



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KANAMA ŞİKÂYESİYLE ACİLE BAŞVURAN ABORTUS
İMMİNENS (DÜŞÜK TEHDİDİ) TANISI ALMIŞ ÇİFTLERİN
SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ İLE KAYGI DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe ÇEVİK ATEŞ

**Samsun
Ocak-2017**



**KANAMA ŞİKÂYETİYLE ACİLE BAŞVURAN ABORTUS
İMMİNENS (DÜŞÜK TEHDİDİ) TANISI ALMIŞ ÇİFTLERİN
SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ İLE KAYGI DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe ÇEVİK ATEŞ

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Serap TOPATAN

**Samsun
Ocak-2017**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ayşe ÇEVİK ATEŞ tarafından Yrd. Doç. Dr. Serap TOPATAN danışmanlığında hazırlanan Kanama şikayeti ile acile başvuran Abortus İmminens (Düşük Tehdidi) tanısı alan çiftlerin sosyal destek sistemleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından/...../2017 tarihinde yapılan sınav ile Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Yrd. Doç. Dr. Serap TOPATAN

Üye : Doç. Dr. Latif DURAN

Üye : Doç. Dr. Fikret BİLDİK

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /2017

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Serap TOPATAN'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Acil Tıp Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Yücel YAVUZ, Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Doç. Dr. Latif DURAN, Doç. Dr. H. Ufuk AKDEMİR, Doç. Dr. Celal KATI, Doç. Dr. Türker YARDAN'a,

Yine yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a, Sayın Doç. Dr. A. Tevfik SÜNTER'e, Sayın Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ'a ve Sayın Tuğba ÇINARLI'ya,

Tez çalışmama değerli katkılarından dolayı Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde birlikte çalıştığım, sıcak sevgilerini ve emeklerini benden esirgemeyen tüm hemşire arkadaşlarıma,

Beni yetiştiren, attığım her adımda yanımda olan, sevgisini ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme,

Sevgisi ve desteği yaşamımın atmosferini oluşturan, çıktığım bu yolda beni yalnız bırakmayan, varlığını daima hissettiğim sevgili eşim Şefik ATEŞ'e,

Yüksek lisans aşamasında arımıza katılan canım kızım Beyza Gül'e ve canım oğlum Ahmet Ertuğrul'a,

Sonsuz Teşekkür Ediyorum...

ÖZET

KANAMA ŞİKÂYETİYLE ACİLE BAŞVURAN ABORTUS İMMİNENS (DÜŞÜK TEHDİDİ) TANISI ALMIŞ ÇİFTLERİN SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ İLE KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Çalışma kanama şikâyeti ile acil servise başvuran abortus imminens tanısı almış çiftlerin sosyal destek sistemleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışma Kasım 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Acil Servisine kanama şikâyeti ile başvuran ve abortus imminens tanısı alan 138 gebe ve eşleri ile (Toplam 276 kişi ile) gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen, Tanıtıcı Bilgi Formu ile “Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 21.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan çiftlerin yaş ortalamaları kadınlarda 27,9 yıl, erkeklerde ise 31,4 yıldır. Evlilik yaş ortalamaları kadınlarda 22,1 yıl, erkeklerde ise 26,0 yıldır. Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemektedir ($p=0,055$). Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Gebelerin Algılanan sosyal destek puanı ile durumluk-sürekli ölçeği puan ortalamalarının korelasyonuna bakıldığında, negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir($p<0.05$).

Sonuç: Çalışma sonucuna göre; çiftlerin Durumluk-Sürekli kaygı puanlarından hem durumluk kaygı puanı hem de sürekli kaygı puanı, kadınların erkeklerden daha yüksek tespit edilmiştir. Sosyal destek almak gebelerin kaygı düzeylerini hafifletmektedir.

Anahtar Kelimeler: Abortus, Kaygı, Sosyal destek.

Ayşe ÇEVİK ATEŞ, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Ocak-2017

ABSTRACT

THE ASSOCIATION BETWEEN SOCIAL SUPPORT SYSTEMS AND ANXIETY LEVELS OF COUPLES DIAGNOSED WITH IMMINENT ABORTION WHO REFER TO EMERGENCY SERVICE WITH A COMPLAINT OF BLEEDING

Purpose: This study was conducted to find out the association between social support systems and anxiety levels of couples diagnosed with imminent abortion who refer to emergency service with a complaint of bleeding.

Material and Method: The study was conducted with 138 pregnant women who were admitted to T.R. Ministry of Health, Samsun Public Hospitals Union General Secretariat Samsun Gynecology and Children's Hospital, Women's Emergency Service between November 2014 and February 2015 with a complaint of vaginal bleeding and diagnosed with imminent abortion and the spouses of these women (a total of 276 people). The data were collected with Descriptive Information Form developed by the researcher and "State-Trait Anxiety Scale" and "Multi-dimensionally perceived Social Support Scale". The statistical analysis of the data was conducted by using SPSS 21.0 package program on computer.

Results: The average ages of the participants in the study was 27,9 years in women, while it was 31,4 in men. Average age of marriage was 22,1 years in women, while it was 26,0 years in men. State anxiety total score average was not found to differ in terms of gender ($p=0,055$). Trait anxiety scale total score average was found to differ in terms of gender ($p=0,001$). When the correlation between pregnant women's perceived social support score and state-trait anxiety scale average scores were compared, a negative association was found ($p<0.05$).

Conclusion: According to the results of the study, both state and trait anxiety scale scores of women were found to be higher than those of men. Getting social support relieves the anxiety levels of pregnant women.

Key Words: Abortion, Anxiety, Social Support.

Ayşe ÇEVİK ATEŞ, Master's Thesis

Ondokuz Mayıs University, Samsun, January-2017

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG	: The American Congress of Obstetricians and Gynecologists
ARDS	: Akut Respiratuar Distres Sendromu
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DIC	: Dissemine İntravasküler Koagülasyon
DKÖP	: Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
SKÖP	: Sürekli Kaygı Ölçeği Puanı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
β-hCG	: Serum Human Koryonik Gonadotropin

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Abortus Tanımı	4
2.2. Abortus Sınıflandırması	4
2.2.1. Oluş Zamanına Göre Abortuslar	4
2.2.1.1. Subklinik Abortus	4
2.2.1.2. Erken Abortuslar	4
2.2.1.3. Geç Abortuslar	4
2.2.2. Oluş Şekline Göre Abortuslar	5
2.2.2.1. Spontan Abortuslar	5
2.2.2.2. Zorlanmış (Provake, İnduced) Abortuslar	5
2.2.2.2.1. Terapötik (Medikal) Abortuslar	5
2.2.2.2.2. İstemli (Kriminal, Elektif) Abortuslar	5
2.2.3. Tamamlanma Şekline Göre Abortuslar	5
2.2.3.1. Komplet Abortuslar (Tam Düşük)	5
2.2.3.2. İnkomplet Abortuslar (Tam Olmayan Düşük)	5
2.2.4. Klinik Seyrine Göre Abortuslar	6
2.2.4.1. Abortus İmminens (Düşük Tehdidi)	6

2.2.4.2. Abortus İncipiens (Önlenemeyen Düşük)	8
2.2.4.3. Missed Abortuslar (Ölü Düşükler)	8
2.2.4.4. Habituel Abortuslar (Rekürren Abortus).....	8
2.2.4.5. Septik Abortuslar	8
2.3. Abortusun Psikolojik Etkileri	9
2.4. Abortus, Stres ve Kaygı	11
2.5. Perinatal Kayıp Riski Sırasında Ebeveynlerin Başa Çıkma Yöntemleri	15
2.6. Perinatal Kayıp Riski Sırasında Ebeveynlerin Sosyal Destek Sistemleri ...	17
2.7. Perinatal Olgu Ve Ailesinin Bakım Gereksinimlerinde Acil Servis Hemşirelerinin Rolü	20
3. MATERYAL ve METOT	23
3.1. Araştırmanın Şekli.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Verilerin Toplanması.....	24
3.5. Veri Toplama Araçları.....	24
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	24
3.5.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği.....	25
3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	26
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	27
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR	28
4.1. Gebelik kaybı riski yaşayan çiftlerin sosyo-demografik özellikleri.....	28
4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	33
4.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	34

5. TARTIŞMA	47
5.1. Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	47
5.2. Çok Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Sonuçlarının Tartışılması	49
5.3. Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği Sonuçlarının Tartışılması.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
6.1.Sonuç	54
6.2.Öneriler.....	55
KAYNAKLAR	56
EKLER	65
Ek-1 Kadın Formu	65
Ek-2 Erkek Formu	66
Ek-3 Durumluk Anksiyete Ölçeği.....	67
Ek-4 Sürekli Anksiyete Ölçeği	68
Ek-5 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	69
Ek-6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İzni	71
Ek-7 Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni.....	72
Ek-8 Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzni	73
ÖZGEÇMİŞ	74

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik döneminde en yaygın acil servise başvuru nedenleri arasında vajinal kanama, pelvik ağrı, bulantı, baş ağrısı, baş dönmesi veya bayılma gelir (Yüksel, 2014). Gebe kadınların yaklaşık %30-40'ında erken gebelik süresince bir miktar vajinal kanama meydana gelir. Bu tür kanamalara implantasyon kanamaları denir (Lu ve Hobel, 2009). Eddleman ve ark.(2006), 35.000'den daha fazla gebede hazırladıkları spontan gebelik kaybı için bireyselleştirilmiş risk değerlendirme modeline göre; mevcut gebelikteki vajinal kanama, gebelik kaybı için en yüksek risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Erken gebelikte ortaya çıkan her vajinal kanama ciddi bir hastalığın habercisi olabilir.

Gebelik ilk trimester vajinal kanamaları daha çok abortuslar, ektopik gebelik, gestasyonel trofoblastik hastalıklar, servikal lezyonlar nedeni ile olmaktadır (Hoey ve Allan, 2004). Gebeliğin son trimesterinde gözlenen, maternal veya fetal morbidite ve mortaliteyi artırabilen durumları olan geç gebelik kanamalarının en sık sebebi ise plasenta previa, ablasyo plasenta ve vasa previa'dır (Kıran, 2007).

Erken gebelik haftalarında meydana gelen vajinal kanamaların en önemli sebepleri arasında abortuslar yer alır (Yılmaz, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından "20.gebelik haftasından önce 500 gr.'dan az fetüs ve eklerinin uterus kavitesi dışına atılmasına abortus denir" (Cunningham ve ark., 2010).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) (2013) göre tüm gebeliklerin %14'ü abortus ile sonuçlanmaktadır. Farklı etyolojik faktörlerin sorumlu olması ve müdahale yöntemlerinin değişmesi nedeniyle abortuslar literatüre göre erken ve geç abortus olarak ikiye ayrılmıştır (Atasü ve Şehmay, 2001). Literatür doğrultusunda 12. gebelik haftasına kadar olan abortuslar erken abortus; 12–20. gebelik haftaları arasında olan abortuslar ise geç dönem abortus olarak ifade edilir (Yücel, 2005; Beksaç ve ark., 2001; Atasü ve Şehmay, 2001). Abortuslar için birinci trimester en sık risk dönemidir (Gezginç ve Dalkılıç, 2011). Abortusların yaklaşık %80'ni bu dönem içinde yani ilk 12 haftada meydana gelir (Cunningham ve ark., 2010).

Gebeliğin ilk yarısında kapalı bir servikal açıklıktan kanlı vajinal akıntı ya da kanama görülmesi ile tanımlanabilen "abortus imminens" ise en yaygın obstetrik acillerdendir (Cunningham ve ark., 2010). Çoğu hekim erken gebelikteki bütün vajinal

kanamaları abortus imminens (düşük tehdidi) işareti olarak görür (Cunningham ve ark., 2005). Çünkü gebeliğin ilk üç ayında yaklaşık üçte bir kadında belli miktarda kanama vardır. Düşük tehdidi %25-50 oranında gebelik kaybıyla sonuçlanır (Lu ve Hobel, 2009). Uterusta kanama olmasına rağmen servikal dilatasyon görülmez. Gebeliğin ilk trimesterinde vajinal kanama başladıktan ve gebelik kesesi açıldıktan sonra serum human koryonik gonadotropin (β -hCG) değeri düşer (Yüksel, 2012). Abortus İmminens gebelik haftasına göre yetersiz serum β -hCG düzeyi, ultrasonda; embriyonel kese ve fetal kardiyak aktivite varlığı ile karakterizedir (Surette ve Dunham, 2014; Uysal ve Ertem, 2003). Dört ya da beş kadından biri erken gebelik döneminde nokta halinde ya da daha ağır vajinal kanama yaşayabilir. Erken gebelik kanaması olan kadınların yaklaşık yarısında abortus olur. Abortus imminenste kanama sıklıkla hafiftir ancak kanama zamanı uzun sürebilir (Cunningham ve ark., 2005).

Abortus imminens tanısı almış gebelerde bahsedilen fiziksel sorunların yaşanmasının yanı sıra gebeliğin sonlanma olasılığına bağlı olarak yoğun bir anksiyete (kaygı) ve stres de yaşanır. Yapılan araştırmalar çiftlerin gebeliğin sonlanma ihtimali ve bebeğin yaşama şansı konusunda genellikle bilgi sahibi olmak istediklerini göstermektedir. Fakat mevcut gebeliğin sonucu ve olası akıbeti hakkında, sağlık personeli de net bir ifade kullanamamaktadır (Madazlı ve ark., 1999; Goldstein, 1992; Stampone ve ark., 1996). Bu belirsizlik ailedeki mevcut kaygı düzeyinin artmasına neden olmaktadır. Çünkü gebeliğin sonlanma riski sadece beklenen çocuğun kaybına özgü değil, ebeveynin bu çocukla ilgili hayalleri, rol beklentileri ve aile hayatı içindeki vizyonlarını da kapsamaktadır. Bu nedenle ebeveynler bütün bu duygularla baş etmekte zorlanmakta ve sosyal destek sistemlerine ihtiyaç duymaktadır (Candan, 2012).

Sosyal destek, bireyin genellikle stresli bir durum karşısında iken ya da zor durumdayken eşi, ailesi ve arkadaşlarından beklediği sevgi, saygı, takdir ve güven gibi manevi duygular ya da sosyal, psikolojik ve maddi yönden desteklenme isteğidir (Sorias, 1988a; Budak, 1999).

Perinatal kayıp riski gibi sağlığı tehdit edici bir durum söz konusu olduğunda oluşan kaygıyı azaltmada eşin, ailenin, arkadaşın yanı sıra sağlık çalışanlarının da sosyal destek sistemlerinin içerisinde yer alması gerekmektedir (Candan, 2012). Özellikle kanama ile acil servise başvuran ve abortus imminens tanısı alan gebe ve eşi bu süreçte sıklıkla bakım aldıkları ve kriz anında ilk iletişim kurdukları acil servis hemşirelerinden

sabırlı ve anlayışlı bir yaklaşım ile gebenin bakımında aktif rol oynamalarını beklemektedir. Acil servis hemşireleri, ebeveynlerin bu beklentilerini ve kriz anını, kaygılarını, duygularını onları yargılamadan dinleyerek, onları hakları konusunda bilgilendirerek önyargısız, pratik ve gerçekçi hemşirelik yaklaşımlarıyla pozitif bir duruma çevirebilirler (Akköz Çevik ve Başer, 2013).

Belirtilen bilgiler ışığında yapılan bu çalışma, bebeğini kaybetme korkusu ile telaş içinde acil servise başvuran gebe ve eşinin yaşadığı stres ve kaygı düzeyini anlamaları ve sosyal destek sistemlerini harekete geçirmede sağlık kuruluşunda ilk karşılaştıkları sağlık personeli olan acil servis hemşirelerinin önemini, rol ve sorumluluklarını belirlemek, çiftler için yaşamsal bir kriz olan bu anda onlara uygun yaklaşımda bulunulmasını kolaylaştırmayı hedefleyerek gerçekleştirildi.

1.2. Araştırmanın Amacı

Vajinal kanama şikâyetiyle acil servise başvuran abortus imminens (düşük tehdidi) tanısı almış çiftlerin sosyal destek sistemleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Abortus Tanımı

Abortus (düşük), eski zamanlardan beridir bilinen ve çeşitli nitelikleriyle tanımlanmış bir klinik olgudur.

Abortus; pelvik ağrı, uterus krampları veya sırt ağrısıyla ortaya çıkan vajinal kanama, servikal açılma, düşen ya da uygun şekilde yükselmeyen serum β -hCG düzeyi, anormal ultrason bulguları (fetal kardiyak aktivitenin alınamaması) gebeliğe dair bulgu ve semptomların tanı testleri ile karakterizedir (Beksaç ve ark., 2001; Atasü ve Şehmay, 2001).

New Shorter Oxford Sözlüğü'ne (2002) göre abortus, canlı bir doğumun olanaklı olmasından önce meydana gelen erken doğumdur ve bu çerçevede düşük (gebelik kaybı) ile eş anlamlıdır. Aynı zamanda fetüsün ortadan kaldırılması için yapılan indüklenmiş bir gebelik sonlandırılması anlamına da gelir (Cunningham ve ark., 2010).

2.2. Abortus Sınıflandırması

2.2.1. Oluş Zamanına Göre Abortuslar: Abortuslar oluş zamanlarına göre 3 gruba ayrılırlar:

2.2.1.1. Subklinik Abortus (Belirlenemeyen Abortus): Döllenmeden hemen sonraki günlerde meydana gelen abortuslardır. Genellikle kadın gebe kaldığını bilemez, sonuçta ya zamanında bir menstrüel kanama veya birkaç gün geciken bir menstrüel kanama ile gebelik sonlanır. Bu olgular ancak hassas gebelik testleri ile (β -hCG) veya hormon analizleri ile belirlenebilir (Kişnişçi ve ark., 1996).

2.2.1.2. Erken Abortuslar: Gebeliğin 12. gebelik haftasından önce olan abortuslardır. Genellikle bu abortuslarda fetüs ve plasenta tam olarak atılır (Yücel, 2005).

2.2.1.3. Geç Abortuslar: Gebeliğin 12-20. haftaları arasında olan abortuslardır (Yücel, 2005).

2.2.2. Oluş Şekline Göre Abortuslar:

2.2.2.1. Spontan Abortuslar: Herhangi bir zorlama veya müdahale (cerrahi veya medikal) olmaksızın, istenen bir gebeliğin abortusla sonlanmasıdır. Gebeliğin 20. haftasından önce en fazla görülen gebelik komplikasyonlarından (Atasü ve Şahmay, 2001).

2.2.2.2. Zorlanmış (Provake, İnduced) Abortuslar: Kendi arasında 2 alt guruba ayrılır:

2.2.2.2.1. Terapötik (Medikal) Abortuslar: Gebelik annenin veya fetüsün sağlığını tehdit ediyorsa fetüs ve anne için tıbbi nedenlere bağlı olarak 20. gebelik haftasından önce istenmeden gebeliğin sonlandırılmasıdır (Atasü ve Şahmay, 2001).

2.2.2.2.2. İstemli (Kriminal, Elektif) Abortuslar: Anne veya fetüs sağlığı yönünden herhangi bir tıbbi gereklilik dışında medikal olmayan kadının kendi yöntemleri ile gebeliğini sonlandırmasıdır. Maternal mortaliteye neden olabilecek komplikasyonlar ortaya çıkabilir (Atasü ve Şahmay, 2001).

2.2.3. Tamamlanma Şekline Göre Abortuslar:

2.2.3.1. Komplet Abortuslar (Tam Düşük): Embriyo veya fetus gibi gebelik ürünlerinin tamamının 20. gebelik haftasından önce uterustan atılmasıdır. Ağrı ve kanama durmuştur, serviks de kapanmıştır (Surette ve Dunham, 2014; Bozdemir ve Kara, 2010; Coşkun ve ark., 2000).

2.2.3.2. İnkomples Abortuslar (Tam Olmayan Düşük): Embriyo veya fetus gibi gebelik ürünlerinin bir kısmının uterus dışına atılıp, bir kısmının ise uterus kavitede kalmasıdır. Embriyo, fetüsün bazı kısımları veya plasenta parçaları uterin kavitede kalabilir (Surette ve Dunham, 2014; Bozdemir ve Kara, 2010).

2.2.4. Klinik Seyrine Göre Abortuslar

2.2.4.1. Abortus İmminens (Düşük Tehdidi)

Abortus imminensin klinik tanısı, gebeliğin ilk yarısında kapalı bir servikal açıklıktan kanlı vajinal akıntı ya da kanama görülmesi olarak kabul edilir. Bu durum erken gebelikte kadınların %20-25'inde görülür ve günler veya haftalarca devam edebilir. Erken gebelikte vajinal kanaması olan kadınların %50'si abortusla sonuçlanır (Cunningham ve ark., 2005).

Eddleman ve ark. (2006), 35.000'den daha fazla gebede spontan gebelik kaybı için bireyselleştirilmiş risk değerlendirme modeli hazırlamışlardır. Buna göre mevcut gebelikteki kanama, gebelik kaybı için en yüksek risk faktörü kabul edilmiştir. Kanamayı takiben düşük olmasa bile, bu fetüsler erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve perinatal ölüm için risk altındadırlar (Johns ve Jauniaux, 2006). Gebeliğin ilk 20 haftası içerisinde servikal açıklık olmaksızın vajinal kanamanın görülmesi olarak tanımlanmıştır (Carp, 2012).

Abortus, genellikle önce vajinal kanama ile başlar ve bunu birkaç saat ile birkaç gün sonra kramp tarzında karın ağrısı izler. Düşük ağrısı önde ve belirgin şekilde ritmik; pelvik bası hissiyle beraber devamlı sırt ağrısı şeklinde ya da orta hatta belli belirsiz suprapubik rahatsızlık şeklinde olabilir. Ağrı ne şekilde olursa olsun, kanama ve ağrının olması gebeliğin devamı için kötü prognoz göstergesidir (Cunningham ve ark., 2005; Başer, 2006).

Dış gebelik, over torsiyonu ve diğer abortus tipleri abortus imminensi taklit edebileceğinden, vajinal kanama ve ağrının eşlik ettiği erken gebelik dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Kanama sürekli ya da ciddi ise hematokrit bakılmalıdır. Gebede ciddi anemi ya da hipovolemi varsa gebelik sonlandırılmalıdır (Cunningham ve ark., 2010).

Abortus imminensin etkin tedavisi yoktur. Sıklıkla önerilmesine karşın, yatak istirahati abortus imminensin seyrini değiştirmez. Ağrıyı gidermek için asetami-nofen ile analjezi önerilebilir. Transvajinal sonografi, serum β -hCG ve serum progesteron düzeyi ölçümü, tek tek ya da kombine olarak fetüsün canlılığını ve lokalizasyonunu belirlemek için kullanılmalıdır. Ancak bunların bir defa uygulanması fetal ölümü %100 oranında

belirlemeye yeterli olmadığından bu testlerin tekrarlanması önerilir (Bozdemir ve Kara, 2010; Başer, 2006).

Abortus imminens ile dış gebelik tanı olarak birbirleriyle kanama noktasında benzerlik gösterebilir. Bu sebeple dış gebelik olabilecek vakalarda da abortus imminens her zaman akla getirilmelidir. Condous ve arkadaşları (2005), ciddi kanaması olup komplet abortus tanısı alan ve endometrial kalınlığı 15 mm'den az olan 152 kadını değerlendirmişler ve ayrıntılı değerlendirmede bu kadınların yaklaşık %6'sında dış gebelik saptamışlardır. Tubal rüptür olmadan erken bir dış gebeliği tanısı koymak doğru değildir. Dolayısıyla düşük serum β -hCG düzeyi ve anormal kanama veya pelvik ağrısı olan hastada ektrauterin bir gebelik normal uterin gebelik veya erken düşükten ayrılmalıdır. Bamhart ve arkadaşları (2004), erken haftalarda abortusla karşılaşan kadınlarda serum β -hCG düzeyleri ile ilgili veriler ortaya koymuşlardır (Cunningham ve ark., 2010).

Tanı konulmasında öykü çok önemlidir. Kanama ve/veya ağrı ile başvuran hastanın; menstrual, obstetrik, jinekolojik öyküsü tam alınmalıdır. Cinsel ilişki düzeni, içki, sigara, ilaç kullanma gibi alışkanlıklar öğrenilirken kullanılan üslup çok önemlidir. Hasta ve yakınlarının çoğu belirtiler ortaya çıkınca en son yapmış veya yapmamış şeyleri büyük bir titizlikle değerlendirmek ve bu olaya kendilerince somut bir neden bulma eğilimindedir. Bu nedenle gündelik hayatın içindeki ilgisiz birçok şeyi gebelik kaybının sorumlusu olarak görebilirler. Öykü alımı sırasında çiftin kendisinden kaynaklanan görünür bir nedeni bulunmaya çalışıyor izlenimi verilmemelidir (Başer, 2006).

Abortus imminens tanısı; öykü, pelvik muayene, laboratuvar araştırmaları (serum β -hCG düzeyi, estradiol, progesteron, human plasental laktojen) ile konulur. Ultrasonografide embriyonel kesenin varlığı, fetüsün kardiak aktivitesinin olup olmadığı araştırılır. Tek bir β -hCG bulgusuna bakarak gebenin durumu değerlendirilmemelidir. Tekrarlanan β -hCG değerleri, ultrasonografi bulgular ve pelvik muayenede uterustaki büyüme oranları ile gebeliğin devam edip etmeyeceği kararı verilmelidir (Lu ve Hobel, 2009; Başer, 2006).

Tüm abortus klinik formlar izlendiğinde gerçek anlamda tedavinin sadece abortus imminenste etkili olduğunu görürüz. Çünkü bu abortus çeşidinde hem annenin hem de fetüsün yaşama şansı vardır. Diğer bütün abortus klinik formlarındaki tedavide, sadece anne tedavi edilip fetüs kaybedilmektedir (Cunningham ve ark., 2010).

2.2.4.2. Abortus İncipiens (Önlenemeyen Düşük)

Abortus incipiens, kaçınılmaz düşük anlamı taşır. 20.gebelik haftasından önce intrauterin kanama ile birlikte servikal kanal dilatasyonu vardır. Prognoz kötüdür, ağrı tabloya eşlik eder, bazen kanama hayati tehlikeye sebep olabilir. Gebelik küretaj ile sonlandırılır (Bozdemir ve Kara, 2010).

2.2.4.3. Missed Abortuslar (Ölü Düşükler)

Missed abortuslar, intrauterin fetal ölümünün gerçekleşmiştir ancak hastada kanama ya da servikal dilatasyon gibi semptom ve bulgular yoktur (Atasü ve Şehmay, 2001). Servikal açılma ve konsepsiyon ürünlerinin spontan geçişi olmadan uterus içinde kalmış canlı olmayan bir gebeliği tarif eder (Surette ve Dunham, 2014). Şüpheli missed abortus (uterus hacim artışında duraksama ve/veya fetal kalp seslerini saptayamama) ultrasonla doğrulanmalıdır. Tanı konulduğunda sepsis ve dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) riskini aza indirmek, kanama ve ağrının derecesini azaltmak için kalan gebelik ürünlerini cerrahi yolla boşaltmak uygundur (Bozdemir ve Kara, 2010).

2.2.4.4. Habituel Abortuslar (Rekürren Abortus) (Tekrarlayan Düşükler)

Habituel abortuslar, gebeliğin ilk yarısında tekrarlayan 3 spontan düşükle gebeliğin sonlanması olarak tanımlanır. Nedenin belirlenip buna göre bir tedavi uygulanması gerekir. Maternal ve paternal yaş, önceki spontan düşük, ölü doğum ve konjenital malformasyonlu fetüs hikâyesi insidansı etkiler (Surette ve Dunham, 2014).

Bu tür abortusların 2/3'ü genetik nedenler, üreme organlarının anatomik bozuklukları, enfeksiyonlar ve sistemik hastalıklar nedeni ile gerçekleşirken, 1/3'ünün ise nedeni tam olarak belli değildir (Beksaç ve ark., 2001).

2.2.4.5. Septik Abortuslar

Septik abortuslar, kadınların gebeliklerini genellikle kontamine yabancı cisimle (kibrit çöpü, örgü şişi, ebeğümeci, tavuk teleği vb.) sonlandırmak istemeleridir. Yaygın enfeksiyon tablosu mevcuttur. Klinikte ciddi vajinal kanama, sepsis, septik şok ve akut böbrek yetmezliği tablolarından biri ya da birkaçı görülebilir (Atasü ve Şehmay, 2001).

Tüm vital bulgular izlenir. Hemen kan tahlili, idrar tahlili, akıntı ve kan kültürleri alınır. Septik emboli gelişebileceğinden göğüs grafileri, uterusun delinmesi ya da uterusu herhangi bir cismin olabilmesi nedeniyle batın grafileri çekilir (Beksaç ve ark., 2001).

Geniş spektrumlu intravenöz antibiyotik verilerek enfeksiyon tedavi edilmeli, uterus hemen boşaltılmalıdır. Ciddi sepsis sendromunda, akut respiratuar distress sendromu (ARDS) veya dissemine intravasküler koagülopati gelişebilir. Bunun için destek tedavisine ihtiyaç vardır (Cunningham ve ark., 2010).

2.3. Abortusun Psikolojik Etkileri

Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir. Meydana gelen fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daralttığı için her gebelik potansiyel bir risk oluşturur ve bir kriz dönemi olarak düşünülebilir (WHO, 2003; Kuru 2007). Tüm gebelik süresince biyolojik ve fizyolojik değişiklikler yaşamının yanında derin ve güçlü duygular ile birlikte psikolojik değişimler de yaşanır. Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe özgü olarak annede meydana gelen fizyolojik ve hormonal değişiklikler aynı zamanda psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturmaktadır (Taşkın, 2011; Kara ve ark., 2001). Anne adayının bu dönemi olumlu bir biçimde geçirebilmesi; kadınlık rolünü benimsemesine, kendi annesiyle olan ilişkilerine, çevresindeki modellere, geçmiş yaşamındaki paylaşımlara, analık rolüne kendini hazır hissetmesine, gebeliğinin planlı olmasına, eşi ile olan ilişkilerine, eşinin ve yakınlarının bebeği isteyip istememesine, değişen beden imajını kabullenmesine, sosyokültürel ve ekonomik yapısına bağlı olacaktır (Coşkun ve ark., 2000).

Gebelik, anne ve baba rolüne atılan ilk basamaktır (Van der Akker, 2012; ACOG, 2014; Murray ve McKinney, 2014). Toplum için gebelik doğal yaşanan bir durum olmasına karşın gebeliğin öğrenilmesinden sonra anne ve baba adayının hayatı fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişikliğe uğrar. Özellikle istenilen ve planlanan bir gebeliğin öğrenilmesi çiftlerin neşeli, mutlu ve huzurlu olmasını, hayatlarındaki en özel ve güzel anların yaşandığı bir atmosfer yaşanmasına katkı sağlar. Zamanla bu gebelik çiftler arasındaki sevgiyi ve uyumu artırarak evlilik temellerini kuvvetlendirir. Bunlar yaşanırken aniden ortaya çıkan bir kayıp veya gebelik kayıp riski insanlar için

ciddi bir üzüntü sebebidir. Gebe ve yakınlarının bu üzüntüleri küçümsenmemeli, olayın doğal seleksiyon açısından sevinilmesi gereken durumu abartılmamalıdır (Başer, 2006).

Gebelikte anne adayları, gebeliğin her trimesterlerine göre farklı birçok fizyolojik ve psikolojik değişimler yaşar.

Gebeliğin ilk trimesterinde, gebeliğe ilişkin aşırı duyarlılık, fazla alınganlık, sebepsiz huzursuzluk, ani kızgınlık veya aşırı coşku şeklindeki yoğun ambivalan duygular ve bulantı, kusma, sürekli yorgunluk, konstipasyon, göğüslerde hassasiyet, sık sık idrara çıkma, geceleri uyku bozuklukları gibi fizyolojik değişimler yaşanır. İlk trimesterde kadın daha çok kendine ve gebeliğine odaklanır (Van der Akker, 2012; ACOG, 2014; Murray ve McKinney, 2014).

İkinci trimesterde, anne adayları fetüsün hareketlerini hissetmeye başlamasıyla ilgisini kendisinden bebeğine yöneltir ve bebeğini ayrı bir birey olarak görmeye başlar. Burada fizyolojik rahatsızlıklar azalır. Gebe kendisini daha iyi hissetmesine rağmen bebeğinin sağlığına yönelik endişelenir (Van der Akker, 2012; ACOG 2014; Murray ve McKinney, 2014).

Üçüncü trimester, gebeliğin son dönemidir. Gebeliğe ilişkin fizyolojik rahatsızlıklar artar. Gebenin ilgisi bebeğe ve doğum eylemine odaklanır. Anne adayları, doğum eylemine ilişkin korku ve endişeler taşır (Van der Akker, 2012; ACOG 2014; Murray ve McKinney, 2014). Son trimesterde, birçok gebede doğum esnasında zarar göreceği korkusu veya ölüm korkusu gelişir (Serçekuş ve Okumuş, 2009).

Kadınlar gebeliklerinde zıt duygular yaşarlar ve duygularındaki değişikliklerle de çevrelerini şaşırırlar (Coşkun ve ark., 2000). Bu psikolojik değişikliklere bazı kadınlar kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlar ise uyum sağlamada çok zorlanırlar (Karaçam ve ark., 2004). "Gebelik ve evlilik, stres verici yaşam olaylarının içinde ilk sıralarda yer almaktadır "(Bayık ve ark., 2006). Gebelik döneminde ortaya çıkabilecek herhangi bir riskli durum karşısında ise bu duygular daha da şiddetlenebilir. Çünkü bütün sıkıntılara rağmen annelik kadının en önemli özelliğidir. Planlanmış olsun ya da olmasın gebelik bütün kadınlar için özel ve anlamlıdır. Özellikle kadının doğumla birlikte, bir bebek dünyaya getirmesi genel anlamda olumlu ve doyurucu bir duygudur (Littleton ve Engebreston, 2005; Van der Akker, 2012; Murray ve McKinney, 2014). Yaşanan stres ve anksiyete yalnızca şu andaki gebelik kaybı riski değil, bebeğini kaybederse doğurganlık yeteneğini de kaybedeceği korkusudur.

Aile, toplumun vazgeçilmez geleneksel ve sosyal bir kurumudur. İnsan soyunun devamının sağlanması, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesi ve kültürün kuşaktan kuşağa aktarılmasında aileye evrensel bir görev ve sorumluluk yüklenmiştir. Bu evrensel görevi, doğurganlık işleviyle kadın yerine getirmektedir (Donaldson, 2011). Dolayısıyla gebe olmak, fizyolojik bir süreçle beraber, kadın için önemli bir yük ve stres kaynağıdır. Ayrıca riskli bir gebelikte yalnızca anne adayını değil tüm aile üyelerinin duyguları karmaşık, stres ve anksiyete düzeyleri yüksektir.

2.4. Abortus, Stres ve Kaygı

Stres, insanların fiziksel ya da psikolojik bakımdan tehlike olarak algıladıkları olaylarla karşılaşmaları halinde meydana gelen ya da organizmanın kendine özgü bireysel bütünlüğüne ait fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlandığı, tehdit edildiği, çatışmaya düştüğü, huzursuzluk hissettiği anlarda ortaya çıkan durumu; değişme ya da uyum gerektiren herhangi bir çevresel istek ya da beklentiyi ortaya koyar (Baltaş ve Baltaş, 2008; Esmek, 2007; Charlers, 2002; Işıkhani, 2004). Stres; fiziksel, duygusal ve ruhsal yüklemeler sonucu ortaya çıkan zorlanmalar ve gerilimler ya da bireyin sosyal ve fiziki çevreden gelen olumsuz koşullar nedeniyle göstermiş olduğu aşırı gayret olarak da tanımlanmaktadır (Altuntaş, 2003; Cüceloğlu, 2006). Stres konusuyla ilgilenen önemli bilim adamlarından biri olan Selye stresi, "Bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki" olarak tanımlamıştır (Güçlü, 2001).

Abortus imminens tanısı konulmuş olan gebe ve eşi, yoğun bir stres ve anksiyete ile birlikte psikolojik stres kaynağı olan hayal kırıklığını yaşar. Çünkü gebelik, çiftler ve aile içindeki diğer bireyler için bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağıdır. Bir bebeğe sahip olma düşüncesi çiftlere kendini gerçekleştirme, yaşamda değer yargılarını, sistemlerini geliştirme ve bunları aktarma duygusu verir. Bütün bu duygular yaşanırken bir anda ani bir kanama ile oluşan korku ve olumsuz atmosfer altında stres yaşayan çiftler duygusal anlamda ya kendilerine olumlu olarak sosyal destek ararlar ya da olumsuz olarak yer değiştirme, şaşkınlık ve danışmadan kaçınma şeklinde stresle başa çıkma yöntemi sergilerler. Başa çıkmanın amacı genel olarak bireyi olumsuz fiziksel ya da psikolojik sonuçlardan korumaktır (Tuğrul, 2000; Basut, 2006). Stres, genellikle tehlike anında ya da çok yaklaştığında değil tehlikenin yaklaşılmasının beklendiği anda en yüksek seviyede yaşanır. İnsan tehlike ile karşı

karşıya geldiğinde tehlikenin kuvvetine göre onunla başa çıkacağına inandığında onunla mücadeleye girer veya başa çıkamayacağını düşündüğünde tehlikeden uzaklaşma yollarını arar (Baltaş ve Baltaş, 2008). Bu nedenle bireylerin stresle etkin baş etme yollarını öğrenmesi gerekmektedir (Bilge, 2008). Bireyde kötü bir şey olacağına ve bunu engelleyemeyeceğine ilişkin bir düşüncenin belirmesiyle kaygı ortaya çıkar (Antony,2000). Amerikan Psikoloji Birliği'ne göre; "Anksiyete, kişiliğin içinden gelen bir dış duyum tarafından uyarılmış veya uyarılmamış bir tehdittir" (Öztürk, 1989).

Freud'a göre insan davranışlarının tümü uyum sağlamaya yönelik bir amaç taşır. Buna göre kaygı da fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunmaktadır (Geçtan, 2002). Hatta normal seviyedeki kaygı, yaşamın sürdürülebilmesi için gereklidir (Eroğlu, 2006). Normal kaygı tüm insanlarda bulunan doğuştan var olan ve belirli bir düzeye kadar sağlıklı ve yaşanması gereken bir (duygudur) durumdur (Hamarta, 2009). Ancak bir yere kadar sağlıklı olan bu duygunun yaşanması, bir süre sonra şiddeti ve sürekliliği arttığı zaman kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemektedir (Kaplan ve ark., 2007).

Kaygı, kendini farklı düzeylerde gösterir ve dört aşamada tanımlanmıştır (Öz, 2010;Sertbaş ve Bahar, 2004;Yardakçı ve Akyolcu, 2004).

Hafif Kaygı: Bu kaygı düzeyini yaşayan bireyde hayati bulgular normaldir. Bireyde çok az kas gerilimi vardır. Konsantre olma ve mantık yürütme yeteneği tam olan birey gördüğü, duyduğu ve etrafında olup bitenden haberdardır. Konuşma hızı ve şiddeti, konuşma içeriği ile uyumludur. Duyular alarmdadır ve duyuların kavrama alanı genişlemiştir. Bu durumda birey, kendi ilgilerine ve kendi çevresine karşı daha duyarlı ve katılımcı olur. Kişi çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşma, öğrenme ve problem çözme becerisini gösterir ve bu durum kendisini motive eder (Molloy, 1996; Öz, 2010; Irgaç, 2013).

Orta Düzeyde Kaygı: Kas gerginliği, kan basıncı, nabız ve solunumda artma vardır. Mide şikâyetleri, kalp çarpıntısı, terleme gibi vital belirtiler normal ya da hafifçe artmıştır (Molloy, 1996). Birey daha dikkatli ve gergindir. Bireyin algılama, kavrama ve iletişim becerileri hafif kaygı düzeyine göre daralmıştır. Kişi çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşma becerisini gösterir ancak çevresel ayrıntıların daha az farkındadır. Bu nedenle önemli ayrıntıları unuttur veya önemsemez (Öz, 2004).

Şiddetli Kaygı: Bireyin kavrama alanı önemli ölçüde daraldığından birey yaşadığı küçük bir ayrıntı ya da ayrıntılar üzerine yoğunlaşır ve birey çevresinde olup biten olayları tam olarak algılayamaz. Çevresinde meydana gelen olayların farkına vardığında olaylar ve detaylar arasında neden sonuç ilişkisini kuramaz. Çarpıntı, dispne, baş ağrısı, göğüs ağrısı, istemli kas tonusunda artış ve gerginlik vardır. Birey bu belirtilerin farkındadır ancak kaygısının arttığını anlayamaz (Irgaç, 2013). Ayrıca bilişsel işlevler olumsuz etkilendiğinden birey, problem çözmek için dikkatini veremez ve mantık yürütmeye zorlanır. Bu kaygı düzeyini yaşayan bireye profesyonel müdahale gerekir (Öz, 2004).

Panik: Bireyin dikkatinin dağınık olduğu, kaygının çok yoğun yaşandığı şeklidir. Çevresel tehlikelere karşı yanıtsızdır. Ansızın ve tüm yoğunluğuyla ortaya çıkan bu nöbetlerde çarpıntı, dispne, boğulma, tıkanma hissi, baygınlık hissi ve baş dönmesi, aşırı terleme, yüz ve ellerde solukluk ve soğuma, göğüs ve mide bölgesinde ağrı ve ölüme yaklaşırcasına korkutan yoğun bir duygu yaşanır. Bu ürkütücü duygular kişide ve çevresinde korku yaratır (Geçtan, 2002). Panik düzeyde, anlama ve kavrama alanı tamamen daraldığından olaylar ve konular arasında bağlantı kurulamayıp kriz aşamasına gelinir (Irgaç, 2013).

Spielberger ise kaygıyı, durumluk (geçici) ve sürekli kaygı olarak sınıflandırmaktadır.

Spielberger kaygıyı, stres yaratan durumların oluşturduğu üzüntü, algılama ve gerginlik gibi hoş olmayan duygusal ve gözlenebilir tepkiler olarak tanımlamaktadır. Spielberger'e göre ilk defa Cattell ve Scherer, çalışmalarında faktör analizi ile belirlenen "durumluk kaygı" ve "sürekli kaygı" kavramlarını ortaya koymuşlardır. (Spielberger,1972). Spielberger ve arkadaşlarının çalışmaları sonucu geliştirdikleri bu kaygı kuramları farklı özelliklerde ve farklı yoğunlukta (Öner ve Le Compte, 1998).

Durumluk Kaygı (State Anxiety): Öznel gerilim ve korku duygularıyla karakterize olan geçici duygusal bir durum olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk, 1997). Bu kaygı bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı anlık olarak verdiği sübjektif bir tepkidir.

Durumluk kaygı türünü her birey yaşayabilir. Çünkü her insan doğal olarak tehlikeli gördüğü durumlarda az da olsa kaygılanır. Tehlikeli durumlar karşısında oluşan bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı sübjektif, geçici ve o anki duruma bağlı bir

kaygıdır (Le Compte ve Öner, 1998). Otonom sinir sisteminin uyarılması sonucunda terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler olur. Bunlar bireyde gerilim ve huzursuzluk duygularını oluşturur. Stresin arttığı durumlarda; durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres veya gerginlik oluşturan durum azalıp yok olunca da durumluk kaygı seviyesinde düşme meydana gelir (Le Compte ve Öner, 1998; Yiğitoğlu, 2009). Spielberg durumluk kaygıyı, “Şu anda kaygı hissediyorum.” cümlesi ile açıklamaktadır. Bu da durumluk kaygının geçici olduğunun göstergesidir. “Durumluk kaygı insanın içinde bulunduğu durumu tehlikeli ve tehdit edici algılanmasıyla ortaya çıkar. Bu süre içinde kişinin bilinci açıktır. Kişi olan bitenden haberdar ve uyanıktır. Durumluk kaygı içinde bulunan kişinin sinir sisteminde işlev değişiklikleri meydana gelir (Spielberger, 1973).

Sürekli Kaygı (Trait Anxiety): “Objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur” (Le Compte ve Öner, 1998). Bu kaygı karakter özelliğidir. Sürekli kaygı; doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelerden bağımsız olan, bireyin içinde bulunduğu durumla doğrudan bağdaşmayan, başkaları tarafından nedeni açıkça anlaşılamayan, içten kaynaklanan ve bireyin öz değerlerini tehdit altında görmesi nedeniyle ya da içinde bulunduğu durumu stresli olarak yorumlamasından kaynaklanan bireyin huzursuzluk, endişe, karamsarlık, aşırı duyarlılık gösterme, yoğun heyecansal reaksiyonlarda bulunması olarak tanımlanabilir (Öner ve Le Compte, 1998). Sürekli kaygı kişinin kendi çevresindeki durumlarla başa çıkarken kullandığı bir dünya görüşüdür (Yavuz, 2002). Herhangi bir tehlike meydana geldiğinde kişide uyanıklık olur. Bu uyanıklık hali anksiyeteyi, anksiyete korkuyu, korku da paniği oluşturur. Bu kaygıyı yaşayanlar çabuk incinir ve çabuk karamsarlık yaşarlar. Bu kişilerin sürekli kaygısı diğerlerinden daha sık ve yoğundur (Öner ve Le Compte, 1998). Anksiyete yaşama şekli, bireyin yaşına, yaradılışına ve deneyim yaşayıp yaşamamasına göre değişir.

Sürekli kaygının düzeyi, kişinin ilerde karşılaşacağı tehlikeli durumlarda yaşayacağı durumluk kaygı derecesinin şiddetini ve sıklığını belirler. Böylece sürekli kaygı seviyesi yüksek olan kişi, sürekli kaygısı düşük olan kişiden daha çabuk ve daha sık durumluk kaygı reaksiyonları gösterir (Öner ve Le Compte, 1998). Spielberg sürekli kaygıyı , “Genellikle kaygı hissedirim.” cümlesi ile açıklamaktadır.

Spielberger'e göre sürekli kaygının özellikleri şunlardır:

- Sürekli kaygı durumluk kaygısına göre sürekli ve durağandır.
- Sürekli kaygının süresi ve şiddetli kişilik yapısına göre değişir.
- Kişilik yapısının kaygıya yatkınlığı sürekli kaygı seviyesini değiştirir

(Spielberger, 1973).

Kaygı düzeyi Tıp alanında State-Trait Anxiety Inventory (STAI) testi ile ölçülür. Böylece bireyin belirli bir anda kendini nasıl hissettiğini belirten ifadelerle kişinin kaygı düzeyi belirlenir.

Kaygı, NANDA tarafından da onaylanmış, fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılmış hemşirelik tanıları içinde yer almıştır. Kaygıyı azaltmak ya da ortadan kaldırmak için hemşirelik girişimlerine ihtiyaç vardır (Bırol, 2009;Carpenito, 2000). Abortus imminens ile hastaneye başvuran anne adayları ve eşi tehlikeli olarak algıladıkları bu durum karşısında kaygı yaşarlar. Eğer abortus imminens durumu anne adayları ve eşi tarafından bilinmiyorsa bu durum çiftler üzerindeki kaygıyı artırır. Ayrıca abortus imminens hakkında çiftlerin yeterli bilgi sahibi olmaması, olayın nedenleri ve gelecekte çocuk sahibi olma potansiyelleri ile ilgili yaşadıkları belirsizlik yaşanan travmanın şiddetini daha da artıracaktır. Yaşanan bu yüksek kaygı çiftlerin algılama alanlarını daraltır. Bu süreçte çiftler ile sağlık ekibi arasında iş birliği noktasında problemler yaşanır.

2.5. Perinatal Kayıp Riski Sırasında Ebeveynlerin Başa Çıkma Yöntemleri

Stresle başa çıkma yöntemleriyle abortus imminens tehdidi altında bulunan yoğun stres ve kaygı yaşayan gebe kadın ile eşinin zararlı tepkilerinin belirlenmesi, bunların yol açtığı problemlerin daha kolay aşılması sağlar. İnsanoğlunun yeryüzünde duyguları, düşünceleri, davranışları ve toplumsal alanda üstlendikleri rolleri cinsiyete göre farklılık gösterir. Bu yüzden kadınların ve erkeklerin üzüntüyü yaşama şekilleri ve düzeyleri farklı olabilir.

Anne ve baba adayının kaygıyı yaşama biçimlerinin birbirinden farklı olması, bebeği kabullenme şekillerinin farklı olmasındandır. Gebelik anne ve baba için hayatlarının en önemli sürecidir. Kayıp riski yaşanırken baba araştırma, ortaya çıkarma evresinden, kabullenme ve çözüm evresine geçebilir. Anne ise bu aşamada içten içe yoğun bir acı hissedebilir. Eğer anne babanın iletişimleri iyi değilse anne babanın

davranışlarını anlamayabilir. Kadın erkeği soğuk ve ilgisiz olarak algılar, kişisel hislerini onunla paylaşmaz. Kadının yalnızlık hissi artar ve böylece kadın acısını tanımada başarılı olamaz. Diğer taraftan baba eşini stresli görmekten rahatsızlık duyar ve onun duygu bozukluğu yaşadığını düşünür (Ünlü, 1995).

Stres ve kaygıyla başa çıkmada kadınlar ve erkekler farklı başa çıkma yöntemleri kullanmaktadır. Kadınlar daha çok dilek, umut ve kaçış, yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılacağı gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma başa çıkma yöntemlerini kullanmayı seçmektedir. Erkekler ise dikkatlerini konudan uzaklaştırma, duruma odaklanmama, kaçınma, duygularını kontrol etme, başarılı olacağı işlere yönelme, problem çözme, başka yaşam hedefleri bulma, yaşamdan keyif alma başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadır (Newton, 1999; Anderson ve ark., 2003; Oğuz, 2004; Schmidt, Christensen ve ark., 2005; Peterson ve ark., 2006; Draye, 2004).

Kadın ve erkeklerin abortus imminens tanısı konulmuş bir gebelik sürecinde kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin farklı olabildiğini bilmeyen çiftler, eşinin davranışlarını yanlış yorumlayabilir ve olumsuz yargılarda bulunabilir. Özellikle abortusun gerçekleştiği durumlarda yaşanan hayal kırıklığı, öfke ve umutsuzluk ile birlikte karşılıklı suçlamalar da artar. Erkek, eşini aşırı duygusal olmakla, abartılı davranmakla suçlarken kadın da eşini duygusuz olmakla, yeterince önemsememekle suçlayabilir. Bu tablonun yaşanmasını önlemek için çiftlerin tedaviye başlarken sorunlarla başa çıkma yöntemlerinin farklı olabileceği konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bu bilgilendirme, çiftlerin karşılıklı yanlış yargılamalarını önleyerek birbirlerine daha çok destek vermelerini sağlayacaktır (Yılmaz, 2006).

Bebeğini kaybetme ihtimali ya da tekrar çocuk sahibi olamama durumu çiftler tarafından önemli bir kayıp veya eksiklik olarak yaşanır. Özellikle kadınlarda, sıklıkla görülen kaygı belirtilerini ortaya çıkarır. Bununla birlikte kadınların algılayış biçimlerine ve kaygı düzeylerine bağlı olarak güven duygusunda azalma, suçluluk duygularında artma yaşanır. Üzüntüyle depresyon semptomlarının benzerliği sıkıntı yaratır. Suçluluk hissi, özgüven eksikliği, içe kapanıklık her iki durumda da izlenebilir (Başer, 2006).

Abortus riski yaşayan ebeveynler çoğu zaman ailesinden, arkadaşlarından veya sağlık personelinden destek ve bu zor durumlarda yardım beklemektedir. Ancak aile ve arkadaşlar, çoğu zaman kaygılı aileye nasıl yardım edebileceklerini bilemezler. Ailenin

ve arkadaşların ebeveynlere destek sağlaması kalıcı etkiler yaratabilir. Ebeveyn desteklenmediğini algıladığı takdirde, bu stresli ve kaygılı dönemi daha zor yaşar. Kendini yakınları tarafından dışlanmış ve yanlış anlaşılmiş hissedebilir.

Baba adayının duyguları çoğu zaman görmezlikten gelinmekte ve baba adayına güçlü bir şekilde eşlerine destek olmaları noktasında öğüt verilmektedir. Böyle mesajlar, ebeveynlerin hislerinin çok az takdir edildiğini ve kaybı veya kayıp riskinin yeterince önemsenmediğini göstermektedir. Kadınlar ise benzer deneyimler yaşayan arkadaşları ve aileleri ile duygularını daha fazla paylaşmaktadır. Bu durumda dinlemek, sempati göstermek, empati kurmak ve pratik yardım gibi davranışların yararlı olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynler, duygusal destek, tavsiye/rehberlik, mali/maddi yardım, pratik yardım, sosyalleştirme gibi destekleyici davranışların yanında duygusal desteğin alt kategorilerinden olan fiziksel olarak yanında olmak, dinlemek/hislerini ifade etme imkânı bulmak, cesaretlendirmek ve hislerini kabul etmek ve sempati göstermek gibi davranışlara ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Kavanaugh ve ark., 2004).

2.6. Perinatal Kayıp Riski Sırasında Ebeveynlerin Sosyal Destek Sistemleri

Günlük yaşamda ortaya çıkan problemler karşısında genellikle en yakın arkadaş, eş ya da akraba gibi sosyal destek kaynaklarına problemin çözümü için başvurulur. Bireylerin sosyal ağ içerisinde başvurdukları ve etkileşim içinde oldukları aile, dost, arkadaş, iş çevresi ve sağlık profesyonelleri onların sosyal destek sistemini ya da kaynağını oluşturur. Bu kaynaklardan elde edilen maddi, duygusal ve bilişsel sosyal desteğin, bireyin problemlerle başa çıkma becerilerini geliştirme, beden ve ruh sağlığı açısından önemli etkisi bulunmaktadır (Ardahan, 2006; Yıldırım, 1997). Sosyal destek kavramı kapsamında stresi önleme, azaltma ve stresle başa çıkma noktalarına odaklı aile, arkadaş, akraba, ilgili konuda uzman ya da özel bir insanın bireye sağladığı destek ilişkilerinin rolü önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalarda da sosyal destek kaynakları güçlü olan bireylerin daha az depresyon düzeyine, daha yüksek benlik algısına, daha uzun ömürlü ve daha sağlıklı bedene sahip olduğu saptanmıştır (Taysi, 2000). Sosyal destek bireyin temel ihtiyaçlarından olan sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi gereksinimlerini karşılayarak bireyi hem fiziksel hem de ruhsal açıdan olumlu yönde desteklemektedir (Aksüllü ve Doğan, 2004).

Sosyal destek, “kişiyi seven, önemseyen ve güvенеbileceđi insanların varlığı ve duygusal ilgi”, “maddi destek”, “çevre hakkında bilgi” ve “onaylanma” olmak üzere dört unsuru içeren kişiler arası ilişki olarak tanımlanabilir (Toepfer, 2010; Sürücü, 2005). Sarason ve ark.(1983) ise sosyal desteği, bireyin bir problemle karşılaştığında ya da duygusal olarak rahatlamak istediğinde, yakın çevresinde bulunan insanlardan(eş, aile, arkadaş, akraba vb.) alabileceği yardımlar, sosyal etkileşimler bütünü olarak tanımlamaktadırlar. Sosyal destek sistemi bireyin günlük yaşamında karşılaştığı değişik kaynaklardan bireye yönlendirilen, bireyin kişiler arası ilişkilerini güçlendiren, zorluklar karşısında onun dayanıklılığını arttırmak için daimi olarak destek veren bir ağdır (Whittaker ve Garbarino, 1983).

Sosyal ilişkiler, insanın sosyal ağını oluşturur. Sosyal ağ içinde bulunan insan; eş, evlat, ebeveyn, arkadaş ya da komşu gibi birbirinden farklı rollere sahip olur. Bu roller içinde sevgi, şefkat, güven, ilgi, empati duygularını yaşayabiliyorsa bir gruba ait olma hissi mevcutsa, aldığı maddi destekle sorumluklarını yerine getirebiliyorsa, yaşadığı problemlerin çözümüne yönelik bilgi ve yardım alabiliyorsa kendini mutlu ve güvende hisseder. Bunların aksi bir durumda ise yani sosyal ilişkiler yetersiz ya da bozuksa, ruhsal hastalık riskini artıran kaygının ortaya çıkması kaçınılmaz olur. İnsan yaşamında önemli yere sahip olan sosyal destek; sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme ve çözmeye, stresin etkilerinden koruma ve baş etme becerilerinin güçlendirilmesinde aktif rol oynar (Yılmaz, 2012). Bu durum, anne için gelişimsel bir kriz olarak tanımlanan gebelik süreci dönemi için de geçerlidir. Çünkü gebelik süreci, gebe ve ailesi için ciddi biyo-psiko-sosyal adaptasyon gerektirmektedir. Bu dönemde yaşanan değişiklikler aile ve yakın çevredeki bireylerle beraber en fazla anne adayını etkiler (Aydemir ve Hazar, 2014). Tam bu sırada sosyal destek önemli bir gereksinim olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yaşamsal kriz dönemi gelişimi sağlayabileceği gibi uyum güçlüğü yaratan bir sorun haline de dönüşebilir. Sorun çözülmezse emosyonel baskılar artabilir; kişi kaygı ve depresyon yaşamaya başlar (Özkan, 1998; Coşkun, 1992).

Sosyal destek birbiriyle iç içe olan sistemlerdir. Böylece duygusal açıdan destekleyici bir ilişki, maddi ve zihinsel destek anlamına da gelir. Sosyal bir ağ içerisinde bulunan insanın sosyal bir varlık olması, insandan beklenen bilgi, tutum ve davranışlarının uygun olup olmadığını gösteren geri bildirimler sağlar (Akbaş, 2006).

Lieberman (1982) ise sosyal desteğin stres ve zor durumlar üzerindeki pozitif etkisini şöyle açıklar:

1. Sosyal destek, sistemleri stres verici yaşam olaylarını önler.
2. Sosyal destek, olayın algılanış biçimini değiştirip stres verici etkisini azaltır.
3. Sosyal destek, bireyin başa çıkma yollarını etkileyerek stres verici olay ve sonuç arasındaki bağlantıyı değiştirir.
4. Sosyal destek, olayların stres verici etkisini azaltarak sağlığı olumlu yönde etkiler.
5. Sosyal destek, stres verici olayın, benlik saygısı ve kendine güven üzerindeki olumsuz etkisini yok eder (Sorias, 1992).

Hemen hemen her toplumda kadınlar için gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda önemli bir baskı vardır. Bu baskı bizim toplumumuzda daha belirgindir. Anneliğe bir yetişkin olarak kadının yerine getirmesi gereken bir görev olarak bakılmakta ve kadınlar bu göreve yönelik sosyal olarak hazırlanmaktadır. Eş, akran grubu ve toplumumuzda özellikle erkek ve kız ailesinden yani kayınvalide, kayınpeder gibi aile büyüklerinden gelen baskılar da eşlerin çocuk sahibi olma kararında etkileyici bir faktör olabilmektedir. Bireyler istemiyor olsalar bile başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir (Taşkın, 2011). Bu sosyal baskı ortamında gebelik kaybı riski yaşayan çiftler üzerinde büyük bir stres ve kaygı oluşturmaktadır. Abortus imminens yaşayan gebeye bu süreçte en yakın sosyal ağ üyeleri olan anne, baba, kayınbaba, kayınvalide gibi aile yakınlarınca verilen destek yaşanan kaygıyla mücadelede büyük bir önem arz etmektedir. Eğer aile büyükleri tarafından gebenin ve eşinin beklentilerine cevap verecek düzeyde sosyal destek sağlanıyorsa gebenin ve eşinin gebeliğe uyumu ve karşılaşılabilecek problemlerle baş etmesi kolaylaşmaktadır (Akbaş, 2006).

Sosyal destek ve sağlık arasında paralel bir ilişki vardır. Sosyal desteğin en önemli işlevi, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak olayları dengeleyip ruh sağlığını korumaktır (Warren ve McCarthy, 2007; Sorias, 1988b). Özellikle abortus imminens gibi gebelik kaybı riski yaşayan çiftlerin ruh sağlığını korunması için sosyal destek sistemlerine ihtiyaçları vardır. Çünkü gebelik kadınlara ve eşlerine kendine güven, varlığını ortaya koyma, seçkinlik ve değer duygusu verir. Abortus imminensle birlikte bu duygular da risk altına girmiş olur. Ayrıca ailedeki bireyler

kadının gebeliğini kabullenmiş ve bunu sevinçle karşılamışlarsa ve mutlu bir bekleme süreci içine girmişlerse bu eşler için daha da zor bir süreç olacaktır. Bu süreçte gebenin ve eşinin sosyal çevresinden destek alması anne ve bebek sağlığı ile olumlu aile içi ilişkileri açısından önemlidir. Sosyal destekleri daha fazla olan anneler aktif davranışsal baş etmeyi etkin olarak kullanırken; kaçınmayı daha az kullandıkları görülmüştür. Cronenwett (1985) tarafından yapılan bir çalışmada, gebe kadınların sosyal destek sistemlerini daha çok akrabalarının oluşturduğu ve duygusal desteği genellikle anne ve babalarından aldıkları tespit edilmiştir (Taşkın, 2011).

2.7. Perinatal Olgu ve Ailesinin Bakım Gereksinimlerinde Acil Servis Hemşiresinin Rolü

Abortus imminens tanısı alan gebenin, eşinin ve çiftlerin ailesinin psikososyal ve kültürel özelliklerine temellenmiş çok çeşitli sağlık bakım ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyaçların temelinde birey olarak insan yaşamına, kültürel, etik ve yasal değerler ile inançlara saygı göstermek vardır. Ayrıca kayıp riski yaşayan ailelere bakım vermede; çift ve ailesinin anlaşılması, dinlenilmesi, soru sorabilmesi, sağlık profesyonelleri ile sorunlarını tartışabilmesi oldukça önemlidir. Verilen bakımda eksik ya da hatalı yaklaşımlar yaşanan stres ve anksiyete sürecini uzattığı araştırmalarla bildirilmiş, bu konuda sağlık çalışanlarının önemi vurgulanmıştır (ACOG, 2014; Ryan ve ark., 1991). Çünkü sağlık çalışanları bilgi ve becerileri ile olumsuz durumları tanıma, tedavi etme ve olumsuzlukları önlemede etkin rollere sahiptir (Jones ve ark., 2012).

Mesleki özelliği sebebiyle hastayla ilk karşılaşan ve onunla en uzun süreyi geçiren, gebe ile yakından ilişki kuran, gebeyle sürekli iletişim halinde olan, gebeye ve ailesine temel bakımı sağlayan hemşirelerin, bakımda aktif rol üstlenmesi aileye destek olma noktasında önemli yere sahiptir (MEB, 2012). Hemşireler özellikle, riskli gebeliklerde tıbbi muayene, komplikasyonlar ve psikolojik durumlar açısından kaliteli bakım vererek anne, fetus ve yeni doğan ölümlerinin engellenmesinde büyük görev üstlenirler (Murray ve McKinney, 2014).

Gebelik yaşı ne olursa olsun genellikle bireyler gebelik kayıp riskini öğrendiği ilk anda, bir kayıp yaşadığında ve onunla ilgili hayallerini, umutlarını kaybettiklerinde yaşadığı duyguya yakın tepki verir. Aileler sadece çocuklarını değil; analık babalık rollerini, gebelik durumunu, genlerine ve bedenlerine olan güvenlerini de kaybetme riski

yaşarlar (Akan, 2006). Bu nedenle gebelerde sosyal destek, gebelik sürecinde yaşanacak fiziksel kısıtlıklar ve psiko-sosyal kayıplar karşısında desteklenmesi profesyonel bir yardımı gerektirir. Hemşire, anne adayına gebeliği boyunca duygularını, düşüncelerini ve endişelerini ifade etmek için fırsat vermeli, pozitif başa çıkma stratejilerini kullanmasına yardımcı olmalıdır. Aile içindeki ilişkileri düzenleyip çevresindeki sosyal destek sistemlerinden etkin faydalanması için aileye fırsat sunmalıdır. Çünkü bunları yapacak en uygun konumdaki ekip üyesi hemşiredir (Akbaş, 2006).

Abortus imminens teşhisi konulan gebelerin içinde buldukları süreçte sosyal destek sistemlerini nasıl algıladıkları bilincine sahip hemşirelerin abortus imminens tanısı almış gebelere ve eşlerine rehberlik ve eğitim hizmetlerini vermesi; gebelerin fiziksel bakımının yanı sıra psikososyal bakımıyla da ilgilenmeleri ve yeterli desteği almayan gebelerin sosyal destek sistem ve kaynaklarını harekete geçirmeleri çok önemlidir (Okanlı ve ark., 2003). Hemşirelik bakımı kapsamında gebeye ve ailesine kaygıları hakkında bilgi ve sosyal destek verme bireyin savunmalarını güçlendiren özel bir müdahale olup anksiyetelerini azaltır, bireyin benlik saygısını artırır. Gebelere sosyal destek sunacak sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşireler, gebelerin ve eşlerinin içinde buldukları durumu tanımlamalı ve çiftlerin yaşadığı zorlukları anlayabilmelidir. Hemşireler sosyal destek sağlarken çiftlerin kişilik yapısı, savunma düzenekleri, ailesel ve sosyal destek sistemlerine göre riskli gebelik sürecine değişik tepkiler verebileceklerini bilmelidir. Bu çerçevede hemşireler hastanın kişisel özelliklerini, içsel ve dışsal sosyal destek kaynaklarını tanımalı ve çiftlere bu çerçevede kapsamlı bir şekilde hizmet sunmalıdır. Girişimlerini bunlara göre planlamalıdır. Gebe ve aile yakınları tarafından hemşire güvenilir bir otorite olarak görülüyorsa hemşireler yaşanan kaygıları rahat yönetebilme olanağı yaşarlar (Dilbaz ve Seber, 1993; Doğan v e Kelleci, 2004). Böylece hemşireler sosyal destek sistemlerini harekete geçirip çiftlerin yaşadıkları bu olumsuz süreci olumlu yöne çevirmesine ve içinde buldukları krizi atlatalmalarına yardımcı olabilirler.

Abortus imminens teşhisi konulan hastalar hemşirelik bakımı açısından biyo-psiko-sosyo ve kültürel açıdan değerlendirilerek bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Sosyal desteğin, sağlık sonuçları üzerine büyük bir etkisinin olduğu ve hastanın, hastalığına ve tedavi sürecine uyum sağlamasına yardımcı olduğu bilinmektedir. Abortus imminens tanısı almış gebe ve yakınlarına verilen sosyal destek; anksiyetelerini ve strese

yanıtlarını yönetmelerinde, sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde, riskli gebelik sürecine uyumunda, yaşam kalitesini artırmada, sosyal izolasyonu azaltmada büyük bir katkı sunmaktadır. Bu açıdan tehdidin yaratacağı stresin erken dönemde değerlendirilip buna yönelik gerekli önlemlerin alınması psikososyal iyilik halinin sağlanması hemşirenin rolü oldukça önemlidir. Hemşire stresle baş etmede hastayı destekleyecek nitelikte profesyonel yardımın sunulmasına katkı sağlayacaktır. Aile yaşadığı stres ve anksiyete süreci boyunca duygularını karar verici olmayan ve onu yargılamayacak birine anlatma ihtiyacı duyabilir. Hemşire ön yargısız ve hoşgörülü olarak aileyi duygularını ifade etmesi yönünde cesaretlendirmelidir. Hemşireler ailenin kayıp riskiyle başa çıkma davranışlarını kazandırmak için şu girişimlerde bulunurlar:

- Aile ile iletişime gezerken olayın farkında olunduğunu gösteren ifadeler kullanıp durum değerlendirmesi yapmak için bireylere sorular sorulmalı, yargılamaktan kaınılmalı, aktif dinleme yöntemleri kullanılmalıdır.
- Ailenin bakım gereksinimleri karşılanmalıdır.
- Asılsız yaklaşımlardan kaınılmalı, gerçeği anlamalarına yardım edilmelidir.
- Yaşadıkları duygu ve davranışların kayıp riski karşısında normal reaksiyonlar olduğu anlatılmalıdır.
- Daha önce kullandıkları başarılı baş etme yöntemlerinin tekrar kullanmaları sağlanmalıdır.
- Ailenin yanında olunmalı, onları yalnız bırakmamalı ve deneyimleri paylaşılmalıdır.
- Ailenin yanlarında olmasını istediği yakınları ve arkadaşları ile iletişim kurmaları desteklenmelidir (Akan, 2006).

Hemşireler iyi temellenmiş teoriler, en son literatür ve yüksek kalite gezerliliği olan araştırmalar üzerine kurulmuş ulusal standartlara uygun, ailelerin beklentilerini karşılayan duyarlı ve özenli bir bakım hizmeti sunmalıdır (Yavan ve ark., 1999; Yenal ve şirin, 2004; Yıldırım ve şimşek, 2005). Hastayla karşılaşan, hasta ve ailesine ilk yardımda bulunacak olan acil servis hemşirelerinin ise bütün bu donanımlara eksiksiz sahip olmalıdır.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma vajinal kanama şikâyetiyle acile başvuran abortus imminens (düşük tehdidi) tanısı almış çiftlerin sosyal destek sistemleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Acil Servisi'nde 15/11/2014 - 15/02/2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı Kasım 2014-Şubat 2015 tarihlerinde T.C. Sağlık Bakanlığı Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Acil servisine vajinal kanama şikâyetiyle başvuran doktor muayenesinden sonra abortus imminens tanısı almış kadın ve eşlerinden çalışmaya katılmayı kabul eden çiftler oluşturmuştur. Araştırmada 2013 yılındaki "abortus imminens" tanısı almış gebelerin sayısı üzerinden güç analizi yapılmış ve yaklaşık %95 güven aralığı ve %3 hata payı ile 124 gebenin örnekleme alınması gerektiği belirlenmiştir. Araştırma 138 gebe kadın,138 erkek olmak üzere toplam 276 kişi ile tamamlanmıştır. Çiftlerden yalnız birinin katıldığı çalışma değerlendirmeye alınmamıştır.

Örnekleme Alınma Kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- Vajinal kanama şikâyetiyle acile başvurmak,
- 20. gebelik haftasından küçük olmak,
- Abortus imminens tanısı almak,
- Gebe kadın ve eşini birlikte çalışmaya alınması,
- Tanısı konulmuş ruhsal yönden herhangi bir hastalık olmaması ve ilaç kullanmaması.

3. 4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen gebe ve eşlerinin sosyo-demografik öykülerini belirleyen kadın ve erkek için ayrı olarak düzenlenen “Tanıtıcı Bilgi Formu” ile “Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik gebe ve eşlerine ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş; pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Veriler katılımcılar ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmanın amacı katılımcılara açıklanmış ve onamları alınmıştır. Okuma-yazma bilmeyen ve anketi rahatça dolduramayacak durumda olanlara anket, araştırmacı tarafından okunarak uygulanmıştır. Anket formlarının her birinin doldurulması erkek ve kadınlar için ayrı ayrı yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Veri toplamanın birinci aşamasında Sosyodemografik Bilgi Formu(EK I), benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Verilerin toplanmasında kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formunda; gebe ve eşlerinin yaşları, eğitim düzeyleri, meslekleri, sağlık güvenceleri, evlenme yaşı, eşleri ile akraba evliliği durumu, aile planlama yöntemi kullanma durumu ve kullanılan yöntem, sigara kullanma durumu, yardım ve destek gördüğü kişiler, tekrar çocuk isteme durumları sorgulanmıştır. Ayrıca bayan formunda önceki gebelikleri ve doğum öykülerine ilişkin sorulara da yer verilmiştir.

3.5.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği:

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970’te geliştirilmiştir. Bu ölçek 1975 yılında Türkçe’ye çevrilmiş; 1977 yılında ise Necla Öner tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Öner ve Ayhan Le Compte tarafından 1985’te Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır. Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir. Ölçek 20 maddelik durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçeklerden elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasındadır. Puanlar yükseldikçe kaygı düzeyi de artar. “Hiç”, “Biraz”, “Çok” ve “Tamamıyla” şeklinde derecelendirilen bir ölçektir.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçekleri’nde iki çeşit ifade yer alır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade eder. Durumluk Kaygı Ölçeği’ndeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeği’ndeki tersine dönmüş ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleridir. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunur ve doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden belirlenmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise bu değer 35’tir. Elde edilen son değer kişinin kaygı puanıdır.

Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmek için oldukça duyarlıdır. Ölçeğin ikinci bölümündeki 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ise kişinin genel anlamda yaşadığı kaygının sürekliliğini ölçer.

Puanların Yorumlanması

Her iki ölçekten elde edilen puanlar 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini gösterir. Kaygı puanları yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de böyle değerlendirilir. Örneğin; küçük yüzdelik sırası (1, 5, 10) kaygının az olduğunu ifade eder. Uygulamalarda belirlenen 36 puan ve altı (kaygı yok), 37-42 puan (hafif kaygı), 42 puan ve üzeri (yüksek kaygı) olarak belirtilmektedir.

3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni 1988 yılında Gregory D. Zimet ve Nancy W. Dahlem geliştirmiştir. Bu ölçeği 1995 yılında Doğan Eker ve Haluk Arkar Türk toplumuna uyarlamıştır. Ölçek, her eğitim seviyesindeki bireyin algılayabileceği on iki maddeden oluşmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) “Kesinlikle hayır (1 puan)’dan başlayıp 2, 3, 4, 5, 6, Kesinlikle evet(7 puan)’e kadar 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin destek kaynakları; aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt gruptan oluşur. Her grup 4 maddeden meydana gelmiştir. Ölçekte bulunan 3. 4. 8. 11. maddeler aile desteğini; 6. 7. 9. 12. maddeler arkadaş desteğini; 1. 2. 5. 10. maddeler de özel kişi desteğini (güven duyulan yakın arkadaş, dost) ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4; en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12; en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Düşük puanlar ise desteğin algılanmadığına ya da desteğin yeterli olmadığını belirtir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı ölçütler (ortalama değer, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, yüzde oranları) ifade edildi. Bağımsız örnekler t test istatistiği, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test istatistiği ve iki sayısal ölçüm arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığını, varsa bu ilişkinin yönünü ve şiddetinin ne olduğunu belirlemek için de Pearson korelasyonu kullanıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (13.11.2014/ sayı; B.30.2.ODM.020.08/1455) onay alındıktan sonra başlanmıştır. Verileri toplamak amacıyla Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden ve uygulamanın yapıldığı Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan çiftlerin her ikisi bilgilendirilmiş, çiftlere onama formu okunmuş ve çiftlerden sözel izinler alınmıştır. Anket formunun uygulanması sırasında sorun yaşadığını ifade eden ve danışmanlık talebinde bulunan kadın ve eşlerine uygulama sonrası araştırmacı tarafından eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sadece Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum Acil Servisine vajinal kanama ile başvuran, abortus imminens yaşayan kadın ve kadınların eşleri ile yapıldığı için tüm abortus imminens yaşayan gebelere ve eşlerine genellenemez.

✓ Çalışmaya her iki çiftin alınması ancak kadınların genellikle eşleri olmadan acil servise başvurmaları,

✓ Başvurulan yer acil servis olduğundan gebe ve eşlerinin kaygı düzeyinin artmış olması ve çalışmaya katılmayı istememesi,

✓ Hastalarla birebir iletişim kurmak için acil servis şartlarında ayrı bir odanın olmaması.

4. BULGULAR

4.1. Gebelik Kaybı Riski Yaşayan Çiftlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 1. Abortus imminens yaşayan çiftlerin sosyo-demografik özellikleri

	Kadın (n=138)	Erkek (n=138)
Eğitim Düzeyi*		
Okuryazar-ilkokul	33 (23,9)	6 (4,3)
Ortaöğretim	39 (28,3)	30 (21,7)
Lise	27 (19,6)	63 (45,7)
Yüksekokul-fakülte	39 (28,3)	39 (28,3)
Çalışma Durumu*		
Çalışan	45 (32,6)	135 (97,8)
Çalışmayan	93 (67,4)	3 (2,2)
Sosyal Güvence*		
Var	135 (97,8)	135 (97,8)
Yok	3 (2,2)	3 (2,2)
Sigara İçme Durumu*		
Evet	21 (15,2)	67 (48,6)
Hayır	117 (84,8)	71 (51,4)
Yaş**	27,9 ± 5,4	31,4 ± 5,4
Evlilik Yaşı**	22,1 ± 4,5	26,0 ± 4,0

*Frekans (Yüzde), **Ortalama ± Standart Sapma

Araştırmaya katılan abortus imminens yaşayan çiftlerin yaş ortalamaları kadınlarda 27,9 yıl; erkeklerde ise 31,4 yıldır. Evlilik yaş ortalamaları ise kadınlarda 22,1; yıl erkeklerde ise 26 yıldır. Çiftlerin eğitim durumu incelendiğinde, kadınların ortaöğretim %28,3 ve yüksekokul-fakülte %28,3 düzeyinde; erkeklerin ise lise %45,7 düzeyinde eğitime sahip oldukları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %67,4'ü herhangi bir işte çalışmıyor iken erkeklerde ise bu oran %2,2'dir. Araştırmaya katılanlarda herhangi bir sosyal güvenceye sahip olanların oranı %97,8'dir.

Sigara kullananların oranı kadınlarda %15,2 iken erkeklerde %48,6 olarak elde edilmiştir.

Tablo 2. Çalışmaya alınan gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı

	Kadın (n=138) Frekans (%)
İlk Gebelik Yaşı	
20 yaş ve altı	40 (29,0)
21-25 yaş	52 (37,7)
26-30 yaş	42 (30,4)
31 yaş ve üzeri	4 (2,9)
Yaşayan Çocuk Sayısı	
0	62 (44,9)
1	48 (34,8)
2 ve üzeri	28 (20,3)
Gebelik Sayısı	
1	43 (31,1)
2 ve üzeri	95 (68,9)
Gebelik Kaybı Yaşama Durumu	
0	94 (68,1)
1	35 (25,4)
2 ve üzeri	9 (6,4)
Aile Planlaması Kullanma Durumu	
Evet	71 (51,4)
Hayır	67 (48,6)

Frekans (Yüzde)

Abortus imminens yaşayan gebelerin %37,7'sinin ilk gebelik yaşı 21-25 arasındadır.

Çalışmaya alınan çiftlerin %44,9'unun yaşayan çocuğunun olmadığı, %34,8'inin 1 yaşayan çocuğunun olduğu ve %20,3'ünün ise 2 ve üzeri yaşayan çocuğu sahip olduğu tespit edilmiştir.

Mevcut gebelik; abortus imminens yaşayan kadınların %31,1'inin ilk gebeliği iken, %68,9'unun ise 2 ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Abortus imminens yaşıyan gebelerin %68,1'i daha önce gebelik kaybı yaşamazken %25,4'ü daha önce 1 tane ve %6,4'ü de 2 ve daha fazla sayıda gebelik kaybı deneyimi mevcuttur.

Abortus imminens yaşıyan çiftlerin %51,4'ünün herhangi bir aile planlama yöntemi kullandığı, % 48,6'sının ise aile planlama yöntemi kullanmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. Çiftlerin mevcut gebeliğin abortus ile sonuçlanması durumunda tekrar gebelik isteme durumlarının dağılımı

	Kadın (n=138) Frekans (%)	Erkek (n=138) Frekans (%)
Tekrar gebelik düşünmüyorum	17 (12,3)	71 (51,4)
Kısa sürede tekrar gebelik düşünüyorum	71 (51,4)	34 (24,6)
Uzun süre sonra tekrar gebelik düşünüyorum	31 (22,5)	14 (10,1)
Tekrar çocuk sahibi olmak istemem	19 (13,8)	19 (13,8)

Frekans (Yüzde)

Abortus imminens yaşıyan kadınların mevcut gebeliklerinin abortusla sonuçlanması durumunda %51,4'ünün kısa sürede tekrar gebe kalmak istedikleri belirlenmiştir. Eşlerinin ise; mevcut gebeliğin abortus ile sonuçlanması durumunda %51,4 oranı ile kısa süre içinde tekrar çocuk sahibi olmak istemediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4. Çiftlerin hastanede kaldığı sürede destek aldığı kişilerin dağılımı

Çiftlerin Hastanede Kaldığı Sürede Destek Aldığı Kişiler*	Kadın (n=138) Frekans (%)	Erkek (n=138) Frekans (%)
Eş	108 (78,3)	71 (51,4)
Aile büyükleri ve aile yakınları	55 (39,9)	69 (50,0)
Arkadaş	12 (8,7)	12 (8,7)
Komşu	2 (1,4)	5 (3,6)
Doktor	47 (34,1)	30 (21,7)
Hemşire	27 (19,6)	15 (10,9)
Hastane personeli	3 (2,2)	6 (4,3)

*Birden fazla cevap verilmiştir

Çalışmaya alınan gebelerin hastaneye geldiklerinde en fazla eşlerinden %78,3, aile büyükleri ve aile yakınlarından %39,9 yardım aldığı, sağlık çalışanları içinde ise; doktordan %34,1'i, hemşirelerden %19,6'sının yardım aldığı belirlenmiştir.

Çalışmaya alınan erkeklerin hastaneye geldiklerinde en fazla eşlerinden %51,4, aile büyükleri ve aile yakınlarından %50,0 yardım aldığı, sağlık çalışanları içinde ise; %21,7 oranıyla en fazla doktorlardan yardım aldığı belirlenmiştir.

Tablo 5. Çiftlerin hastanede kaldığı sürede hissettiklerini paylaştığı kişilerin dağılımı

Çiftlerin Hastanede Kaldığı Sürede Hissettiklerini Paylaştığı Kişiler*	Kadın (n=138) Frekans (%)	Erkek (n=138) Frekans (%)
Eş	106 (76,8)	102 (74,5)
Aile	46 (33,3)	40 (29,2)
Sağlık personeli	6 (4,3)	2 (1,4)
Paylaşmaktan güçlük çekiyorum	2 (1,4)	4 (2,9)
Kimseyle paylaşmak istemiyorum	1 (0,7)	5 (3,6)
Diğer	2 (1,4)	1 (0,7)

***Birden fazla cevap verilmiştir**

Çalışma kapsamına alınan gebeler yaşadığı bu olayda hissettiklerini %76,8'i ile en fazla eşleriyle paylaştıkları saptanmıştır. Bu süreçte hissettiklerini %33,3 oranında ailesiyle paylaşmakta, %4,3'ü sağlık personeliyle paylaşmakta, %1,4'ü ise paylaşmaktan güçlük çektiğini, %0,7'si ise kimseyle paylaşmak istememektedir.

Çalışma kapsamına alınan erkeklerin bu olayda hissettiklerini %74,5 ile en fazla eşleriyle paylaştığı saptanmıştır. Bu süreçte hissettiklerini %29,2 oranında ailesiyle paylaşmakta, %1,4' ü sağlık personeliyle paylaşmakta, %2,9'u ise paylaşmaktan güçlük çektiğini ve %3,6'sı da kimseyle paylaşmak istemediğini belirtmiştir.

4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 6. Çiftlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

ÇBASDÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	Kadın (n=138)	Erkek (n=138)	Test İstatistiği	p
Aile	24,6 ± 5	24 ± 5,4	t=0,865	0,388
Arkadaş	16,8 ± 8,9	19,1 ± 7,7	t=-2,247	0,025
Özel Kişi	13,5 ± 9,1	13,3 ± 8,2	t=0,182	0,856
Ölçek Toplam	54,9 ± 17,1	56,3 ± 16,3	t=-0,761	0,447

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Çalışma kapsamına alınan çiftlerin sosyal destek puanları incelendiğinde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanın ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,447). Kadınlar için $54,9 \pm 17,1$, erkekler için $56,3 \pm 16,3$ olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin aile alt boyut puan ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,388). Kadınlar için $24,6 \pm 5$, erkekler için $24 \pm 5,4$ olarak tespit edilmiştir. Arkadaş alt boyut puan ortalaması ise cinsiyete göre farklılık göstermektedir (p=0,025). Kadınlar için ortalama değer $16,8 \pm 8,9$, erkekler için $19,1 \pm 7,7$ olarak elde edilmiştir. Özel kişi alt boyut puan ortalamaları cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,856). Kadınlar için ortalama değer $13,5 \pm 9,1$ erkekler için $13,3 \pm 8,2$ olduğu tespit edilmiştir.

4.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği 'ne İlişkin Bulgular

Tablo 7. Çiftlerin durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları dağılımı

	Kadın (n=138)	Erkek (n=138)	Test İstatistiği	p
Durumluk	43,8 ± 4,5	42,6 ± 5,6	t=1,931	0,055
Sürekli	48,7 ± 5,6	45,8 ± 5,8	t=4,218	<0,001

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Çalışma kapsamına alınan çiftlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puanları ortalamaları incelendiğinde durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (p=0,055). Kadınlar da ortalama değer 43,8 ± 4,5, erkekler de 42,6 ± 5,6'dır. Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermektedir (p=0,001). Kadınlar da ortalama değer 48,70 ± 5,6, erkekler de 45,8 ± 5,8'dir. Kadınların ortalama değeri erkeklerden daha yüksektir.

Tablo 8. Sahip olunan sosyal güvencesi ile durumluk-sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sahip Olunan Sosyal Güvence Durumu	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Emekli Sandığı	43,5 ± 5,1	42,7 ± 4,8	48,6 ± 4,4a	46,1 ± 5,7
Bağ-Kur	43,0 ± 3,1	41,7 ± 6,4	49,0 ± 4,6a	47,8 ± 8,9
SSK	43,7 ± 4,3	43,0 ± 5,7	48,2 ± 5,6a	45,4 ± 5,2
Yeşil Kart	45 ± 5,7	40,1 ± 5,9	50,8 ± 7,2ab	43,9 ± 6,3
Güvencesi yok	45 ± 5	40,3 ± 5	57,3 ± 2,5b	54 ± 1,7
Test İstatistiği	F=0,367	F=0,707	F=2,518	F=2,300
p	0,832	0,588	0,044	0,062

F: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur, aritmetik ortalama ± standart sapma

Çalışmaya katılan kadınların sosyal güvencesi ile Durumluk Kaygı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında; kadınların ortalama değerleri sahip olunan sosyal güvenceye göre farklılık göstermemektedir ($p=0,832$). Emekli sandığı puan ortalaması $43,5 \pm 5,1$, Bağ-Kur puan ortalaması $43,00 \pm 3,1$ SSK puan ortalaması $43,7 \pm 4,3$, yeşilkart puan ortalaması $45,00 \pm 5,7$, güvencesi olmayanların puan ortalaması 45 ± 5 tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan erkeklerin sosyal güvencesi ile Durumluk Kaygı Ölçeği puanları arasında farklılık yoktur ($p=0,588$). Emekli sandığı puan ortalaması $42,7 \pm 4,8$, Bağ-Kur puan ortalaması $41,7 \pm 6,4$, SSK puan ortalaması $43 \pm 5,7$, yeşilkart puan ortalaması $40,1 \pm 5,9$, güvencesi olmayanların puan ortalaması $40,3 \pm 5$ tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan gebelerin sahip olduğu sosyal güvencelerine göre Sürekli Kaygı Ölçeği puanları farklılık göstermektedir ($p=0,044$). Kadınların emekli sandığı puan ortalaması $48,6 \pm 4,4$, Bağ-Kur puan ortalaması $49,00 \pm 4,6$, SSK puan ortalaması $48,2 \pm 5,6$, yeşilkart puan ortalaması $50,8 \pm 7,2$, güvencesi olmayanların puan ortalaması $57,3 \pm 2,5$ bulunmuştur. Emekli sandığı ile güvencesi olmayanlar arasında farklılık var iken diğer sosyal güvenceler arasında farklılık yoktur. Sosyal güvencesi olmayanların ortalama değeri emekli sandığına göre daha yüksektir.

Çalışmaya katılan erkeklerin sosyal güvencelerine göre Sürekli Kaygı Ölçeği puanları arasında farklılık yoktur ($p=0,062$). Erkeklerin emekli sandığı puan ortalaması $46,1 \pm 5,7$, Bağ-Kur puan ortalaması $47,8 \pm 8,9$, SSK $45,4 \pm 5,2$ puan ortalaması yeşilkart puan ortalaması $43,9 \pm 6,3$, güvencesi olmayanların puan ortalaması $54,00 \pm 1,7$ tespit edilmiştir.

Tablo 9. Eşlerden yardım destek alıp almama durumları ile durumluk- sürekli kaygı ölçeği puanlarının dağılımı

Eş Desteği Alma Durumu	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Destek Alan	43,8 ± 4,5	43,4 ± 5,5	48,6 ± 5,3	45,8 ± 5,2
Destek Almayan	43,5 ± 4,4	41,7 ± 5,5	49,2 ± 6,6	45,8 ± 6,4
Test İstatistiği	t=-0,359	t=-1,802	t=0,500	t=0,005
p	0,720	0,074	0,620	0,996

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 9’da gebelerde ortalama durumluk kaygı değerleri eşlerden destek alma durumuna göre farklılık göstermemektedir (p=0,720). Eşinden yardım alanlarda durumluk kaygı puanı 43,8 ± 4,5; eşinden destek almayan gebelerin durumluk kaygı puanı 43,5 ± 4,4 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 9’da erkeklerde ortalama durumluk kaygı değerleri eşlerden destek alma durumuna göre farklılık göstermemektedir (p=0,074). Eşinden yardım alanlarda durumluk kaygı puanı 43,4 ± 5,5; eşinden destek almayan erkeklerde durumluk kaygı puanı 41,7 ± 5,5 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 9’da gebelerde ortalama sürekli değerleri eşlerden destek alma durumuna göre farklılık göstermemektedir (p=0,620). Eşinden yardım alanlarda sürekli kaygı puanı 48,6 ± 5,3; eşinden destek almayan gebelerin sürekli kaygı puanı 49,2 ± 6,6 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 9’da erkeklerde ortalama durumluk kaygı değerleri eşlerden destek alma durumuna göre farklılık göstermemektedir (p=0,996). Eşinden yardım alanlarda durumluk kaygı puanı 45,8 ± 5,2; eşinden destek almayan erkeklerde durumluk kaygı puanı 45,8 ± 6,4 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 10. Ailelerinden yardım destek alıp almama durumları ile durumluk- sürekli puanlarının dağılımı

Aile Desteği Alma Durumu	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Destek Alan	43,4 ± 3,9	41,5 ± 5,1	49,2 ± 5,9	46,1 ± 6,2
Destek Almayan	44,0 ± 4,8	43,7 ± 5,8	48,4 ± 5,3	45,6 ± 5,5
Test İstatistiği	t=-0,846	t=-2,286	t=0,784	t=0,482
p	0,399	0,024	0,434	0,631

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 10'da gebelerden; ailelerinden destek alma durumlarına göre durumluk kaygı puanları farklılık göstermemektedir (p=0,399). Kadınlarda ailesinden destek alanların ortalama değeri 43,4 ± 3,9 iken ailesinden destek almayan gebelerin durumluk kaygı puanı ise 44 ± 4,8 tespit edilmiştir.

Tablo 10'da erkeklerin ailelerinden destek alma durumlarına göre ortalama değerleri arasında farklılık bulunmuştur (p=0,024). Ailelerinden destek alanların durumluk kaygı puanı 41,5 ± 5,1 iken ailesinden destek almayan erkeklerin durumluk kaygı puanı ise 43,7 ± 5,8 bulunmuştur. Destek alanların ortalama değeri daha düşük bulunmuştur.

Tablo 10'da gebelerden; ailelerinden destek alma durumlarına göre sürekli kaygı puanları farklılık göstermemektedir (p=0,434). Kadınlarda ailesinden destek alanların ortalama değerleri 49,2 ± 5,9 iken ailesinden destek almayan gebelerin durumluk kaygı puanı ise 48,4 ± 5,3 tespit edilmiştir.

Tablo 10'da erkeklerin ailelerinden destek alma durumlarına göre sürekli kaygı puanları ortalama değerleri arasında farklılık bulunmamıştır (p=0,631). Ailelerinden destek alanların sürekli kaygı puanı 46,1 ± 6,2 iken ailesinden destek almayan erkeklerin sürekli kaygı puanı ise 45,6 ± 5,5 tespit edilmiştir.

Tablo 11. Arkadaşlarından yardım-destek alıp almama durumları ile kaygı ölçeği puanlarının dağılımı

Arkadaş Desteği Alma Durumu	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Destek Alan	44,4 ± 4,8	40,8 ± 5,7	49,1 ± 4,3	45,5 ± 3,4
Destek Almayan	43,7 ± 4,5	42,8 ± 5,5	48,7 ± 5,7	45,9 ± 6,0
Test İstatistiği	t=0,529	t=-1,200	t=0,233	t=-0,207
p	0,598	0,232	0,816	0,836

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 11’de gebelerin arkadaşlarından destek alma durumlarına göre durumluk kaygı puanları arasında farklılık yoktur ($p=0,598$). Destek alanlarda ortalama değer $44,4 \pm 4,8$ iken destek almayanlarda ortalama değer $43,7 \pm 4,5$ olarak elde edilmiştir. Benzer şekilde erkeklerde de destek alma durumlarına göre ortalama değerler arasında farklılık yoktur ($p=0,232$). Erkeklerde destek alanlarda ortalama değer $40,8 \pm 5,7$ iken destek almayanlarda ortalama değer $42,8 \pm 5,5$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 11’de gebelerin arkadaşlarından destek alma durumlarına göre sürekli kaygı puanları arasında farklılık yoktur ($p=0,816$). Destek alanlarda ortalama değer $49,1 \pm 4,3$ iken destek almayanlarda ortalama değer $48,7 \pm 5,7$ olarak elde edilmiştir. Benzer şekilde erkeklerde de destek alma durumlarına göre ortalama değerler arasında farklılık yoktur ($p=0,836$). Erkeklerde destek alanlarda ortalama değer $45,5 \pm 3,4$ iken destek almayanlarda ortalama değer $45,9 \pm 6,0$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 12. Komşusundan yardım-destek alıp almama durumları ile kaygı ölçeği puanlarının dağılımı

Komşu Desteği Alma Durumu	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Destek Alan	44,5 ± 3,5	45,4 ± 5,0	46,5 ± 7,8	46,2 ± 3,2
Destek Almayan	43,8 ± 4,5	42,5 ± 5,6	48,8 ± 5,6	45,8 ± 5,9
Test İstatistiği	t=0,234	t=1,158	t=-0,568	t=0,149
p	0,815	0,249	0,571	0,882

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 12’de gebelerde komşusundan destek alma durumuna göre ortalama durumluk puanları arasında farklılık yoktur ($p=0,815$). Destek alanlarda ortalama değer $44,5 \pm 3,5$ iken destek almayanlarda ortalama değer $43,8 \pm 4,5$ olarak elde edilmiştir. Benzer şekilde erkeklerde de ortalama değerler arasında farklılık yoktur ($p=0,249$). Destek alanlarda ortalama değer $45,4 \pm 5,0$ iken destek almayanlarda ortalama değer $42,5 \pm 5,6$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 12’de gebelerde komşusundan destek alma durumuna göre ortalama sürekli kaygı puanları arasında farklılık yoktur ($p=0,571$). Destek alanlarda ortalama değer $46,5 \pm 7,8$ iken destek almayanlarda ortalama değer $48,8 \pm 5,6$ olarak elde edilmiştir. Benzer şekilde erkeklerde de ortalama değerler arasında farklılık yoktur ($p=0,882$). Destek alanlarda ortalama değer $46,2 \pm 3,2$ iken destek almayanlarda ortalama değer $45,8 \pm 5,9$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 13. Doktordan yardım destek alıp almama durumları ile kaygı ölçeği puanlarının dağılımı

Doktor Desteği Alma Durumu	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Destek Alan	42,8 ± 3,2	41,9 ± 5,6	48,0 ± 5,7	45,8 ± 4,7
Destek Almayan	44,3 ± 4,9	42,8 ± 5,6	49,1 ± 5,5	45,9 ± 6,1
Test İstatistiği	t=-2,056	t=-0,727	t=-1,099	t=-0,071
p	0,042	0,469	0,274	0,944

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 13'te gebelerde doktordan destek alma durumlarına göre ortalama durumluk kaygı puanları arasında farklılık vardır ($p=0,042$). Destek alanlarda ortalama değer $42,8 \pm 3,2$ iken destek almayanlarda ortalama değer $44,3 \pm 4,9$ olarak elde edilmiştir. Destek alanların ortalama değeri almayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Erkeklerde ortalama değerler doktordan destek almaya göre farklılık göstermemektedir ($p=0,469$). Destek alanlarda ortalama değer $41,9 \pm 5,6$ iken destek almayanlarda ortalama değer $42,8 \pm 5,6$ olarak elde edilmiştir.

Sürekli kaygı ortalama değerleri gebelerde farklılık göstermemektedir ($p=0,274$). Doktordan destek alan gebelerin ortalama sürekli kaygı puanları $48,0 \pm 5,7$ iken destek almayanların ortalama değerleri $49,1 \pm 5,5$ olarak elde edilmiştir. Benzer şekilde erkeklerde de destek alma durumlarına göre farklılık yoktur ($p=0,944$). Destek alanlarda ortalama değer $45,8 \pm 4,7$ iken destek almayanlarda ortalama değer $45,9 \pm 6,1$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 14. Hemşireden yardım-destek alıp almama durumları ile kaygı ölçeği puanlarının dağılımı

Hemşire Desteği Alma Durumu	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Destek Alan	44,3 ± 3,7	43,7 ± 5,5	47,8 ± 5,5	46,5 ± 5,5
Destek Almayan	43,6 ± 4,7	42,5 ± 5,5	48,9 ± 5,6	45,8 ± 5,8
Test İstatistiği	t=0,738	t=0,750	t=-0,985	t=0,394
p	0,462	0,455	0,326	0,695

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 14’de gebelerde hemşireden destek alma durumlarına göre ortalama durumluk kaygı puanları arasında farklılık yoktur ($p=0,462$). Destek alanlarda ortalama değer $44,3 \pm 3,7$ iken destek almayanlarda ortalama değer $43,6 \pm 4,7$ olarak elde edilmiştir. Erkeklerde de destek alma durumuna göre ortalama değerler farklılık göstermemektedir ($p=0,455$). Destek alanlarda ortalama değer $43,7 \pm 5,5$ iken destek almayanlarda ortalama değer $42,5 \pm 5,5$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 14’de gebelerde hemşireden destek alma durumlarına göre ortalama sürekli kaygı puanları arasında farklılık yoktur ($p=0,326$). Destek alanlarda ortalama değer $47,8 \pm 5,5$ iken destek almayanlarda ortalama değer $48,9 \pm 5,6$ olarak elde edilmiştir. Erkeklerde de destek alma durumuna göre ortalama değerler farklılık göstermemektedir ($p=0,695$). Destek alanlarda ortalama değer $46,5 \pm 5,5$ iken destek almayanlarda ortalama değer $45,8 \pm 5,8$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 15. Hastanede kaldıkları sürede hissettiklerini eşleriyle paylaşp paylaşmama durumları ile kaygı ölçeği puanlarının dağılımı

Hissettiklerini Eşleriyle Paylaşma Durumları	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Paylaşan	44,0 ± 4,7	42,9 ± 5,3	48,7 ± 5,7	45,9 ± 5,7
Paylaşmayan	42,9 ± 3,4	41,8 ± 6,3	48,9 ± 5,1	45,6 ± 6,2
Test İstatistiği	t=1,186	t=1,051	t=-0,282	t=0,299
p	0,238	0,295	0,778	0,765

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 15’te gebelerin hastanede kaldıkları sürede hissettiklerini eşleriyle paylaşp paylaşmama durumları ile durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanlarının dağılımı gösterilmiştir.

Gebelerin yaşadıklarını eşleriyle paylaşma durumlarına göre durumluk Kaygı Ölçeği puanı farklılık göstermemektedir ($p=0,238$). Paylaşanlarda ortalama $44,0 \pm 4,7$ iken paylaşmayanlarda ortalama değer $42,9 \pm 3,4$ olarak elde edilmiştir. Erkekler içinde paylaşma durumlarına göre farklılık yoktur ($p=0,295$). Paylaşanlarda ortalama değer $42,9 \pm 5,3$ iken paylaşmayanlarda ortalama $41,8 \pm 6,3$ olarak elde edilmiştir.

Gebelerin yaşadıklarını eşleriyle paylaşma durumlarına göre sürekli Kaygı Ölçeği puanı farklılık göstermemektedir ($p=0,778$). Paylaşanlarda ortalama $48,7 \pm 5,7$ iken paylaşmayanlarda ortalama değer $48,9 \pm 5,1$ olarak elde edilmiştir. Erkekler içinde paylaşma durumlarına göre farklılık yoktur ($p=0,765$). Paylaşanlarda ortalama değer $45,9 \pm 5,7$ iken paylaşmayanlarda ortalama $45,6 \pm 6,2$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 16. Hastanede kaldıkları sürede hissettiklerini ailesiyle paylaşp paylaşmama durumları ile kaygı ölçeği puanlarının dağılımı

Hissettiklerini Aileleri ile Paylaşma Durumları	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Paylaşan	42,9 ± 3,8	42,3 ± 5,9	49,2 ± 5,2	45,9 ± 5,6
Paylaşmayan	44,2 ± 4,7	42,7 ± 5,4	48,5 ± 5,8	45,8 ± 5,9
Test İstatistiği	t=-1,702	t=-0,420	t=0,669	t=0,118
p	0,091	0,675	0,505	0,906

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 16’da gebelerin hastanede kaldıkları sürede hissettiklerini ailesiyle paylaşp paylaşmama durumları ile durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanlarının dağılımı gösterilmiştir.

Gebelerin yaşadıklarını aileleriyle paylaşma durumlarına göre durumluk Kaygı Ölçeği puanı farklılık göstermemektedir (p=0,091). Paylaşanlarda ortalama 42,9 ± 3,8 iken paylaşmayanlarda ortalama değer 44,2 ± 4,7 olarak elde edilmiştir. Erkekler içinde paylaşma durumlarına göre farklılık yoktur (p=0,675). Paylaşanlarda ortalama değer 42,3 ± 5,9 iken paylaşmayanlarda ortalama 42,7 ± 5,4 olarak elde edilmiştir.

Gebelerin yaşadıklarını aileleriyle paylaşma durumlarına göre sürekli Kaygı Ölçeği puanı farklılık göstermemektedir (p=0,505). Paylaşanlarda ortalama 49,2 ± 5,2 iken paylaşmayanlarda ortalama değer 48,5 ± 5,8 olarak elde edilmiştir. Erkekler içinde paylaşma durumlarına göre farklılık yoktur (p=0,906). Paylaşanlarda ortalama değer 45,9 ± 5,6 iken paylaşmayanlarda ortalama 45,8 ± 5,9 olarak elde edilmiştir.

Tablo 17. Hastanede kaldıkları sürede hissettiklerini arkadaşlarıyla paylaşıp paylaşmama durumları ile kaygı ölçeği puanlarının dağılımı

Hissettiklerini Arkadaşları ile Paylaşma Durumları	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Paylaşan	45,0 ± 5,2	44,0 ± 2,8	45,5 ± 2,8	46,0 ± 2,3
Paylaşmayan	43,7 ± 4,5	42,6 ± 5,6	48,9 ± 5,6	45,8 ± 5,9
Test İstatistiği	t=0,690	t=0,361	t=-1,456	t=0,041
p	0,491	0,719	0,148	0,968

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 17’de gebelerin hastanede kaldıkları sürede hissettiklerini arkadaşlarıyla paylaşıp paylaşmama durumları ile durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanlarının dağılımı gösterilmiştir.

Gebelerin yaşadıklarını arkadaşlarıyla paylaşma durumlarına göre durumluk Kaygı Ölçeği puanı farklılık göstermemektedir ($p=0,491$). Paylaşanlarda ortalama $45,0 \pm 5,2$ iken paylaşmayanlarda ortalama değer $43,7 \pm 4,5$ olarak elde edilmiştir. Erkekler içinde paylaşma durumlarına göre farklılık yoktur ($p=0,719$). Paylaşanlarda ortalama değer $44,0 \pm 2,8$ iken paylaşmayanlarda ortalama $42,6 \pm 5,6$ olarak elde edilmiştir.

Gebelerin yaşadıklarını arkadaşlarıyla paylaşma durumlarına göre sürekli Kaygı Ölçeği puanı farklılık göstermemektedir ($p=0,148$). Paylaşanlarda ortalama $45,5 \pm 2,8$ iken paylaşmayanlarda ortalama değer $48,9 \pm 5,6$ olarak elde edilmiştir. Erkekler içinde paylaşma durumlarına göre farklılık yoktur ($p=0,968$). Paylaşanlarda ortalama değer $46,0 \pm 2,3$ iken paylaşmayanlarda ortalama $45,8 \pm 5,9$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 18. Hastanede kaldıkları sürede hissettiklerini hemşireyle paylaşıp paylaşmama durumları ile kaygı ölçeği puanlarının dağılımı

Hissettiklerini Hemşire ile Paylaşma Durumları	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Paylaşan	47,0 ± 2,8	43,0 ± 4,9	55,5 ± 2,1	46,8 ± 1,7
Paylaşmayan	43,7 ± 4,5	42,6 ± 5,6	48,6 ± 5,5	45,8 ± 5,9
Test İstatistiği	t=1,029	t=0,150	t=1,746	t=0,319
p	0,305	0,881	0,083	0,750

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği, aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 18’de gebelerin hastanede kaldıkları sürede hissettiklerini hemşirelerle paylaşıp paylaşmama durumları ile durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanlarının dağılımı gösterilmiştir.

Gebelerin yaşadıklarını hemşireleriyle paylaşma durumlarına göre durumluk Kaygı Ölçeği puanı farklılık göstermemektedir ($p=0,305$). Paylaşanlarda ortalama $47,0 \pm 2,8$ iken paylaşmayanlarda ortalama değer $43,7 \pm 4,5$ olarak elde edilmiştir. Erkekler içinde paylaşma durumlarına göre farklılık yoktur ($p=0,881$). Paylaşanlarda ortalama değer $43,0 \pm 4,9$ iken paylaşmayanlarda ortalama $42,6 \pm 5,6$ olarak elde edilmiştir.

Gebelerin yaşadıklarını hemşireleriyle paylaşma durumlarına göre sürekli Kaygı Ölçeği puanı farklılık göstermemektedir ($p=0,083$). Paylaşanlarda ortalama $55,5 \pm 2,1$ iken paylaşmayanlarda ortalama değer $48,6 \pm 5,5$ olarak elde edilmiştir. Erkekler içinde paylaşma durumlarına göre farklılık yoktur ($p=0,750$). Paylaşanlarda ortalama değer $46,8 \pm 1,7$ iken paylaşmayanlarda ortalama $45,8 \pm 5,9$ olarak elde edilmiştir.

Tablo 19. Algılanan sosyal destek ölçeği ile durumluk- sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının korelasyonu

	Kadın	Erkek
Algılanan Sosyal Destek-Durumluk Kaygı Ölçeği	r=-0,014 ; p=0,868	r=0,063 ; p=0,461
Algılanan Sosyal Destek-Sürekli Kaygı Ölçeği	r=0,008 ; p=0,925	r=-0,014 ; p=0,873

r:Korelasyon katsayısı

Gebelerin Çok Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanı ile Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının korelasyonuna bakıldığında, negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,868). Benzer şekilde gebelerin Çok Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanı ile sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının korelasyonuna bakıldığında, negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,925).

Erkeklerde de Çok Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanı ile Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının korelasyonuna bakıldığında, negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,461). Benzer şekilde erkeklerde Çok Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanı ile sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının korelasyonuna bakıldığında, negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,873).

5.TARTIŞMA

5.1. Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan abortus imminens tanısı almış gebeler ve eşlerinin tamamı okuryazardır. Eğitim durumu; Türkiye’de 2013 yılında 25 ve daha yukarı yaşta olan ve okuma yazma bilmeyen toplam nüfus oranı %5,7 iken bu oran erkeklerde %1,9, kadınlarda %9,4’tür. Lise ve dengi okul mezunu olan 25 ve daha yukarı yaştakilerin toplam nüfus içindeki oranı %18,2 iken bu oran erkeklerde %22,2, kadınlarda %14,4’tür. Yükseköğretim veya fakülte mezunu olan toplam nüfus oranı %12,9 olup bu oran erkeklerde %15,1 kadınlarda ise %10,7’dir (Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK), 2014). TNSA 2013 verilerine göre ise erkeklerin %84’ü ilköğretim veya üzerini tamamlamışken bu oran kadınlarda %72 olarak bulunmuştur (TNSA, 2013). Çalışma verileri TÜİK ve TNSA ile benzerdir.

Çalışmaya katılan çiftlerden her ikisinin %97,8’nin sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin %32,6’sının çalıştığı, %67,4’nün ise çalışmadığı tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığının (2014) Türkiye genelinde yaptığı çalışmaya göre sosyal güvenceye sahip olan bireylerin oranı 62,99; sosyal güvencesi olmayanların oranı 36,62’dir. Sağlık Bakanlığının verilerine göre; kadınların %90,2’si çalışmadığını belirtirken, %9,8’i çalıştığını beyan etmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Yine Keskin’in (2014) yaptığı çalışmada gebelerin %95’nin sosyal güvencesinin olduğunu ve gebe kadınlardan %25,6’sının çalıştığını; % 74,4’ünün ise çalışmadığını ifade etmiştir. Elde edilen bulgular bu araştırma verilerini destekler niteliktedir.

Çalışmaya katılan çiftlerin %10,9’nun akraba evliliği gerçekleştirdiği görülmüştür. Türkiye’de akraba evliliği ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığının (2014) yapmış olduğu çalışmada; kadınların %18,34’ünün akraba evliliği gerçekleştirdiği görülmüştür. Çalışma sonuçlarına göre çiftlerin evlilik şekli Türk toplumunu temsil eder niteliktedir.

Çalışma sonuçlarına göre çiftlerin ilk evlenme yaş ortalamaları kadınlarda 22,1 ± 4,5; erkeklerde ise 26,0 ± 4,0 olarak tespit edilmiştir. TNSA-2013 verilerine göre Türkiye’de ilk evlenme yaşı ortalaması 21 olarak tespit edilmiştir (TNSA, 2013). TÜİK 2015 yılında yayınladığı çalışmada ortalama ilk evlenme yaşı, 2014 yılında erkekler için

26,9; kadınlar için 23,7 olarak tespit edilmiştir. Çalışma bulguları TNSA ve TÜİK tarafından yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan çiftlerden %51,4'ü modern ya da geleneksel aile planlaması yöntemlerinden herhangi birini kullanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye genelinde yaptığı çalışmada aile planlamasına yönelik veriler incelendiğinde %65,47'sinin modern ya da geleneksel yöntemlerden herhangi birisini kullandığını belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Çalışma sonuçlarına göre çalışmaya katılan kadınların ilk gebelik yaş ortalamasına bakıldığında; en fazla %37,4 ile 21-25 yaş arasında olduğu tespit edilmiştir ve çalışmaya katılan kadınların %68,9'u en az bir gebelik deneyimlemiştir. Türkiye'de kadınların obstetrik bulgularına göre ilk gebelik yaşlarının ortalama 21 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca elde edilen verilere göre kadınların %1,37'si hiç canlı doğum gerçekleştirmemiş, % 98,63'ü en az bir canlı doğum gerçekleştirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Tabur'un (2007) yaptığı çalışmada düşük riski olan gebelerde ilk gebelik yaşı $22,3 \pm 3,8$ olarak bulmuştur. Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışma sonuçlarına göre kadınların %25,4'nün bir defa abortus deneyimledikleri; %6,4'nün ise 2 ve daha fazla gebeliğinin abortus ile sonlandığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar daha önce abortus deneyimleyen kadınların, sonraki gebeliklerinde abortus yaşama risklerinin de arttığını ortaya koymuştur. Sağlık Bakanlığı'nın (2014) yaptığı çalışmada kadınların % 26,02'sinin en az bir kez abortus deneyimledikleri tespit edilmiştir. Tabur'un (2007) yapmış olduğu çalışmada da abortus riski olan gebelerin %36'sının daha önce abortus deneyimledikleri, normal gebe grubunda ise bu oranın %12 olduğu tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014; Erbaş, 2009; Tabur, 2007)

Yapılan çalışmaya göre gebelik sürecinin abortus ile sonuçlanması durumunda çiftlerin tekrar gebelik isteyip istemedikleri ile ilgili elde edilen verilere göre; kadınların % 51,4'lük kısmı kısa süre içerisinde tekrar gebelik düşündüklerini belirtmişlerdir. Eşlerinin mevcut gebeliklerinin sonuçlanması durumunda erkeklerin %51,4'lük kısmı tekrar gebelik istemediklerini belirtmiştir. Bu sonuç bayanların tekrar çocuk sahibi olma isteklerinin yüzdesel olarak erkeklerden yüksek olması annelik rolünü yerine getirme isteğinin ve çevreden gelen baskılardan kurtulma isteğine bağlanabilir. Ayrıca kadının var olan statüsünü kaybetme korkusu da tekrar çocuk sahibi olma isteğinde etkilidir. Eşler

ise yaşadığı kayıdan ziyade eşinin stresini tekrar yaşamak istemez. Yine erkek ve bayanlar için tekrar çocuk istememe ile ilgili oransal değerine bakıldığında ise abortus imminensin ya da gebelik kayıplarının aile üzerinde yaratmış olduğu duygusal ve travmatik etkiyle açıklanabilir.

5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sonuçlarının Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan çiftlerin Algılanan Sosyal Destek puanları incelendiğinde; ölçeğin toplam puan ortalamasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir ($p=0,447$). Ayrıca ölçeğin alt boyutları puan ortalamalarından; aile alt boyut puan ortalaması kadın ve erkek için anlamlılık tespit edilmemiştir ($p=0,388$). Çiftlerin sosyal destek ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması karşılaştırıldığında arkadaş alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p=0,025$). Çiftler aileden aldıkları sosyal desteği ya yeterince algılayamamış ya da özellikle gebe kadın abortus imminens tanısı aldıktan sonra düşük yapma korkusu ile eşinin ailesinden kötü davranışlar görebileceği ihtimaliyle aile büyükleri ve aile yakınlarından destek almak istememiş olabilir. Aile yakınlarından karşılanamayan sosyal destek karşısında çiftler hem yaş itibarı ile hem de statü olarak ya da benzer ilgi, tutum ve değerler taşıyan kendisine yakın gördükleri arkadaşlarından sosyal destek alır ve aldığı sosyal desteği algılayabilir.

Candan (2012) yaptığı çalışmada ise; gebelik kaybı yaşayan kadın ve eşlerinin; aileden, arkadaşlardan ve özel kişilerden algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yılmaz (2012) gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmasında; gebelerin sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamasını $66,7 \pm 14,1$, eş desteği puan ortalamasını $20,5 \pm 6,7$, aile desteği puan ortalamasının $25,3 \pm 3,9$ ve arkadaş desteği puan ortalamasını $20,8 \pm 6,7$ bulmuştur. Karataş yaptığı çalışmada (2011); aile desteği puan ortalamasını $22,64 \pm 37,18$ ve arkadaş desteği puan ortalamasını $20,25 \pm 9,78$ bulmuştur. Özdemir ve arkadaşları ise (2010) çalışmalarında sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamasının $60,87 \pm 13,04$, eş desteği puan ortalamasının $23,25 \pm 4,45$ ve aile desteği puan ortalamasının $21,56 \pm 5,14$ olduğu görülmüştür.

5.3. Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği Sonuçlarının Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan çiftlerin Durumluk Kaygı Ölçeği kadın ve erkek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p=0,055$). Eşlerin Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasında ise istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmiştir ($p=0,001$). Tabur (2007) yaptığı çalışmada; abortus tehdidi yaşayan grubun sürekli kaygı puanlarının durumluk kaygı puanlarından yüksek çıktığını tespit etmiştir. Bu durumu da günümüzde toplumsal hayatta yaşam koşullarının zorlaşması sonucu bireylerin kaygı düzeylerinin ya da insanların psikolojik problemlerinin artmasına bağlanabilir.

Yapılan bu çalışmada Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması ($p=0,001$) hem düşük riski yaşayan kadınlarda hem de eşlerinde Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasından ($p=0,055$) anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu durum çalışmanın acil servise başvuran çiftler üzerinde yapıldığından çiftlerin akut durumdaki kaygılarını yeterince tanımlayamadığını ya da algılamadığını göstermektedir. Çiftler karmaşık duygular yaşamaktadır.

Dağlar ve Nur'un (2014) yaptığı çalışmada; riskli gebelik yaşayan ve yaşamayan gebelerin depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamışken ($p>0,05$) riskli gebelik süreci yaşayan gebelerin anksiyete düzeyleri sağlıklı gebelik süreci yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir ($p=0,009$).

Çalışmalarda daha önce abortus deneyimlenmiş ya da abortus riski olan gebelerin Durumluk-Sürekli kaygı puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Statham ve Gren, 1994; Franche ve McKail,1999). Tabur(2007) yaptığı çalışmada daha önce abortus yaşayan ve hiç abortus yaşamayan kadınların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel fark tespit etmemiştir. Candan(2012) yaptığı çalışmada daha önceki gebelik kaybı deneyimlerine göre; daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların depresyon düzeyi puanları, daha önce gebelik kaybı yaşamayan kadınların depresyon düzeyi puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) Yapılan bu araştırmada da kadınların daha önce abortus yaşayıp yaşamaması ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanları yüksek bulunmuştur fakat bu puan farkında istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir ($p_1=0,742$; $p_2=0,312$).

Çalışma sonuçlarına göre; çiftlerin sahip oldukları sosyal güvenceleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği karşılaştırıldığında; gebelerin de eşlerinin de Durumluk Kaygı Puanları arasında anlamlılık tespit edilmemiştir ($p_1=0,832$; $p_2=0,588$). Çiftlerin sosyal güvencelerinin olup olmaması anlık kaygılarını etkilememektedir. Fakat uzun vadede çiftlerde kaygı oluşturmaktadır. Çünkü çiftlerin Sürekli Kaygı Puanlarına bakıldığında kadınların sürekli kaygı puanları ile sosyal güvence arasında anlamlı bir fark vardır ($p=0,044$). Erkeklerde ise sürekli kaygı ile sosyal güvence arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da durumluk kaygı puan ortalamasından daha yüksek tespit edilmiştir. ($p=0,062$). Dağlar ve Nur'un yaptıkları çalışmada (2014); gebelerin depresyon ve anksiyete düzeylerine ilişkin elde ettikleri bulgulara bakıldığında çalışmayanların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları da çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,004$). Geliri giderinden fazla algılayan grubun depresyon puan ortalaması geliri giderinden az algılayan gruptan anlamlı olarak daha düşük, geliri giderinden az algılayan grubun anksiyete puan ortalaması da diğer grupların anksiyete puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek belirlenmiştir ($p_1=0,037$; $p_2=0,001$). Bu sonuçlar sosyo-ekonomik düzey ile kaygı durumu arasında ters bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya alınan gebelerin hastanede kaldığı sürede en fazla eşlerinden (%78,3), çalışmaya alınan erkeklerin de hastanede kaldığı sürede en fazla eşlerinden (%51,4), aile büyükleri ve aile yakınlarından (%50,0) destek aldığı belirlenmiştir. Gebelerin destek alma durumları ile durumluk-sürekli kaygı puanlarına bakıldığında; gebelerin eşlerinden aldıkları destek ile Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir. Erkeklerin destek alma durumları ile durumluk-sürekli kaygı puanlarına bakıldığında eşlerinden aldıkları destek istatistiksel olarak anlamlılık yokken aileden aldıkları destek ile durumluk kaygı puanı arasında anlamlılık tespit edilmiştir (0,024). Verilerin sonuçlarına göre gebeler yüzdelik olarak en fazla eşlerinden destek almalarına rağmen, aldıkları destek yeterli olmamış ve gebelerin kaygılarını azaltmamıştır. Erkekler ise aile büyükleri ve aile yakınlarından aldıkları destekle kaygılarını kontrol edebilmiştir.

Gebelik döneminde kadınların en çok eşlerinden destek aldıkları yönünde çalışmalar vardır. Bu çerçevede Keskin'in (2014) yapmış olduğu çalışmada eş desteği birinci sıradadır. Yeterli ve etkili bir destek olan riskli gebelerin eşlerinde destek alması yaşanan sorunlarla baş etmede başarıyı daha da artıracaktır. Karataş yaptığı çalışmada (2011), aileden alınan sosyal desteğin yüksek olduğunu tespit etmiştir. Literatür ile yapılan çalışma benzerlik göstermektedir.

Çalışmada araştırmaya katılan çiftlerin destek alma durumlarına göre kaygı puanları incelendiğinde; aile çevresinden destek alanların Durumluk ve Sürekli Kaygı puanları, sağlık personelinden destek alanlara göre düşük bulunmuştur. Çalışmada; kadınların doktordan aldıkları destek ile Durumluk Kaygı ölçeği arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p=0,042$). Doktordan alınan destek (%34,1) yüzdesel olarak aile ve eşten daha az olmasına rağmen gebelerin kaygısının azalmasına daha fazla etkisi olmuştur. Bu sonuç bize, kadınların bebeğini kaybetme duygusu karşısında, doktorun söyleyeceği her söze hayati bir önem yüklemelerinden ve bebeğin sağlığı ile ilgili cevap alınabilecek tek kişi olarak doktorları görmelerinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Burada gebe kadın doktorun söylediklerini daha fazla önemser ve kendisinin ve bebeğinin sağlığı için söylenen her şeyi doktorundan duymak ister. Yapılan her açıklama ya da test onun için umut temsil eder. Buna rağmen çiftlere hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının desteği yetersiz kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca çiftlerin hastanede kaldıkları sürede hissettiklerini paylaşmakla durumluk- sürekli kaygı puanlarına bakıldığında doktorda da hemşirede de anlamlılık tespit edilmemiştir. Benzer şekilde Tabur yapmış olduğu çalışmada (2007); olguların hastanede kaldığı süre içerisinde düşük oranlarda sağlık personelinden yardım ve destek aldıklarını belirlemiştir. Bu durum sağlık personeline karşı önyargılı olmayla ya da sağlık personelinin fazla tıbbi terim kullanmasıyla dolayısıyla iletişim problemlerinden dolayı kaygı düzeyinin yükselmesiyle açıklanabilir. Ayrıca sağlık personellerinin acil servisteki iş yoğunluğu ve kişisel özellikleri sebebi ile abortus riski yaşayan gebelere yardım ve destek vermede yetersiz kalmış olabilecekleri de düşünülebilir. Bu durum sağlık personellerinin iş yoğunluğu ya da kişisel özellikleri sebebi ile abortus riski yaşayan gebelerin hissettiklerini paylaşmak istediklerinde sağlık personelini tercih etmemesinin sonucudur.

Araştırmada gebelerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının korelasyonuna bakıldığında, negatif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Eşlerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının korelasyonuna bakıldığında ise, istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Bu korelasyon sonucuna göre gebelerin Algılanan Sosyal Destek puanı arttıkça Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması azalmaktadır. Diğer bir deyişle sosyal destek gebelerin hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeylerini hafifletmektedir. Erkeklerin aileden aldıkları sosyal desteğin kaygı düzeyleri üzerine pozitif etkisi tespit edilmiştir. Ancak aile dışında sosyal desteğin kaygı düzeylerine etkisi tespit edilmemiştir. Bu sonuç, cinsiyet farklılığından kaynaklı, erkeklerin baş etme mekanizması olarak içe kapanmayı paylaşmayı tercih ederken kadınların ise çevresi ile paylaşmayı tercih etmesinden kaynaklandığını düşündürmüştür.

Oruçlu (2011) yapmış olduğu çalışmada; riskli gebelerin algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları ile stresle başa çıkma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r=0.354$). Chou ve arkadaşlarının (2008) araştırmasına göre algılanan stresin sosyal destekle belirgin şekilde ters bir bağlantısı vardır. Sosyal olarak desteklenen kadınların daha az stresli oldukları tespit edilmiştir. Algılanan sosyal destek arttıkça stresle baş etme yükselmiştir. Kurki'nin (2000) yapmış olduğu çalışma ise riskli gebelerin daha fazla sosyal ve psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu ortaya koymuştur. Literatür sonuçları çalışmayı desteklemektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Vajinal kanama şikâyetiyle acile başvuran abortus imminens (düşük tehdidi) tanısı almış çiftlerin sosyal destek sistemleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla 138 çift üzerinde toplamda 276 kişi de tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışma sonucuna göre; çiftlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarından hem durumluk kaygı puanı hem de sürekli kaygı puanı kadınların erkeklerden daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Kadınlar erkeklere göre daha kaygılıdır.
- Erkeklerde de kadınlarda da sosyal güvencesinin olup olmaması durumluk kaygılarını etkilememekte, ancak sürekli kaygı puanlarında ise sosyal güvencesi olmayan kadının sosyal güvencesi olan kadına göre daha kaygılı olduğu sonucuna varılmıştır.
- Çalışma sonucuna göre; kadınlar hem de erkekler en fazla desteği eşlerinden aldığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarından ise; yeterli desteği alamamıştır.
- Çalışma sonucuna göre; kadınlar hem de erkekler en fazla yaşadığı olayda hissettiklerini eşleriyle paylaşmaktadır. Sağlık personeliyle yeterince paylaşmamıştır.
- Çiftlerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çiftlerin ailesinden yeterli destek almadığını, arkadaşlarından daha fazla sosyal destek aldıkları sonucuna varılmıştır.
- Sosyal destek gebelerin hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeylerini hafifletmektedir.
- Doktorlardan alınan destek gebelerin kaygılarının azalmasında etkili olmuştur.
- Erkeklerin aileden aldıkları sosyal desteğin durumluk kaygı düzeylerine pozitif etkisi tespit edilmiştir.
- Çiftler hastanede kaldıkları sürede hissettiklerini paylaşması, durumluk- sürekli kaygı düzeylerinin azaltılmasında etkili olmadığı sonucuna varılmıştır.

6.2. ÖNERİLER

Vajinal kanama şikâyetiyle acile başvuran abortus imminens (düşük tehdidi) tanısı almış çiftlerin sosyal destek sistemleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki incelendiği bu araştırmadan elde edilen sonuçlara yönelik olarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Gebe kadın, eşi ve ailesinin, gebelik dönemindeki sosyal destek ile ilgili bilgi eksikliklerinin giderilmesi
 - Gebe ve eşlerine etkin baş etme yöntemlerinin öğretilmesi,
 - Çevresindeki kişiler tarafından yeterince destek görmeyen gebe ve eşlerine hemşireler tarafından gerekli desteğin sağlanması, çiftlerin sosyal destek kaynaklarını kullanması için teşvik edilmesi ve yapılacak olan hemşirelik hizmetleriyle ailenin bir bütün olarak ele alınması,
 - Özellikle riskli gebelikler ile ilk karşılaşan acil servis hemşirelerinin kriz yönetimi ve çiftlerin yaşayabilecekleri duygular ile baş etme konusunda bilgi ve becerilerinin artırılması, eğitim programları ile desteklenip modern hemşirelik bakımının kazandırılması önerilir.
 - Farklı özelliklere sahip gebe grupları ile daha fazla yeni çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR:

- ACOG. Obstetrics and gynecology. 7nd Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott William&Wilkins; 2014.
- Akan S. Tıbbi abortus yapan kadınların yaşadığı psiko-sosyal sorunlara ilişkin nitel bir çalışma. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi. 2006;17.
- Akbaş E. Gebe kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Yüksek Lisans Tezi. 2006;13.
- Akköz Çevik S, Başer M. Vajinal kanama ve ağrı yakınması ile başvuran gebelerin düşük yapma nedenleri: Fetal-maternal nedenler. International Journal of Human Sciences. 2013;10(1):1332-1341.
- Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anatolian Journal of Psychiatry. 2004; (5):76-84.
- Altuntaş E. Stres yönetimi. 1. Baskı, İstanbul, Alfa Aktüel Yayınları. 2003; 131-179.
- Anderson KM, Sharpe, M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. Journal Psychosomatic Research 2003; 54(4): 353-355.
- Antony MM, Swinson RP. The shyness and social anxiety work book. Oakland, New Harbinger, 2000.
- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;(9):68-75.
- Atasü T, Şahmay S. Jinekoloji. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2001;533-545.
- Aydemir H, Uyar Hazar H. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(2):815-833.
- Basut E. Stres, başa çıkma ve ergenlik. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2006; 13(1):31-36.
- Başer İ. Abortion; spontan gebelik kaybı. Jinekoloji Cilt I içinde, Beksaç S.(Ed.), Ankara, Medical network. 2006;304-316.
- Baltaş Z, ve Baltas A, Stres ve başa çıkma yolları, 25. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2008; 23, 101, 172, 186,187, 206.

- Beksaç S, Demir N, Koç A, Yüksel A. Erken gebelik problemleri ve düşükler. *Obstetrik, Maternal – Fetal Tıp ve Perinatoloji*, 1. baskı, Medikal&Nobel Kitapevi. Ankara, 2001;1076-1085.
- Bilge A, Çam O. Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9(1):16-21.
- Biröl L. Hemşirelik süreci, 9. Baskı. İzmir, Etki Yayınları. 2009; 292-294.
- Bozdemir N, Kara İH. Tanı ve tedavi. Adana, Nobel Kitapevi. 2010; 967-970.
- Budak B. Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi. Ondokuz Mayıs üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi. 1999;4.
- Büyüköztürk Ş. Araştırmaya yönelik kaygı ölçeğinin geliştirilmesi. *Eğitim Yönetimi Dergisi*,1997;(4):453-464.
- Candan Ö. Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin depresyon düzeylerine etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi. 2012;15, 92.
- Carp H. A systematic review of dydrogesterone for the treatment of threatened miscarriage. *Gynecol Endocrinol*. 2012;28: 983-990.
- Carpenito LJ. *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. 8th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; 2-12.
- Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ. Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Studies*. 2008;1185-1191.
- Condous G, Okaro E, Khalid A, Bourne T. Do we need to follow up complete miscarriages with serum human chorionic gonadotrophin levels? *BJOG*. 2005;112(6):827-9.
- Coşkun A, Karanisoğlu H. Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği. Eskişehir, Açık öğretim Fakültesi Yayınları, 1992.
- Coşkun A, İnanç N, Ekizler H ve ark. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Coşkun A (Ed). Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:11, İstanbul, 2000.
- Cronenwett LD. Parental network structure and perceived support after birth of first child. *Nurs Res*. 1985;34(6):347-352.

- Cüceloğlu D, İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları, Remzi Kitapevi. İstanbul, 2006;321.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Blomm SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY (Eds.), Williams obstetrics. Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A. (Çev.). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2010; 215-234.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams doğum bilgisi Cilt II. Akman AC.(Çev.), 21. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2005;866-869.
- Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi, Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014; (36) 429-441.
- Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: depresyon ve intiharda önemi. Kriz Dergisi 1993;134-138.
- Doğan S, Kelleci M. Fiziksel hastalık nedeni ile hastanede yatan bireylerin bazı tanı gruplarına göre umutsuzluk düzeyleri. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi, 2004; 13(52):23-37.
- Donaldson MF. Postnatal depression and infant feeding: A review of the evidence. The British Journal of Management 2011;19(10):619-624.
- Draye MA. Emotional Aspects of Infertility. D. Lemcke, J. Pattison L.A. Marshall, D.S. Cowley (Eds.), Current Care of Women Diagnosis&Treatment (İçinde). Mc Graw-Hill: Lance Medical Books. 2004;572-576.
- Eddleman KA, Malone FD, Sullivan L, Dukes K, Berkowitz RL, Kharbutli Y, Porter TF, Luthy DA, Comstock CH, Saade GR, Klugman S, Dugoff L, Craigo SD, Timor-Tritsch IE, Carr SR, Wolfe HM, D'Alton ME. Pregnancy loss rates after midtrimester amniocentesis. Obstet Gynecol. 2006;108(5):1067-72.
- Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995;(34):45-55.
- Eroğlu, H. Durumluk-süreklilik kaygı düzeyi ile algılanan stres, kontrol düzeyi ve stresle başa çıkma stratejileri arasında ilişkinin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Esmek M. Psikiyatri servisinde yatan şizofren hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 17.
- Franch R, McKail SF., The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. Soc Sci Med 1999; 48:1613-1623.
- Geçtan E. Psikoanaliz ve sonrası. Metis Yayınları, İstanbul. 2002; 52.

- Gezginç K, Dalkılıç EU. Obstetrik acillere yaklaşım. Akademik Acil Tıp Dergisi 2011; 10(3):128-32.
- Goldstein SR. Significance of cardiac activity yon endovaginal ultrasound in very early embryos. Obstet Gynecol 1992; 80: 670-672.
- Güçlü N. Stres yönetimi. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001; 21(1): 91-109.
- Hamarta E. Ergenlerin sosyal kaygılarının kişilerarası problem çözme ve mükemmeliyetçilik açısından incelenmesi, Elementary Education Online 2009; 8(3):729-740.
- Hoey R, Allan K, Does speculum examination have a role in assesing bleeding in early pregnancy? Emerg Med J. 2004; 21: 461-463.
- Irgaç G. Yenidoğan bebeği olan annelerin bebek banyosu konusundaki görüşleri ile uygulamalarının sosyal destek algısı ve kaygı düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum. 2013;28.
- Işıkhan V, Çalışma Hayatında Stres ve Başa Çıkma Yolları, Sandal Yayınları, Ankara. 2004;35-39.
- Johns J, Jauniaux E. Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome. Obstetrics&Gynecology 2006;107(4):845-850.
- Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. Women and Birth 2012;25(1):23-28.
- Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10 (1):113-121.
- Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2001;10(9): 333-4.
- Karaçam Z, Öz F, Taşkın L. Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. Sağlık ve Toplum Dergisi 2004;14(3): 14-24.
- Karataş T. Gebelikte bulantı kusma sorunu yaşama durumu ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi. 2010;34.
- Kavanaugh K, Trier D, Korzec M. Social support following perinatal loss. Journal of Family Nursing 2004;10(1): 70-92.
- Keskin Bağrıaçık G. Doğal ya da yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınların trimesterlere göre psikososyal sağlıkları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014;40, 75, 83.

- Kişnişçi H A, Göksin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan, T, Önderoğlu, L.S (Ed.). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi,1996.
- Kıran G. Geç gebelik kanamaları. Çiçek MN, Mungan MT. (Editörler), Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji'de. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. 2007.
- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics&Gynecology* 2000; 95: 487-90.
- Kuru A. Gebelerin Risk Durumunun Belirlenmesinde Kullanılan “Knox Skorlama Sisteminin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi”, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2007;13.
- Le Compte A, Öner N. Durumluk-sürekli kaygı envanterinin Türk toplumunda geçerliliği.1. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Basımevi. 1998.
- Lieberman MA. The effects of social support on responses to stress. *Handbook of stress*. Goldberger L, Brejntz S, editors. The Free Press, Newyork. 1982; 764-788.
- Littleton LY, Engebreston JC. Maternal, neonatal and women's health nursing. 1st Edition, Canada. 2005;293-294.
- Lu MC, Hobel CJ. Doğum öncesi bakım: gebelik öncesi ve prenatal bakım, genetik değerlendirme ve terotoloji antenatal fetal değerlendirme. *Obstetrik ve jinekolojinin temelleri (çeviri)de*. Üstün C, Koçak İ.(Editörler). Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2009;83-90.
- Madazlı R, Tunalı S, Esen F, İdil M, Aksu MF. Erken gebeliğin değerlendirilmesinde transvaginal ultrasonografinin değeri. *Perinatoloji Dergisi* 1999;7(4):312-314.
- MEB. Hemşirelik, doğum öncesi izlem ve bakım 2012.
http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Do%C4%9Fum%C3%96ncesi%C4%B0zlem%20Ve%20Bak%C4%B1m.pdf . 2016.
- Molloy M A. Anxiety and Related Disorders. İçinde Fortinash, K. M. Ve Holodey-Worret, P. A. (Ed.), *Psychiatric Mental Health Nursing*. St Louis: Mosby. 1996; 226-249.
- Murray SS, McKinney ES. *Foundations of maternal-newborn and womens health nursing*. 6th Ed. Elseiver Saunders, ABD. 2014.
- Newton CR. *Counsellingthe Infertile Couple*. Burns LH, Covington SN (Eds.)*Infertility Counselling: A Comprehensive Handbookfor Clinicians (içinde)*, The Parthenon Publishing Group, USA&UK.1999;109.

- Oğuz HD. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2004;23,79.
- Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ve problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; (4):98-105.
- Oruçlu D. Diyarbakır kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi antenatal kliniğinde yatan riskli gebelerde algılanan sosyal destek ile stresle başetme düzeyleri arasındaki ilişki. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 51.
- Öner N, Le Compte A. Süreksiz durumluk / sürekli kaygı envanteri el kitabı. 2. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul. 1998.
- Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. 2. Baskı, Mattek Matbaacılık. Ankara, 2010.
- Özdemir F, Bodur S, Nazik E, Nazik H, Kanbur A. Hiperemezis gravidarum tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9(5):463-470.
- Özkan S. Kadın doğum ve ruh sağlığı. V. Ulusal konsültasyon-liyezon psikiyatri kongresi. 1998; 36-50.
- Öztürk O. Psikanaliz ve psikoterapi. 2. Baskı, İstanbul, Evrim Yayınevi.1989.
- Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction* 2006; 21(9): 2443-2449.
- Ryan PF, Côté-Arsenault, D, Sugarman LL. Facilitating care after perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1991; 20: 385-397.
- Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983; 44: 127-139.
- Sağlık Bakanlığı 2014. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması. Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayınları, 2014.
- Schmidt L, Peterson U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction* 2005; 20(4):1044-1052.
- Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 2009;25(2):155-162.

- Sertbaş G, Bahar A. Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004; (5):39-44.
- Sorias O. Sosyal destek kavramı. E.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 1988a;27(1):353-357.
- Sorias O. Sosyal desteğin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi 1988b; 6:19-40.
- Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde, yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Dergisi 1992, 9: 33-49.
- Spielberger CD, Gorsuch RC, Lushene RE. Manual for the State-trait anxiety inventory, Consulting Psychologists Press, California. 1970.
- Spielberger CD. Anxiety: Current trend in theory and research. Academic Press, New York, 1972.
- Spielberger CD. Manuel for the state-trait anxiety in ventory for children. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Calif, USA, 1973.
- Stampone C, Nicotra M, Muttinelli C, Cosmi EV. Transvaginal sonography of the yolk sac in normal and abnormal pregnancy. Journal of clinical ultrasound 1996; (24):3-9.
- Surette AM, Dunham SM. Erken dönem gebelik riskleri. Tıraş MB, Demir SC(Çeviri Editörleri). Güncel obstetrik jinekoloji tanı ve tedavi (Çeviri)'de. 11. Baskı, , Güneş Kitapevi, Ankara. 2014; 234-250.
- Sürücü M. Lise öğrencilerinin mesleki olgunluk ve algıladıkları sosyal destek sisteminin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi. 2005;47.
- Statham H, Gren JM. The effects of miscarriage and other 'unsuccessful' pregnancies on feelings early in a subsequent pregnancy. Journal Journal of Reproductive and Infant Psychology 1994; (12):45-54.
- Tabur F. Düşük riski olan kadınlardaki kaygı düzeyleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2007;35, 49, 50.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.10. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık. 2011; 35-50.
- Taysi E. Benlik saygısı arkadaşlardan ve aileden sağlanan sosyal destek. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisan Tezi, 2000; 58.
- Toepfer SM. Family social supportand family intrusiveness in young adult women. Family science review 2010;15 (2):57-65.

- Trumble WR, Stevenson A. (Ed.) The new shorter oxford english dictionary. OUP Oxford; Fifth Edition Edition, 2002.
- Tuğrul DC. Stres ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2000; 4(1):12-17.
- TÜİK 2014, İstatistiklerle kadın,
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18619>, 2016.
- Uysal A, Ertem G. Düşük yasalarına global bir bakış. III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara, Bayt Yayıncılık. 2003;234.
- Ünlü S. Savunma Mekanizmaları, Eskişehir, Açık öğretim Fakültesi Yayınları,1995; No:259.
- Van der Akker OBA. Reproductive health psychology. UK: Wiley-Blackwell; 2012.
- Yardakçı R, Akyolcu N. Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi* 2004; (1): 7-14.
- Yavan T, Akın N, Dikencik B, Coşkun A, Perinatal Dönemde Çocuk Kaybı Olan Ebeveynlerin Duygusal Tepkileri ve Bunlara Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı, *Perinatoloji Dergisi* 1999; 7(1): 9-14.
- Yavuz HU. Yüzme, paletli yüzme ve atletizm branşlarındaki bazı sporcuların anksiyete ve depresyon durumları ile reaksiyon zamanlarının belirlenmesi ve karşılaştırılmaları. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Yüksek Lisans Tezi. 2002.
- Yenal K, Şirin A. Perinatal kayıp yasayan aileye yaklaşım. *Hemşirelik Forumu* 2004; 7(1): 7-11.
- Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 1997;(13): 81-87.
- Yıldırım A, Şimşek H. Nitel araştırma yöntemleri. 5.Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık. 2005.
- Yılmaz İ. The determinants of depression and anxiety in Turkish infertility patients: social support, sex role orientation, infertility causality, and self-esteem. Bogazici University Social Sciences Master of Arts in Psychology, İstanbul. 2006; 93-101.
- Yılmaz F. Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi. 2012;17, 32.
- Yılmaz Z. Gebeliğin 1.trimesterinde kanama.
www.samiulus.gov.tr/Kadin_Sagligi_PDF/gebelik1.trimeste.pdf, 2015.

- Yiğitoğlu S. Adolesan gebe ve eslerinin antenatal ve postnatal kaygı düzeyleri ile evlilikte uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Yüksek Lisans Tezi. 2009;9.
- Yücel, M. Kadın sağlığı ve hemşireliği. Sivaslıoğlu AA(Ed.), Ankara, Palma Yayıncılık. 2005;116-19.
- Yüksel K. Erken gebelikte vajinal kanamalar. www.hastane.com.tr/saglik/erken-gebelikte-vajinal-kanama.html, 2014.
- Warren P, Mc Carthy G. Postnatal depression: prevalence, mothers' perspectives and treatments. Archives of Psychiatric Nursing 2007; 21: 91-100.
- Whittaker JK, Garbarino J. editors. Social support networks: informal helping in the human services. Transaction Publishers.1983;3-5.
- 2013 TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. 2014;1-345.
- WHO, 2003. Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi. Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı Aile ve Toplum Sağlığı Dünya Sağlık Örgütü, Geneva. 2003;vii.

EKLER:

Ek-1 KADIN FORMU

EK:1- KADIN FORMU

KANAMA ŞİKÂYETİ İLE ACİLE BAŞVURAN ABORTUS İMMİNENS TANISI ALAN ÇİFTLERİN SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ İLE KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

1-Yasınız ?

2-Eğitim durumunuz?

a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)Ortaöğretim d)Lise

e)Yükseköğretim-Fakülte

3-Mesleğiniz?

4-Sosyal güvenceniz?

a)Emekli sandığı b)Bağ-kur c)SSK d)Yeşil kart e)Güvencesi yok

5-Evlenme yaşıınız:

6-İlk gebelik yaşıınız:

7-Gebelik sayısı:.... Canlı doğum sayısı:..... Ölü doğum sayısı:..... Düşük:.... Küretaj:...

Yasayan çocuk:....

8-Aile planlaması yöntemi kullandınız mı?

a)Evet b) Hayır

9-Kullandıysanız son kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?

a)Spiral b)Oral kontraseptif (hap) c)Geri Çekme Coitus Interruptus

d)Enjektabl kontraseptifler e)Kondom f)Diğer

10- Gebelikleriniz sırasında geçirdiğiniz önemli bir hastalık var mı?

a)Yok b)Diabet c)Anemi d)Kalp hastalığı

e)Böbrek hastalığı f)Hipertansiyon g)Hiperemesis gravidarum h) Diğer

11-Sigara içiyor musunuz?

a)İçmiyor b)İçiyor (.....yıldır , günde.....paket/tane)

12- Eşiniz ile aranızda akrabalık var mı?

a- Evet a)1. dereceden akraba b)2. dereceden akraba b- Hayır

13-Hastaneye geldiğinizden beri kimlerden yardım ve destek aldınız?

a)Esimden b) Aile büyükleri ve aile yakınlarından c) Arkadaşımdan d)Komşumdan

e)Doktorlardan f)Hemşirelerden g)Hastane personelinden

14-Bu olayda hissettiklerinizi kiminle paylaştınız?

a)Esimle b)Ailemle c)Sağlık personeli ile

d)Paylaşmakta güçlük çekiyorum e)Hiç kimse ile paylaşmak istemiyorum f)Diğer

15-Bu gebeliğiniz düşükle sonuçlanırsa tekrar gebelik düşünür müsünüz?

a)Tekrar gebelik düşünmüyorum b)Kısa sürede tekrar gebelik düşünüyorum

c) Uzun süre sonra tekrar gebelik düşünüyorum d) Tekrar çocuk sahibi olmak istemem

EK-2 ERKEK FORMU

EK:2 - ERKEK FORMU

KANAMA ŞİKÂYESİ İLE ACİLE BAŞVURAN ABORTUS İMMİNENS TANISI ALAN ÇİFTLERİN SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ İLE KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

1. Yaşınız?
2. Eğitim durumunuz?
a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul-Lise e)Yüksekokul-Fakülte
3. Mesleğiniz?
4. Sosyal güvenceniz?
a)Emekli sandığı b)Bağ-kur c)SSK d)Yeşil kart e)Güvencesi yok
5. Evlenme yaşıınız:
6. Eşinizin gebeliği sırasında sizin geçirdiğiniz önemli bir hastalık var mı?
a)Evet b) Hayır
7. Cevabınız evet ise geçirdiğiniz hastalık nedir?.....
8. Sigara içiyor musunuz?
a)İçmiyor b)İçiyor (.....yıldır , günde.....paket/tane)
9. Hastaneye geldiğinizden beri kimlerden yardım ve destek aldınız?
a)Esimden b) Aile büyükleri ve aile yakınlarından c) Arkadaşımdan
d) Komşumdan e)Doktorlardan f)Hemşirelerden g)Hastane personelinden
10. Yaşadığınız bu olayda hissetiklerinizi kiminle paylaştınız?
a)Esimle paylaşıyorum b)Ailemle paylaşıyorum c)Sağlık personeli ile paylaşıyorum
d)Paylaşmakta güçlük çekiyorum e)Hiç kimse ile paylaşmak istemiyorum f)Diğer
11. Eşinizin bu gebeliği düşükle sonuçlanırsa tekrar çocuk sahibi olmak ister misiniz?
a)Tekrar çocuk sahibi olmak isterim b)Kısa sürede tekrar çocuk sahibi olmak isterim
c) Uzun süre sonra tekrar çocuk sahibi olmak isterim d) Tekrar çocuk sahibi olmak istemem

EK-3 DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Hiç(1) Biraz(2) Çok(3) Tamamıyla(4)

		HIÇ	BIRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4 SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Hiç(1) Biraz(2) Çok(3) Tamamıyla(4)

		hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-5 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU:

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir.

Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

K-5 (DEVAM)

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

Ek-6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İzni

E-POSTA YAZ

ölçek izin yazısı Gelen Kutusu

Gelen Kutusu (1.947)

Yıldızı

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar (21)

Çevreler

Alındılar

İs

Oturum aç

Oturum açtığınızda Google'daki Hangoof'ta da oturum açmış

serap topatan 27 Ara (2 gün önce) ☆

Merhaba hocam ben Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğet...

haluk arkar 28 Ara (1 gün önce) ☆ ↶


Alınır bana

Türkçe > Telugu Dili İletiyi çevir Türkçe için kapat x

Sayın Yrd. Doç. Dr.Serap Topatan,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlanmasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "serap topatan" <s.topatan@gmail.com>
Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Ek-7 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı




T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1655 12.02.2015

Sayın : Yrd.Doç.Dr. Serap TOPATAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Kanama şikayeti ile acile başvuran Abortus İmmineans (Düşük Tehdidi) tanısı alan çiftlerin sosyal destek sistemleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki başlıklı OMÜ KAİK 2014/846 Karar nolu Anka çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca bulunmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 13.11.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.A.Tevfik SENTER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fak. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel: (506)33121918/2782-4739907 Onkoc@ozm.gov.tr
Huzurevi-1 Kat (Özel Servis Kanısı) Atakum/SAMSUN

Ek-8 Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzni



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - SAMSUN İLİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
EĞTİM HİZMETLERİ
14.10.2014 13:31 - 54103609 - 044 / 2014 1218916 924
00001648052

Sayı : 54103609/044
Konu : Ayşe ÇEVİK ATEŞ'in Tez için
Anket Çalışması

KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe ÇEVİK ATEŞ Genel Sekreterliğimize bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde "Kanama Şikayetiyle Acil Servise Başvuran Abortus İmminiens Tanısı Alan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri İle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi Karşılaştırmak" konusunda tez çalışması yapmak istemiş olup konu ile ilgili Anket yapabilmek için Genel Sekreterliğimize müracaat etmiştir.

Bahse Konu Anket çalışmasının hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki ve araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından Genel Sekreterliğimize bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde anket çalışması yapmasına izin verilmiş olup;

Gereğini rica ederim.

Ibrahim KÜÇÜK
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

1- Başvuru Formu

Eğitim Hizmetleri Adalet Mah. 100. Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/Samsun
A tılı bilgi için; Uzman Nazmiye ÖZTÜRK Tel: 0362 311 25 00 /1507 Faks: 0362 311 25 28
E-Posta:nazmiye.ozturk@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6bc0b9f5-1ab8-42c1-90e8-2d6a22191010 kodu ile erişebilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Ayşe ÇEVİK ATEŞ
Doğum Yeri : Maden/Elazığ
Doğum Tarihi : 25.12.1985
Medeni Hali : Evli
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Gaziantep Üniversitesi Kilis Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2010
Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği 2013

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Gazi Osman Paşa Üniversitesi Yoğun Bakım Servisi 2011-2013
Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Acil Servisi 2013-2015
Sivas Numune Hastanesi Acil Servisi 2015-

E-posta: aysecevikates@gmail.com