 0.25 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.84 ± 0.98 'dir.

Tablo 4.16'ya göre kadınların gereken ilgiyi gösterme alt faktörü hastane sürecinde yüzde 13.0'ı sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 87.0'ı sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların gereken ilgiyi gösterme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.77 ± 0.12 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların gereken ilgiyi gösterme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.35 ± 0.35 'tir. Kadınların gereken ilgiyi gösterme alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 20.4'ü sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 83.4'ü sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların gereken ilgiyi gösterme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.79 ± 0.13 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların gereken ilgiyi gösterme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.30 ± 0.29 'dur.

Erkeklerin gereken ilgiyi gösterme alt faktörü hastane sürecinde yüzde 15.0'ı sağlıklı eğilim işlevi yüzde 85.0'ı sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin gereken ilgiyi gösterme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.83 ± 0.05 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip erkeklerin gereken ilgiyi gösterme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.34 ± 0.33 'dür. Erkeklerin taburculuk sürecinde yüzde 17.5'i sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 82.5'i sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin gereken ilgiyi gösterme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.87 ± 0.12 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip erkeklerin gereken ilgiyi gösterme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.39 ± 0.35 'tir.

Tablo 4.16'ya göre kadınların davranış kontrolü alt faktörü hastane sürecinde yüzde 66.7'si sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 32.4'ü sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.54 ± 0.22 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.45 ± 0.33 'tür. Kadınların davranış kontrolü alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 61.1'i sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 38.9'u sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.57 ± 0.18 ; sağlıksız eğilim işlevine sahip kadınların davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.51 ± 0.47 'dir.

Erkeklerin davranış kontrolü alt faktörü hastane sürecinde yüzde 65.0'ı sağlıklı eğilim işlevi yüzde 35.0'ı sağlıksız eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip

erkeklerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.62 ± 0.26 ; sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.23 ± 0.30 'dur. Erkeklerin taburculuk sürecinde yüzde 60.0'ı sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 40.0'ı sağlıklı eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.62 ± 0.17 ; sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.44 ± 0.47 'dir.

Tablo 4.16'ya göre kadınların genel işlevler alt faktörü hastane sürecinde yüzde 80.6'sı sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 19.4'ü sağlıklı eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.48 ± 0.27 ; sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 3.17 ± 0.55 'tir. Kadınların genel işlevler alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 75.9'u sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 24.1'i sağlıklı eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.55 ± 0.22 , sağlıklı eğilim işlevine sahip kadınların genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 3.00 ± 0.69 'dur.

Erkeklerin genel işlevler alt faktörü hastane sürecinde yüzde 77.5'i sağlıklı eğilim işlevi yüzde 22.5'i sağlıklı eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.48 ± 0.28 ; sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 3.21 ± 0.81 'dir. Erkeklerin taburculuk sürecinde yüzde 87.5'i sağlıklı eğilim işlevi, yüzde 12.5'i sağlıklı eğilim işlevi göstermektedir. Sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.53 ± 0.21 ; sağlıklı eğilim işlevine sahip erkeklerin genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 3.83 ± 0.21 'dir.

Tablo 4.17:Kadın eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre gebelik yaşları karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Faktörleri	Gebelik Yaş Aralığı	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	p
Problem Çözme	17-30 Yaş	Hastane Süreci	73	1.98	0.71	1.736	0.087
		Taburculuk Süreci		1.90	0.85		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	35	1.94	0.11	1.080	0.288
		Taburculuk Süreci		1.89	0.12		
İletişim	17-30 Yaş	Hastane Süreci	73	1.84	0.68	1.300	0.198
		Taburculuk Süreci		1.80	0.56		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	35	1.87	0.12	3.621	0.001
		Taburculuk Süreci		1.70	0.09		
Roller	17-30 Yaş	Hastane Süreci	73	2.26	0.53	5.717	0.000
		Taburculuk Süreci		2.04	0.46		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	35	2.13	0.10	4.447	0.000
		Taburculuk Süreci		1.93	0.09		
Duygusal Tepki Verebilme	17-30 Yaş	Hastane Süreci	73	1.77	0.81	-0.069	0.945
		Taburculuk Süreci		1.77	0.88		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	35	1.58	0.12	-1.293	0.205
		Taburculuk Süreci		1.64	0.12		
Gereken İlgiyi Gösterme	17-30 Yaş	Hastane Süreci	73	2.29	0.38	2.454	0.017
		Taburculuk Süreci		2.22	0.35		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	35	2.24	0.65	2.620	0.013
		Taburculuk Süreci		2.15	0.05		
Davranış Kontrolü	17-30 Yaş	Hastane Süreci	73	1.84	0.49	-3.558	0.001
		Taburculuk Süreci		1.96	0.57		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	35	1.72	0.09	-0.489	0.628
		Taburculuk Süreci		1.79	0.09		
Genel İşlevler	17-30 Yaş	Hastane Süreci	73	1.86	0.77	-3.083	0.003
		Taburculuk Süreci		1.95	0.74		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	35	1.72	0.12	-1.486	0.147
		Taburculuk Süreci		1.79	0.11		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.17'ye göre 17-30 yaş aralığındaki kadınların problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.98 ± 0.71 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.90 ± 0.85 'dir . 17-30 yaş aralığındaki kadınların problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,08 > 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.94 ± 0.11 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.89 ± 0.12 'dir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların problem çözme alt

faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,28>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.17'ye göre 17-30 yaş aralığındaki kadınların iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.84 ± 0.68 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.80 ± 0.56 'dır. 17-30 yaş aralığındaki kadınların iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,19>0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.87 ± 0.12 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.70 ± 0.09 'dur. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.17'ye göre 17-30 yaş aralığındaki kadınların roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.26 ± 0.53 ; roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.04 ± 0.46 'dır. 17-30 yaş aralığındaki kadınların roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.13 ± 0.10 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.93 ± 0.09 'dur. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.17'ye göre 17-30 yaş aralığındaki kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.77 ± 0.81 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.77 ± 0.88 'dir. 17-30 yaş aralığındaki kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,94>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.58 ± 0.12 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.64 ± 0.12 'dir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,20 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.17'ye göre 17-30 yaş aralığındaki kadınların gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.29 ± 0.38 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.22 ± 0.35 'tir. 17-30 yaş aralığındaki kadınların gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.24 ± 0.65 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.15 ± 0.05 'tir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.17'ye göre 17-30 yaş aralığındaki kadınların davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.84 ± 0.49 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.96 ± 0.57 'dir. 17-30 yaş aralığındaki kadınların davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.72 ± 0.09 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.79 ± 0.09 'dur. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,62 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.17'ye göre 17-30 yaş aralığındaki kadınların genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.86 ± 0.77 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları

1.95±0.74'tür. 17-30 yaş aralığındaki kadınların genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.72±0.12; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.79±0.11'dir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,14>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.18:Erkek eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre babalık yaşları karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Faktörleri	Babalık Yaş Aralığı	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	P
Problem Çözme	17-30 Yaş	Hastane Süreci	13	1.57	0.33	1.298	0.219
		Taburculuk Süreci		1.52	0.32		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	27	2.04	0.94	0.000	1.000
		Taburculuk Süreci		2.04	0.98		
İletişim	17-30 Yaş	Hastane Süreci	13	1.88	0.49	3.159	0.008
		Taburculuk Süreci		1.69	0.25		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	27	1.97	0.88	1.315	0.200
		Taburculuk Süreci		1.90	0.74		
Roller	17-30 Yaş	Hastane Süreci	13	2.16	0.28	1.784	0.100
		Taburculuk Süreci		1.97	0.34		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	27	2.26	0.58	5.624	0.000
		Taburculuk Süreci		1.94	0.52		
Duygusal Tepki Verebilme	17-30 Yaş	Hastane Süreci	13	1.46	0.28	-1.949	0.075
		Taburculuk Süreci		1.58	0.34		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	27	1.87	1.00	1.568	0.129
		Taburculuk Süreci		1.82	1.03		
Gereken İlgiyi Gösterme	17-30 Yaş	Hastane Süreci	13	2.20	0.28	0.000	1.000
		Taburculuk Süreci		2.20	0.28		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	27	2.29	0.39	-1.187	0.246
		Taburculuk Süreci		2.34	0.41		
Davranış Kontrolü	17-30 Yaş	Hastane Süreci	13	1.75	0.28	-0.714	0.489
		Taburculuk Süreci		1.80	0.21		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	27	1.88	0.45	-2.468	0.020
		Taburculuk Süreci		2.02	0.60		
Genel İşlevler	17-30 Yaş	Hastane Süreci	13	1.43	0.34	-1.046	0.316
		Taburculuk Süreci		1.50	0.21		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	27	2.08	0.94	1.691	0.103
		Taburculuk Süreci		1.98	0.92		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.18'e göre 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.57 ± 0.33 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.52 ± 0.32 'dir. 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,21>0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.04 ± 0.94 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.04 ± 0.98 'dir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=1,00>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.18'e göre 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.88 ± 0.49 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.69 ± 0.25 'tir. 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.97 ± 0.88 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.90 ± 0.74 'tür. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,20>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.18'e 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.16 ± 0.28 ; roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.97 ± 0.34 'tür. 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,10>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.26 ± 0.58 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.94 ± 0.52 'tir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin roller alt faktörü sürece göre

karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.18'e göre 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.46 ± 0.28 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.58 ± 0.34 'tür. 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,07>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.87 ± 1.00 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.82 ± 1.03 'tür. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,12>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.18'e göre 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.20 ± 0.28 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.20 ± 0.28 'dir. 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=1,00>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.29 ± 0.39 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.34 ± 0.41 'dir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,24>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.18'e göre 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.75 ± 0.28 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.80 ± 0.21 'dir. 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin davranış kontrolü alt

faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,48>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.83 ± 0.40 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.95 ± 0.51 'dir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.18'e göre 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.43 ± 0.34 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.50 ± 0.21 'dir. 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.08 ± 0.94 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.98 ± 0.92 'dir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,10>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.19:Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Faktörleri	Çalışma Durumu	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	P
Problem Çözme	Çalışıyorum	Hastane Süreci	104	1.91	0.73	2.494	0.014
		Taburculuk Süreci		1.83	0.81		
	Çalışmıyorum	Hastane Süreci	44	2.03	0.75	0.203	0.840
		Taburculuk Süreci		2.02	0.83		
İletişim	Çalışıyorum	Hastane Süreci	104	1.83	0.72	3.139	0.002
		Taburculuk Süreci		1.75	0.59		
	Çalışmıyorum	Hastane Süreci	44	1.98	0.65	2.599	0.013
		Taburculuk Süreci		1.87	0.56		
Roller	Çalışıyorum	Hastane Süreci	104	2.20	0.53	8.567	0.000
		Taburculuk Süreci		1.95	0.47		
	Çalışmıyorum	Hastane Süreci	44	2.27	0.61	3.528	0.001
		Taburculuk Süreci		2.08	0.52		
Duygusal Tepki Verebilme	Çalışıyorum	Hastane Süreci	104	1.70	0.80	0.444	0.658
		Taburculuk Süreci		1.69	0.82		
	Çalışmıyorum	Hastane Süreci	44	1.74	0.80	-2.362	0.023
		Taburculuk Süreci		1.83	0.90		
Gereken İlgiyi Gösterme	Çalışıyorum	Hastane Süreci	104	2.25	0.35	1.370	0.174
		Taburculuk Süreci		2.22	0.33		
	Çalışmıyorum	Hastane Süreci	44	2.32	0.42	2.484	0.017
		Taburculuk Süreci		2.23	0.40		
Davranış Kontrolü	Çalışıyorum	Hastane Süreci	104	1.83	0.48	-2.989	0.003
		Taburculuk Süreci		1.92	0.54		
	Çalışmıyorum	Hastane Süreci	44	1.87	0.47	-2.503	0.016
		Taburculuk Süreci		2.00	0.56		
Genel İşlevler	Çalışıyorum	Hastane Süreci	104	1.78	0.78	-1.169	0.245
		Taburculuk Süreci		1.82	0.74		
	Çalışmıyorum	Hastane Süreci	44	1.93	0.76	-2.165	0.036
		Taburculuk Süreci		2.03	0.75		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.19'a göre çalışan eşlerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.91 ± 0.73 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.83 ± 0.81 'dir. Çalışan eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Çalışmayan eşlerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.03 ± 0.75 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.02 ± 0.83 'tür. Çalışmayan eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,84 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.19'a göre çalışan eşlerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.83 ± 0.72 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.75 ± 0.59 'dur. Çalışan eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Çalışmayan eşlerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.98 ± 0.65 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.87 ± 0.56 'dir. Çalışmayan eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.19'a göre çalışan eşlerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.20 ± 0.53 ; roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.95 ± 0.47 'dir. Çalışan eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Çalışmayan eşlerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.27 ± 0.61 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.08 ± 0.52 'dir. Çalışmayan eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.19'a göre çalışan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.70 ± 0.80 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.69 ± 0.82 'dir. Çalışan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,65 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmayan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.74 ± 0.80 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.83 ± 0.90 'dir. Çalışmayan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.19'a göre çalışan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.25 ± 0.35 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci

ortalamları 2.22 ± 0.33 'tür. Çalışan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,17 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmayan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.32 ± 0.42 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.23 ± 0.40 'dır. Çalışmayan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.19'a göre çalışan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.83 ± 0.48 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.92 ± 0.54 'dir. Çalışan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Çalışmayan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.87 ± 0.47 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.00 ± 0.56 'dir. Çalışmayan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.19'a göre çalışan eşlerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.78 ± 0.78 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.82 ± 0.74 'tür. Çalışan eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,24 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmayan eşlerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.93 ± 0.76 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.03 ± 0.75 'tir. Çalışmayan eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,03 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.20:Eşlere Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çocuk sahibi olma yoluna göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Faktörleri	Çocuk Sahibi Olma Yolu	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	p
Problem Çözme	Doğal	Hastane Süreci	123	1.98	0.78	2.025	0.045
		Taburculuk Süreci		1.92	0.86		
	Tüp Bebek	Hastane Süreci	25	1.80	0.47	0.725	0.475
		Taburculuk Süreci		1.74	0.54		
İletişim	Doğal	Hastane Süreci	123	1.92	0.75	3.809	0.000
		Taburculuk Süreci		1.83	0.62		
	Tüp Bebek	Hastane Süreci	25	1.65	0.33	1.435	0.164
		Taburculuk Süreci		1.57	0.25		
Roller	Doğal	Hastane Süreci	123	2.25	0.56	8.316	0.000
		Taburculuk Süreci		2.01	0.50		
	Tüp Bebek	Hastane Süreci	25	2.09	0.47	3.252	0.003
		Taburculuk Süreci		1.88	0.40		
Duygusal Tepki Verebilme	Doğal	Hastane Süreci	123	1.76	0.85	0.232	0.817
		Taburculuk Süreci		1.75	0.89		
	Tüp Bebek	Hastane Süreci	25	1.50	0.47	-2.990	0.006
		Taburculuk Süreci		1.64	0.56		
Gereken İlgiyi Gösterme	Doğal	Hastane Süreci	123	2.28	0.38	2.450	0.016
		Taburculuk Süreci		2.23	0.37		
	Tüp Bebek	Hastane Süreci	25	2.21	0.30	0.681	0.503
		Taburculuk Süreci		2.20	0.27		
Davranış Kontrolü	Doğal	Hastane Süreci	123	1.89	0.48	-3.692	0.000
		Taburculuk Süreci		1.99	0.56		
	Tüp Bebek	Hastane Süreci	25	1.61	0.37	-1.269	0.216
		Taburculuk Süreci		1.69	0.37		
Genel İşlevler	Doğal	Hastane Süreci	123	1.89	0.81	-1.340	0.183
		Taburculuk Süreci		1.93	0.78		
	Tüp Bebek	Hastane Süreci	25	1.52	0.44	-2.773	0.011
		Taburculuk Süreci		1.64	0.44		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.20'ye göre doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.98 ± 0.78 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.92 ± 0.86 'dır. Doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,04 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.80 ± 0.47 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.74 ± 0.54 'tür. Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,47 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.20'ye göre doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.92 ± 0.75 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.83 ± 0.62 'dir. Doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.65 ± 0.33 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.57 ± 0.25 'tir. Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,16 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.20'ye göre doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.25 ± 0.56 ; roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.01 ± 0.50 'dir. Doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.09 ± 0.47 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.88 ± 0.40 'tır. Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.20'ye göre doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.76 ± 0.85 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.75 ± 0.89 'dur. Doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,81 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.50 ± 0.47 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.64 ± 0.56 'dır. Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin duygusal

tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.20'ye göre doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.28 ± 0.38 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.23 ± 0.37 'dir. Doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.21 ± 0.30 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.20 ± 0.27 'dir. Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,50>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.20'ye göre doğal yol ile çocuk sahibi olan katılımcıların davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.89 ± 0.48 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.994 ± 0.56 'dır. Doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.61 ± 0.37 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.69 ± 0.37 'dir. Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,21>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.20'ye göre doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.89 ± 0.81 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.93 ± 0.78 'dir. Doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,21>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.52 ± 0.44 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.64 ± 0.44 'tür. Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.21:Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çocuk sayısına göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Faktörleri	Çocuk Sayısı	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	p
Problem Çözme	1 Çocuk	Hastane Süreci	88	1.97	0.79	0.825	0.411
		Taburculuk Süreci		1.94	0.88		
	2 ve Üzeri Çocuk	Hastane Süreci	60	1.91	0.66	2.244	0.029
		Taburculuk Süreci		1.81	0.71		
İletişim	1 Çocuk	Hastane Süreci	88	1.94	0.75	3.811	0.000
		Taburculuk Süreci		1.82	0.62		
	2 ve Üzeri Çocuk	Hastane Süreci	60	1.79	0.62	1.626	0.109
		Taburculuk Süreci		1.74	0.53		
Roller	1 Çocuk	Hastane Süreci	88	2.23	0.59	7.126	0.000
		Taburculuk Süreci		2.00	0.53		
	2 ve Üzeri Çocuk	Hastane Süreci	60	2.20	0.48	5.371	0.000
		Taburculuk Süreci		1.98	0.42		
Duygusal Tepki Verebilme	1 Çocuk	Hastane Süreci	88	1.74	0.88	-0.354	0.724
		Taburculuk Süreci		1.75	0.92		
	2 ve Üzeri Çocuk	Hastane Süreci	60	1.68	0.66	-0.936	0.353
		Taburculuk Süreci		1.71	0.73		
Gereken İlgiyi Gösterme	1 Çocuk	Hastane Süreci	88	2.35	0.41	2.517	0.014
		Taburculuk Süreci		2.28	0.38		
	2 ve Üzeri Çocuk	Hastane Süreci	60	2.16	0.28	0.676	0.502
		Taburculuk Süreci		2.14	0.29		
Davranış Kontrolü	1 Çocuk	Hastane Süreci	88	1.91	0.51	-2.116	0.037
		Taburculuk Süreci		1.99	0.58		
	2 ve Üzeri Çocuk	Hastane Süreci	60	1.74	0.40	-3.942	0.000
		Taburculuk Süreci		1.87	0.48		
Genel İşlevler	1 Çocuk	Hastane Süreci	88	1.89	0.85	-1.206	0.231
		Taburculuk Süreci		1.92	0.80		
	2 ve Üzeri Çocuk	Hastane Süreci	60	1.74	0.66	-2.007	0.049
		Taburculuk Süreci		1.81	0.65		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.21'e göre 1 çocuğa sahip eşlerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.97 ± 0.79 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.94 ± 0.88 'dir. 1 çocuğa sahip eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,41 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.91 ± 0.66 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.81 ± 0.71 'tir. 2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.21'e göre 1 çocuğa sahip eşlerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.94 ± 0.75 , iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.82 ± 0.62 'dir. 1 çocuğa sahip eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.79 ± 0.62 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.74 ± 0.53 'tür. 2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,10>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.21'e göre 1 çocuğa sahip eşlerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.23 ± 0.59 , roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.00 ± 0.53 'tür. 1 çocuğa sahip eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.20 ± 0.48 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.98 ± 0.42 'dir. 2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.21'e göre 1 çocuğa sahip eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.74 ± 0.88 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.75 ± 0.92 'tür. 1 çocuğa sahip eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,72>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.68 ± 0.66 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.71 ± 0.73 'tir. 2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,35 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.21'e göre 1 çocuğa sahip eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.35 ± 0.41 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.28 ± 0.38 'dir. 1 çocuğa sahip eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.16 ± 0.28 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.14 ± 0.29 'dur. 2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,50 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.21'e göre 1 çocuğa sahip eşlerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.91 ± 0.51 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.99 ± 0.58 'dir. 1 çocuğa sahip eşlerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,03 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.74 ± 0.40 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.87 ± 0.48 'dir. 2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.21'e göre 1 çocuğa sahip eşlerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.89 ± 0.85 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.92 ± 0.48 'dir. 1 çocuğa sahip eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre

karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.74 ± 0.66 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.81 ± 0.65 'tir. 2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,04<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.



Tablo 4.22:Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin evlilik süresine göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Faktörleri	Evlilik Süresi	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	p
Problem Çözme	1-5 Yıl	Hastane Süreci	92	1.98	0.76	0.377	0.707
		Taburculuk Süreci		1.96	0.86		
	6-10 Yıl	Hastane Süreci	44	1.89	0.70	3.207	0.003
		Taburculuk Süreci		1.75	0.74		
	11 ve Üzeri	Hastane Süreci	12	1.91	0.68	1.735	0.111
		Taburculuk Süreci		1.81	0.67		
İletişim	1-5 Yıl	Hastane Süreci	92	1.99	0.72	3.814	0.000
		Taburculuk Süreci		1.88	0.59		
	6-10 Yıl	Hastane Süreci	44	1.68	0.64	0.889	0.379
		Taburculuk Süreci		1.65	0.53		
	11 ve Üzeri	Hastane Süreci	12	1.70	0.70	1.797	0.100
		Taburculuk Süreci		1.55	0.57		
Roller	1-5 Yıl	Hastane Süreci	92	2.28	0.57	7.309	0.000
		Taburculuk Süreci		2.03	0.50		
	6-10 Yıl	Hastane Süreci	44	2.11	0.52	4.318	0.000
		Taburculuk Süreci		1.92	0.45		
	11 ve Üzeri	Hastane Süreci	12	2.13	0.42	2.847	0.016
		Taburculuk Süreci		1.92	0.50		
Duygusal Tepki Verebilme	1-5 Yıl	Hastane Süreci	92	1.83	0.83	-0.867	0.388
		Taburculuk Süreci		1.86	0.89		
	6-10 Yıl	Hastane Süreci	44	1.53	0.72	-0.101	0.920
		Taburculuk Süreci		1.54	0.74		
	11 ve Üzeri	Hastane Süreci	12	1.45	0.70	-0.804	0.438
		Taburculuk Süreci		1.48	0.74		
Gereken İlgiyi Gösterme	1-5 Yıl	Hastane Süreci	92	2.32	0.39	2.310	0.023
		Taburculuk Süreci		2.25	0.38		
	6-10 Yıl	Hastane Süreci	44	2.22	0.33	0.724	0.473
		Taburculuk Süreci		2.20	0.29		
	11 ve Üzeri	Hastane Süreci	12	2.09	0.27	0.886	0.394
		Taburculuk Süreci		2.04	0.28		
Davranış Kontrolü	1-5 Yıl	Hastane Süreci	92	1.91	0.50	-3.223	0.002
		Taburculuk Süreci		2.01	0.56		
	6-10 Yıl	Hastane Süreci	44	1.71	0.44	-2.327	0.025
		Taburculuk Süreci		1.83	0.52		
	11 ve Üzeri	Hastane Süreci	12	1.81	0.35	-0.217	0.832
		Taburculuk Süreci		1.83	0.45		
Genel İşlevler	1-5 Yıl	Hastane Süreci	92	1.92	0.82	-1.760	0.082
		Taburculuk Süreci		1.98	0.78		
	6-10 Yıl	Hastane Süreci	44	1.67	0.70	-1.164	0.251
		Taburculuk Süreci		1.71	0.64		
	11 ve Üzeri	Hastane Süreci	12	1.71	0.63	-0.481	0.640
		Taburculuk Süreci		1.75	0.70		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.22'ye göre evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.98 ± 0.761 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci

ortalamları 1.96 ± 0.86 'dır. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,70 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.89 ± 0.70 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.75 ± 0.74 'tür. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin problem çözme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.91 ± 0.68 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.81 ± 0.67 'dir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,11 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.22'ye göre evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.99 ± 0.72 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.88 ± 0.59 'dur. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.68 ± 0.64 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.65 ± 0.53 'tür. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,37 > 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin iletişim alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.70 ± 0.70 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.55 ± 0.57 'dir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,10 > 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.22'ye göre evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.28 ± 0.57 ; roller alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.03 ± 0.50 'dir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.11 ± 0.52 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.92 ± 0.45 'tir. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin roller alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.13 ± 0.42 ; iletişim alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.92 ± 0.50 'dir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.22'ye göre evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.83 ± 0.83 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.86 ± 0.89 'dur. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,38 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.53 ± 0.72 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.54 ± 0.74 'tür. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,92 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.45 ± 0.70 ; duygusal tepki verebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.48 ± 0.74 'tür. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan duygusal tepki verebilme

alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,43>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.22'ye göre evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.32 ± 0.39 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.25 ± 0.38 'dir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.22 ± 0.33 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.20 ± 0.29 'dur. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,47>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.09 ± 0.27 ; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.04 ± 0.28 'dir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan katılımcıların gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,39>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.22'ye göre evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.91 ± 0.50 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.01 ± 0.56 'dir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.71 ± 0.44 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.83 ± 0.52 'dir. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.81 ± 0.35 ; davranış kontrolü alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.83 ± 0.45 'tir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,83 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.22'ye göre evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.92 ± 0.82 , katılımcıların genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.98 ± 0.78 'dir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,08 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.67 ± 0.70 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.71 ± 0.64 'tür. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,25 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan genel işlevler alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.71 ± 0.63 ; genel işlevler alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.75 ± 0.70 'dir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,64 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.23:Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane süreci korelasyon analizi

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Faktörleri		Problem Çözme	İletişim	Roller	Duygusal Tepki Verebilme	Gereken İlgii Gösterebilme	Davranış Kontrolü	Genel İşlevler
Problem Çözme	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	,791**	,681**	,815**	,326**	,614**	,830**
			,000	,000	,000	,000	,000	,000
İletişim	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		1	,705**	,869**	,479**	,714**	,873**
				,000	,000	,000	,000	,000
Roller	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)			1	,759**	,472**	,698**	,790**
					,000	,000	,000	,000
Duygusal Tepki Verebilme	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)				1	,480**	,679**	,910**
						,000	,000	,000
Gereken İlgii Gösterebilme	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)					1	,471**	,485**
							,000	,000
Davranış Kontrolü	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)						1	,746**
								,000
Genel İşlevler	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)							1

** .Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 4.23'te yer alan, Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri hastane süreci problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler arasında yapılan korelasyon analizi sonucuna göre;

Problem çözme alt faktörü ve iletişim alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,791$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,681$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,815$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,326$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,614$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,830$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

İletişim alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,705$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,869$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,479$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,714$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,873$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Roller alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,759$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,472$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,698$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,790$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Duygusal tepki verebilme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,480$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,679$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, çok güçlü ve anlamlı ($r=,910$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,471$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,485$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Davranış kontrolü alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,746$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Tablo 4.24:Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin taburculuk süreci korelasyon analizi

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Faktörleri		Problem Çözme	İletişim	Roller	Duygusal Tepki Verebilme	Gereken İlgiyi Gösterebilme	Davranış Kontrolü	Genel İşlevler
Problem Çözme	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	,807** ,000	,673** ,000	,875** ,000	,342** ,000	,727** ,000	,858** ,000
İletişim	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		1	,688** ,000	,856** ,000	,418** ,000	,736** ,000	,870** ,000
Roller	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)			1	,719** ,000	,434** ,000	,719** ,000	,779** ,000
Duygusal Tepki Verebilme	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)				1	,435** ,000	,767** ,000	,917** ,000
Gereken İlgiyi Gösterebilme	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)					1	,501** ,000	,495** ,000
Davranış Kontrolü	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)						1	,802** ,000
Genel İşlevler	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)							1

** .Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 4.24'te yer alan, Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri taburculuk süreci problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler arasında yapılan korelasyon analizi sonucuna göre;

Problem çözme alt faktörü ve iletişim alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,807$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,673$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,875$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,342$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,727$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,858$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

İletişim alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,688$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,856$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,418$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,736$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,870$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Roller alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,719$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,434$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,719$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,779$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Duygusal tepki verebilme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,435$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,767$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, çok güçlü ve anlamlı ($r=,917$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,501$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,495$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Davranış kontrolü alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,802$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

4.3 LOVİBOND & LOVİBOND DEPRESYON ANKSİYETE VE STRES ÖLÇEĞİ PUANLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMA BULGULARININ YORUMLANMASI

Bu bölümde araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörleri; depresyon, anksiyete ve stresin cinsiyet, gebelik ve babalık yaşı, çalışma durumu, çocuk sahibi olma yolu, çocuk sayısı, evlilik süresi gibi değişkenleri hastane süreci ve taburculuk sürecine göre karşılaştırılmıştır. 4.25'te araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk sürecine göre karşılaştırılmasına ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 4.26' te eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tablo 4.27'de eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılmasına, ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Tablo 4.28'de araştırmaya katılım sağlayan kadınların gebelik yaşına göre Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci ortalama ve standart sapma değerlerine ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 4.29'da araştırmaya katılım sağlayan erkeklerin babalık yaşına göre Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci ortalama ve standart sapma değerlerine ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 4.30'da araştırmaya katılan eşlerin çalışma durumuna göre Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci karşılaştırılması ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tablo 4.31'da araştırmaya katılan eşlerin çocuk sahibi olma yoluna göre Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci karşılaştırılması ortalama ve standart sapma değerleri yer verilmiştir. Tablo 4.32'de araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci çocuk sayısına göre karşılaştırılması ortalama ve standart sapma değerleri yer verilmiştir. Tablo 4.33'te araştırmaya katılan eşlerin evlilik süresine göre Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreci karşılaştırılması ortalama ve standart sapma değerleri yer verilmiştir. Tablo

4.34'te Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane sürecine ait korelasyon analizine yer verilmiştir. Tablo 4.35'te Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin taburculuk sürecine ait korelasyon analizine yer verilmiştir. Yüzdeler n=148 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.25:Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerine göre hastane ve taburculuk süreçlerinin karşılaştırılması

Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Faktörleri	Süreç	\bar{x}	SS	t*	p
Depresyon	Hastane Süreci	12.71	11.28	7.200	0.000
	Taburculuk Süreci	7.08	8.74		
Anksiyete	Hastane Süreci	10.66	10.72	6.335	0.000
	Taburculuk Süreci	6.48	7.30		
Stres	Hastane Süreci	17.45	12.43	5.015	0.000
	Taburculuk Süreci	13.92	11.62		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.25'e göre eşlerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 12.71 ± 11.28 ; problem çözme alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 7.08 ± 8.74 'tür. Eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Eşlerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 10.66 ± 10.72 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 6.48 ± 7.30 'dur. Eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Eşlerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 17.45 ± 12.43 , stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 13.92 ± 11.62 'dir. Eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.26:Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Faktörleri	Cinsiyet	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	p
Depresyon	Kadın	Hastane Süreci	108	14.41	11.24	5.978	0.000
		Taburculuk Süreci		8.71	9.43		
	Erkek	Hastane Süreci	40	8.12	10.15	4.062	0.000
		Taburculuk Süreci		2.67	4.11		
Anksiyete	Kadın	Hastane Süreci	108	12.24	10.75	5.360	0.000
		Taburculuk Süreci		7.99	7.88		
	Erkek	Hastane Süreci	40	6.45	9.53	3.358	0.002
		Taburculuk Süreci		2.42	2.77		
Stres	Kadın	Hastane Süreci	108	20.02	12.39	3.940	0.000
		Taburculuk Süreci		16.56	12.02		
	Erkek	Hastane Süreci	40	10.50	9.65	3.412	0.002
		Taburculuk Süreci		6.80	6.39		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.26'ya göre kadınların depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 14.41 ± 11.24 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 8.71 ± 9.43 'tür. Kadınların depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Erkeklerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 8.12 ± 10.75 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.67 ± 4.11 'dir. Erkeklerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.26'ya göre kadınların anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 12.24 ± 10.75 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 7.99 ± 7.88 'dir. Kadınların anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Erkeklerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 6.45 ± 9.53 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.42 ± 2.77 'dir. Erkeklerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.26'ya göre kadınların stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 20.02 ± 12.39 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 16.56 ± 12.02 'dir. Kadınların stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Erkeklerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 10.50 ± 9.65 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 6.80 ± 6.39 'dur. Erkeklerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.27: Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Faktörleri	Süreç	Düzye	Kadın				Erkek			
			n	%	x	SS	n	%	x	SS
			Depresyon	Hastane Süreci	Normal	41	38.0	3.73	2.82	27
Hafif	22	20.4			11.59	0.95	5	12.5	11.20	1.30
Orta	15	13.9			16.40	1.88	1	2.5	19.00	-
İleri	12	11.1			24.91	2.10	5	12.5	25.00	2.54
Çok ileri	18	16.7			33.55	3.97	2	5.0	33.00	0.00
Taburculuk Süreci	Normal	69		21.4	2.91	3.00	37	61.7	1.78	2.67
	Hafif	11		14.0	12.00	1.00	1	10.3	11.00	-
	Orta	16		27.2	16.00	2.30	2	28.0	15.00	0.00
	İleri	7		18.7	25.14	2.11	-	-	-	-
	Çok ileri	5		18.7	35.20	5.16	-	-	-	-
Anksiyete	Hastane Süreci	Normal	45	41.7	2.84	2.66	31	77.5	1.83	2.14
		Hafif	15	13.9	8.60	1.29	-	-	-	-
		Orta	12	11.1	14.08	3.17	3	7.5	13.00	1.73
		İleri	10	9.3	16.40	1.42	1	2.5	17.00	-
		Çok ileri	26	24.1	28.15	6.15	5	12.5	28.80	0.83
	Taburculuk Süreci	Normal	57	52.8	2.12	2.22	36	90.0	1.64	1.72
		Hafif	13	12.0	8.46	0.66	2	5.0	8.00	0.00
		Orta	19	17.6	12.15	0.95	2	5.0	10.00	0.00
		İleri	10	9.3	16.90	0.87	-	-	-	-
		Çok ileri	9	8.3	25.77	7.12	-	-	-	-
Stres	Hastane Süreci	Normal	46	42.6	8.19	4.57	31	77.5	5.90	4.57
		Hafif	10	9.3	6.17	0.82	1	2.5	18.00	0.82
		Orta	14	13.0	22.07	2.30	2	5.0	23.50	2.30
		İleri	17	15.7	30.05	2.56	4	10.0	28.75	2.56
		Çok ileri	21	19.4	38.04	3.05	2	5.0	28.50	3.05
	Taburculuk Süreci	Normal	54	50.0	6.37	4.84	35	87.5	5.02	4.06
		Hafif	9	8.3	16.00	0.86	1	10.0	16.50	1.73
		Orta	14	13.0	22.14	1.79	-	-	-	-
		İleri	22	20.4	29.18	2.36	4	2.5	30.00	6.39
		Çok ileri	9	8.3	38.77	3.03	-	-	-	-

Tablo 4.27'ye göre kadınların depresyon alt faktörü hastane sürecinde yüzde 38.0'ı normal, yüzde 20.4'ü hafif, yüzde 13.9'u orta, yüzde 11.1'i ileri ve yüzde 16.7'si çok ileri düzeyde depresyon belirtilerine sahiptir. Normal düzeyde depresyon belirtisine sahip kadınların depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 3.73 ± 2.82 ; hafif düzeyde depresyon belirtisine sahip kadınların depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 11.59 ± 0.95 ; orta düzeyde depresyon belirtisine sahip kadınların depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 16.40 ± 1.88 ; ileri düzeyde depresyon belirtisine sahip kadınların depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 24.91 ± 2.10 ; çok ileri düzeyde depresyon belirtisine sahip kadınların depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 35.55 ± 3.97 'dir.

Kadınların depresyon alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 21.4'ü normal, yüzde 14.0'ı hafif, yüzde 27.2'si orta, yüzde 18.7'si ileri ve yüzde 18.7'si çok ileri düzeyde depresyon belirtilerine sahiptir. Normal düzeyde depresyon belirtisine sahip kadınların depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.91 ± 3.00 ; hafif düzeyde depresyon belirtisine sahip kadınların depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 12.00 ± 1.00 ; orta düzeyde depresyon belirtisine sahip kadınların depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 16.00 ± 2.30 ; ileri düzeyde depresyon belirtisine sahip kadınların depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 25.14 ± 2.11 ; çok ileri düzeyde depresyon belirtisine sahip kadınların depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 35.20 ± 5.16 'dır.

Erkeklerin depresyon alt faktörü hastane sürecinde yüzde 67.5'i normal, yüzde 12.5'i hafif, yüzde 2.5'i orta, yüzde 12.5'i ileri ve yüzde 5.0'ı çok ileri düzeyde depresyon belirtilerine sahiptir. Normal düzeyde depresyon belirtisine sahip erkeklerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.18 ± 2.81 ; hafif düzeyde depresyon belirtisine sahip erkeklerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 11.20 ± 1.30 ; orta düzeyde depresyon belirtisine sahip erkeklerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları $19.00 \pm$; ileri düzeyde depresyon belirtisine sahip erkeklerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 25.00 ± 2.54 ; çok ileri düzeyde depresyon belirtisine sahip erkeklerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 33.00 ± 0.00 'dir.

Erkeklerin depresyon alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 61.7'si normal, yüzde 10.3'ü hafif ve yüzde 28.0'ı orta düzeyde depresyon belirtilerine sahiptir. Normal düzey depresyon belirtisine sahip erkeklerin depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.78 ± 2.67 ; hafif düzey depresyon belirtisine sahip erkeklerin depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları $11.00 \pm$; orta düzey depresyon belirtisine sahip erkek katılımcıların depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 15.00 ± 0.00 'dır.

Tablo 4.27'ye göre kadınların anksiyete alt faktörü hastane sürecinde yüzde 41.70'i normal, yüzde 13.90'ı hafif, yüzde 11.10'u orta, yüzde 9.30'u ileri ve yüzde 24.10'u çok ileri düzeyde anksiyete belirtilerine sahiptir. Normal düzey anksiyete belirtisine sahip kadınların anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.84 ± 2.66 ; hafif düzey anksiyete belirtisine sahip kadınların anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 8.60 ± 1.29 ; orta düzey anksiyete belirtisine sahip kadınların anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 14.08 ± 3.17 ; ileri düzey anksiyete belirtisine sahip kadınların anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 16.40 ± 1.42 ; çok ileri düzey anksiyete belirtisine sahip kadınların anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 28.15 ± 6.15 'tir.

Kadınların anksiyete alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 52.80'i normal, yüzde 12.0'ı hafif, yüzde 17.60'ı orta, yüzde 9.30'u ileri ve yüzde 8.30'u çok ileri düzeyde anksiyete belirtilerine sahiptir. Normal düzey anksiyete belirtisine sahip kadınların depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 2.12 ± 2.22 ; hafif düzey anksiyete belirtisine sahip kadınların anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 8.46 ± 0.66 ; orta düzey anksiyete belirtisine sahip kadınların anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 12.15 ± 0.95 ; ileri düzey anksiyete belirtisine sahip kadınların anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 16.90 ± 0.87 ; çok ileri düzey anksiyete belirtisine sahip kadınların anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 25.77 ± 7.12 'dir.

Erkeklerin anksiyete alt faktörü hastane sürecinde yüzde 77.50'si normal, yüzde 7.50'si orta, yüzde 2.50'si ileri ve yüzde 12.50'si çok ileri düzeyde anksiyete belirtilerine sahiptir. Normal düzey anksiyete belirtisine sahip erkeklerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 1.83 ± 2.14 ; orta düzey anksiyete belirtisine sahip erkeklerin

anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 13.00 ± 1.73 ; ileri düzey anksiyete belirtisine sahip erkeklerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları $17.00 \pm$; çok ileri düzey anksiyete belirtisine sahip erkeklerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 28.80 ± 0.83 'tür.

Erkeklerin anksiyete alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 90.0'ı normal, yüzde 5.0'ı hafif ve yüzde 5.0'ı orta düzeyde anksiyete belirtilerine sahiptir. Normal düzey anksiyete belirtisine sahip erkeklerin anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 1.64 ± 1.72 ; hafif düzey anksiyete belirtisine sahip erkeklerin anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 8.00 ± 0.00 ; orta düzey depresyon belirtisine sahip erkeklerin anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 10.00 ± 0.00 'dır.

Tablo 4.27'ye göre kadınların stres alt faktörü hastane sürecinde yüzde 42.6'sı normal, yüzde 9.3'ü hafif, yüzde 13.0'ı orta, yüzde 15.7'si ileri ve yüzde 19.4'ü çok ileri düzeyde stres belirtilerine sahiptir. Normal düzey stres belirtisine sahip kadınların stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 8.19 ± 4.57 ; hafif düzey stres belirtisine sahip kadınların stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 6.17 ± 0.82 ; orta düzey stres belirtisine sahip kadınların stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 22.07 ± 2.30 ; ileri düzey stres belirtisine sahip kadınların stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 30.05 ± 2.56 ; çok ileri düzey stres belirtisine sahip kadınların stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 38.04 ± 3.05 'tir.

Kadınların stres alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 50.0'ı normal, yüzde 8.3'ü hafif, yüzde 13.0'ı orta, yüzde 20.4'ü ileri ve yüzde 8.3'ü çok ileri düzeyde stres belirtilerine sahiptir. Normal düzey stres belirtisine sahip kadınların stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 6.37 ± 4.84 ; hafif düzey stres belirtisine sahip kadınların stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 16.00 ± 0.86 ; orta düzey stres belirtisine sahip kadınların stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 22.14 ± 1.79 ; ileri düzey stres belirtisine sahip kadınların stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 29.18 ± 2.36 ; çok ileri düzey stres belirtisine sahip kadınların stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 38.77 ± 3.03 'tür.

Erkeklerin stres alt faktörü hastane sürecinde yüzde 77.5'i normal, yüzde 2.5'i hafif, yüzde 5.0'ı orta, yüzde 10.0'ı ileri ve yüzde 5.0'ı çok ileri düzeyde stres belirtilerine

sahiptir. Normal düzey stres belirtisine sahip erkeklerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 5.90 ± 4.57 ; hafif düzey stres belirtisine sahip erkeklerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 18.00 ± 0.82 ; orta düzey stres belirtisine sahip erkeklerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 23.50 ± 2.30 ; ileri düzey stres belirtisine sahip erkeklerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 28.75 ± 2.56 ; çok ileri düzey stres belirtisine sahip erkeklerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 28.50 ± 3.05 'tir.

Erkeklerin stres alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 87.5'i normal, yüzde 10.0'ı hafif ve yüzde 2.5'i ileri düzeyde stres belirtilerine sahiptir. Normal düzey stres belirtisine sahip erkeklerin stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 5.02 ± 4.06 ; hafif düzey stres belirtisine sahip erkeklerin stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 16.50 ± 1.73 ; ileri düzey stres belirtisine sahip erkeklerin stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 30.00 ± 6.39 'dur.

Tablo 4.28: Kadın eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre gebelik yaşları karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Faktörleri	Gebelik Yaş Aralığı	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	p
Depresyon	17-30 Yaş	Hastane Süreci	73	14.58	11.38	5.824	0.000
		Taburculuk Süreci		8.47	8.71		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	35	14.05	11.11	2.444	0.020
		Taburculuk Süreci		9.20	10.91		
Anksiyete	17-30 Yaş	Hastane Süreci	73	12.56	10.93	5.493	0.000
		Taburculuk Süreci		7.90	7.58		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	35	11.57	10.50	1.997	0.054
		Taburculuk Süreci		8.17	8.58		
Stres	17-30 Yaş	Hastane Süreci	73	19.79	12.17	3.558	0.001
		Taburculuk Süreci		16.08	11.64		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	35	20.51	13.02	1.797	0.081
		Taburculuk Süreci		17.57	12.90		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.28'e göre 17-30 yaş aralığındaki kadınların depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 14.58 ± 11.38 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 8.47 ± 8.71 'dir. 17-30 yaş aralığındaki kadınların depresyon alt faktörü sürece göre

karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 14.05 ± 11.11 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 9.20 ± 10.91 'dir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.28'e göre 17-30 yaş aralığındaki kadınların anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 12.56 ± 10.93 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 7.90 ± 7.58 'dir. 17-30 yaş aralığındaki kadınların anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 11.57 ± 10.50 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 8.17 ± 8.58 'dir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,054\geq 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.28'e göre 17-30 yaş aralığındaki kadınların stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 19.79 ± 12.17 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 16.08 ± 11.64 'tür. 17-30 yaş aralığındaki kadınların stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 20.51 ± 13.02 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 17.57 ± 12.90 'dir. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan kadınların stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,08>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.29:Erkek eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerine göre babalık yaşları karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Faktörleri	Babalık Yaş Aralığı	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	p
Depresyon	17-30 Yaş	Hastane Süreci	13	3.38	5.57	1.714	0.112
		Taburculuk Süreci		0.69	1.25		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	27	10.40	11.11	3.764	0.001
		Taburculuk Süreci		3.62	4.66		
Anksiyete	17-30 Yaş	Hastane Süreci	13	2.00	4.67	1.062	0.309
		Taburculuk Süreci		0.61	1.04		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	27	8.55	10.56	3.269	0.003
		Taburculuk Süreci		3.29	2.93		
Stres	17-30 Yaş	Hastane Süreci	13	9.32	8.47	1.693	0.116
		Taburculuk Süreci		6.00	7.70		
	31 Yaş ve Üstü	Hastane Süreci	27	11.11	10.27	2.928	0.007
		Taburculuk Süreci		7.18	5.79		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.29'a göre 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 3.38 ± 5.57 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 0.69 ± 1.25 'tir. 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,11 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 10.40 ± 11.11 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 3.62 ± 4.66 'dır. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.29'a göre 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 2.00 ± 4.67 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 0.61 ± 1.04 'tür. 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,30 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 8.55 ± 10.56 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 3.29 ± 2.93 'tür. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.29'a göre 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 9.32 ± 8.47 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 6.00 ± 7.70 'tir. 17-30 yaş aralığındaki erkeklerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,11 > 0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 11.11 ± 10.27 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 7.18 ± 5.79 'dur. 31 yaş ve üstündeki yaş aralığında olan erkeklerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.30:Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Faktörleri	Çalışma Durumu	Süreç	N	\bar{x}	SS	t*	p
Depresyon	Çalışıyor	Hastane Süreci	104	10.65	10.65	5.884	0.000
		Taburculuk Süreci		5.91	8.41		
	Çalışmıyor	Hastane Süreci	44	17.59	11.33	4.317	0.000
		Taburculuk Süreci		9.84	8.99		
Anksiyete	Çalışıyor	Hastane Süreci	104	8.87	10.67	4.389	0.000
		Taburculuk Süreci		5.76	7.78		
	Çalışmıyor	Hastane Süreci	44	14.90	9.69	4.802	0.000
		Taburculuk Süreci		8.18	5.75		
Stres	Çalışıyor	Hastane Süreci	104	15.92	12.60	4.348	0.000
		Taburculuk Süreci		12.97	11.93		
	Çalışmıyor	Hastane Süreci	44	21.06	11.35	2.813	0.007
		Taburculuk Süreci		16.18	10.64		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.30'a göre çalışan eşlerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 10.65 ± 10.65 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 5.91 ± 8.41 'dir.

Çalışan eşlerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Çalışmayan eşlerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 17.59 ± 11.33 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 9.84 ± 8.99 'dur. Çalışmayan eşlerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.30'a göre çalışan eşlerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 8.87 ± 10.67 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 5.76 ± 7.78 'dir. Çalışan eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Çalışmayan eşlerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 14.90 ± 9.69 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 8.18 ± 5.75 'tir. Çalışmayan eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.30'a göre çalışan eşlerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 15.92 ± 12.60 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 12.97 ± 11.93 'tür. Çalışan eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Çalışmayan eşlerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 21.06 ± 11.35 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 16.18 ± 10.64 'tür. Çalışmayan eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.31:Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çocuk sahibi olma yoluna göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Faktörleri	Çocuk Sahibi Olma Yolu	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	P
Depresyon	Doğal	Hastane Süreci	123	12.91	11.11	6.394	0.000
		Taburculuk Süreci		7.31	9.15		
	Tüp Bebek	Hastane Süreci	25	11.76	12.25	3.332	0.003
		Taburculuk Süreci		5.92	6.43		
Anksiyete	Doğal	Hastane Süreci	123	10.34	10.38	5.493	0.000
		Taburculuk Süreci		6.39	7.30		
	Tüp Bebek	Hastane Süreci	25	12.28	12.37	3.182	0.004
		Taburculuk Süreci		6.96	7.46		
Stres	Doğal	Hastane Süreci	123	17.28	12.55	4.415	0.000
		Taburculuk Süreci		13.93	11.71		
	Tüp Bebek	Hastane Süreci	25	18.28	12.05	2.351	0.027
		Taburculuk Süreci		13.88	11.39		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.31'e göre doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 12.91 ± 11.11 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 7.31 ± 9.15 'tir. Doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 11.76 ± 12.25 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 5.92 ± 6.43 'tür. Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.31'e göre doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 10.34 ± 10.38 , anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 6.39 ± 7.30 'dur. Doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 12.28 ± 12.37 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 6.96 ± 7.46 'dır. Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.31'e göre doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 17.28 ± 12.55 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 13.93 ± 11.71 'dir. Doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 18.28 ± 12.05 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 13.88 ± 11.39 'dur. Tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02 < 0.05$) bir fark saptanmıştır.

Tablo 4.32:Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin çocuk sayısına göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Faktörleri	Çocuk Sayısı	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	p
Depresyon	1 Çocuk	Hastane Süreci	88	12.71	11.12	5.621	0.000
		Taburculuk Süreci		7.07	8.73		
	2 ve Üzeri Çocuk	Hastane Süreci	60	12.71	11.60	4.467	0.000
		Taburculuk Süreci		7.08	8.84		
Anksiyete	1 Çocuk	Hastane Süreci	88	10.96	10.50	4.800	0.000
		Taburculuk Süreci		7.13	8.05		
	2 ve Üzeri Çocuk	Hastane Süreci	60	10.23	11.11	4.131	0.000
		Taburculuk Süreci		5.53	5.99		
Stres	1 Çocuk	Hastane Süreci	88	18.04	13.21	3.743	0.000
		Taburculuk Süreci		14.65	12.59		
	2 ve Üzeri Çocuk	Hastane Süreci	60	16.58	11.25	3.314	0.002
		Taburculuk Süreci		12.85	10.02		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.32'ye göre 1 çocuğa sahip eşlerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 12.71 ± 11.12 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 7.07 ± 8.73 'tür. 1 çocuğa sahip eşlerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 12.71 ± 11.60 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 7.08 ± 8.84 'tür. 2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.32'ye göre 1 çocuğa sahip eşlerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 10.96 ± 10.50 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 7.13 ± 8.05 'tir. 1 çocuğa sahip eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 10.23 ± 11.11 ; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 5.53 ± 5.99 'tir. 2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.32'ye göre 1 çocuğa sahip eşlerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 18.04 ± 13.21 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 14.65 ± 12.59 'dur. 1 çocuğa sahip eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 16.58 ± 11.25 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 12.85 ± 10.02 'dir. 2 ve üzeri çocuğa sahip eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.33:Eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane ve taburculuk süreçlerinin evlilik süresine göre karşılaştırılması, ortalama ve standart sapma değerleri

Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Faktörleri	Evlilik Süresi	Süreç	n	\bar{x}	SS	t*	p
Depresyon	1-5 Yıl	Hastane Süreci	92	13.79	11.94	5.566	0.000
		Taburculuk Süreci		8.23	9.16		
	6-10 Yıl	Hastane Süreci	44	9.59	8.80	3.241	0.002
		Taburculuk Süreci		5.18	6.99		
	11 ve Üzeri	Hastane Süreci	12	15.91	12.52	3.710	0.003
		Taburculuk Süreci		5.16	10.37		
Anksiyete	1-5 Yıl	Hastane Süreci	92	12.11	11.64	5.424	0.000
		Taburculuk Süreci		7.35	7.65		
	6-10 Yıl	Hastane Süreci	44	7.52	7.78	2.344	0.024
		Taburculuk Süreci		5.59	7.05		
	11 ve Üzeri	Hastane Süreci	12	11.08	11.05	2.532	0.028
		Taburculuk Süreci		3.08	3.47		
Stres	1-5 Yıl	Hastane Süreci	92	18.56	13.09	3.939	0.000
		Taburculuk Süreci		15.15	11.76		
	6-10 Yıl	Hastane Süreci	44	15.36	10.16	1.817	0.076
		Taburculuk Süreci		13.09	11.61		
	11 ve Üzeri	Hastane Süreci	12	16.58	14.71	3.135	0.009
		Taburculuk Süreci		7.58	8.58		

* Paired-Samples t Test yapılmıştır.

Tablo 4.33'e göre evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 13.79 ± 11.94 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 8.23 ± 9.16 'dır. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 9.59 ± 8.80 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 5.18 ± 6.99 'dur. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin depresyon alt faktörü hastane süreci ortalamaları 15.91 ± 12.52 ; depresyon alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları

5.16±10.37'dir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.33'e göre evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 12.11±11.64, anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 7.35±7.65'tir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 7.52±7.78; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 5.59±7.05'tir. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin anksiyete alt faktörü hastane süreci ortalamaları 11.08±11.05; anksiyete alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 3.08±3.47'dir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.33'e göre evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 18.56±13.09; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 15.15±11.76'dır. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 15.36±10.16; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 13.09±11.61'dir. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,07>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin stres alt faktörü hastane süreci ortalamaları 16.58 ± 14.71 ; stres alt faktörü taburculuk süreci ortalamaları 7.58 ± 8.58 'dir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00 < 0.05$) bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.34: Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane süreci korelasyon analizi

Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Faktörleri		Depresyon	Anksiyete	Stres
Depresyon	Pearson Correlation	1	,825**	,770**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
Anksiyete	Pearson Correlation		1	,826**
	Sig. (2-tailed)			,000
Stres	Pearson Correlation			1
	Sig. (2-tailed)			

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 4.34'te yer alan, hastane sürecinde Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörleri depresyon, anksiyete ve stres arasında yapılan korelasyon analizi sonucuna göre;

Depresyon ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,825$, $p=,000 < 0.01$) bir ilişki; depresyon ve stres alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,770$, $p=,000 < 0.01$) bir ilişki vardır.

Anksiyete ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,826$, $p=,000 < 0.01$) bir ilişki vardır.

Tablo 4.35: Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin taburculuk süreci korelasyon analizi

Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt Faktörleri		Depresyon	Anksiyete	Stres
Depresyon	Pearson Correlation	1	,758**	,735**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
Anksiyete	Pearson Correlation		1	,773**
	Sig. (2-tailed)			,000
Stres	Pearson Correlation			1
	Sig. (2-tailed)			

** .Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 4.35'te yer alan, taburculuk sürecinde Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörleri depresyon, anksiyete ve stres arasında yapılan korelasyon analizi sonucuna göre;

Depresyon ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,758$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; depresyon ve stres alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,735$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Anksiyete ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,773$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

4.4 AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ VE LOVİBOND & LOVİBOND DEPRESYON ANKSİYETE VE STRES ÖLÇEĞİ KORELASYON ANALİZİ

Bu bölümde araştırmaya katılan eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği ve Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin korelasyon analizine ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 4.36'da Aile Değerlendirme Ölçeği ve Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane süreci korelasyon analizine ait bulgular yer almaktadır. Tablo 4.37'de Aile Değerlendirme Ölçeği ve Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin taburculuk süreci korelasyon analizine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.36:Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörleri hastane süreci korelasyon analizi

ADÖ ve Lovibond& Lovibond Alt Faktörleri		PÇ	İ	R	DTV	GİG	DK	Gİ	D	A	S
PÇ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	,791** ,000	,681** ,000	,815** ,000	,326** ,000	,614** ,000	,830** ,000	,191* ,020	,222** ,007	,197* ,017
İ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		1	,705** ,000	,869** ,000	,479** ,000	,714** ,000	,873** ,000	,241** ,003	,274** ,001	,259** ,001
R	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)			1	,759** ,000	,472** ,000	,698** ,000	,790** ,000	,240** ,003	,213** ,009	,179* ,030
DTV	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)				1	,480** ,000	,679** ,000	,910** ,000	,206* ,012	,242** ,003	,213** ,009
GİG	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)					1	,471** ,000	,485** ,000	,196* ,017	,161 ,051	,163* ,047
DK	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)						1	,746** ,000	,177* ,031	,167* ,042	,182* ,026
Gİ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)							1	,259** ,002	,276** ,001	,208* ,011
D	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)								1	,825** ,000	,770** ,000
A	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)									1	,826** ,000
S	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)										1

** .Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*.Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

(PÇ:Problem Çözme, İ:İletişim, R:Roller, DTV:Duygusal Tepki Verebilme, GİG:Gereken İlgiyi Gösterebilme, DK:Davranış Kontrolü, Gİ:Genel İşlevler, D:Depresyon, A:Anksiyete, S:Stres)

Tablo 4.36’da yer alan, hastane sürecinde Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri ve Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt faktörleri problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, depresyon, anksiyete ve stres arasında yapılan korelasyon analizi sonucuna göre;

Problem çözme alt faktörü ve iletişim alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,791$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,681$, $p=,000<0.01$) bir ilişki;

problem çözme alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,815$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,326$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,614$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,830$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,191$, $p=,020<0.05$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,222$, $p=,007<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,197$, $p=,017<0.05$) bir ilişki vardır.

İletişim alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,705$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,869$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,479$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,714$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,873$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,241$, $p=,003<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,274$, $p=,001<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,259$, $p=,001<0.01$) bir ilişki vardır.

Roller alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,759$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,472$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,698$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,790$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,240$, $p=,003<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında

pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,213$, $p=,009<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,179$, $p=,030<0.05$) bir ilişki vardır.

Duygusal tepki verebilme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,480$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,679$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, çok güçlü ve anlamlı ($r=,910$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,206$, $p=,012<0.05$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,242$, $p=,003<0.05$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,213$, $p=,009<0.05$) bir ilişki vardır.

Gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,471$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,485$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,196$, $p=,017<0.05$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı olmayan ($r=,161$, $p=,051>0.05$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,163$, $p=,047<0.05$) bir ilişki vardır.

Davranış kontrolü alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,746$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; davranış kontrolü alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,206$, $p=,012<0.05$) bir ilişki; davranış kontrolü alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,242$, $p=,003<0.05$) bir ilişki; davranış kontrolü alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,213$, $p=,009<0.05$) bir ilişki vardır.

Genel işlevler alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,259$, $p=,002<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,276$, $p=,001<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,208$, $p=,011<0.05$) bir ilişki vardır.

Depresyon ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,825$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; depresyon ve stres alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,770$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Anksiyete ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,826$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Tablo 4.37:Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt boyutlarının taburculuk süreci korelasyon analizi

ADÖ ve Lovibond & Lovibond Alt Faktörleri		PÇ	İ	R	DTV	GİG	DK	Gİ	D	A	S
PÇ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	,807** ,000	,673** ,000	,875** ,000	,342** ,000	,727** ,000	,858** ,000	,275** ,001	,283** ,000	,233** ,004
İ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		1	,688** ,000	,856** ,000	,418** ,000	,736** ,000	,870** ,000	,227** ,006	,273** ,001	,217** ,008
R	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)			1	,719** ,000	,434** ,000	,719** ,000	,779** ,000	,351** ,000	,332** ,000	,317** ,000
DTV	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)				1	,435** ,000	,767** ,000	,917** ,000	,244** ,003	,266** ,001	,239** ,003
GİG	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)					1	,501** ,000	,495** ,000	,211** ,010	,214** ,009	,208** ,011
DK	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)						1	,802** ,000	,281** ,001	,294** ,000	,295** ,000
Gİ	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)							1	,319** ,000	,350** ,000	,269** ,001
D	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)								1	,758** ,000	,735** ,000
A	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)									1	,773** ,000
S	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)										1

** .Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* .Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

(PÇ:Problem Çözme, İ:İletişim, R:Roller, DTV:Duygusal Tepki Verebilme, GİG:Gereken İlgiyi Gösterebilme, DK:Davranış Kontrolü, Gİ:Genel İşlevler, D:Depresyon, A:Anksiyete, S:Stres)

Tablo 4.37’de yer alan, taburculuk sürecinde Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri ve Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Alt faktörleri problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler, depresyon, anksiyete ve stres arasında yapılan korelasyon analizi sonucuna göre;

Problem çözme alt faktörü ve iletişim alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,807$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,673$, $p=,000<0.01$) bir ilişki;

problem çözme alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,875$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,342$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,727$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,858$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,275$, $p=,001<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,283$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,233$, $p=,004<0.01$) bir ilişki vardır.

İletişim alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,688$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,856$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,418$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,736$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,870$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,227$, $p=,006<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,273$, $p=,001<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,217$, $p=,008<0.01$) bir ilişki vardır.

Roller alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,719$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,434$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,719$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,779$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,351$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif

yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,332$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,317$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Duygusal tepki verebilme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,435$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,767$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, çok güçlü ve anlamlı ($r=,917$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,003$, $p=,003<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,266$, $p=,001<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,239$, $p=,003<0.01$) bir ilişki vardır.

Gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,501$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,495$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,211$, $p=,010<0.01$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,214$, $p=,009<0.01$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı olmayan ($r=,208$, $p=,011>0.01$) bir ilişki vardır.

Davranış kontrolü alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,802$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; davranış kontrolü ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,281$, $p=,001<0.01$) bir ilişki; davranış kontrolü alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,294$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; davranış kontrolü alt faktörü ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,295$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Genel işlevler ve depresyon alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,319$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,350$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve stres alt

faktörü arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı ($r=,269$, $p=,001<0.01$) bir ilişki vardır.

Depresyon ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,758$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; depresyon ve stres alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,735$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Anksiyete ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,773$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.



5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılım sağlayan eşlerin bebeklerine dair demografik bilgiler incelendiğinde çoğunlukla 24-36. gestasyon haftası aralığında doğan ve sezaryen doğum ile dünyaya gelmiş bebekler olduğu görülmektedir. Eşlerin çoğunun bebeklerini istediği ve planladığı tespit edilmiş ve bebeklerinin bakımını eşlerin birlikte üstlendiği görülmüştür. Buna bağlı olarak araştırmaya katılım sağlayan eşlerin çoğunun lisans düzeyinde öğrenim durumuna sahip olması ve çoğunlukla çalışıyor olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatüre baktığımızda prematüre doğumu başlatacak birçok etken bulunmaktadır. Bunlar arasında gelir düzeyinin düşük olması, sigara ve uyuşturucu kullanılması, anne rahmindeki sorunlar ve tüp bebek yöntemi ile çoklu gebeliklerin artması yer almaktadır (Durukan 2010, ss. 10-11). Bu araştırmada da nedeni bilinmeyen prematüre doğum, çoklu gebelik, anne rahmindeki sorunlar çoğunlukla belirtilen nedenlerdendir. Eşlerin çocuk sahibi olma yolu doğal yol olmakla birlikte bu araştırmaya katılan eşlerin diğer üreme yöntemlerinden tüp bebek yöntemini tercih ettiği görülmüştür. Literatür incelendiğinde prematüre doğum ile sonlanan gebeliklerin tüp bebek ile doğru orantıda seyrettiği fakat araştırma örnekleminde durumun farklılaştığı tespit edilmiştir. Eşlerin eşlik eden rahatsızlıklarına bakıldığında ise yüksek oranda sigara kullanımı ve ameliyat olma geçmişi bulunmaktadır. Sigara içmek döleşinin gelişimini yani plasentanın gelişimini olumsuz yönde etkileyen nedenlerdendir(Dülger 2019, s.7).

Bebeklerin geçirdiği rahatsızlıklar gestasyon haftasına göre değişirken bu araştırmada en fazla geçirilen rahatsızlık olarak Retinopathy of prematurity (ROP) ya da prematüre retinopatisi ilk sırada yer almaktadır. Bununla birlikte yenidoğan sarılığı da ikinci sıradadır.

Eşlerin yaygın olarak flört ederek evlendiği ve çoğunun çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir buna bağlı olarak eş ilişkisinde birbirini tanıyarak ve doğrudan birebir etkileşim önemli olduğundan araştırmanın örneklemi açısından literatüre katkı sağlayacak sonuçlar elde edildiği düşünülmektedir.

Eşlerin birçoğunun gebelik sürecinin prematüre doğum ile sonlanacağından haberi olduğu ve bu bilginin doktorları tarafından verildiği gebeliğin erken sonlanmasında işinin yoğunluğunu suçladığı görülmektedir. Bu araştırmada eşlerin gelir düzeyleri incelendiğinde gelirlerinin açlık sınırı ve ortalama gelir düzeyinde olması, yaşam koşullarının zorluğu ve eşlerin her ikisinin de çalışma durumunun bu durumu tetiklediği düşünülmektedir.

Eşlerin prematürelilik ile ilgili başvurduğu kaynaklar genellikle prematüre bebeğe sahip olan diğer aileler ve internet olmuştur. Bunun sebebi olarak internete ulaşmanın kolay olması ve hastane sürecinde bebeklerinin yenidoğan yoğun bakım ünitesindeyken yani empati yapabilecekleri diğer ailelerle tanışabilme fırsatlarının olduğu düşünülmektedir.

Eşlerin süreç boyunca birbirlerine destek olarak ya da yalnız kalarak rahatlama yolunu seçtiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte profesyonel destek alan eşlerinin yüksek bir oranda olmasının yine eşlerin öğrenim durumlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Eşlerin yoğun olarak hissettikleri duygular ve verdikleri tepkiler sırasıyla beklendiği gibi şaşkınlık, acı, sinirlilik ve hüzün olmuştur. Yaşadığı korkuların ise bebeğini kaybetme ve eşinin kendisini terk etme olduğu tespit edilmiştir.

Eşlerin genellikle doktor ve sağlık ekiplerinin verdiği bilgileri yeterli bulması, sağlık hizmetlerine ulaşmada memnun olması ve yaşadığı evin koşullarının aile ve bebeği için oldukça uygun bulmasının ilde yaşamaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Eşlerin yaşadığı korkulardan eşinin kendisini terk etme en fazla görülen korkulardan olmasına rağmen genellikle boşanmayı düşünmedikleri tespit edilmiştir. Bu süreçte birbirlerine destek olarak rahatlama seçeneğini tercih etmelerinin etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılım sağlayan kadınlar günlük yaşamlarında kendisine ve çevresine karşı görev ve sorumluluklarını kısmen gerçekleştirebildiği belirtmiş erkekler ise gerçekleştirebildiğini belirtmiştir ve prematüre bebeğe sahip olmadan önce ile sahip olduktan sonraki genel sağlık durumunu değerlendirdiklerinde kadınların puanları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiş erkeklerin ise anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Bunun sebebinin kadının toplumsal rol ve görevleriyle ilişkili olduğu

ayrıca doğum sonrası dönemde kadınların fiziksel açıdan iyileşme sürecinde olması ve ev yaşamı ile bebeğin bakımıyla ilgili görevleri daha fazla üstlendiği düşünülmektedir.

Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri hastane ve taburculuk sürecine göre eşlerin ortalamaları incelendiğinde problem çözme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt faktörlerinde anlamlı bir farklılık belirlenirken duygusal tepki verebilme alt faktöründe anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Bu durumun araştırmaya katılan eşlerin bebeklerinin düzeltilmiş yaşının 24 aya kadar olmuş olması ve prematüre bebeklerin bakımı ile ilgili sıkıntı yaşanan, rahatsızlıklarının en yoğun devam eden aralığın bu olmuş olması hastane süreci ile eve geçilen taburculuk sürecinde hala bakım ihtiyacının yoğun bir şekilde devam etmesi olduğu düşünülmektedir.

Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri hastane ve taburculuk sürecinde göre eşlerin cinsiyetine göre incelendiğinde problem çözme alt faktöründe erkelerin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Bu durumun hastane ve taburculuk süreci sonrasında kadınların hormonal düzeylerine bağlı olarak duygusal olarak dengelenmede zorluk yaşamaları gösterilebilir.

Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri hastane ve taburculuk süreçlerinde eşlerin gebelik yaşlarına göre 17-30 yaş ve 31 yaş üstü olmak üzere iki grupta incelenmiştir. Her iki grubun ortalamalarına bakıldığında kadınların sağlıklı olma işlevinden sağlıklı olma işlevi eğiliminde olduğu görülmekle birlikte puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Kadınların hastaneden ayrıldıktan sonra taburculuk sürecine uyum gösterdiği buna bağlı olarak sağlıklı olma eğiliminde oldukları düşünülmektedir. Erkeklerde ise ayırt edici bir farklılık belirlenmemiştir. Bunun sebebinin hastane koşullarındaki bakım şartları ve evdeki bakım şartları arasındaki farklılıktan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörleri hastane ve taburculuk süreçleri korelasyon analizi yapılmıştır ve her biri kendi içerisinde aile işlevselliği için gerekli ön koşullardandır problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt faktörleri arasında anlamlı pozitif

yönde ilişki vardır. Bu anlamda araştırmanın literatüre etkisinin büyük olacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği hastane ve taburculuk süreçlerinde depresyon, anksiyete, stres alt faktörlerinin puan ortalamaları karşılaştırılmış; cinsiyete göre incelenmiş ve anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Eşlerin hastane ve taburculuk süreçlerine bakıldığında ortalamalarının düştüğü görülmüştür. Bu durumun bebeklerinin tıbbi destek ihtiyacının azalması ve kendi evlerine geçmelerinin etkisinin olabileceği düşünülmüştür. Doğum sonrası sürece bağlı olduğu düşünülmele birlikte kadınların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının ortalamaları erkeklere göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği hastane ve taburculuk süreçlerinde depresyon, anksiyete, stres alt faktörlerinin düzeyleri incelenmiştir ve her üç alt faktörde de çok ileri düzeyde puan ortalamaları tespit edilmiştir. Bu süreçte psikososyal desteğin önemi hastane ve taburculuk sürecinde gözle görülür ölçüdedir. Yine de taburculuk sürecinde hem kadınlardaki hem de erkeklerdeki puan ortalamalarının azalması nedeniyle eşlerin hastane sürecinde daha çok profesyonel destek almaları gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği hastane ve taburculuk süreçlerinde depresyon, anksiyete, stres alt faktörleri gebelik ve babalık yaşına göre 17-30 yaş ve 31 yaş ve üstü iki grupta incelenmiştir. Erkeklerin puan ortalamaları incelendiğinde hastane sürecine göre taburculuk süreci ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edilirken kadınlar için ayırt edici bir sonuç bulunamamıştır.

Eşlerin çalışma durumuna göre hastane ve taburculuk sürecinde Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği depresyon, anksiyete, stres alt faktörleri ortalamaları incelenmiş taburculuk süreci puan ortalamaları ve hastane süreci puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Bu durum eşlerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeklerini ziyaret etmek için yaşam düzenlerini değiştirmelerinden kaynaklandığı düşünülmele birlikte taburculuk sürecinde çalışan eşlerin depresyon anksiyete ve stres puanlarının artması beklenilmiştir.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres ölçeği hastane ve taburculuk süreçlerinde depresyon, anksiyete, stres alt faktörleri eşlerin çocuk sahibi olma yoluna, çocuk sayısına ve evlilik süresine göre incelendiğin de de her iki grupta da anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu sonuçlar eşlerin her iki süreçte kriz durumlarla başa çıkabildiğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane süreci ve taburculuk süreci korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analize göre depresyon, anksiyete ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki vardır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada eşlerin sağlıklı ve sağlıksız işlev eğilimlerine; problem çözmeye, iletişim roller, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt faktörlerinde bakılmış bununla birlikte depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri incelenmiştir. Çalışmanın amacı doğrultusunda, araştırmaya katılan prematüre bebeğe sahip eşlere “Aile Değerlendirme Ölçeği” ve “Lovibond & Lovibond Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği” uygulanmıştır. Ölçeklerden elde edilen puanların Aile ve Bebek Bilgi Formundaki değişkenlere (eşlerin; evlilik şekline, aile tipine, yaşadığı yere, öğrenim durumuna, gelir seviyesine, sosyal güvencesine, çalışma durumuna, çocuğa sahip olma şekline, yaş aralığına, gebelik yaşına, babalık yaşına, evlilik süresine, çocuk sayısına) göre, hastane süreci ve taburculuk süreci arasında anlamlı düzeyde farklılaşıp-farklılaşmadığına yönelik analizler yapılmıştır.

6.1 SONUÇ

Araştırmaya katılım sağlayan 148 eşin 108’i kadın ve 40’ı erkektir. Eşlerin yaş aralığı incelendiğinde kadınların min. 21, max. 44; erkeklerin min. 28, max. 44 yaşında olduğu ve evlendiğindeki yaşları ise kadınların min. 18, max. 37; erkeklerin min. 20, max. 43 yaşında olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılım sağlayan eşlerin evlilik süreleri min. 1, max. 15 yıldır. Eşlerin evlenme şekli incelendiğinde çoğunlukla flört ettikten sonra evlendiği, çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve ilde yaşadığı görülmüştür. Araştırmanın katılım sağlayan eşlerin çoğunluğunun doğal üreme yöntemleri ile çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Eşlerde çoğunlukla sigara kullanımı ve ameliyat olma öyküsü tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılım sağlayan eşlerin öğrenim durumunun çoğunlukla lisans mezunu olduğu, büyük bir kısmının gelir seviyesinin 1600 TL-5000 TL arasında olduğu ve sosyal güvencesinin SSK olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte çalışma durumuna bakıldığında erkeklerin neredeyse tamamının çalıştığı, kadınların çoğunluğunun çalıştığı görülmektedir.

Araştırmaya katılım sağlayan eşlerin bebekleri düzeltilmiş yaşı 24 ayı geçmeyen ve min. 1 gün, max. 234 gün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış yapmış halen hayatta olan bebeklerdir. Bebeklerin cinsiyete bakılmaksızın çoğunluğunun istenen-planlanmış bebek olduğu, sezaryen doğum ile 24.-36. gestasyon haftası aralığında ve 2500-1500 gram doğum ağırlığı aralığında dünyaya geldiği görülmektedir. Eşlerin bebeklerinin bakımlarını çoğunlukla anne ve baba olarak birlikte üstlendikleri tespit edilmiştir.

Bebeklerin prematüre doğum nedenleri incelendiğinde kız bebeklerin prematüre olarak doğmalarına neden olan faktörler içerisinde en çok nedeni bilinmeyen prematüre doğum belirtilmiştir, bunu ikinci sırada çoğul gebelik ve annede yüksek tansiyon olması takip etmiştir. Erkek bebeklerin prematüre olarak doğmalarına neden olan faktörler içerisinde en fazla çoğul gebelik belirtilmiştir, bunu ikinci sırada anne rahmindeki sorunlar (Rahim ağzı yetmezliği gibi) ve nedeni bilinmeyen prematüre doğum izlemektedir. Bebeklerin geçirdiği rahatsızlıklar ve hastalıklar incelendiğinde kız bebeklerin büyük oranda sarılık, erkek bebeklerin ise retinopathy of prematurity (ROP) ve sarılıktır.

Araştırmaya katılan kadın katılımcıların “Genel sağlığınıza prematüre bebeğinize sahip olmadan önce nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde “Genel sağlığınıza prematüre bebeğinize sahip olduktan sonra nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna karşılaştırıldığında kadın katılımcılarda anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık saptanırken; erkeklerde anlamlı ($p=,62>0.05$) bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan eşlerin “Cinsel yaşamınızdan ne ölçüde memnunsunuz?” sorusuna 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde kadınların puan ortalamalarının 7.40 ± 2.56 ; erkeklerin puan ortalamalarının 7.85 ± 2.35 olduğu; “Yaşamınızı ne derecede anlamlı buluyorsunuz ?” sorusuna 1’den 10’a kadar derecelendirmelerinde kadınların puan ortalamalarının 7.49 ± 2.08 ; erkeklerin puan ortalamalarının 8.28 ± 1.35 olduğu; “Kendinize ayırdığınız zamandan ne derecede memnunsunuz?” sorusuna kadınların puan ortalamalarının 5.29 ± 2.46 ; erkeklerin puan ortalamalarının 6.35 ± 2.22 olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin puan ortalamaları hastane ve taburculuk sürecine göre karşılaştırıldığında eşlerin problem

çözme alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,03<0.05$) bir farklılık; iletişim alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık; roller alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık; gereken ilgiyi gösterme alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01<0.05$) bir farklılık; davranış kontrolü alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık ve genel işlevler alt faktörü anlamlı ($p=,03<0.05$) bir farklılık belirlenirken duygusal tepki verebilme alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,37>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir.

Araştırmaya katılan eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin puan ortalamaları hastane ve taburculuk sürecine ve cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınların problem çözme alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,04<0.05$) bir farklılık belirlenmiş erkeklerin problem çözme alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık ($p=,55>0.05$) belirlenmemiştir. Kadınların iletişim alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık ve erkeklerin iletişim alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Kadınların ve erkeklerin roller alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Kadınların duygusal tepki verebilme alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,42>0.05$) bir farklılık ve erkeklerin duygusal tepki verebilme alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,68>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir. Kadınların gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01<0.05$) bir farklılık belirlenmiş ve erkeklerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,25>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir. Kadınların davranış kontrolü alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık ve erkeklerin davranış kontrolü alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Kadınların genel işlevler alt faktörü ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01<0.05$) bir farklılık belirlenmiş ve erkeklerin genel işlevler alt faktörü ortalamaları arasında ($p=,30>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir.

Araştırmaya katılan eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin puan ortalamaları hastane ve taburculuk sürecinde evlilik süresine göre karşılaştırılmıştır. Bu analize göre evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,70>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin problem çözme alt faktörü sürece

göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin problem çözme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,11>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık belirlenmişken; evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,37>0.05$) bir farklılık ve evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin iletişim alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,10>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan ve 6-10 yıl olan eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık; evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin roller alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,01<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,38>0.05$) bir farklılık; evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,92>0.05$) bir farklılık; evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin duygusal tepki verebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,43>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,47>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir. Evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,39>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan ve 6-10 yıl olan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık belirlenmişken; evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin davranış kontrolü alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,83>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,08>0.05$) bir farklılık; evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında

ortalamları arasında anlamlı ($p=,25>0.05$) bir farklılık; evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olan eşlerin genel işlevler alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamları arasında anlamlı ($p=,64>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir.

Araştırmaya katılan eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin hastane süreci korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analize göre problem çözme alt faktörü ve iletişim alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,791$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,681$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,815$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,326$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,614$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,830$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

İletişim alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,705$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,869$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,479$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,714$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,873$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Roller alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,759$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,472$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,698$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,790$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Duygusal tepki verebilme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,480$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,679$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, çok güçlü ve anlamlı ($r=,910$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,471$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,485$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır. Davranış kontrolü alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,746$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Araştırmaya katılan eşlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt faktörlerinin taburculuk süreci korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analize göre Problem çözme alt faktörü ve iletişim alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,807$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,673$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,875$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,342$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,727$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; problem çözme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,858$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

İletişim alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,688$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,856$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,418$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,736$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; iletişim alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,870$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Roller alt faktörü ve duygusal tepki verebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,719$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,434$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,719$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; roller alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,779$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Duygusal tepki verebilme alt faktörü ve gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,435$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,767$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; duygusal tepki verebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, çok güçlü ve anlamlı ($r=,917$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve davranış kontrolü alt faktörü arasında pozitif yönde, orta derecede ve anlamlı ($r=,501$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; gereken ilgiyi gösterebilme alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ($r=,495$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır. Davranış kontrolü alt faktörü ve genel işlevler alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,802$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin puan ortalamaları hastane ve taburculuk sürecine göre karşılaştırılmıştır. Bu analize göre eşlerin depresyon, anksiyete ve stres alt faktörü puanları sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin puan ortalamaları hastane ve taburculuk sürecinde cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Bu analize göre kadın ve erkek katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin düzeyleri hastane ve taburculuk sürecinde cinsiyete göre incelenmiştir

ve bu analize göre depresyon alt faktörü hastane sürecinde kadınların yüzde 38.0'ı normal, yüzde 20.4'ü hafif, yüzde 13.9'u orta, yüzde 11.1'i ileri ve yüzde 16.7'si çok ileri düzeyde depresyon belirtilerine sahiptir. Kadınların depresyon alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 21.4'ü normal, yüzde 14.0'ı hafif, yüzde 27.2'si orta, yüzde 18.7'si ileri ve yüzde 18.7'si çok ileri düzeyde depresyon belirtilerine sahiptir. Erkeklerin depresyon alt faktörü hastane sürecinde yüzde 67.5'i normal, yüzde 12.5'i hafif, yüzde 2.5'i orta, yüzde 12.5'i ileri ve yüzde 5.0'ı çok ileri düzeyde depresyon belirtilerine sahiptir. Erkeklerin depresyon alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 61.7'si normal, yüzde 10.3'ü hafif ve yüzde 28.0'ı orta düzeyde depresyon belirtilerine sahiptir.

Kadınların anksiyete alt faktörü hastane sürecinde yüzde 41.70'i normal, yüzde 13.90'ı hafif, yüzde 11.10'u orta, yüzde 9.30'u ileri ve yüzde 24.10'u çok ileri düzeyde anksiyete belirtilerine sahiptir. Kadınların anksiyete alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 52.80'i normal, yüzde 12.0'ı hafif, yüzde 17.60'ı orta, yüzde 9.30'u ileri ve yüzde 8.30'u çok ileri düzeyde anksiyete belirtilerine sahiptir. Erkeklerin anksiyete alt faktörü hastane sürecinde yüzde 77.50'si normal, yüzde 7.50'si orta, yüzde 2.50'si ileri ve yüzde 12.50'si çok ileri düzeyde anksiyete belirtilerine sahiptir. Erkeklerin katılımcıların anksiyete alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 90.0'ı normal, yüzde 5.0'ı hafif ve yüzde 5.0'ı orta düzeyde anksiyete belirtilerine sahiptir.

Kadınların stres alt faktörü hastane sürecinde yüzde 42.6'sı normal, yüzde 9.3'ü hafif, yüzde 13.0'ı orta, yüzde 15.7'si ileri ve yüzde 19.4'ü çok ileri düzeyde stres belirtilerine sahiptir. Kadınların stres alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 50.0'ı normal, yüzde 8.3'ü hafif, yüzde 13.0'ı orta, yüzde 20.4'ü ileri ve yüzde 8.3'ü çok ileri düzeyde stres belirtilerine sahiptir. Erkeklerin stres alt faktörü hastane sürecinde yüzde 77.5'i normal, yüzde 2.5'i hafif, yüzde 5.0'ı orta, yüzde 10.0'ı ileri ve yüzde 5.0'ı çok ileri düzeyde stres belirtilerine sahiptir. Erkeklerin stres alt faktörü taburculuk sürecinde yüzde 87.5'i normal, yüzde 10.0'ı hafif ve yüzde 2.5'i ileri düzeyde stres belirtilerine sahiptir.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin hastane süreci korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analize göre depresyon ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,825$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; depresyon ve stres alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde,

güçlü ve anlamlı ($r=,770$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır. Anksiyete ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,826$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin taburculuk süreci korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analize göre depresyon ve anksiyete alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,758$, $p=,000<0.01$) bir ilişki; depresyon ve stres alt faktörü ve roller alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,735$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır. Anksiyete ve stres alt faktörü arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=,773$, $p=,000<0.01$) bir ilişki vardır.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörleri hastane ve taburculuk sürecinde evlilik süresine göre incelenmiştir ve bu analize göre evlilik süresi 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl üzeri olan eşlerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında her üç grupta da ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Evlilik süresi 1-5 yıl olan eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Evlilik süresi 6-10 yıl ve 11 yıl ve üzeri olan eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Evlilik süresi 1-5 yıl ve 11 yıl üzeri olan eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Evlilik süresi 6-10 yıl olan eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında hastane süreci ve taburculuk süreci ortalamaları arasında anlamlı ($p=,07>0.05$) bir farklılık belirlenmemiştir.

Araştırmaya katılan eşlerin Lovibond & Lovibond Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği alt faktörlerinin düzeyleri hastane ve taburculuk sürecinde çocuk sahibi olma yoluna göre incelenmiştir ve bu analize göre doğal yol ile ve tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin depresyon alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Doğal yol ile ve tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin anksiyete alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir. Doğal yol ile çocuk sahibi olan eşlerin stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,00<0.05$) bir farklılık; tüp bebek yolu ile çocuk sahibi olan eşlerin

stres alt faktörü sürece göre karşılaştırıldığında ortalamaları arasında anlamlı ($p=,02<0.05$) bir farklılık belirlenmiştir.

6.2 ÖNERİLER

Prematürelilik süreci hakkında yapılan çalışmalar literatür incelendiğinde daha çok tıbbi terminolojiyle ilgili olmuş olup aile ve eş ilişkisi açısından inceleyen araştırmaların azlığı dikkat çekmektedir. Bu yönde yapılan araştırmalar ise daha çok eşlerden birinin katılımıyla bebeğin bakımı açısından incelenen ya da ihtiyaç belirlemeye yönelik çalışmalar olmuştur. Son yıllarda ilerleyen tıbbi teknoloji nedeniyle eşlerin çocuk sahibi olma yolunda ilerleyebileceği yöntemler çoğalmıştır. Erken doğum yani prematüre doğumların artış sebeplerinden olan bu durum araştırmada da yer aldığı gibi iş yaşamının yoğun stresıyla örtüştüğünde etkisi gözlenebilir bir hal almaktadır. Prematürelilik süreci eş ilişkisini her yönden etkileyen bir süreç olmakla birlikte eşlerin bu krizi iyi yönettiğinde ilişkilerini olumlu yönde etkileyen bir sürece dönüşmesi, yönetemediğinde ise olumsuz etkilediği görülmüştür. Sağlıklı işlev eğilimi ve sağlıksız işlev eğilimi gösteren eşlerde hastane ve taburculuk süreci arasındaki geçiş döneminde olan tam olarak da budur.

Yapılan gözlemler sonucu hastane süreci ve taburculuk sürecinde ön planda olan kaygılar bebeği kaybetme ve eve geçişte bebeğin bakımı ile birlikte eşler arası rollerin nasıl dağılacaktır. Görüşmeler esnasında eşler; sağlıklı bir bebeğin zamanında dünyaya geldiğinde yaşanan kriz durumlarının beklenilen gibi olmadığında onları daha da zorladığı ve görev ile sorumluluklarını yerine getiremediklerini sıkça belirtmişlerdir.

Prematüre bebeğe sahip ebeveynlerin eş ilişkilerinin (iletişim, roller, problem çözme, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlar), ve depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin hastane ve taburculuk sürecinde farklı olup olmadığı, bazı değişkenlerin bu süreci etkileyip etkilemediği soruları araştırmanın ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Literatürde prematüre bebeklerin ebeveynlerinin her ikisini de kapsayan, eşlerin ilişkisini değerlendirmesiyle ilgili olan araştırmanın olması nedeniyle bu araştırmanın

literatüre katkısının olacağı düşünülmektedir. Bu araştırmanın bulguları çerçevesinde gelecek araştırmalara yönelik bazı öneriler aşağıda verilmiştir.

a) Bu çalışmada araştırmada grubu içinde yer alan erkek eşlere ulaşmakta ve formların onlara doldurtulması esnasında çok güçlük yaşanmıştır. Bu yüzden hedeflenen popülasyonla çalışılamamış, sayı istenenden az olmuştur. Başka bir araştırmada daha çok erkek eşe ulaşılarak çalışılabilir.

b) Araştırma formları eşlere bebeği hasta iken doktorlarını bekleme süresinde ya da rutin kontrole geldiklerinde yüz yüze iken doldurtulmuştur. Farklı bir araştırma için eşlere daha motive edici ve rahat buldukları bir ortamda sunulabilir.

c) Aynı araştırma, bebeklerin demografik özelliklerine göre farklı gruplarla yapılabilir. (Doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum şekli gibi) Böylelikle sürece dair daha detaylı bir inceleme gerçekleştirilebilir.

d) Bu çalışmadaki araştırma grubu ayrıca çatışma stilleri ve evlilik doyumları açısından da incelenebilir. Eşlerin çatışma stilleri ve evlilik doyumları aile işlevini etkilediği için bu çalışma literatüre oldukça katkı sağlayabilir.

e) Araştırma grubu ile eş ilişkisinin ve ebeveynliğin nasıl tanımlandığına dair ek bir çalışma daha yapılabilir. Bu da bize toplumdaki eş ilişkisi ve ebeveynlik arasındaki ilişkiye dair somut kanıtlar göstererek yine literatüre oldukça katkı sağlayacaktır.

Yukarıda sayılan tüm bu önerilerin araştırma konusu olması halinde prematüre bebeğe sahip ebeveynlerin eş ilişkileri ile ilgili projeler üretilecek ve bebeğin bakımının dışında destek ünitelerinin bir bölümünde hayata geçirilmek üzere eş ilişkisi temalı programlar ile eşlerin bu süreçte ilişki işlevlerini sağlıklı bir şekilde sürmeleri açısından yararlı olacak destek programı oluşturulmuş olacaktır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Baran, G., 2017. *Aile yaşam dinamiği*. Ankara: Pelikan Yayınevi.
- Behrman, R.E., Kliegman, R.M., Jenson, H.B., 2002. *Textbook of Pediatrics*. T., Akçay (Ed.), Nelson. (orijinal basım tarihi yılı 2002). ss. 551- 77 p Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Bernstein, D.A., 1994. *Psychology*. New Jersey: Houghton Mifflin Company.
- Bulut, I., 1990. *Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı*. Ankara.
- Bulut, I., 1993. Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi. *Başbakanlık kadın ve sosyal hizmetler müsteşarlığı yayınları*.
- Büyükata, H.B., 2017. *Aile diziliminde duygu dönüşümleri*. İstanbul: Ray Yayıncılık.
- Can, G., Çoban, A. ve İnce, Z.B., 2002. *Yenidoğan ve hastalıkları*. 4. Baskı. O. Ertuğrul (Ed.), Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Conoley, C.W. & Conoley, J.C., 2017. *Pozitif psikoloji ve aile terapisi*. T. Sarı (Çev.), Ankara: Anı Yayıncılık.
- Çavuşoğlu, H., 2008. *Çocuk sağlığı hemşireliği*. 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi, ss.64–68.
- Dallos, R. & Draper, R., 2016. *Aile terapisine giriş*. 3. Baskı. Ş. Kesici, C. Kiper ve A. Mert (Çev.), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Dattilio, F.M. & Jongsma, A.E. 2013. *Aile terapisi tedavi planlayıcısı*. 2. Baskı. A. Yıldırım ve İ. Kurt (Çev.), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Davis, M.J. & Rosenfeld, W.N., 1999. Chronic lung disease. *In: Neonatology pathophysiology and management of the newborn*. Avery, G.B., Fletcher, A.M., Macdonald, M.G., (Eds.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1999, pp. 509-31.
- Devecioğlu, Ö., Öneş, S.Ü. ve Ünüvar E., 2005. *Pediatride rutinler*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
- Duman, S., 2005. *Aile planlaması danışmanlık konuşmaları: Kurumsal söylem çözümlemesi*. MAS Matbaacılık A.Ş.
- Durukan, M., 2012. *Hayata tutunan premaüre bebekler*. İzmit: Aydilisanat Yayınları.
- Erkuş, A., 1994. *Psikolojik terimler sözlüğü*. Ankara: Doruk Yayınları.
- Eshleman, J.R. & Bulcroft, R.A., 2006. *The family* 11th Edition. USA: Pearson Education Inc.
- Gehart, D., 2017. *Aile terapisi yeterliliklerinde uzmanlaşma*. T. İlhan ve H. Cihan (Çev.), Ankara: Pegem Akademi.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H., 2000. *Family therapy an overview*. 5th Edition.
- Gomella, T.L., Cunningham, M.D., Eyal, F.G. & Tuttle, D., 2012. *Neonatoloji*. Çoban, A. ve İnce, Z. (Çev.), İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık
- Graham, D.I. & Lantons, P.I., 2002. *Greenfield's neuropathology*. London: Arnold.
- Greenberger, D. & Padesky, C.A., 2019. *Evinizdeki terapist*. 26. Baskı Z. Armay (Çev.), İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi (orijinal basım tarihi yılı 1993).
- Greenough, A. & Robertson N.R.C., 1996. Respiratory distress syndrome. *In: Neonatal respiratory disorders greenough*. Milner, A.D., Robertson, N.R.C., (Eds.). London: The Hodder Headline Group, 1996, pp. 238-79.

- Hiebert, W.J., Alkanat, Ö. ve Leblebici.E.Ç., 2016. Çift terapilerinde yapılandırılmış ilk görüşmeler. 2. Baskı. Ankara :Pegem Akademi
- Kaplan, M., Wrong, R.J., Sibley, E., Stevenson, D.K., 2011. Neonatal jaundice and Liver Diseases of the fetus and infants. *In: Neonatal perinatal medicine: Disease of the fetus and infant* Martin, R.J., Fanaroff, A.A., Walsh, M.C., (Eds.). 9th Edition. Elsevier Mosby: St. Louis, 2011 pp.1443-1496.
- Karabudak, S., Ergün, S., 2013. Pediatri hemşireliği, *Yenidoğan hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Z., Conk, Z., Başbakkal, H.B., Yılmaz, ve B., Bolışık, (Ed.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, ss. 289-354.
- Kavaklı, A., Pek, H. ve Bahçecik, N., 1998. *Çocuk hastalıkları hemşireliği*. 2. Baskı. İstanbul: Çevik Matbaacılık.
- Lebow, J.L., 2014. *Çift ve aile terapisi*. H. Uğur (Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Lee, G.R., 1982. *Family structure and interaction: A comparative analysis*. 2nd Edition. USA: University of Minnesota Press.
- Miller, M.J, Fanaroff, A.A. & Martin, R.J., 2006. Respiratory disorders in preterm and term infants. *In: Neonatal-perinatal medicine*. Fanaroff, A.A, Martin, R.J & Rodriguez, R.J, (Eds.). 8th Edition. Philadelphia: Mosby, 2006, pp.1126-1141.
- Nazlı, S., 2014. *Aile danışmanlığı*. 11. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Nichols, M.P., 2013. *Aile terapisi kavramlar ve yöntemler*. O. Gündüz (Çev.), İstanbul: Kaknüs Yayıncılık (orijinal basım tarihi yılı 2013).
- Nichols, P. & Schwartz, R.C., 2007. *The essentials of family therapy*. 3rd Edition. Boston: Pearson Education.
- Özgülven, E., 2017. *Evlilik ve aile terapisi*. 4. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Papas, R., 1997. *Stres, depresyon ve anksiyete*. T. Anapa (Çev.), İstanbul: Epsilon Yayıncılık.
- Pinsof, W.M. & Lebow, J.L. 2013. *Aile psikolojisi-Bilimin sanatı*. T. Özakkaş (Ed.) , E. Gök (Çev.), İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Sungur, N. 1992. *Yaratıcı düşünce*. İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım.
- Tuncer, M., 2007. Fetus ve yenidoğanın değerlendirilmesi. *Neonotolojinin temel ilkeleri ve acilleri*. Tuncer, M. ve Özek, E., (Ed.). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi
- Volpe, J.J., 2001. *Neurology of the newborn*. 4th Edition. Philadelphia: WB Saunders.
- Walsh, F., 2017. *Normal aile süreçleri*. M. Kaya (Çev.), Ankara: Pegem Akademi.
- Wambach, J.A. & Hamvas, A., 2015. Respiratory distress syndrome in the neonate. *In: Neonatal-perinatal medicine*. Fanaroff, A.A., Martin, R.J. & Walsh, M.C. (Eds). 10th Edition. Philadelphia: Mosby, 2015, pp. 1074-1086.
- William, S., Robert, S., James, S. & Martha, S. 2019. *Prematüre bebek*. A., Dülger (Çev.). Ankara: Bilim Tenik Yayınevi.
- Worden, M., 2013. *Aile terapisi temelleri*. 3. Baskı. T. Akbaş (Çev.), Adana: Adana Nobel Kitabevi (orijinal basım tarihi yılı 2013).
- Yıldız, T.G. (Ed.), 2014. *Anne baba eğitimi*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Yılmaz, Y., 2016. *Nörolojik olarak riskli bebek*. İstanbul: Hayykitap.
- Zeitlin, M.F., Megawangi, R., Kramer, E. M., Colletta, N.D., Babatunde, E. D. & Garman, D., 1995. *Strengthening the family - implications for international development*. Un University Press.

Sürelî Yayınlar

- American Academy of Pediatrics., 2006. Screening examination of premature infants for retinopathy of prematurity. *Pediatrics*. **117**(2), pp. 572-576.
- Angel, P.Y., 2004. Severe sensorineural impairment in very premature infants: epidemiological aspects. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. **33** pp.461-74
- Arslan, F. T. ve Turgut, R., 2013. Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. **6** (3), ss. 119-124.
- Baltaş, Z., 1984. Kavram olarak stres. *Pedagoji Dergisi*. **2** ss. 15-27
- Bolat, N., Doğangün, B., Yavuz, M., Demir, T. ve Kayaalp, L., 2011. Doğuştan tam görme engeli olan ergenlerin, depresyon kaygı düzeyleri ve benlik kavramı özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **22**, ss.77-82
- Çelebioğlu, A., 2004. Yenidoğanın hastaneye kabulünde ebeveynlerin duyguları ve hemşirelik yaklaşımı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. ss.1-8.
- Deniz İ, Göller L., 2017. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin aile işlevselliği ve evlilik doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*. **3** (1), ss. 53-69.
- Dündar, S.A., Bayat, M. ve Erdem, E., 2011. The levels and organization of neonatal units, *Sağlık Bilimleri Dergisi*. **20**, ss. 137–142.
- Evans, N., 2003. Current controversies in the diagnosis and treatment of patent ductus arteriosus in preterm infants. *Advanc Neonat Care*, **3**(4), pp. 168-177.
- Fiş, N. P., Ay, P., Topuzoğlu, A., Güler. A. S., İmren, S. G., Ersu, R. ve Berkem, M., 2010. Çocuk uyku alışkanlıkları anketinin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. **11**, ss.151-60.
- Fried, A., 1980. Endemic stress: The psychology of resignation and the politics of scarcity. *Journal of Orthopsyciatry*. **52**, pp. 4-19.
- Gkoltsiou, K., Tzoufi, M., Counsell, S., Rutherford, M., Cowan, F., 2008. Serial brain MRI and ultrasound findings: relation to gestational age, bilirubin level, neonatal neurologic status and neurodevelopmental outcome in infants at risk of kernicterus. *Early Human Development*. **84**(12), pp. 829-38.
- Graziani, L.J., Mitchell, D.G., Kornhause, M., Pidcock, F.S., Metron, D.A., Stanley, C., et al., 1992. Neurodevelopment of preterm infants: Neonatal neurosonographic and serum bilirubin studies. *Pediatrics*. **89**, pp. 229-334.
- Günay, G. ve Bener, Ö., 2011. Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde aile içi yaşamı algılama biçimleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*. **15** (3).
- Hollywood, M. & Hollywood, E., 2011. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*. **17**, pp.32-40.
- İşler, A., Conk, Z., 2006. Pediatride aile merkezli bakım. *Ege Pediatri Dergisi*. **13**(3), ss. 187-94.
- İşmen, E., 2001. Duygusal zeka ve problem çözme. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. **13**, ss. 111-124
- Kır, İ., 2011. Toplumsal bir kurum olarak aile işlevselliği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. **10** (36), ss. 381-404.
- Kim, T., Sohn, J., Pi S. & Yoon, Y.H., 2004. Postnatal risk factors of retinopathy of prematurity. *Paediatr Perinat Epidemiol*. **18**(2), pp. 130-134.
- Korkut, F., 2002. Lise öğrencilerinin problem çözme becerileri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. **22**, 177-184.

- McCain, G.C., 1990. Family functioning 2 to 4 years after preterm birth.. *J Pediatr Nurs* **5** (2), pp. 97-103.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B., 2000. *The McMaster approach to families: Theory assessment, treatment and research. Journal of Family Therapy.* **22**, pp. 168-189.
- Miller, I.W., Ryan, C.E., Keitner, G.I., Bishop, D.S. & Epstein, N.B., 2000. The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy.* **22**, pp. 168-189.
- Oran, O., Gürakan, B., 1995. Bilirubin Metabolizması. *Katkı Pediatri Dergisi.* **16** ss. 667-669.
- Otlu, B., 2008. Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeyleri ve aile işlevleri-Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi.* **23**, ss. 30-35.
- Önder, M., 2008. Medya kısılacısındaki çocuklar. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, **8** (4), 183-190.
- Ören, N. ve Gençdoğan, B., 2007. Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, **15**(1).
- Turan, T.M. ve Bolışık, B. 2003. Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* **7**(1), ss. 39-46.
- Tüzün, O. ve Sayar, K., 2006. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam.* **19** (1). ss. 24-39
- Wojkowska-Mach, J., et. al., 2014. Necrotising enterocolitis in preterm infants: Epidemiology and antibiotic consumption in the Polish neonatology network neonatal intensive care units in 2009. *Plos One.* **9**(3).
- Yalçın, B., Tetik, S., Açıkgöz, A., 2010. Yüksekokul öğrencilerinin problem çözme algıları ile kontrol odağı düzeylerinin belirlenmesine yönelik bir çalışma. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi.* **2**(2), ss. 19-27.
- Zorbaz, S.D. ve Owen, F. K., 2013. Çocuklar için Aile İlişkileri Ölçeği'nin geliştirilmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.* **4** (39), ss. 58-67.

Diğer Yayınlar

- Alay, B., (2016). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan term bebeklere uygulanan müziğin fizyolojik ölçümler, hastanede kalış süresi ve stres belirtilerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Altunalan, T., (2015). Preterm bebeklerin okul öncesi dönemde denge, koordinasyon ve görsel algı alanlarının değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Avcu, U. A., (2015). Ev merkezli anne-bebek etkileşim programının annelerin duyarlılık ve karşılıklı etkileşim davranışları ile bebeğin gelişimine etkisi. *Doktora Tez*. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Azaklı, A. (2017). Ergenlerin kişilik tipolojisi ile kullandıkları problem çözme becerileri. *Yüksek Lisans Tez*. İstanbul: Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bal, F., (2018). Engelli çocuğa sahip anne ve babaların kişilik özellikleri ile stres, empati ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.
- Bal, N., (2014). Tüp bebek konusuna sosyolojik bir bakış: temellendirilmiş kuram çalışması. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Balcı, S., (2006). Preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme-gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisi. *Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Baltacı, G., (2010). Aile danışmanlığı hizmetinden yararlanmak isteyen evli kadınların nitelikleri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Canel, A. N., 2012, Modül 02 evlilik ve aile hayatı. Ankara, http://www.aepgov.tr/wp-content/uploads/2012/10/01_02_evlilik_ve_aile_hayati.pdf. [Erişim tarihi: 2 Mayıs 2018].
- Coşkun, Y., (2007). Ortaöğretim öğrencilerinin öğrenilmiş güçlülükleri ve aile içi ilişkileri. *Doktora Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çakıcı, S., (2006). Alt ve üst sosyoekonomik düzeydeki ailelerin aile işlevlerinin anne-çocuk ilişkilerine etkisinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Çakıcı, S., (2006). Alt ve üst sosyoekonomik düzeydeki ailelerin aile işlevlerinin , anne-çocuk ilişkilerinin ve aile işlevlerinin anne – çocuk ilişkilerine etkisinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Çopur, Z., Öztürk, K., Uysal, H., Gül, A., Tokat, H. ve Sarı, D. 2012. Toplumsal cinsiyet rollerinin aile içi iletişime etkisi. *I. Uluslararası Aile ve Tüketici Bilimleri Kongresi*. 7-10 Kasım 2012 . Antalya.
- Çökelek, F., (2012). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hemşirelik bakımının yoğunluğu. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dağlar, K., (2016). Okul öncesi çocuklarda anksiyete belirtileri ile annelerinin bağlanma biçimleri ve ayrılık anksiyeteleri arasındaki ilişki. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Durankuş, F., (2015). Term ve preterm doğan okul öncesi çocukların uyku durumlarının değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- Eliaçık, Ç., (2014). Aşırı düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin mortalite-morbidite sonuçları ve nörolojik gelişimin Denver Gelişimsel Tarama Testi II ile değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Ercan, D., (2017). Aile danışmanlığı almayı kabul eden ve reddeden evli çiftlerde boşanmayı düşünme nedenleri. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Erdoğan, Ö., (2018). İletişim kaygısı gelişiminde aile iletişim kalıpları ve paradoksal (Çift bağ) iletişimin etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Evirgen, N., (2010). Aile içi örüntülerin çocukların algıları açısından incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hatiboğlu, E., (2014). İlk ve ortaokul yöneticilerinin stres kaynaklarının ve stres yönetimi stillerinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- <http://docplayer.biz.tr/1016281-Aile-danismanligi-kuram-ve-uygulamalara-genel-bir-bakis.html> [Erişim tarihi: 11 Mayıs 2018].
- <http://docplayer.biz.tr/1723759-Aile-ici-iletisim-ve-siber-yasam-teorik-bir-cozumleme-intra-family-communication-and-cyber-life-a-theoretical-analysis.html> [Erişim tarihi: 11 Mayıs 2018].
- <http://docplayer.biz.tr/2452994-Ailelerle-sosyal-hizmet-30-eylul-2013-pazartesi-14-45-1-unite-ozet-aile-tipleri-kucuk-aile-anaerkil-aile-ataerkil-patriyarkal-aile.html> [Erişim tarihi: 11 Mayıs 2018].
- Kamışlı, E., (2018). Toplumsal cinsiyet rolleri ve aile işlevselliğinin problem çözme becerilerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Kanbur, B.N., (2013). Preterm yenidoğanlarda uygulanan vanilya esansı ve anne sütü kokusunun apne sıklığı üzerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kılıç, E., (2014). Aile danışmanlığında yeni bir model: okul temelli aile danışmanlığında sosyal hizmetin rolü ve önemi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kılınç, N., (2016). Geç preterm bebeklerin geç dönem nörogelişimsel sonuçları. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Mesutoğlu, C., (2012). Lise öğrencilerinde cinsiyet bağlamında benlik kurgusu, aile işlevselliği ve kardeş sayısı arasındaki ilişki. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özağı, A., (2007). Depresyon düzeyi yüksek parçalanmış aile çocuklarıyla yapılan eğitsel grup oyunlarının depresyon düzeylerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Öztahtacı, D., (2017.) Evli kadınlarda evlilik doyumu, yetişkin bağlanma stilleri ve depresyon düzeyinin ilişkisinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özvarol, O., 2013. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen preterm yenidoğanların demografik özellikleri Tıpta Uzmanlık Tezi. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- Paçacıoğlu, B., (2018). Üç farklı kuşaktaki evli kadın ve erkeklerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ile aile işlevleri arasındaki ilişki. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şafak, Ş., (1989). *Ailede rol, fonksiyon ve sorumluluk dağılımı*. Türk Ailesinin Sosyal ve Ekonomik Durumu Sempozyumu. Ankara: Başbakanlık SHÇEK Basımevi. ss. 34-43.
- Şahin, P., (2012). Hipertansif hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının aile işlevselliği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve öz yeterlilik ile ilişkisinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şereflioğlu, S.N., (2018). Anne ve baba ile ilişkilerin ergenlerde benlik saygısı, stres ve depresyon üzerindeki etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tümer, T., (2018). 9-11 yaş arası çocukların yaşam kalitesinin aile işlevselliği ve sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, 2018, http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat&kategoriget=terim&kelimeget=aile&hngget=md. [Erişim tarihi: 10 Aralık 2018].
- Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, 2018, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ae98955149fd1.96428210. [Erişim tarihi: 2 Mayıs 2018].
- Uludağ, A., (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Üstübal , Ö., (2015). Okul öncesi eğitim kurumlarında uygulanan aile katılım çalışmalarının aile-öğretmen arasındaki iletişim ve işbirliğine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Vurgun, L., (2004). Tarihsel süreçte 21. yüzyıl ailesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yedilioğlu, E., (2017). Yetişkinlerde bağlanma stillerinin depresyon, kaygı, travma ve romantik ilişkilerle ilişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.
- Yıldız, Ö., (2011). Kanseri ebeveyne sahip adölesanların aile işlevselliği algısının durumluk sürekli kaygı düzeyi ile ilişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.